



---

# Circulaire pour les codeuses et les codeurs: 2017 / N° 2

---

## 1. Généralités

### 1.1. Bases

Pour le codage de tous les cas stationnaires des hôpitaux et des cliniques (y compris les cliniques de réadaptation, psychiatriques et autres cliniques spécialisées) avec sortie à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2017, seront valables:

- le manuel de codage version 2017
- circulaire n°1 de 2017 **et son annexe**
- circulaire n°2 de 2017 **et son annexe**

Pas de modification dans les autres paragraphes du point 1.1. Bases.

### 1.2. Classifications en vigueur

Pas de modification par rapport à la circulaire 2017 / N° 1.

### 1.3. Versions de référence

Pas de modification par rapport à la circulaire 2017 / N° 1.

### 1.4. Circulaire et annexe

Des informations et des précisions sont publiées au moyen d'une circulaire (publication au 31 décembre 2016 et au 30 juin 2017, à appliquer pour le codage des cas avec sortie au 1<sup>er</sup> janvier 2017 et 1<sup>er</sup> juillet 2017). Ces documents sont à considérer comme des informations officielles de l'OFS et devront être pris en compte lors de tous les codages ultérieurs.

La publication d'informations et de précisions n'existera plus sous la forme de FAQ dès 2017, ces informations seront publiées comme annexe de la circulaire. Les FAQ des années précédentes se trouvent sur notre site internet en format PDF, classées avec les circulaires.

### 1.5. Questions sur le codage

Seules les questions de codage **avec toute la documentation clinique anonymisée nécessaire** (lettre de sortie, rapport opératoire, codage) seront traitées; elles sont à adresser à [CodeInfo@bfs.admin.ch](mailto:CodeInfo@bfs.admin.ch).

Les divergences de codage seront envoyées à [CodeInfo@bfs.admin.ch](mailto:CodeInfo@bfs.admin.ch) avec **documentation anonymisée complète concernant le patient, argumentation et codage des deux parties**, avec l'autre partie en copie.

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

Pour **toutes les questions sans documentation ou avec une documentation insuffisante**, nous ne ferons pas de recommandation et aucun retour ne sera donné.

**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.**

## 2. Informations complémentaires manuel de codage 2017

Légende: Nouveautés en vert, ~~suppressions en rouge~~

Les informations complémentaires sur le manuel de codage 2017 présentée dans la circulaire 2017 n°1 sont toujours valables. Les corrections apportées en sus sont présentées ici.

### 2.1. Règle S1404 Insuffisance rénale

Concerne les trois versions linguistiques.

La règle S1404 est modifiée comme suit et s'applique à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2017.

#### S1404 Insuffisance rénale

##### Insuffisance rénale aiguë

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

##### Insuffisance rénale chronique

Le contrôle ou la précision du stade d'une insuffisance rénale chronique (GFR) déjà connue est important pour le traitement correct du patient.

Si le stade est déterminé lors du séjour hospitalier actuel, le code N18.- correspondant s'applique.

### 2.2. Règle S1804f Diagnostics de douleur et méthodes de traitement de la douleur

Concerne uniquement les versions française et italienne – voir aussi : Circolare 2017, n 2.

La phrase **«Cela vaut aussi pour la douleur tumorale.»** dans «Douleur chronique/résistante au traitement» est à effacer.

[...]

Douleur chronique/résistante au traitement

Si un patient est hospitalisé spécialement pour le traitement de la douleur et que seul ce traitement est effectué, le code de la localisation de la douleur doit être indiqué en diagnostic principal. ~~Cela vaut aussi pour la douleur tumorale.~~ La maladie sous-jacente doit être codée comme diagnostic supplémentaire.

[...]

## 3. Informations complémentaires CHOP 2017

Légende: Nouveautés en vert, ~~suppressions en rouge~~

Les informations complémentaires sur la CHOP 2017 présentées dans la circulaire 2017 N 1 sont toujours valables, sauf pour les cas suivants:

- 3.1. « Codage analogue» remplacé par le point 3.1. de la circulaire 2017, n°2
- 3.12. «Appendicectomie en passant» remplacé par le point 3.3. de la circulaire 2017, n°2
- 3.19. «Correction de la référence sous 82.3» remplacé par le point 3.4. de la circulaire 2017, n°2
- 3.20. «Débridement chirurgical sous anesthésie régionale ou générale (86.2A.-)» remplacé par le point 3.5. de la circulaire 2017, n°2
- 3.26. «HoNOS et HoNOSCA (94.A)» remplacé par le point 3.8. de la circulaire 2017, n°2

Les corrections apportées en sus sont présentées ici.

