



Circulaire pour les codeuses et les codeurs: 2019 / N° 2

1. Généralités

1.1. Instruments de codage applicables

A compter du **1^{er} juillet 2019**, les instruments de codage suivants s'appliquent:

- Manuel de codage médical. Le manuel officiel des règles de codage en Suisse, Version 2019
- Supplément au manuel de codage médical, version 2019 : directives pour la réadaptation
- Circulaire pour les codeuses et les codeurs 2019 n° 1 ~~et son annexe~~
- Circulaire pour les codeuses et les codeurs 2019 n° 2 **et son annexe**
- Classification Suisse des Interventions Chirurgicales (CHOP): Index systématique, Version 2019
- CIM-10-GM 2018 Index systématique : Classification internationale des maladies – 10e révision – German Modification

Pas de modification par rapport à la Circulaire 2019 n° 1 dans les autres paragraphes du point 1.1. Instruments de codage applicables.

1.2. Question sur le codage

Pas de modification par rapport à la circulaire 2019 n° 1.

2. Informations complémentaires manuel de codage 2019

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

Les informations complémentaires au manuel de codage 2019 présentées dans la circulaire 2019 n° 1 sont toujours valables, à l'exception du:

- Point 2.1 «S0102c Sepsis et annexe» remplacé par le point 2.6 «Sepsis» de la circulaire 2019 n° 2.

Les corrections apportées en sus sont présentées ici.

2.1. D03g Codes daguet - étoile*, exemple supplémentaire

Concerne toutes les versions linguistiques

L'exemple suivant doit être complété dans la règle de codage D03g «Codes daguet - étoile*».

D03g Codes daguet - étoile*

[...]

L'ordre des codes pour l'étiologie/la manifestation d'une maladie ne vaut que pour le système du code daguet-étoile*. En dehors de ce système, la règle du diagnostic principal G52 ne subit aucune restriction quant à l'ordre des codes étiologie/manifestation.

[...]

Exemple 5

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

DP M51.1+ Atteintes d'un disque lombaire et d'autres disques intervertébraux avec radiculopathie

CD G55.1* Compression des racines et des plexus nerveux au cours d'atteintes des disques intervertébraux

Exemples de choix du diagnostic principal **en dehors** du système dague-étoile, c'est-à-dire selon G52:

Exemple 5 6

[...]

2.2. D12c Maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complications): Déchirure peropératoire de la dure-mère avec suture immédiate

Concerne toutes les versions linguistiques.

Dans le tableau sous la règle de codage D12c «Maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complications)», la ligne «Déchirure peropératoire de la dure-mère avec suture immédiate» doit être corrigée comme suit.

1. Dans les chapitres: Code de l'organe avec notion de «consécutif à un acte à visée diagnostique ou thérapeutique»	2. A la fin de certains chapitres	3. Catégories T80 – T88	4. Dans les chapitres: Code de l'organe sans notion de «consécutif à un acte à visée diagnostique ou thérapeutique »	Codage précis
Déchirure peropératoire de la dure-mère avec suture immédiate en fonction de la hauteur de la lésion				
Ø	<i>G97.88 Autres affections du système nerveux après un acte à visée diagnostique et thérapeutique</i>	<i>T81.2 Perforation et déchirure accidentelles au cours d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique, NCA</i>	<i>S-Code : *** G96.0 Ecoulement de liquide céphalorachidien</i>	<i>S19.80 + Y S29.80 + Y S39.81 + Y T81.2 + Y</i>
G97.88 décrit «d'autres» maladies du système nerveux. T81.2 décrit une perforation ou une déchirure involontaire pendant une intervention, NCA. Il n'existe pas de code S. Lésion des méninges: cervicales S19.80, thoraciques S29.80 et lombo-sacrées S39.81, cérébrales T81.2 G96.0 décrit un tableau clinique, un syndrome d'hypoliquorrhée sans lien avec une opération.				

2.3. D15g Transferts: complément à l'exemple 4 Psychiatrie

Concerne toutes les versions linguistiques.

L'exemple 4 – Psychiatrie sous la règle de codage D15g «Transferts» doit être complété comme suit. L'indication de l'HoNOS 2: lésions auto-infligées non accidentelle, degré 3 ou degré 4 (respectivement 94.A1.23 et 94.A1.24) permet de saisir la suicidalité de la patiente en question. Dans l'exemple indiqué, la clinique psychiatrique ne saisit pas à nouveau le code X84.9! «Lésion auto-infligée délibérée».

D15g Transferts

Transfert pour suite de soins

[...]

Transfert pour traitement

[...]

Exemple 4 - Psychiatrie

Suite à une tentative de suicide par veinosection, une patiente souffrant d'une dépression sévère accompagnée de symptômes psychotiques, est traitée dans un hôpital de soins aigus. En raison de suicidalité persistante, elle est transférée en psychiatrie pour le traitement de sa dépression après la guérison de ses plaies.

L'hôpital de soins aigus code:

DP S55.7 Lésion traumatique de multiples vaisseaux sanguins au niveau de l'avant-bras

CD X84.9! Lésion auto-infligée délibérée

DS F32.3 Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques

TP Le traitement de la plaie

La clinique psychiatrique code:

DP F32.3 Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques

TP 94.A1.24 HoNOS 2: Lésions auto-infligées non accidentelles, degré 4

2.4. P06c Procédures répétées plusieurs fois: Interventions multiples en un temps de la main et du pied

Concerne toutes les versions linguistiques

La partie de la phrase ci-dessous doit être supprimée sous la règle de codage P06c.

P06c Procédures répétées plusieurs fois

Le codage des procédures doit refléter autant que possible les moyens mis en œuvre. C'est pourquoi il faut en général coder les procédures autant de fois qu'elles sont effectuées au cours du traitement, p.ex. ~~l'ostéosynthèse sur plusieurs doigts ou la suture de tendons sur plusieurs doigts~~, l'ostéosynthèse du tibia et du péroné, etc.

La précision 0828 doit également être prise en compte dans la thématique des interventions multiples en un temps sur la main et le pied.

2.5. P06c Procédures répétées plusieurs fois: précision concernant les concentrés érythrocytaires et de plaquettes

Concerne toutes les versions linguistiques

Le paragraphe suivant de la règle de codage P06c «Procédures répétées plusieurs fois» doit être complété.

P06c Procédures répétées plusieurs fois

[...]

- Le code CHOP contient une indication relative au nombre de traitements, à la durée, aux quantités, etc.: le code n'est saisi qu'une seule fois par séjour/cas avec la quantité totale/le nombre total et la date de la première procédure (p.ex. transfusions, traitements complexes, coils (1x le code pour tous les coils intracrâniens, extracrâniens et spinaux, 1x le code pour tous les coils périphériques), stents, NEMS/SAPS).

Il en va de même pour les médicaments de la liste des médicaments/substances à relever dans la statistique médicale des hôpitaux (liste ATC) (ne saisir que la quantité administrée).

Lors de l'utilisation de concentrés érythrocytaires et de plaquettes, ce sont également les seules quantités administrées au patient qui doivent être saisies. Les quantités commandées, mais non utilisées, ne sont pas

comptées. Les définitions de Transfusion CRS Suisse (voir note des codes CHOP 99.04.- «Transfusion de globules rouges concentrés» et 99.05.- «Transfusion de plaquettes») doivent être prises en compte pour les unités de transfusion chez les adultes et les enfants. Les volumes minimaux ne s'appliquent pas chez les bébés jusqu'à 1 an révolu (voir note des codes CHOP correspondants). Si la somme des concentrés administrés, chez l'enfant et l'adulte, ne donne pas un chiffre entier, le résultat est arrondi vers le bas. Si, par exemple, 5,6 concentrés érythrocytaires ont été administrés, le code saisi est celui avec l'indication «1 à 5 UT».

[...]

2.6. S0102c Sepsis

Concerne toutes les versions linguistiques.

La règle de codage S0102c «Sepsis» doit être adaptée comme suit.

S0102c Sepsis

Choix du code de sepsis

Les codes pour le sepsis se trouvent dans les chapitres/catégories suivants:

- Au chapitre I, dans les catégories A40. – *Septicémie à streptocoques* et A41. – *Autres septicémies*, en tenant compte des exclusions.
- Au chapitre I, dans les maladies infectieuses (p. ex. B37.7 *Septicémie à Candida*).
- Dans le chapitre XVI pour le sepsis du nouveau-né (P36. – *Septicémie bactérienne du nouveau-né*).
- Un sepsis en relation avec un avortement, une grossesse extra-utérine ou molaire, un accouchement ou des suites de couches sera codée avec un code du chapitre XV (003 – 007, 008.0, 075.3, 085) et un code de sepsis du chapitre I (ordre des codes, voir ci-dessous), pour indiquer l'existence d'un sepsis et spécifier l'agent infectieux.
- Bien que le terme de sepsis soit indiqué sous certains codes de complications de soins chirurgicaux ou médicaux, un code de sepsis du chapitre I doit être ajouté, pour indiquer l'existence d'un sepsis et spécifier l'agent infectieux (p. ex. J95.0 *Fonctionnement défectueux d'une trachéostomie*, T88.0 *Infection consécutive à vaccination*).

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

Définition du sepsis: infection avérée ou suspectée et dysfonction organique prouvée, provoquée par une réaction dysfonctionnelle de l'organisme à une infection.

Les médecins traitants diagnostiquent le sepsis, le documentent et diagnostiquent les dysfonctions organiques associées au sepsis selon le score SOFA ou les critères de Goldstein. Toutes les dysfonctions organiques/complications organiques doivent être saisies et codées individuellement conformément aux règles qui s'y appliquent. Le diagnostic est posé par le médecin. L'établissement du diagnostic doit être documenté de manière compréhensible.

