



Circulaire pour les codeuses et les codeurs: 2018 / 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^{er} juillet 2018**, seront valables:

- le manuel de codage version 2018
- la circulaire n°1 de 2018 **et son annexe**
- la circulaire n°2 de 2018 **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 2018 / N° 1.

1.3. Versions de référence

Pas de modification par rapport à la circulaire 2018 / N° 1.

1.4. Circulaire et annexe

Pas de modification par rapport à la circulaire 2018 / N° 1.

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.

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**.

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.

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.

Veuillez prendre en compte le courrier relatif à la restriction des tâches au secrétariat de codage, disponible sur <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/gesundheitsnomenklaturen/medkk.html>.

1.6. Information préliminaire

Pas de modification par rapport à la circulaire 2018 / N° 1.

2. Informations complémentaires manuel de codage 2018

Les informations complémentaires sur le manuel de codage 2018 présentées dans la circulaire 2018 n°1 sont toujours valables.

3. Informations complémentaires CHOP 2018

Légende: Nouveautés en vert, suppressions en rouge

Les informations complémentaires sur la CHOP 2018 présentées dans la circulaire 2018 n°1 sont toujours valables, sauf pour les cas suivants:

- 3.1. «Codage analogue» remplacé par le point 3.1. de la circulaire 2018, n°2

Les corrections apportées en sus sont présentées ici.

3.1. Codage analogue

- Flow diverter
- Elimination de cytokines par adsorbant

Le 30.11.2017 et le 05.04.2018, SwissDRG SA a publié les codages analogues ci-dessus, 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.

<https://www.swissdrg.org/fr/somatique-aigue/systeme-Swissdrg-70/codage-analogue>

3.2. Réparation des ligaments croisés

Concerne les trois versions linguistiques.

L'inclusion ci-dessous doit être ajoutée sous la sous-catégorie 81.45.- «Autre réparation des ligaments croisés».

81.45 Autre réparation des ligaments croisés

INKL. Prélèvement de tendon

3.3. Débridement de muscle

Concerne les trois versions linguistiques.

Pour clarifier le codage du débridement de muscle, les modifications suivantes doivent être appliquées à la sous-catégorie 83.45.- «Autre myectomie»:

83.45 Autre myectomie

Débridement de muscle, ~~SAP~~

Scalénectomie

[...]

83.45.10 Autre myectomie, tête et cou

Scalénectomie

[...]

3.4. Traitement complexe du foie – Correction dans les caractéristiques minimales

Concerne les trois versions linguistiques.

La caractéristique minimale point 2, du code 99.B1.- «Traitement complexe du foie, selon le nombre de jours de traitement» doit être corrigée comme suit:

99.B1 Traitement complexe du foie, selon le nombre de jours de traitement

[...]

Caractéristique minimale point 2, traitement:

Gastroskopie et paracentèse sont réalisées en cas d'indication clinique.

Le syndrome hépatorénal est traité par des médicaments vaso-actifs ou par hémodiafiltration ~~sur au moins 5 jours~~.

Visite avec évaluation ainsi que plan de traitement:

1. visite au moins 3 fois par semaine par un médecin spécialisé en gastroentérologie avec spécialisation en hépatologie,

2. visite au moins 1 fois par semaine par un médecin spécialisé en chirurgie viscérale.

[...]

3.5. Suppression des STMC

Concerne les trois versions linguistiques.

Avec le soutien de tous les partenaires tarifaires, il a été décidé de supprimer les STMC (soins thérapeutiques et mobilisateurs complémentaires) des caractéristiques minimales de la CHOP, et ce pour les raisons suivantes:

- Il n'est pas possible de contrôler la réalisation des STMC et le respect des 60 minutes minimum par 24 heures. Il existe un grand nombre de divergences de codage concernant les traitements complexes qui contiennent le terme STMC dans les caractéristiques minimales.
- Il est difficile de les démarquer d'autres prestations de soins. Le codage combiné de traitements complexes qui contiennent le terme STMC dans les caractéristiques minimales, et le traitement de soins infirmiers complexes donne lieu à des questions.

La précision «0850 01.01.2018 Définition des soins thérapeutiques et mobilisateurs complémentaires (STMC)» doit par conséquent également être supprimée.

Veuillez prendre en compte les suppressions et adaptations dans les caractéristiques minimales des groupes d'éléments 93.89.1- «Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, selon le nombre de jours de traitement», 93.89.9- «Réadaptation gériatrique aiguë, par jours de traitement», 93.9A.1- «Réadaptation pulmonaire aiguë, selon le nombre de jours de traitement».

