



Circulaire pour les codeuses et les codeurs: 2020 / N° 2

1. Généralités

1.1. Instruments de codage applicables

A compter du **1^{er} juillet 2020**, les instruments de codage suivants s'appliquent:

- Manuel de codage médical: Le manuel officiel des règles de codage en Suisse. Version 2020 (règles de codage pour la réadaptation comprises)
- Circulaire pour les codeuses et les codeurs: 2020 / N° 1 ~~et son annexe~~
- Circulaire pour les codeuses et les codeurs: 2020 / N° 2 ~~et son annexe~~
- Classification Suisse des Interventions Chirurgicales (CHOP): Index systématique - Version 2020
- CIM-10-GM 2018 Index systématique : Classification internationale des maladies – 10e révision – German Modification
- **Communication officielle 2020 Codage COVID-19 actuelle**

Les instruments pour le codage médical sont disponibles sur www.bfs.admin.ch:

Office fédéral de la statistique → Trouver des statistiques → Santé → 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

Pas de modification par rapport à la circulaire 2020 n° 1.

1.1.2 Circulaire et annexe

Pas de modification par rapport à la circulaire 2020 n° 1.

1.1.3 Codages analogues et Notices pour la saisie des prestations et de la tarification de SwissDRG SA influençant les instruments de codage en vigueur

En concertation avec l'OFS, SwissDRG SA a publié les notices suivantes pour la saisie des prestations et de la tarification:

- Représentation des cas hospitaliers, resp. des traitements liés au COVID-19 (10 mars 2020)
- Supplément à la publication du 10 mars 2020 "Représentation des cas hospitaliers, resp. des traitements liés au COVID-19 " (6 avril 2020)
- Mise à jour de la publication du 10 mars "Représentation des cas hospitaliers, resp. des traitements liés au COVID-19 " (6 mai 2020)
- Complément au codage des codes CHOP 2020 «Implantation endovasculaire d'endoprothèses (stents grafts) dans d'autres vaisseaux, SAP, autre (classes résiduelles) et iliaques» 39.7A.00, 39.7A.09, 39.7A.11-39.7A.16, 39.7A.21 (9 juin 2020)
- Complément pour le codage des codes CHOP 2020 «Implantation endovasculaire d'endoprothèses (stents grafts) dans l'aorte abdominale/thoracique/thoraco-abdominale, ...» 39.71.21 à -.25, 39.73.31 à -.35 et 39.73.41 à -.45 (9 juin 2020)

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

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

1.2. Question sur le codage

Pas de modification par rapport à la circulaire 2020 n° 1.

2. Informations complémentaires manuel de codage 2020

Légende: Nouveautés en vert, suppressions en rouge

Les informations complémentaires au manuel de codage 2020 présentées dans la circulaire 2020 n° 1 sont toujours valables.

Les corrections apportées en sus sont présentées ici :

2.1. P10i Adhésiolyse

Concerne toutes les versions linguistiques.

La règle de codage P10i «Adhésiolyse» du manuel de codage 2020 est remplacée par le texte de la présente circulaire:

Une adhésiolyse peut être un traitement supplémentaire (fastidieuse) ou un traitement principal (selon l'indication).

S'il s'agit d'interventions d'adhésiolyse sur le péritoine des organes/des systèmes d'organes de la région abdominale et du bassin (adhésiolyse viscérales, urologiques, gynécologiques, néonatalogiques), des codes spécifiques qui contiennent les faits relatifs à l'adhésiolyse sont disponibles dans la CHOP.

Les codes correspondants se trouvent dans les chapitres de la CHOP relatifs aux organes, p.ex.:

- 54.5- Lyse d'adhérences péritonéales
- 65.8- Lyse d'adhérences d'ovaire et de trompe de Fallope
- 59.02 Autre lyse d'adhérences périrénales ou périurétérales
- 59.03.- Lyse d'adhérences périrénales ou périurétérales par laparoscopie
- 59.11 Autre lyse d'adhérences périvésicales
- 59.12 Lyse d'adhérences périvésicales par laparoscopie

Adhésiolyse comme traitement supplémentaire

Si la durée consacrée pendant l'opération à l'adhésiolyse ou aux différentes adhésiolyse (somme des durées des différentes adhésiolyse pendant une opération ou durée de l'unique adhésiolyse, p.ex. seulement sur le péritoine abdominal ou seulement sur les annexes) dépasse le seuil de 60 minutes, les codes correspondants de la CHOP qui se trouvent dans les chapitres relatifs aux organes peuvent être utilisés (y compris plusieurs conjointement).