Sepsis chez l'adulte

La dysfonction organique dans le cadre du sepsis est désormais déterminée pour les adultes via le score SOFA (Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment Score).

Un sepsis avec dysfonction organique se manifeste par une augmentation du score SOFA ≥ 2 dans un délai de 72 heures maximum.

Il est accepté de cumuler des points, respectivement 1 point, en cas de dégradation de certains systèmes organiques.

Les dysfonctions organiques qui peuvent être expliquées par une autre cause, en particulier lorsqu'elles sont préexistantes, ne peuvent pas être utilisées comme critère pour la définition du sepsis.

Les dysfonctions organiques préexistantes ne sont considérées comme des dysfonctions organiques/complications organiques septiques qu'en présence d'une aggravation aiguë due au sepsis.

La dysfonction organique préexistante définit le score initial. En l'absence d'informations concernant les maladies préexistantes d'un système d'organes, une valeur initiale SOFA de 0 est utilisée.

Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment Score ^a					
Score					
ORGANES ET SYSTÈMES	0	1	2	3	4
Respiration					
PaO ₂ /FiO ₂ , mmHg (kPa)	≥ 400 (≥ 53.3)	< 400 (< 53.3)	< 300 (< 40)	< 200 (< 26.7) à support respiratoire	< 100 (< 13.3) à support respiratoire
Coagulation					
Plaquettes, x10 ³ /µl	≥ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
Foie					
Bilirubine, mg/dl (µmol/l)	< 1.2 (< 20)	1.2 – 1.9 (20 – 32)	2.0 – 5.9 (33 – 101)	6.0 – 11.9 (102 – 204)	> 12.0 (> 204)
Cardiovasculaire					
Pression artérielle moyenne	MAP ≥ 70mmHg	MAP < 70mmHg	dopamine < 5 ou dobutamine (indépendant de la dose) ^b	dopamine 5.1 – 15 ou adrénaline ≤ 0.1 ou noradrénaline ≤ 0.1 ^b	dopamine > 15 ou adrénaline > 0.1 ou noradrénaline > 0.1 ^b
Système nerveux central					
Glasgow Coma Scale ^c	15	13 – 14	10 – 12	6 – 9	< 6
Rénal					
Créatinine, mg/dl (µmol/l) ou	< 1.2 (< 110)	1.2 – 1.9 (110 – 170)	2.0 – 3.4 (171 – 299)	3.5 – 4.9 (300 – 440) ou	> 5.0 (> 440) ou
Excrétion urinaire, ml/d				< 500	< 200

^a Adapté de Vincent et al²⁷

^b Dose administrée des catécholamines en µg/kg/min pendant au moins une heure

^c Glasgow Coma Scale de 3 à 15

²⁷ Vincent JL, Moreno R, Takala J, et al; Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. Intensive care Med. 1996;22(7):707 – 710.

Une gazométrie artérielle est obligatoire pour déterminer le score SOFA relatif au fonctionnement de l'appareil respiratoire. Chez les patients non ventilés, on utilise les données suivantes pour la FiO₂: pour O₂ nasal: 0,3, masque: 0,4, masque avec réservoir: 0,6.

Sepsis chez l'enfant

Chez les enfants jusqu'à 16 ans révolus s'appliquent actuellement les critères de dysfonction organique selon Goldstein et al. 2005 conformément à l'«International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics».

Sur le plan cardiovasculaire ou respiratoire, il suffit qu'un critère soit rempli pour poser le diagnostic de dysfonction organique dans le cadre d'un sepsis. Sinon, la dysfonction organique est considérée confirmée lorsqu'au moins 2 critères des autres systèmes d'organes sont remplis.

Critères de défaillance organique selon Goldstein

Cardiovasculaire	Malgré un remplissage intraveineux isotonique $\geq$ 40ml/kg en 1 heure	Chute de pression (hypotonie) $<$ 5e percentile dépendant de l'âge ou pression sanguine systolique inférieure à 2 déviations standard par rapport à la valeur moyenne pour l'âge	OU Nécessité d'agents vaso-actifs pour maintenir la pression artérielle dans la norme (adrénaline, noradrénaline ou dobutamine dans leurs dosages respectifs; dopamine $>$ 5 μ g/kg/min)	OU Deux des signes suivants: – Acidose métabolique inexpliquée (BE $>$ 0.5 mEq/l) – Hyperlactatémie 2 fois au-dessus de la limite supérieure – Oligurie: quantité d'urine $<$ 0.5ml/kg/h – Temps de recoloration cutanée prolongé $>$ 5 sec – Différence de température centrale/périphérique $>$ 3°C
Respiratoire			OU PaCO ₂ $>$ 20mmHg au-dessus de la valeur de base-PCO ₂	OU Besoin FiO ₂ $>$ 50% pour une saturation $>$ 92% OU Nécessité d'une ventilation mécanique invasive non-sélective ou non-invasive
Neurologique		Glasgow Coma Scale $\leq$ 11	OU Altération de la vigilance avec diminution $\geq$ 3 par rapport au score de base	
Coagulation		Plaquettes $<$ 80'000/mm ³ ou baisse de 50% par rapport à la valeur la plus élevée au cours des trois derniers jours (concernant les patients avec maladie hématologique chronique ou cancéreux)	OU Rapport international normalisé $>$ 2	
Rénal		Créatinine sérique $\geq$ deux fois la valeur limite supérieure dépendant de l'âge ou augmentation de deux fois de la base-line		
Hépatique		Bilirubine totale $\geq$ 4mg/dl (non applicable chez les nouveau-nés)	OU ALAT deux fois supérieure aux valeurs normales pour l'âge	

Choc septique

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

Il s'agit d'un **choc septique** si la pression artérielle moyenne de $\geq$ 65 mmHg ne peut, malgré un remplissage adéquat, être atteinte que par l'administration de vasopresseurs et que le patient présente une valeur des lactates de $>$ 2 mmol/l.

Ordre de saisie des codes

Un sepsis sera représenté par les codes suivants dans cet ordre:

- **Code de sepsis**
- **Les agents infectieux spécifiques et les résistances correspondantes U80.-! à U85! sont codés selon la règle D04c**
- **Choc septique R57.2, si présent**
- **Foyer infectieux:** par ex. pneumonie
Chaque agent infectieux, qui spécifie le foyer initial de l'infection, et les résistances correspondantes doivent être codés selon la règle D04c.
- **Chaque dysfonction organique**
Le codage d'un sepsis comprend au minimum le code de sepsis et l'indication du foyer initial de l'infection. Si ce dernier est inconnu, «B99 Maladies infectieuses, autres et non précisées» est codé en complément du code de sepsis. Pour la spécification des germes ou l'indication des résistances, la règle D04c s'applique. Les autres DS sont toutes les dysfonctions organiques qui s'aggravent dans le cadre du sepsis.

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

Exemples de codage

Exemple 1

Sepsis à E. coli avec choc septique et pyélonéphrite aiguë gauche à E. coli avec défaillance multiviscérale
Evolution: patient intubé à l'entrée aux soins intensifs, ventilé avec un indice d'oxygénation (PaO2/FiO2) 155 mmHg dans le cadre d'une insuffisance respiratoire aiguë; PAM (pression artérielle moyenne) 60-80 mmHg sous perfusion à la noradrénaline (0,1 µg/kg/min). Par la suite, insuffisance rénale aiguë anurique de stade 3, démarrage CVVHDF (continuous veno-venous hemodiafiltration) d'une durée totale de 96 heures. Pour une thrombocytopénie de 18 G/l, réalisation d'un test TIH (thrombocytopénie induite par l'héparine) avec résultat négatif. Par la suite, la thrombocytopénie a reculé et peut être expliquée dans le cadre du sepsis. Des bactéries E.coli globalement sensibles ont pu être mises en évidence dans des cultures d'urine et des hémocultures. Un traitement intraveineux par rocéphine a alors été instauré.

Score SOFA total	Respiration	Coagulation	Foie	Cardiovasculaire, MAP	Syst. nerveux central	Rénal
14	3	4	0	3	0	4

DP	A41.51	Septicémie à <i>Escherichia coli</i>
DS	R57.2	Choc septique
DS	N10	Néphrite tubulo-interstitielle aiguë
DS	B96.2 !	<i>Escherichia coli</i> et autres entérobactéries, cause de maladies classées dans d'autres chapitres
DS	J96.09	Insuffisance respiratoire aiguë, NCA, type non précisé
DS	N17.93	Insuffisance rénale aiguë, sans précision, stade 3
DS	D69.58	Autres thrombopénies secondaires, non qualifiées de réfractaires aux transfusions

Exemple 2

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

Evolution: aggravation de l'insuffisance rénale chronique avec créatininémie de 140 $\mu\text{mol/l}$ et diminution de la DFG à 25 ml/min (Valeur de base : créatinine 110 $\mu\text{mol/l}$, DFG 40 ml/min.). Au deuxième jour d'hospitalisation, les analyses de laboratoire indiquaient une augmentation de la bilirubine à 1,5 mg/dl ainsi qu'une thrombocytopénie de 90 G/l. Un traitement antibiotique par voie intraveineuse et une réhydratation ont été réalisés. Par la suite, normalisation des valeurs hépatiques et de la thrombocytopénie lors d'un unique contrôle de suivi. Amélioration en cours de l'insuffisance rénale chronique au niveau de la valeur de base du DFG. Retour à la maison de la patiente dans un bon état général.

