



14 Santé

Circulaire pour les codeuses et les codeurs 2023 n° 1

15 décembre 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 PUB
Copyright:	OFS, Neuchâtel 2022 La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée.
Téléchargement :	www.statistiques.ch

1. Généralités

1.1. Instruments de codage en vigueur

À compter du 1^{er} janvier 2023, les instruments de codage suivants s'appliquent:

- Manuel de codage médical: Le manuel officiel des règles de codage en Suisse. Version 2023
- Circulaire pour les codeuses et les codeurs 2023 n° 1 et son annexe
- Classification Suisse des Interventions Chirurgicales (CHOP): Index systématique – Version 2023
- CIM-10-GM 2022 Index systématique : Classification internationale des maladies – 10e révision – German Modification

Les instruments pour le codage médical sont disponibles sur www.statistique.ch → 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

Pour les classifications et le manuel de codage, en cas de divergence entre les versions linguistiques, les versions originales (versions en langue allemande) font foi.

1.1.2. Circulaire et annexe

Cette circulaire contient des informations de base et complémentaires (corrections incluses) sur le manuel de codage et les classifications. Son annexe présente d'autres informations et précisions. Ces documents contiennent des informations officielles de l'OFS qui doivent être prises en compte pour le codage.

Voici les dates de publication prévues pour les circulaires et leur annexe:

- Circulaire pour les codeuses et les codeurs 2023 n° 1 (publication fin décembre 2022): à appliquer aux cas avec une date de sortie à partir du 1^{er} janvier 2023.
- Circulaire pour les codeuses et les codeurs 2023 n° 2 (publication fin juin 2023): à appliquer aux cas avec une date de sortie à partir du 1^{er} juillet 2023.

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 12.0/2023 → Codage analogue

<https://www.swissdrg.org/de/akutsomatik/swissdrg-system-1202023/alogiekodierung>

Chemin: www.swissdrg.org → Réadaptation → Rubrique Relevé des données → Relevé 2024 (Données 2023)

<https://www.swissdrg.org/fr/somatique-aigue/releve-des-donnees/releve-2024-donnees-2023>

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

1.2. Question sur le codage

1.2.1. Procédure

Seules les questions de codage avec **toute la documentation clinique anonymisée nécessaire** (lettre de sortie, rapport opératoire, codage etc.) seront traitées. Elles sont à adresser à CodeInfo@bfs.admin.ch.

Les divergences de codage et les cas de révision seront envoyés à CodeInfo@bfs.admin.ch avec **documentation anonymisée complète concernant le patient, argumentation et codage des deux parties**, avec l'autre partie en copie.

Pour toutes les questions sans documentation ou avec une documentation insuffisante, nous ne faisons pas de recommandation. Une recommandation n'est valable que pour le cas pour lequel elle a été émise et ne doit pas être appliquée à d'autres cas.

1.2.2. Anonymisation

Les informations suivantes doivent être retirées pour rendre les documents anonymes:

- Nom, prénom
- Jour et mois de naissance (à l'exception des nouveau-nés jusqu'à l'âge d'un an (< 1 an))
- Adresse du domicile
- Coordonnées (numéro de téléphone, etc.)

Le personnel de l'OFS est soumis uniquement au secret statistique (conformément à l'art. 14 de la loi sur la statistique fédérale) et à la loi fédérale sur la protection des données.

2. Informations complémentaires au manuel de codage 2023

Légende: nouveautés en vert, suppressions en rouge

2.1. D09 Diagnostics présumés

Concerne uniquement la version française

Le paragraphe ci-dessous de la règle de codage D09I «Diagnostics présumés» est à modifier comme indiqué.

[...]

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~~ transfère, le code pour le trouble bipolaire ne doit pas être modifié ultérieurement par l'hôpital qui ~~opère le transfert~~ a transféré le patient. 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.

2.2. SD0106 COVID-19

Concerne toutes les versions linguistiques

La nouvelle règle de codage SD0106I «COVID-19» ci-dessous doit être intégrée dans le manuel de codage. Elle reprend, avec de légères adaptations, les principales informations de la «Communication officielle 2021 n° 2: Codage COVID-19» du 31 mars 2021.

SD0106I COVID-19

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

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

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

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

Note:

- Les exemples ci-dessous et les codes proposés ne doivent pas être considérés comme exhaustifs. Les règles de codage et règles de facturation en vigueur doivent être prises en compte, en particulier G52 «Le diagnostic principal», G54 «Les diagnostics supplémentaires», D09 «Diagnostics présumés», D15 «Transferts», SD0102 «Sepsis», SD0103 «SIRS» et SD1002 «Insuffisance respiratoire».
- Le terme «CIM primaire» utilisé dans le tableau ci-dessous ne correspond pas au terme «diagnostic principal».
- Pour les rares cas à regrouper pour cause de réhospitalisation liée au SARS-Cov-2, utiliser le code U07.1! ou U07.2! défini au terme de la dernière hospitalisation.
- Le code U07.2! ne doit pas être saisi pour les séjours hospitaliers avec isolement prophylactique, sans test, dans le cadre de la pandémie SARS-Cov-2, sans critères de suspicion.

