



14 Santé

Circulaire pour les codeuses et les codeurs 2022 n° 2

30 juin 2022

Neuchâtel, 2022

Éditeur:	Office fédéral de la statistique (OFS)
Renseignements:	Secrétariat de codage : 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

Concept de mise en page:	Section DIAM
Copyright:	OFS, Neuchâtel 2022 Reproduction autorisée seulement avec l'accord préalable des auteurs
Téléchargement :	www.statistiques.ch

1. Généralités

1.1. Instruments de codage en vigueur

À compter du 1^{er} Juillet 2022, les instruments de codage suivants s'appliquent:

- Manuel de codage médical: Le manuel officiel des règles de codage en Suisse. Version 2022
- Circulaire pour les codeuses et les codeurs 2022 n° 1 ~~et son annexe~~
- Circulaire pour les codeuses et les codeurs 2022 n° 2 ~~et son annexe~~
- Classification Suisse des Interventions Chirurgicales (CHOP): Index systématique – Version 2022
- CIM-10-GM 2022 Index systématique : Classification internationale des maladies – 10e révision – German Modification
- Dernière communication officielle Codage COVID-19

Les instruments pour le codage médical sont disponibles sur www.bfs.admin.ch:

Office fédéral de la statistique → Trouver des statistiques → 14 - Santé → Bases statistiques et enquêtes → Nomenclatures → Classifications et codage médicaux → Instruments pour le codage médical → Instruments en vigueur pour le codage médical, par année.

Les fichiers de l'ICD-10-GM en langue allemande sont établis par le Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) et mis à disposition sur le site Internet www.bfarm.de:

Kodiersysteme → Services → Downloads → ICD-10-GM

La statistique médicale des hôpitaux est une enquête exhaustive obligatoire. Ces données sont collectées chaque année. Les instruments de codage désignés ci-dessus valent pour le codage de toutes les hospitalisations dans les hôpitaux et cliniques de Suisse y compris les cliniques de réadaptation, psychiatriques et spéciales, ainsi que les maisons de naissance.

Les bases légales sont:

- la loi sur la statistique fédérale du 9 octobre 1992 (LSF) et
- la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal)

1.1.1. Versions de référence

Pas de modification par rapport à la circulaire 2022 n° 1

1.1.2. Circulaire et annexe

Pas de modification par rapport à la circulaire 2022 n° 1

1.1.3. Codages analogues et notices pour la saisie des prestations et de la tarification de SwissDRG SA

Les notices pour la saisie des prestations et de la tarification de SwissDRG SA doivent également être prises en compte.

Chemin: www.swissdrg.org → Somatique aiguë/Psychiatrie/Réadaptation → Rubrique SwissDRG → Notice pour la saisie des prestations et de la tarification

<https://www.swissdrg.org/fr/somatique-aigue/swissdrg/notice-pour-la-saisie-des-prestations>

Les notices sur les codages analogues de SwissDRG SA doivent également être prises en compte.

Chemin: www.swissdrg.org → Somatique aiguë → Rubrique Système SwissDRG 11.0/2022 → Codage analogue

<https://www.swissdrg.org/de/akutsomatik/swissdrg-system-1102022/alogiekodierung>

Chemin: www.swissdrg.org → Réadaptation → Rubrique Relevé des données → Relevé 2023 (Données 2022)

<https://www.swissdrg.org/fr/readaptation/st-reha/releve-des-donnees/releve-2023-donnees-2022>

Les autres publications de SwissDRG SA doivent être prises en considération tout au long de l'année.

1.2. Question sur le codage

Pas de modification par rapport à la circulaire 2022 n° 1

2. Informations complémentaires au manuel de codage 2022

Légende: nouveautés en vert, suppressions en rouge

Les informations complémentaires au manuel de codage 2022 présentées dans la circulaire 2022 n° 1 sont toujours valables.

Les corrections apportées en sus sont présentées ici:

2.1. Correction dans l'introduction

Concerne uniquement la version française

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

2.2. Correction sous D07 «Suivi interventionnel planifié (suivi planifié)» – Exemple 5

Concerne toutes les versions linguistiques

Exemple 5

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

DP	I63.4	Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales
L	1	
DS	Z48.8	Autres soins de contrôle chirurgicaux précisés
DS	I48.9	Autres soins de contrôle chirurgicaux précisés
DS	G51.0	Paralysie faciale
DS	G83.6	Paralysie faciale centrale
L	2	
DS	R13.90	Dysphagies, autres et non précisés
DS	G81.9	Hémiparésie ou hémiplégie, sans précision
L	2	
DS	R26.1	Démarche paralytique
DS	R47.00	Dysphasie et aphasie
DS	I69.3	Séquelles d'infarctus cérébra
TP	Réinsertion d'un volet osseux autologue selon la documentation médicale	

2.3. Correction sous P01 «Procédures qui doivent être codées» – Remarque

Concerne toutes les versions linguistiques

Remarque:

Si une césarienne primaire ou secondaire est effectuée sous **anesthésie générale**, le code CHOP correspondant de la catégorie 93.92.- Anesthésie doit obligatoirement être saisi en plus de la procédure correspondante de césarienne, contrairement à ce qu'indique la «Note» de la catégorie de code 93.92.-.

Il importe peu, ici, qu'une péridurale, un cathéter péridural ou une anesthésie rachidienne ait été utilisé(e) au cours de l'accouchement pour soulager la douleur.

La date ~~et l'heure~~ de la césarienne doivent être sélectionnées comme date ~~et heure~~ de la procédure pour le code de l'anesthésie générale. Des exemples correspondants sont disponibles sous SD1505 «Règles spéciales pour l'accouchement», césarienne primaire et secondaire.

2.4. Complément apporté sous SD0102 Sepsis – Exemple 2

Concerne toutes les versions linguistiques

Cette correction s'ajoute à celle du point 2.2. «Précisions de la règle de codage SD0102k Sepsis» – 2.2.1 «Précision Exemple 2» de la circulaire 2022 n° 1.

(...)

Exemple 2

Patient de 72 ans souffrant de sepsis urinaire par E. coli avec pyélonéphrite aiguë droite.

Évolution: aggravation (limitation aiguë supplémentaire de la fonction rénale due au sepsis - «acute on chronic», détérioration en l'espace de 48 h) d'une insuffisance rénale chronique avec créatininémie de 140 µmol/l et diminution du DFG à 25 ml/min (créatinine en situation initiale 100 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. Évolution positive de la limitation de la fonction rénale au niveau du DFG initial de l'insuffisance rénale chronique. Retour à la maison de la patiente dans un bon état général.

[...]

DP	A41.51	Septicémie à <i>Escherichia coli</i>
DS	N10	Néphrite tubulo-interstitielle aiguë
DS	B96.2!	<i>Escherichia coli</i> [<i>E. coli</i>] et autres entérobactériales, cause de maladies classées dans d'autres chapitres
DS	N17.91	Insuffisance rénale aiguë, sans précision, Stade 1
DS	N18.3	Maladie rénale chronique, stade 3
DS	D69.58	Autres thrombopénies secondaires, non qualifiées de réfractaires aux transfusions
DS	R79.8	Autres résultats anormaux précisés des examens chimiques du sang

2.5. Correction sous SD1101 «L'appendicite comme diagnostic clinique»

Concerne uniquement la version française

[...]

Exemple 1

Un patient est hospitalisé pour un syndrome abdominal aigu et un fort soupçon (clinique) d'appendicite aiguë. Une appendicectomie par laparoscopie est pratiquée en urgence.

Le résultat histologique exclut clairement une appendicite.

Toutefois, on diagnostique ~~une péritonite~~ un kyste péritonéal avec rupture, bénigne, qu'on suppose être à l'origine des fortes douleurs.

De plus, des concrétions appendiculaires sont constatées, qui concordent avec le tableau clinique.

DP K66.8	Autres maladies précisées du péritoine
DS K38.1	Concrétions appendiculaires
TP 47.01	Appendicectomie, par laparoscopie

2.6. Corrections sous SD0601 «Accident vasculaire cérébral aigu, etc.», hémorragie sous-arachnoïdienne, autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques» – Remarque

Concerne toutes les versions linguistiques

Remarque: «accident vasculaire cérébral (AVC), attaque, apoplexie, Cerebrovascular accident (CVA), Cerebrovascular Insult (CVI), etc.» désignent un ou plusieurs déficits neurologiques d'apparition **aiguë en raison d'un trouble circulatoire cérébral** (ischémique) et/ou

d'une hémorragie intracérébrale (hémorragique). Les symptômes varient en fonction de la zone touchée dans le cerveau et ont des conséquences variables et immédiates.

Tant qu'un(e) patient(e) reçoit un **traitement hospitalier stationnaire aigu continu** en raison d'un accident vasculaire cérébral aigu, etc.», d'une hémorragie sous-arachnoïdienne non traumatique ou de toute autre hémorragie intracrânienne non traumatique 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, etc.).

Dans le contexte aigu, toutes les conséquences directes (déficits) clairement attribuables à l'événement aigu doivent être saisies. Avec le diagnostic/le traitement/les soins de la maladie causale, les déficits neurologiques qui en résultent sont considérés comme également traités dans l'événement aigu.

Dans le cas d'une nouvelle hospitalisation en soins aigus dans les 18 jours, par exemple un retransfert du patient en cours de réadaptation ou une réadmission, les directives de codage D16 et ~~S0206~~ SD0602 s'appliquent pour les maladies/troubles après des actes à visée diagnostique ou thérapeutique qui se rapportent aux traitements ayant été fournis lors du séjour précédent (voir exemple 3).

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

[...]

2.7. Complément apporté sous SD1503 «Affections pendant la grossesse»

Concerne toutes les versions linguistiques

[...]

• Pour coder d'autres complications de la grossesse (ou des états qui s'aggravent pendant la grossesse ou qui sont les principaux motifs de mesures obstétricales), de l'accouchement et de la puerpéralité, on dispose des codes des catégories O98 – O99, qui doivent **toujours s'accompagner** d'un code de diagnostic des autres chapitres de la CIM-10-GM, désignant la maladie existante (voir aussi les remarques sous O98 et O99 dans la CIM-10-GM).

Exception: lors de l'utilisation de TARPSY, O99.3 n'est **pas** codé en diagnostic principal. Le diagnostic principal doit être choisi selon la règle de codage G52.

Il faut procéder selon l'exemple de codage 7 ci-dessous, même lorsque la maladie psychiatrique complique la grossesse ou est compliquée par la grossesse.

[...]

Exemple 7 – Psychiatrie

Une patiente souffrant d'une dépression récidivante connue a été hospitalisée dans sa 27^e semaine de grossesse dans une clinique psychiatrique en raison d'un nouvel état dépressif grave sans symptômes psychotiques. Tant sa surcharge de travail que l'attitude négative de ses collègues ont contribué à la dégradation de son état. Sa grossesse se poursuit sans complications.