93.89.1 Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, selon le nombre de jours de traitement

[...]

Caractéristique minimale point 3, traitement:

a) Soins infirmiers ~~thérapeutiques d'accompagnement et de mobilisation des ressources (SITAMP)~~ dispensés par un personnel soignant spécialement formé en réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce
b) Présence des disciplines thérapeutiques suivantes: - physiothérapie/gymnastique médicale, - médecine physique, - ergothérapie, - neuropsychologie, - logopédie/traitement orofacial, - prise en charge thérapeutique (entraîner le patient à se laver, à s'habiller, à prendre ses repas, à la continence, à s'orienter, à déglutir, soins d'un trachéostomie, mesures d'isolement obligatoires, etc.).

c) Il est fait recours à au moins deux des disciplines thérapeutiques mentionnées.

d) Le recours aux domaines thérapeutiques se fait de manière diversement combinée en fonction du patient totalisant au moins 300 minutes par jour en moyenne (lors de l'intervention simultanée de deux collaborateurs ou plus, les temps de travail de ceux-ci peuvent être additionnés) sur la durée de traitement neurologique et neurochirurgical de réadaptation précoce.

e) Une consultation et un traitement diététiques peuvent également être réalisés de façon complémentaire.

[...]

93.89.9 Réadaptation gériatrique aiguë, par jours de traitement

[...]

Caractéristique minimale point 2, équipe thérapeutique et traitement:

Traitement par une équipe gériatrique dirigée par un spécialiste en gériatrie (FMH).

Application coordonnée par équipes d'au moins deux des quatre domaines thérapeutiques suivants:

A.) physiothérapie/médecine physique,

B.) ergothérapie,

C.) logopédie/traitement orofacial et/ou consultation diététique/traitement nutritionnel,

D.) psychologie/neuropsychologie, ~~-ainsi que des soins thérapeutiques et mobilisateurs complémentaires (STMC) quotidiens (7 jours sur 7) dispensés par un personnel soignant spécialement formé.~~

[...]

93.9A.1 Réadaptation pulmonaire aiguë, selon le nombre de jours de traitement

Caractéristiques minimales:

- réadaptation aiguë sous la direction d'un médecin spécialiste (en pneumologie);

- examen standardisé de réadaptation aiguë avec utilisation de systèmes de score spécifiques à chaque maladie (qualité de vie, fonction pulmonaire, performances, p. ex. spiroergométrie);

- chaque semaine, discussion en équipe des résultats déjà atteints et des futurs objectifs du traitement sur la base de la documentation hebdomadaire;

~~-soins thérapeutiques et mobilisateurs complémentaires (STMC) dispensés par un personnel soignant spécialement formé;~~

- application d'au moins toutes les disciplines thérapeutiques suivantes: physiothérapie/gymnastique médicale (évent. par un physiothérapeute du sport), psychothérapie, conseil nutritionnel;

- examen de sortie spécifiquement en vue de la sortie ou du transfert du patient: au moins 1 séance de traitement de 30 min par jour.

Un diagnostic ou un traitement simultané (continu ou intermittent) doit faire l'objet d'un codage séparé.

3.6. Réadaptation gériatrique aiguë – Précision concernant les séances de traitement

Concerne les trois versions linguistiques.

La caractéristique minimale, point 2, du groupe d'éléments 93.89.9- «Réadaptation gériatrique aiguë, par jours de traitement» doit être adaptée comme suit. Par conséquent, les notes sous les codes 93.89.94, 93.89.95 et 93.89.96 doivent être supprimées.

93.89.9 Réadaptation gériatrique aiguë, par jours de traitement

[...]

Caractéristique minimale point 2, équipe thérapeutique et traitement:

Traitement par une équipe gériatrique dirigée par un spécialiste en gériatrie (FMH).

Application coordonnée par équipes d'au moins deux des quatre domaines thérapeutiques suivants:

A.) physiothérapie/médecine physique,

B.) ergothérapie,

C.) logopédie/traitement orofacial et/ou consultation diététique/traitement nutritionnel,

D.) psychologie/neuropsychologie, ~~-ainsi que des soins thérapeutiques et mobilisateurs complémentaires (STMC) quotidiens (7 jours sur 7) dispensés par un personnel soignant spécialement formé.~~

La partie thérapeutique comprend au total au moins 10 séances de traitement par semaine de traitement (7 jours civils), dont au moins 8 séances individuelles. Les séances de traitement durent chacune 30 minutes. Jusqu'à trois séances de traitement maximum peuvent être comptées par jour de traitement. Il est possible de réaliser plusieurs séances de traitement à la suite. Si les séances de traitement doivent être interrompues en raison d'une incapacité de la patiente/du patient à poursuivre le traitement, celles-ci peuvent être comptabilisées à partir d'une durée de 20 minutes.