Score SOFA total	Respiration	Coagulation	Foie	Cardiovasculaire, MAP	Syst. nerveux central	Rénal
4	0	2	1	0	0	1

DP A41.51 Septicémie à *Escherichia coli*

DS N10 Néphrite tubulo-interstitielle aiguë

DS B96.2! *Escherichia coli* et autres entérobactéries, cause de maladies classées dans d'autres chapitres

DS N18.4 Maladie rénale chronique, stade 4

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

Exemple 3

Un patient de 62 ans avec pneumonie gauche à *Streptococcus pneumoniae* et bactériémie à *Streptococcus pneumoniae*.

Pneumonie gauche radiologiquement confirmée. Etat général diminué avec fièvre de 39,1 °C et hypotension concomitante avec tension artérielle moyenne de 82 mmHg. Hospitalisation du patient pour antibiothérapie intraveineuse et soutien circulatoire par réhydratation dans le cadre d'une suspicion initiale de sepsis. Le lendemain, hausse de la bilirubine à 1,3 mg/dl dans les analyses de laboratoire. Les examens microbiologiques montrent la présence de *Streptococcus pneumoniae* dans les expectorations et les hémocultures. Amélioration rapide de l'état général sous antibiothérapie ciblée et retour du patient à son domicile.

Score SOFA total	Respiration	Coagulation	Foie	Cardiovasculaire, MAP	Syst. nerveux central	Rénal
1	0	0	1	0	0	0

Le score SOFA total est inférieur à 2. On ne code pas de sepsis. Le diagnostic principal est l'infection. Les diagnostics supplémentaires sont codés selon la règle de codage G54g.

DP J13 Pneumonie due à *Streptococcus pneumoniae*

DS I95.8 Autres hypotensions

DS A49.1 Infection à streptocoques et entérocoques, siège non précisé

DS B95.3! *Streptococcus pneumoniae*, cause de maladies classées dans d'autres chapitres

Exemple 4

Choc septique et ARDS modéré avec sepsis par streptocoques du groupe A

Fillette de 4 ans. Transfert en ambulance en état de somnolence. Fièvre jusqu'à 39,2 °C depuis 4 jours, vomissements et diarrhée depuis 2 jours. Actuellement, détérioration de l'état général, patiente nettement affaiblie, ne tenait presque plus assise, somnolente. Pendant le transport: tachypnéique, périphérie froide, initialement sans oxygène supplémentaire, saturation pulsée 60% sous 12 l/min, saturation O2 autour de 92%. GCS 11, état fébrile 39,6 °C. Transfert en service de soins intensifs pour la suite de la prise en charge de la décompensation respiratoire et somnolence. Après assistance respiratoire initiale à haut débit à 15 l/min et FiO2 de 100%, passage à CPAP avec une respiration toujours fortement tachypnéique. Pas de stabilisation sous CPAP et donc intubation pour une décompensation respiratoire dans le cadre d'une insuffisance cardiorespiratoire (PaO2/FiO2 138 mmHg, insuffisance respiratoire hypoxique aiguë, ARDS). En état de choc septique nécessitant des catécholamines, début d'un traitement de choc par stéroïdes et d'une antibiothérapie empirique par Céfépime. Au cours du traitement, suspicion de syndrome du choc toxique avec saignement des muqueuses intrabuccales et diagnostic d'une ascite confinée, par conséquent traitement supplémentaire par clindamycine. Une implication méningée a pu être exclue après analyse du liquide céphalo-rachidien. Après une bonne réponse au traitement, la patiente a été extubée au 4^e jour d'hospitalisation. Suite à une évolution positive, les stéroïdes ont pu être progressivement réduits et l'enfant transférée en service de soins réguliers dans un état général convenable.

Organdysfunktionskriterien nach Goldstein

Cardiovasculaire	Malgré un remplissage intraveineux isotonique ≥ 40ml/kg en 1 heure	Chute de pression (hypotonie) < 5e percentile dépendant de l'âge ou pression sanguine systolique inférieure à 2 déviations standard par rapport à la valeur moyenne pour l'âge	OU Nécessité d'agents vaso-actifs pour maintenir la pression artérielle dans la norme (adrénaline, noradrénaline ou dobutamine dans leurs dosages respectifs; dopamine > 5µg/kg/min)	OU Deux des signes suivants: – Acidose métabolique inexpliquée (BE > 0.5 mEq/l) – Hyperlactatémie 2 fois au-dessus de la limite supérieure – Oligurie: quantité d'urine < 0.5ml/kg/h – Temps de recoloration cutanée prolongé > 5 sec – Différence de température centrale/périphérique > 3°C	
Respiratoire			OU PaCO2 > 20mmHg au-dessus de la valeur de base-PCO2	OU Besoin FiO2 > 50% pour une saturation > 92%	OU Nécessité d'une ventilation mécanique invasive non-sélective ou non-invasive
Neurologique		Glasgow Coma Scale ≤ 11	OU Altération de la vigilance avec diminution ≥ 3 par rapport au score de base		
Coagulation		Plaquettes < 80'000/mm³ ou baisse de 50% par rapport à la valeur la plus élevée au cours des trois derniers jours (concernant les patients avec maladie hématologique chronique ou cancéreux)	OU Rapport international normalisé > 2		
Rénal		Créatinine sérique ≥ deux fois la valeur limite supérieure dépendant de l'âge ou augmentation de deux fois de la base-line			
Hépatique		Bilirubine totale ≥ 4mg/dl (non applicable chez les nouveau-nés)	OU ALAT deux fois supérieure aux valeurs normales pour l'âge		

DP	A40.0	Septicémie à streptocoques, groupe A
DS	R57.2	Choc septique
DS	A48.3	Syndrome du choc toxique
DS	B99	Maladies infectieuses, autres et non précisées
DS	J80.02	Syndrome de détresse respiratoire modéré [ARDS]
DS	J96.00	Insuffisance respiratoire aiguë, NCA, type I
DS	R40.0	Somnolence

Exemple 5

Fillette prématurée eutrophique née à 25 semaines et 4 jours, poids à la naissance 710 g (percentile 30) Syndrome de détresse respiratoire avec déficit en surfactant pulmonaire, dysplasie broncho-pulmonaire modérée, syndrome d'apnée/bradycardie du prématuré. Suspicion d'infection néonatale, suspicion de survenue tardive d'un sepsis le 6^e jour de vie.

Premiers soins: enfant cyanotique avec respiration spontanée insuffisante, fréquence cardiaque 80/min. Aspiration orale et début de la ventilation au masque. Rapidement normocarde, développement d'une respiration spontanée avec creusements et gémissements expiratoires. Intubation à la 45^e minute de vie. Transfert en unité de soins intensifs du service de néonatalogie. FiO2 max. 0,25. A l'état prématuré, surfactant administré par voie endotrachéale. Suite au traitement, amélioration de la situation respiratoire avec réduction des paramètres de ventilation. L'extubation a été effectuée après 17 heures et suivie d'une assistance respiratoire CPAP. Au 6^e jour de vie, l'enfant a une nouvelle fois dû être intubé en raison d'une apnée grave dans le cadre d'un sepsis de survenue tardive. Début d'une antibiothérapie par amoxicilline et amikacine. Extubation réalisée avec succès après 6 jours. L'hémoculture ne montrait pas de croissance. L'antibiothérapie a été administrée pendant 7 jours au total. Le besoin en oxygène supplémentaire s'est poursuivi jusqu'au 39^e jour d'hospitalisation avec une dysplasie broncho-pulmonaire modérée.

Organdysfunktionskriterien nach Goldstein

Cardiovasculaire	Malgré un remplissage intraveineux isotonique $\geq$ 40ml/kg en 1 heure	Chute de pression (hypotonie) < 5e percentile dépendant de l'âge ou pression sanguine systolique inférieure à 2 déviations standard par rapport à la valeur moyenne pour l'âge	OU Nécessité d'agents vaso-actifs pour maintenir la pression artérielle dans la norme (adrénaline, noradrénaline ou dobutamine dans leurs dosages respectifs; dopamine > 5µg/kg/min)	OU Deux des signes suivants: – Acidose métabolique inexpliquée (BE > 0.5 mEq/l) – Hyperlactatémie 2 fois au-dessus de la limite supérieure – Oligurie: quantité d'urine < 0.5ml/kg/h – Temps de recoloration cutanée prolongé > 5 sec – Différence de température centrale/périphérique > 3°C	
Respiratoire			OU PaCO2 > 20mmHg au-dessus de la valeur de base-PCO2	OU Besoin FiO2 > 50% pour une saturation > 92%	OU Nécessité d'une ventilation mécanique invasive non-sélective ou non-invasive
Neurologique	Glasgow Coma Scale $\leq$ 11		OU Altération de la vigilance avec diminution $\geq$ 3 par rapport au score de base		
Coagulation		Plaquettes < 80'000/mm ³ ou baisse de 50% par rapport à la valeur la plus élevée au cours des trois derniers jours (concernant les patients avec maladie hématologique chronique ou cancéreux)	OU Rapport international normalisé > 2		
Rénal		Créatinine sérique $\geq$ deux fois la valeur limite supérieure dépendant de l'âge ou augmentation de deux fois de la base-line			
Hépatique		Bilirubine totale $\geq$ 4mg/dl (non applicable chez les nouveau-nés)	OU ALAT deux fois supérieure aux valeurs normales pour l'âge		

DP	P22.0	Syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né
DS	P36.9	Sepsis bactérien du nouveau-né, sans précision
DS	P39.8	Autres infections spécifiques précisées de la période périnatale
DS	P28.5	Insuffisance respiratoire du nouveau-né
DS	P27.1	Dysplasie broncho-pulmonaire pendant la période périnatale
DS	P07.01	Poids de naissance de 500 à moins de 750 grammes
DS	P07.2	Immaturité extrême
DS	Z38.0	Enfant unique, né à l'hôpital

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

- Si un sepsis se manifeste lors d'un séjour hospitalier suite à un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complication), on tiendra compte des règles D12/D16.
- En présence de deux ou plusieurs affections (p. ex. sepsis, infarctus du myocarde), on appliquera la règle G52. Si un sepsis pendant un séjour hospitalier n'est pas l'affection qui a exigé l'engagement le plus élevé de ressources médicales, il sera codé comme diagnostic supplémentaire. Cela vaut en particulier également pour le foyer infectieux qui requiert des soins supplémentaires et qui pour cette raison peut devenir le diagnostic principal lors d'un sepsis, par ex. sepsis avec fasciite nécrosante et diverses interventions de révision.
- Cas particulier de la bactériémie à méningocoques: ici un sepsis à méningocoques est codé même sans remplir les conditions du score SOFA (cf. règle S0101a).