DP F33.2 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques

DS Z34 Surveillance d'une grossesse normale

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

2.8. Correction sous SD1505 «Règles spéciales pour l'accouchement» – Césarienne primaire et secondaire dans le codage médical – Note

Concerne uniquement la version française

Note:

Toutes les indications (absolues et/ou relatives) et autres raisons menant à l'accouchement par césarienne énumérées dans la documentation médicale doivent être enregistrées avec le code CIM-10-GM correspondant.

La charge de travail à démontrer relative aux diagnostics à justifier selon les conformément aux règles de codage G52 «Le diagnostic principal» et G54 «Les diagnostics supplémentaires» concernant les diagnostics est apportée fournie par la césarienne réalisée (quel que soit le type).

Le diagnostic le plus important pour la décision d'une césarienne est enregistré comme diagnostic principal si la règle de codage G52 est remplie, si un autre diagnostic ne remplit pas les critères de la règle du diagnostic principal.

2.9. Correction sous SD1506 «Maladies du post-partum (puerpérales)» dans la circulaire 2022 n° 1

Concerne toutes les versions linguistiques

Cette correction concerne le point 2.4. «Sepsis puerpéral» de la circulaire 2022 n° 1.

Maladies du post-partum (puerpérales)

[...]

Exemple 3

Chez une future mère (39,4 SG) se manifeste dès l'accouchement, dans un contexte de suspicion de chorioamniotite (Streptococcus anginosus), un sepsis qui évolue vers un choc septique en post-partum. En raison de la disproportion entre la tête de l'enfant et le bassin de la mère avec suspicion de macrosomie du fœtus, de paramètres infectieux croissants et de signes cliniques indiquant un sepsis, une césarienne secondaire est pratiquée en urgence suivie d'un traitement en USI. Tous les paramètres selon la règle de codage SD0102 sont remplis.

DP	A40.8	Autres septicémies à streptocoques
DS	O75.3	Autres infections au cours du travail
DS	B95.48!	Autres streptocoques spécifiés, cause de maladies classées dans d'autres chapitres
DS	O99.4	Maladies de l'appareil circulatoire compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité
DS	R57.2!	Choc septique
DS	O41.1	Infection du sac amniotique et des membranes
DS	O65.4	Dystocie due à une disproportion fœto-pelvienne, sans précision
DS	O66.2	Dystocie due à un fœtus anormalement gros
DS	O09.6!	37e semaine à 41 semaines révolues
DS	Z37.0!	Naissance unique, enfant vivant

Dans les exemples décrits précédemment, le sepsis est inclus dans le diagnostic principal, car la règle de codage SD0102 a priorité sur les indications d'utilisation de la CIM-10-GM.

L'ordre de saisie des codes est déterminé par les indications de la règle de codage SD0102.

2.10. Correction sous SD1909 «Effets indésirables de substances thérapeutiques» (prises conformément aux prescriptions)»

Concerne uniquement la version française

[...]

Remarques:

– La diathèse hémorragique est définie de manière générale comme des troubles de la coagulation héréditaires ou acquis qui accroissent la tendance à saigner. Elle signifie une tendance (pathologique) accrue à saigner **et/ou** des saignements.

Les hémorragies liées à une diathèse hémorragique peuvent se manifester sous la forme d'hémorragies trop longues, trop fortes **et/ou** qui sont apparues pour des raisons inadéquates (p.ex. traumatisme bénin).

– L'administration unique d'un antagoniste de la vitamine K ou d'une préparation à base de vitamine K n'autorise pas à utiliser le code D68.4 Carence acquise en facteur de coagulation.

– L'administration prophylactique d'une préparation à base de vitamine K n'autorise pas à utiliser le code D68.33 Troubles hémorragiques dus aux coumarines (antagonistes de la vitamine K) ni le code D68.8 Autres anomalies précisées de la coagulation, même lorsque la

dose des anticoagulants oraux dépasse les limites mesurées (p.ex. INR) du traitement prophylactique de la thrombo-embolie pour la maladie concernée.

– L'administration habituelle en post-partum à un nouveau-né né à terme d'une préparation à base de vitamine K de manière prophylactique n'autorise pas à utiliser le code *P53 Maladie hémorragique du fœtus et du nouveau-né*.

– Patient sous anticoagulants **sans hémorragie**:

Si ~~la durée > 0~~ **effort de soins > 0** (p.ex. prescription à des fins de prophylaxie de vitamine K et/ou d'héparine)

DS Z92.1 Antécédents personnels d'utilisation (actuelle) à long terme d'anticoagulants

– Patient sous anticoagulants (**avec ou sans hémorragie**) qui a besoin en urgence de facteurs de coagulation et/ou d'autres produits sanguins (p.ex. concentré plaquettaire, plasma frais congelé, etc.) et/ou stabilisation en urgence et par un traitement stationnaire de la situation de coagulation:

D68.- Autres anomalies de la coagulation, D69.- Purpura et autres affections hémorragiques (DP ou DS, conformément à la règle G52)

2.11. Correction de la règle de codage Réadaptation

Concerne uniquement la version française

2) Instruments de mesure pour la réadaptation – CHOP AA

[...]

La mesure à l'entrée doit en principe être effectuée dans les 3 jours ouvrables* suivant l'entrée en réadaptation stationnaire (~~mesure à l'entrée~~ **jour d'entrée compris**). De façon ~~analogue~~ **similaire**, la mesure à la sortie doit être effectuée dans les 3 jours ouvrables* précédant la sortie du patient (~~mesure à la sortie~~ **jour de sortie compris**).

* 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. Informations complémentaires à la CHOP 2022

Légende: nouveautés en vert, suppressions en rouge

Les informations complémentaires sur la CHOP 2022 présentées dans la circulaire 2022 n° 1 sont toujours valables, sauf pour les cas suivants:

- 3.3.1. «93.59.5- et 99.84.- «Isolement» de la version italienne
- 3.3.2. «Document de référence 93.59.5- » de toutes les versions linguistiques
- 3.7. «94.92.2- et 94.92.3- Traitement de consilium et de liaison» de la version italienne
- 3.9. «99.A7, 99.BA.1- et 99.BA.2- Nouvelle version du document de référence et corrections dans la caractéristique minimale point 3» de toutes les versions linguistiques

3.1. Substitut de cartilage métallique dans le genou et remplacement isolé de la surface de glissement fémorale

Concerne toutes les versions linguistiques

Les «Exclusions» et «Note» suivantes doivent être intégrées sous les codes 81.47.26, 81.47.2A, 81.54.28 et 81.54.46 pour mieux délimiter le «substitut de cartilage métallique dans le genou» du «remplacement de la surface de glissement fémorale».

- 81.47.26** **Implantation dans le genou d'un substitut de cartilage métallique spécifiquement adapté au patient**
 Miniprothèse à l'articulation du genou pour le traitement de défauts de cartilage focaux
 EXCL. Première implantation ou implantation lors d'un remplacement isolé de la surface de glissement fémorale (81.54.28, 81.54.46)
- [...]
- 81.47.2A** **Implantation dans le genou d'un substitut de cartilage métallique non spécifiquement adapté au patient**
 Miniprothèse à l'articulation du genou pour le traitement de défauts de cartilage focaux
 EXCL. Première implantation ou implantation lors d'un remplacement isolé de la surface de glissement fémorale (81.54.28, 81.54.46)
- [...]
- 81.54.28** **Première implantation d'un remplacement isolé de la surface de glissement fémorale**
 Trochlée
 Note: Le «remplacement isolé de la surface de glissement fémorale» tapisse entièrement la trochlée. Il faut le distinguer des implants qui ne recouvrent que les défauts de cartilage focaux de la trochlée ou de la surface de glissement restante de l'articulation du genou.
 EXCL. Implantation dans le genou d'un substitut de cartilage métallique spécifiquement ou non spécifiquement adapté au patient (81.47.26, 81.47.2A)
- [...]
- 81.54.46** **Implantation d'un remplacement isolé de la surface de glissement fémorale lors d'un remplacement**
 Trochlée
 Note: Le «remplacement isolé de la surface de glissement fémorale» tapisse entièrement la trochlée. Il faut le distinguer des implants qui ne recouvrent que les défauts de cartilage focaux de la trochlée ou de la surface de glissement restante de l'articulation du genou.
 EXCL. Implantation dans le genou d'un substitut de cartilage métallique spécifiquement ou non spécifiquement adapté au patient (81.47.26, 81.47.2A)
- [...]

3.2. Révision Moignon d'amputation

Concerne toutes les versions linguistiques

L'ajout des «Exclusions – Omettre le code», des «Inclusions» et de la «Description complémentaire» suivantes vise à préciser qu'un pur débridement de peau et de tissus sous-cutanés ne justifie pas l'utilisation d'un code de la catégorie à 3 positions 84.3- «Révision de moignon d'amputation».

77.6- Excision locale et destruction de lésion ou de tissu osseux

[...]

EXCL. [...]

Omettre le code - Révision de moignon d'amputation (84.3-)

[...]

82.2- Excision de lésion de muscle, tendon et fascia de la main

EXCL. Omettre le code - Révision de moignon d'amputation (84.3-)

[...]

83.45.- Autre myectomie

[...]

EXCL. Omettre le code - Révision de moignon d'amputation (84.3-)

[...]

84.3- Révision de moignon d'amputation

Confection de moignon d'amputation

Débridement chirurgical des muscles et des os

Fermeture secondaire de moignon d'amputation

Réamputation de moignon d'amputation

EXCL. Amputation de membre inférieur (84.1-)

Amputation, SAP (84.91)

Révision d'une amputation traumatique récente (révision par une nouvelle amputation d'une blessure récente) (84.00-84.19, 84.91)

Omettre le code - Débridement chirurgical de plaie, infection ou brûlure par excision du tissu malade sous anesthésie locale par infiltration, régionale ou générale (86.2A.-)

Omettre le code - Débridement de plaie, d'infection ou de brûlure, sans excision (86.2B.-)

[...]

86.2A.- Débridement chirurgical de plaie, infection ou brûlure par excision du tissu malade sous anesthésie locale par infiltration, régionale ou générale

[...]

INCL. Débridement de plaie sur la peau et les tissus sous-cutanés de moignon d'amputation

[...]

86.2B.- Débridement de plaie, d'infection ou de brûlure, sans excision

[...]

INCL. Débridement de plaie sur la peau et les tissus sous-cutanés de moignon d'amputation

[...]

3.3. 93.59.5- et 99.84.- «Isolement» - Correction du point 3.3.1 de la circulaire 2022 n° 1

Concerne uniquement la version italienne

3.4. 93.59.5- Nouvelle version du document de référence

Concerne toutes les versions linguistiques

La version d'un des documents de référence a été actualisée dans la «Caractéristique minimale point 0, document de référence» du groupe d'éléments 93.59.5-. Les changements suivants sont à noter:

93.59.5- Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, selon le nombre de jours de traitement

[...]