- Explications concernant le code *U99.0! Procédures spéciales pour le dépistage du SARS-CoV-2*:
 - Ne pas saisir plusieurs fois le code U99.0! pour un même cas, p. ex. lorsque le test est effectué à plusieurs reprises.
 - Par «procédures spéciales», on entend les procédures de diagnostic en laboratoire permettant de dépister une infection au SARS-CoV-2.
 - Lors d'un cas suspecté et d'un test donnant un résultat non spécifique, il est possible de saisir le code U99.0! en même temps que le code U07.2! (cf. conditions pour la saisie du code U07.2! ci-dessous).
 - Ne pas saisir simultanément les codes U99.0! et U07.1!. Le code U07.1! implique que le virus a été détecté.
 - Ne pas saisir de code de procédure pour la réalisation de tests de diagnostic en laboratoire.
- Explications concernant le code *U07.2! COVID-19, virus non identifié*:
 - Si une infection par le SARS-CoV-2 a été exclue avec certitude, ne pas saisir le code U07.2!. Si les résultats des tests sont sans équivoque et excluent toute présence de l'agent pathogène responsable du COVID-19, saisir le code secondaire U99.0!.
 - Les conditions suivantes doivent être remplies pour saisir le code U07.2!: Il doit y avoir une symptomatologie (spécifique ou non spécifique) du COVID-19 et une suspicion épidémiologique et le virus ne doit pas avoir été clairement identifié dans le résultat du test (résultat négatif ou non spécifique ou test non réalisé). S'il n'y a pas de symptomatologie (spécifique ou non spécifique) du COVID-19 alors qu'il y a une suspicion épidémiologique (par ex. cas contact direct), le code U07.2! ne doit pas être saisi.
- Concernant la septicémie virale due au SARS-CoV-2, prendre en compte le paragraphe spécifique à la suite du tableau.

Exemple	CIM primaire	CIM secondaire	Tableau clinique	Diagnostic confirmé en laboratoire
Septicémie (virale) due au SARS-CoV-2 (COVID-19) le cas échéant + infection bactérienne supplémentaire le cas échéant + J96.- <i>Insuffisance respiratoire, non classée ailleurs</i> et/ou le cas échéant J80.0- <i>Syndrome de détresse respiratoire de l'adulte [SDRA]</i> , etc.	A41.8 et B33.8 et + autres	U07.1!	spécifique	oui
Pneumonie due au SARS-CoV-2 (COVID-19) le cas échéant + R65.0! <i>SIRS d'origine infectieuse sans complications organiques</i> le cas échéant + J96.- <i>Insuffisance respiratoire, non classée ailleurs</i> et/ou le cas échéant J80.0- <i>Syndrome de détresse respiratoire de l'adulte [SDRA]</i> , etc.	J12.8 + autres	U07.1!	spécifique	oui
Laryngite aiguë due au SARS-CoV-2 (COVID-19) avec identification de l'agent pathogène	J04.0	U07.1!	spécifique	oui
Fièvre et/ou toux (et autres symptômes spécifiques) dans le contexte du SARS-CoV-2 (COVID-19) avec identification de l'agent pathogène	R50.88 et/ou R05 (etc.)	U07.1!	spécifique	oui
Infection asymptomatique identifiée avec SARS-CoV-2	Z22.8	U07.1!	inexistant	oui

