



14 Santé

# Circulaire pour les codeuses et les codeurs 2022 n° 1

16 décembre 2021

Neuchâtel, 2021

<b>Éditeur:</b>	Office fédéral de la statistique (OFS)	<b>Concept de mise en page:</b>	Section DIAM
<b>Renseignements:</b>	Secrétariat de codage : codeinfo@bfs.admin.ch	<b>Copyright:</b>	OFS, Neuchâtel 2021 Reproduction autorisée seulement avec l'accord préalable des auteurs
<b>Rédaction:</b>	Domaine Classifications médicales	<b>Téléchargement :</b>	<a href="http://www.statistiques.ch">www.statistiques.ch</a>
<b>Série:</b>	Statistique de la Suisse		
<b>Domaine:</b>	14 Santé		
<b>Langue du texte original:</b>	Allemand		
<b>Traduction:</b>	Services linguistiques de l'OFS		

# 1. Généralités

## 1.1. Instruments de codage en vigueur

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022, les instruments de codage suivants s'appliquent:

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

Les instruments pour le codage médical sont disponibles sur [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch):

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

Les fichiers de l'ICD-10-GM en langue allemande sont établis par le Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) et mis à disposition sur le site Internet [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de):  
Klassifikationen → Downloads → ICD-10-GM

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

Les bases légales sont:

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

### 1.1.1. Versions de référence

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

### 1.1.2. Circulaire et annexe

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

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

- Circulaire pour les codeuses et les codeurs 2022 n° 1 (publication fin décembre 2021): à appliquer aux cas avec une date de sortie à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022.
- Circulaire pour les codeuses et les codeurs 2022 n° 2 (publication fin juin 2022): à appliquer aux cas avec une date de sortie à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2022.

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

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

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

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

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

Chemin: [www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org) → Somatique aiguë → Rubrique Système SwissDRG 11.0/2022 → Codage analogue

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

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

## 1.2. Question sur le codage

### 1.2.1. Procédure

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

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

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

### 1.2.2. Anonymisation

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

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

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

## 2. Informations complémentaires au manuel de codage 2022

Légende: nouveautés en vert, suppressions en rouge

### 2.1. Utilisation de la CIM-10-GM 2022 en 2022

Concerne toutes les versions linguistiques

Dans le manuel de codage médical 2022, tous les codes de la CIM-10-GM 2021 listés doivent, si nécessaire, être remplacés par les codes de la CIM-10-GM 2022.

En raison des exigences liées au contexte de la pandémie de SARS-CoV-2, et contrairement à ce qui est généralement prévu, la CIM-10-GM 2022 doit être utilisée en Suisse comme classification diagnostique valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

### 2.2. Précisions de la règle de codage SD0102j~~k~~ Sepsis

Concerne toutes les versions linguistiques

#### 2.2.1. Précision Exemple 2

##### Exemple 2

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

*Évolution: aggravation (limitation aiguë supplémentaire de la fonction rénale due au sepsis - «acute on chronic», détérioration en l'espace de 48 h) d'une insuffisance rénale chronique avec créatininémie de 140 µmol/l et diminution du DFG à 25 ml/min (créatinine en situation initiale 100 µmol/l; DFG 40 ml/min). Au deuxième jour d'hospitalisation, les analyses de laboratoire indiquaient une augmentation de la bilirubine à 1,5 mg/dl ainsi qu'une thrombocytopenie 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 thrombocytopenie lors d'un unique contrôle de suivi. Évolution positive de la limitation de la fonction rénale au niveau du DFG initial de l'insuffisance rénale chronique. Retour à la maison de la patiente dans un bon état général.*

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* [*E. coli*] et autres entérobactériales, cause de maladies classées dans d'autres chapitres  
 DS N17.91 Insuffisance rénale aiguë, sans précision, Stade 1  
 DS N18.3 Maladie rénale chronique, stade 3

La note sous l'exemple 2 de la règle de codage SD0102j doit être supprimée sans remplacement.

**Note:** Le critère SOFA de la détérioration aiguë de l'insuffisance rénale est rempli et s'applique pour le calcul du score. Les critères AKIN 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.

## 2.2.2. Dysfonctions organiques dans le contexte de 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 (O03 – O07, O08.0, O75.3, O85) 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 Definitions for Sepsis and Septic Shock~~) (Singer M et al. *The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)*. JAMA 2016;315(8):801-810)

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

[...]

**Sepsis chez l'adulte**

[...]

**Un sepsis avec dysfonction organique se manifeste par une augmentation du score SOFA  $\geq 2$  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.

Le relevé du score SOFA se base sur les directives du document «Données minimales de la SSMI» élaboré par la SSMI (disponible sous le lien suivant: [www.sgi-ssmi.ch/fr](http://www.sgi-ssmi.ch/fr) -> Ressorts -> Données -> «MDSiV30\_V4\_fr\_def»)

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

Exemple d'une situation où le sepsis n'est pas saisi

*Admission d'une patiente de 56 ans présentant une dyspnée et de la fièvre.*

*Une gazométrie artérielle réalisée au service des urgences montre une insuffisance respiratoire hypoxique légère dans un contexte d'asthme bronchique allergique connu.*

*En raison d'une suspicion d'infection pulmonaire, un score SOFA est relevé. Le résultat présente une différence de 2 points (1 point pour la respiration et 1 point pour la coagulation). La prise de sang initiale montre une faible thrombocytopénie. Celle-ci reste sans conséquence par la suite.*

*La patiente est hospitalisée pour une suspicion de sepsis.*

*Après de plus amples examens/actes diagnostiques, un asthme bronchique exacerbé par une infection avec un début de bronchopneumonie est finalement diagnostiqué.*

*Dès le service des urgences, la patiente reçoit notamment des médicaments bronchodilatateurs par inhalation. Ceux-ci interrompent rapidement la dyspnée et les gazométries artérielles suivantes se montrent normales.*

*L'étiologie de la thrombocytopénie présente à l'admission est expliquée, selon l'anamnèse, par la prise antérieure d'analgésiques à fortes doses.*

*Dans le rapport de sortie, les médecins en charge de la patiente ne documentent pas les différences constatées au score SOFA comme étant dues au sepsis.*

*La charge principale de l'hospitalisation de 3 jours est le traitement antibiotique de la bronchopneumonie débutante.*

DP	J18.0	Bronchopneumonie, sans précision
DS	J45.0	Asthme à prédominance allergique
DS	J96.00	Insuffisance respiratoire aiguë, non classée ailleurs, type I [hypoxique]

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.

~~Les dysfonctions organiques dues au sepsis qui influencent la valeur SOFA ne sont codées que si elles remplissent les critères définis dans la règle de codage sur le diagnostic supplémentaire (G54).~~

~~À ce sujet, se référer, ci-dessous, à « l'exemple de codage » numéro 2.~~

Toute dysfonction organique **due à un sepsis** ou toute aggravation d'une dysfonction organique préexistante **due à un sepsis** documentée par un médecin est saisie, car toutes les dysfonctions organiques présentes sont également traitées dans le cadre du traitement de la maladie systémique, le sepsis.

### 2.2.3. Précision dans le paragraphe «Ordre de saisie des codes»

#### 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 D04
- **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 D04.
- **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 D04 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 (G54). ~~Le~~ Un code **de la catégorie R65.-!** ne peut cependant plus être rattaché au diagnostic de sepsis.

Si un sepsis et un SIRS d'origine non infectieuse ou un SIRS dû à une autre infection que celle qui a provoqué le sepsis sont survenus et ont été documentés au cours de la même hospitalisation, le SIRS peut tout de même être codé en lien avec/dans le contexte des maladies indépendantes du sepsis.

### 2.2.4. Précision «Choc septique

#### Choc septique

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

Le code *R57.2 choc septique* n'est pas saisi en diagnostic principal, même si un sepsis et ses conséquences remplissent les conditions de la règle de codage G52 «Le diagnostic principal» et si (dans de rares cas) le traitement du choc septique (ou de ses conséquences) représente la charge principale du séjour hospitalier.

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.

### 2.3. Précision règle de codage SD0103jk SIRS

Concerne toutes les versions linguistiques

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

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

En présence d'un SIRS d'origine infectieuse, l'infection doit être indiquée, suivie du code correspondant de la catégorie *R65.-!*

En présence d'un SIRS d'origine non infectieuse, la maladie primaire à l'origine du SIRS doit être indiquée, suivie du code correspondant de la catégorie *R65.-!*

**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 codage du sepsis, le diagnostic *R65.1!* ne s'applique pas.

Si un sepsis et un SIRS d'origine non infectieuse ou un SIRS dû à une autre infection que celle qui a provoqué le sepsis sont survenus et ont été documentés au cours de la même hospitalisation, le SIRS peut tout de même être codé en lien avec/dans le contexte des maladies indépendantes du sepsis.