Note:

Caractéristique minimale point 0, document de référence:

Les caractéristiques minimales selon les critères de Swissnoso figurent dans le document «Exigences structurelles minimales en matière de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins (IAS) ~~pour les patients hospitalisés~~ dans ~~des~~ les hôpitaux de soins aigus en Suisse», ~~version 1.0 du 30.09.2020~~ ~~version 3.0, 17 mai 2022:~~

<https://www.swissnoso.ch/fr/recherche-developpement/publications>

cf. explications dans le document de Swissnoso «Application des exigences minimales Swissnoso dans le cadre d'un traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants (code CHOP 93.59.5- de la Classification suisse des interventions chirurgicales [CHOP])» du 24.09.2021: <https://www.swissnoso.ch/fr/recherche-developpement/publications>

[...]

3.5. 93.8B.- Correction du lien vers le document de référence

Concerne toutes les versions linguistiques

Le lien vers le «document de référence pour les soins palliatifs spécialisés stationnaires» doit être adapté comme suit.

93.8B.- Soins palliatifs spécialisés

[...]

Note:

Caractéristique minimale point 0, document de référence et certification:

Document de référence: Les critères minimaux précis de la structure et exceptions correspondantes peuvent être consultés dans le document: «Document de référence pour les soins palliatifs spécialisés stationnaires», version 3.3, valable à partir de 01.01.2021. Lien: <https://www.palliative.ch/fr/professionnels/actualite/documentation/>
<https://www.palliative.ch/fr/notre-engagement/groupes-de-travail/qualite>

Certification: Pour saisir des codes des groupes d'éléments 93.8B.1- et 93.8B.2-, l'unité en charge du traitement doit avoir le label de qualité «soins palliatifs spécialisés». L'institution est certifiée «Unités spécialisées & Equipes mobiles - Soins palliatifs spécialisés» ou «Unités spécialisées - Soins palliatifs spécialisés».

[...]

3.6. 94.92.2- et 94.92.3- Traitement de consilium et de liaison – Correction du point 3.7. de la Circulaire 2022 n° 1

Concerne uniquement la version italienne

3.7. 99.A7, 99.BA.1- et 99.BA.2- Nouvelle version du document de référence et corrections dans la caractéristique minimale point 3 – Correction du point 3.9. de la Circulaire 2022 n° 1

Concerne toutes les versions linguistiques

Une nouvelle version est disponible pour les documents de référence des stroke units et des stroke centers. La «Caractéristique minimale point 0, document de référence» doit donc être adaptée dans le code 99.A7 et dans les groupes d'éléments 99.BA.1- et 99.BA.2-. De plus, la «Caractéristique minimale point 3, traitement» doit être corrigée dans les groupes d'éléments 99.BA.1- et 99.BA.2-. Les «notes» concernées doivent être adaptées comme suit.

99.A7 Diagnostic complexe de l'AVC aigu en stroke unit ou stroke center, jusqu'à 24 heures maximum

Note: Caractéristique minimale point 0, document de référence:

Les directives et profils d'exigences d'une stroke unit (SU) certifiée conformément aux critères de la SFCNS sont présentés dans le document suivant «Critères de qualité pour la certification des Stroke Units», ~~version V (18.11.2021)~~ ~~version (l'information sur la version actualisée sera donnée dans la circulaire 2022 n° 1):~~

<https://www.sfcns.ch/application-and-documents.html>

«Documents required for the process (according to the new Guidelines for Certification Version V from 2021 – valid as of 01.01.2022)» -> «Annex I» -> «Criteria to be fulfilled by Stroke Units in German and in French (Version 18-11-2021)»

[...]

99.BA.1- Traitement neurologique complexe de l'AVC aigu en stroke center [SC], selon la durée de traitement en heures

Note: Caractéristique minimale point 0, document de référence:

Les directives et profils d'exigences d'un stroke center certifié conformément aux critères de la SFCNS sont présentés dans le document suivant «Critères de qualité pour la certification des Stroke Centers», [version V \(18.11.2021\)](#) ~~version (l'information sur la version actualisée sera donnée dans la circulaire 2022 n° 1):~~

<https://www.sfcns.ch/application-and-documents.html>

«Documents required for the process (according to the new Guidelines for Certification Version V from 2021 – valid as of 01.01.2022)» -> «Annex I» -> «Criteria to be fulfilled by Stroke Centers in German and in French (Version 18-11-2021)»

[...]

Caractéristique minimale point 3, traitement:

a) Diagnostic: Réalisation d'une tomodensitométrie (TMD à acquisition spiralee) ou d'une imagerie par résonance magnétique [IRM] de la tête, dans les deux cas avec angiographie des artères du cou/de la tête avec début de l'examen neuroradiologique dans les 120 minutes après l'admission ou après constatation de signes d'AVC chez les patients hospitalisés, en l'absence d'enregistrements TDM ou IRM externes techniquement suffisants et de contre-indications. Une échographie neurovasculaire (extracrânienne et intracrânienne) peut remplacer une angiographie.

b) Traitement d'urgence: Lors d'infarctus cérébral ischémique, si indiquée: thrombolyse intraveineuse commencée <60 min après l'admission à l'hôpital ou après une aggravation, ou thrombolyse artérielle et/ou thrombectomie commencée (dans les deux cas) dans les 90 min suivant l'admission à l'hôpital ou la survenue d'une aggravation. Traitement des causes non ischémiques d'AVC (p. ex. hémorragies intracérébrales / subarachnoïdiennes, thromboses de sinus veineux, etc.) conformément aux directives

c) Surveillance: Surveillance monitorisée continue d'au moins ~~5~~ 3 des paramètres suivants: ECG, saturation en oxygène, température, tension artérielle, fréquence cardiaque, respiration, mesure invasive de la tension artérielle, mesure de la pression intracrânienne.

Surveillance non continue de la glycémie selon le besoin.

Le monitoring peut être interrompu pour la réalisation d'examens et traitements supplémentaires ainsi que pour changer le système de surveillance.

Contrôle et documentation des constats neurologiques par le médecin ou un infirmier formé toutes les 6 heures pour l'identification précoce de toute progression, récurrence ou autre complication de l'AVC. Il est de la responsabilité du spécialiste qui relève les résultats de les documenter. Les intervalles peuvent être inférieurs à 6 heures, mais ne doivent pas les dépasser en moyenne sur la période de relevé par jour, un écart de plus/moins 60 minutes par intervalle de temps étant toléré.

d) Domaines thérapeutiques: Début des mesures de physiothérapie ~~ou de soins mobilisateurs~~ dans les 24 heures, avec au moins 1 unité de traitement par jour (7 jours sur 7) - Dans le cas d'une indication correspondante des traitements suivants: ergothérapie, logopédie, neuropsychologie. Conseil/traitement diététique seulement en relation avec des troubles de la déglutition.

[...]

99.BA.2- Traitement neurologique complexe de l'AVC aigu en stroke unit [SU], selon la durée de traitement en heures

Note: Caractéristique minimale point 0, document de référence:

Les directives et profils d'exigences d'une stroke unit (SU) certifiée conformément aux critères de la SFCNS sont présentés dans le document suivant «Critères de qualité pour la certification des Stroke Units», [version V \(18.11.2021\)](#) ~~version (l'information sur la version actualisée sera donnée dans la circulaire 2022 n° 1):~~

<https://www.sfcns.ch/application-and-documents.html>

«Documents required for the process (according to the new Guidelines for Certification Version V from 2021 – valid as of 01.01.2022)» -> «Annex I» -> «Criteria to be fulfilled by Stroke Units in German and in French (Version 18-11-2021)»

[...]

Caractéristique minimale point 3, traitement:

a) Diagnostic: Réalisation d'une tomodensitométrie (TMD à acquisition spiralée) ou d'une imagerie par résonance magnétique [IRM] de la tête, dans les deux cas avec angiographie des artères du cou/de la tête avec début de l'examen neuroradiologique dans les 120 minutes après l'admission ou après constatation de signes d'AVC chez les patients hospitalisés, en l'absence d'enregistrements TDM ou IRM externes techniquement suffisants et de contre-indications. Une échographie neurovasculaire (extracrânienne et intracrânienne) peut remplacer une angiographie.

b) Traitement d'urgence: Lors d'infarctus cérébral ischémique, si indiquée: thrombolyse intraveineuse commencée <60 min après l'admission à l'hôpital ou après une aggravation. Traitement des causes non ischémiques d'AVC (p. ex. hémorragies intracérébrales / subarachnoïdiennes, thromboses de sinus veineux, etc.) conformément aux directives

c) Surveillance: Surveillance monitorisée continue d'au moins 3 des paramètres suivants: ECG, saturation en oxygène, température, tension artérielle, fréquence cardiaque, respiration.

Surveillance non continue de la glycémie selon le besoin.

Le monitoring peut être interrompu pour la réalisation d'examens et traitements supplémentaires ainsi que pour changer le système de surveillance.

Contrôle et documentation des constats neurologiques par le médecin ou un infirmier formé toutes les 6 heures pour l'identification précoce de toute progression, récurrence ou autre complication de l'AVC. Il est de la responsabilité du spécialiste qui relève les résultats de les documenter. Les intervalles peuvent être inférieurs à 6 heures, mais ne doivent pas les dépasser en moyenne sur la période de relevé par jour, un écart de plus/moins 60 minutes par intervalle de temps étant toléré.

d) Domaines thérapeutiques: Début des mesures de physiothérapie ~~ou de soins mobilisateurs~~ dans les 24 heures, avec au moins 1 unité de traitement par jour (7 jours sur 7). - Dans le cas d'une indication correspondante des traitements suivants: ergothérapie, logopédie, neuropsychologie. Conseil/traitement diététique seulement en relation avec des troubles de la déglutition.

[...]

3.8. BA.- «Prestation de base en réadaptation» - Précision sous la caractéristique minimale point 2

Concerne toutes les versions linguistiques

Sous la catégorie BA.- «Prestation de base en réadaptation» le texte suivant est à ajouter sous la «.

BA.- Prestation de base en réadaptation

Note: A. S'applique pour toutes les prestations de base:

[...]

Caractéristique minimale point 2, plan de traitement:

Le plan de traitement relatif au patient établi dans un délai de 3 jours après l'admission (jour d'entrée compris) est basé sur les objectifs individuels documentés.

[...]

4. Informations complémentaires sur la CIM-10-GM 2022

Les informations complémentaires sur la CIM-10-GM 2022 présentées dans la circulaire 2022 n° 1 sont toujours valables.

5. Annexe

5.1. Informations et précisions

La présente circulaire contient **toutes les** «informations et précisions» valables à partir du 1^{er} juillet 2022.

