



14 Santé

Circulaire pour les codeuses et les codeurs 2021 n° 1

17 décembre 2020

Neuchâtel, 2020

Éditeur:	Office fédéral de la statistique (OFS)	Concept de mise en page:	Section DIAM
Renseignements:	Secrétariat de codage : codeinfo@bfs.admin.ch	Copyright:	OFS, Neuchâtel 2020 Reproduction autorisée seulement avec l'accord préalable des auteurs
Rédaction:	Domaine Classifications médicales	Téléchargement :	www.statistique.ch
Série:	Statistique de la Suisse		
Domaine:	14 Santé		
Langue du texte original:	Allemand		
Traduction:	Services linguistiques de l'OFS		

1. Généralités

1.1. Instruments de codage en vigueur

À compter du 1^{er} janvier 2021, les instruments de codage suivants s'appliquent:

- Manuel de codage médical: Le manuel officiel des règles de codage en Suisse. Version 2021
- Circulaire pour les codeuses et les codeurs: 2021 / Nr. 1 et son annexe
- Classification Suisse des Interventions Chirurgicales (CHOP): Index systématique – Version 2021
- CIM-10-GM 2021 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:

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.

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, 2021 n° 1 (publication fin décembre 2020): à appliquer aux cas avec une date de sortie à partir du 1^{er} janvier 2021.
- Circulaire pour les codeuses et les codeurs, 2021 n° 2 (publication fin juin 2021): à appliquer aux cas avec une date de sortie à partir du 1^{er} juillet 2021.

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

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

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

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

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

Chemin: www.swissdrg.org → Somatique aiguë → Rubrique Système SwissDRG 10.0/2021 → Codage analogue

<https://www.swissdrg.org/de/akutsomatik/swissdrg-system-1002021/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.

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

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

1.2.2. Anonymisation

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

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

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

2. Informations complémentaires au manuel de codage 2021

Légende: Nouveautés en vert, suppressions en rouge

2.1. Utilisation de la CIM-10-GM 2021 en 2021

Concerne toutes les versions linguistiques

Dans le manuel de codage médical 2021, il est fait à plusieurs reprises référence à la CIM-10-GM 2020. En raison de la «Communication officielle 2021 n° 1 - Codage COVID-19» publiée le 3 décembre 2020 et qui s'appliquera à compter du 1^{er} janvier 2021, toutes les références à la CIM-10-GM 2020 doivent être remplacées par «CIM-10-GM 2021».

Par ex. Introduction version 2021

[...]

Les classifications CIM-10-GM ~~2020~~2021 et CHOP 2021 ont servi de base à ce manuel. Pour coder tous les cas stationnaires avec date de sortie à partir du 1.1.2021, les codes de la CIM-10-GM version ~~2020~~ 2021 et les codes de la CHOP version 2021 sont à utiliser.

[...]

2.2. D03ij Codes daguet – étoile*

Concerne toutes les versions linguistiques

[...]

Exemple 5

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

DP M51.1† Atteintes d'un disque lombaire et d'autres disques intervertébraux avec radiculopathie (G55.1*)

CD G55.1* Compression des racines et des plexus nerveux au cours d'atteintes des disques intervertébraux (M50-M51†)

[...]

2.3. D12j Tableau «Exemples pour le codage des maladies ou des troubles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complications)»

Concerne toutes les versions linguistiques

En raison de l'adoption de la CIM-10-GM 2021 au 1er janvier 2021, le code *K65.0 Péritonite aiguë* dans le tableau ci-dessus doit être remplacé par *K65.09 Péritonite aiguë, autres et sans précision*.

2.4. P02ej Procédures qui ne sont pas codées

Concerne toutes les versions linguistiques

[...]

Exemples:

- Radiographie et plâtre en cas de fracture du radius (Colles)
- Examens radiographiques conventionnels, p. ex. radiographies de routine du thorax
- ECG (ECG au repos, de longue durée, d'effort)
- Procédures de routine chez les nouveau-nés (p. ex. test acoustique, US crânien)
- Prise de sang et examens de laboratoire
- Examens à l'admission, examens de contrôle
- Thérapies médicamenteuses à l'exception:

- des thérapies médicamenteuses appliquées aux nouveau-nés, dans la mesure où il existe un code spécifique
 - des thérapies cytostatiques, immunothérapies, thrombolyse, facteurs de coagulation, produits sanguins
 - Pour TARPSY et ST REHA: traitements anti-infectieux, par ex. administration d'antibiotiques par voie i.v. (code CHOP 99.22.1- *Injection d'anti-infectieux, selon le nombre de jours de traitement*)
Remarque: la saisie du code CHOP 99.22.1- *Injection d'anti-infectieux, selon le nombre de jours de traitement* est facultative pour la somatique aiguë
 - des médicaments onéreux, s'il existe un code CHOP spécifique
- Certaines composantes d'une procédure: la préparation, l'installation du patient, l'anesthésie (intubation incluse) ou l'analgésie, la suture de plaie sont en règle générale comprises dans le code de l'opération.

[...]

Exceptions:

- L'anesthésie pour des procédures normalement effectuées sans anesthésie, p.ex. la narcose pour une IRM chez un enfant.
- ~~Une thérapie de la douleur lors d'interventions chirurgicales et de mesures diagnostiques est incluse dans le code. Elle n'est codée comme telle que si elle est une mesure appliquée seule (exemple 3) ou si elle appartient à la catégorie 93.A – Traitement de la douleur et remplit toutes les conditions spécifiées sous ces codes.~~

Exemple 3

~~Un patient souffrant d'un carcinome métastatique est traité par chimiothérapie et reçoit une injection d'anesthésique dans le canal rachidien pour traiter la douleur.~~

~~TP 99.25.5 – Chimiothérapie~~

~~TS 03.91 – Injection d'anesthésique et d'analgésique dans le canal rachidien~~

- **Les mesures diagnostiques effectuées** lors de la même séance et qui font en règle générale partie intégrante de l'opération, ne sont pas codées séparément (sauf disposition contraire dans la CHOP).

P. ex.: L'arthroscopie diagnostique effectuée avant une ménisectomie arthroscopique n'est pas codée séparément.

- Pour le codage des traitements de la douleur dans le contexte d'opérations, d'interventions, d'actes diagnostiques et de traitements de la douleur, se reporter à la règle de codage S1804.

- Les **procédures post mortem** ne sont pas codées (le cas se termine avec le décès). Ceci vaut également pour les autopsies.

2.5. P06i,j Procédures répétées plusieurs fois

Concerne toutes les versions linguistiques

La règle de codage P06i devient la règle de codage P06j. Deux nouveaux paragraphes sont ajoutés à la suite du paragraphe existant «Radio-iodothérapie»:

2.5.1. Thérapie par pression négative

Thérapie par pression négative/traitement avec pansement à pression négative

Pour représenter la **durée** d'une thérapie par pression négative continue lors d'une thérapie par pression négative/traitement avec pansement à pression négative, la CHOP met à disposition le groupe d'éléments 93.57.1- *Thérapie par pression négative continue, selon le nombre de jours de traitement*.

Les responsables du codage sont souvent confrontés à une situation où plusieurs thérapies avec pansement à pression négative (pose, changement, retrait) ont lieu lors d'un séjour hospitalier, ces traitements pouvant en outre être réalisés sur une ou plusieurs localisations.

Seul un code par cas d'hospitalisation est saisi pour la **durée** de la thérapie par pression négative.

Pour saisir correctement le code, tous les jours où ont eu lieu les traitements par pression négative sont additionnés. Il importe alors peu que le traitement ait eu lieu à une ou plusieurs localisations (même simultanément).

Les jours de la **pose**, du **changement** et du **retrait** d'un ou plusieurs pansements à pression négative sont inclus dans le calcul de la durée. Les jours non complets (notamment lors d'un transfert, par ex.) sont comptés comme des jours entiers.

Toutefois, aucun des jours ne peut être compté deux fois pour déterminer la durée totale.

Les jours comptés sont des jours calendaires.

Les exemples suivants ont pour objectif de montrer comment les différents scénarios possibles doivent être saisis par les responsables du codage.

Exemple 1 – thérapie par pression négative à une localisation

Admission d'une patiente pour une opération de pontage électif dans un contexte de maladie tritonculaire symptomatique (angine de poitrine stable).

Après une évolution initialement sans complication, les analyses de laboratoire montrent une augmentation des paramètres infectieux au 5^e jour postopératoire (jour X) et le site de prélèvement veineux (pour le pontage) présente des altérations inflammatoires.

La révision chirurgicale (sous anesthésie rachidienne) montre une déhiscence de la plaie dans la zone distale de la suture et un tissu sous-cutané nécrotique dans la zone proximale du site de prélèvement.

Un débridement (env. 8 cm²) est réalisé et un pansement sous-cutané à pression négative est appliqué pour 3 jours.

Au 8^e jour postopératoire (jour Y), le pansement à pression négative est retiré et une suture secondaire est réalisée.

DP	I20.8	Autres formes d'angine de poitrine	
DS	I25.13	Cardiopathie artérioscléreuse, maladie tritonculaire	
DS	T81.4	Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classée ailleurs	
DS	Y84.9!	Incidents dus à des mesures médicales, sans précision	
DS	B96.2!	Escherichia coli [E. coli] et autres enterobacterales, cause de maladies classées dans d'autres chapitres	
DS	T81.3	Désunion d'une plaie opératoire, non classée ailleurs	
TP	Opération de pontage plus toutes les autres étapes chirurgicales documentées		
TS	86.88.15	Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, au tissu cutané et sous-cutané	(jour X)
TS	93.57.13	Thérapie par pression négative continue, jusqu'à 6 jours de traitement	(jour X)
TS	86.2B.4E	Débridement sous anesthésie locale par infiltration, régionale ou générale, étendu, autre site	(jour X)
TS	86.53.1E	Suture secondaire de la peau et du tissu sous-cutané, autre site	(jour Y)

Exemple 2 – thérapie par pression négative à 2 localisations à des moments différents

Admission d'un patient pour une résection ouverte du côlon sigmoïde en raison d'une diverticulite récurrente dans un contexte de diverticulose marquée. Malgré l'absence actuelle de signes cliniques, l'examen histologique montre de graves inflammations, des stigmates hémorragiques et une péritonite accompagnante.

Après une évolution initialement sans complication, les paramètres inflammatoires augmentent au 5^e jour postopératoire (jour A). Le patient se plaint de nausées, de vomissements et montre un abdomen gonflé et douloureux à la pression lors de l'examen clinique.

Lorsque s'ajoute à ce tableau l'écoulement d'ascite de couleur verte depuis la suture abdominale, une relaparotomie d'urgence est indiquée le jour même.

L'intervention fait apparaître une déhiscence presque complète des fascias et une péritonite sévère des quatre quadrants avec une grande quantité d'ascite qui est aspirée avant de continuer l'inspection. Des dépôts fibrineux et des impuretés sont observés dans toute la cavité abdominale. Pour le retrait partiel des dépôts de fibrine, des parties du péritoine et de l'épiploon doivent également être excisés.

Initialement, l'anastomose colorectale ne présente aucune déhiscence à l'examen visuel, mais une suspicion de suture insuffisante est néanmoins diagnostiquée en présence d'une contamination par le contenu de l'intestin.

L'anastomose est révisée sans excision ou nouvelle création.

Un lavage abondant avec env. 35 l de solution est ensuite réalisé et documenté en conséquence.

Un pansement à pression négative est appliqué sur l'abdomen ouvert et le patient est transféré en soins intensifs.