- R65.0! Syndrome de réponse inflammatoire systémique [SIRS] d'origine infectieuse sans complications organiques*
- R65.1! Syndrome de réponse inflammatoire systémique [SIRS] d'origine infectieuse avec complications organiques*
- 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 précis*

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

~~Pour les SIRS d'origine infectieuse, on indiquera d'abord l'infection, suivie du code correspondant de la catégorie R65.-!~~

~~Pour les SIRS d'origine non infectieuse, on indiquera d'abord la maladie primaire ayant déclenché le SIRS, suivie du code correspondant de la catégorie R65.-!~~

Des codes supplémentaires sont utilisés pour indiquer des agents infectieux et leur résistance.

### 2.4. Sepsis puerpéral

Concerne toutes les versions linguistiques

#### SD1506k Maladies du post-partum (puerpérales)

*Sepsis puerpéral (anciennement «fièvre puerpérale»)*

Le sepsis puerpéral est une entité à part entière. Son caractère particulier relatif au moment de son apparition et à son étiologie (contexte de l'accouchement) est comparable à celui du diabète gestationnel, de l'herpès gestationis ou de la cholestase gravidique.

La distinction entre «sepsis puerpéral» et «sepsis du post-partum» est essentielle pour un bon codage.

Le sepsis puerpéral est déclenché par une infection bactérienne de l'endomètre (porte d'entrée: p. ex. lésions du post-partum qui s'y trouvent, restes de placenta, etc.). Les conséquences possibles de cette infection vont de l'endomyométrite au sepsis fulminant durant le post-partum.

Le sepsis puerpéral doit être distingué des sepsis du post-partum dus à des infections urinaires, des mastites et/ou des plaies obstétricales infectées, p. ex. après une épisiotomie, etc.

Dans les exemples suivants, on renonce délibérément à la saisie des traitements en raison de la priorité accordée au «codage du diagnostic».

**Exemple 1**

7 h après un accouchement prolongé (phase de dilatation d'env. 13 h) mais sans autre complication (gravida 2, para 2, 39 SG), douleurs persistantes (douleur utérine).

La patiente est pâle, se plaint de fortes douleurs/contractions (tranchées) dans le bas-ventre, son état est stable sur le plan circulatoire avec une température de 35,7 °C.

Suspicion initiale de dérèglement de la circulation après un accouchement prolongé.

Le bilan sanguin actuel demandé montre une anémie (5,1 mmol/l) ainsi qu'une thrombocytopenie ( $76 \times 10^3/\mu\text{l}$ ) avec des valeurs leucocytaires normales.

Au cours de la journée d'hospitalisation suivante, des douleurs au bas-ventre croissantes et résistantes au traitement persistent.

La patiente se montre de plus en plus agitée, présente des sueurs froides et une cyanose des lèvres. La pression artérielle est basse (80/40 mmHg) avec un pouls tachycardique de 122/min. L'abdomen est souple et sans défense pariétale.

Une endomyométrite avec sepsis étant diagnostiquée, la patiente est admise en soins intensifs avec instauration d'un traitement antibiotique.

L'état de la patiente continue à se dégrader rapidement avec des défaillances multiorganiques (insuffisance rénale, SDRA, choc septique) si bien qu'une hystérectomie est pratiquée en urgence dans des conditions de réanimation.

Diagnostic de sortie: sepsis puerpéral foudroyant à streptocoques du groupe A.

DP	A40.0	Septicémie à streptocoques, groupe A
DP	O85	Puerpérale
DS	B95.0!	Streptocoques, groupe A, cause de maladies classées dans d'autres chapitres
DS	O99.4	Maladies de l'appareil circulatoire compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité
DS	R57.2	Choc septique
DS	N71.0	Affection inflammatoire aiguë de l'utérus, à l'exclusion du col
DS	O99.8	Autres maladies et affections précisées compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité
DS	N17.99	Insuffisance rénale aiguë, sans précision, Stade, sans précision
DS	O99.5	Maladies de l'appareil respiratoire compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité
DS	J80.-	Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS], Schweregrad nicht näher bezeichnet
DS	O99.1	Autres maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certaines anomalies du système immunitaire compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité
DS	D69.58	Autres thrombopénies secondaires, non qualifiées de réfractaires aux transfusions
DS	D64.9	Anémie, sans précision
DS	O63.0	Prolongation de la première période [dilatation]
DS	O09.6!	37e semaine à 41 semaines révolues
DS	Z37.0!	Naissance unique, enfant vivant

L'endomyométrite est déjà contenue dans le code O85 Fièvre puerpérale. Elle est spécifiée par le code N71.0 Affection inflammatoire aiguë de l'utérus, à l'exclusion du col.

Le code R57.2 choc septique comprend les paramètres cardiovasculaires de l'exemple 1 et est saisi avec O99.4 Maladies de l'appareil circulatoire compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité.

En raison du chapitre SD1503 «Affections pendant la grossesse» toutes les dysfonctions organiques sont codées avec le code correspondant du chapitre XV de la CIM-10-GM.

**Exemple 2**

Suite à une hospitalisation en raison d'une césarienne électorale pour présentation par le siège, nouvelle admission 19 jours après la sortie pour sepsis urinaire médicalement documenté dû à une pyélonéphrite (étiologie impossible à déterminer, par exemple obstructive [utérus gravide] ou iatrogène [cathéter urinaire] etc.).

Documentation d'une aggravation aiguë liée au sepsis de 4 points SOFA en l'espace de 72 h.

Présence d'une insuffisance rénale aiguë de stade 3 selon les critères AKIN, avec une situation initiale de 0.

Des bactéries *Escherichia coli* ont été mises en évidence dans la culture d'urine et les hémocultures.

DP	A41.51	Septicémie à staphylocoques dorés, Septicémie à micro-organismes anaérobies
DS	O86.2	Infection des voies urinaires, après accouchement
DS	N10	Néphrite tubulo-interstitielle aiguë
DS	B96.2!	<i>Escherichia coli</i> [ <i>E. coli</i> ] et autres enterobacterales, cause de maladies classées dans d'autres chapitres
DS	O99.8	Autres maladies et affections précisées compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité
DS	N17.93	Insuffisance rénale aiguë, sans précision, Stade 3

Même si la patiente se trouve par définition dans le post-partum (puerpéralité), ce n'est **pas** le code O85 Fièvre puerpérale qui est choisi si les critères sont remplis selon la règle de codage SD0102 pour le codage du sepsis existant.

Il ne s'agit pas d'un sepsis puerpéral tel qu'il est défini.



L'insuffisance rénale aiguë n'est pas codée par la combinaison du code *O90.4 Insuffisance rénale aiguë du post-partum* suivi de *N17.93 Insuffisance rénale aiguë, sans précision Stade 3*, puisqu'il ne s'agit **pas d'une insuffisance rénale du post-partum**, mais d'une insuffisance rénale liée au sepsis.

Le codage de la durée de la grossesse au moyen de codes issus du chapitre XV «Grossesse, accouchement et puerpéralité» de la CIM-10-GM n'est pas nécessaire dans le contexte de la puerpéralité.

### Exemple 3

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

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

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

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

## 2.5. Utilisation du code CIM-10-GM Z99.1 Dépendance (de longue durée) envers un respirateur

Concerne toutes les versions linguistiques

### SD1001k Respiration artificielle

[...]

#### Z99.1 Dépendance (de longue durée) envers un respirateur

Le code CIM-10-GM Z99.1 *Dépendance (de longue durée) envers un respirateur* ne peut être saisi qu'en prenant en compte les directives et indications au début du chapitre XXI de la CIM-10-GM.

Cela signifie que le code Z99.1 ne doit être choisi qu'en présence d'un(e) maladie/état/manifestation/symptôme qui nécessite une dépendance à long terme au respirateur, mais qu'aucun autre code CIM-10-GM n'est adapté/disponible pour la raison de la ventilation artificielle.

#### Respiration artificielle en réadaptation

Cette règle de codage s'applique à tous les cas facturés via la structure tarifaire ST Reha.

Si une ventilation artificielle en réadaptation engendre une charge > 0 pour l'établissement, c'est-à-dire si l'assistance respiratoire ne peut par exemple pas être mise en œuvre par le patient/la patiente de manière autonome, la ventilation artificielle doit être saisie avec les codes des catégories 93.9E.-, 93.9F.- ou 93.9G.- si les caractéristiques minimales sont remplies.