S0103c SIRS / ~~Complications organiques~~

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

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

R65.0!	Syndrome de réponse inflammatoire systémique [SIRS] d'origine infectieuse sans complications organiques Septicémie sans complications organiques Septicémie SAI SIRS d'origine infectieuse, SAI
R65.1!	Syndrome de réponse inflammatoire systémique [SIRS] d'origine infectieuse avec complications organiques Septicémie avec complications organiques Septicémie sévère
R65.2!	Syndrome de réponse inflammatoire systémique [SIRS] d'origine non infectieuse sans complications organiques SIRS d'origine non infectieuse, SAI
R65.3!	Syndrome de réponse inflammatoire systémique [SIRS] d'origine non infectieuse avec complications organiques
R65.9!	Syndrome de réponse inflammatoire systémique [SIRS] non précisé

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

On indiquera en premier lieu un code pour une infection lors d'une origine infectieuse du SIRS ou la maladie primaire d'origine non infectieuse ayant déclenché le SIRS, suivi du code correspondant de la catégorie R65.-!. Des codes supplémentaires sont utilisés pour indiquer des agents infectieux et leur résistance.

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

2.7. S0604d Troubles de la conscience et S1904d Perte de connaissance: corrections

Concerne toutes les versions linguistiques.

Les règles de codage des troubles de la conscience et de la perte de connaissance sont à actualiser comme suit pour l'Unresponsive Wakefulness Syndrome (UWS).

S0604d Troubles de la conscience

[...]

Troubles sévères de la conscience

Unresponsive Wakefulness Syndrome (UWS), anciennement appelé Vegetative State (VS) et Minimally Conscious State (MCS)

Le « Unresponsive Wakefulness Syndrome » (UWS) est défini comme un état de non-réponse caractérisé par une incapacité à interagir avec l'environnement, c'est-à-dire une absence de réponses cohérentes et volontaires aux stimulations visuelles, auditives, tactiles et nociceptives; ne laissant ainsi transparaître aucun signe de conscience de soi et de l'environnement.

Le Minimally Conscious State (MCS) est défini comme un état de conscience fortement altéré dans lequel des caractéristiques comportementales minimales, manifestes et reproductibles sont observées, qui laissent transparaître une conscience de soi-même et de l'environnement.

La classification exacte et l'attribution à une catégorie est déterminée par l'échelle CRS-R (Coma Recovery Scale- Revised) résultant de l'évaluation des six sous-échelles du CRS-R: fonction auditive – fonction visuelle – fonction motrice – fonction verbale – communication - éveil. Cette évaluation ne peut pas être utilisée de manière fiable chez les patients de moins de 12 ans. Jusqu'à ce que cet âge soit atteint, le diagnostic posé par le médecin s'applique sans référence au CRS-R.

Classification des troubles sévères de conscience

Sous-échelle CRS-R	Unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS)	Minimally Conscious State Minus (MCS-)	Minimally Conscious State Plus (MCS+)	Emerge from Minimally Conscious State (EMCS)
Fonction auditive	≤ 2	≤ 2 et	3-4	
Fonction visuelle	≤ 1 et	2-5 ou	4-5	
Fonction motrice	≤ 2 et	3-5 ou	3-5	= 6 et
Fonction verbale	≤ 2 et	≤ 2 ou	3	
Communication	= 0 et	= 0 et	1-2	= 2
Eveil	1-2	1-2	1-3	

Ainsi,

- Un état d'éveil non-répondant [Unresponsive Wakefulness Syndrome (UWS)] est avéré, lorsque toutes les conditions de l'UWS sont remplies.
- Un Minimally Conscious State minus (MCS-) est avéré lorsqu'une seule des sous-échelles atteint la valeur nécessaire pour le MCS- (c'est-à-dire localisation de stimulations nociceptives, ou poursuite visuelle, ou sourire ou pleurs appropriés) et lorsque les autres valeurs correspondent au stade UWS.
- Un Minimally Conscious State plus (MCS+) est avéré lorsque la sous-échelle « auditive » atteint la valeur de 3 (réponse à la commande), ou la sous-échelle « verbale » atteint la valeur de 3 (verbalisation intelligible), ou la sous-échelle « communication » atteint la valeur de 1-2 (communication intentionnelle ou fonctionnelle).
- Un Emerge from Minimally Conscious State (EMCS) est avéré, lorsque la sous-échelle « fonction motrice » et la sous-échelle « communication » atteignent la valeur maximale. Ce stade doit être évalué à deux reprises sur une semaine afin d'être avéré comme émergence.

L'évaluation du stade ne peut avoir lieu que 24 h au plus tôt après l'arrêt de la sédation continue aux SI et à condition que l'état ne soit pas dû à des influences médicamenteuses (documentées éventuellement par des analyses sanguines). Une sédation transitoire p.ex. pour des soins apportés au patient ou lors d'un état d'agitation, n'est pas considérée comme une contre-indication à une évaluation. Le stade doit persister au moins une semaine ou évoluer vers un autre stade de trouble de la conscience. Une seconde évaluation dans la semaine qui suit (2 à 3 jours d'intervalle au minimum) est nécessaire afin de confirmer le diagnostic de trouble de la conscience.

Un trouble de la conscience est codé par G 93.80 Syndrome apallique, lorsque:

- Un trouble sévère de la conscience de stade Vegetative State (VS) (synonyme: Unresponsive Wakefulness Syndrome UWS) ou Minimally Conscious State MCS est avéré selon les définitions ci-dessus.

Remarque: Les troubles sévères de la conscience qui ne répondent pas aux critères définis ci-dessus pour les stades VS/UWS et MCS ne sont PAS codés par G 93.80. C'est le cas notamment du stade Emerge from Minimally Conscious State (EMCS).

Littérature:

Giacino, J et al. (2006). Coma Recovery Scale-Revised. The Center for Outcome Measurement in Brain Injury
Giacino, J.T., Kalmar, K., & Whyte, J. (2004). The JFK Coma Recovery Scale-Revised: Measurement characteristics and diagnostic utility 1. Archives of physical medicine and rehabilitation, 85(12), 2020-2029.
Gosseries, O., Zasler, N.D., & Laureys, S. (2014). Recent advances in disorders of consciousness: focus on the diagnosis. Brain injury, 28(9), 1141-1150.
Schnakers, C., Majerus, S., Giacino, J., Vanhaudenhuyse, A., Bruno, M.A., Boly, M.,... & Damas, F. (2008). A french validation study of the Coma Recovery Scale-Revised (CRS-R). Brain injury, 22 (10), 786-792.
Seel, R.T., Sherer, M., Whyte, J., Katz, D.I., Giacino, J.T., Rosenbaum, A.M., ...& Biester, R.C. (2010). Assessment scales for disorders of consciousness: evidence-based recommendations for clinical practice and research. Archives of physical medicine and rehabilitation, 91 (12), 1795-1813.

S1904d Perte de connaissance

[...]

~~Vegetative State (VS) / Minimally Conscious State (MCS)~~

~~Le MCS est défini comme un état de conscience fortement altéré dans lequel des caractéristiques comportementales minimales, manifestes et reproductibles sont observées, qui laissent transparaître une conscience de soi-même et de l'environnement.~~

~~La classification exacte et l'attribution à une catégorie du MCS est déterminée par l'échelle CRS-r (Coma Recovery Scale-Revised) résultant de l'évaluation des cinq sous-échelles du CRS: fonction auditive – fonction visuelle – fonction motrice – fonction verbale – communication. Cette évaluation ne peut pas être utilisée de manière fiable chez les patients de moins de 12 ans.~~

Troubles sévères de la conscience

Unresponsive Wakefulness Syndrome (UWS), anciennement appelé Vegetative State (VS) et le Minimally Conscious State (MCS)

Le « Unresponsive Wakefulness Syndrome » (UWS) est défini comme un état de non-réponse caractérisé par une incapacité à interagir avec l'environnement, c'est-à-dire une absence de réponses cohérentes et volontaires aux stimulations visuelles, auditives, tactiles et nociceptives; ne laissant ainsi transparaître aucun signe de conscience de soi et de l'environnement.

Le Minimally Conscious State (MCS) est défini comme un état de conscience fortement altéré dans lequel des caractéristiques comportementales minimales, manifestes et reproductibles sont observées, qui laissent transparaître une conscience de soi-même et de l'environnement.

La classification exacte et l'attribution à une catégorie est déterminée par l'échelle CRS-R (Coma Recovery Scale-Revised) résultant de l'évaluation des six sous-échelles du CRS-R: fonction auditive – fonction visuelle –

fonction motrice – fonction verbale – communication - éveil. Cette évaluation ne peut pas être utilisée de manière fiable chez les patients de moins de 12 ans. Jusqu'à ce que cet âge soit atteint, le diagnostic posé par le médecin s'applique sans référence au CRS-R.