Le pansement à pression négative est remplacé sur l'abdomen ouvert au 7^e jour postopératoire (jour B) et au 9^e jour postopératoire (jour C).

Au 11^e jour postopératoire (jour D), la paroi abdominale est refermée et un pansement à pression négative sous-cutané est appliqué sur les fascias.

L'évolution étant optimale et la granulation bonne, le retrait du pansement à pression négative sous-cutané et la fermeture définitive de l'abdomen ont lieu au 15^e jour postopératoire (jour E).

Toutes les opérations se sont déroulées sous anesthésie générale.

DP	K57.23	Diverticulite du côlon avec perforation, abcès et saignement	
DS	K65.09	Péritonite aiguë, autres et sans précision	
DS	Y84.9!	Incidents dus à des mesures médicales, sans précision	
DS	K91.83	Insuffisances d'anastomoses et sutures après opérations d'autres organes du système digestif	
DS	R18	Ascite	
DS	T81.3	Désunion d'une plaie opératoire, non classée ailleurs	

TP	Sigmoïdectomie ouverte et toutes les autres étapes chirurgicales décrites	
TS	45.98.12 Révision d'anastomose du gros intestin	(jour A)
TS	54.25 Lavage péritonéal	(jour A)
TS	54.4X.99 Excision ou destruction de tissu péritonéal et de lésion péritonéale, autre	(jour A)
TS	54.4X.12 Excision d'épiploon	(jour A)
TS	86.88.13 Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, à l'abdomen ouvert	(jour A)
TS	93.57.15 Thérapie par pression négative continue, au moins 7 à 13 jours de traitement	(date jour A)
TS	86.88.13 Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, à l'abdomen ouvert	(jour B)
TS	86.88.13 Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, à l'abdomen ouvert	(jour C)
TS	86.88.15 Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, au tissu cutané et sous-cutané	(jour D)
TS	54.61 Fermeture d'éviscération post-opératoire de la paroi abdominale	(jour D)
TS	54.62 Autre suture différée de plaie abdominale granulante	(jour E)
TS	99.B7.1- Traitement complexe de médecine intensive chez l'adulte (procédure de base), selon le nombre de points de dépense	(jour A)

Exemple 3 – thérapie par pression négative à 2 localisations différentes pendant le même intervalle de temps

Une patiente est hospitalisée pour un carcinome du plancher buccal antérieur, côté droit, avec métastases ganglionnaires cervicales à droite. Elle doit subir une hémimandibulectomie du côté droit (jour 1) avec réparation par transplant fibulaire microvasculaire préformé (du côté droit). De plus, une dissection radicale modifiée des ganglions lymphatiques cervicaux est réalisée des deux côtés.

Sur le site de prélèvement du membre inférieur, il se produit une nécrose du transplant de peau d'épaisseur partielle (étendu) qui a servi à couvrir le défaut après prélèvement.

Après retrait du transplant, excision des bords de la plaie (étendue) et débridement des tissus mous (étendu), un pansement à pression négative est appliqué en profondeur sur l'os au 5^e jour. La zone présente des altérations inflammatoires.

Le site de prélèvement du transplant de peau d'épaisseur partielle sur l'avant-bras gauche se montrant également nécrotique et inflammatoire, un pansement à pression négative sous-cutané y est appliqué après débridement étendu (également au 5^e jour).

Le premier changement chirurgical des pansements à pression négative a lieu au 8^e jour sur les deux localisations.

Le retrait du pansement à pression négative sous-cutané à l'avant-bras gauche et le changement à la partie inférieure de la jambe droite ont lieu au 10^e jour.

Lors d'une autre opération réalisée au 13^e jour, un transplant de peau d'épaisseur partielle étendu est finalement greffé sur la jambe droite après retrait du pansement à pression négative et débridement étendu (5 cm²).

DP	C04.0	Tumeur maligne du plancher antérieur de la bouche	
L	1		
DS	C77.0	Tumeur maligne des ganglions lymphatiques de la tête, de la face et du cou, secondaire et non précisée	
L	1		
DS	T86.51	Nécrose d'une greffe de peau	
L	1		
DS	Y84.9!	Incidents dus à des mesures médicales, sans précision	
DS	R02.02	Nécrose de la peau et du tissu sous-cutané, non classée ailleurs, avant-bras et poignet	
L	2		
DS	T81.4	Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classée ailleurs	
L	0		
TP		Hémimandibulectomie avec réparation, etc. selon toutes les étapes opératoires documentées	(jour 1)
L	1		
TS	86.41.1C	Excision radicale et étendue de lésion ou de tissu cutané et sous-cutané, sans fermeture primaire de la plaie, à la jambe	(jour 5)
L	1		
TS	86.2B.4E	Débridement sous anesthésie locale par infiltration, régionale ou générale, étendu, autre site	(jour 5)
L	0		
TS	86.88.11	Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, à portée profonde, aux os et articulations des extrémités	(jour 5)
L	1		

TS	86.88.15	Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, au tissu cutané et sous-cutané	(jour 5)
L	2		
TS	93.57.15	Thérapie par pression négative continue, au moins 7 à 13 jours de traitement	(date jour 5)
L	0		
TS	86.88.11	Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, à portée profonde, aux os et articulations des extrémités	(jour 8)
L	1		
TS	86.88.15	Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, au tissu cutané et sous-cutané	(jour 8)
L	2		
TS	86.88.11	Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, à portée profonde, aux os et articulations des extrémités	(jour 10)
L	1		
TS	86.2B.4E	Débridement sous anesthésie locale par infiltration, régionale ou générale, (jour 13)	étendu, autre site
L	1		
TS	86.6B.2C	Grefe autologue de peau d'épaisseur partielle, étendue, à la jambe	(jour 13)
L	1		

Autres exemples, très simplifiés:

Exemple 4

- 01.01. – 05.01. 5 jours de thérapie par pression négative à l'abdomen **ouvert**
 01.01. – 05.01. 5 jours de thérapie par pression négative supplémentaires, à portée profonde, aux os des extrémités
 05.01. – 09.01. 5 jours de thérapie par pression négative, **sous-cutanée**, abdomen **ou autre localisation**

Codage:

86.88.13	Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, à l'abdomen ouvert	01.01.
86.88.11	Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, à portée profonde, aux os et articulations des extrémités	01.01.
86.88.15	Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, au tissu cutané et sous-cutané	05.01.
93.57.15	Thérapie par pression négative continue, au moins 7 à 13 jours de traitement	01.01.

Étant donné que du 01.01 au 05.01, la thérapie par pression négative de l'abdomen ouvert (86.88.13) et celle de l'extrémité (86.88.11) ont eu lieu simultanément, il faut choisir comme somme finale

93.57.15 Thérapie par pression négative continue, au moins 7 à 13 jours de traitement pour une thérapie par pression négative d'une durée de 9 jours.

La date de la procédure à indiquer est 01.01.

Le 05.01 ne doit pas être compté deux fois comme jour individuel, même s'il y a eu un changement (fin du traitement à l'abdomen ouvert) de la thérapie par pression négative de l'abdomen ouvert à la thérapie sous-cutanée à l'abdomen **ou à une autre localisation** (nouvelle pose à une autre localisation).

Exemple 5

Admission 05.02.

- 06.02. Pose de pansements à pression négative à l'abdomen, côté gauche, sous-cutané, et la partie inférieure de la jambe droitesous-cutané (anesthésie générale)
 09.02. Changement des pansements à pression négative aux deux localisations (anesthésie générale)
 12.02. Transfert dans un autre hôpital de soins aigus pour la poursuite du traitement avec les pansements à pression négative à la jambe et à l'abdomen

Codage:

86.88.15	Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, au tissu cutané et sous-cutané	06.02.
L	0	
86.88.15	Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, au tissu cutané et sous-cutané	09.02.
L	0	
93.57.15	Thérapie par pression négative continue, au moins 7 à 13 jours de traitement	06.02.

Étant donné que les jours de la pose, du remplacement et le jour commencé du transfert sont additionnés pour définir la durée de la thérapie par pression négative des pansements à pression négative en place, il en découle une durée totale de 7 jours.

Exemple 6

Hospitalisation 01.03.-20.03.

- 01.03. Pose d'un pansement à pression négative à l'abdomen ouvert
- 05.03. Remplacement du pansement à pression négative à l'abdomen ouvert
- 10.03. Fermeture de l'abdomen, retrait du pansement à pression négative

Plus tard lors du séjour:

- 15.03. Pose d'un pansement à pression négative **sous-cutané** à l'abdomen en raison de désunion des sutures
- 18.03. Fermeture du tissu cutané et sous-cutané à l'abdomen après retrait du pansement à pression négative

Codage:

86.88.13	Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, à l'abdomen ouvert	01.03.
86.88.13	Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, à l'abdomen ouvert	05.03.
93.57.16	Thérapie par pression négative continue, au moins 14 à 20 jours de traitement	01.03.
	Fermeture de l'abdomen selon la documentation médicale	10.03.
86.88.15	Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, au tissu cutané et sous-cutané	15.03.
	Fermeture du tissu cutané et sous-cutané selon la documentation médicale	18.03.

Dans cet exemple aussi, les jours de la pose (01.03 et 15.03) ainsi que le jour du remplacement (05.03) entrent dans la saisie de la durée totale.

Étant donné qu'aucun traitement par pression négative n'a eu lieu les 11, 12, 13 et 14.03, ces jours du séjour hospitalier ne peuvent pas être ajoutés à la durée totale de la thérapie par pression négative.

2.5.2. Traitement en unité de soins intensifs ou en unité de soins intermédiaires

Concerne toutes les versions linguistiques

Traitement en USI ou en U-IMC

Pour calculer le nombre de points de dépense qui servent à saisir correctement les codes pour le traitement en unité de soins intensifs (USI) (99.B7.-) ou en unité de soins intermédiaires (U-IMC) (99.B8.-), sont utilisés toutes les valeurs des NEMS relevés par période d'horaire des soins et, une fois par séjour en USI/U-IMC, le SAPS II, le CRIB II ou le PIM II, conformément aux indications du MDSi¹/MDSimc.

Gravité de la maladie aiguë »Score de charge de travail (NEMS) dans l'USI »

Pour déterminer le code CHOP approprié des sous-catégories correspondantes 99.B7.- et 99.B8.-, procéder comme suit:

Le nombre de points de dépense est calculé à partir du score SAPS II (ou PIM II, CRIB II) + somme des NEMS de toutes les périodes.

Pour une période de 8 heures, les NEMS sont additionnés, pour les périodes de 12 heures, la somme totale des NEMS est multipliée par 1,5.

Si une patiente ou un patient est soigné(e) plusieurs fois au cours d'un cas stationnaire dans une unité de soins intensifs et/ou une unité de soins intermédiaires du même hôpital, ou successivement dans différentes unités de soins intensifs/intermédiaires du même hôpital (également avec plusieurs sites), les sommes de tous les NEMS des différents séjours et le SAPS II, le CRIB II ou le PIM des séjours respectifs sont additionnés et le code CHOP correspondant à la somme totale est saisi.