### 3.1. Codage analogue

- L'insuffisance de la valve mitrale – traitement avec une bande cardio
- Flow Diverter (inclu Medina Embolization Device)

Le 26.09.2016, SwissDRG a publié un «codage analogue» en accord avec l'OFS.

Les codages analogues doivent être appliqués de manière uniforme et contraignante jusqu'à l'établissement de codes différenciés suite à une procédure de demande ordinaire. Ces codages analogues sont valables dès la publication et sont pertinents pour d'éventuelles révisions de codage.

Le lien vers le codage analogue a été modifié en raison de l'actualisation du site Web de SwissDRG SA.

Vous trouverez désormais ces informations à l'adresse

<https://www.swissdrg.org/fr/somatique-aigue/swissdrg-system-60/codage-analogue>

### 3.2. Révision de poche après bypass gastrique 44.5X.36

Concerne uniquement la version française.

Dans le code 44.5X.36 il faut remplacer «par chirurgie ouverte» par «par laparoscopie».

#### 44.5X.36 Révision de poche après bypass gastrique, avec recréation, par laparoscopie

### 3.3. Appendicectomie en passant

Concerne uniquement la version française.

Dans le code 47.12 il faut remplacer «laparoscopie» par «laparotomie».

#### 47.12 Appendicectomie en passant, dans le cadre d'une laparotomie faite pour une autre raison

### 3.4. Correction du «Coder aussi» sous 82.3

Concerne uniquement les versions française et italienne – voir aussi: Circolare 2017, n 2.

«Coder aussi» «Excision locale de lésion ou tissu cutané et sous-cutané (86.3-)» doit être remplacé par «Plastie de lambeau de peau et de tissu sous-cutané (86.7-)».

#### 82.3 Autre excision de tissu mou de la main

Coder aussi: Greffe de peau libre et remplacement permanent de la peau (86.6-)

Plastie de lambeau de peau et de tissu sous-cutané (86.7-)

EXCL.: Excision locale de lésion ou tissu cutané et sous-cutané (86.3-)

Excision ou destruction de lésion ou tissu cutané et sous-cutané (86.2-)

Excision radicale et étendue de lésion ou tissu cutané et sous-cutané (86.4-)

### 3.5. Débridement chirurgical (86.2A.-) versus débridement (86.2B.-)

Concerne les trois versions linguistiques.

La formule «anesthésie locale par infiltration» est ajoutée dans le titre et la «note» du code 86.2A.- .

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

EXCL: Dans le cas d'une anesthésie uniquement de surface avec retrait d'un système de traitement sous vide sans anesthésie: débridement de plaie, d'infection ou de brûlure sans anesthésie locale par infiltration, régionale ou générale (86.2B.-)

Pas d'autre modification apportée aux autres «Exclusions».

Note: Les codes de cette sous-catégorie peuvent être utilisés lors d'une excision chirurgicale de tissu dévitalisé, nécrose, escarre de la peau et du tissu sous-cutané jusqu'à la zone de tissu vital, sous anesthésie locale par infiltration, générale ou régionale. Une anesthésie uniquement de surface ne permet pas l'utilisation de ces codes.

Un code de la sous-catégorie 86.2A.- ne peut être utilisé que si le débridement chirurgical est pratiqué sous anesthésie dans une salle d'opération, ou sous anesthésie dans une unité de soins intensifs reconnue par la Société suisse de médecine intensive (SSMI).

Lors d'une analgésie d'origine neurologique (par exemple à cause de brûlures), ces codes peuvent également être utilisés. Une autre condition nécessaire à l'utilisation de ces codes est la présence d'une plaie (interruption traumatique ou non de la continuité tissulaire, avec ou sans perte de substance). En l'absence de plaie, il faut coder une excision de tissu malade.

La formule «sans anesthésie locale par infiltration» est ajoutée au titre du code 86.2B et l'«inclusion» est légèrement adaptée.