Seul le temps consacré à l'adhésiolyse elle-même est pris en compte dans la somme des durées. En cas de doutes, la question est adressée au chirurgien.

La durée doit être documentée par écrit de manière précise et, le cas échéant, elle doit être vérifiable au moyen d'heures consignées dans le rapport d'opération (p.ex. temps incision-suture).

Si le seuil de > 60 minutes n'est pas atteint (qu'il s'agisse de la durée totale de plusieurs adhésiolyse ou du temps consacré à une adhésiolyse sur un organe/un système d'organes), il n'est pas permis d'utiliser un code d'adhésiolyse des chapitres de la CHOP.

Si la règle de codage G54 est remplie, un ou de plusieurs codes diagnostiques concernant les adhérences (DS) sont à saisir.

Exemple 1 (temps total consacré à l'adhésiolyse ≤ 60 min.):

Une patiente est admise pour une anomalie ovarienne persistante à gauche.

Pendant l'opération, d'importantes adhérences endométriales postinflammatoires sont constatées.

Une adhésiolyse fastidieuse (périvésicale, périutérine, périovarienne, péritoine de l'intestin) est alors pratiquée.

Le temps total documenté consacré aux adhésiolyse est de 55 minutes.

Ce n'est qu'après la libération de l'anomalie qu'est effectuée une salpingo-ovariectomie par laparoscopie du grand endométriome ovarien gauche constaté.

Durée totale de l'opération: 1 h 50 min.

DP	N80.1	Endométriose de l'ovaire
DS	N73.6	Adhérences pelvi-péritonéales chez la femme
DS	K66.0	Adhérences péritonéales
TP	65.41	Salpingo-ovariectomie par laparoscopie

Exemple 2 (temps total consacré à l'adhésiolyse > 60 min.):

Un patient est admis pour une diverticulite du sigmoïde aigüe, perforée couverte.

En présence d'importantes adhérences postopératoires (état après péritonite des quatre quadrants causée par une appendicite perforée et des lésions iatrogènes de la vessie), une longue adhésiolyse doit être pratiquée, qui concerne, en plus des adhérences interentériques et abdominales, l'ensemble du bassin masculin.

Ce n'est qu'après une adhésiolyse ayant duré 100 minutes (temps total pour la lyse des adhérences périvésicales, interentériques et périurétérales) qu'une sigmoïdectomie par laparoscopie est effectuée.

DP	K57.22	Diverticulite du côlon avec perforation et abcès [...]
DS	N99.4	Adhérences pelvi-péritonéales après des actes médicaux
DS	K66.0	Adhérences péritonéales
DS	Y84.9!	Incidents dus à des mesures médicales, sans précision
TP	45.76.21	Sigmoïdectomie, par laparoscopie
TS	59.12	Lyse d'adhérences périvésicales par laparoscopie
TS	54.51	Lyse d'adhérences péritonéales, par laparoscopie
TS	59.03.99	Lyse d'adhérences [...] périurétérales par laparoscopie, autre
TS	00.99.10	Réopération

Adhésiolyse comme procédure principale

Lorsque des adhérences péritonéales dans l'abdomen et/ou dans la région du bassin sont levées et que cette intervention est l'indication principale de l'opération, il faut utiliser le code diagnostique correspondant (p.ex. K66.0, K56.5, K31.5, etc.) comme code diagnostique principal, suivi, le cas échéant, de codes diagnostiques supplémentaires décrivant les adhérences.

La procédure principale doit être codée comme suit, selon la durée de la ou des adhésiolyse(s):

Si l'adhésiolyse comme **procédure principale a duré ≤ 60 min**, seul un des codes suivants est utilisé comme procédure principale, en fonction de la voie d'abord.

54.21.99	Laparoscopie, autre ou
54.19	Laparotomie, autre

Aucun autre code de la CHOP concernant l'adhésiolyse dans les chapitres sur les organes n'est utilisé.