Classification des troubles sévères de conscience

Sous-échelle CRS-R	Unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS)	Minimally Conscious State Minus (MCS-)	Minimally Conscious State Plus (MCS+)	Emerge from Minimally Conscious State (EMCS)
Fonction auditive	≤ 2 et	≤ 2 et	3-4	
Fonction visuelle	≤ 1 et	2-5 ou	4-5	
Fonction motrice	≤ 2 et	3-5 ou	3-5	= 6 et
Fonction verbale	≤ 2 et	≤ 2 ou	3	
Communication	= 0 et	= 0 et	1-2	= 2
Eveil	1-2	1-2	1-3	

Ainsi,

- Un état d'éveil non-répondant [Unresponsive Wakefulness Syndrome (UWS)] est avéré, lorsque toutes les conditions de l'UWS sont remplies.
- Un Minimally Conscious State minus (MCS-) est avéré lorsqu'une seule des sous-échelles atteint la valeur nécessaire pour le MCS- (c'est-à-dire localisation de stimulations nociceptives, ou poursuite visuelle, ou sourire ou pleurs appropriés) et lorsque les autres valeurs correspondent au stade UWS.
- Un Minimally Conscious State plus (MCS+) est avéré lorsque la sous-échelle « auditive » atteint la valeur de 3 (réponse à la commande), ou la sous-échelle « verbale » atteint la valeur de 3 (verbalisation intelligible), ou la sous-échelle « communication » atteint la valeur de 1-2 (communication intentionnelle ou fonctionnelle).
- Un Emerge from Minimally Conscious State (EMCS) est avéré, lorsque la sous-échelle « fonction motrice » et la sous-échelle « communication » atteignent la valeur maximale. Ce stade doit être évalué à deux reprises sur une semaine afin d'être avéré comme émergence.

L'évaluation du stade ne peut avoir lieu que 24 h au plus tôt après l'arrêt de la sédation continue aux SI et à condition que l'état ne soit pas dû à des influences médicamenteuses (documentées éventuellement par des analyses sanguines). Une sédation transitoire p.ex. pour des soins apportés au patient ou lors d'un état d'agitation, n'est pas considérée comme une contre-indication à une évaluation. Le stade doit persister au moins une semaine ou évoluer vers un autre stade de trouble de la conscience. Une seconde évaluation dans la semaine qui suit (2 à 3 jours d'intervalle au minimum) est nécessaire afin de confirmer le diagnostic de trouble de la conscience.

Un trouble de la conscience est codé par G 93.80 Syndrome apallique, lorsque:

- Un trouble sévère de la conscience de stade VS (synonyme: Unresponsive Wakefulness Syndrome UWS) ou Minimally Conscious State MCS est avéré selon les définitions ci-dessus.

Remarque: Les troubles sévères de la conscience qui ne répondent pas aux critères définis ci-dessus pour les stades VS/UWS et MCS ne sont PAS codés par G 93.80. C'est le cas notamment du stade Emerge from Minimally Conscious State (EMCS).

Littérature:

~~Giacino, J et al. (2006). Coma Recovery Scale-Revised. The Center for Outcome Measurement in Brain Injury~~

Giacino, J.T., Kalmar, K., & Whyte, J. (2004). The JFK Coma Recovery Scale-Revised: Measurement characteristics and diagnostic utility 1. Archives of physical medicine and rehabilitation, 85(12), 2020-2029.

Gosseries, O., Zasler, N.D., & Laureys, S. (2014). Recent advances in disorders of consciousness: focus on the diagnosis. Brain injury, 28(9), 1141-1150.

Schnakers, C., Majerus, S., Giacino, J., Vanhaudenhuyse, A., Bruno, M.A., Boly, M.,... & Damas, F. (2008). A french validation study of the Coma Recovery Scale-Revised (CRS-R). Brain injury, 22 (10), 786-792.

Seel, R.T., Sherer, M., Whyte, J., Katz, D.I., Giacino, J.T., Rosenbaum, A.M., ...& Biester, R.C. (2010). Assessment scales for disorders of consciousness: evidence-based recommendations for clinical practice and research. Archives of physical medicine and rehabilitation, 91 (12), 1795-1813.

2.8. Corrections dans le supplément au manuel de codage médical, version 2019: directives pour la réadaptation

Concerne toutes les versions linguistiques.

Le paragraphe «1) CHOP BA « Prestation de base en réadaptation » – subdivisée en 8 catégories» sous «Procédures» doit être corrigé et complété comme suit.

Procédures

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

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

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

La prestation de base est également codée pour une durée de réadaptation de moins de 7 jours que ce soit en cas de transfert ou de décès du patient voire de ~~renvoi prématuré sur avis médical~~ sortie contre l'avis médical.

Le motif doit être enregistré sous la variable "Décision de sortie (1.5V02)".

Pour les courts séjours (< 7 jours) et les semaines de réadaptation entamées (c'est-à-dire que le nombre de jours ne correspond pas à un multiple de 7), les caractéristiques minimales doivent être prises en compte au prorata des jours correspondants. Pour les caractéristiques minimales indiquées par semaine, un septième des exigences minimales doit être compté pour chaque jour. Par ex. pour 4 jours, 4 septièmes des exigences minimales doivent être remplies sur tout le séjour de 4 jours.

Si un court séjour (< 7 jours) ne remplit pas les caractéristiques minimales de la prestation de base en réadaptation, le code de prestation de base correspondant ne peut pas être saisi. Si les prestations fournies correspondent à d'autres codes CHOP, tels que ceux de la physiothérapie par exemple, ce sont ces codes qui doivent être représentés.

Le document «Table de conversion FIM® - EBI» a été actualisé par SwissDRG SA. La nouvelle version est celle du 14.05.2019. Les liens du paragraphe «2) Instruments de mesure pour la réadaptation – CHOP AA» sous «Procédures» doivent être remplacés.

2) Instruments de mesure pour la réadaptation – CHOP AA

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

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

- En allemand: <https://www.swissdrg.org/application/files/8315/3917/7473/Ueberleitungs-tabelle-FIM-EBI-CHOP-Code-2019.pdf> http://www.swissdrg.org/download_file/view/2161 SwissDRG AG. Überleitungstabelle FIM® - EBI für CHOP Code 2019. Version vom 14.05.2019
- En français: <https://www.swissdrg.org/application/files/3215/3917/7473/Ueber-leitungsta-belle-FIM-EBI-CHOP-Code-2019-f.pdf> https://www.swissdrg.org/download_file/view/2160 SwissDRG SA. Table de transition FIM® - EBI pour codes CHOP 2019. Version du 14.05.2019
- En italien: <https://www.swissdrg.org/application/files/6415/3917/7472/Ueber-leitungsta-belle-FIM-EBI-CHOP-Code-2019-i.pdf> https://www.swissdrg.org/download_file/view/2159 SwissDRG SA. Tabella di riconciliazione FIM® - EBI per il codice CHOP 2019 Versione del 14.05.2019

3. Informations complémentaires CHOP 2019

Légende: Nouveautés en vert, suppressions en rouge

Les informations complémentaires sur la CHOP 2019 présentées dans la circulaire 2019 n°1 sont toujours valables, sauf pour les points suivants à remplacer ou à compléter:

- Outre le point 3.5. «7A.A2 Growing rod», le point 3.3. «Growing rod – code supplémentaire – segments lors d’une intervention spécifique» de la circulaire 2019 n° 2 doit être pris en compte.
- Outre le point 3.19 «Prestation de base en réadaptation», le point 3.8 «Prestation de base en réadaptation» de la circulaire 2019 n° 2 doit être pris en compte.

Les corrections apportées en sus sont présentées ici.

3.1. 32.41.13 Lobectomie pulmonaire et angioplastie

Concerne uniquement la version italienne. Voir Circolare 2019 n. 2.

3.2. 7A.- Inclusion ostéotomie, colonne vertébrale

Concerne toutes les versions linguistiques.

Les ostéotomies de stade I et II sont incluses dans les interventions représentées par les codes sous 7A.72.- et 7A.73.-.

7A.72 Stabilisation dynamique de la colonne vertébrale

INCL: Ostéotomie, colonne vertébrale, stade I et II

Note: La stabilisation dynamique de la colonne vertébrale est réalisée sans fusion. Une stabilisation sans fusion est une opération de la colonne vertébrale qui préserve la mobilité au moyen de systèmes implantés. La stabilisation dynamique est réalisée par ex. avec des systèmes de spacer interépineux, de prothèse de disque intervertébral ou de constructions dynamiques de vis à tige (dispositif dynamique, également appelé spondylodèse dynamique).

7A.73 Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse sans fusion des vertèbres

Stabilisation de la colonne vertébrale lors de fractures

INCL: Ostéotomie, colonne vertébrale, stade I et II

Note: Une stabilisation sans fusion est une opération de la colonne vertébrale qui préserve la mobilité au moyen de systèmes implantés. Le dispositif mis en place vise à l’immobilisation pour permettre la guérison. Il n’y a pas d’apposition osseuse sur les articulations de la colonne vertébrale, le traitement ne vise pas une fusion.

3.3. 7A.A2 Growing rod – code supplémentaire – segments de l’intervention spécifique

Concerne toutes les versions linguistiques.

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.

7A.A2 Implantation de systèmes évolutifs ou expansifs, colonne vertébrale

Growing rod

Système de vis à tige évolutif

3.4. 84.A1.- Interventions en un temps, main et pied– Précision de la note «Rayons des doigts»

Concerne toutes les versions linguistiques.