**86.2B Débridement de plaie, d'infection ou de brûlure, sans excision, sans anesthésie locale par infiltration, régionale ou générale**

INCL: Retrait de dépôts de fibrine sous anesthésie de surface, retrait de tissu dévitalisé, nécrose ou escarre par brossage, rinçage (sous pression), frottement, lavage, curetage (~~raclage avec une cuiller tranchante~~), débridement dans le cadre du changement de pansement.

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

### 3.6. Précision de la «note» sous 89.0A.32 «Conseil et traitement diététiques»

Concerne les trois versions linguistiques.  
La «Note» sous 89.0A.32 est modifiée comme suit:

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

Note: Les conseils et traitements thérapeutiques sont donnés par un conseiller diététique diplômé ou une conseillère diététique diplômée ES/HES et comprennent: 1. Bilan, diagnostic, intervention, monitoring et évaluation alimentaires, documentation incluse; 2. Au moins un accord (oral ou écrit) avec le médecin traitant; 3. Au moins un contact avec le patient ou ses proches au sein de la division.

### 3.7. Ventilation non invasive (NIV) (93.9E)

Concerne les trois versions linguistiques.  
Correction du lien vers le document de référence dans la «caractéristique minimale point 0, documents de référence».

**93.9E Ventilation non invasive (NIV)**

Note: Caractéristique minimale point 0, documents de référence: les détails concernant les différents points des caractéristiques minimales sont disponibles dans le document de la Société suisse de pneumologie «Explications des caractéristiques minimales de la «ventilation non invasive hors des soins intensifs» (CHOP 93-9E\_2016\_fr), version 01.07.2016». Disponible sous:  
<http://www.pneumo.ch/fr/649.html>

### 3.8. Saisie HoNOS et HoNOSCA

Concerne les trois versions linguistiques.  
La «Note» concernant la «caractéristique minimale point 2, saisie» sous 94.A est remplacée par une «Note» sous 94.A1 pour la saisie chez les adultes et une autre «Note» sous 94.A2 pour la saisie chez les enfants et les adolescents. Les renvois aux documents de référence ont également été adaptés.

**94.A HoNOS et HoNOSCA**

Note: ~~Caractéristique minimale point 0, indication:~~ Les échelles HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) et HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents) pour l'évaluation des résultats traduisent le degré de sévérité des maladies psychiques ~~de façon structurée d'après les catalogues de l'ANQ (Association nationale pour le développement de la qualité).~~

Caractéristique minimale point 1, documents de référence: Des documents fournissant des définitions exactes et conditions d'utilisation des échelles HoNOS et HoNOSCA sont disponibles à l'adresse suivante: [http://swissdrg.org/de/08\\_psychiatrie/kodierung-honos.asp?r=1](http://swissdrg.org/de/08_psychiatrie/kodierung-honos.asp?r=1)

Caractéristique minimale point 2, saisie: Les codes doivent être saisis à l'admission (en l'espace de 3 jours) et à la sortie du patient. Chaque critère est divisé en 5 degrés de sévérité, de 0 «aucun problème» à 4 «problème sérieux». Les grades doivent être indiqués de façon exactement conforme à HoNOS / HoNOSCA.

#### **94.A1 HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)**

Note: [Manual für Erfassende Stationäre Psychiatrie Erwachsene, Version 4 \(01.12.2015\)](#), [HoNOS Health of the Nation Outcome Scales – Konzentrierter Ratingbogen: Skala „HoNOS“ mit integriertem Glossar und ANQ Ratingkonventionen, Version 1 \(28.01.2014\)](#)

Caractéristique minimale point 0, documents de référence: Directives concernant le relevé du HoNOS pour la structure tarifaire TARPSY : Questionnaire, glossaire et conventions d'évaluation. Version 1.1 / 02.11.2016. Sous [http://swissdrg.org/fr/08\\_psychiatrie/ErfassungHonos.asp](http://swissdrg.org/fr/08_psychiatrie/ErfassungHonos.asp)

Caractéristique minimale point 1, saisie: Les codes suivants ne sont saisis que chez les patients hospitalisés dans un service de psychiatrie pour adultes. Les codes doivent être saisis lors de l'admission, c'est-à-dire dans les 3 jours suivant celle-ci, ainsi qu'à la sortie du patient, c'est-à-dire au plus tôt 3 jours avant celle-ci. Chaque critère est divisé en 5 degrés de sévérité, de 0 «aucun problème» à 4 «problème sérieux». Les grades doivent être saisis exactement selon les définitions d'HoNOS.