Si d'autres adhésiolyse (p.ex. périurétérales ou périvésicales) sont décrites, celles-ci ne sont représentées qu'au moyen des codes ICD-10-GM en tant que diagnostic(s) supplémentaire(s) conformément à la règle G54.

Exemple 3 (temps total consacré à l'adhésiolyse ≤ 60 min.):

Un patient est admis pour une occlusion par bride faisant suite à une résection du rectum pour un carcinome rectal. Une section des brides par laparoscopie (lyse d'adhérences péritonéales) est effectuée.

En outre, des adhérences périurétérales sur le côté droit, près de l'ostium, sont levées, qui sont elles aussi dues à la précédente résection du rectum.

Il n'est pas nécessaire de soulager l'intestin en procédant à une incision ou à une résection partielle en raison d'une ischémie. L'intestin se rétablit tout de suite après la section des brides.

Durée de l'opération: 40 min.

DP K56.5 Adhérences de l'intestin [brides] avec occlusion
DS C20 Tumeur maligne du rectum
DS N99.4 Adhérences pelvi-péritonéales après des actes médicaux

TP 54.21.99 Laparoscopie, autre
TS 00.99.10 Réopération

Si l'adhésiolyse, resp. les adhésiolyse, comme **procédure principale ont duré > 60 min**, le code de traitement principal, sera choisi dans le chapitre sur les organes pertinents, selon celui qui a demandé le plus de temps, conformément à la règle de codage G55.

Il est en outre possible, pour les diagnostics supplémentaires et les traitements supplémentaires, d'utiliser d'autres codes relatifs à l'adhésiolyse se trouvant dans les différents chapitres de la CIM-10-GM ou de la CHOP. Pour le codage, il faut appliquer les règles concernant les diagnostics supplémentaires (G54) et les traitements supplémentaires (G56).

Exemple 4 (temps total consacré à l'adhésiolyse > 60 min.):

Une patiente est admise pour une dysménorrhée secondaire importante, une dyspareunie et une infertilité secondaire. Une laparoscopie diagnostique est prévue en raison de l'état après césarienne secondaire et appendicectomie.

Pendant l'opération, on découvre surtout des adhérences entre les annexes utérines et le péritoine pelvien (déclarées comme conséquence des opérations antérieures).

La durée totale de l'adhésiolyse est de 75 min., la principale zone traitée étant les annexes utérines des deux côtés.

Lyses sans complication de plusieurs petites adhérences interentériques abdominales sur le côté droit, chromoperturbation bilatérale, pas d'autres mesures.

DP N99.4 Adhérences pelvi-péritonéales après des actes médicaux
DS K66.0 Adhérences péritonéales
DS Y84.9! Incidents dus à des mesures médicales, sans précision

TP 65.81.10 Adhésiolyse tubo-ovariennes du péritoine pelvien de la femme par laparoscopie
L 0
TS 54.51 Lyse d'adhérences péritonéales, par laparoscopie
L 1
TS 66.8 Insufflation de trompe de Fallope
L 0
TS 00.99.10 Réopération

Note:

L'opération de Ladd constitue la seule exception aux règles de codage décrites ci-dessus. Il faut choisir le code de la CHOP 46.99.8- indépendamment de la durée de l'intervention sur les brides de Ladd et indépendamment du fait que l'opération soit un traitement principal ou supplémentaire.

Exemple 5:

Un enfant est admis (entre autres) pour un iléus de l'intestin grêle en raison d'une malrotation. (Entre autres) lyse chirurgicale des brides de Ladd et des adhérences, puis fixation de l'intestin selon la «procédure de Ladd».

DP/DS Q43.3 Malformations congénitales de fixation de l'intestin

TP/TS 46.99.81 Section des brides de Ladd, par chirurgie ouverte

ou 46.99.82 Section des brides de Ladd, par laparoscopie

2.2. Règle de codage S0102i «Sepsis»

Concerne toutes les versions linguistiques.

La règle de codage S0102i «Sepsis» doit être complétée avec le paragraphe suivant.

S0102i Sepsis

[...]

Sepsis chez l'adulte

[...]

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

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

2.3. Règle de codage S1606c «Mesures particulières pour le nouveau-né malade»

Concerne toutes les versions linguistiques.

Il faut ajouter à la règle de codage S1606c la remarque suivante.

S1606c Mesures particulières pour le nouveau-né (malade)

[...]