Le code 93.9G.09 permet également de représenter les traitements par pression positive au masque selon 93.9G.1-, 93.9G.2-, 93.9G.3- ou 93.9G.4- si la caractéristique minimale point 2, la densité thérapeutique d'au moins 4 heures par jour, n'est pas remplie, mais qu'il existe une charge > 0 pour les établissements de réadaptation.

Une simple administration d'oxygène ne doit pas être codée avec 93.9G.09.

### 3. Informations complémentaires à la CHOP 2022

Légende: nouveautés en vert, suppressions en rouge

#### 3.1. Correction du titre des codes 38.7X.21 et 38.7X.22

Concerne uniquement la version allemande

#### 3.2. Autres articulations précisées, suppression de l'indication de la latéralité

Concerne toutes les versions linguistiques

L'indication de la latéralité doit être supprimée dans les codes suivants. Pour les «autres articulations précisées», l'indication de la latéralité n'est pas toujours appropriée. Ça peut être le cas, mais ça ne l'est pas toujours.

- 81.96.83** Autre réparation d'articulation, autre site spécifié, plastie d'os spongieux sous-chondral sous arthroscopie ~~[L]~~
- 81.96.8B** Autre réparation d'articulation, autre site spécifié, incision chirurgicale ouverte de l'os sous-chondral ~~[L]~~
- 81.96.8D** Autre réparation d'articulation, autre site spécifié, incision de l'os sous-chondral avec insertion d'implant acellulaire sous, par chirurgie ouverte ~~[L]~~

#### 3.3. 93.59.5- «Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants»

##### 3.3.1. 93.59.5- et 99.84.- «Isolement»

Concerne toutes les versions linguistiques

Si un isolement protecteur simple ou un isolement protecteur est réalisé lors d'un «traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants», celui-ci peut être saisi avec un code des groupes d'éléments 99.84.4- ou 99.84.5- associé à un code du groupe d'éléments 93.59.5-. L'«Inclusion» sous 93.59.5- et l'«Exclusion - Omettre le code» sous 99.84.- doivent être adaptées comme suit.

- 93.59.5-** **Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, selon le nombre de jours de traitement**  
 Incl. ~~Isolement~~ Isolement de contact, contre l'infection par gouttelettes et aérosol  
 [...]
- 99.84.-** **Isolement**  
 [...]  
 Excl.: ~~Omettre le code - Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, selon le nombre de jours de traitement (93.59.5-)~~
- [...]
- 99.84.1-** **Isolement de contact, selon le nombre de jours de traitement**  
 [...]  
 Excl. Omettre le code - Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, selon le nombre de jours de traitement (93.59.5-)
- [...]

**99.84.2- Isolement contre l'infection par gouttelettes, selon le nombre de jours de traitement**

[...]

Excl. Omettre le code - Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, selon le nombre de jours de traitement (93.59.5-)

[...]

**99.84.3- Isolement contre l'infection par aérosol, selon le nombre de jours de traitement**

[...]

Excl. Omettre le code - Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, selon le nombre de jours de traitement (93.59.5-)

[...]

## 3.3.2. Document de référence 93.59.5-

Concerne uniquement la version allemande

## 3.4. 93.89.9- «Réadaptation gériatrique aiguë» adaptations dans les caractéristiques minimales

Concerne toutes les versions linguistiques

Les caractéristiques minimales «point 4, équipe thérapeutique» et «point 5, traitement» du groupe d'éléments 93.89.9- «Réadaptation gériatrique aiguë, par jours de traitement» sont à adapter comme suit. Les nouvelles «Notes» sous les codes terminaux du groupe d'éléments 93.89.9- servent à illustrer la flexibilité de la répartition des unités traitement sur la durée.

**93.89.9- Réadaptation gériatrique aiguë, par jours de traitement**

Note: Caractéristique minimale point 1, indication: [...]  
 Caractéristique minimale point 2, lieu de traitement: [...]  
 Caractéristique minimale point 3, évaluations: [...]

Caractéristique minimale point 4, équipe thérapeutique:

Traitement par une équipe spécialisée en gériatrie dirigée par un médecin spécialiste avec formation approfondie en gériatrie (FMH).

~~Le médecin spécialiste avec formation approfondie 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.~~

Le taux d'occupation du médecin spécialisé en gériatrie (FMH) pour le service fournissant les prestations doit être d'au moins 5% par lit ainsi que d'au moins 50% par service fournissant les prestations au total. Cet emploi peut également être garanti par un contrat de coopération.

Caractéristique minimale point 5, traitement:

Traitement par une équipe gériatrique dirigée par un spécialiste en gériatrie.

Intervention coordonnée par équipes d'au moins 2 des 4 domaines thérapeutiques suivant:

- A.) Physiothérapie/médecine physique,
- B.) Ergothérapie,
- C.) Logopédie/traitement orofacial et/ou conseil/traitement diététique,
- D.) (Neuro)psychologie/psychothérapie médicale.

~~Les jours de traitement sont comptés en continu jusqu'à une interruption, puis à nouveau en continu après cette interruption. Le transfert dans une autre unité ne permettant pas de poursuivre la réadaptation gériatrique aiguë compte comme une interruption. La somme totale des séances de traitement fournies est divisée par le nombre total de jours de traitement et doit correspondre à au moins 10 séances pour 7 jours de traitement. Sur les 10 séances, au moins 8 sont des séances individuelles. Aussi bien les jours avec que sans séance de traitement sont comptés.~~ Aussi bien les jours avec que sans séance de traitement sont comptés. Les séances de traitement durent chacune 30 minutes. Jusqu'à trois séances

de traitement maximum peuvent être facturées par jour de traitement. Il est possible de réaliser plusieurs séances de traitement à la suite. Si les séances de traitement doivent être interrompues en raison d'un manque de résistance du patient, celles-ci peuvent être facturées à partir d'une durée de 20 minutes.

Le décompte des jours de traitement commence avec le début de la première composante de l'évaluation documentée. ~~Lorsque la réadaptation gériatrique aiguë fait suite à une intervention chirurgicale, le jour de l'opération ne compte pas comme jour de traitement.~~ Un jour d'opération ne peut être compté comme jour de traitement que si des séances de traitement sont également réalisées ce jour-là.

En cas d'interruption, le comptage des jours de traitement se poursuit après ladite interruption. Le transfert dans une autre unité ne permettant pas de poursuivre la réadaptation gériatrique aiguë compte aussi comme une interruption.

Caractéristique minimale point 6, planification et contrôle du traitement: [...]

Caractéristique minimale point 7, saisie: [...]

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

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

Note: La partie thérapeutique comprend au moins 10 séances de traitement, dont au moins 8 séances individuelles.

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

Note: La partie thérapeutique comprend au moins 20 séances de traitement, dont au moins 16 séances individuelles.

**93.89.96 Réadaptation gériatrique aiguë, 21 jours et plus de traitement**

Note: La partie thérapeutique comprend au moins 30 séances de traitement, dont au moins 24 séances individuelles.

### 3.5. 94.6A.1- et 94.6A.2- Correction dans la «Caractéristique minimale point 4, équipe thérapeutique»

Concerne toutes les versions linguistiques

La «Caractéristique minimale point 4, équipe thérapeutique» des groupes d'éléments 94.6A.1- «Sevrage qualifié de patients dépendants, selon le nombre de jours de traitement» et 94.6A.2- «Prise en charge pour désintoxication lors d'une dépendance à une substance, selon le nombre de jours de traitement» est à corriger comme suit.

#### 94.6A.1- Sevrage qualifié de patients dépendants, selon le nombre de jours de traitement

Note:

[...]

Caractéristique minimale point 4, équipe thérapeutique:

Équipe interdisciplinaire sous la direction d'un médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie. L'équipe est composée de:

- médecin,
- psychologue psychothérapeute ou thérapeute spécialiste de l'addiction,
- sociopédagogue et/ou travailleur social,
- physiothérapeute et/ou kinésithérapeute,
- ergothérapeute et/ou art-thérapeute,
- ~~personnel soignant spécialement formé, c'est-à-dire~~ Personnel infirmier sous la responsabilité d'au moins d'un infirmier par équipe disposant avec des compétences de direction du personnel et/ou spécialisée, ayant a) au moins deux ans d'expérience professionnelle au sein d'un service, dans lequel sont réalisées en majorité des thérapies psychiatriques et psychothérapeutiques de sevrages des addictions ou b) terminé une formation adaptée en thérapie de la dépendance (p. ex. en «Motivational Interviewing» ou un CAS spécialisé).

L'équipe responsable est spécialement formée à l'évaluation et à la surveillance d'une désintoxication et s'engage à une supervision régulière des cas, au moins 1 fois par mois.

[...]

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

Note:

[...]

Caractéristique minimale point 4, équipe thérapeutique:

Équipe interdisciplinaire sous la direction d'un médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie.