Exemple	CIM primaire	CIM secondaire	Tableau clinique	Diagnostic confirmé en laboratoire
Cas clinique suspecté dans le contexte du SARS-CoV-2 avec symptômes/manifestations cliniques, agent pathogène définitivement exclu au terme de l'hospitalisation	Symp-tôme/manifestation	U99.0!	spécifique et non spécifique	virus définitivement exclu
Cas clinique et épidémiologique suspecté dans le contexte du SARS-CoV-2 avec symptômes/manifestations cliniques, agent pathogène pas définitivement exclu au terme de l'hospitalisation faute de test en laboratoire	Symp-tôme/manifestations et Z20.8	U07.2!	spécifique et non spécifique	pas de test en laboratoire
Cas clinique et épidémiologique suspecté dans le contexte du SARS-CoV-2 avec symptômes/manifestations cliniques, agent pathogène pas définitivement exclu au terme de l'hospitalisation, car les résultats du test en laboratoire sont non spécifiques	Symp-tôme/manifestations et Z20.8	U07.2! et U99.0!	spécifique et non spécifique	résultat non spécifique
Cas clinique et épidémiologique suspecté dans le contexte du SARS-CoV-2, avec symptômes/manifestations, au terme de l'hospitalisation agent pathogène définitivement exclu	Symp-tôme/manifestations et Z20.8	U99.0!	spécifique et non spécifique	Virus définitivement exclu
Cas épidémiologique suspecté (cas contact) sans symptôme lié au COVID-19 (en cas d'hospitalisation), agent pathogène pas définitivement exclu au terme du séjour hospitalier faute de test en laboratoire	Z20.8		inexistant	pas de test en laboratoire
Cas épidémiologique suspecté (cas contact) sans symptôme lié au COVID-19 (en cas d'hospitalisation), agent pathogène pas définitivement exclu au terme du séjour hospitalier, car les résultats du test en laboratoire sont non spécifiques ou l'agent pathogène définitivement exclu	Z20.8	U99.0!	inexistant	résultat non spécifique ou négatif
Personne sans suspicion clinique et épidémiologique d'infection au SARS-CoV-2, test effectué, agent pathogène définitivement exclu	Z11	U99.0!	inexistant	Virus définitivement exclu

Septicémie virale due au SARS-CoV-2

En présence d'une septicémie virale documentée par le médecin et due à une infection SARS-Cov-2, le code *B33.8 Autres maladies à virus précisées* est utilisé. Ce code ne contient pas l'information «septicémie». Afin de garantir l'attribution correcte dans le Groupeur, dans le cas d'une septicémie virale documentée par le médecin et due au SARS-Cov-2, le code *B33.8 Autres maladies à virus précisées* doit toujours être combiné avec le code *A41.8 Autres septicémies précisées*.

À noter que les codes concernant la septicémie de la rubrique A40.- à A41.- sont normalement réservés aux infections d'origine bactérienne, qui peuvent en plus accompagner une infection dans le contexte du SARS-Cov-2.

Les règles de SD0102 «Sepsis» et G52 «Le diagnostic principal» s'appliquent.

Pour une classification correcte, le code *B33.8 Autres maladies à virus précisées* suivi du code *U07.1! COVID-19, virus identifié* doit être saisi.

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

DP A41.8 Autres septicémies précisées
 DS B33.8 Autres maladies à virus précisées
 DS U07.1! COVID-19, virus identifié
 DS si présent, U10.9 Syndrome inflammatoire multisystémique associé au COVID-19, sans autre précision
 DS Foyer d'infection, etc.
 d'autres codes selon la séquence de la règle de codage SD0102 «Sepsis»

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

DP Exemple J12.8 Autres pneumonies virales ou autres
 DS A41.8 Autres septicémies précisées
 DS B33.8 Autres maladies à virus précisées
 DS U07.1! COVID-19, virus identifié
 DS si présent, U10.9 Syndrome inflammatoire multisystémique associé au COVID-19, sans autre précision
 DS Foyer d'infection, etc.
 d'autres codes selon la séquence de la règle de codage SD0102 «Sepsis »

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

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

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

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

2.3. SD0202 Tumeurs – Choix et ordre des diagnostics

Concerne toutes les versions linguistiques

L'exemple 18 de la règle de codage SD0202 doit être adapté comme suit.

SD0202~~k~~ Choix et ordre des diagnostics

[...]

Exemple 18

Un patient est hospitalisé pour une vertébroplastie avec une fracture du corps vertébral thoracique médicalement documentée due aux métastases et consécutive à un carcinome métastatique des cellules rénales. ~~lymphogène (régional) et péritonéal. État après une néphrectomie et une lymphadénectomie régionale.~~

DP C79.5† Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse
 CD M49.54* Tassement vertébral au cours de maladies classées ailleurs, région dorsale
 DS C64 Tumeur maligne du rein, à l'exception du bassinet
~~DS C78.6 Tumeur maligne secondaire du rétropéritoine et du péritoine~~
~~DS C77.2 Tumeur maligne des ganglions lymphatiques intra-abdominaux, secondaire et non précisée~~

2.4. SD0217 Traitement palliatif

Concerne toutes les versions linguistiques

Les corrections suivantes doivent être apportées à la règle de codage SD0217.

SD0217 ~~k~~ Traitement palliatif

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

- 93.8A.2- *Traitement complexe de médecine palliative, selon le nombre de jours de traitement*
- 93.8B- *Soins palliatifs spécialisés*

~~Le code CIM-10-GM Z51.5 Soins palliatifs se code comme diagnostic supplémentaire uniquement :~~

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

~~Conformément aux prescriptions de la règle de codage D15, le code Z51.5 est saisi par l'hôpital qui admet le patient.~~

Note: «Choix du diagnostic principal lors de traitements palliatifs» à la règle de codage G52 et «Symptômes d'une tumeur», «Maladies étiologiquement liées à une tumeur» à la règle SD0202.