Réanimation primaire

Remarque:

Pour que le code CHOP 99.65 «Traitement aigu d'un trouble adaptatif chez le nourrisson (réanimation primaire)» puisse être appliqué, toutes les conditions énoncées sous la « note » doivent être remplies. Si celles-ci ne sont pas entièrement remplies, le code ne peut pas être saisi.

Pour l'évaluation du critère «[...] - des mesures de soutien de la respiration (CPAP, ventilation) [...]», on se référera également à la règle de codage S1001i «Respiration artificielle ; Ventilation continue par pression positive (constante) (CPAP)».

2.4. Directives de codage de la réadaptation : Instruments de mesure – CHOP AA

Concerne toutes les versions linguistiques.

Le texte du point 2 «Instruments de mesure pour la réadaptation – CHOP AA» doit être remplacé.

Procédures

2) Instruments de mesure pour la réadaptation – CHOP AA.-

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

La mesure des activités élémentaires se rapporte aux sous-catégories suivantes:

- AA.11.- - Indice de Barthel étendu (EBI)
- AA.31.- - Test de marche de 6 minutes
- AA.32.- - Spinal Cord Independence Measure (SCIM)

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

La mesure de la multimorbidité se rapporte à la sous-catégorie suivante:

- AA.21.- - Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

Elle doit être mesurée et documentée une fois par séjour, à l'entrée.

La mesure à l'entrée doit en principe être effectuée dans les 3 jours ouvrables* par rapport à l'entrée en réadaptation stationnaire (mesure à l'entrée).

De façon analogue, la mesure à la sortie doit être effectuée dans les 3 jours ouvrables* précédant la sortie du patient (mesure à la sortie).

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

- En allemand: https://www.swissdrg.org/application/files/7915/4090/1364/Ueberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP_Code_2019.pdf http://www.swissdrg.org/application/files/4415/7303/8340/Ueberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP.pdf
- En français: https://www.swissdrg.org/application/files/7515/4090/1379/Ueberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP_Code_2019_f.pdf http://www.swissdrg.org/application/files/8215/7303/8340/Ueberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP_f.pdf
- En italien: https://www.swissdrg.org/application/files/9115/4090/1379/Ueberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP_Code_2019_i.pdf http://www.swissdrg.org/application/files/1615/7303/8341/Ueberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP_i.pdf

~~Les codes suivants sont concernés:~~

- ~~= AA.11.- Indice de Barthel étendu (EBI)~~
- ~~= AA.21.- Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)~~
- ~~= AA.31.- Test de marche de 6 minutes~~
- ~~= AA.32.- Spinal Cord Independence Measure (SCIM)~~

* La définition de «dans les 3 jours ouvrables» est à comprendre de la manière suivante : pour calculer trois jours ouvrables, il convient de noter que seul le dimanche est considéré comme un jour férié. Les samedis sont considérés comme des jours ouvrables.

3. Informations complémentaires CHOP 2020

Légende: Nouveautés en vert, suppressions en rouge

Les informations complémentaires sur la CHOP 2020 présentées dans la circulaire 2020 n°1 sont toujours valables, sauf pour les points suivants:

- 3.11. 93.89.1- Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce
- 3.15. 99.B7.- Traitement complexe de médecine intensive
- 3.16. 99.B8.1- et 99.B8.2- Traitement complexe en unité de soins intermédiaires (U-IMC)
- 3.17. 99.B8.3- Traitement complexe en unité de soins intermédiaires (U-IMC) chez le nouveau-né, par points de dépense

Les corrections apportées en sus sont présentées ici :

3.1. Modification du fichier «Lisez-moi » accompagnant le fichier CSV de l'index systématique de la CHOP 2020

Concerne toutes les versions linguistiques.

Le fichier CSV de l'index systématique de la CHOP 2020 a été publié au format UTF-8. Les sauts de ligne LF (Line Feed) ne sont plus indiqués. Le fichier « CHOP2020_S_fr_LISEZMOI » doit être corrigé comme suit.