[...]

93.89.93 Réadaptation gériatrique aiguë, jusqu'à 6 jours de traitement

93.89.94 Réadaptation gériatrique aiguë, d'au moins 7 à 13 jours de traitement

~~Note: La partie thérapeutique comprend au total au moins 10 séances de traitement de 30 minutes en moyenne, dont au moins 8 séances individuelles.~~

93.89.95 Réadaptation gériatrique aiguë, d'au moins 14 à 20 jours de traitement

~~Note : La partie thérapeutique comprend au total au moins 20 séances de traitement de 30 minutes en moyenne, dont au moins 16 séances individuelles.~~

93.89.96 Réadaptation gériatrique aiguë, 21 jours et plus de traitement

~~Note : La partie thérapeutique comprend au total au moins 30 séances de traitement de 30 minutes en moyenne, dont au moins 24 séances individuelles.~~

3.7. HoNOS et HoNOSCA – Saisie lors de la sortie

Concerne les trois versions linguistiques.

La caractéristique minimale point 1, de la sous-catégorie 94.A1.- «HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)» et la caractéristique minimale point 1, de la sous-catégorie 94.A2.- «HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents)» doivent être adaptées comme suit:

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

[...]

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 à l'admission, en l'espace de 3 jours, et à la sortie du patient. **Si HoNOS a été saisi après la sortie, la date effective doit être indiquée dans la documentation du patient, tandis que ce sera la date de sortie dans les statistiques médicales.**

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.

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

[...]

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 à l'admission, en l'espace de 14 jours, et à la sortie du patient, c'est-à-dire au plus tôt 7 jours avant la sortie. **Si HoNOSCA a été saisi après la sortie, la date effective doit être indiquée dans la documentation du patient, tandis que ce sera la date de sortie dans les statistiques médicales.**

Chaque critère est divisé en 5 degrés de sévérité, de 0 «aucun problème» à 4 «problème grave à très grave». Les grades doivent être indiqués de façon exactement conforme à HoNOSCA.

Pour rappel: Selon les directives de SwissDRG et de l'ANQ le HoNOS/CA de sortie peut-être relevé jusqu'à 3 jours après la date effective de sortie. Lors de la saisie d'une date postérieure à la sortie du patient dans la statistique médicale des hôpitaux, l'outil de plausibilisation MedPlaus ne permet pas l'enregistrement des données. En accord avec les responsables de la statistique médicale des hôpitaux, il a été convenu que lorsque le HoNOS/CA de sortie est effectué après le départ du patient, la date effective d'évaluation du HoNOS/CA est à documenter dans le dossier du patient. Pour la statistique médicale, c'est la date effective de sortie du patient qui est à saisir par défaut pour le relevé des codes HoNOS/CA de sortie.

4. ANNEXE

4.1. Informations et précisions (anciennement nommées FAQ)

La présente circulaire contient **toutes** les «informations et précisions» valables à partir du 1^{er} juillet 2018.

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) 1.1.2012 (valable depuis)
0998 1.1.2012
...
0852 01.07.2017, etc.

0843 01.07.2018 Réadaptation gériatrique aiguë, par jours de traitement 93.89.9-

Les précisions suivantes concernent le groupe d'éléments 93.89.9- «Réadaptation gériatrique aiguë, par jours de traitement».

0843/1 Début de la réadaptation gériatrique aiguë et jours de traitement pris en compte

~~On compte comme jour de traitement chaque jour où est fournie au moins une partie des caractéristiques du groupe d'éléments 93.89.9- de la CHOP (discussion en équipe, soins thérapeutiques et mobilisateurs, prestation des domaines thérapeutiques) – partie fournie séparément ou en combinaison avec d'autres.~~ Un nombre minimal de séances de traitement par semaine de traitement (7 jours civils) est demandé dans les caractéristiques minimales du code CHOP 93.89.9-. Si les caractéristiques minimales sont remplies dans cet intervalle de temps, tous les jours à partir du début de la première évaluation documentée sont considérés comme des jours de traitement.