Remarque:

- ~~• Si, lors d'un traitement palliatif (le codage contient soit les codes CHOP 93.8A.2., 93.8B. ou le code CIM Z51.5 si les caractéristiques minimales ne sont pas remplies p.ex en cas de décès) les conditions de la règle G 52 sont remplies, la maladie qui était la raison du traitement palliatif doit être choisie comme DP.~~
- Les symptômes d'une maladie (tumorale) à un stade avancé, p.ex. forte nausée, inflammation systémique, faiblesse, perte de l'appétit, douleurs généralisées, essoufflement, panique, etc. **ne** doivent **pas** être codés comme causes du traitement palliatif dans le diagnostic principal, même lorsqu'ils étaient au centre du traitement stationnaire pour le confort de la personne malade.

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

~~L'utilisation du code Z51.5 Soins palliatifs est réservée uniquement aux conditions susmentionnées.~~

[...]

2.5. SD0904 Affections des valvules cardiaques

Concerne toutes les versions linguistiques

Le tableau de la règle de codage SD0904 doit être corrigé comme suit.

SD0904d Affections des valvules cardiaques

[...]

		Désignées comme non rhumatismales	Désignées comme rhumatismales	Sans précision
[...]				
Valvule pulmonaire	Insuffisance	I37.0 I37.1	I09.8	I37.0 I37.1
	Sténose	I37.1 I37.0	I09.8	I37.1 I37.0
	Sténose avec insuffisance	I37.2	I09.8	I37.2

2.6. SD1804 – Pas d'indication de la latéralité dans G63.2* Polynévrite diabétique

Concerne toutes les versions linguistiques

La latéralité n'est pas indiquée en lien avec le code étoile G63.2* Polynévrite diabétique. L'exemple 11 de la règle de codage SD1804 doit ainsi être adapté comme suit.

SD1804 Diagnostics traitements de la douleur

[...]

Exemple 11

Un patient souffrant d'un infarctus transmural aigu de la paroi inférieure du myocarde est présenté pour une opération de pontage en urgence. Dans la phase postopératoire, après une opération cardiaque sans complication, une douleur (au repos) bilatérale chronique des membres dans un contexte de polynévrite diabétique (type 2, non décompensé) s'aggrave et limite fortement le patient (insomnie, physiothérapie postopératoire plus difficile, etc.).

Outre les examens neurologiques au lit et l'adaptation de la médication sur la base de la maladie sous-jacente, il reçoit un traitement médicamenteux contre la douleur, des méthodes physiques de traitement de la douleur, etc.

La documentation médicale complète indique que les conditions/caractéristiques minimales pour la saisie d'un «Traitement multimodal de la douleur, de brève durée» (93.A1) pendant trois jours sont remplies.

DP I21.1 Infarctus transmural aigu du myocarde, de la paroi inférieure

DS E11.40+ Diabète sucré, type 2, avec complications neurologiques, non désigné comme décompensé

DS G63.2* Polynévrite diabétique



TP Opération de pontage selon les règles de codage qui s'appliquent

TS 93.A1 Traitement multimodal de la douleur, de brève durée

3. Informations complémentaires à la CHOP 2023

Légende: nouveautés en vert, suppressions en rouge

3.1. 32.2A.13 «Excision et destruction locale de lésion ou de tissu de poumon, par endoscopie»

Concerne uniquement la version allemande

3.2. 35.F2.26 et 35.H2.26 «Remplacement de la valve mitrale par xénogreffe (bioprothèse) avec ancrage transapical»

Concerne toutes les versions linguistiques

Les titres des codes 35.F2.26 et 35.H2.26 doivent être complétés comme suit.

35.F2.26	Remplacement de la valve mitrale par xénogreffe (bioprothèse) avec ancrage transapical, par voie transapicale
[...]	
35.H2.26	Retrait d'une prothèse valvulaire mitrale ainsi qu'implantation d'une xénogreffe (bioprothèse) avec ancrage transapical, par voie transapicale

3.3. Chapitre 9 «Opérations du système digestif» suppression de l'«inclusion» «insertion de stent»

Concerne toutes les versions linguistiques

Sous les codes et la sous-catégorie suivants l'inclusion «insertion de stent» doit être supprimée.