Explications sur la numérotation

Les «informations et précisions» sont énumérées dans l'ordre croissant, en commençant par les informations les plus récentes ou actualisées.

P.ex.:	0999 (numéro)	01.01.2012 (valable depuis)
	0998	01.01.2012
	...	
	0852	01.07.2017 etc.

0777 01.07.2022 Calcul de la durée de séjour en réadaptation pour la saisie des codes BA.-

Un patient est admis p. ex. le 3 mars en réadaptation musculo-squelettique et quitte le service en question le 25 mars. La durée du séjour est par conséquent de 23 jours selon le calcul ($25 - 3 + 1 = 23$), qui est à faire dans le cas de cette hospitalisation qui ne comporte pas de transfert. Les traitements et formations dispensées le jour de l'admission et de la sortie sont pris en compte et compris dans les minutes de traitement et de formation. Au total, le patient bénéficie de 1495 minutes de traitement et de formation. Pour calculer la moyenne, les minutes de traitement dispensées sont divisées par la durée du séjour, soit 23 jours dans cet exemple, et multipliées par 7. $1495/23*7 = 455$ minutes de traitement/semaine. Cela implique que le code BA.5 «Réadaptation musculo-squelettique» peut être saisi.

À ce sujet, nous vous renvoyons au point 1.5. «Durée de séjour» des «Règles et définitions pour la facturation des cas sous ST Reha» de SwissDRG SA (https://www.swissdrg.org/application/files/5716/3819/2818/Regeln_und_Definitionen_zur_Fallabrechnung_unter_ST_Reha_f_final.pdf).

0778 01.07.2022 Durée de traitement prise en compte pour les thérapies de groupe

Pour une thérapie de groupe, la durée totale des séances de traitement où le patient est présent est prise en compte. Par exemple, si cinq patients ont participé à une heure de thérapie de groupe, une durée de traitement de 60 minutes est prise en compte pour chaque patient.

0779 01.07.2022 BA.9 «Prestation de base en réadaptation, autre»

Le code BA.9 «Prestation de base en réadaptation, autre» est saisi lorsque:

- le type de réadaptation fourni ne relève pas des codes BA.1 à BA.8 ou n'y est pas mentionné.
- le type de réadaptation fourni est mentionné dans les codes BA.1 à BA.8, mais la durée moyenne de traitement et de formation en minutes par semaine n'est pas atteinte.

Un code de la catégorie à 3 positions BB.1- «Charge supplémentaire en réadaptation, selon le nombre de points de dépense» peut être saisi en plus. Le codage analogique est à utiliser de la même manière que pour tous les cas du domaine d'utilisation ST Reha.

0780 01.07.2022 Codage des sous-catégories CHOP 94.3D.- «Prise en charge 1:1 de troubles psychiques et psychosomatiques en psychiatrie adulte» et 94.3E.- «[...] en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent»

La caractéristique minimale point 3 «Traitement» des sous-catégories 94.3D.- et 94.3E.- spécifie: «prise en charge 1:1 signifie qu'un spécialiste formé de l'équipe thérapeutique désignée sous Caractéristique minimale point 4 prend en charge en continu un seul patient, de manière individuelle sur une période d'au moins 2 heures sans interruption».

La CHOP n'exige pas de présence physique dans la même pièce. Ainsi, une prise en charge individuelle en continu à travers une vitre ou par écran interposé peut être considérée comme une prise en charge 1:1 pour autant que les autres caractéristiques minimales soient respectées.

0781 01.07.2022 Codage en cas de prise de substances psychoactives de façon chaotique et sans discrimination (F19.- «Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives»)

Si un patient ou une patiente prend de manière chaotique et aléatoire différentes substances mélangées de manière indissociable, si bien qu'il est impossible de déterminer lesquels des substances et des troubles qui en résultent remplissent les conditions de la règle de codage G52 «Le diagnostic principal», le codage doit être effectué de la manière suivante.

DP F19.- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à utilisation d'autres substances psycho-actives

DS U69.3-! Codes secondaires utilisés pour le mode de consommation de substances psycho-actives en cas de troubles psychiques et du comportement provoqués par ces substances

DS Autres maladies/états/manifestations/symptômes qui remplissent les conditions de la règle de codage G54 «Le diagnostic supplémentaire»

Cela veut dire que les codes de F10.- à F18.- ne sont pas codés comme diagnostics secondaires avec F19.-.

Si, en cas de symptômes clairement distinguables, il n'est pas possible de savoir précisément laquelle des substances a généré le plus de dépenses, le code F19.- ne doit pas être utilisé. Dans ces cas, les codes correspondants des catégories F10.- à F18.- sont saisis. Le diagnostic principal est choisi conformément à la règle G52 du manuel de codage.

0782 01.07.2022 Codes des traitements complexes «[...] jusqu'à 6 jours de traitement»

Les codes «[...] jusqu'à 6 jours de traitement» sont saisis dans les cas où le traitement complexe respectivement désigné a été réalisé sur maximum 6 jours de traitement pendant le séjour hospitalier. Ces codes ne contiennent pas de nombre minimal de jours de traitement. Cela signifie que, pour ces codes, les caractéristiques minimales qui se rapportent à une semaine ou à un nombre particulier de jours de traitement ne s'appliquent pas. Les caractéristiques minimales, telles que les indications, les évaluations, l'infrastructure de traitement (par ex. la certification) et les qualifications doivent être respectées.

0783 01.07.2022 Excision ou destruction de lésion ou de tissu de l'utérus

En cas d'«excision de lésion ou de tissu de l'utérus», les codes 68.29.1A «Excision de lésion ou de tissu de l'utérus, par chirurgie ouverte (abdominale)», 68.29.1B «[...] vaginale», 68.29.1C «[...] assistée par laparoscopie», 68.29.1D «[...] laparoscopie», 68.29.1E «[...] par hystéroscopie» ou 68.29.4- «Excision d'un ou plusieurs myomes de l'utérus» sont à saisir «seuls».

En cas de «destruction de lésion ou de tissu de l'utérus», les codes 68.29.1A «Excision de lésion ou de tissu de l'utérus, par chirurgie ouverte (abdominale)» 68.29.1B «[...] par voie vaginale», 68.29.1C «[...] assistée par laparoscopie», 68.29.1D «[...] par laparoscopie», 68.29.1E «[...] par hystéroscopie» ou 68.29.4- «Excision d'un ou plusieurs myomes de l'utérus» doivent être utilisés conjointement au code 68.29.1F «Destruction de lésion ou de tissu de l'utérus».

0784 01.07.2022 Durée du monitoring neurophysiologique peropératoire de plusieurs nerfs

Les informations complémentaires sous 00.94.1- «Monitoring neurophysiologique peropératoire de nerfs spécifiques» concernent également 00.94.20. Ainsi, le «Coder aussi» «Durée du monitoring neurophysiologique peropératoire (00.94.3-)» s'applique également pour le code 00.94.20 «Monitoring de plusieurs nerfs dans le cadre d'une autre opération».

0785 01.07.2022 Hydronéphrose et infection

Les codes CIM-10-GM de la sous-catégorie à 4 positions N13.6- «Pyonéphrose» sont uniquement utilisés en cas d'infection documentée du rein. Cela concerne également le code final N13.68 «Pyonéphrose, autre et non précisée».

Une hydronéphrose avec obstruction calculeuse urétérale avec infection des voies urinaires dont le siège n'est pas précisé est codée avec N13.21 «Hydronéphrose avec obstruction calculeuse urétérale» et N39.0 «Infection des voies urinaires, siège non précisé».

0786 01.01.2022 93.8C.1- Document de référence

Dans la CHOP 2022, la «Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, selon le nombre de jours de traitement» a été déplacée du code 93.89.1- vers le code 93.8C.1-. Dans la «Caractéristique minimale point 0, définition et document de référence» du groupe d'éléments 93.8C.1-, l'ancien code est encore indiqué dans le titre du document de référence. Le contenu du document de référence s'applique néanmoins au nouveau code 93.8C.1-.

~~**0787 01.01.2022 Calcul de la durée de séjour en réadaptation pour la saisie des codes BA-**~~

La précision 0787 est remplacée par la précision 0777 dans la circulaire 2022 n° 2.

0788 01.01.2022 Spondylodèse: comptage des segments lors de changement de tige et mise en place de rallonge

Les segments sur lesquels seules les tiges sont enlevées lors d'une intervention de révision sur la colonne vertébrale (pour être remplacées par des tiges plus longues en cas de pathologie du segment adjacent) et pour lesquels aucune autre mesure chirurgicale n'est

entreprise sur les vertèbres, telle que la mise en place de nouvelles vis pédiculaires ou d'une cage, la décortication de facettes articulaires, l'insertion d'os local ou de matériau de remplacement d'os, n'entrent pas dans le calcul des segments opérés.

Comptage des segments en situation de pontage:

Exemple: une spondylodèse des vertèbres L2-L4 préexistante, complétée à présent par une nouvelle fusion des segments L1/L2 et L4/L5 sera représentée par le code CHOP correspondant pour 2 segments si, comme indiqué ci-dessus, aucune autre mesure n'est entreprise sur les vertèbres L2-L4 en dehors de la pose de la tige.

0789 01.01.2022 Saisie de stents/prothèses non vasculaires

Les codes suivants présentent une subdivision par nombre de stents/prothèses implanté(e)s. Il n'existe pas de codes totaux pour l'ensemble du séjour pour ces types de stents/prothèses.

- 42.81.- Insertion d'un tube permanent dans l'œsophage
- 51.87.- Insertion ou remplacement de stent de voie biliaire, par endoscopie
- 51.9A.- Insertion ou remplacement de stent de voie biliaire

Le code doit être choisi par intervention avec le nombre correspondant de stents/prothèses inséré(e)s et saisi une fois par intervention.

Exemple: Le jour X, deux prothèses auto-expansibles sont insérées dans l'œsophage. Le jour Y, une prothèse auto-expansible est remplacée.

Codage

- Jour X: 42.81.41 «Insertion et remplacement de deux prothèses auto-expansibles (tubes permanents) dans l'œsophage, par endoscopie»
- Jour Y: 42.81.40 «Insertion et remplacement de prothèse autoexpansible (tube permanent) dans l'œsophage, par endoscopie»

Chacun des codes suivants indique uniquement «de stent» ou «de prothèse». Il n'existe pas de codes totaux pour l'ensemble du séjour pour ces types de stents/prothèses.