La «Note» de la sous-catégorie 84.A1.- «Interventions en un temps, main et pied» doit être complétée comme suit.

84.A1.- Interventions en un temps, main et pied

Note : Les codes suivants servent à identifier les interventions multiples en un temps à la main ou au pied. Un rayon se réfère aux os du métacarpe et des doigts, ou du métatarse et des orteils.

Ainsi, lors d'une intervention au 3^e rayon du métacarpe ainsi qu'au 3^e doigt, seul un rayon doit être compté.

Le code a été subdivisé jusqu'à 5 et plus pour inclure la représentation d'interventions sur plus de 5 doigts ou orteils chez les patients polydactyles. Les interventions sur les vaisseaux et les nerfs doivent chacune être associées à un rayon.

Pour les interventions en un temps sur les deux mains, ou les deux pieds, le nombre de rayons métacarpiens et du doigt, ou le nombre de rayons métatarsiens et des orteils par pied, doit être indiqué et différencié par la variable de la latéralité. Les interventions réalisées sur le même nombre de rayons à gauche et à droite peuvent être représentées par l'indication de la variable de latéralité «bilatérale».

Les codes spécifiques aux interventions ne doivent être saisis qu'une seule fois, même s'ils ont été réalisés en un temps sur plusieurs rayons.

Le code supplémentaire correspondant doit être saisi par type d'intervention, directement sous le code de l'intervention.

Les opérations dans les domaines suivants doivent être prises en compte:

- Opérations des nerfs crâniens et périphériques (04.-)
- Incision, excision et occlusion de vaisseaux (38.-)
- Autres opérations de vaisseaux (39.-)
- Incision, excision et section d'autres os (77.-)
- Autres opérations osseuses à l'exception des os de la face (78.-)
- Réduction de fractures et de luxations (79.-)
- Incision et excision d'articulation (80.-)
- Réparations et opérations plastiques des articulations (81.-)
- Opérations de muscle, tendon et fascia de la main (82.-)
- Opérations de muscle, tendon, fascia et bourse, sauf de la main (83.-)
- Autres techniques concernant le système musculo-squelettique (84.-)

La précision 0828 doit également être prise en compte dans la thématique des interventions multiples en un temps sur la main et le pied.

3.5. 94.6A.- Sevrage lors d'une dépendance à une substance

Concerne uniquement les versions française et italienne.

Dans les intitulés suivants «sevrage» doit être remplacé par «prise en charge pour désintoxication». Les intitulés du groupe d'éléments 94.6A.2- sont sinon trop similaires aux intitulés du groupe d'éléments 94.6A.1- «Sevrage qualifié de patients dépendants, selon le nombre de jours» .

94.6A.2 Sevrage Prise en charge pour désintoxication lors d'une dépendance à une substance, selon le nombre de jours de traitement

94.6A.21 Sevrage Prise en charge pour désintoxication lors d'une dépendance à une substance, jusqu'à 27 jours de traitement

94.6A.22 Sevrage Prise en charge pour désintoxication lors d'une dépendance à une substance, au moins 28 jusqu'à 62 jours de traitement

- 94.6A.23 **Sevrage** Prise en charge pour désintoxication lors d'une dépendance à une substance, au moins 63 jusqu'à 90 jours de traitement
- 94.6A.24 **Sevrage** Prise en charge pour désintoxication lors d'une dépendance à une substance, 91 jours de traitement et plus

3.6. 99.B7.- et 99.B8.- Traitement complexe de médecine intensive, resp. Traitement complexe en U-IMC, chez le nouveau-né et chez l'enfant

Concerne toutes les versions linguistiques.

L'indication d'un âge de 28 jours après la naissance entraîne des discussions lors de transferts. Dans les caractéristiques minimales des groupes d'éléments suivants, l'âge corrigé a ainsi été indiqué pour les nouveau-nés.

- 99.B7.2 **Traitement complexe de médecine intensive chez l'enfant (procédure de base), selon le nombre de points de dépense**
Note: [...] Ce code doit être utilisé pour les patients qui, au moment de l'admission, sont âgés de plus de 28 jours, mais n'ont pas atteint l'âge de 16 ans. Pour les prématurés, l'âge corrigé est utilisé pour le calcul des jours. L'âge corrigé est défini par le médecin traitant.
- 99.B7.3 **Traitement complexe de médecine intensive chez le nouveau-né (procédure de base), par points de dépense**
Note: [...]. Ce code doit être utilisé pour les patients qui, au moment de l'admission, sont âgés de 28 jours ou plus jeunes. Pour les prématurés, l'âge corrigé est utilisé pour le calcul des jours. L'âge corrigé est défini par le médecin traitant.
- 99.B8.2 **Traitement complexe en unité de soins intermédiaires (U-IMC) chez l'enfant, selon le nombre de points de dépense**
Note: [...] Ce code doit être utilisé pour les patients qui, au moment de l'admission, sont âgés de plus de 28 jours, mais n'ont pas atteint l'âge de 16 ans. Pour les prématurés, l'âge corrigé est utilisé pour le calcul des jours. L'âge corrigé est défini par le médecin traitant. [...]
- 99.B8.3 **Traitement complexe en unité de soins intermédiaires (U-IMC) chez le nouveau-né, par points de dépense**
Note: [...] Ce code doit être utilisé pour les patients qui, au moment de l'admission, sont plus jeunes ou âgés de 28 jours. Pour les prématurés, l'âge corrigé est utilisé pour le calcul des jours. L'âge corrigé est défini par le médecin traitant. [...]

3.7. 99.A7, 99.BA.1- et 99.BA.2- Document de référence Stroke Center et Stroke Unit

Concerne toutes les versions linguistiques.

Le lien vers les documents concernant le stroke center et la stroke unit a changé. De plus, il existe une nouvelle version du document de référence pour le stroke center. Il faut donc procéder aux modifications suivantes:

- 99.A7 **Diagnostic complexe de l'AVC aigu en stroke unit ou stroke center, jusqu'à 24 heures maximum**
Note: Caractéristique minimale point 0, document de référence:
Les directives et profils d'exigences d'une stroke unit (SU) certifiée conformément aux critères de la SFCNS sont présentés dans le document suivant «Critères de qualité pour la certification des Stroke Units», version I (28.09.2012): <https://www.sfcns.ch/application-and-documents.html>
[...]

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

Note: Caractéristique minimale point 0, document de référence: Les directives et profils d'exigences d'un stroke center certifié conformément aux critères de la SFCNS sont présentés dans le document suivant «Critères de qualité pour la certification des Stroke Centers», **version II (29.09.2016)**:

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

[...]

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

Note: Caractéristique minimale point 0, document de référence:

Les directives et profils d'exigences d'une stroke unit (SU) certifiée conformément aux critères de la SFCNS sont présentés dans le document suivant «Critères de qualité pour la certification des Stroke Units», version I (28.09.2012): <https://www.sfcns.ch/application-and-documents.html>

[...]

3.8. Prestation de base en réadaptation

Concerne toutes les versions linguistiques.

Sous la catégorie BA.- «Prestation de base en réadaptation», dans la «caractéristique minimale point 0, document de référence», il faut prendre en compte les modifications dans le document «Caractéristiques minimales en matière d'infrastructure et de personnel: document de référence pour la réadaptation neurologique» sous <https://www.fmh.ch/fr/themes/tarifs-hospitaliers/st-reha.cfm>. De plus, les adaptations suivantes doivent être reprises dans les caractéristiques minimales de la catégorie BA.- et ses catégories à 3 chiffres.

BA Prestation de base en réadaptation

Note:

[...]

Caractéristique minimale point 3, traitement:

~~Une séance de traitement dure 30 minutes. Une séance de formation dure également 30 minutes. Des durées différentes ne sont possibles que pour des raisons spécifiques au patient (capacité variable du patient) et doivent être documentées.~~

Une semaine (de traitement) comprend 7 jours. **Les temps indiqués pour les prestations hebdomadaires de traitement et de formation se rapportent à une moyenne hebdomadaire sur l'ensemble du séjour en réadaptation.**

Les séances de traitement/**éducation (formation)** sont individuelles ou en groupe selon l'indication et en fonction des besoins et ressources du patient. **Le traitement et l'éducation (formation) pour les courts séjours et pour les semaines de réadaptation entamées sont calculés au prorata. Des durées différentes ne sont possibles que pour des raisons spécifiques au patient (capacité variable du patient) et doivent être documentées.**

L'auto-entraînement sous la surveillance du thérapeute responsable correspond à une thérapie.

BA.1 Réadaptation neurologique

Note:

[...]

Caractéristique minimale point 3, thérapie et formation:

~~Au moins 20 séances par semaine réparties sur au moins 5 jours,~~ Durée de la thérapie par semaine au moins ~~600~~ 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:

Obligatoirement:

- Physiothérapie ~~sur au moins 5 jours de la semaine~~

En combinaison individualisée avec:

- la thérapie physique
- la logopédie
- l'ergothérapie
- la neuropsychologie
- le conseil diététique

De plus, si indiqué:

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

BA.2 Réadaptation psychosomatique

Note:

[...]

Caractéristique minimale point 2, thérapie et formation:

~~Au moins 15 séances par semaine réparties sur au moins 5 jours~~, Durée de la thérapie par semaine au moins 450 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.

~~Au moins 5 séances de Psychothérapie sont obligatoires,~~

Sont obligatoires la psychothérapie,

combinées avec: ~~au moins 10 séances de:~~

- physiothérapie
- ergothérapie
- thérapie psychosocio-environnementale par un personnel soignant dipl.

De plus, si indiqué:

- conseil diététique
- conseil en matière de diabète

BA.3 Réadaptation pulmonaire

Note:

[...]