44.33	Gastro-entérostomie sans gastrectomie, par endoscopie [...] INCL. Insertion de stent
51.38.31	Anastomose entre les voies biliaires et tractus gastro-intestinal, par voie endoscopique INCL. Insertion de stent
52.01.11	Drainage transgastrique d'un kyste pancréatique, par endoscopie INCL. Insertion de stent
52.01.21	Drainage transduodénal d'un kyste pancréatique, par endoscopie INCL. Insertion de stent
52.96.31	Anastomose entre canal pancréatique et tractus gastro-intestinal, par endoscopie INCL. Insertion de stent

3.4. Correction de l'«ainsi que» sous 86.93 «Insertion d'expenseur tissulaire»

Concerne uniquement la version allemande

3.5. 89.15.8- «Traitement neuropsychologique, selon la durée du traitement» et BA.1 «Réadaptation neurologique»

Concerne toutes les versions linguistiques

Un code du groupe d'éléments 89.15.8- «Traitement neuropsychologique, selon la durée du traitement» doit être saisi en plus du code BA.1, si le traitement «Neuropsychologie» a été réalisé dans le cadre de BA.1 «Réadaptation neurologique». Les minutes de traitement de «neuropsychologie» sont tout de même également comptées dans le nombre moyen de minutes de traitement par semaine de la «réadaptation neurologique».

Normalement, le codage prévoit de **ne pas coder en plus les traitements qui sont décrits dans les caractéristiques minimales**. En raison de l'ajout de certains des codes du groupe d'éléments 89.15.8- en tant que critère de split dans le contexte de la structure tarifaire ST Reha, une exception doit être faite pour la «neuropsychologie».

BA.1**Réadaptation neurologique**

Cod. a.: Si effectuée - Traitement neuropsychologique, selon la durée du traitement (89.15.8-)

Note: [...]

Caractéristique minimale point 3, thérapie et formation:

Durée hebdomadaire de la thérapie d'au moins 540 min. Les temps indiqués pour les prestations hebdomadaires de traitement et de formation se rapportent à l'ensemble du séjour en réadaptation en tant que moyenne hebdomadaire.

Les thérapies suivantes sont alors utilisées en fonction des déficits:

Sont obligatoires la physiothérapie en combinaison individualisée avec:

- La thérapie physique
- La logopédie
- L'ergothérapie
- La neuropsychologie
- La psychothérapie et la thérapie par la parole
- Le conseil/traitement diététique

Non obligatoires, mais utilisés si indiqués, et comptant dans la durée du traitement:

- Conseil social
- Aide à l'arrêt du tabac
- Conseil en matière de diabète

3.6. 93.85.- «Réadaptation professionnelle et réadaptation au travail»

Concerne toutes les versions linguistiques

Les caractéristiques minimales point 4 et 5 de la sous-catégorie 93.85.- doivent être modifiées comme suit.

93.85.-**Réadaptation professionnelle et réadaptation au travail**

Note: Caractéristique minimale point 4, ~~traitement~~ **thérapie et formation:**
[...]

Caractéristique minimale point 5, ~~traitement et formation~~ **durée moyenne de traitement et de formation par semaine:**

Une semaine [de traitement] comprend 7 jours calendaires. ~~Les temps indiqués pour les prestations hebdomadaires de traitement et de formation se rapportent à l'ensemble du séjour en réadaptation en tant que moyenne hebdomadaire.~~ Les séances de traitement et la formation ont lieu en traitement individuel ou de groupe selon l'indication et en fonction des besoins et des ressources du patient.

~~Durée hebdomadaire de la thérapie d'au moins 900 min.~~

La durée moyenne de traitement ainsi que de formation par semaine comprend au moins 900 min. Les durées indiquées pour les traitements et formations hebdomadaires se rapportent à l'ensemble du séjour avec une indication spécifique de réadaptation professionnelle et de réadaptation au travail, en tant que moyenne hebdomadaire.

[...]

3.7. 93.8A.1 «Évaluation en médecine palliative»

Concerne toutes les versions linguistiques

Les «Exclusions – Omettre le code» sous 93.8A.12 sont déplacées sous 93.8A.1-, car elles valent pour l'ensemble du groupe d'éléments.

93.8A.1-**Évaluation en médecine palliative**

EXCL. Omettre le code - Traitement complexe de médecine palliative (93.8A.2-)

Omettre le code - Soins palliatifs spécialisés (93.8B.-)

[...]

93.8A.12 Examen de base de médecine palliative, standardisé [PBA]

~~EXCL. — Omettre le code — Traitement complexe de médecine palliative (93.8A.2.)~~
~~Omettre le code — Soins palliatifs spécialisés (93.8B.-)~~

3.8. 93.8C.1- «Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, selon le nombre de jours de traitement»

Concerne uniquement la version allemande

3.9. 99.BD.- «Traitement complexe intégré en cas de trouble sévère de l'alimentation, selon le nombre de jours de traitement»

Concerne toutes les versions linguistiques

Les caractéristiques minimales point 1 et 2 de la sous-catégorie 99.BD.- doivent être modifiées comme suit.