- 09.83 Conjonctivo-rhinostomie avec insertion de tube ou de stent
- 31.93 Remplacement de tube [stent] de trachée ou de larynx
- 31.96 Insertion de tube [stent] de trachée ou de larynx
- 33.91.2- Dilatation bronchique, endoscopique, avec insertion ou remplacement de stent /endoprothèse [stent graft]
- 44.99.5- Insertion ou remplacement de prothèse non auto-expansible dans l'estomac
- 44.99.6- Insertion ou remplacement de prothèse autoexpansible dans l'estomac
- 46.99.5- Insertion ou remplacement de prothèse non autoexpansible dans l'intestin
- 46.99.6- Insertion ou remplacement de prothèse autoexpansible dans l'intestin
- 48.99.50 Insertion ou remplacement d'une prothèse non auto-expansible dans le rectum
- 48.99.60 Insertion ou remplacement d'une prothèse auto-expansible dans le rectum
- 52.93.- Insertion ou remplacement de stent [prothèse] de canal pancréatique, par endoscopie
- 52.95.4- Insertion ou remplacement de stent [prothèse] non auto-expansible dans le canal pancréatique
- 52.95.5- Insertion ou remplacement de stent [prothèse] auto-expansible dans le canal pancréatique
- 58.99.10 Autres opérations d'urètre et de tissu périurétral, insertion et remplacement d'un stent urétral
- 60.99.31 Insertion de stent dans l'urètre prostatique

Pour chaque intervention, le code doit être saisi autant de fois qu'il y a de stents/prothèses implanté(e)s.

Exemple: Le jour X, deux prothèses non auto-expansibles sont insérées dans l'intestin. Le jour Y, ces deux prothèses sont enlevées et remplacées par une prothèse auto-expansible.

Codage:

- Jour X: 46.99.51 «Insertion ou remplacement de prothèse non auto-expansible dans l'intestin, par chirurgie ouverte» est codé **deux fois**.
- Jour Y: 46.99.71 «Enlèvement de prothèse de l'intestin, par chirurgie ouverte» est codé **deux fois**.
- 46.99.61 «Insertion ou remplacement de prothèse autoexpansible dans l'intestin, par chirurgie ouverte» est saisi **une fois**.

~~0790 01.01.2022 Codage en cas de prise de substances psychoactives de façon chaotique et sans discrimination (F19.- «Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives»)~~

La précision 0790 est remplacée par la précision 0781 dans la circulaire 2022 n° 2.

0791 01.01.2022 Corps d'obturation vasculaire vs systèmes de protection anti-embolie

La CHOP comprend des catégories de codes pour les opérations/interventions **visant à obturer un vaisseau** appelées embolisation avec coils, plugs, filtres etc., p. ex. 39.79.2- «Embolisation ou occlusion par coils, autres vaisseaux», 39.79.5- «Embolisation sélective d'autres vaisseaux par filtres (parapluie)» ou 39.79.A- «Embolisation sélective d'autres vaisseaux par plugs», etc.

En outre, les codes supplémentaires de la catégorie 00.4A.- «Nombre de coils endovasculaires utilisés» et 00.4G.- «Insertion de corps d'obturation vasculaire» sont également disponibles.

Les codes supplémentaires des groupes d'éléments de 00.4G.2- à 00.4G.6- «Filtres (parapluie) vasculaires implantés dans [...], selon le nombre», ne s'appliquent que pour représenter les dispositifs utilisés dans le cadre d'opérations/interventions pour obturation de vaisseaux (embolisations sélectives p. ex.) sous forme de codes supplémentaires.

Pour pouvoir cependant représenter le nombre de «filtres (parapluie)» utilisés comme systèmes de protection anti-embolie, les codes suivants sont saisis autant de fois qu'utilisés. Les codes doivent s'accompagner de la date de l'intervention lors de laquelle les systèmes de protection anti-embolie sont utilisés.

38.7X.11 «Insertion d'un système de protection anti-embolie dans la veine cave, par chirurgie ouverte»

38.7X.21 «Insertion d'un système de protection anti-embolie dans la veine cave, par voie transluminale percutanée»

39.75.13 «Intervention vasculaire transluminale percutanée, autres vaisseaux, emploi de système de protection anti-embolie (vaisseaux périphériques ou viscéraux)»

39.C5 «Utilisation d'un système de protection anti-embolie»

Les codes sous 00.4G.- **ne** doivent **pas** être utilisés pour les systèmes de protection anti-embolie.

Dans les cas d'interventions avec embolisations et utilisation de systèmes de protection anti-embolie, le nombre de dispositifs d'embolisation est saisi avec le code correspondant des sous-catégories 00.4A.- et 00.4G.- (le nombre est indiqué dans le code).

Les codes pour la protection anti-embolie sont saisis en plus.

0792 01.01.2022 Précision concernant l'utilisation de l'instrument de mesure FIM™

L'utilisation de l'instrument de mesure FIM™ est soumise à licence. Au niveau national, l'ANQ est preneur de licence et ce seulement à des fins de **mesures de qualité** et uniquement dans le domaine de la **réadaptation** stationnaire. Des sous-licences correspondantes sont délivrées par l'ANQ.

L'utilisation de la FIM™ dans les établissements/hôpitaux de **réadaptation à des fins tarifaires** ainsi que dans des établissements/hôpitaux **de soins somatiques aigus et de psychiatrie** à des **fins tarifaires et de mesure de qualité** n'est autorisée qu'avec une licence valable. Le contrat de licence en vigueur de l'ANQ ne couvre pas cette utilisation.

H+ travaille à la clarification des conditions-cadres d'une solution nationale, ce qui prendra du temps en raison de la complexité du sujet.

0793 01.01.2022 Codage de l'ulcère hypertensif (de Martorell)

L'ulcère hypertensif (de la jambe) est une forme particulière d'ulcère de la jambe qui apparaît principalement sur la partie latérodorsale de la jambe ou au-dessus du tendon d'Achille. La plupart des personnes concernées présentent une hypertension marquée de longue durée, associée dans environ 60% des cas à un diabète sucré de type 2.

L'étiologie de l'ulcère hypertensif s'explique de trois manières: l'artérioloslérose ischémiante, la médiocalcose des artérioles pathologiques et les processus inflammatoires locaux.

L'artérioloslérose sclérosante dans le tissu sous-cutané est au premier plan de la pathogenèse de la nécrose cutanée.

Cependant, même si la pathogenèse de la maladie se trouve dans une artérioloslérose sclérosante, la véritable cause fondamentale est l'hypertension.

Il n'y a pas de code CIM-10-GM spécifique pour l'ulcère hypertensif (de Martorell).

Pour cette affection, nous recommandons donc la combinaison de codes suivante:

L97 Ulcère du membre inférieur, non classé ailleurs, associé à la combinaison dague/étoile du code correspondant

I10.-† à I15.-† et L99.8* Autres affections précisées de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané au cours de maladies classées ailleurs.

Cette méthode de saisie permet de distinguer l'ulcère hypertensif des autres types d'ulcères du membre inférieur.

0794 01.01.2022 Durée du neuromonitoring peropératoire

La «Note» «Selon le protocole de neuromonitoring, l'intervalle de temps de la première dérivation du signal à la dernière s'applique.» a été introduite sous le groupe d'éléments 00.94.3- «Monitoring neurophysiologique peropératoire, selon la durée».

Pour tous les cas jusqu'au 31.12.2021 et ceux avec une sortie ce jour-là, c'est la durée du neuromonitoring peropératoire documentée par le médecin qui s'applique.

0795 01.07.2021 Ablation percutanée de lésion ou de tissu du poumon

L'«ablation percutanée de lésion ou de tissu du poumon» est saisie avec le code 32.24 «Excision percutanée de lésion ou de tissu du poumon».

0797 01.07.2021 Fièvre après vaccination contre le COVID-19

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

R50.88 Autre fièvre précisée

U12.9! Effets secondaires indésirables de l'utilisation de vaccins contre le COVID-19, sans autre précision

Le code pour la fièvre d'origine médicamenteuse R50.2 «Fièvre d'origine autre et inconnue [Drug fever]» (en lien avec l'effet pharmacologique du médicament) ne doit dans un premier temps pas être utilisé, car il n'y a encore aucune note officielle indiquant que cet effet secondaire est provoqué/peut être provoqué par le vaccin contre le COVID-19 lui-même.

0801 01.07.2021 Codage du vissage trans-ilio-sacré d'une fracture du sacrum

Pour les fractures alaires simples du sacrum (par exemple dans le cadre d'une fracture ostéoporotique) avec colonne vertébrale stable, le code 7A.49 «Ostéosynthèse de vertèbres isolées, cyphoplastie ou vertébroplastie, autre» suivi de 81.29.10 «Arthrodèse sacro-iliaque» doit être utilisé. Pour les fractures du sacrum entraînant une instabilité vertébrale (survenant généralement dans le cadre d'un polytraumatisme), le code 7A.73.11 «Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse sans fusion des vertèbres, abord dorsal ou dorsolatéral, 1 segment» suivi de 81.29.10 «Arthrodèse sacro-iliaque» doit être utilisé pour l'abord dorsal/dorsolatéral (incl. abord percutané).

0808 01.01.2021 Remplacement d'endoprothèse de genou et implantation d'autres composantes/de composantes supplémentaires

Si une endoprothèse de genou existante, quel que soit son type, est remplacée par une autre endoprothèse de genou, il convient de choisir le code avec la désignation «lors d'un remplacement de prothèse» pour l'implantation. Par ex., pour l'explantation d'une hémiprothèse et l'implantation d'une endoprothèse totale au même genou, le code 81.54.31 «Implantation d'une endoprothèse totale standard de genou lors d'un remplacement de prothèse» doit être saisi pour l'implantation, et **non** le code 81.54.21 «Première implantation d'endoprothèse totale standard de genou».

Si, lors du remplacement d'une endoprothèse de genou, un resurfaçage arrière de rotule est utilisé pour la première fois, le code 81.54.42 «Implantation d'un resurfaçage arrière de la rotule lors d'un remplacement» doit être saisi, et **non** le code 81.54.27 «Première implantation d'un resurfaçage arrière de la rotule».

0810 01.01.2021 Saisie du nombre de stents et d'endoprothèses (stent grafts) implantés

Cette précision est structurée comme suit:

- Saisie du nombre d'endoprothèses (stents grafts) aortiques
- Saisie du nombre d'endoprothèses (stents grafts) implantées dans l'artère iliaque, les veines profondes, les vaisseaux abdominaux et viscéraux
- Saisie du nombre d'implantations transluminaires (percutanées) de stents
- Saisie du nombre de stents implantés dans les artères coronaires
- Saisie du nombre de stents lorsque, dans un cas stationnaire, des stents ont été implantés à la fois dans les artères coronaires et dans d'autres vaisseaux
- Raison pour l'indication de la somme totale de stents et d'endoprothèses (stent grafts) implantées lors d'un séjour hospitalier

Les indications de codage données dans les exemples de cas concernent les stents et les endoprothèses (stents grafts) implantés. Le codage doit être complété conformément au cas stationnaire concerné.

Saisie du nombre d'endoprothèses (stents grafts) aortiques

Les endoprothèses (stents grafts) aortiques sont inventoriées dans les sous-catégories 39.71.- «Implantation endovasculaire d'une endoprothèse (stent graft) dans l'aorte abdominale» et 39.73.- «Implantation endovasculaire d'une endoprothèse (stent graft) dans l'aorte thoracique et thoraco-abdominale».