L'évaluation doit être terminée dans un délai de quatre jours. Si l'évaluation ne peut pas être réalisée dans son intégralité dans un délai de quatre jours en raison de l'état du patient, cela doit être documenté. On procédera au reste de l'évaluation dès que l'état du patient le permettra. Lorsque la réadaptation gériatrique fait suite à une intervention chirurgicale, le jour de l'opération ne compte pas comme jour de traitement en réadaptation gériatrique aiguë.

0843/2 La réadaptation gériatrique aiguë peut-elle être pratiquée sur un patient en isolement?

Le fait qu'un patient doive être placé en isolement n'exclut pas qu'il puisse être admis en réadaptation gériatrique aiguë, celle-ci ayant lieu dans une chambre séparée, adaptée à l'isolement.

0843/3 Quel est le rapport de travail de la personne titulaire d'une spécialisation en gériatrie (FMH) dirigeant l'équipe de traitement?

La personne titulaire d'une spécialisation en gériatrie (FMH) doit travailler principalement dans l'unité qui fournit des prestations gériatriques, c'est-à-dire qu'elle ne peut pas diriger les soins médicaux spécialisés dans plusieurs hôpitaux ou sur plusieurs sites en même temps.

0844 01.07.2018 93.57.13 / 93.57.14 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.

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.

0846 01.01.2018 Saisie d'un CIRS, score total de 0

Si le relevé du «Cumulative Illness Rating Scale» (CIRS) donne un score total de 0, on utilisera le code AA.21.11 «CIRS, 1-4 score total».

0847 01.01.2018 Introduction de la structure tarifaire (TARPSY) et règles de codage

Dans le cadre de l'introduction du nouveau système tarifaire (TARPSY), il convient de noter que les règles de codage sont les mêmes que celles décrites dans les règles officielles de codage en Suisse. Comme par ex. la règle *D04 Codes avec point d'exclamation («!»)*:

Exemple

F11.- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés

+

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

si pertinent.

0848 01.01.2018 Codage des évaluations en réadaptation

Si pour un cas de réadaptation des codes de la catégorie AA.-«Instruments de mesure pour la réadaptation» sont saisis, les codes correspondants de la CIM-10-GM sont également à saisir. Plus précisément, il est fait allusion ici aux catégories de la CIM-10-GM: U50.- «Limitation fonctionnelle motrice» et U51.- «Limitation fonctionnelle cognitive».

0849 01.01.2018 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 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.

0849/1: 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:
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 93.8A.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 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.

0849/2: Domaines thérapeutiques

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

[...]

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

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

[...]

b) Les soins médicaux et infirmiers et au moins deux des domaines thérapeutiques nommés sous point

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

[...]

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

1. La liste des domaines thérapeutiques (travail social/socio-pédagogique/infirmière de liaison, psychologie, physiothérapie, ergothérapie, logopédie, consultation diététique/traitement nutritionnel, accompagnement spirituel, art-thérapie) est exhaustive tant pour 93.8A.2- que pour 93.8A.3-.
2. Les discussions interprofessionnelles en équipe, selon 0849/3, 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.

0849/3: 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^{ème} 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.

0849/4 Jours de traitement pris en compte

Les jours de traitement sont pris en compte à partir du moment où l'évaluation de base de médecine palliative standardisée a eu lieu. Si cette évaluation ne peut pas être menée à terme en raison de l'état du patient, cela doit être documenté.

0850 01.01.2018-30.06.2018 Définition des soins thérapeutiques et mobilisateurs complémentaires (STMC)

Cette précision a été supprimée dans la circulaire 2018 n°2.

0851 01.01.2018-30.06.2018 Réadaptation gériatrique aiguë, par jours de traitement 93.89.9-

Cette précision est remplacée par le n° 0843 à partir du 01.07.2018.

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.

0858 01.07.2017-31.12.2017 Informations et précisions sur les soins palliatifs

Cette précision est remplacée dès le 01.01.2018 par le n° 849.

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*.

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 01.12.2013-30.06.2018 93.57.11 / 93.57.12 Durée traitement VAC

Cette précision est remplacée par le n° 0844 à partir du 01.07.2018.

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 0.

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*).

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).

Editeur:	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
Copyright:	OFS, Neuchâtel 2018 La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée.
Prix:	Gratuit
Téléchargement:	www.statistiques.ch (gratuit)