99.BD.- Traitement complexe intégré en cas de trouble sévère de l'alimentation, selon le nombre de jours de traitement

Note: Caractéristique minimale point 1, description succincte:

Traitement interdisciplinaire des patients souffrant de ~~morbidité corporelle et psychique ainsi que psychosociale grandissante~~ graves symptômes physiques ainsi que psychiques ainsi que de charges psychosociales considérables dans le cadre d'un diagnostic de base de trouble de l'alimentation sous la direction d'un médecin spécialiste en médecine interne, médecine intensive, pédiatrie, endocrinologie/diabétologie, psychiatrie et psychothérapie ou d'un médecin avec spécialisation interdisciplinaire dans la médecine psychosomatique et psychosociale.

Caractéristique minimale point 2, indication:

Diagnostic de base de trouble sévère de l'alimentation dans ~~une situation psychique/somatique~~ une symptomatologie somatique ainsi que psychique constituant un danger imminent qui ne peut être traité dans le cadre ambulatoire et nécessite un traitement ~~psychique/somatique/psychiatrique-psychothérapeutique~~ intégré.

[...]

3.10. 99.C- «Traitement de soins infirmiers complexes» - ajout d'un minimum dans le premier code

Concerne toutes les versions linguistiques

Les titres des premiers codes des sous-catégories sous la catégorie à 3 positions 99.C- «Traitement de soins infirmiers complexes» doivent être précisés comme suit.

99.C2.11 Traitement de soins infirmiers complexes chez les adultes, jusqu'à 2 à 5 points de dépense

[...]

99.C3.11 Traitement de soins infirmiers complexes chez les enfants et les adolescents, jusqu'à 2 à 5 points de dépense

[...]

99.C4.11 Traitement de soins infirmiers complexes chez les enfants en bas âge, jusqu'à 2 à 5 points de dépense

[...]

99.C5.11 Traitement de soins infirmiers complexes chez les prématurés, les nouveau-nés et les nourrissons, jusqu'à 2 à 5 points de dépense

3.11. BB.1- «Charge supplémentaire en réadaptation, selon le nombre de points de dépense» - ajout d'un minimum dans le premier code

Concerne toutes les versions linguistiques

Le titre du code BB.11 doit être précisé comme suit.

BB.11 Charge supplémentaire en réadaptation, au moins 1 jusqu'à 10 points de dépense

3.12. Annexe «BB.1- Charge supplémentaire en réadaptation»

Concerne toutes les versions linguistiques

Le tableau concernant le code BB.1- en annexe de la CHOP doit être adapté comme suit.

BB.1- Charge supplémentaire en réadaptation

N°	Indication	Prestation	Critère de mesure (par jour)	Nombre de points
1	Prestations de soins interdisciplinaires selon l'indication			
1.1		Soins corporels complets/partiels ou mobilisation, y compris soins d'assistance selon le déficit fonctionnel (y compris aide à la prise des repas, etc.)	Au minimum 30 min par prestation de soin en continu	1
		Surveillance spécifique et contrôle (par ex. lors d'une surveillance étroite des paramètres vitaux, contrôle de DAV avec documentation à chaque équipe, surveillance d'autres paramètres spécifiques)	Au minimum 4 fois	1
		Formation spécifique à l'hygiène en cas d'immunosuppression	Au minimum 30 min par prestation de soin en continu	1
		Contrôle de l'équilibre hydrique (p. ex. bilan quotidien ou contrôles du poids) avec nutrition en lien et adaptation du traitement médicamenteux	1 fois par jour	1
		Prestations spéciales d'assistance aux personnes malvoyantes/sourdes/limitées sur le plan cognitif	Au minimum 30 min par prestation de soin en continu	1
		Prestations spéciales d'assistance en cas de troubles de la parole et de la déglutition	Au minimum 30 min par prestation de soin en continu	1
2	Affections cardiovasculaires			
2.1	En cas de DAV [Dispositif d'assistance ventriculaire]	Formation du patient à l'utilisation d'un DAV	Au minimum 30 min par prestation de soin en continu	1
2.2	Insuffisance cardiaque NYHA III ou FE < 30 %	Formation et conseils qualifiés sur le thème de l'insuffisance cardiaque	Au minimum 30 min par prestation de soin en continu	1
3	Appareil respiratoire			
3.1	Affections avec mobilisation problématique des sécrétions, présence de canules trachéales, drainages thoraciques	Mesures de soins pour favoriser la ventilation des poumons et/ou l'expectoration des sécrétions bronchiques	Au minimum 30 min par prestation de soin en continu	1
		Soins de canules trachéales et de drainages thoraciques ainsi que formation des patients à la manipulation et aux soins de canules trachéales	Au minimum 30 min par prestation de soin en continu	1