La «note» suivante accompagne ces deux sous-catégories:

«Si plusieurs endoprothèses (stents grafts) sont implantées dans l'aorte [...], chaque implant doit être codé séparément».

Ainsi que le «Coder aussi» suivant:

«Nombre d'endoprothèses (stents grafts) aortiques implantées (39.78.6-)»

1^{er} exemple de cas

Cas: deux endoprothèses (stents grafts) comptant chacune une ouverture sont implantées dans l'aorte abdominale pendant une intervention lors d'un séjour stationnaire.

Codage: Saisir deux fois le code 39.71.22 «Implantation endovasculaire d'endoprothèses (stents grafts) dans l'aorte abdominale, avec 1 ouverture».

Les endoprothèses (stents grafts) aortiques implantées pendant le séjour dans l'aorte thoracique, l'aorte thoraco-abdominale et l'aorte abdominale sont additionnées et le code supplémentaire correspondant du groupe d'élément 39.78.6- est saisi avec la date du premier jour d'intervention, à savoir ici le code 39.78.61 «2 endoprothèses aortiques implantées».

2^e exemple de cas

Cas: une endoprothèse (stent graft) sans ouverture est implantée dans l'aorte abdominale lors d'une première intervention qui se déroule le jour X. Lors d'une seconde intervention qui se déroule le jour Y, un stent graft avec une ouverture est implanté dans l'aorte abdominale. Les deux interventions ont lieu durant le même séjour stationnaire.

Codage: Saisir une fois le code 39.71.21 «Implantation endovasculaire d'endoprothèses (stents grafts) dans l'aorte abdominale, sans ouverture» pour le jour X.

Saisir une fois le code 39.71.22 «Implantation endovasculaire d'endoprothèses (stents grafts) dans l'aorte abdominale, avec 1 ouverture » pour le jour Y.

Les endoprothèses (stents grafts) aortiques implantées pendant le séjour dans l'aorte thoracique, l'aorte thoracoabdominale et l'aorte abdominale sont additionnées. Le code supplémentaire du groupe d'éléments 39.78.6- est saisi avec la date du premier jour d'intervention, à savoir, pour cet exemple, le code 39.78.61 «2 endoprothèses aortiques implantées».

3^e exemple de cas

Cas: une endoprothèse (stent graft) avec deux ouvertures est implantée dans l'aorte thoraco-abdominale.

Codage: Saisir une fois le code 39.73.43 «Implantation endovasculaire d'endoprothèses (stents grafts) dans l'aorte thoraco-abdominale, avec 2 ouvertures».

Une seule endoprothèse (stent graft) a été implantée durant l'ensemble du séjour stationnaire. Il ne faut donc pas saisir de code supplémentaire du groupe d'élément 39.78.6- «Nombre d'endoprothèses (stents grafts) aortiques implantées».

4^e exemple de cas

Cas: le même jour, une endoprothèse (stent graft) avec une ouverture est implantée dans l'aorte thoracique et une endoprothèse (stent graft) sans ouverture est implantée dans l'aorte abdominale. Les deux stents grafts ne sont pas liés.

Codage:

Saisir une fois le code 39.73.32 «Implantation endovasculaire d'endoprothèses (stents grafts) dans l'aorte thoracique, avec 1 ouverture» pour le jour de l'intervention. Saisir une fois le code 39.71.21 «Implantation endovasculaire d'endoprothèses (stents grafts) dans l'aorte abdominale, sans ouverture» pour le jour de l'intervention.

Le code supplémentaire 39.78.61 «2 endoprothèses aortiques implantées» est saisi avec la date du premier jour d'intervention.

Saisie du nombre d'endoprothèses (stents grafts) implantées dans l'artère iliaque, les veines profondes, les vaisseaux abdominaux et viscéraux

Pour les endoprothèses (stents grafts) sans bras latéral implantées dans l'artère iliaque, le nombre de stents grafts implantés est combiné dans le même code que l'intervention et le matériel (cf. exemples de cas 1, 2 et 3). Les codes sous 39.7A.1- «Implantation endovasculaire d'endoprothèses (stents grafts) dans les artères du bassin, iliaque, sans bras latéral, selon le nombre de stents» doivent être saisis pour chaque jour d'intervention.

Pour les endoprothèses (stents grafts) implantées dans les veines profondes ou dans d'autres vaisseaux abdominaux et viscéraux, le code ne comprend pas le nombre d'endoprothèses implantées. En cas d'implantation de plusieurs endoprothèses (stents grafts), coder chaque endoprothèse (stent graft) séparément (voir exemples de cas 4 et 5).

Il n'existe pas de code pour indiquer le nombre total d'endoprothèses (stents grafts) dans l'artère iliaque et dans d'autres vaisseaux que l'aorte.

1^{er} exemple de cas

Si trois endoprothèses (stents grafts) sans bras latéral sont implantées dans l'artère iliaque dans le cadre d'une intervention, saisir une fois le code 39.7A.13 «Implantation endovasculaire, iliaque, 3 stents, sans bras latéral» pour le jour de l'intervention.

2^e exemple de cas

Si lors d'un séjour stationnaire une endoprothèse (stent graft) sans bras latéral est implantée dans l'artère iliaque lors d'une première intervention le jour X et qu'une deuxième endoprothèse (stent graft) sans bras latéral est implantée dans l'artère iliaque lors d'une seconde intervention le jour Y, il faut saisir le code 39.7A.11 «Implantation endovasculaire, iliaque, 1 stent, sans bras latéral» une fois pour le jour X et une fois pour le jour Y.

3^e exemple de cas

Si, lors d'une même intervention, une endoprothèse (stent graft) est implantée dans l'artère iliaque interne gauche et qu'une deuxième endoprothèse (stent graft) est implantée dans l'artère iliaque interne droite, il faut saisir deux fois le code 39.7A.11 «Implantation endovasculaire, iliaque, 1 stent, sans bras latéral», la première avec la variable de latéralité droite, la seconde avec la variable de latéralité gauche.

4^e exemple de cas

Si, le même jour d'intervention, deux endoprothèses (stents grafts) sont implantées dans la veine cave, il faut saisir deux fois le code 39.7A.31 «Implantation endovasculaire d'endoprothèses (stents grafts) dans la veine cave».

5^e exemple de cas

Si une endoprothèse (stent graft) est implantée dans la veine cave le jour X et qu'une deuxième endoprothèse (stent graft) est implantée dans la veine cave le jour Y, il faut saisir deux fois le code 39.7A.31 «Implantation endovasculaire d'endoprothèses (stents grafts) dans la veine cave», une fois pour chacun des jours où a eu lieu une intervention

Saisie du nombre d'implantations transluminales (percutanées) de stents

Dans les codes sous 39.B- « Implantation transluminale (percutanée) de stents dans des vaisseaux sanguins », chaque stent implanté est codé séparément. Par exemple, si trois stents sans libération de substance médicamenteuse sont implantés dans les artères de la cuisse et deux stents sans libération de substance médicamenteuse dans les artères de la jambe, le code 39.B1.G1 est utilisé trois fois et le 39.B1.H1 deux fois. Le nombre total de stents implantés pendant le séjour est calculé et saisi au moyen d'un code sous 39.C1.- «Nombre de stents implantés», à la date du premier jour d'intervention. Dans l'exemple précédent, 5 stents, 39.C1.15 «5 stents implantés ».

Saisie du nombre de stents implantés dans les artères coronaires

L'implantation de stents dans les artères coronaires est répertoriée dans les sous-catégories 36.03.- «Angioplastie d'artère coronaire à thorax ouvert» et 36.08.- «Implantation de stents coronaires, par voie transluminale percutanée». Les codes doivent être saisis pour chaque intervention et pour chaque type de stents implantés, autant de fois que de stents implantés. Si, par exemple, des stents avec libération de substance médicamenteuse ont été implantés dans plusieurs artères coronaires lors d'une intervention, il faut choisir le code portant l'indication « dans plusieurs artères coronaires » et le coder le nombre de fois correspondant au nombre de stents de ce type implantés. Il n'existe pas de code spécifique pour la somme totale des stents implantés dans les artères coronaires.

1^{er} exemple de cas

Cas: le jour X, un stent avec libération de substances médicamenteuses est implanté dans une artère coronaire par voie transluminale percutanée. Le jour Y, deux stents avec libération de substance médicamenteuse sont implantés dans une artère coronaire par chirurgie ouverte. Codage: Saisir une fois le code 36.08.21 «Implantation par voie transluminale percutanée de stents avec libération de substances médicamenteuses, dans une artère coronaire». Saisir deux fois le code 36.03.51 «Endartériectomie d'artère coronaire, par chirurgie ouverte, avec implantation de stents avec libération de substance médicamenteuse, dans une artère coronaire».

2^e exemple de cas

Cas: le jour X, un stent auto-expansible est implanté dans une artère coronaire. Le jour Y, un stent auto-expansible est implanté dans une autre artère coronaire.

Codage: Saisir deux fois le code 36.08.23 «Implantation par voie transluminale percutanée de stents auto-expansibles avec libération de substances médicamenteuses, dans une artère coronaire» pour les dates respectives des interventions.

3^e exemple de cas

Cas: PTCA coronaire avec 4 stents (tous libérant des substances médicamenteuses) (2 RIVA (ramus interventricularis anterior (RIVA)), 1 RCX (ramus circumflex artery), 1 RCA (right coronary artery)) lors d'une intervention.

Codage: Saisir quatre fois le code 36.08.22 «Implantation par voie transluminale percutanée de stents avec libération de substances médicamenteuses, dans plusieurs artères coronaires».

4^e exemple de cas

Cas: PTCA coronaire avec 4 stents (RIVA: 1 stent avec libération de substances médicamenteuses, RCA : 2 BMS (bare metal stents), RCX 1 stent auto-expansible avec libération de substances médicamenteuses) lors d'une intervention.

Codage: RIVA: saisir une fois le code 36.08.21 «Implantation par voie transluminale percutanée de stents avec libération de substances médicamenteuses, dans une artère coronaire» RCA: saisir deux fois le code 36.08.13 «Implantation par voie transluminale percutanée de stents auto-expansibles sans libération de substances médicamenteuses, dans une artère coronaire» et une fois le code supplémentaire 39.C2.12 «Stent métallique nu» RCX: saisir une fois le code 36.08.23 «Implantation par voie transluminale percutanée de stents auto-expansibles avec libération de substances médicamenteuses, dans une artère coronaire»

Saisie du nombre de stents lorsque, dans un cas stationnaire, des stents ont été implantés à la fois dans les artères coronaires et dans d'autres vaisseaux

Il n'est pas permis d'additionner le nombre de stents implantés dans les artères coronaires au nombre de stents implantés dans d'autres vaisseaux périphériques. Un code supplémentaire de la sous-catégorie 39.C1.- «Nombre de stents implantés» ne doit être saisi que pour la somme des stents implantés dans les vaisseaux périphériques pour l'ensemble du cas.