En cas de transfert/transport d'une patiente ou d'un patient pendant **un cas stationnaire**

- de l'USI du **site A** à l'USI du **site B** du même hôpital **ou**
- de l'U-IMC du **site A** à l'U-IMC du **site B** du même hôpital **ou**
- de l'USI A à l'USI B au sein du **même site hospitalier** **ou**
- de l'U-IMC A à l'U-IMC B au sein du **même site hospitalier** **ou**
- de l'**USI du site A** à l'**U-IMC du site B** du même hôpital ou vice versa **ou**
- de l'**USI** à l'**U-IMC** au sein du **même site hospitalier** ou vice versa **ou**
- transfert externe de l'USI/U-IMC d'un hôpital à l'USI/U-IMC d'un autre hôpital ou vice versa

aussi bien **l'établissement qui transfère que celui qui admet le patient** relève pour la période d'horaire de soins respective, **même si le transfert a lieu dans la même période**, les NEMS correspondants et, selon les indications, le SAPS II, le PIM II ou le CRIB II.

Sont considérés comme établissement d'admission les USI/U-IMC (selon les directives de la SSMI et/ou de la CRUIMC, unités d'organisation individuelles certifiées) au sein d'un même site hospitalier, les USI/U-IMC de différents sites d'un hôpital ou les hôpitaux entièrement différents.

Ces dispositions s'appliquent également aux courts séjours de < 24h en unité de soins intensifs et/ou en unité de soins intermédiaires. Les directives de la Société Suisse de Médecine Intensive (SSMI) et de la Commission de reconnaissance des unités de soins intermédiaires (CRUIMC) s'appliquent.

2.6. S0202j Choix et ordre des diagnostics

Concerne toutes les versions linguistiques

[..]

Les maladies étiologiquement liées à une tumeur sont notamment les suivantes:

- métastases cérébrales **ou méningiome bénin**: épilepsie
- carcinome bronchique: pneumonie post-sténotique
- métastases osseuses: fracture du corps vertébral
- métastases osseuses: anémie
- carcinome de la tête du pancréas: défaillance hépatique due à une obstruction du canal cholédoque
- carcinome du côlon: iléus mécanique

[..]

Exemple 5

Admission d'une patiente ayant connu pour la première fois une crise tonico-clonique.

L'examen diagnostique, incluant notamment un scanner crânien, révèle une épilepsie structurale due à une masse frontale avec suspicion de méningiome bénin de la faux.

Une médication avec des anti-épileptiques est établie et un traitement du méningiome va être proposé à la patiente à moyen terme.

DP	D32.0	Tumeur bénigne des méninges, méninges cérébrales
DS	G40.2	Épilepsie et syndromes épileptiques symptomatiques définis par leur localisation (focale, partielle) avec des crises partielles complexes

Exemple ~~5-6~~ Exemple ~~6-7~~

Exemple ~~7-8~~

Exemple ~~8-9~~

Exemple ~~9-10~~

2.7. S0216**bj** Opérations prophylactiques en raison de facteurs de risques

Concerne toutes les versions linguistiques

Ces opérations sont effectuées p. ex. lors de diagnostics tels qu'un cancer du sein ou de l'ovaire dans l'anamnèse familiale, une prédisposition génétique, ~~une douleur chronique~~, une infection chronique, un carcinome mammaire lobulaire dans le sein controlatéral, un carcinome mammaire in situ ou une mastopathie fibrokystique. Ces états doivent être codés en diagnostic principal.
[...]

2.8. S0217j Traitement palliatif

Concerne toutes les versions linguistiques

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

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

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

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

[...]

Ajout à la note:

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

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

2.9. S0903i Thrombose ou occlusion de stent ou de pontage coronaire

Concerne toutes les versions linguistiques

En raison de l'adoption de la CHOP 2021 au 1er janvier 2021, dans la règle de codage S0903 mentionnée ci-dessus, le code *36.04 «Perfusion d'agent thrombolytique dans une artère coronaire»* doit être remplacé par le code *00.66.38 «Intervention vasculaire transluminale percutanée sur les coronaires, thrombolyse sélective»*.

2.10. S1001j Respiration en unité de soins intensifs ou en unité de soins intermédiaires

Concerne toutes les versions linguistiques

S1001j Respiration artificielle

Définition

L'assistance respiratoire («respiration artificielle») est un procédé dans lequel le gaz est insufflé dans les poumons à l'aide d'une installation mécanique. La respiration est soutenue par le renforcement ou le remplacement de la propre capacité respiratoire **des patientes et patients**.

Ventilation mécanique en unité de soins intensifs

Dans la respiration artificielle, la patiente ou le patient est généralement intubé ou trachéotomisé et ventilé en permanence. Pour les patientes et les patients pris en charge aux soins intensifs*, la respiration mécanique peut se faire également à l'aide de systèmes de masques, si ceux-ci sont utilisés en lieu et place de l'intubation ou de la trachéotomie.

La CPAP est une mesure d'assistance respiratoire et ~~ne~~ n'est pas considérée comme une respiration artificielle.

* La prise en charge aux soins intensifs doit être clairement documentée (surveillance, protocoles de ventilation, etc.) et exige une infrastructure et un personnel adéquats. Il s'agit d'unités de soins intensifs reconnues (l'IMC et les salles de réveil n'en font en aucun cas partie). Les patientes et les patients n'ayant pas besoin d'une prise en charge aux soins intensifs (p. ex. disposant déjà d'un service de ventilation à domicile et admis pour une chimiothérapie programmée, etc.) ne sont pas concernés.

La ventilation mécanique en USI est prise en compte pour la saisie du NEMS USI. Les heures de ventilation sont saisies dans le champ 4.4.V01 «Durée de la ventilation artificielle».

Ventilation mécanique en unité de soins intermédiaires (U-IMC)

La ventilation artificielle est réalisée le plus souvent au moyen de systèmes de masque en U-IMC**. Cependant, une ventilation invasive par intubation trachéale ou trachéostomie est parfois possible.

La CPAP est une mesure d'assistance respiratoire et n'est pas considérée comme une ventilation mécanique.

** La prise en charge en unité de soins intermédiaires doit être clairement documentée (surveillance, protocoles de ventilation, etc.) et exige une infrastructure et un personnel adéquats. Il s'agit d'U-IMC reconnues (l'USI et les salles de réveil n'en font pas partie). Les patientes et patients n'ayant pas besoin d'une prise en charge en U-IMC (par ex. disposant déjà d'un service de ventilation à domicile et admis pour une chimiothérapie programmée, etc.) ne sont pas concernés. La ventilation mécanique en U-IMC est prise en compte pour la saisie du NEMS U-IMC. La saisie des heures de ventilation dans un champ de l'OFS prévu à cet effet (de manière analogue à 4.4. V01 «Durée de la ventilation artificielle») n'a pas lieu.

2.11. S1505j Règles spéciales pour l'accouchement

Concerne toutes les versions linguistiques

[...]

Travail prolongé

[...]

Prélèvement de cellules souches pour la cryoconservation

Le prélèvement de cellules souches dans le sang du cordon ombilical pour la cryoconservation (principalement la veine du cordon ombilical, selon les instructions du fabricant et le volume de sang disponible dans le cordon ombilical) est représenté par le code 41.0A.31 *Prélèvement de cellules souches hématopoïétiques dans le sang du cordon ombilical, autologue* dans le cas d'un nouveau-né.

Peu importe alors que le prélèvement soit effectué directement après une césarienne primaire/secondaire ou un accouchement par voie vaginale.

Il faut cependant prendre en compte que le code ne doit **pas être utilisé dans le cas de la mère**, mais uniquement dans le cas du nouveau-né.

Il s'agit d'un prélèvement de sang du cordon ombilical qui présente une forte concentration en cellules souches hématopoïétiques. Ces cellules souches sont cryoconservées et stockées pendant des années, car elles pourraient aider à traiter certaines maladies pouvant survenir plus tard dans la vie du nouveau-né (ou de ses frères et sœurs), telles que la leucémie, l'anémie ou les maladies du système immunitaire.

[...]

2.12. S1804fj Diagnostics et traitements de la douleur

Correction du titre de la règle de codage S1804

Ne concerne que la version française de la circulaire

« S1804 j Diagnostics ~~de douleur et méthodes de~~ traitements de la douleur »

Concerne toutes les versions linguistiques

Douleur aiguë

La douleur aiguë s'accompagne généralement d'une lésion/affection des structures tissulaires. Elle est considérée comme un «symptôme» et/ou comme ce que l'on appelle une «fonction d'alerte» de l'organisme.

Lorsqu'une patiente ou un patient est traité en raison de douleurs postopératoires aiguës et/ou liées à un traumatisme et/ou en raison de douleurs **aiguës** étiologiquement liées à une affection/un état/une manifestation (par ex. appendicite, péritonite, ischémies **aiguës**, iléus, douleurs **aiguës** en raison d'infiltrations tumorales (primaires et/ou métastases), effets secondaires médicamenteux, complications et/ou troubles postopératoires, etc.), le code CIM-10-GM **R52.0 Douleur aiguë** doit **pas** être saisi.

Il faut saisir:

- les affections/traumatismes (également intra-opératoires et/ou iatrogènes)

- les autres états

- les autres manifestations

qui déclenchent la douleur **aiguë**.

Le code CIM-10-GM **R52.0 Douleur aiguë** est utilisé uniquement lorsque l'origine de la douleur est inconnue, ne peut être identifiée ni définie.

Les codes des autres rubriques, qui figurent sous l'exclusion de la catégorie R52., par ex. **R07.1 Douleur thoracique respiratoire**, **R10.2 Douleur pelvienne et périnéale**, **M25.5- Douleur articulaire**, etc. sont également utilisés uniquement lorsque l'origine de la douleur ne peut être déterminée ni documentée.

Exemple 1

Un patient de 69 ans se présente au service des urgences pour des douleurs abdominales violentes et soudaines.

Il est hypotendu et a des sueurs froides. Tout l'abdomen est douloureux à la pression.

Le diagnostic indique une occlusion vasculaire aiguë (vraisemblablement thrombotique) du tronc cœliaque dans un contexte d'artériosclérose généralisée et de signes d'ischémie intestinale. Le patient est opéré en urgence. L'opération confirme les diagnostics.

DP	K55.0	Troubles vasculaires aigus de l'intestin
DS	I74.8	Embolie et thrombose d'autres artères
DS	I70.9	Athérosclérose généralisée et sans précision

Exemple 2

Une patiente se présente avec des douleurs thoraciques aiguës avec punctum maximum de courte durée sur le cœur.

Il n'y a pas de maladies cardiaques ou vasculaires antérieures connues.

Un examen d'urgence du cœur gauche (angiographie coronarienne et ventriculographie) ne montre aucune anomalie structurelle du cœur ou des vaisseaux coronariens et permet d'exclure une cardiopathie ischémique.

Un diagnostic approfondi des autres systèmes organiques potentiellement atteints (p.ex. poumons, œsophage, estomac, système musculo-squelettique) ne donne aucun résultat.

La patiente sort de l'hôpital au bout de 2 jours.

DP	R07.2	Douleur précordiale
----	-------	---------------------

Exemple 3

Un patient se présente avec une douleur rétrosternale, une sensation d'oppression et une dyspnée d'effort. Un examen électif du cœur gauche (angiographie coronarienne et ventriculographie) est réalisé. Il ne montre aucune anomalie structurelle du cœur et des vaisseaux coronariens qui pourrait être à l'origine de l'angine de poitrine stable présente depuis quelques semaines.

Cependant, les analyses de laboratoire réalisées à chaque admission montrent une anémie sévère d'étiologie inconnue qui est considérée comme l'origine de l'ischémie cardiaque.

Le patient reçoit 2 concentrés érythrocytaires durant le même séjour et il lui est demandé de revenir à une date ultérieure pour un diagnostic approfondi.