Note technique	
Gestion des retours à la ligne dans le fichier CSV de la CHOP:	
Le fichier CSV de la CHOP contient les deux types de retour à la ligne suivants:	
- LF (Line Feed) pour des retours à la ligne dans le champ texte (même cellule)	
- CR LF (Carriage Return Line Feed) pour le retour chariot au prochain item (nouvelle ligne)	
Dans le fichier CSV, les lignes sont séparées par des CR LF (Carriage Return Line Feed), qui sont utilisés à la fois pour	
- un saut vers l'item suivant et	
- un retour à la ligne à l'intérieur d'un texte.	
Les textes avec un retour à la ligne commencent et se terminent avec des guillemets "	
Les guillemets qui font partie du texte sont présentés avec « et ».	
Lors de l'utilisation de Microsoft® Excel® ces retours à la ligne sont correctement représentés si le fichier est ouvert par «double clic» ou par «Excel -> Ouvrir fichier».	
Par la fonction «données -> fichier texte» une nouvelle ligne est également créée avec le type de retour à la ligne «LF», au lieu du retour à la ligne dans la même cellule texte.	
Lorsqu'on utilise «Excel -> Ouvrir fichier» ou la fonction «données -> fichier texte», les retours à la ligne dans le texte sont transformés en nouvelle ligne à la place d'un retour à la ligne dans la même cellule texte.	
Format	UTF-8

3.2. 00.40 bis 00.43 Interventions sur un certain nombre de vaisseaux

Concerne toutes les versions linguistiques.

Les « exclusions - omettre le code » suivantes figurant aux codes 00.40 à 00.43 doivent être supprimées. Par ailleurs, des « notes » doivent être ajoutées.

00.40 Intervention sur un vaisseau

Nombre de vaisseaux, sans autre précision

EXCL. Anastomose (aorto-)coronaire (36.10.- - 36.1D.-)

~~Omettre le code - Endartériectomie d'artère coronaire, par chirurgie ouverte, avec implantation de stents (36.03.21 - 36.03.82)~~

~~Omettre le code - Implantation de stents dans les vaisseaux sanguins, par voie transluminale percutanée (39.B.-)~~

~~Omettre le code - Implantation de stents coronaires, par voie transluminale percutanée (36.08.-)~~

Note: Ce code supplémentaire doit, le cas échéant, être saisi pour chaque intervention.

00.41 Intervention sur deux vaisseaux

EXCL. Anastomose (aorto-)coronaire (36.10.- - 36.1D.-)

~~Omettre le code - Endartériectomie d'artère coronaire, par chirurgie ouverte, avec implantation de stents (36.03.21 - 36.03.82)~~

~~Omettre le code - Implantation de stents dans les vaisseaux sanguins, par voie transluminale percutanée (39.B.-)~~

~~Omettre le code - Implantation de stents coronaires, par voie transluminale percutanée (36.08.-)~~

Note: Ce code supplémentaire doit, le cas échéant, être saisi pour chaque intervention. La somme des vaisseaux traités par intervention doit être codée.

00.42 Intervention sur trois vaisseaux

EXCL. Anastomose (aorto-)coronaire (36.10.- - 36.1D.-)

~~Omettre le code - Endartériectomie d'artère coronaire, par chirurgie ouverte, avec implantation de stents (36.03.21 - 36.03.82)~~

~~Omettre le code - Implantation de stents dans les vaisseaux sanguins, par voie transluminale percutanée (39.B.-)~~

~~Omettre le code - Implantation de stents coronaires, par voie transluminale percutanée (36.08.-)~~

Note: Ce code supplémentaire doit, cas échéant, être saisi pour chaque intervention. La somme des vaisseaux traités par intervention doit être codée.

00.43 Intervention sur quatre vaisseaux ou plus

EXKL. Anastomose (aorto-)coronaire (36.10.- - 36.1D.-)

~~Omettre le code - Endartériectomie d'artère coronaire, par chirurgie ouverte, avec implantation de stents (36.03.21 - 36.03.82)~~

~~Omettre le code - Implantation de stents dans les vaisseaux sanguins, par voie transluminale percutanée (39.B.-)~~

~~Omettre le code - Implantation de stents coronaires, par voie transluminale percutanée (36.08.-)~~

Note: Ce code supplémentaire doit, cas échéant, être saisi pour chaque intervention. La somme des vaisseaux traités par intervention doit être codée.

3.3. 00.44 Intervention sur bifurcation de vaisseaux sanguins

Concerne toutes les versions linguistiques.