#### **94.A2 HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents)**

Note: [Manuel pour les cliniciens chargés du relevé des données Psychiatrie stationnaire pour adultes, version 4 \(01.01.2015\)](#)  
[Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents \(HoNOSCA\) – Glossaire pour HoNOSCA-F, Version adopté par l'auteur originaire le 6 mai 2013](#)

Caractéristique minimale point 0, documents de référence: Directives concernant le relevé du HoNOSCA pour la structure tarifaire TARPSY : Questionnaire, glossaire et conventions d'évaluation. Version 1.1 / 02.11.2016 sous [http://swissdrg.org/fr/08\\_psychiatrie/ErfassungHonos.asp](http://swissdrg.org/fr/08_psychiatrie/ErfassungHonos.asp)

Caractéristique minimale point 1, saisie: Les codes suivants ne sont saisis que chez les patients hospitalisés dans un service de psychiatrie pédiatrique. Les codes doivent être saisis lors de l'admission, c'est-à-dire dans les 14 jours suivant celle-ci, ainsi qu'à la sortie du patient, c'est-à-dire au plus tôt 7 jours avant celle-ci. Chaque critère est divisé en 5 degrés de sévérité, de 0 «aucun problème» à 4 «problème sérieux». Les grades doivent être saisis exactement selon les définitions d'HoNOSCA.

La représentation définitive de la «Note» pour 94.A, 94.A1 et 94.A2 se présente comme suit:

#### **94.A HoNOS et HoNOSCA**

Note: Les échelles HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) et HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents) pour l'évaluation des résultats traduisent le degré de sévérité des maladies psychiques.

#### **94.A1 HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)**

Note: Caractéristique minimale point 0, documents de référence: Directives concernant le relevé du HoNOS pour la structure tarifaire TARPSY : Questionnaire, glossaire et conventions d'évaluation. Version 1.1 / 02.11.2016. Sous [http://swissdrg.org/fr/08\\_psychiatrie/ErfassungHonos.asp](http://swissdrg.org/fr/08_psychiatrie/ErfassungHonos.asp)

Caractéristique minimale point 1, saisie: Les codes suivants ne sont saisis que chez les patients hospitalisés dans un service de psychiatrie pour adultes. Les codes doivent être saisis lors de l'admission, c'est-à-dire dans les 3 jours suivant celle-ci, ainsi qu'à la sortie du patient, c'est-à-dire au plus tôt 3 jours avant celle-ci. Chaque critère est divisé en 5 degrés de sévérité, de 0 «aucun problème» à 4 «problème sérieux». Les grades doivent être saisis exactement selon les définitions d'HoNOS.

**94.A2 HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents)**

Note: Caractéristique minimale point 0, documents de référence: Directives concernant le relevé du HoNOSCA pour la structure tarifaire TARPSY : Questionnaire, glossaire et conventions d'évaluation. Version 1.1 / 02.11.2016 sous [http://swissdrg.org/fr/08\\_psychiatrie/ErfassungHonos.asp](http://swissdrg.org/fr/08_psychiatrie/ErfassungHonos.asp)

Caractéristique minimale point 1, saisie: Les codes suivants ne sont saisis que chez les patients hospitalisés dans un service de psychiatrie pédiatrique. Les codes doivent être saisis lors de l'admission, c'est-à-dire dans les 14 jours suivant celle-ci, ainsi qu'à la sortie du patient, c'est-à-dire au plus tôt 7 jours avant celle-ci. Chaque critère est divisé en 5 degrés de sévérité, de 0 «aucun problème» à 4 «problème sérieux». Les grades doivent être saisis exactement selon les définitions d'HonOSCA.

**3.9. Correction du titre 99.B6.34**

Concerne uniquement la version française.

Dans le titre du code 99.B6.34 il faut remplacer «15 à 21 jours» par «22 jours ou plus ».