DP	I20.8	Autres formes d'angine de poitrine
ND	D64.9	Anémie, sans précision

Les traitements de la douleur peuvent être différenciés en procédés opératoires et méthodes non opératoires.

Exemples de procédés **opératoires** de traitement de la douleur (liste non exhaustive):

- Implantation de neurostimulateurs et/ou d'électrodes (de test)
- Implantation de pompes antidouleur (sous-cutanées notamment)
- Section de nerfs
- Décompression de nerfs
- Autres opérations réalisées pour remédier aux causes de douleurs aiguës (opération d'une hernie discale, par ex.)

Note: les procédés opératoires de traitement de la douleur doivent être codés **obligatoirement** selon les règles de codage G52, G54, G55 et G56.

Exemples de méthodes **non opératoires** de traitement de la douleur (liste non exhaustive):

- Anesthésie péridurale (PDA)
- Anesthésie rachidienne
- Cathéter péridural
- Analgésie contrôlée par le patient (PCA), parentérale et/ou péridurale
- Analgo-sédation
- Analgésies médicamenteuses orales ou intraveineuses
- Traitements physiques de la douleur
- Anesthésie régionale périphérique, p.ex. bloc pudendal et bloc du plexus,
- Schémas thérapeutiques antidouleur

Note:

Les procédures utilisées pour court-circuiter la douleur lors d'une opération/d'une intervention/d'un acte diagnostique ne sont **pas** codées.

Les méthodes obstétriques non opératoires de traitement de la douleur constituent une exception à cette règle.

Remarque:

Dans le contexte obstétrique, les méthodes **non opératoires** de traitement de la douleur, à l'exception du traitement de la douleur postopératoire, doivent être codées.

Il s'agit, par exemple, de l'analgésie contrôlée par le patient (PCA), parentérale et/ou péridurale, du cathéter péridural, de l'anesthésie rachidienne utilisée (à de rares occasions) pour contrer la douleur lorsqu'il n'est pas possible de poser un cathéter péridural, ou du bloc pudendal par voie transvaginale pour faciliter la période d'expulsion lors d'un accouchement spontané ou vaginal opératoire (extraction par ventouse, forceps, par ex.).

La règle de codage S1505 est à prendre en compte.

Si un bloc pudendal par voie vaginale est utilisé pour faciliter la période d'expulsion, il devra être codé comme suit selon le type d'accouchement:

Accouchement spontané:	<i>04.81.11 Injection d'anesthésique et d'analgésique au contact de nerfs périphériques pour traitement de la douleur sans imagerie</i>
Accouchement vaginal opératoire:	<i>04.81.42 Injection d'anesthésique au contact de nerfs périphériques pour anesthésie lors d'examens et interventions</i>

Les méthodes **non opératoires** de traitement de la douleur dans le contexte de la douleur **aiguë** ne doivent être saisies au moyen d'autres règles de codage publiées dans ce manuel que s'il s'agit de la **seule** mesure réalisée lors de l'hospitalisation.

Les méthodes **non opératoires** de traitement de la douleur utilisées directement ou de manière différée dans le cadre des traitements postopératoires habituels de la douleur (par ex. cathéter péridural après une chirurgie viscérale majeure) ne doivent **pas** être codées, quel que soit le moment où elles ont été mises en œuvre.

Les dépenses relatives aux **méthodes non opératoires de traitement de la douleur** utilisées dans le cadre de douleurs **aiguës** sont prises en compte par les codes de la CIM-10-GM qui constituent le motif de l'intervention chirurgicale et de ses conséquences (par ex. la raison de douleurs postopératoires plus importantes).

Remarque:

Le code CHOP 93.A3.3- *Traitement complexe des douleurs aiguës, selon le nombre de jours de traitement* peut néanmoins, contrairement aux instructions susmentionnées, être utilisé pour les états douloureux aigus sévères après une opération, lors de traumatismes et/ou de douleurs tumorales exacerbées (**aiguës**), etc. si les caractéristiques minimales sont remplies de manière documentée. Le «Coder aussi» du code CHOP doit impérativement être pris en compte.

Exemple 4

Un patient doit subir une colectomie subtotale en raison d'une colite ulcéreuse sévère. Il reçoit un cathéter péridural pour la prise en charge postopératoire de la douleur.

Pas de codage du cathéter péridural.

Exemple 5

Un patient doit subir une colectomie subtotale ouverte en raison d'une colite ulcéreuse sévère.

Il reçoit un cathéter péridural pour la prise en charge postopératoire de la douleur.

Malgré toutes les mesures préventives, les douleurs postopératoires sont si fortes et persistantes que les dépenses entreprises et documentées autorisent l'utilisation du code CHOP 93.A3.3- pour le traitement de la douleur aiguë.

L'hospitalisation est prolongée de 20 jours en raison de la prise en charge compliquée des douleurs.

DP K51.9 Recto-colite hémorragique, sans précision

TP 45.81.11 Colectomie subtotale, par chirurgie ouverte

TS 93.A3.3- Traitement complexe des douleurs aiguës, selon le nombre de jours de traitement

TS 03.91.11 Injection d'anesthésique et d'analgésique dans le canal rachidien pour traitement de la douleur

Exemple 6

5 jours après une opération étendue d'une hernie cicatricielle abdominale étranglée, un hématome postopératoire étendu provoque de fortes douleurs à la pression chez une patiente.

Celle-ci reçoit une PCA parentérale au 5^e jour postopératoire et, à partir de là, des traitements physiques de la douleur.

Ces mesures permettent finalement d'éviter une intervention chirurgicale pour évacuer l'hématome.

DP K43.0 Hernie incisionnelle, incarcerated, avec occlusion, sans gangrène

DS T81.0 Hémorragie et hématome compliquant un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classés ailleurs

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

La PCA et les traitements physiques de la douleur ne sont pas codés.

Douleur chronique/résistante au traitement

Un contexte de douleurs chroniques peut entraîner la perte de la «fonction d'alerte» (voir sous «Douleur aiguë»). Les facteurs psychologiques et leur traitement sont également pertinents pour la prise en compte et le traitement de la douleur chronique.

La douleur chronique a sa propre valeur pathologique. Une dissociation potentiellement présente de la douleur et des lésions tissulaires identifiables sert notamment à différencier la douleur chronique de la douleur aiguë.

Le(s) diagnostic(s) de douleur chronique doi(ven)t être documenté(s) sur le plan médical pour pouvoir appliquer la règle de codage suivante.

1) Si un patient est hospitalisé spécialement **pour le traitement de la douleur** et que ce traitement constitue la dépense principale du séjour, le code de la **localisation de la douleur doit être indiqué en diagnostic principal**. La maladie sous-jacente à l'origine de la douleur chronique doit être codée en plus, contrairement à la règle de codage sur le diagnostic supplémentaire (G54).

Exemple 7

Une patiente est hospitalisée pendant 7 jours en raison de douleurs chroniques à la respiration, dans la région thoracique droite (syndrome thoracique). Les douleurs sont documentées comme chroniques par les médecins en charge du traitement et attribuées entre autres à une ostéoporose post-ménopausique avérée et un mauvais point d'appui, en particulier dans la zone cervico-thoracique de la colonne vertébrale. Il n'y a pas de fractures ou d'empreintes ostéoporotiques.

La patiente est très fortement limitée dans son quotidien et souffre de troubles psychiques associés, en particulier de dépression réactive aiguë de gravité modérée.

Elle reçoit une PCA parentérale pendant 5 jours, une physiothérapie régulière, un schéma médicamenteux adapté à la situation et des visites de gestion de la douleur.

En outre, une consultation psychiatrique a lieu pendant le séjour et débouche sur un traitement antidépresseur médicamenteux.

DP	M54.6	Rachialgies dorsales
DS	M81.08	Ostéoporose post-ménopausique sans fracture pathologique, autres localisations
DS	F32.1	Épisode dépressif moyen
TP	PCA	
TS	Visites de gestion de la douleur	

Note:

les diagnostics suivants font exception à la section «Douleur chronique/résistante au traitement» ci-dessus :

F45.4-	Syndrome douloureux persistant
G43.-	Migraine
G44.-	Autres syndromes d'algies céphaliques
G54.6	Syndrome douloureux du membre fantôme
G90.5-	Syndrome douloureux régional complexe, type I
G90.6-	Syndrome douloureux régional complexe, type II
G90.7-	Syndrome douloureux régional complexe, autre type et type non précisé

et

douleurs tumorales **chroniques** (voir règle de codage S0202).

Si les diagnostics mentionnés ci-dessus sont documentés, ce n'est pas la localisation de la douleur mais le diagnostic désigné/documenté qui doit être codé comme diagnostic principal, si la définition de la règle de codage G52 s'applique.

En présence d'un autre motif principal d'hospitalisation, la règle de codage pour le diagnostic supplémentaire G54 s'applique.

Voir point 3 à ce sujet.

Le syndrome douloureux général complexe (Complex Regional Pain Syndrome - CRPS) et d'autres états sous G43.-, G44.- et G54.6 peuvent survenir aussi bien de manière aiguë que chronique.

Selon la documentation médicale sur la durée des symptômes, la règle de codage pour la douleur aiguë ou pour la douleur chronique s'applique.

Dans les cas concernés, le CRPS, la migraine, **etc.** est directement saisi(e) et non les symptômes typiques, tels que douleur persistante dans un membre, hyperthermie, teints livides ou autres, sensibilité au froid, gonflements, limitations fonctionnelles, myoclonies et/ou atrophie (CRPS) ou nausées, hémicrânie, scotomes scintillants colorés et/ou sensations d'aura (migraine) etc.

En cas d'affections sous-jacentes (chroniques) existantes (pouvant donner) donnant lieu à des exacerbations aiguës, le code dépend du type de traitement.

Si le traitement vise à soulager les douleurs aiguës (par ex. G44.0 Algie vasculaire de la face ou douleurs tumorales chroniques à exacerbation aiguë), la règle de codage pour la douleur aiguë est appliquée.

S'il s'agit du traitement de l'affection chronique sous-jacente (par ex. traitement de sevrage et/ou de la douleur lors de maux de tête chroniques d'origine médicamenteuse), la règle de codage pour la douleur chronique est appliquée.

Exemple 8

Admission d'une patiente de 76 ans pour traitement multimodal de la douleur 13 mois après le traitement chirurgical d'une fracture du radius distal gauche consécutive à une chute.

La patiente souffre d'une limitation fonctionnelle, de douleurs cuisantes persistantes au repos avec une composante supplémentaire au toucher fortement marquée. La main gauche montre également un tremblement.

L'anamnèse indique un traitement antérieur de la douleur qui a échoué et une consommation croissante d'analgésiques à l'initiative de la patiente avec une non-observance des prescriptions médicales.

Les autres résultats montrent une AOMI de stade 2b (classification de Leriche et Fontaine) à la jambe droite et une insuffisance ventriculaire gauche NYHA 2 après infarctus du myocarde 2 ans auparavant.

La documentation médicale mentionne le diagnostic «CRPS chronique de type 1 à la main gauche», les caractéristiques minimales pour le codage du traitement multimodal de la douleur (11 jours) sont remplies selon la documentation médicale. Concernant les diagnostics supplémentaires existants, une dépense >0 est indiquée.

Au cours du traitement, une composante psychologique supplémentaire se révèle sous forme d'épisode modéré de dépression récidivante.