L'équipe est composée de:

- médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie,
- psychologue psychothérapeute et/ou thérapeute spécialiste de l'addiction,
- sociopédagogue et/ou travailleur social,
- physiothérapeute et/ou kinésithérapeute,
- ergothérapeute et/ou art-thérapeute, ~~personnel soignant spécialement formé, c'est-à-dire au moins~~ **Personnel infirmier sous la responsabilité d'au moins** d'un infirmier ~~par équipe disposant avec des compétences de direction du personnel et/ou spécialisée, ayant~~ a) au moins deux ans d'expérience professionnelle au sein d'un service, dans lequel sont réalisées en majorité des thérapies psychiatriques et psychothérapeutiques ~~de sevrages des addictions~~ ou b) **terminé** une formation adaptée en thérapie de la dépendance (p. ex. en «Motivational Interviewing» ou un CAS spécialisé).

L'équipe responsable est spécialement formée au traitement de l'addiction et s'engage à une supervision régulière des cas, au moins 1 fois par mois.

[...]

**3.6. 94.8X.4- Organisation des soins post-traitement**

Concerne toutes les versions linguistiques

Dans la «description complémentaire» du groupe d'éléments 94.8X.4- «Organisation des soins post-traitement, selon la durée», le terme «semistationnaires» est à supprimer.

**94.8X.4- Organisation des soins post-traitement, selon la durée**Information et mesures organisationnelles en vue des soins post-traitement ambulatoires, ~~semistationnaires~~ et stationnaires**3.7. 94.92.2- et 94.92.3- Traitement de consilium et de liaison**

Concerne toutes les versions linguistiques

Le libellé et la «Caractéristique minimale point 3, saisie» des groupes d'éléments 94.92.2- et 94.92.3- sont à corriger comme suit. Dans la version française, une correction supplémentaire est à apporter dans la «Caractéristique minimale point 2, caractéristiques de performance».

**94.92.2- Traitement psychiatrique et psychothérapeutique de consilium et de liaison, selon la durée en heures ~~par prestation~~**

Note:

[...]

Caractéristique minimale point 2, caractéristiques des prestations:

Diagnostic incluant l'évaluation de l'évolution; examen médical psychiatrique, relatif à des questions spécifiques, pose de diagnostic et recommandation thérapeutique pour les patients extérieurs à un service de psychiatrie à l'intention du médecin traitant dans l'hôpital (hôpital de soins aigus ou clinique de réadaptation), y compris consilium de suivi éventuel

Application ou instauration d'au moins une des procédures suivantes en combinaison individuelle adaptée au patient:

- Diagnostic différentiel,
- entretien thérapeutique,
- méthodes psycho-éducative,
- techniques de relaxation ou imaginatives,

- psychothérapie individuelle ou de groupe,
- conseil, éducation **et** ou thérapie psychosocio-environnementale par un infirmier dans le cadre du service psychosomatique de consultation et de liaison,
- psychopharmacothérapie régulièrement contrôlée et adaptée,
- autres procédures biologiques/interventionnelles (p. ex. ECT, rTMS, photothérapie, privation de sommeil),
- diagnostic psychologique par des tests,
- séances de conseil par cas ou en équipe,
- visites interdisciplinaires/interprofessionnelles,
- rapports, commissions et discussions de cas,
- conseil psychosocial.

Caractéristique minimale point 3, saisie: un code du groupe d'éléments 94.92.2- est saisi **pour chaque prestation individuelle (c'est à dire chaque consultation de consilium ou de liaison)** une fois par cas. Les différents consilia, reconsilia et traitements de liaison sont additionnés. Le consilium comprend les prestations (p. ex. les entretiens et rédactions de rapports) de conseil pour un patient à un médecin ou une équipe thérapeutique par un autre médecin ou une autre équipe thérapeutique. Le traitement de liaison comprend les prestations thérapeutiques et les investigations du médecin ou de l'équipe thérapeutique assurant la liaison.

[...]

#### 94.92.3- Traitement psychosomatique et psychosocial de consilium et de liaison, selon la durée en heures **par prestation**

Note:

[...]

Caractéristique minimale point 2, caractéristiques des prestations:

Diagnostic incluant l'évaluation de l'évolution; examen médical psychosomatique, relatif à des questions spécifiques, pose de diagnostic et recommandation thérapeutique pour les patients extérieurs à un service de psychiatrie à l'intention du médecin traitant dans l'hôpital (hôpital de soins aigus ou clinique de réadaptation), y compris consilium de suivi éventuel

Application ou instauration d'au moins une des procédures suivantes en combinaison individuelle adaptée au patient:

- Diagnostic différentiel,
- entretien thérapeutique,
- méthodes psycho-éducative,
- techniques de relaxation ou imaginatives,
- psychothérapie individuelle ou de groupe,
- conseil, éducation **et** ou thérapie psychosocio-environnementale par un infirmier dans le cadre du service psychosomatique de consultation et de liaison,
- pharmacothérapie régulièrement contrôlée et adaptée,
- procédures biologiques/interventionnelles (p. ex. rTMS, photothérapie, privation de sommeil, biofeedback),
- diagnostic psychologique par des tests,
- séances de conseil par cas ou en équipe,
- visites interdisciplinaires/interprofessionnelles,
- rapports, commissions et discussions de cas,
- conseil psychosocial.

Caractéristique minimale point 3, saisie: un code du groupe d'éléments 94.92.3- est saisi **pour chaque prestation individuelle (c'est à dire chaque consultation de consilium ou de liaison)** une fois par cas. Les différents consilia, reconsilia et traitements de liaison sont additionnés. Le consilium comprend les prestations (p. ex. les entretiens et rédactions de rapports) de conseil pour un patient à un médecin ou une équipe thérapeutique par un autre médecin ou une autre équipe thérapeutique. Le traitement de liaison comprend les prestations thérapeutiques et les investigations du médecin ou de l'équipe thérapeutique assurant la liaison.

[...]

### 3.8. 99.04.- et 99.05.- Précision du lien vers les prescriptions

Concerne toutes les versions linguistiques

Dans la «note» des sous-catégories 99.04.- «Transfusion de globules rouges concentrés» et 99.05.- «Transfusion de plaquettes», le lien vers les prescriptions est à intégrer.

#### 99.04.- Transfusion de globules rouges concentrés

Note: Une unité de transfusion se compose d'un volume de 200-350 ml (prescriptions de Transfusion CRS Suisse, chapitre 18 A: Spécifications: sang complet et concentrés érythrocytaires (version 6, entrée en vigueur le 01.01.2021)  
~~chemin: Dokuman > Prescriptions STS > Prescriptions: chapitres & décisions > Chapitre (sbse-bsd.ch)~~  
 Lien: <https://dokuman.sbse-bsd.ch/fr-fr/vorschriftenbsd/vorschriftenkapitelbesch%C3%BCsse/kapitel.aspx>).  
 Lors de la transfusion de concentrés érythrocytaires à un bébé jusqu'à 1 an révolu, chaque concentré érythrocytaire divisé administré doit être compté. Le volume minimal ne s'applique pas.

[...]

#### 99.05.- Transfusion de plaquettes

Note: Un concentré plaquettaire présente un contenu en plaquettes > ou =  $2,4 \times 10^{11}$ /unité (prescriptions de Transfusion CRS Suisse: chapitre 18 B: Spécifications: concentrés plaquettaires (version 8, en vigueur depuis le 01.02.2020),  
~~chemin: Dokuman > Prescriptions STS > Prescriptions: Chapitres & décisions > Chapitre (sbse-bsd.ch)~~  
 Lien: <https://dokuman.sbse-bsd.ch/fr-fr/vorschriftenbsd/vorschriftenkapitelbesch%C3%BCsse/kapitel.aspx>).  
 Un demi-concentré plaquettaire correspond à un concentré plaquettaire divisé en deux moitiés. Pour chaque demi-concentré, le contenu en plaquettes est ainsi de > ou =  $1,2 \times 10^{11}$ /poche. Les demi-concentrés administrés sur l'ensemble du cas doivent être additionnés (p. ex. 3 demi-concentrés donnent 1,5 concentré plaquettaire). Si, dans un cas, des concentrés entiers et des moitiés de concentrés sont administrés, tous doivent être additionnés (p. ex. 5 concentrés entiers plus 3 demi-concentrés correspondent à 6,5 concentrés entiers). Si la somme ne donne pas un nombre entier, le résultat doit être arrondi au nombre inférieur (soit 6 concentrés dans notre exemple).  
 Lors de la transfusion de concentrés plaquettaires à un bébé jusqu'à 1 an révolu, chaque concentré plaquettaire divisé administré doit être compté comme un concentré entier. Le volume minimal ne s'applique pas.