**99.B6.34 Traitement complexe de moignon d'amputation, extrémité inférieure, 22 jours ou plus**

**4. Informations complémentaires CIM-10-GM 2016**

Pas de modification par rapport à la circulaire 2017, n°1.

## 5. ANNEXE

### 5.1. Informations et précisions (anciennement nommées FAQ)

La présente circulaire contient toutes les «Informations et précisions» valables à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2017.

#### Explications sur la numérotation pour une hiérarchie chronologique

Afin de faciliter la recherche des informations mises en ligne mensuellement, nous avons opté pour une numérotation qui permettra de trouver les informations des plus récentes aux plus anciennes.

Cette numérotation débute au 0999 pour la première information du 1.1.2012 et se poursuit en décroissant.

Par exemple: 0999 1.1.2012  
0998 1.1.2012  
...  
0988 1.2.2012, etc.

**Bien que le système de FAQ n'existe plus, nous garderons cette même numérotation pour des raisons pratiques.**

#### 0852 01.07.2017 Note pour la règle D07 Suivi interventionnel planifié

Note en cas de révision de cicatrice:

Une révision de cicatrice est codée selon la règle S1201f «Chirurgie plastique» et la règle D06c «Séquelles» de l'exemple 2. Le diagnostic principal Brûlure (T20-T32) ne doit être indiqué que lorsqu'il s'agit de la phase aiguë du traitement d'une brûlure.

#### 0853 01.07.2017 Ponction transseptale par cathéter

En cas de ponction transseptale lors de 37.34.1- «Techniques d'ablation pour le traitement de tachyarythmies» il faut ajouter le code 37.90.21 «Ponction transseptale par cathéter».

#### 0854 01.2017 83.63 Réparation de la coiffe des rotateurs

##### Réparation d'un tendon

Il ne s'agit pas d'une nouvelle règle de codage, mais d'une clarification pour un codage correct et uniforme de ces cas.

Lorsqu'un **seul** tendon est réparé, on utilisera les codes à 6 chiffres des tendons, le code 83.63 est utilisé pour la réparation de 2, 3 ou 4 tendons.

##### Transfert du grand dorsal pour la réparation de la coiffe des rotateurs

Lors du transfert du grand dorsal pour la réparation de la coiffe des rotateurs, on utilisera le code 83.63 «Réparation de la coiffe des rotateurs» et le code 83.77.11 «Transposition ou transplantation de muscle, épaule et aisselle» pour le transfert du muscle. Si un transfert de tendons a été réalisé séparément, on peut également l'indiquer par le code 83.75.11 «Transfert ou transplantation de tendon, épaule et aisselle».

#### 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.

#### 0856 01.07.2017 Codage

Le codage doit être réalisé selon les instruments de codage en vigueur (manuel de codage, circulaire, CHOP et CIM-10 GM). Il ne doit pas être influencé par l'orientation vers un groupe SwissDRG ou un groupe de prestations (GPPH, groupes de prestations pour la planification hospitalière) en particulier.

#### 0857 01.07.2017 Insertion de spacer

Pour l'insertion de spacer, il s'agit d'utiliser le code 81.96.96 «Autre intervention de réparation et de plastie articulaire, insertion de spacers (p. ex. après ablation d'une endoprothèse)» et non le code 84.56 «Insertion de spacer (ciment)». Le code 84.56 est un doublon du code 81.96.96. Il sera supprimé dans la CHOP 2018.

## **0858 01.07.2017 Informations et précisions sur les soins palliatifs**

Les précisions suivantes concernent les groupes d'éléments 93.8A.2- «Traitement complexe de médecine palliative, par nombre de jours de traitement» et 93.8A.3- «Soins palliatifs spécialisés, par nombre de jours de traitement». Elles ont été élaborées entre l'automne 2016 et l'été 2017 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](http://www.palliative.ch). Les FAQs suivantes ont, avec la publication de cette circulaire, une validité et un caractère impératif pour toute la Suisse.

### **0858/1: 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.

93.8A.3-: Caractéristique minimale point 2, examen de diagnostic lors de l'admission, évaluation:  
Réalisation d'une évaluation de base standardisée 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 93.8A.3-.

### **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 être considérée comme une évaluation de base de médecine palliative complète. Une évaluation de base standardisée de médecine palliative porte sur plusieurs dimensions (biologique, psychologie, sociale et spirituelle).