DP	G90.50	Syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur, type 1
L	2	
DS	I70.22	Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec douleur ischémique à l'effort, distance de marche de moins de 200 m
L	1	
DS	I50.12	Insuffisance cardiaque gauche, avec symptôme en cas d'effort important
DS	I25.22	Infarctus du myocarde, ancien, survenu il y a 1 an ou plus
DS	F33.1	Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen
DP	93.A2.44	Traitement multimodal de la douleur, d'au moins 7 à 13 jours de traitement

Les méthodes **non opératoires** de traitement de la douleur dans le contexte de la douleur **chronique** ne doivent être saisies au moyen d'autres règles de codage publiées dans ce manuel que s'il s'agit de la **seule** mesure réalisée lors de l'hospitalisation.

Si les caractéristiques minimales des codes CHOP 93.A2.- *Traitement multimodal de la douleur* ou 93.A1 *Traitement multimodal de la douleur, de brève durée* sont remplies, ces codes peuvent être saisis.

Les codes 93.A2.- *Traitement multimodal de la douleur* et 93.A1 *Traitement multimodal de la douleur, de brève durée* peuvent être saisis en présence d'autres affections/états/manifestations représentant la dépense principale du séjour hospitalier, selon les règles de codage G54 et G56.

Il faut prendre en compte le fait que la saisie des codes CHOP pour le traitement complexe de la douleur n'est pas explicitement réservée aux indications mentionnées dans cette règle de codage (S1804).

2) Dans les (rares) cas d'hospitalisation en raison de douleurs chroniques **sans attribution possible de la localisation** (douleurs diffuses par ex.) **et/ou** sans affectation possible à une cause, les codes

R52.1 Douleur chronique irréductible **ou**

R52.2 Autres douleurs chroniques

peuvent être utilisés, si la définition du diagnostic principal (G52) est remplie.

Exemple 9

Un patient est hospitalisé pendant 3 jours pour l'examen d'une douleur chronique, diffuse et résistante au traitement. La douleur est présente depuis env. 8 mois et affecte de plus en plus la qualité de vie du patient.

Le séjour hospitalier ne permet pas de déterminer la cause de la douleur (physique, psychologique) et de l'attribuer à une localisation particulière.

Après élaboration d'un traitement médicamenteux, réalisation d'examens IRM de toute la colonne vertébrale et d'un scanner thorax-abdomen, une consultation psychiatrique a lieu. Toutes les mesures diagnostiques sont peu parlantes.

DP	R52.1	Douleur chronique irréductible
TP	88.97.14	IRM : vue d'ensemble et partielle de la colonne vertébrale
TS	87.41.99	Tomographie axiale computerisée du thorax, autre
TS	88.01.10	Tomographie axiale computerisée de l'abdomen entier
TS	94.19	Diagnostic psychiatrique, autre

3) Dans tous les autres cas d'hospitalisation en raison de douleur chronique, la maladie à l'origine de la douleur doit être indiquée en diagnostic principal, de manière analogue aux instructions de codage sous «Douleur aiguë».

Si les conditions de la règle de codage G52 ne sont pas remplies, c'est la règle de codage G54 qui est appliquée.

Pour les traitements de la douleur avec procédés opératoires et méthodes non opératoires de patientes, resp. patients souffrant de douleurs chroniques, les mêmes conditions que sous la partie « Douleur aiguë » valent.

Exemple 10

Un patient est hospitalisé pour des douleurs chroniques d'intensité croissante (présentes depuis env. 9 mois) dans un contexte de métastases osseuses diffuses dans toute la colonne vertébrale et les os pelviens. Durée totale du séjour: 15 jours.

La tumeur primaire est un carcinome de la prostate métastatique à dissémination lymphatique (bassin, abdomen). Implantation d'une pompe anti-douleur après une administration initialement sous-cutanée d'analgésiques morphiniques.

Pendant le séjour, la veille de la sortie, une chimiothérapie palliative peu complexe est administrée dans le cycle.

DP	C79.5	Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse
L	0	
DS	C61	Tumeur maligne de la prostate
DS	C77.8	Tumeur maligne des ganglions lymphatiques de siège multiple, secondaire et non précisée
TP	03.9B.1-	Implantation ou remplacement d'une pompe de perfusion totalement implantable pour perfusion intrathécale et épidurale
TS	03.90.11	Insertion ou remplacement de cathéter pour perfusion intrathécale et épidurale, cathéter permanent pour perfusion continue
TS	99.25.51	Chimiothérapie non complexe

Exemple 11

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

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

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

DP	I21.1	Infarctus transmural aigu du myocarde, de la paroi inférieure
DS	E11.40 [†]	Diabète sucré, type 2, avec complications neurologiques, non désigné comme décompensé
DS	G63.2*	Polynévrite diabétique
L	0	
TP		Opération de pontage selon les règles de codage qui s'appliquent
TS	93.A1	Traitement multimodal de la douleur, de brève durée

2.13. Directives de codage de la réadaptation – Complément du codage de BB.2

Concerne toutes les versions linguistiques

Le paragraphe «CHOP BB.2-» doit être complété par la phrase suivante.

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

Les codes de la sous-catégorie BB.2- s'appliquent aux cas de réadaptation stationnaire nécessitant des prestations thérapeutiques particulièrement intenses. Les charges décrites à la sous-catégorie BB.2- représentent les prestations qui dépassent d'au moins 25% le nombre minimal de minutes de thérapie par semaine défini dans les prestations de bases pour tout type de réadaptation. Huit (8) types de réadaptation ont été définis pour les prestations complémentaires. Ils sont structurés de la même manière que les codes BA-. Seul un code BB.2- dans un type de réadaptation peut être codé par séjour.

2.14. Directives de codage de la réadaptation – U50.- et U51.-

Concerne toutes les versions linguistiques

L'ampleur de la limitation fonctionnelle ~~à~~ telle que constatée à l'entrée doit être représentée sous forme de diagnostic supplémentaire :

U50.- Limitation fonctionnelle motrice et

U51.- Limitation fonctionnelle cognitive.

En cas de réadaptation en paraplégie, la saisie des codes U50.- et U51.- pour l'ampleur de la limitation fonctionnelle à l'entrée est facultative.

2.15. Directives de codage de la réadaptation – Correction des titres de code

Concerne uniquement les versions linguistiques française et italienne (voir aussi circolare 2021 n. 1)

Sous la partie «Procédures» à l'alinéa 3, les titres des codes cités sont à corriger comme suit.

3) L'affectation aux domaines de prestations (LB pour Leistungsbereich) de ST Reha se poursuivra en 2021 en utilisant le codage analogique suivant :

I Limitation fonctionnelle du système nerveux:

93.19 Exercices non classés ailleurs

II Limitation fonctionnelle du cœur :

93.36.00 Réadaptation cardiaque, SAP

III Limitation fonctionnelle du poumon:

93.9A.00 ~~Pneumologische Rehabilitation, n.n.bez.~~ Réadaptation pulmonaire, SAP

IV Autre limitation fonctionnelle:

93.89.09 ~~Réadaptation pulmonaire, SAP~~ Rééducation, NCA

2.16. Annexe

Concerne toutes les versions linguistiques

En raison de l'adoption de la CIM-10-GM 2021 au 1^{er} janvier 2021, les corrections suivantes sont apportées sous «Liste de diagnostics sélectionnés pouvant faire partie du tableau clinique du «syndrome de pied diabétique»»:

[...]

Ulcère de décubitus, ~~stade 1 de 1er degré~~ L89.0–

Ulcère de décubitus, ~~stade 2 de 2e degré~~ L89.1–

Ulcère de décubitus, ~~stade 3 de 3e degré~~ L89.2–

Ulcère de décubitus, ~~stade 4 de 4e degré~~ L89.3–

Décubitus, ~~stade degré~~ non précisé L89.9–

[...]

3. Informations complémentaires CHOP 2021

Légende: Nouveautés en vert, suppressions en rouge

3.1. 00.4A.- Ajout d'exclusions

Concerne toutes les versions linguistiques

Les «exclusions» suivantes doivent être intégrées dans la sous-catégorie 00.4A.- «Nombre de coils endovasculaires utilisés».

- 00.4A.- Nombre de coils endovasculaires utilisés**
 Nombre de spires métalliques endovasculaires utilisées
 Excl.: Dispositifs d'obturation vasculaires implantés dans le canal artériel de Botal, selon le nombre (00.4G.7-)
 [...]
- 00.4A.5- Coils endovasculaires implantés dans des vaisseaux thoraciques, abdominaux et périphériques, selon le nombre**
 Excl.: Coils endovasculaires implantés dans des vaisseaux rachidiens, selon le nombre (00.4A.6-)
 Insertion de coils endovasculaires extra-longs, selon le nombre (00.4A.4-)
 [...]

3.2. 00.4G.7- Extension des titres aux dispositifs d'obturation

Concerne toutes les versions linguistiques

Les codes supplémentaires du groupe d'éléments 00.4G.7- «Dispositifs d'obturation vasculaires implantés dans le canal artériel de Botal, selon le nombre» doivent être élargis de «Plugs» à «Dispositifs d'obturation» (par ex. filtre parapluie, plug et coil, etc.).

- 00.4G.7- Plugs Dispositifs d'obturation vasculaires implantés dans le canal artériel de Botal, selon le nombre**
 Plugs vasculaires implantés dans le canal artériel de Botal
 Filtres (parapluie) vasculaires implantés dans le canal artériel de Botal
 Coils vasculaires implantés dans le canal artériel de Botal
- 00.4G.71 Plugs Dispositifs d'obturation vasculaires implantés dans le canal artériel de Botal, 1 plug dispositif**
00.4G.72 Plugs Dispositifs d'obturation vasculaires implantés dans le canal artériel de Botal, 2 plugs dispositifs
00.4G.73 Plugs Dispositifs d'obturation vasculaires implantés dans le canal artériel de Botal, 3 plugs dispositifs
00.4G.74 Plugs Dispositifs d'obturation vasculaires implantés dans le canal artériel de Botal, 4 Plugs-dispositifs et plus

3.3. 20.44.14 et 20.45.14 Mastoïdectomie – Correction dans le titre

Concerne uniquement la version allemande (voir Rundschreiben 2021 Nr.1)

3.4. 38.4- et 39.52.- Corrections des exclusions

Concerne toutes les versions linguistiques

Les exclusions sous 38.4- «Résection de vaisseau avec remplacement» et 39.52.-«Autre réparation d'anévrisme» sont des renvois classificatoires (non des «exclusions – omettre le code») et à corriger comme suit.

- 38.4- Résection de vaisseau avec remplacement**
 Excl. Réparation endovasculaire d'un anévrisme (~~39.71-39.79~~) (39.7-)
- 39.52.- Sonstige Korrektur eines Aneurysmas**
 Excl. Réparation endovasculaire d'un anévrisme (~~39.71-39.79~~) (39.7-)

3.5. 38.6- et 39.23 Correction des exclusions

Concerne uniquement la version allemande (voir Rundschreiben 2021 Nr.1)

3.6. 38.7- et 39.79.44 Correction des exclusions

Concerne uniquement la version allemande (voir Rundschreiben 2021 Nr.1)

3.7. 38.7X.11, 38.7X.12, 38.7X.21 et 39.75.13 Système de protection anti-embolie

Concerne toutes les versions linguistiques

Les titres des codes suivants doivent être corrigés afin d'unifier la terminologie utilisée.