Caractéristique minimale point 2, thérapie et formation:

Le traitement se compose obligatoirement de séances de thérapie et de formation avec un total de 540 minutes par semaine. 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.

a) ~~au moins 15 séances de thérapie par semaine réparties sur au moins 5 jours avec obligatoirement 5 séances de physiothérapie comme entraînement d'endurance~~

La physiothérapie comme entraînement d'endurance est obligatoire

ainsi que, en combinaison adaptée au patient, ~~10 séances~~ des traitements parmi les domaines suivants:

- Physiothérapie respiratoire
- Entraînement de force (thérapie médicale de renforcement musculaire)
- Ergothérapie
- Logopédie
- Conseil diététique
- Soutien psychologique

ainsi que

b) au moins 3 formations aux patients par semaine concernant différents thèmes

En outre, en fonction des indications individuelles:

- Thérapie respiratoire appareillée, par ex. oxygénothérapie mobile, thérapie par inhalations,
- Conseil social

BA.4 Réadaptation cardiaque

Note:

[...]

Caractéristique minimale point 2, thérapie et formation:

Le traitement se compose obligatoirement de séances de thérapie et de formation d'au moins 540 minutes au total par semaine. 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.

~~au moins 16 séances de thérapie par semaine réparties sur au moins 5 jours.~~

Thérapies obligatoires ~~sur au moins 5 jours~~ par semaine:

a) Physiothérapie active ~~au moins 10 séances par semaine~~ (endurance, force et souplesse, relaxation)

En combinaison individualisée avec:

- Conseil diététique
- Conseil en matière de diabète
- Conseil psychologique
- Ergothérapie
- Logopédie
- Thérapie physique

b) Formation sur la prévention avec au moins 2 formations aux patients par semaine, concernant différents thèmes.

S'y ajoute en cas d'indication correspondante:

Conseil social

BA.5 Réadaptation musculo-squelettique

Note:

[...]

Caractéristique minimale point 1, thérapie et formation:

~~Au moins 15 séances par semaine réparties sur au moins 5 jours,~~ Durée de la thérapie par semaine au moins 450 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.

La physiothérapie active fait partie intégrante d'une réadaptation musculo-squelettique.

La physiothérapie active est obligatoire ~~chaque semaine avec au moins 8 séances par semaine~~ combinées à au moins 2 des domaines suivants:

- Thérapie physique passive
- Thérapie médicale de renforcement musculaire
- Thérapie de mobilisation dans l'eau (aquagym)
- Ergothérapie
- Psychothérapie et thérapie par la parole
- Conseil/thérapie diététique

En outre, en fonction des indications individuelles:

- Technique et prothétique orthopédique, également en utilisant la technique du bottier orthopédiste
- Conseil, délivrance et formation concernant les moyens d'aide
- Mesure d'ergonomie
- Conseil social

BA.6 Réadaptation en médecine interne et oncologique

Note:

[...]

Caractéristique minimale point 1, thérapie et formation:

~~Au moins 15 séances par semaine réparties sur au moins 5 jours,~~ Durée de la thérapie par semaine au moins 450 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.

La thérapie est réalisée dans des combinaisons adaptées aux besoins du patient.

Les domaines suivants sont ici obligatoires:

- Physiothérapie

- Ergothérapie
- Thérapie médicale de renforcement musculaire

Ils doivent être combinés de manière ciblée avec les domaines suivants:

- Thérapie physique
- Conseil et traitement diététiques
- Psychothérapie et thérapie par la parole
- Psycho-oncologie
- Traitement et conseil en matière de diabète
- Conseil en matière de stomie et de continence
- Logopédie

En outre, en cas d'indication correspondante:

- Conseil social

BA.7 Réadaptation pédiatrique

Note:

[...]

Caractéristique minimale point 3, thérapie et formation:

~~Au moins 15 séances par semaine avec au moins 3 séances par jour.~~ Le traitement est une combinaison des disciplines thérapeutiques listées ci-dessous. Durée de la thérapie par semaine: au moins 450 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 enfants demandent une planification très individuelle – il faut bien le prendre en compte.

- Psychologie clinique et psychothérapie
- Neuropsychologie
- Physiothérapie
- Ergothérapie
- Logopédie
- Conseil et traitement diététiques
- Traitement et conseil en matière de diabète

Si nécessaire, les parents ou représentants légaux doivent être impliqués dans les thérapies.

En outre en cas d'indication correspondante:

- Conseil social

BA.8 Réadaptation gériatrique

Note:

[...]

Caractéristique minimale point 2, thérapie et formation:

~~Au moins 15 séances par semaine réparties sur au moins 5 jours,~~ Durée de la thérapie par semaine au moins 450 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

En combinaison adaptée aux besoins du patient avec les thérapies suivantes:

- Physiothérapie
- Ergothérapie
- Logopédie
- Traitement et conseil diététique
- Psychologie et/ou neuropsychologie

En outre, formation/conseil selon les indications spécifiques au patient

- Conseil social
- Technique orthopédique

4. Informations complémentaires ICD-10-GM 2018

4.1. Suppression de codes supplémentaires dans l'index alphabétique

Concerne uniquement l'index alphabétique des versions française et italienne.

Le processus de création de l'index alphabétique inclut la reconnaissance automatique de références. Pour les relations dague-étoile effectives, cette méthode est correcte. Sous certains codes cependant, les inclusions contiennent des textes explicatifs avec des références. Malheureusement, ces références ont été également prises en compte lors de la création de l'index alphabétique et présentées comme des codes supplémentaires. Ces codes supplémentaires doivent être supprimés de l'index alphabétique.

Exemple du code T85.2 qui, dans l'inclusion, fait référence au code T82.0:

Index systématique (Version PDF)

T85.2 Complication mécanique d'une lentille intra-oculaire

Complications mentionnées sous T82.0 dues à une lentille intra-oculaire, y compris l'opacification d'une lentille intra-oculaire

T82.0 Complication mécanique d'une prothèse valvulaire cardiaque

Déplacement

Fuite

Malposition

Obstruction mécanique

Perforation

Protrusion

Rupture (mécanique)

dû (due) à une prothèse valvulaire cardiaque

Index alphabétique (CSV)

Entrée de l'index	Code	Libellé permuté
Complication	T85.2	Complication mécanique d'une lentille intra-oculaire ~
Complication	T85.2, T82.0	Complications mentionnées sous dues à une lentille intra-oculaire, y compris l'opacification d'une lentille intra-oculaire ~
Lentille	T85.2	Lentille intra-oculaire ~ Complication mécanique d'une
Lentille	T85.2, T82.0	Lentille intra-oculaire ~ Complications mentionnées sous dues à une lentille intra-oculaire, y compris l'opacification d'une
Lentille	T85.2, T82.0	Lentille intra-oculaire, y compris l'opacification d'une lentille intra-oculaire ~ Complications mentionnées sous dues à une
Opacification	T85.2, T82.0	Opacification d'une lentille intra-oculaire ~ Complications mentionnées sous dues à une lentille intra-oculaire, y compris l'

4.2. Enrichissements Encéphalopathie de Wernicke

Concerne uniquement les versions française et italienne.

L'index alphabétique doit être adapté comme suit pour E51.2 «Encéphalopathie de Wernicke»:

(Extrait du fichier CSV)

Entrée de l'index	Code, resp. codes dague-étoile entre guillemets	Libellé permuté ou renvoi de type voir ou voir aussi.
Encéphalopathie	E51.2†, G32.8*	Encéphalopathie de Wernicke ~
Wernicke	E51.2†, G32.8*	Wernicke ~ Encéphalopathie de

De plus, les termes suivants doivent désormais être pris en compte

	E51.2†, G32.8*	Polio-encéphalopathie supérieure hémorragique
	E51.2†, G32.8*	Polio-encéphalomyélite avec bérubéri
	E51.2	Pseudo-encéphalopathie supérieure hémorragique
	E51.2†, G32.8*	Polio-encéphalopathie de Wernicke

4.3. N08.5* Glomérulopathie au cours d'affections disséminées du tissu conjonctif

Concerne uniquement la version française.

Le code suivant le terme « polyangite microscopique » doit être complété par une dague †.

N08.5* Glomérulopathie au cours d'affections disséminées du tissu conjonctif

Glomérulopathie au cours de:

- Granulomatose avec polyangéite (M31.3†)
- granulomatose de Wegener (M31.3†)
- lupus érythémateux disséminé (M32.1†)
- polyangite microscopique (M31.7†)
- purpura thrombocytopénique thrombotique (M31.1†)
- syndrome de Goodpasture (M31.0†)

5. ANNEXE

5.1. Informations et précisions (anciennement nommées FAQ)

La présente circulaire contient **toutes** les «informations et précisions» valables à partir du 1^{er} juillet 2019.

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.