### **0858/2: Domaines thérapeutiques**

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

b) [...] 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.

93.8A.3-: Caractéristique minimale point 3, traitement:

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 0858/3, 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.

### **0858/3: Discussion en équipe**

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

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

93.8A.3-: Caractéristique minimale point 5, planification et contrôle du traitement:

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<sup>ème</sup> 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 2e semaine.

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

### **0859 01.07.2017 Transplantation/implantation de chondrocytes autologues sur matrice dans le genou**

Pour coder la transplantation de chondrocytes autologues sur matrice dans le genou, on utilisera les codes 81.90.10 «Transplantation de chondrocytes autologues sur matrice dans une articulation, par arthroscopie» ou 81.90.20 «Transplantation de chondrocytes autologues sur matrice dans une articulation, technique chirurgicale ouverte».

Les codes suivants ne doivent pas être utilisés pour cette intervention: 81.47.17 «Grefte de cartilage et implantation de tissu cultivé in vitro, genou, chirurgie ouverte» et 81.47.18 «Grefte de cartilage et implantation de tissu cultivé in vitro, sous arthroscopie, genou».

### **0860 01.01.2017 Bypass gastrique par anastomose de Roux en Y**

En 2017, pour des raisons de groupeur, lors de la réalisation d'un bypass gastrique par anastomose de Roux en Y les codes 44.31.41 (Bypass gastrique par anastomose de Roux en Y, par chirurgie ouverte), resp. 44.31.42 (Bypass gastrique par anastomose de Roux en Y, par laparoscopie) ne doivent pas être codés. Les codes 44.31.11 (Bypass gastrique proximal, chirurgical ouvert), resp. 44.31.12 (Bypass gastrique proximal, laparoscopique) sont à utiliser à leur place.

**0861 01.01.2017-30.06.2017 83.63 Réparation de la coiffe des rotateurs**

Cette précision est remplacée par le n° 0854 à partir du 01.07.2017.

**0864 01.07.2016 Oxygénation par ballon du nouveau-né**

L'oxygénation par ballon des nouveau-nés avec troubles de l'adaptation ne se code pas. Un code de 93.9C.- *Ventilation mécanique et assistance respiratoire chez le nouveau-né et le nourrisson* n'est donc pas utilisé.

**0869 01.01.2016 Interventions de révision sans changement d'implants**

Lorsque des implants sont explantés lors d'une intervention de révision (p.ex. pompe pour drainage d'ascite) et les mêmes implants réimplantés lors de la même séance, il ne faut pas utiliser des codes pour implantation ou changement d'implants (p.ex. le code 54.99.80 *Pose de cathéters ainsi que d'une pompe automatique programmable et rechargeable pour le drainage continu d'ascite* ne peut être utilisé, mais 54.99.81 *Révision sans remplacement de cathéters ainsi que de la pompe automatique programmable et rechargeable pour le drainage continu d'ascite* ou 54.99.82 *Élimination d'une obstruction mécanique de cathéters d'une pompe automatique programmable et rechargeable pour drainage continu d'ascite*).

D'autres exemples sont les défibrillateurs, pacemaker, prothèse mammaire, etc.

**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.

**0872 01.01.2016 J80 Syndrome de détresse respiratoire de l'adulte (ARDS)**

Le syndrome de détresse respiratoire de l'enfant est également codé avec le J80 si les 2 conditions suivantes sont remplies:

- le médecin a posé le diagnostic
- l'enfant a été admis pendant son séjour aux soins intensifs pour cette pathologie.

**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.

**0881 01.07.2015 81.0- Arthrodèse de vertèbre**

Pour un abord XLIF, DLIF et OLIF dans la région lombaire, on codera le 81.07 *Arthrodèse lombaire ou lombosacrée intratransversaire*.

**0882 01.07.2015 84.80.- Insertion de système(s) interépineux**

Lors de la seule implantation d'un système interépineux (84.80.-), on ne code pas en plus une arthrodèse de vertèbre, même si cela est décrit comme «arthrodèse/spondylodèse interépineuse (dynamique)» dans le protocole opératoire.