38.7X.11	Insertion d'un filtre anti-embolique système de protection anti-embolie dans la veine cave, par chirurgie ouverte
38.7X.12	Ablation d'un filtre anti-embolique système de protection anti-embolie dans la veine cave, par chirurgie ouverte
[..]	
38.7X.21	Insertion transluminale percutanée de filtre dans la veine cave système de protection anti-embolie dans la veine cave
[..]	
39.75.13	Intervention vasculaire transluminale percutanée, autres vaisseaux, emploi de système anti-embolique système de protection anti-embolie (vaisseaux périphériques ou viscéraux)

3.8. 39.72.15 et 39.72.25 indication de la latéralité manquante

Concerne toutes les versions linguistiques

Les indications de la latéralité doivent être ajoutées aux codes 39.72.15 «Embolisation sélective de vaisseaux intracrâniens par plugs» et 39.72.25 «Embolisation sélective de vaisseaux extracrâniens de la tête et du cou par plugs».

39.72.15	Embolisation sélective de vaisseaux intracrâniens par plugs [L]
[..]	
39.72.25	Embolisation sélective de vaisseaux extracrâniens de la tête et du cou par plugs [L]

3.9. 39.75.- Correction du «Coder aussi»

Concerne uniquement la version allemande (voir Rundschreiben 2021 Nr.1)

3.10. 41.0G.- Préparation in vitro de cellules CAR-T et de TIL

Concerne toutes les versions linguistiques.

Les «Notes» sous 41.0G.- «Informations supplémentaires sur le prélèvement et la transfusion de cellules sanguines périphériques» et 41.0G.1- «Préparation in vitro de cellules sanguines périphériques» doivent être adaptées comme suit. La préparation in vitro de cellules CAR-T ne doit être saisie que le cas stationnaire de la transplantation.

41.0G.- Informations supplémentaires sur le prélèvement et la transfusion de cellules sanguines périphériques

Note: Les codes suivants sont des codes supplémentaires. ~~Le prélèvement ou~~ La transplantation de cellules sanguines périphériques doit être codée à part.

41.0G.1- Préparation in vitro de cellules sanguines périphériques

Note: La préparation in vitro ou la transduction in vitro est codée dans la mesure où la préparation ou la transduction est affectée au cas stationnaire. Elle ne doit être codée qu'en lien avec la transplantation.

[...]

3.11. 93.59.5- et 99.84.- Adaptation des exclusions et inclusions

Concerne toutes les versions linguistiques

Les exclusions et inclusions sous le groupe d'éléments 93.59.5- «Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, selon le nombre de jours de traitement» et la sous-catégorie 99.84.- «Isolement» 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

~~Excl.: Isolement (99.84.-)~~

[...]

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-)

3.12. 93.8B.- Soins palliatifs spécialisés – Adaptation des caractéristiques minimales

Concerne toutes les versions linguistiques

Les modifications suivantes dans les caractéristiques minimales de la sous-catégorie 93.8B.- «Soins palliatifs spécialisés» ont été entreprises dans un but d'uniformisation avec le «Document de référence pour les soins palliatifs spécialisés stationnaires», version 3.2, valable à partir du 01.07.2020.

93.8B.- Soins palliatifs spécialisés

Note: [...]

Caractéristique minimale point 1, indication:

~~Surveillance et t~~ Traitement continu sur 24 heures dans une unité de soins palliatifs autonome ~~de médecine palliative (service ou clinique)~~, par une équipe multidisciplinaire/interprofessionnelle spécialisée dans les ~~traitements soins~~ palliatifs particulièrement exigeants et complexes ~~et élaborés~~. Traitement actif intégral pour le contrôle des symptômes et la stabilisation psychosociale de ~~patientes et~~ patients atteints d'une maladie ~~progressive chronique/incurable~~ à un stade avancé et/ou dont l'espérance de vie est limitée. Décision prospective en fonction de la situation avec appel éventuel à des spécialistes.

[...]

Caractéristique minimale point 4, équipe thérapeutique:

- a) composition et direction de l'équipe: équipe multidisciplinaire/interprofessionnelle spécialisée dans les ~~traitements~~ soins palliatifs particulièrement exigeants et complexes ~~et élaborés, sous la direction d'un médecin spécialiste disposant d'une formation continue spécifique en médecine palliative, d'au moins 80 heures, ou~~ sous la direction d'un médecin spécialiste avec ~~formation approfondie interdisciplinaire en médecine palliative~~ titulaire disposant du diplôme de formation approfondie en médecine palliative. La direction professionnelle du traitement 24 h sur 24 peut être assurée par un service de piquet.
- b) soins: direction des soins infirmiers par une personne possédant une qualification complémentaire reconnue en soins palliatifs et au moins ~~6 mois~~ deux ans d'expérience dans le traitement de patients palliatifs.
- c) équipe thérapeutique multidisciplinaire composée de médecins, de personnel soignant et des domaines thérapeutiques suivants: travail social/travail socio-pédagogique/infirmière de liaison, psychologie, physiothérapie, ergothérapie, logopédie, consultation diététique/traitement nutritionnel, accompagnement spirituel, art-thérapie.

3.13. 94.35.1- et 94.35.2- Intervention psychiatrique et psychothérapeutique de crise

Concerne toutes les versions linguistiques

Les caractéristiques minimales des groupes d'éléments 94.35.1- et 94.35.2- doivent être adaptées comme suit.

94.35.1- Intervention psychiatrique et psychothérapeutique de crise en psychiatrie et médecine psychosomatique de l'adulte

Note: [...]

Caractéristique minimale point 2, diagnostic et traitement:

1. Diagnostic psychiatrique et psychothérapeutique complet avec focalisation sur la crise aiguë.
2. ~~Au moins 1~~ contact~~s~~ thérapeutiques~~s~~ individuels ~~prioritaires en urgence~~, non planifiés (en dehors du plan de traitement), donnant une orientation (si nécessaire par 2 thérapeutes ou soignants spécialisés) avec le patient et/ou l'interlocuteur du patient.
3. Unités thérapeutiques d'intervention de crise quotidienne adaptées au patient par l'équipe thérapeutique.
4. Examen médical ou psychologique ou socio-pédagogique de soin plusieurs fois par jour.
5. Visite quotidienne par un médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie ~~ou par un médecin spécialisé ayant pour spécialité interdisciplinaire la médecine psychosomatique et psychosociale (ASMPP).~~

Caractéristique minimale point 3, équipe de traitement:

Équipe interdisciplinaire sous la direction d'un médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie ~~ou d'un médecin spécialisé ayant pour spécialité interdisciplinaire la médecine psychosomatique et psychosociale (ASMPP).~~

L'équipe est composée par ailleurs de:

1. psychothérapeutes médecins et/ou psychologues avec formation complète dans l'une des 3 approches thérapeutiques de l'ISFM (thérapie du comportement, thérapie systémique et thérapie psychodynamique) (ISFM: Institut suisse pour la formation médicale - FMH); ~~pour les médecins/psychologues en formation, supervision par un médecin ou psychologue spécialisé ou par un médecin spécialisé ayant pour spécialité interdisciplinaire la médecine psychosomatique et psychosociale (ASMPP)~~
2. personnes diplômées spécialisées en soins psychiatriques.

[...]

94.35.2- Intervention psychiatrique et psychothérapeutique de crise en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Note: [...]

Caractéristique minimale point 2: diagnostic et traitement:

1. Diagnostic psychiatrique psychothérapeutique complet avec focalisation sur la crise aiguë.
2. ~~Au moins 1~~ contact~~s~~ thérapeutiques~~s~~ individuels ~~prioritaires en urgence~~, non planifiés (en dehors du plan de traitement), donnant une orientation (si nécessaire par 2 thérapeutes ou spécialistes en soins et pédagogie) avec le patient et/ou l'interlocuteur du patient.
3. Unités thérapeutiques d'intervention de crise quotidienne adaptées au patient par l'équipe thérapeutique avec prise en compte de la situation spécifique de l'enfant ou de l'adolescent, p. ex. garantie d'une activité en rapport avec l'âge.
4. Examen médical ou psychologique resp. socio-pédagogique de soin plusieurs fois par jour.
5. Visite quotidienne par un médecin spécialisé en ~~psychiatrie et psychothérapie~~ ~~psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents.~~

[...]

3.14. 94.3A.2- Traitement clinique psychosomatique intégré complexe

Concerne uniquement la version linguistique française

La «caractéristique minimale point 2, traitement» du groupe d'éléments 94.3A.2- «Traitement clinique psychosomatique intégré complexe, selon le nombre de jours de traitement» est à corriger comme suit :

94.3A.2- Traitement clinique psychosomatique intégré complexe, selon le nombre de jours de traitement

Note : [...]

Caractéristique minimale point 2, traitement:

[...]

1. Psychothérapie:

Par semaine au moins 5 séances de psychothérapie médicale ou psychologique individuelles ~~ou~~ et en groupe. Une séance correspond ici à au moins 25 min de thérapie individuelle ou au moins 50 min de thérapie de groupe.

[...]

3.15. 94.92.- Traitement psychothérapeutique complexe multimodal en service de liaison

Concerne uniquement les versions linguistiques française et italienne (voir aussi circolare 2021 n. 1)

Les caractéristiques minimales de la sous-catégorie 94.92.- sont à corriger comme suit.

94.92.- Traitement psychothérapeutique complexe multimodal en service de liaison, selon la durée

Note:

Caractéristiques minimales: traitement de liaison dispensé par un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ou en médecine psychosomatique et **psychothérapie psychosociale** avec certificat (~~ASPPM~~ **ASMPP**), par un autre médecin spécialiste en psychothérapie, ou par un psychologue-psychothérapeute. Anamnèse (détaillée, mettant l'accent sur l'intervention psychothérapeutique).

Application ou instauration des méthodes suivantes en diverses combinaisons selon les spécificités du patient: psychothérapie individuelle ou de groupe, méthodes psychoéducatives, techniques de relaxation ou imaginatives, diagnostic psychologique par des tests, conseil socio-pédagogique, ergothérapie ou thérapie artistique, interventions de soutien en équipe, discussions de cas.

3.16. 99.B7.- und 99.B8.- USI et U-IMC - Nouvelle désignation du document de référence

Concerne uniquement la version allemande (voir Rundschreiben 2021 Nr. 1)

3.17. BA.- Prestation de base en réadaptation – Correction dans la caractéristique minimale point 3

Concerne toutes les versions linguistiques

Une durée minimale moyenne du traitement par semaine est exigée dans les caractéristiques minimales de la prestation de base de tout type de réadaptation. La moyenne de la durée du traitement par semaine pendant le séjour comprend/permit d'éventuelles fluctuations. Ainsi, la phrase «Des durées différentes ne sont possibles que pour des raisons spécifiques au patient (capacité variable du patient) et doivent être documentées.» doit être supprimée de la «Caractéristique minimale point 3, traitement» de la catégorie BA.- «Prestation de base en réadaptation».

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.

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

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

3.18. BA.- «Prestation de base en réadaptation» et BB.2- «Prestation supplémentaire de la thérapie en réadaptation» - Précision dans les caractéristiques minimales

Concerne toutes les versions linguistiques

Dans les caractéristiques minimales «thérapie et formation» des catégories à 3 positions de la catégorie BA.- «Prestation de base en réadaptation», certains traitements et formations apparaissent sous des phrases du type «De plus, si indiqué», «En outre, en fonction des indications individuelles», «En outre, formation/conseil selon les indications individualisées». Ces phrases ont suscité des questions visant à savoir si les traitements et formations cités comptaient dans la durée du traitement. C'est le cas. Les caractéristiques minimales «thérapie et formation» des sous-catégories de la catégorie à 3 positions BB.2- «Prestation supplémentaire de la thérapie en réadaptation, selon le nombre moyen de minutes de thérapie par semaine» sont à comprendre de la même manière. Afin de clarifier cet aspect, les caractéristiques minimales correspondantes doivent être modifiées comme suit.