0828 01.07.2019 Code supplémentaire 84.A1.- «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		84.A1.1 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	84.A1.11	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	84.A1.12	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	Code de l'intervention de type A	Bilatéral	84.A1.12	Interventions multiples en un temps sur 3 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral gauche

	les doigts des 4 ^e et 5 ^e rayons de la main droite			84.A1.11	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	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	Kein Kode		
	Intervention de type B sur l'os métacarpien du 3 ^e rayon de la main gauche	Code de l'intervention de type B	Unilatéral gauche	Kein Kode		
	Intervention de type C sur les doigts des 3 ^e et 4 ^e rayons de la main gauche	Code de l'intervention de type C	Unilatéral gauche	84.A1.11	Interventions multiples en un temps sur 2 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral gauche
Cas 8	Intervention de type A sur les doigts des 2 ^e et 3 ^e rayons de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	84.A1.11	Interventions multiples en un temps sur 2 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral gauche
	Intervention de type B sur les doigts des 2 ^e et 3 ^e rayons de la main gauche	Code de l'intervention de type B	Unilatéral droit	84.A1.11	Interventions multiples en un temps sur 2 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral droit
Cas 9	Intervention de type A sur les doigts des 2 ^e et 3 ^e rayons de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	84.A1.11	Interventions multiples en un temps sur 2 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral gauche
	Intervention de type B sur le doigt du 2 ^e rayon de la main droite	Code de l'intervention de type B	Unilatéral droit	Pas de code		

0829 01.07.2019 Débridement sans excision (86.2B.-) sous anesthésie

Dans les cas où le débridement sans excision doit être réalisé sous anesthésie pour des raisons médicales, le codage doit être composé d'un code 86.2B.- «Débridement de plaie, d'infection ou de brûlure, sans excision, sans anesthésie locale par infiltration, régionale ou générale» combiné à un code 93.92.- «Anesthésie».

0830 01.07.2019 Substitut de cartilage métallique - miniprothèse

Une miniprothèse implantée pour le traitement de **défait de cartilage** dans le genou n'est pas codée avec un code de la sous-catégorie 81.54.- «Implantation d'endoprothèse de genou», mais avec:

81.47.26 Implantation dans le genou d'un substitut de cartilage métallique spécifiquement adapté au patient ou

81.47.2A Implantation dans le genou d'un substitut de cartilage métallique non spécifiquement adapté au patient

0831 01.07.2019 Troubles hémorragiques dus à des anticoagulants circulants

Un patient anticoagulé, correctement réglé, sans hémorragie est à coder avec le Z92.1 «Antécédents personnels d'utilisation (actuelle) à long terme d'anticoagulants».

Un patient anticoagulé «dérégulé», hors d'une zone thérapeutique (risque accru d'hémorragie) est à coder avec le code correspondant sous D68.3-, si cela implique un effort de soins > 0.

Un code de cause externe n'est à ajouter avec le D68.3- que dans des situations spéciales, telles que X49.9! «Empoisonnement accidentel», X84.9! «Lésion auto-infligée délibérée», Y69! «Accidents et complications au cours d'actes médicaux et chirurgicaux» ou Y09.9! «Voies de fait/agression».

0832 01.07.2019 Abus d'alcool vs dépendance à l'alcool - Comment coder un abus d'alcool documenté?

Un abus d'alcool documenté indique une consommation excessive d'alcool. Un abus d'alcool documenté ne signifie pas obligatoirement un alcoolisme. Le code F10.1 «Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé» doit être utilisé lors d'une consommation excessive d'alcool, resp. lors d'un abus d'alcool.

0833 01.07.2019 Prophylaxie de symptômes de sevrage – Le code F10.3 peut-il être utilisé lorsqu'un alcoolique reçoit du Valium à titre prophylactique?

Pour pouvoir utiliser le code F10.3, le tableau clinique du patient doit présenter des événements de sevrage selon le code F10.3 «Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de sevrage». Le schéma de sevrage doit être clairement documenté.

0834 01.07.2019 Intoxication au lithium

Comment représenter une intoxication au lithium?

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

0835 01.07.2019 Saisie de la durée de traitement par un système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire

La durée de traitement par un système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire doit être saisie avec le code spécifique correspondant du système.

Durée de traitement avec:

- A: un ballonnet de contre-pulsation intra-aortique (IABP) → 37.69.1-
- B: un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux
 - intravasculaire (y compris intracardiaque) → 37.69.2-
 - extracorporel, univentriculaire → 37.69.4-
 - extracorporel, biventriculaire → 37.69.5-
 - intracorporel, univentriculaire et biventriculaire → 37.69.6-
- C: un système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire, avec pompe, avec élimination de CO₂, extracorporel, veino-veineux → 37.69.7-
- D: un système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire, avec pompe, avec oxygénateur (y compris élimination de CO₂)
 - extracorporel, veino-veineux → 37.69.8-
 - extracorporel, veino-artériel ou veino-veino-artériel → 37.69.A-

Pour les procédés du point D (procédures ECMO), il faut également prendre en compte ce qui suit:

Si la même procédure ECMO est utilisée plusieurs fois au cours d'un séjour:

- Si l'interruption entre les procédures est > 24 heures et associée à un changement de canule, les durées de traitement peuvent être représentées individuellement.
- Si l'interruption entre les procédures est > 24 heures et qu'il n'y a pas de changement de canule, les durées de traitement doivent être additionnées.
- Si l'interruption entre les procédures est < 24 heures, les durées de traitement doivent être additionnées.

(Remarque concernant le changement de canule: le changement de canule doit être saisi avec le code 37.6E.11 «Changement de la canule d'un système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire».)

Si différentes procédures ECMO (D) sont réalisées pendant un séjour:

- Seul un code doit être utilisé pour représenter la durée du traitement. Le groupe d'éléments de la plus longue méthode est sélectionné. Les temps de traitement des procédures respectives de type «système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire, avec pompe, avec fonction d'échange gazeux» sont additionnés. Le code dans le groupe d'éléments de la plus longue procédure est choisi selon la durée totale.
 - L'implantation, le retrait du système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire, le changement de la canule, le remplacement de composantes sont spécifiques aux cas.
- E: un système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire, sans pompe,
 - avec élimination de CO2 → 37.69.B-

Pour les procédures des points A, B, C et E, en cas d'interruption, les durées de la même procédure doivent être additionnées. Chaque procédure doit être représentée séparément.

0836 01.01.2019 Durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire

Lors de l'utilisation du code CIM-10-GM Z95.80 «Présence d'un autre système d'assistance cardio-vasculaire», la durée du traitement doit être codée en plus avec l'un des codes CHOP des groupes d'éléments suivants:

37.69.2- «Durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux, intravasculaire (y compris intracardiaque)»

37.69.4- «Durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux, extracorporel, univentriculaire»

37.69.5- «Durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux, extracorporel, biventriculaire»

37.69.6- «Durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux, intracorporel, univentriculaire et biventriculaire»

0837 01.01.2019 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 93.9F.1- «Ventilation mécanique et assistance respiratoire chez le nouveau-né et le nourrisson» n'est donc pas utilisé.

0838 01.01.2019 Réparation de la coiffe des rotateurs

Les tendons des muscles suivants font partie de la coiffe des rotateurs:

Musculus infraspinatus

Musculus supraspinatus

Musculus subscapularis

Musculus teres minor

Seule la réparation de ces tendons peut compter comme une réparation de la coiffe des rotateurs. Cette précision se réfère aux codes 81.82.35 «Réparation de la coiffe des rotateurs, par arthroscopie» et 81.82.45 «Réparation de la coiffe des rotateurs, par chirurgie ouverte», qui contiennent tous deux la note «La réparation de la coiffe des rotateurs ne peut être codée que si 2 tendons ou plus sont réparés.».

0839 01.01.2019 Saisie des points de dépense du traitement de soins infirmiers complexes pour les patients hospitalisés à cheval sur deux années

Des modifications particulières de la sous-catégorie 99.C1.- «Traitement de soins infirmiers complexes, selon le nombre de points de dépense» entre la CHOP 2018 et la CHOP 2019 ont une répercussion sur la saisie des points de dépense. Il y a notamment l'inclusion d'un groupe de prestations supplémentaire, ce qui signifie qu'il est possible de saisir au maximum 7 points de dépense par jour, et non plus 6, ainsi que l'élargissement de la division des points de dépense (jusqu'à «801 points et plus» dans la CHOP 2019 contre seulement jusqu'à «66 points et plus» dans la version précédente).

Ces nouvelles conditions s'appliqueront à toutes les prestations exécutées à partir de l'entrée en vigueur de la CHOP 2019.

Pour les patients hospitalisés à cheval sur les deux années avec une sortie en 2019, cela implique de choisir et coder le code correspondant de la CHOP 2019 sur la base de la somme des points du traitement de soins infirmiers complexes selon les règles de la CHOP 2018 jusqu'au 31.12.2018 plus la somme des points du traitement de soins infirmiers complexe selon les règles de la CHOP 2019 du 01.01.2019 jusqu'à la sortie en 2019.

0840 01.01.2019 Réadaptation gériatrique aiguë, par jours de Traitement 93.89.9-

La précision suivante concerne le groupe d'éléments 93.89.9- «Réadaptation gériatrique aiguë, par jours de traitement».

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.

0841 01.01.2019 Transformation de sexe

Les «coder aussi» sous la catégorie à 3 positions 64.5- «Opération pour transformation de sexe» ne sont pas exhaustifs. Les codes sous 64.5- doivent être codés pour chaque intervention en lien avec une transformation de sexe.

0842 01.01.2019 Hernie discale cervicale ou autre localisation avec myélopathie / radiculopathie

Cette précision a été supprimée dans la circulaire 2019 n° 2. Elle est remplacée par l'ajout d'un exemple sous la règle de codage D03g «Codes dague t-étoile*». Voir point 2.1 de la circulaire 2019 n° 2.

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».

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 2^e semaine.

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

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».

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.

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.

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.

0889 01.01.2015 Précision ECMO et rémunération supplémentaire

Cette précision a été supprimée dans la circulaire 2019 n°2 et remplacée par la précision n° 0835.

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.*

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).

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.-Ulcère de décubitus 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 Ostéophytectomie lors d'arthrodèse
L'ostéophytectomie est toujours incluse lors d'une opération d'arthrodèse (FMH orthopédie).

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 2019 La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée.
Prix:	Gratuit
Téléchargement:	www.statistiques.ch (gratuit)