[...]

### 3.9. 99.A7, 99.BA.1- et 99.BA.2- Nouvelle version du document de référence et correction dans la caractéristique minimale point 3

Concerne toutes les versions linguistiques

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

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

Note: Caractéristique minimale point 0, document de référence:  
 Les directives et profils d'exigences d'une stroke unit (SU) certifiée conformément aux critères de la SFCNS sont présentés dans le document suivant ([actuellement seulement disponible en allemand - Les directives et profils d'exigences version 18.11.2021 sont en cours de traduction et seront publiés en français et en italien dès que possible.](#)) «Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Stroke Units», Version V vom 18.11.2021 («Critères de qualité pour la certification des Stroke Units»), ~~version (l'information sur la version actualisée sera donnée dans la circulaire 2022 n° 1):~~  
<https://www.sfcns.ch/application-and-documents.html>  
 «Documents required for the process» -> «Annex I» -> «Criteria in German to be fulfilled by Stroke Units (Version 18-11-2021)»

[...]

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

Note: Caractéristique minimale point 0, document de référence:

Les directives et profils d'exigences d'un stroke center certifié conformément aux critères de la SFCNS sont présentés dans le document suivant (actuellement seulement disponible en allemand - Les directives et profils d'exigences version 18.11.2021 sont en cours de traduction et seront publiés en français et en italien dès que possible.) «Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Stroke Units», Version V vom 18.11.2021 («Critères de qualité pour la certification des Stroke Centers»), ~~version (l'information sur la version actualisée sera donnée dans la circulaire 2022 n° 1):~~

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

«Documents required for the process» -> «Annex I» -> «Criteria in German to be fulfilled by Stroke Centers (Version 18-11-2021)»

[...]

Caractéristique minimale point 3, traitement:

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

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

c) Surveillance: Surveillance monitorisée continue d'au moins 53 des paramètres suivants: ECG, saturation en oxygène, température, tension artérielle, fréquence cardiaque, respiration, mesure invasive de la tension artérielle, mesure de la pression intracrânienne. Surveillance non continue de la glycémie selon le besoin. Le monitoring peut être interrompu pour la réalisation d'exams et traitements supplémentaires ainsi que pour changer le système de surveillance. Contrôle et documentation des constats neurologiques par le médecin ou un infirmier formé toutes les 6 heures pour l'identification précoce de toute progression, récurrence ou autre complication de l'AVC. Il est de la responsabilité du spécialiste qui relève les résultats de les documenter. Les intervalles peuvent être inférieurs à 6 heures, mais ne doivent pas les dépasser en moyenne sur la période de relevé par jour, un écart de plus/moins 60 minutes par intervalle de temps étant toléré.

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

[...]

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

Note: Caractéristique minimale point 0, document de référence:

Les directives et profils d'exigences d'une stroke unit (SU) certifiée conformément aux critères de la SFCNS sont présentés dans le document suivant (actuellement seulement disponible en allemand - Les directives et profils d'exigences version 18.11.2021 sont en cours de traduction et seront publiés en français et en italien dès que possible.) «Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Stroke Units», Version V vom 18.11.2021 («Critères de qualité pour la certification des Stroke Units»), ~~version (l'information sur la version actualisée sera donnée dans la circulaire 2022 n° 1):~~

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

«Documents required for the process» -> «Annex I» -> «Criteria in German to be fulfilled by Stroke Units (Version 18-11-2021)»

[...]

Caractéristique minimale point 3, traitement:

a) Diagnostic: Réalisation d'une tomodensitométrie (TMD à acquisition spiralee) ou d'une imagerie par résonance magnétique [IRM] de la tête, dans les deux cas avec angiographie des artères du cou/de la tête avec début de l'examen neuroradiologique dans les 120 minutes après l'admission ou après constatation de signes d'AVC chez les



patients hospitalisés, en l'absence d'enregistrements TDM ou IRM externes techniquement suffisants et de contre-indications. Une échographie neurovasculaire (extracrânienne et intracrânienne) peut remplacer une angiographie.

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

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

Surveillance non continue de la glycémie selon le besoin.

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

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

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

[...]

### 3.10. 99.B7.- et 99.B8.- Document de référence

Concerne toutes les versions linguistiques

Une nouvelle version du document de référence «Données minimales de la SSMI» est disponible. Les caractéristiques minimales des groupes d'éléments 99.B7.1-, 99.B7.4- et 99.B7.5-, ainsi que la «Caractéristique minimale point 3, calcul et saisie:» des groupes d'éléments 99.B8.1-, 99.B8.4- et 99.B8.5- sont à adapter comme suit.

#### 99.B7.1- Traitement complexe de médecine intensive chez l'adulte (procédure de base), selon le nombre de points de dépense

Note: Caractéristiques minimales:

- Surveillance et traitement continus 24 heures sur 24 par une équipe infirmière et médicale sous la direction d'un médecin spécialiste en médecine intensive, dans une unité de soins intensifs [USI] reconnue par la Société suisse de médecine intensive [SSMI],

- Le nombre de points de dépense se calcule comme suit: score SAPS II + somme de NEMS. Le SAPS II est relevé une fois au cours des premières 24 heures du séjour en USI. Le NEMS est relevé une fois par période de travail continue. Pour les périodes de travail de 8 heures, les NEMS sont simplement additionnés, tandis que pour les périodes de 12 heures, la somme totale des NEMS est multipliée par 1,5. Les définitions exactes de SAPS II [Simplified Acute Physiology Score] et de NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] sont disponibles et consultables dans le document ~~«Données minimales de la SSMI V. 29f\_2019»~~ «Données minimales de la SSMI V.30f\_2021» sur:

[www.sgi-ssmi.ch/fr](http://www.sgi-ssmi.ch/fr) -> Ressorts -> Données -> ~~«MDSiV29\_FR\_V7\_def.»~~ «MDSiV30\_V4\_fr\_def».

- Les procédures spéciales de médecine intensive telles que transfusions de plasma et de composants du plasma, plasmaphérèse et immunoadsorption, ainsi que les mesures de réanimation doivent faire l'objet d'un codage séparé.

Ce code doit être indiqué pour les patients dès 16 ans révolus.

[...]

#### 99.B7.4- Traitement complexe de médecine intensive chez l'enfant (procédure de base), selon le nombre de points de dépense

Note: Caractéristiques minimales:

- surveillance et traitement continus sur 24 heures par une équipe infirmière et médicale, sous la direction d'un médecin spécialiste en médecine intensive, dans une unité de soins intensifs [USI] reconnue par la Société suisse de médecine intensive [SSMI].

- Le nombre de points de dépense se calcule comme suit: indice PIM 2 (valeur absolue) + somme des NEMS. L'indice PIM 2 est relevé une fois au cours des premières 24 heures du séjour en USI. Le NEMS est relevé une fois par période de travail continue. Pour les périodes de travail de 8 heures, les NEMS sont simplement additionnés, tandis que pour les périodes de 12 heures, la somme totale des NEMS est multipliée par 1,5. Les définitions exactes de l'indice PIM 2 [Pediatric Index of Mortality 2] et du score NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] sont disponibles et consultables dans le document «Données minimales de la SSMI V.20f\_2019» «Données minimales de la SSMI V.30f\_2021» sur:

[www.sgi-ssmi.ch/fr](http://www.sgi-ssmi.ch/fr) -> Ressorts -> Données -> «MDSiV29\_FR\_V7.def.» «MDSiV30\_V4\_fr\_def».

- Les procédures spéciales de médecine intensive telles que transfusions de plasma et de composants du plasma, plasmaphérèse et immunoadsorption, les mesures de réanimation, etc. doivent faire l'objet d'un codage séparé. 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.

[...]

#### 99.B7.5- Traitement complexe de médecine intensive chez le nouveau-né (procédure de base), par points de dépense

Note: Caractéristiques minimales:

- Surveillance continue 24 h sur 24 avec traitement par une équipe d'infirmiers spécialisés en néonatalogie et de médecins spécialisés en néonatalogie, dans une unité de soins intensifs [USI] de niveau III en néonatalogie reconnue par la Société suisse de néonatalogie [SSN] et/ou une unité de soins intensifs reconnue par la Société suisse de médecine intensive [SSMI], sous la direction d'un pédiatre spécialisé en néonatalogie ou d'un spécialiste en médecine intensive.