Les caractéristiques minimales du code BA.2 «Réadaptation psychosomatique» et de la sous-catégorie BB.22.- «Réadaptation psychosomatique, prestation thérapeutique supplémentaire, selon le nombre moyen de minutes de thérapie par semaine » doivent être complétées par «Conseil social».

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.

~~Obligatoirement:~~~~-Physiothérapie~~

Sont obligatoires la physiothérapie ~~E~~en combinaison individualisée avec:

- La thérapie physique
- La logopédie
- L'ergothérapie
- La neuropsychologie
- Le conseil diététique

~~De plus,~~ Non obligatoire, mais utilisé si indiqué, et comptant dans la durée du traitement:

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

[...]

BA.2 Réadaptation psychosomatique

Note: [...]

Caractéristique minimale point 2, thérapie et formation:

Durée hebdomadaire de la thérapie d'au moins 450 min. Les temps indiqués pour les prestations hebdomadaires de traitement et de formation se rapportent à l'ensemble du séjour en réadaptation en tant que moyenne hebdomadaire.

Sont obligatoires la psychothérapie,

combinée avec:

- Physiothérapie
- Ergothérapie
- Thérapie psychosocio-environnementale par un personnel soignant dipl.

~~De plus~~ Non obligatoire, mais utilisé si indiqué, et comptant dans la durée du traitement:

- Conseil diététique
 - Conseil en matière de diabète
 - Conseil social
- [...]

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 est obligatoire

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

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

ainsi que

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

~~En outre, en fonction des indications individuelles~~ Non obligatoire, mais utilisé si indiqué, et comptant dans la durée du traitement:

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

BA.4 Réadaptation cardiaque

Note: [...]

Caractéristique minimale point 2, thérapie et formation:

Le traitement se compose obligatoirement de séances de thérapie et de formation 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.

Thérapies obligatoires par semaine:

a) Physiothérapie active (endurance, force et souplesse, relaxation)

En combinaison individualisée avec:

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

- Thérapie physique

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

~~S'y ajoute en cas d'indication correspondante~~ Non obligatoire, mais utilisé si indiqué, et comptant dans la durée du traitement:

- Conseil social

[...]

BA.5 Réadaptation musculo-squelettique

Note: [...]

Caractéristique minimale point 1, thérapie et formation:

Durée hebdomadaire de la thérapie d'au moins 450 min. Les temps indiqués pour les prestations hebdomadaires de traitement et de formation se rapportent à l'ensemble du séjour en réadaptation en tant que moyenne hebdomadaire. La physiothérapie active fait partie intégrante d'une réadaptation musculo-squelettique.

La physiothérapie active est obligatoire chaque semaine combinée à au moins 2 des domaines suivants:

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

~~En outre, en fonction des indications individuelles~~ Non obligatoire, mais utilisé si indiqué, et comptant dans la durée du traitement:

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

BA.6 Réadaptation en médecine interne et oncologique

Note: [...]

Caractéristique minimale point 1, thérapie et formation:

Durée hebdomadaire de la thérapie d'au moins 450 min. Les temps indiqués pour les prestations hebdomadaires de traitement et de formation se rapportent à l'ensemble du séjour en réadaptation en tant que moyenne hebdomadaire.

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

Les domaines suivants sont ici obligatoires:

- Physiothérapie
- Ergothérapie
- Thérapie médicale de renforcement musculaire

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

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

~~En outre, en cas d'indication correspondante~~ Non obligatoire, mais utilisé si indiqué, et comptant dans la durée du traitement:

- Conseil social

BA.7 Réadaptation pédiatrique

Note: [...]

Caractéristique minimale point 3, thérapie et formation:

Le traitement est une combinaison des disciplines thérapeutiques listées ci-dessous. Durée hebdomadaire de la thérapie d'au moins 450 min. Les temps indiqués pour les prestations hebdomadaires de traitement et de formation se rapportent à l'ensemble du séjour en réadaptation en tant que moyenne hebdomadaire.

Les enfants demandent une planification très individuelle - il faut bien le prendre en compte.

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

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

En outre en cas d'indication correspondante, Utilisé si indiqué, et comptant dans la durée du traitement:

- Conseil social
- [...]

BA.8 Réadaptation gériatrique

Note: [...]

Caractéristique minimale point 2, thérapie et formation:

Durée hebdomadaire de la thérapie au moins 300 min. Les temps indiqués pour les prestations hebdomadaires de traitement et de formation se rapportent à l'ensemble du séjour en réadaptation en tant que moyenne hebdomadaire.

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

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

En outre, formation/conseil selon les indications spécifiques au patient Utilisé si indiqué, et comptant dans la durée du traitement:

- Conseil social
 - Technique orthopédique
- [...]

[...]

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
- Conseils nutritionnels

De plus Non obligatoire, mais utilisé si indiqué, et comptant dans la durée du traitement:

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

[...]

BB.22.- Réadaptation psychosomatique, prestation thérapeutique supplémentaire, selon le nombre moyen de minutes de thérapie par semaine

Note :

Thérapie et formations:

Est obligatoire la psychothérapie, associée à une des activités suivantes:

- Physiothérapie
- Ergothérapie
- Thérapie psychosocio-environnementale par un personnel soignant diplômé

~~De plus~~ Non obligatoire, mais utilisé si indiqué, et comptant dans la durée du traitement:

- Conseils nutritionnels
- Conseils en matière de diabète
- Conseil social

[...]

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

Note:

Thérapie et formations:

a) obligatoirement physiothérapie en entraînement d'endurance 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 diététique
- Soutien psychologique

ainsi que

b) Formations aux patients concernant différents thèmes

~~De plus, en fonction des indications individuelles:~~ Non obligatoire, mais utilisé si indiqué, et comptant dans la durée du traitement:

- Thérapies respiratoires appareillées, p. ex. oxygénothérapie mobile, thérapie par inhalations,
- Conseil social

[...]

BB.24.- Réadaptation cardiaque, prestation thérapeutique supplémentaire, selon le nombre moyen de minutes de thérapie par semaine

Note:

Thérapie et formations:

a) Thérapies obligatoires:

- Physiothérapie active (endurance, force et souplesse, relaxation)

En combinaison individualisée avec:

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

b) Formation sur la prévention concernant différents thèmes.

~~De plus~~ Non obligatoire, mais utilisé si indiqué, et comptant dans la durée du traitement:

- Conseil social

[...]

BB.25.- Réadaptation musculo-squelettique, prestation thérapeutique supplémentaire, selon le nombre moyen de minutes de thérapie par semaine

Note:

Thérapie et formations:

La physiothérapie active est obligatoire. Elle doit être combinée à au moins 2 des domaines de prestations suivants:

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

~~De plus, en fonction des indications individuelles~~ Non obligatoire, mais utilisé si indiqué, et comptant dans la durée du traitement:

- Technique et prothétique orthopédique, également en utilisant la technologie des chaussures orthopédiques
- Conseil, délivrance et formation concernant les moyens d'aide
- Mesures d'ergonomie
- Conseil social

[...]

BB.26.- Réadaptation en médecine interne et oncologique, prestation thérapeutique supplémentaire, selon le nombre moyen de minutes de thérapie par semaine

Note:

Thérapie et formations:

Les domaines thérapeutiques suivants sont obligatoires:

- Physiothérapie
- Ergothérapie
- Thérapie médicale de renforcement musculaire

Ceux-ci sont à combiner de manière ciblée avec les domaines suivants:

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

~~De plus~~ Non obligatoire, mais utilisé si indiqué, et comptant dans la durée du traitement:

- Conseil social

[...]

BB.27.- Réadaptation pédiatrique, prestation thérapeutique supplémentaire, selon le nombre moyen de minutes de thérapie par semaine

Note:

Thérapie et formations:

Le traitement est une combinaison des domaines thérapeutiques listés ci-dessous.

Les enfants demandent une planification très individuelle – une situation qu'il faut bien prendre en compte.

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

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

~~De plus,~~ Utilisé si indiqué, et comptant dans la durée du traitement:

- Conseil social

[...]

BB.28.- Réadaptation gériatrique, prestation thérapeutique supplémentaire, selon le nombre moyen de minutes de thérapie par semaine

Note:

Thérapie et formations:

Les thérapies suivantes en combinaison individualisée:

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

~~En outre, formation/conseil selon les indications individualisées~~ Utilisé si indiqué, et comptant dans la durée du traitement:

- Conseil social
- Technique orthopédique

[...]

3.19. BB.1- Charge supplémentaire en réadaptation - Correction dans l'annexe

Concerne uniquement les versions linguistiques française et italienne (voir aussi circolare 2021 n. 1)

Dans l'annexe «BB.1- Charge supplémentaire en réadaptation», la ligne suivante doit être supprimée.

N°	Indication	Prestation	Critère de mesure (par jour)	Nombre de points
1	Prestations de soins interdisciplinaires selon l'indication			
1.1		Soins corporels complets/partiels ou mobilisation, y compris soins d'assistance selon le déficit fonctionnel (y compris aide à la prise des repas, etc.)	Au minimum 30 min	1
		Surveillance spécifique et contrôle (par ex. lors d'une surveillance étroite des paramètres vitaux, contrôle de DAV avec documentation à chaque équipe, surveillance d'autres paramètres spécifiques)	Au minimum 4 fois	1
		Formation spécifique à l'hygiène en cas d'immunosuppression	Au minimum 30 min	1
		Contrôle de l'équilibre hydrique (p. ex. bilan quotidien ou contrôles du poids) avec nutrition en lien et adaptation du traitement médicamenteux	1 fois par jour	1
		Prestations spéciales d'assistance aux personnes malvoyantes/sourdes/limitées sur le plan cognitif	Au minimum 30 min	1
		Prestations spéciales d'assistance en cas de troubles de la parole et de la déglutition	Au minimum 30 min	1
		Robotique, y compris prestations liées fournies par plusieurs physiothérapeutes (simultanément)	Au minimum 30 min	1

3.20. BB.2- Prestation supplémentaire de la thérapie en réadaptation – Précision des caractéristiques minimales

Concerne toutes les versions linguistiques.

La «Caractéristique minimale point 4, calcul du nombre moyen de minutes par semaine» de la catégorie à 3 positions BB.2- «Prestation supplémentaire de la thérapie en réadaptation, selon le nombre moyen de minutes de thérapie par semaine» doit être complétée comme suit. Des exemples de cas correspondants se trouvent dans le manuel de codage médical «Directives de codage de la réadaptation».

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:

~~Des précisions seront données dans la circulaire 2021 N° 1~~

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 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.- associée ne sont pas soustraites du nombre total. Un seul code est utilisé ici par séjour dans un type de réadaptation.

4. Annexe

4.1. Informations et précisions (anciennement nommées FAQ)

La présente circulaire contient **toutes** les «informations et précisions» valables à partir du 1^{er} janvier 2021.

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.

0807 01.01.2021 Dispositifs d'embolisation vs protection anti-embolie

La CHOP 2021 comprend des catégories de codes pour les opérations/interventions **visant à obturer un vaisseau**, appelées embolisations avec coils, plugs, filtres (parapluie) etc., par 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 à disposition.