4	Traitement coûteux des plaies			
4.1	Soins requis considérablement plus élevés par rapport aux soins infirmiers de routine.	Soin des plaies (y compris prise en charge des stomies) Description spécifique des plaies avec: = Diagnostic et classification des plaies = Durée et localisation des plaies = Dimensions, bord, abords, plancher (de la plaie), exsudation, odeur = Signes inflammatoires = Douleurs = Documentation photo Traitement des plaies, composé de: = Nettoyage et/ou désinfection des plaies = Pansements avec/sans fixation = Soins de drainage (p. ex. pigtail lors d'un abcès intra-abdominal) y compris rinçage, retrait	Au minimum 30 min additionnées	1
5	Limitations des fonctions psychiques			
5.1	Limitations des fonctions psychiques	Prise en charge 1:1 lors de tendances à la fuite, de limitation ou absence d'orientation ou compliance. Suivre un patient en continu et en personne sur une longue durée. La prise en charge 1:1 est réalisée à part d'autres prestations et fournie par des employés permanents sous la direction d'un spécialiste diplômé.	Au minimum 30 min par prestation de soin en continu	1
6	Entretiens intensifs de conseil			
6.1	Entretiens intensifs de conseil	Clarifications avec les autorités compétentes (p. ex. APEA, commune, etc.) Entretiens intensifs de conseil: infirmier, thérapeute ou médecin avec patient/proches du patient	Au minimum 60 min par prestation en continu	2

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

Légende: nouveautés en vert, suppressions en rouge

4.1. K52.9 «Gastroentérite et colite non infectieuses, sans précision»

Concerne uniquement la version italienne

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

Concerne uniquement la version française

Le «!» doit être rajouté dans l'exclusion concernant le code Y82.8.

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

Mesures chirurgicales ou médicales comme cause de réaction anormale d'un patient ou de complication ultérieure sans indication d'incident au moment de l'exécution de la mesure

Excl.: Échec ou dysfonction d'appareils et de produits médico-techniques (durant une intervention) (après implantation) (durant leur utilisation) (Y82.8!)

Incidents lors d'intervention chirurgicale ou de traitement médical, qui peuvent être classés sous Y69! (Y69!)

4.3. Z63 «Autres difficultés liées à l'entourage immédiat, y compris la situation familiale»

Concerne uniquement la version italienne

5. Annexe

5.1. Informations et précisions

La présente circulaire contient **toutes les** «informations et précisions» valables à partir du 1^{er} janvier 2023.

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.

0774 01.01.2023 Informations et précisions sur les soins palliatifs

Les précisions suivantes concernent le groupe d'éléments 93.8B 2- «Traitement complexe de médecine palliative, selon le nombre de jours de traitement» et la sous-catégorie 93.8B.- «Soins palliatifs spécialisés». 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

0774/1: 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.

0774/2: Domaine de traitement

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

[...]

b) Équipe thérapeutique multidisciplinaire de médecins, de personnel soignant et des domaines thérapeutiques suivants: travail social/travail socio-pédagogique/infirmier de liaison, psychologie, physiothérapie, ergothérapie, logopédie, conseil/traitement diététique, accompagnement spirituel, art-thérapie.

c) Les prestations médicales, les soins infirmiers et au moins deux des domaines thérapeutiques s'appliquent au moins 6 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.-: Caractéristique minimale point 3, traitement:

[...]

b) Voir sous les groupes d'éléments 93.8B.1- ou 93.8B.2- pour les spécifications respectives

[...]

Caractéristique minimale point 4, équipe thérapeutique:

[...]

c) équipe thérapeutique multidisciplinaire composée de médecins, de personnel soignant et des domaines thérapeutiques suivants: travail social/travail socio-pédagogique/infirmier de liaison, psychologie, physiothérapie, ergothérapie, logopédie, conseil/traitement diététique, accompagnement spirituel, art-thérapie.

93.8B.1- Prestation de base «Soins palliatifs spécialisés», selon le nombre de jours de traitement

Caractéristique minimale point 3, traitement:

En plus de la caractéristique minimale point 3, traitement sous la sous-catégorie 93.8B.-

b) Les soins médicaux et infirmiers et au besoin les domaines thérapeutiques listés sous la caractéristique minimale point 4c s'appliquent.