- Le nombre de points de dépense est calculé comme suit: PIM 2 ou CRIB 2 + somme des NEMS. Le PIM 2/CRIB 2 (facultatif, en fonction des critères de maturation/poids pouvant être remplis) est relevé une fois dans les premières 24 h de séjour à l'USI. Le NEMS est relevé une fois par période de travail continue. Pour les périodes de travail de 8 heures, les NEMS sont simplement additionnés, tandis que pour les périodes de 12 heures, la somme totale des NEMS est multipliée par 1,5. Les définitions exactes des indices PIM 2 [Pediatric Index of Mortality 2] et CRIB 2 [Clinical Risk Index for Babies 2] et du score NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] sont disponibles et consultables dans le document «Données minimales de la SSMI V.20f\_2019» «Données minimales de la SSMI V.30f\_2021» sur:

[www.sgi-ssmi.ch/fr](http://www.sgi-ssmi.ch/fr) -> Ressorts -> Données -> «MDSiV29\_FR\_V7.def.» «MDSiV30\_V4\_fr\_def».

- Les procédures spéciales de médecine intensive telles que transfusions de plasma et de composants du plasma, plasmaphérèse et immunoadsorption, les mesures de réanimation, etc. doivent faire l'objet d'un codage séparé. Ce code doit être utilisé pour les patients qui, au moment de l'admission, sont âgés de 28 jours ou plus jeunes.

[...]

#### 99.B8.1- Traitement complexe en unité de soins intermédiaires [U-IMC] chez l'adulte, selon le nombre de points de dépense

[...]

Note: [...]

Caractéristique minimale point 3, calcul et saisie:

Le nombre de points de dépense se calcule comme suit: score SAPS II + somme des NEMS. Le SAPS II est relevé une fois au cours des premières 24 heures du séjour en U-IMC. Le NEMS est relevé une fois par période de travail continue. Pour les périodes de travail de 8 heures, les NEMS sont simplement additionnés, tandis que pour les périodes de 12 heures, la somme totale des NEMS est multipliée par 1,5.

Les définitions exactes de SAPS II [Simplified Acute Physiology Score] et de NEMS (Nine Equivalent of nursing Manpower use Score) sont disponibles et consultables dans le document «Données minimales de la SSMI V.20f\_2019» «Données minimales de la SSMI V.30f\_2021» sur:

[www.sgi-ssmi.ch/fr](http://www.sgi-ssmi.ch/fr) -> Ressorts -> Données -> «MDSiV29\_FR\_V7.def.» «MDSiV30\_V4\_fr\_def».

Les procédures spéciales de médecine intensive telles que transfusions de plasma et de composants du plasma, plasmaphérèse et immunoadsorption, ainsi que p. ex. les mesures de réanimation et les traitements complexes supplémentaires doivent faire l'objet d'un codage séparé. Il n'est toutefois pas possible de coder un traitement complexe de médecine intensive pour la durée du séjour dans une U-IMC.

[...]

**99.B8.4- Traitement complexe en unité de soins intermédiaires [U-IMC] chez l'enfant, selon le nombre de points de dépense**

[...]

Note : [...]

Caractéristique minimale point 3, calcul et saisie:

Le nombre de points de dépense se calcule comme suit: probabilité de décès d'après le PIM 2 + somme des NEMS. L'indice PIM 2 est relevé une fois au cours des premières 24 heures du séjour en U-IMC. Le NEMS est relevé une fois par période de travail continue. Pour les périodes de travail de 8 heures, les NEMS sont simplement additionnés, tandis que pour les périodes de 12 heures, la somme totale des NEMS est multipliée par 1,5.

Les définitions exactes de PIM 2 [Pediatric Index of Mortality 2] et de NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] sont disponibles et consultables dans le document [«Données minimales de la SSMI V. 29f\\_2019»](#) [«Données minimales de la SSMI V.30f\\_2021»](#) sur:

[www.sgi-ssmi.ch/fr](http://www.sgi-ssmi.ch/fr) -> Ressorts -> Données -> [«MDSiV29\\_FR\\_V7.def.»](#) [«MDSiV30\\_V4\\_fr\\_def.»](#).

Les procédures spéciales de médecine intensive telles que transfusions de plasma et de composants du plasma, plasmaphérèse et immunoadsorption, ainsi que p. ex. les mesures de réanimation et les traitements complexes supplémentaires doivent faire l'objet d'un codage séparé. Il n'est toutefois pas possible de coder un traitement complexe de médecine intensive en même temps pour la durée du séjour dans une U-IMC.

[...]

**99.B8.5- Traitement complexe en unité de soins intermédiaires [U-IMC] chez le nouveau-né, par points de dépense**

[...]

Note: [...]

Caractéristique minimale point 3, calcul et saisie:

Le nombre de points de dépense se calcule comme suit: probabilité de décès d'après le PIM2 ou le CRIB 2 + somme des NEMS. Le PIM 2 ou le CRIB 2 (facultatif, en fonction des critères de maturation/poids pouvant être remplis) est relevé une fois dans les premières 24 h de séjour à l'U-IMC. Le NEMS est relevé une fois par période de travail continue. Pour les périodes de travail de 8 heures, les NEMS sont simplement additionnés, tandis que pour les périodes de 12 heures, la somme totale des NEMS est multipliée par 1,5.

Les définitions exactes des indices PIM 2 [Pediatric Index of Mortality] et CRIB 2 [Clinical Risk Index for Babies 2] et du score NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] sont disponibles et consultables dans le document [«Données minimales de la SSMI V. 29f\\_2019»](#) [«Données minimales de la SSMI V.30f\\_2021»](#) sur:

[www.sgi-ssmi.ch/fr](http://www.sgi-ssmi.ch/fr) -> Ressorts -> Données -> [«MDSiV29\\_FR\\_V7.def.»](#) [«MDSiV30\\_V4\\_fr\\_def.»](#).

Les procédures spéciales telles que transfusions de plasma et de composants du plasma, plasmaphérèse et immunoadsorption, les mesures de réanimation, d'hypothermie systémique, etc., de même que les traitements complexes complémentaires, doivent faire l'objet d'un codage séparé. Il n'est toutefois pas possible de coder un traitement complexe de médecine intensive pour la durée du séjour dans une UIMC.

[...]

## 3.11. 99.C5.- Complément apporté dans trois titres

Concerne uniquement la version allemande

## 3.12. Correction dans l'introduction de la CHOP 2022 concernant AA.31.- «Test de marche de 6 minutes»

Concerne uniquement la version allemande

### 3.13. BA.- et BB.2- Adaptations dans les «notes»

Concerne toutes les versions linguistiques

Les adaptations suivantes sont à apporter dans les «notes» de BA.- «Prestation de base en réadaptation» et BB.2- «Prestation supplémentaire de la thérapie en réadaptation, selon le nombre moyen de minutes de thérapie par semaine».

#### **BA.- Prestation de base en réadaptation**

Note:

[...]

Caractéristique minimale point 3, traitement:

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. Le nombre de jours du séjour complet en réadaptation est calculé selon la même règle que le calcul de la durée de séjour dans les «règles et définitions pour la facturation des cas sous ST Reha» en vigueur pour l'année d'application, publiées sur <https://www.swissdr.org/fr/readaptation/st-reha/st-reha>. Les «durées de traitement par semaine» décrites dans la catégorie BA.- incluent les prestations à la patiente/au patient. Les prestations fournies en l'absence de la patiente/du patient ne comptent pas dans la durée du traitement.

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. 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:

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

Les thérapies suivantes sont alors utilisées en fonction des déficits:

Sont obligatoires la physiothérapie en combinaison individualisée avec:

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

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

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

[...]

#### **BA.3 Réadaptation pulmonaire**

Note:

[...]

Caractéristique minimale point 2, thérapie et formation:

Le traitement se compose obligatoirement de séances de thérapie et de formation hebdomadaires avec un total de 540 minutes. 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) ~~La physiothérapie comme entraînement d'endurance~~ La physiothérapie active (endurance, force et souplesse, relaxation) est obligatoire ainsi que, en combinaison adaptée au patient, des thérapies parmi les domaines suivants:

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

ainsi que

b) au moins 3 formations aux patients par semaine concernant différents thèmes Non obligatoires, mais utilisés si indiqués, et comptant dans la durée du traitement:

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

[...]

#### BB.2.- Prestation supplémentaire de la thérapie en réadaptation, selon le nombre moyen de minutes de thérapie par semaine

Note:

[...]

Caractéristique minimale point 4, calcul du nombre moyen de 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. Le nombre de jours du séjour complet en réadaptation est calculé selon la même règle que le calcul de la durée de séjour dans les «règles et définitions pour la facturation des cas sous ST Reha» en vigueur pour l'année d'application, publiées sur <https://www.swiss-drg.org/fr/readaptation/st-reha/st-reha>. Le code CHOP BB.2- correspondant est déterminé à l'aide du nombre total moyen de minutes de traitement par semaine. Les minutes de traitement dans le code BA.- associé ne sont pas soustraites du nombre total. Les «durées de traitement par semaine» décrites dans la catégorie à 3 positions BB.2- incluent les prestations à la patiente/au patient. Les prestations fournies en l'absence de la patiente/du patient ne comptent pas dans la durée du traitement. Un seul code est utilisé ici par séjour dans un type de réadaptation.