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 par 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 que les filtres sont 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 transluminale percutanée de système de protection anti-embolie dans la veine cave

39.75.13 Intervention vasculaire transluminale percutanée, autres vaisseaux, 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.

En cas d'interventions avec embolisations et utilisation de systèmes de protection anti-embolie, le nombre de dispositifs d'embolisation sont saisis avec le code correspondant des sous-catégories 00.4A.- et 00.4G.- (l'information du nombre de dispositifs est comprise dans le code).

Les codes pour la protection anti-embolie sont saisis en plus.

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»

Si une patiente/un patient meurt pendant le «Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants», la caractéristique minimale, point 4 «planification de sortie» ne s'applique pas.

Lors du transfert dans une autre unité (par ex. un hôpital, un établissement de réadaptation, etc.) avec un isolement strict maintenu, la Caractéristique minimale point 4, «planification de sortie» ne s'applique également plus pour l'unité qui transfère.

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 Erfassen der Anzahl der (perkutan-) transluminal implantierten Stents
- 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^{er} exemple de cas

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

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

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

2^e exemple de cas

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

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

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

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

3^e exemple de cas

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

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

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

4^e exemple de cas

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

Codage:

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

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

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

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

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

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

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

1^{er} exemple de cas

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

2^e exemple de cas

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

3^e exemple de cas

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

4^e exemple de cas

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

5^e exemple de cas

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

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

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

Saisie du nombre de stents implantés dans les artères coronaires

L'implantation de stents dans les artères coronaires est répertoriée dans les sous-catégories 36.03.- «Angioplastie d'artère coronaire à thorax ouvert» et 36.08.- «Implantation de stents coronaires, par voie transluminale percutanée».

Les codes doivent être saisis pour chaque intervention et pour chaque type de stents implantés, autant de fois que de stents implantés. Si, par exemple, des stents avec libération de substance médicamenteuse ont été implantés dans plusieurs artères coronaires lors d'une intervention, il faut choisir le code portant l'indication « dans plusieurs artères coronaires » et le coder le nombre de fois correspondant au nombre de stents de ce type implantés. Il n'existe pas de code spécifique pour la somme totale des stents implantés dans les artères coronaires.

1^{er} exemple de cas

Cas: le jour X, un stent avec libération de substances médicamenteuses est implanté dans une artère coronaire par voie transluminale percutanée. Le jour Y, deux stents avec libération de substance médicamenteuse sont implantés dans une artère coronaire par chirurgie ouverte.

Codage: Saisir une fois le code 36.08.21 «Implantation par voie transluminale percutanée de stents avec libération de substances médicamenteuses, dans une artère coronaire».

Saisir deux fois le code 36.03.51 «Endartériectomie d'artère coronaire, par chirurgie ouverte, avec implantation de stents avec libération de substance médicamenteuse, dans une artère coronaire».

2^e exemple de cas

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

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

3^e exemple de cas

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

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

4^e exemple de cas

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

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

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

Il n'est pas permis d'additionner le nombre de stents implantés dans les artères coronaires au nombre de stents implantés dans d'autres vaisseaux périphériques.

Un code supplémentaire de la sous-catégorie 39.C1.- «Nombre de stents implantés» ne doit être saisi que pour la somme des stents implantés dans les vaisseaux périphériques pour l'ensemble du cas.

1^{er} exemple de cas

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

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

Pour le jour X, saisir:

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

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

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

2^e exemple de cas

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

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

Pour le jour X, saisir:

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

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

Pour le jour Y, saisir:

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

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

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

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

0811 01.07.2020 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»

Sous le groupe d'éléments 93.89.1- «Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, selon le nombre de jours de traitement» on trouve les «Exclusion – Omettre le code » suivantes:

Omettre le code - prestation de base en réadaptation (BA.-)

Omettre le code - Réadaptation précoce interdisciplinaire, selon le nombre de jours de traitement (93.86.-)

Omettre le code -Réadaptation gériatrique aiguë (93.89.9-)

Omettre le code -Traitement complexe de réadaptation en paraplégie (93.87.-)

Omettre le code - charge supplémentaire en réadaptation (BB.-)

Extrait des conventions de la CHOP:

EXCL.: Exclusion: Ces interventions doivent être classées sous le code indiqué.

Omettre le code: Ces interventions sont déjà comprises dans un autre code.

Cela signifie par ex. pour le groupe d'éléments 93.89.1-: Pendant la période durant laquelle une 93.89.1- «Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce» est pratiquée, les codes mentionnés dans les « exclusion – omettre le code » sous le groupe d'éléments ne peuvent pas être codés en sus.

Question 1: Peut-on au moment/durant la période d'une «Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce (93.89.1-) coder en sus la prestation de base en réadaptation (BA.-) et la charge supplémentaire en réadaptation (BB.-)? Réponse 1: Non, la réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce est une réadaptation intensive précoce et non une réadaptation au sens des codes BA.- et BB.-. Au terme de la réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, on peut passer par ex. à une réadaptation neurologique (BA.1) et utiliser dès ce moment-là le code BA.1 (resp. le cas échéant en plus un code la catégorie à trois positions BB.1-).

Axe temporel	→					
Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce						
Réadaptation neurologique						

Question 2: Est-il possible de coder ensemble, la réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce (93.89.1-) et la réadaptation gériatrique aiguë (93.89.9-) pendant le même laps de temps? Réponse 2: Non, il s'agit de deux différents types de réadaptation aiguë, resp. précoce, pour lesquels la CHOP prévoit des codes spécifiques distincts. Soit l'une ou l'autre des réadaptations est fournie pendant une période donnée.

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».

~~0813 01.07.2020 Saisie du nombre de stents et d'endoprothèses (stent grafts) implantés~~

La précision 0813 a été remplacée par la précision 0810.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il faut coder comme suit:

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

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

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

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

Interventions multiples en un temps, main - Exemples						
		Intervention		00.9C.1 Interventions multiples en un temps sur des rayons métacarpiens et des doigts		
Cas	Description	Code d'intervention	Latéralité	Code supplémentaire	Intitulé	Latéralité
Cas 1	Intervention de type A sur le doigt du 2 ^e rayon de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	Pas de code		
Cas 2	Intervention de type A sur le doigt du 2 ^e rayon de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	Pas de code		
	Intervention de type B sur le doigt du 3 ^e rayon de la main droite	Code de l'intervention de type B	Unilatéral droit			
Cas 3	Intervention de type A sur le doigt du 2 ^e rayon de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	Pas de code		
	Intervention de type B sur le métacarpe, 2 ^e rayon de la main gauche	Code de l'intervention de type B	Unilatéral gauche			

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

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

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

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

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

~~0822 01.01.2020 Prélèvement de cellules souches du cordon ombilical à la naissance~~

La précision 0822 a été remplacée à compter du 01.01.2021 par le point 2.10 «S1505j Règles spéciales pour l'accouchement» de la partie «Informations complémentaires au manuel de codage 2021» de la circulaire 2021 n° 1.

~~0823 01.01.2020 Abus d'alcool vs dépendance à l'alcool - Comment coder un abus d'alcool documenté?~~

La précision 0823 a été ajoutée sous la règle de codage S0501j dans le manuel de codage 2021.

0824 01.01.2020 Césarienne primaire et secondaire

Il ne s'agit pas d'une nouvelle définition, mais d'une précision de la définition déjà existante de la césarienne secondaire:

Une césarienne secondaire (incl. césarienne d'urgence) est définie comme étant une césarienne rendue impérative au vu d'une situation d'urgence, que ce soit pour la mère ou pour l'enfant (p. ex. syndrome HELLP, arrêt du travail, détresse fœtale), même si cette césarienne était planifiée. Il s'agit d'une césarienne secondaire lorsqu'elle est obligatoire en présence d'une situation à risque, que ce soit pour la future mère ou pour l'enfant.

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.

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^{ème} semaine ou décède. Les discussions d'équipe ont toujours lieu le jeudi. L'exigence minimale du point de vue structurel est remplie également pour la 2e semaine.

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

~~0830 — 01.07.2019 — Substitut de cartilage métallique – miniprothèse~~

Une description complémentaire correspondante a été ajoutée sous les codes 81.47.26 et 81.47.2A de la CHOP 2021.

~~0831 — 01.07.2019 — Troubles hémorragiques dus à des anticoagulants circulants~~

La précision 0831 a été ajoutée sous la règle de codage S1909j dans le manuel de codage 2021.

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

La précision 0823 a été ajoutée sous la règle de codage S0501j dans le manuel de codage 2021.

0834 01.07.2019 Intoxication au lithium

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

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

La précision 0835 a été ajoutée sous la règle de codage S0910j dans le manuel de codage 2021.

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

La précision 0836 a été ajoutée sous la règle de codage S0910j dans le manuel de codage 2021.

~~0837 — 01.01.2019 — Oxygénation par ballon du nouveau-né~~

La précision 0837 a été ajoutée sous la règle de codage S1002j dans le manuel de codage 2021.

~~0838 — 01.01.2019 — Réparation de la coiffe des rotateurs~~

La représentation de la réparation de la coiffe des rotateurs a été révisée dans la CHOP 2021, cf. 81.82.35, 81.82.45, 81.82.46, 81.82.47

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

La précision 0840 a été reprise dans la CHOP 2021.

0841 01.01.2019 Transformation de sexe

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

~~0844~~ ~~01.07.2018~~ ~~01.07.2018~~ ~~93.57.13 / 93.57.14~~ **Durée traitement VAC**

La précision 0822 a été remplacée à compter du 01.01.2021 par le point 2.3.1 «Traitement par scellement sous vide» de la partie «Informations complémentaires au manuel de codage 2021» de la circulaire 2021 n° 1.

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.

~~0848~~ ~~01.01.2018~~ ~~Codage des évaluations en réadaptation~~

La précision 0848 a été ajoutée sous les règles de codage pour la réadaptation dans le manuel de codage 2021.

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

La précision 0852 a été ajoutée sous la règle de codage S1907j dans le manuel de codage 2021.

~~0853~~ ~~01.07.2017~~ ~~Ponction transseptale par cathéter~~

Un «Coder aussi» renvoyant au code 37.90.21 a été ajouté sous 37.34.1- dans la CHOP 2021.

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.

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

La précision 0869 a été ajoutée sous la règle de codage P08j dans le manuel de codage 2021.

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.

~~0896 01.07.2014 S06.72! Perte de connaissance lors de traumatisme crânio-cérébral, > 24 heures, avec retour au stade de connaissance (conscience) antérieur S06.73! Perte de connaissance lors de traumatisme crânio-cérébral, > 24 heures, sans retour au stade de connaissance (conscience) antérieur~~

La précision 0896 a été ajoutée sous la règle de codage S1904j dans le manuel de codage 2021.

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

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

0900 01.07.2014 Artère sous-clavière

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

090301.07.2014 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.

~~0939 01.01.2013 Codage des phlyotènes~~

La précision 0939 a été ajoutée sous la règle de codage S1202j dans le manuel de codage 2021.

0941 01.12.2012 ABO et AB0 Recherche par mot-clé

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

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

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

~~0944 01.11.2012 Cystadénome ovaire~~

La précision 0944 a été ajoutée sous la règle de codage S0200 dans le manuel de codage 2021.

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

La précision 0952 a été ajoutée sous la règle de codage S1904j dans le manuel de codage 2021.

~~0955 01.09.2012 Ostéophylectomie lors d'arthrodèse~~

La précision 0955 a été ajoutée sous forme de «Note» sous les codes concernés dans la CHOP 2021.

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).