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

Caractéristique minimale point 3, traitement:

En plus de la caractéristique minimale point 3, traitement sous la sous-catégorie 93.8B.-

b) Les soins médicaux et infirmiers et au moins deux des domaines thérapeutiques listés sous la caractéristique minimale point 4c s'appliquent au total au moins six heures par semaine (7 jours du calendrier). Ces prestations incluent également les entretiens réguliers et documentés avec le patient, les proches et la famille, qui peuvent être effectués par tous les groupes professionnels mentionnés ici. 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 93.8B.-.
2. Les discussions interprofessionnelles en équipe, selon 0774/3, et la durée des déplacements ne sont pas comptées dans les 6 heures.
3. Les «visites interprofessionnelles» (Caractéristique minimale point 3, traitement, a) de la sous-catégorie 93.8B.-) ne sont pas comptées dans les 6 heures.
4. 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.
5. 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.
6. Il n'y a pas de prescription fixant la durée minimale d'une unité thérapeutique.
7. 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.

0774/3: 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.-: 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.

0775 01.01.2023 Lavage péritonéal

Le lavage péritonéal diagnostique ou thérapeutique au moyen d'une ponction doit être saisi avec le code 54.91 «Drainage abdominal percutané (ponction)». L'Exclusion «Lavage péritonéal (54.25)» sous le code 54.91 doit ainsi être ignorée. L'Exclusion «Ponction d'ascite diagnostique (54.26)» sous le code 54.91 continue à s'appliquer.

Le lavage péritonéal diagnostique ou thérapeutique par laparoscopie ou par laparotomie (chirurgie ouverte) doit être saisi avec le code 54.25 «Lavage péritonéal». Pour un lavage péritonéal réalisé par laparoscopie, le code 54.21.20 «Laparoscopie, voie d'abord pour interventions chirurgicales (thérapeutiques)» doit être saisi en plus.

0776 01.01.2023 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 seulement à des fins de **mesures de qualité** et ce 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.

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 dispensés 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 dispensés sont divisées par la durée du séjour, soit 23 jours dans cet exemple, et multipliées par 7. $1495/23 \times 7 = 455$ 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»~~

La précision 0779 a été ajoutée dans le manuel de codage 2023.

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**~~

La précision 0783 a été prise en compte lors de la révision du groupe d'éléments 68.29.1.- «Excision et destruction de lésion ou de tissu de l'utérus» dans la CHOP 2023.

~~**0784 01.07.2022 Durée du monitoring neurophysiologique peropératoire de plusieurs nerfs**~~

La précision 0784 a été prise en compte dans le groupe d'éléments 00.94.2.- «Monitoring neurophysiologique peropératoire de plusieurs nerfs» dans la CHOP 2023.

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-.

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 **ou enlèvement** de stent [prothèse] de canal pancréatique, par endoscopie
- 52.95.4- Insertion ou remplacement de stent [prothèse] non auto-expansible dans le canal pancréatique, **chirurgical ouvert ou par laparoscopie**
- 52.95.5- Insertion ou remplacement de stent [prothèse] auto-expansible dans le canal pancréatique, **chirurgical ouvert ou par laparoscopie**
- 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**.

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™~~

La précision 0792 est remplacée par la précision 0776 en annexe de la circulaire 2023 N° 1.

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'artérioloscélrose ischémiant, la médiacalcosse des artérioles pathologiques et les processus inflammatoires locaux.

L'artérioloscélrose 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 artérioloscélrose 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 *Ulcer 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 précision 0794 est retirée de l'annexe de la circulaire 2023 N° 1.

~~0795 — 01.07.2021 — Ablation percutanée de lésion ou de tissu du poudmon~~

La précision 0795 a été prise en compte lors de la révision de la sous-catégorie 32.2A.- «Excision et destruction locales de lésion ou de tissu de poudmon» dans la CHOP 2023.

~~0797 — 01.07.2021 — Fièvre après vaccination contre le COVID-19~~

La précision 0797 est prise en compte dans la circulaire 2023 N° 1 sous les informations complémentaires au manuel de codage 2023 dans la règle de codage SD0106 COVID-19.

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'éléments 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	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	Pas de code		
	Intervention de type B sur le doigt du 3 ^e rayon de la main droite	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	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	Pas de code		
	Intervention de type B sur le métacarpe, 2 ^e rayon de la main gauche	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	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 3 ^e rayon de la main 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 Intervention de type B sur les doigts des 2 ^e et 3 ^e rayons de la main droite	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 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 Intervention de type B sur le doigt du 2 ^e rayon de la main droite	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 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~~

La précision 0827 est remplacée par la précision 0774 en annexe de la circulaire 2023 N° 1.

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 médicaments psychotropes, non classés ailleurs, Intoxication par d'autres médicaments psychotropes, NCA non classés ailleurs**» doit être saisi et **non** le code T43.2 «Intoxication par médicaments psychotropes, **non classés ailleurs**, 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 ABO 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 0,
- en français, par O.

La recherche doit donc se faire par 0 comme «Otto» et par O «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 guidage 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).