**0889 01.01.2015 Précision ECMO et rémunération supplémentaire**

Si la procédure avec les codes 37.69.7- *Durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire, avec pompe, avec élimination de CO2, extracorporel, veino-veineux*, 37.69.8- *Durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire, avec pompe, avec oxygénateur (y compris élimination de CO2), extracorporel, veino-veineux*, 37.69.A- *Durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire, avec pompe, avec oxygénateur (y compris élimination de CO2), extracorporel, veino-artériel ou veino-veino-artériel* est réalisée à plusieurs reprises durant le séjour, on peut les coder séparément (selon la durée du traitement) si une interruption d'au moins 24 heures a eu lieu entre le premier traitement et le suivant.

Cette règle ne vaut donc qu'en association avec un changement de canule. Un nouveau codage de l'ECMO n'est donc possible qu'après un changement de canule, sinon les durées de traitement sont additionnées et représentées par un seul code ECMO.

Lors d'utilisation de différentes méthodes ECMO, un seul code est à saisir : celui de la méthode avec la plus longue durée. Les durées des différentes méthodes ECMO sont à additionner et cette durée totale est à transcrire avec un code ECMO précis.

**0891 01.01.2015 Impingement hanche**

La correction de la pathologie «CAM» se code avec le :

*80.85.10 Excision ou destruction locale de lésion articulaire de la hanche, sous arthroscopie*

ou *80.85.99 Autre excision ou destruction locale de lésion articulaire, hanche, autre* pour les interventions par chirurgie ouverte.

La correction de la pathologie «pincer» se code avec le :

*81.40.16 Lissage arthroscopique du cartilage, hanche*

ou *81.40.17 Lissage chirurgical ouvert du cartilage, hanche*.

NB: La refixation du labrum se code avec *81.40.10 Refixation d'un fragment ostéochondral sous arthroscopie, hanche* / *81.40.11 Refixation chirurgicale ouverte d'un fragment ostéochondral, hanche*.

**0892 01.01.2015-30.06.2017 37.90.29 Examen par cathétérisme transseptal du coeur gauche, autre**

Valable du 01.01.2015 au 30.06.2017.

**0893 01.01.2015 03.09.1-, 03.09.2-, 03.09.3- Abord de la colonne lors d'AMO**

Lors d'ablation de matériel d'ostéosynthèse de la colonne (p.ex. après spondylodèse), l'abord de colonne (*03.09.1-, 03.09.2-, 03.09.3-*) n'est pas à coder.

**0896 01.07.2014 S06.72! Perte de connaissance lors de traumatisme crânio-cérébral,**

**> 24 heures, avec retour au stade de connaissance (conscience) antérieur**

**S06.73! Perte de connaissance lors de traumatisme crânio-cérébral, > 24 heures, sans retour au stade de connaissance (conscience) antérieur**

Lors d'un traumatisme crânio-cérébral suivi d'un coma artificiel de >24 heures, les codes susmentionnés sont à utiliser.

**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 sont à coder avec ces codes.

**0900 01.07.2014 Artère sous-clavière**

L'artère sous-clavière n'est pas une artère précérébrale. Les interventions sur celle-ci ne sont pas à coder avec le *39.76 Intervention endovasculaire transluminale percutanée sur vaisseaux précérébraux* ou le *00.64 Insertion percutanée de stent dans d'autres artères précérébrales*.

**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.

**0905 01.01.2014 Naissance hors d'un hôpital/maison de naissance ou hors d'une unité de soins d'un hôpital/maison de naissance**

Lors d'un accouchement normal à domicile ou sur le chemin de l'hôpital, on code *Z39.0 Soins et examen immédiatement après l'accouchement* en DP chez la mère, même si une délivrance sans complication a lieu à l'hôpital. Pour le nouveau-né sain, on code *Z38.1 (Z38.4/Z38.7)*. On ne remplit pas de données supplémentaires pour nouveau-nés, mais la série minimale de données et les données concernant l'enfant. Pour les deux, la variable 1.2.V03 Mode d'admission est 1 (urgence).

**0910 01.12.2013 93.57.11 / 93.57.12 Durée traitement VAC**

Lors de traitements VAC simultanément à différentes localisations, les jours de traitement ne sont pas additionnés, les additions sont faites par localisation.

**0911 01.12.2013 46.99.10 Décompression de l'intestin**

Le code *46.99.10 Décompression de l'intestin* ne se code que lors d'une décompression par chirurgie ouverte.