1^{er} exemple de cas

Lors d'une première intervention le jour X : PTCA coronaire avec 4 stents (tous libérant des substances médicamenteuses) (2 RIVA, 1 RCX, 1 RCA)

Lors d'une deuxième intervention le jour X : PTA et un stent (sans libération de substance médicamenteuse) dans l'artère fémorale

Pour le jour X, saisir:

Quatre fois le code 36.08.22 «Implantation par voie transluminale percutanée de stents avec libération de substances médicamenteuses, dans plusieurs artères coronaires»

Le code adéquat de la sous-catégorie 39.50.- «Angioplastie ou athérectomie d'autre(s) vaisseau(x) non-coronaire(s)»

Une fois le code 39.B1.G1 «Implantation transluminale (percutanée) de stents sans libération de substance médicamenteuse, artères de la cuisse» Et le code 39.C1.11 «1 stent implanté»

2^e exemple de cas

Lors d'une première opération le jour X: PTCA coronaire avec 4 stents (tous libérant des substances médicamenteuses) (2 RIVA, 1 RCX, 1 RCA)

Lors d'une deuxième opération le jour Y: PTA et un stent (sans libération de substance médicamenteuse) dans une artère de la cuisse

Pour le jour X, saisir:

Quatre fois le code 36.08.22 «Implantation par voie transluminale percutanée de stents avec libération de substances médicamenteuses, dans plusieurs artères coronaires»

Le code adéquat de la sous-catégorie 39.50.- «Angioplastie ou athérectomie d'autre(s) vaisseau(x) non-coronaire(s)»

Pour le jour Y, saisir:

Une fois le code 39.B1.G1 «Implantation transluminale (percutanée) de stents sans libération de substance médicamenteuse, artères de la cuisse»

Et le code 39.C1.11 «1 stent implanté»

Raison pour l'indication de la somme totale de stents et d'endoprothèses (stent grafts) implantées lors d'un séjour hospitalier

Les codes du groupe d'éléments 39.78.6- «Nombre d'endoprothèses (stents grafts) aortiques implantées» et de la sous-catégorie 39.C1.- «Nombre de stents implantés» servent à identifier les cas où plusieurs endoprothèses (stents grafts) aortiques ou stents périphériques ont été implantés, dans la même logique que celle qui prévaut pour les anastomoses de pontage pour la revascularisation (cf. 36.1C.- «Anastomose de pontage pour revascularisation du myocarde, par nombre total»).

0812 01.07.2020 Système de protection anti-embolie et TAVI

Le code 39.C5 «Utilisation d'un système de protection anti-embolie» peut être utilisé en cas de TAVI (implantation transcathéter de valve aortique) même si le code est classé dans la catégorie à 3 positions 39.C- «Informations supplémentaires sur les stents implantés».

0814 01.07.2020 Saisie des stents coronariens couverts

Pour l'heure, il n'existe pas de code spécifique pour les stents coronariens couverts. Dès lors, il faut utiliser les classes résiduelles suivantes:

36.03.09 «Angioplastie d'artère coronaire à thorax ouvert, autre»

36.08.09 «Implantation de stents coronaires, par voie transluminale percutanée, autre»

0815 01.07.2020 Utilisation du code 00.44 «Intervention sur bifurcation de vaisseaux sanguins» avec les codes sous 36.03.- et 36.08.-

Le code 00.44 «Intervention sur bifurcation de vaisseaux sanguins» peut être utilisé conjointement avec les codes sous 36.03.- et 36.08.-.

0816 01.07.2020 Codage des stents coronariens imprégnés avec libération de substance médicamenteuse

Pour les stents coronariens imprégnés avec libération de substance médicamenteuse, il faut choisir les codes correspondants portant la mention « avec libération de substance médicamenteuse ».

Pour la chirurgie ouverte, il s'agit des codes suivants:

36.03.51 «Endartériectomie d'artère coronaire, par chirurgie ouverte, avec implantation de stents avec libération de substance médicamenteuse, dans une artère coronaire»

36.03.52 «Endartériectomie d'artère coronaire, par chirurgie ouverte, avec implantation de stents avec libération de substance médicamenteuse, dans plusieurs artères coronaires»

Pour la voie transluminale percutanée, il s'agit des codes suivants:

36.08.21 «Implantation par voie transluminale percutanée de stents avec libération de substances médicamenteuses, dans une artère coronaire»

36.08.22 «Implantation par voie transluminale percutanée de stents avec libération de substances médicamenteuses, dans plusieurs artères coronaires»

0817 01.07.2020 Saisie du code 39.78.5- «Extrémité de l'endoprothèse (stent graft) la plus basse»

Dans le cas où une endoprothèse (stent graft) est implantée, en une seule pièce, il faut coder comme suit:

- 39.71.- ET 39.78.5-
OU
- 39.73.4- ET 39.78.5-

Dans le cas où une endoprothèse (stent graft) aortique (dont l'extrémité peut être aortique, mono-iliaque ou biiliaque) et où une ou plusieurs endoprothèses iliaques est ou sont implantées, et que ces différentes endoprothèses ne sont pas liées ou sont modelées et appondues dans le lumen pour la dérivation, il faut coder comme suit:

- 39.71.- ET 39.78.5- (extrémité de l'endoprothèse aortale, pas de l'endoprothèse iliaque appondue) ET,
selon le type d'endoprothèse, 39.7A.1- ou 39.7A.2-
OU
- 39.73.4- ET 39.78.5- (extrémité de l'endoprothèse aortale, pas de l'endoprothèse iliaque appondue) ET,
selon le type d'endoprothèse, 39.7A.1- ou 39.7A.2-

Dans le cas d'une prothèse vasculaire bi-iliaque constituée d'une prothèse vasculaire aorto-mono-iliaque et d'une branche iliaque appondue, il ne faut pas ajouter de code 39.7A.1- ou 39.7A.2- pour cette endoprothèse appondue.

Il faut coder comme suit:

- 39.71.- ET 39.78.53
OU
- 39.73.4- ET 39.78.53

Si d'autres endoprothèses iliaques sont implantées, il faut les coder en plus.

0818 01.07.2020 Code supplémentaire 00.9C.- «Interventions en un temps, main et pied»

Le tableau suivant précise, par l'exemple de la main, le codage avec le code d'intervention et le code supplémentaire lors d'interventions multiples en un temps.

Interventions multiples en un temps, main - Exemples						
		Intervention		00.9C.1- Interventions multiples en un temps sur des rayons métacarpiens et des doigts		
Cas	Description	Code d'intervention	Latéralité	Code supplémentaire	Intitulé	Latéralité
Cas 1	Intervention de type A sur le doigt du 2 ^e rayon de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	Pas de code		
Cas 2	Intervention de type A sur le doigt du 2 ^e rayon de la main gauche Intervention de type B sur le doigt du 3 ^e rayon de la main droite	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	Pas de code		
		Code de l'intervention de type B	Unilatéral droit			
Cas 3	Intervention de type A sur le doigt du 2 ^e rayon de la main gauche Intervention de type B sur le métacarpe, 2 ^e rayon de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	Pas de code		
		Code de l'intervention de type B	Unilatéral gauche			
Cas 4	Intervention de type A sur les doigts des 2 ^e et 3 ^e rayons de la main gauche Intervention de type B sur le doigt du 3 ^e rayon de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	00.9C.11	Interventions multiples en un temps sur 2 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral gauche
		Code de l'intervention de type B	Unilatéral gauche	Pas de code		
Cas 5	Intervention de type A sur les doigts des 2 ^e , 3 ^e et 4 ^e rayons de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	00.9C.12	Interventions multiples en un temps sur 3 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral gauche
Cas 6	Intervention de type A sur les doigts des 2 ^e , 3 ^e et 4 ^e rayons de la main gauche, ainsi que sur les doigts des 4 ^e et 5 ^e rayons de la main droite	Code de l'intervention de type A	Bilatéral	00.9C.12	Interventions multiples en un temps sur 3 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral gauche
				00.9C.11	Interventions multiples en un temps sur 2 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral droit
Cas 7	Intervention de type A sur le doigt du 2 ^e rayon de la main gauche Intervention de type B sur l'os métacarpien du 3 ^e rayon de la main gauche Intervention de type C sur les doigts des 3 ^e et 4 ^e rayons de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	Pas de code		
		Code de l'intervention de type B	Unilatéral gauche	Pas de code		
		Code de l'intervention de type C	Unilatéral gauche	00.9C.11	Interventions multiples en un temps sur 2 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral gauche

Cas 8	Intervention de type A sur les doigts des 2 ^e et 3 ^e rayons de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	00.9C.11	Interventions multiples en un temps sur 2 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral gauche
	Intervention de type B sur les doigts des 2 ^e et 3 ^e rayons de la main droite	Code de l'intervention de type B	Unilatéral droit	00.9C.11	Interventions multiples en un temps sur 2 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral droit
Cas 9	Intervention de type A sur les doigts des 2 ^e et 3 ^e rayons de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	00.9C.11	Interventions multiples en un temps sur 2 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral gauche
	Intervention de type B sur le doigt du 2 ^e rayon de la main droite	Code de l'intervention de type B	Unilatéral droit	Pas de code		

0819 01.01.2020 7A.A2 Growing rod – code supplémentaire – segments de l'intervention spécifique

Le code 7A.A2 «Implantation de systèmes évolutifs ou expansifs, colonne vertébrale» est un code supplémentaire et ne peut donc pas être codé seul. L'intervention consiste en une stabilisation dynamique de la colonne vertébrale. Seuls les segments sur lesquels le système est fixé sont pris en compte pour dénombrer les segments traités. 7A.72.12 «Stabilisation dynamique de la colonne vertébrale, abord dorsal et dorsolatéral, 2 segments» représente l'intervention.

0820 01.01.2020 Utilisation du code secondaire U69.3-! «Codes secondaires utilisés pour le mode de consommation de substances psycho-actives en cas de troubles psychiques et du comportement provoqués par ces substances»

De manière générale, les remarques dans les codes correspondants F10 – F19 «Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives» dans la CIM-10-GM doivent être prises en compte. En complément à cela, la consommation non intraveineuse de cocaïne est représentée par le code U69.36! «Consommation non intraveineuse d'autres stimulants hors caféine» comme code secondaire correspondant au F14.- «Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne».