#### BB.21.- Réadaptation neurologique, prestation thérapeutique supplémentaire, selon le nombre moyen de minutes de thérapie par semaine

Note:

Thérapie et formations:

Les traitements suivants sont utilisés en fonction des déficits:

Sont obligatoires la physiothérapie en combinaison individualisée avec:

- Thérapie physique
- Logopédie
- Ergothérapie
- Neuropsychologie
- Psychothérapie et thérapie par la parole
- Conseil/traitement diététique

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

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

[...]

#### BB.23.- Réadaptation pulmonaire, prestation thérapeutique supplémentaire, selon le nombre moyen de minutes de thérapie par semaine

Note:

Thérapie et formations:

a) ~~La physiothérapie comme entraînement d'endurance~~ La physiothérapie active (endurance, force et souplesse, relaxation) est obligatoire

ainsi que, en combinaison adaptée au patient, des thérapies des domaines suivants:

- Physiothérapie respiratoire

- Entraînement de force (thérapie médicale de renforcement musculaire)
  - Ergothérapie
  - Logopédie
  - Conseil/traitement diététique
  - Soutien psychologique
- ainsi que
- b) Formations aux patients concernant différents thèmes
- Non obligatoires, mais utilisés si indiqués, et comptant dans la durée du traitement:
- Thérapies respiratoires appareillées, p. ex. oxygénothérapie mobile, thérapie par inhalations
  - Conseil social

[...]

### 3.14. Annexe 99.C4.- et 99.C5.- Correction du numéro 7.4 du groupe de prestations 7 «Respiration»

Concerne uniquement la version française

Sous le groupe de prestations 7 «Respiration», le critère de mesure/exigence minimale du numéro 7.4 des annexes 99.C4.- et 99.C5.- est à corriger comme suit:

#### 99.C4.- Traitement de soins infirmiers complexes chez les enfants en bas âge

7	Groupe de prestations 7: Respiration	Profils d'intervention infirmière	Critère de mesure/exigence minimale	Points de dépense par jour
7.4	Charge en soins infirmiers nettement plus élevée pour minimum un profil d'intervention infirmière du groupe de prestations Respiration par rapport aux prestations de routine.	Mobilisation des sécrétions par aide mécanique à l'expectoration	Au minimum 3 x <del>15</del> par jour Durée minimum de 10 min/activité	1

#### 99.C5.- Traitement de soins infirmiers complexes chez les prématurés, les nouveau-nés et les nourrissons

7	Groupe de prestations 7: Respiration	Profils d'intervention infirmière	Critère de mesure/exigence minimale	Points de dépense par jour
7.4	Charge en soins infirmiers nettement plus élevée pour minimum un profil d'intervention infirmière du groupe de prestations Respiration par rapport aux prestations de routine.	Mobilisation des sécrétions par aide mécanique à l'expectoration	Au minimum 3 x <del>15</del> par jour Durée minimum de 10 min/activité	1

### 3.15. Annexe BB.1- correction du numéro 2.2 des indications «Affections cardiovasculaires»

Concerne uniquement la version allemande

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

### 4.1. Entrée en vigueur de la CIM-10-GM 2022 à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022

La CIM-10-GM 2022 entre en vigueur en Suisse à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Cette décision a été prise afin de garantir la saisie des données en 2022 en cas d'affectation par l'OMS et reprise par le BfArM des codes de la série U non attribués U16.- et suivants. Les codes U16.- à U49.- non attribués ont été introduits dans l'index systématique de la CIM-10-GM 2022.

La version allemande (index systématique et alphabétique) peut être téléchargée sur le site Internet du BfArM.

Les versions française et italienne de l'index systématique, ainsi que les informations supplémentaires en allemand concernant le contexte suisse ont été publiées sur le site Internet de l'OFS. Les versions française et italienne de l'index alphabétique suivront le 30 mai 2022.

## 5. Annexe

### 5.1. Informations et précisions

La présente circulaire contient **toutes les** «informations et précisions» valables à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022.

#### Explications sur la numérotation

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

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

#### 0786 01.01.2022 93.8C.1- Document de référence

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

#### 0787 01.01.2022 Calcul de la durée de séjour en réadaptation pour la saisie des codes BA.-

Un patient est admis p. ex. le 3 mars en réadaptation musculo-squelettique et quitte ce même service le 20 mars. La durée du séjour est ainsi de 18 jours. Les traitements et formations dispensés le jour de l'admission et de la sortie sont pris en compte et compris dans les minutes de traitement et de formation. Au total, le patient bénéficie de 1170 minutes de traitement et de formation. Pour calculer la moyenne, les minutes de traitement dispensés sont divisées par la durée du séjour, soit 18 jours dans cet exemple, et multipliées par 7.  $1170/18*7=455$  minutes de traitement/semaine. Cela signifie que le code BA.5 «Réadaptation musculo-squelettique» peut être saisi.

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

Les segments sur lesquels seules les tiges sont enlevées lors d'une intervention de révision sur la colonne vertébrale (pour être remplacées par des tiges plus longues en cas de pathologie du segment adjacent) et pour lesquels aucune autre mesure chirurgicale n'est entreprise sur les vertèbres, telle que la mise en place de nouvelles vis pédiculaires ou d'une cage, la décortication de facettes articulaires, l'insertion d'os local ou de matériau de remplacement d'os, n'entrent pas dans le calcul des segments opérés.

Comptage des segments en situation de pontage:

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

#### 0789 01.01.2022 Saisie de stents/prothèses non vasculaires

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

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

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

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

Codage

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

Jour Y: 42.81.40 «Insertion et remplacement de prothèse autoexpansible (tube permanent) dans l'œsophage, par endoscopie»



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

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

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

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

Codage:

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

Jour Y: 46.99.71 «Enlèvement de prothèse de l'intestin, par chirurgie ouverte» est codé **deux fois**.

46.99.61 «Insertion ou remplacement de prothèse autoexpansible dans l'intestin, par chirurgie ouverte» est saisi **une fois**.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 38.7X.11 «Insertion d'un système de protection anti-embolie dans la veine cave, par chirurgie ouverte»  
 38.7X.21 «Insertion d'un système de protection anti-embolie dans la veine cave, par voie transluminale percutanée»  
 39.75.13 «Intervention vasculaire transluminale percutanée, autres vaisseaux, emploi de système de protection anti-embolie (vaisseaux périphériques ou viscéraux)»  
 39.C5 «Utilisation d'un système de protection anti-embolie»

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

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

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

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

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

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

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

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

L'étiologie de l'ulcère hypertensif s'explique de trois manières: l'artérioloscélrose ischémiante, la médiacalcosse des artéριοles pathologiques et les processus inflammatoires locaux.

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

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

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

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

L97 Ulcère du membre inférieur, non classé ailleurs, associé à la combinaison dague/étoile du code correspondant I10.-† à I15.-† et L99.8\* Autres affections précisées de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané au cours de maladies classées ailleurs.

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

#### 0794 01.01.2022 Durée du neuromonitoring peropératoire

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

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

#### 0795 01.07.2021 Ablation percutanée de lésion ou de tissu du poumon

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

#### ~~0796 01.07.2021 Fundoplicature pour hernie hiatale : saisie supplémentaire code CHOP 44.92 Manipulation peropératoire de l'estomac~~

La précision 0796 a été ajoutée sous la règle de codage SP0301k dans le manuel de codage 2022.

**0797 01.07.2021 Fièvre après vaccination contre le COVID-19**

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

R50.88 Autre fièvre précisée

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

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

~~0798 01.07.2021 D12j – Précision de la règle de codage concernant l'exemple 7~~

La précision 0798 a été ajoutée sous la règle de codage D12k dans le manuel de codage 2022.

~~0799 01.07.2021 Prophylaxie anti-D~~

La précision 0799 a été ajoutée sous la règle de codage SD1504e dans le manuel de codage 2022.

~~0800 01.07.2021 Remplacement d'un composant à distance du patient d'un système d'assistance cardio-vasculaire uni-ventriculaire et biventriculaire~~

La précision 0800 a été prise en compte lors de la révision de la sous-catégorie 37.6D.- «Remplacement d'un composant à distance du patient d'un système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire» dans la CHOP 2022.

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

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

~~0802 01.07.2021 Transformation de sexe~~

La précision 0802 a été ajoutée sous la règle de codage SP0401k dans le manuel de codage 2022.