**0915 01.10.2013 Matériel de remplacement d'os**

- sous *78.0*: Os d'origine humaine ou animale
- sous *84.55*: Matériel artificiel (synthétique) de remplacement d'os

Pour le codage de matériel de remplacement d'os, les points suivants sont à observer :

1) Le code *84.55 Insertion de matériel de remplacement d'os* s'utilise pour les produits mentionnés sous ce code et lorsqu'il s'agit de produits de composition entièrement artificielle, synthétique ou chimique (=matériel alloplastique, différents granulats ou particules en phosphates tricalciques combinés avec de l'hydroxyapatite fabriqué artificiellement, sulfate de calcium dans une matrice en cellulose, céramique en verre, polymère, silicone et hydroxyapatite de magnésium).

Exemples: Nanobone, Calcibone, Cerasorb, etc.

2) Pour le matériel de remplacement d'os ayant une base d'os humain ou animal et étant produits par des processus propres aux fabricants (pyrolyse, substitution de substance organique de l'os, stérilisation, etc.) et préparés comme blocs, pâtes ou granulés, le code *78.0 Greffe osseuse* est à utiliser.

Exemples: Tutoplast, Grafton, Orthoss, autres produits DFDBA/ DMB/ DFBA.

Remarque:

1) Le code *78.49.89 Greffe osseuse et implantation de matériel de remplacement osseux sur la colonne vertébrale, autre* représente les deux catégories.

2) Code supplémentaire *00.90.- Type de transplant tissulaire*, si nécessaire.

**0939 01.01.2013 Codage des phlyctènes**

Le terme de phlyctène n'est pas un diagnostic dermatologique précis.

Cette manifestation de la peau doit être attribuée à une maladie spécifique par le médecin pour pouvoir être codée.

P.ex: Apparition de phlyctène lors d'une phase postopératoire, le plus souvent, mettre un code S.

P.ex.: Apparition de phlyctène dans le cadre d'un décubitus: ceci est une manifestation de courte durée dans l'évolution d'une érosion ou d'un décubitus.

Pour coder *L89.-Ulçère de decubitus et zone de pression*, le médecin doit préciser la pathogenèse.

**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 O.

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

**0944 01.11.2012 Cystadénome ovaire**

Le cystadénome de l'ovaire est à coder avec *C56 Tumeur maligne de l'ovaire* ou *D27 Tumeur bénigne de l'ovaire*, selon les précisions de l'histologie (l'index alphabétique donne l'indication *C56*).

**0952 01.10.2012 S06.- Lésion traumatique intracrânienne - Traumatisme crânio-cérébral (TCC)**

Lors d'un traumatisme crânio-cérébral (index alphabétique *S06.9*) sans lésion traumatique intracrânienne documentée, on n'utilise pas le code *S06.9*, mais le *S06.0 Commotion (TCS)*.

**0955 01.09.2012 Ostéophylectomie lors d'arthrodèse**

L'ostéophylectomie est toujours incluse lors d'une opération d'arthrodèse (FMH orthopédie).

**0971 01.06.2012 84.6 Remplacement de disque intervertébral**

Lors d'une insertion ou d'un remplacement de prothèse de disque, le nombre de prothèses est traduit par le nombre de codes.

P.ex. pour 2 prothèses de disques, 2 fois le code (+ abord *03.09.1* à *03.09.3*).

**0974 01.05.2012-30.06.2017 37.90.21 Ponction transseptale par cathéter**

Cette précision est remplacée par le n° 0853 à partir du 01.07.2017.

**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).

---

<b>Editeur:</b>	Office fédéral de la statistique (OFS)
<b>Renseignements:</b>	Secrétariat du codage: codeinfo@bfs.admin.ch
<b>Rédaction:</b>	Domaine Classifications médicales
<b>Série:</b>	Statistique de la Suisse
<b>Domaine:</b>	14 Santé
<b>Langue du texte original:</b>	Allemand
<b>Traduction:</b>	Services linguistiques de l'OFS
<b>Copyright:</b>	OFS, Neuchâtel 2017 La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée.
<b>Prix:</b>	Gratuit
<b>Téléchargement:</b>	<a href="http://www.statistiques.ch">www.statistiques.ch</a> (gratuit)