0826 01.01.2020 Systèmes de pompe sous vide à usage unique

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

0827 01.01.2020 Informations et précisions sur les soins palliatifs

Les précisions suivantes concernent les groupes d'éléments 93.8B 2- «Traitement complexe de médecine palliative, par nombre de jours de traitement» et 93.8B.- «Soins palliatifs spécialisés». Elles ont été élaborées lors d'une collaboration intense entre le groupe de travail «Tarifs des soins palliatifs» (GT tarifs) de palliative.ch et les représentants d'assureurs tarifsuisse SA et curafutura. Vous trouverez de plus amples informations concernant la médecine palliative sur le site Internet de la Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs, www.palliative.ch

0827/1: Évaluation de base standardisée de médecine palliative

93.8A.2-: Caractéristique minimale point 2, examen de diagnostic lors de l'admission, évaluation:

Réalisation d'une évaluation de base standardisée de médecine palliative. [...]

93.8B.-: Caractéristique minimale point 2, examen de diagnostic lors de l'admission, évaluation:

a) Réalisation d'un examen de base standardisé de médecine palliative, avec appréciation de la complexité et de l'instabilité. [...]

L'examen SENS est-il également une évaluation de base standardisée de médecine palliative?

L'examen SENS couvre les domaines suivants de la médecine palliative: gestion des symptômes, décisions/préparation de la fin de vie, organisation du réseau, soutien aux proches. L'examen SENS intègre tous les domaines thématiques des objectifs, définitions et modèles usuels. Un examen SENS documenté doit donc être reconnu comme une évaluation de base standardisée de médecine palliative pour les codes 93.8A.2- et 93.8B.-.

Peut-on considérer un seul «examen ou test» comme une évaluation de base de médecine palliative?

La réalisation d'un seul «examen ou test» pour l'évaluation de la dimension corporelle (p. ex. ESAS) ne peut pas être considérée comme une évaluation de base de médecine palliative complète. Une évaluation de base standardisée de médecine palliative doit tenir compte des dimensions biologique, psychologique, sociale et spirituelle.

0827/2: Domaine de traitement

93.8A.2-: Caractéristique minimale point 3: équipe thérapeutique et traitement:

[...]

c) Les soins médicaux et infirmiers et au moins deux des domaines thérapeutiques s'appliquent au moins six heures par semaine (7 jours calendrier), y compris le soutien et l'accompagnement par des entretiens réguliers et documentés avec le patient, les proches et la famille, ces entretiens peuvent être effectués par tous les groupes professionnels susmentionnés de l'équipe thérapeutique. Les prestations s'effectuent en différentes combinaisons selon les nécessités du malade.

93.8B.2: Soins palliatifs spécialisés avec prestation supplémentaire de traitements, selon le nombre de jours de traitement

Caractéristique minimale point 3, traitement:

[...]

b) Les soins médicaux et infirmiers et au moins deux des domaines thérapeutiques nommés sous point 4c s'appliquent au moins six heures par semaine (7 jours calendrier), y compris le soutien et l'accompagnement par des entretiens réguliers et documentés avec le patient, les proches et la famille, ces entretiens peuvent être effectués par tous les groupes professionnels susmentionnés de l'équipe thérapeutique. Les prestations s'effectuent en différentes combinaisons selon les nécessités du malade.

[...]

De quels domaines thérapeutiques s'agit-il et que compte-t-on dans les 6 heures?

1. La liste des domaines thérapeutiques (travail social/socio-pédagogique/infirmière de liaison, psychologie, physiothérapie, ergothérapie, logopédie, consultation diététique/traitement nutritionnel, accompagnement spirituel, art-thérapie) est exhaustive tant pour 93.8A.2- que pour 93.8A.3-.
2. Les discussions interprofessionnelles en équipe, selon 0827/3, et la durée des déplacements ne sont pas comptées dans les 6 heures.
3. Des entretiens documentés avec le patient, les proches et la famille peuvent être effectués par tous les groupes professionnels susmentionnés de l'équipe thérapeutique (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux/socio-pédagogues, psychologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, logopédistes, diététiciens, accompagnant spirituel, art-thérapeutes). En font également partie les informations fournies aux patients et à ses proches dans le cadre de la thérapie.
4. Les travaux de documentation et de coordination en lien direct avec le traitement et les conseils prodigués, de même que les entretiens avec les patients, leurs proches et leur famille sont comptés dans les 6 heures.
5. Il n'y a pas de prescription fixant la durée minimale d'une unité thérapeutique.
6. La documentation des entretiens et des thérapies est la condition de base pour le codage. Le type de thérapie, sa durée et la date à laquelle elle a eu lieu doivent être clairement documentés par tous les groupes de professionnels concernés.

0827/3: Discussion en équipe

93.8A.2-: Caractéristique minimale point 4, planification et contrôle du traitement:

[...]

b) Chaque semaine, discussion interprofessionnelle en équipe avec documentation hebdomadaire des résultats déjà atteints et des futurs objectifs du traitement.

93.8B.2-: Caractéristique minimale point 5, planification et contrôle du traitement:

[...]

b) Chaque semaine, discussion interprofessionnelle en équipe avec documentation hebdomadaire des résultats déjà atteints et des futurs objectifs du traitement.

Qu'entend-on par discussion interprofessionnelle en équipe?

La formule «chaque semaine, discussion interprofessionnelle en équipe» utilisée pour les traitements complexes de médecine palliative et des soins palliatifs spécialisés est à interpréter comme suit: **«Chaque semaine»** se réfère à la structure, pas au patient. Cela signifie qu'au moins une discussion interprofessionnelle en équipe a lieu chaque semaine dans l'unité clinique.

Exemple:

Le patient est hospitalisé pendant 10 jours (du lundi de la semaine 1 au mercredi de la semaine 2). Le patient sort le mercredi de la 2^e semaine ou décède. Les discussions d'équipe ont toujours lieu le jeudi. L'exigence minimale du point de vue structurel est remplie également pour la 2^e semaine.

«**Interprofessionnel**» implique la participation d'au moins un médecin, un infirmier et un autre groupe professionnel à la discussion d'équipe.

0834 01.07.2019 Intoxication au lithium

Comment représenter une intoxication au lithium?

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

0845 01.01.2018 Matrice collagène pour transplantation de chondrocytes autologues ou comme implant acellulaire

Si lors d'une incision sous-chondrale d'os d'une articulation, une matrice collagène vierge (c.-à-d. sans chondrocytes autologues cultivés) est implantée, l'intervention est à coder avec le code «Incision de l'os sous-chondral avec insertion d'implant acellulaire sous arthroscopie, ...» ou «Incision chirurgicale ouverte de l'os sous-chondral avec insertion d'implant acellulaire, ...», selon la voie d'abord choisie. Les codes du groupe d'éléments 81.9A.3- «Transplantation de chondrocytes autologues sur matrice dans une articulation, par arthroscopie » resp. .4- «Transplantation de chondrocytes autologues sur matrice dans une articulation, par chirurgie ouverte» ne peuvent pas être codés dans ce cas. Par exemple, pour l'articulation du genou, ceci signifie que lors d'une incision sous-chondrale d'os avec implantation d'une matrice collagène vierge, le code 81.47.25 «Incision de l'os sous-chondral avec insertion d'implant acellulaire sous arthroscopie, genou» ou le code 81.47.28 «Incision chirurgicale ouverte de l'os sous-chondral avec insertion d'implant acellulaire, genou » est à utiliser. Les codes 81.9A.3C «Transplantation de chondrocytes autologues sur matrice, articulation du genou, par arthroscopie » resp. .4C «Transplantation de chondrocytes autologues sur matrice, articulation du genou, par chirurgie ouverte» ne peuvent pas être utilisés dans ce cas.

0855 01.07.2017 54.98.- «Dialyse péritonéale»

Il est aussi possible d'utiliser un code de la sous-catégorie 54.98.- «Dialyse péritonéale» lorsque le patient procède lui-même à la dialyse péritonéale. Le matériel requis, comme p.ex. le liquide de rinçage, etc., doit être mis à sa disposition par la division hospitalière.

0871 01.01.2016 CHOP: Définition «endovasculaire»

Les interventions endovasculaires sont des interventions «à l'intérieur» d'un vaisseau sanguin, sans ouverture de la localisation du traitement de ce dernier. Ce terme est analogue au terme de procédure interventionnelle.

Après ponction d'une artère (le plus souvent par abord inguinal), le médecin parvient sous imagerie avec un cathéter au lieu d'intervention. La pathologie de cette artère peut être traitée à l'aide de cathéters spéciaux.

Exemples pour des interventions endovasculaires:

- Angioplastie par ballons (PTA)
- Thrombectomie à lame rotative
- Implantation d'un endograft
- Implantation de stent
- Insertion de stent graft.

0879 01.07.2015 39.99.21 Opérations d'anomalie congénitale de l'isthme aortique (sténose) ou d'interruption de la crosse aortique

Une opération ouverte d'une sténose congénitale de l'isthme aortique se code selon la méthode avec un code précis du chapitre 7. S'il existe un code précis, le code 39.99.21 n'est pas à coder.

0897 01.07.2014 80.76.10 Synovectomie arthroscopique du genou / 80.76.20 Synovectomie ouverte du genou

La résection de plica ou du Hoffa du genou est à coder avec ces codes.

0903 01.07.2014 51.99.00 - 51.99.14, 51.99.91 et 51.99.99 Autres opérations des voies biliaires

Ces codes ne sont à utiliser que pour les interventions par chirurgie ouverte ou laparoscopique.

0941 01.12.2012 ABO et AB0 Recherche par mot-clé

Lors d'une recherche informatique par mot-clé de codes associés aux groupes sanguins, il y a des différences linguistiques :

- en allemand, le groupe sanguin devrait toujours être désigné par O,
- en français, par 0.

La recherche doit donc se faire par O comme «Otto» et par 0 «Zéro» pour trouver tous les codes.

2010 92.24 Téléradiothérapie à photons

92.24.1- «...positionnement guidé par l'image» sont des thérapies **avec** et 92.24.2- «...positionnement guidé par l'image, sans positionnement guidé par l'image ». Le terme «positionnement guidé par l'image» ou «irradiation guidée par l'image» (IGRT) signifie que l'on fait en salle de radiothérapie, sur le patient positionné, des radiographies ou des coupes CT.

Ces installations peuvent être placées dans la salle de radiothérapie ou fixées directement comme accessoires supplémentaires sur les systèmes d'irradiation (système de rayons X, CT mobile, ultrason). Cette imagerie est indépendante de la planification de l'irradiation et nécessite un équipement spécifique. Il est de la sorte possible de comparer le positionnement du patient et des volumes-cibles avec les images tirées de la planification de l'irradiation. Cette comparaison permet de procéder ensuite à des corrections de positionnement du patient. Ainsi, une CT effectuée sur un patient ayant un carcinome prostatique permet de contrôler le contenu de la vessie et du rectum et de déterminer sur cette base la position de la prostate.

En saisissant de manière constante les mouvements du patient et des organes, il est aussi possible de réajuster le rayonnement au cours de l'irradiation (radiothérapie adaptative).