~~0803 01.07.2021 Conversion de MoCA vers MMSE~~

La précision 0803 a été ajoutée sous la règle de codage SD2200 dans le manuel de codage 2022.

~~0804 01.07.2021 Réadaptation – AA.31.- Test de marche de 6 minutes~~

La précision 0804 a été prise en compte lors de la révision de la sous-catégorie AA.31.- «Test de marche de 6 minutes» dans la CHOP 2022.

~~0805 01.07.2021 Saisie de limitations fonctionnelles dans le cadre de traitements palliatifs selon la règle de codage S0217~~

La précision 0805 a été ajoutée sous la règle de codage SD0217k dans le manuel de codage 2022.

~~0806 01.07.2021 Codage du pontage aorto-iliaco-fémoral avec prothèse vasculaire en Y unique~~

La précision 0806 a été prise en compte lors de la révision de la sous-catégorie 39.25.- «Pontage vasculaire de l'aorte ou de l'artère iliaque vers d'autres artères de membre inférieur» dans la CHOP 2022

~~0807 01.01.2021 Dispositifs d'embolisation vs protection anti-embolie~~

La précision 0807 est remplacée par la précision **0791** dans la circulaire 2022 n° 1

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

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

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

~~0809 — 01.01.2021 — «Caractéristique minimale point 4, planification de sortie» du code 93.59.5- «Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, selon le nombre de jours de traitement»~~

Lors de la révision du groupe d'éléments 93.59.5- «Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, selon le nombre de jours de traitement», la caractéristique minimale point 4 «Planification de sortie» a été supprimée dans la CHOP 2022. Par conséquent, la précision 0809 doit être supprimée.

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

Cette précision est structurée comme suit:

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

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

**Saisie du nombre d'endoprothèses (stents grafts) aortiques**

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

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

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

Ainsi que le «Coder aussi» suivant:

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

*1<sup>er</sup> exemple de cas*

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

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

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

*2<sup>e</sup> exemple de cas*

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

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

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

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

*3<sup>e</sup> exemple de cas*

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

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

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

*4<sup>e</sup> exemple de cas*

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

*Codage:*

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

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

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

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

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

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

*1<sup>er</sup> exemple de cas*

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

*2<sup>e</sup> exemple de cas*

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

*3<sup>e</sup> exemple de cas*

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

*4<sup>e</sup> exemple de cas*

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

*5<sup>e</sup> exemple de cas*

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

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

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

### Saisie du nombre de stents implantés dans les artères coronaires

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

#### 1<sup>er</sup> exemple de cas

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

#### 2<sup>e</sup> exemple de cas

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

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

#### 3<sup>e</sup> exemple de cas

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

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

#### 4<sup>e</sup> exemple de cas

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

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

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

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

#### 1<sup>er</sup> exemple de cas

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

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

Pour le jour X, saisir:

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

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

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

*2<sup>e</sup> exemple de cas*

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

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

Pour le jour X, saisir:

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

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

Pour le jour Y, saisir:

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

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

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

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

~~0811 01.07.2020 Interprétation de l'«Exclusion - Omettre le code» sous 93.89.1- «Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, selon le nombre de jours de traitement»~~

Les conventions concernant l'«Exclusion - Omettre le code» ont été précisées dans le manuel de codage 2022 et dans la CHOP 2022. La précision 0811 doit être supprimée.

#### **0812 01.07.2020 Système de protection anti-embolie et TAVI**

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

#### **0814 01.07.2020 Saisie des stents coronariens couverts**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il faut coder comme suit:

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

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

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

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

Interventions multiples en un temps, main - Exemples						
		Intervention		00.9C.1- Interventions multiples en un temps sur des rayons métacarpiens et des doigts		
Cas	Description	Code d'intervention	Latéralité	Code supplémentaire	Intitulé	Latéralité
Cas 1	Intervention de type A sur le doigt du 2 <sup>e</sup> 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 <sup>e</sup> 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 <sup>e</sup> 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 <sup>e</sup> 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 <sup>e</sup> 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 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> rayons de la main gauche Intervention de type B sur le doigt du 3 <sup>e</sup> rayon de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	00.9C.11	Interventions multiples en un temps sur 2 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral gauche
		Code de l'intervention de type B	Unilatéral gauche	Pas de code		
Cas 5	Intervention de type A sur les doigts des 2 <sup>e</sup> , 3 <sup>e</sup> et 4 <sup>e</sup> rayons de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	00.9C.12	Interventions multiples en un temps sur 3 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral gauche
Cas 6	Intervention de type A sur les doigts des 2 <sup>e</sup> , 3 <sup>e</sup> et 4 <sup>e</sup> rayons de la main gauche, ainsi que sur les doigts des 4 <sup>e</sup> et 5 <sup>e</sup> rayons de la main droite	Code de l'intervention de type A	Bilatéral	00.9C.12	Interventions multiples en un temps sur 3 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral gauche
				00.9C.11	Interventions multiples en un temps sur 2 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral droit
Cas 7	Intervention de type A sur le doigt du 2 <sup>e</sup> rayon de la main gauche Intervention de type B sur l'os métacarpien du 3 <sup>e</sup> rayon de la main gauche Intervention de type C sur les doigts des 3 <sup>e</sup> et 4 <sup>e</sup> rayons de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	Pas de code		
		Code de l'intervention de type B	Unilatéral gauche	Pas de code		
		Code de l'intervention de type C	Unilatéral gauche	00.9C.11	Interventions multiples en un temps sur 2 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral gauche
Cas 8	Intervention de type A sur les doigts des 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> rayons de la main gauche Intervention de type B sur les doigts des 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> rayons de la main droite	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	00.9C.11	Interventions multiples en un temps sur 2 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral gauche
		Code de l'intervention de type B	Unilatéral droit	00.9C.11	Interventions multiples en un temps sur 2 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral droit
Cas 9	Intervention de type A sur les doigts des 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> rayons de la main gauche Intervention de type B sur le doigt du 2 <sup>e</sup> rayon de la main droite	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	00.9C.11	Interventions multiples en un temps sur 2 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral gauche
		Code de l'intervention de type B	Unilatéral droit	Pas de code		

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

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

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

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

~~**0824 01.01.2020 Césarienne primaire et secondaire**~~

La précision 0824 a été prise en compte dans la règle de codage SD1505k dans le manuel de codage 2022.

**0826 01.01.2020 Systèmes de pompe sous vide à usage unique**

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

**0827 01.01.2020 Informations et précisions sur les soins palliatifs**

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

**0827/1: Évaluation de base standardisée de médecine palliative**

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

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

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

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

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

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

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

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

**0827/2: Domaine de traitement**

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

[...]

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

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

Caractéristique minimale point 3, traitement:

[...]

b) Les soins médicaux et infirmiers et au moins deux des domaines thérapeutiques nommés sous point 4c s'appliquent au moins six heures par semaine (7 jours calendrier), y compris le soutien et l'accompagnement par des entretiens réguliers et

documentés avec le patient, les proches et la famille, ces entretiens peuvent être effectués par tous les groupes professionnels susmentionnés de l'équipe thérapeutique. Les prestations s'effectuent en différentes combinaisons selon les nécessités du malade.

[...]

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

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

#### 0827/3: Discussion en équipe

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

[...]

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

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

[...]

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

#### Qu'entend-on par discussion interprofessionnelle en équipe?

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

Exemple:

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

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

#### 0834 01.07.2019 Intoxication au lithium

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

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

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

**0855 01.07.2017 54.98.- «Dialyse péritonéale»**

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

**0871 01.01.2016 CHOP: Définition «endovasculaire»**

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

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

Exemples pour des interventions endovasculaires:

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

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

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

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

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

~~**0900 01.07.2014 Artère sous-clavière**~~

La précision 0900 doit être supprimée en raison d'adaptations des codes CHOP et de données anatomiques précises.

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

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

**0941 01.12.2012 ABO et ABO Recherche par mot-clé**

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

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

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

**2010 92.24 Téléradiothérapie à photons**

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

Ces installations peuvent être placées dans la salle de radiothérapie ou fixées directement comme accessoires supplémentaires sur les systèmes d'irradiation (système de rayons X, CT mobile, ultrason). Cette imagerie est indépendante de la planification de l'irradiation et nécessite un équipement spécifique. Il est de la sorte possible de comparer le positionnement du patient et des volumes-cibles

avec les images tirées de la planification de l'irradiation. Cette comparaison permet de procéder ensuite à des corrections de positionnement du patient. Ainsi, une CT effectuée sur un patient ayant un carcinome prostatique permet de contrôler le contenu de la vessie et du rectum et de déterminer sur cette base la position de la prostate.

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