Les « exclusions » suivantes figurant au code 00.44 « Intervention sur bifurcation de vaisseaux sanguins » doivent être supprimées

00.44 Intervention sur bifurcation de vaisseaux sanguins

Note: Ce code est utilisé pour identifier la présence d'une bifurcation vasculaire; il ne décrit pas un stent spécifique pour les bifurcations. Ce code ne peut être utilisé qu'une fois par opération, indépendamment du nombre de bifurcations.

~~EXCL. Omettre le code - Implantation endovasculaire d'une endoprothèse (stent graft) dans l'aorte abdominale (39.71.-)~~

~~Omettre le code - Implantation endovasculaire d'endoprothèses (stents grafts) dans l'aorte thoraco-abdominale (39.73.4-)~~

~~Omettre le code - Implantation de stents dans les vaisseaux sanguins, par voie transluminale percutanée (39.B.-)~~

3.4. 00.4G.- Insertion de corps d'obturation vasculaire

Concerne toutes les versions linguistiques.

Le «Coder aussi» sous 00.4G.- doit être remplacé par une «exclusion».

00.4G Insertion de corps d'obturation vasculaire

Cod. a.: ~~Nombre de coils endovasculaires utilisés (00.4A.-)~~

EXCL. Nombre de coils endovasculaires utilisés (00.4A.-)

3.5. Reconstruction des cuspidés de la valve aortique 35.C1.12 – Correction du titre

Concerne la version française.

Dans le libellé du code 35.C1.12 la « valvuloplastie » est à remplacer par la « reconstruction des cuspidés ».

35.C1.12 ~~Valvuloplastie~~ Reconstruction des cuspidés de la valve aortique avec thoracotomie mini-invasive (sternotomie partielle supérieure, thoracotomie latérale) comme voie d'abord

3.6. 35.F3.71 Remplacement de la valve pulmonaire par prothèse vasculaire avec valve, mécanique, avec sternotomie totale comme voie d'abord – Correction du titre

Concerne la version française.

Dans le libellé du code 35.F3.71 « biologique » est à remplacer par « mécanique ».

35.F3.71 Remplacement de la valve pulmonaire par prothèse vasculaire avec valve, ~~biologique~~ mécanique, avec sternotomie totale comme voie d'abord

3.7. Modification des «coder aussi» sous 36.03.- et 36.08.-

Concerne toutes les versions linguistiques.

L'implantation de stents dans les artères coronaires est représentée 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 sont à saisir par intervention pour le type correspondant de stent.

Il n'y a pas de code spécifique pour la somme totale des stents implantés dans les artères coronaires. Le «Coder aussi» «Nombre de stents implantés (39.C1.-)» sous 36.03.- et 36.08.- doit être supprimé.

En outre, des «Coder aussi» vers 39.C2.- et 39.C3.- sont introduits sous 36.03.- et 36.08.-.

36.03 Angioplastie d'artère coronaire à thorax ouvert

Cod. a.: ~~Nombre de stents implantés (39.C1.-)~~

Caractéristiques matérielles des stents implantés (39.C2.-)

Type de la surface et du revêtement (39.C3.-)

EXCL: Celle avec pontage d'artère coronaire (36.10.- - 36.1D.-)

36.08 Implantation de stents coronaires, par voie transluminale percutanée

~~Implantation de stents coronaires, par voie transluminale percutanée~~

INCL.: Mesure sur un vaisseau de pontage

Cod. a.: Angioplastie coronaire transluminale percutanée [PTCA] ou athérectomie coronarienne (00.66.-)

~~Nombre de stents implantés (39.C1.-)~~

Caractéristiques matérielles des stents implantés (39.C2.-)

Traitement hybride (00.99.80)

Type de la surface et du revêtement (39.C3.-)

Utilisation d'un système de protection anti-embolie (39.C5)

3.8. 39.49.- Autre révision après intervention vasculaire

Concerne toutes les versions linguistiques.

La note de la sous-catégorie 39.49.- est à corriger comme suit.

39.49.- Autre révision après intervention vasculaire

Note: Les procédures qui vont au-delà de la révision, du changement, du remplacement (p. ex. réparation de vaisseau par patch; réparation de vaisseau; endartériectomie; embolectomie; thrombectomie, nouvelle pose de stent) sont codées ~~à part~~ en plus avec le code de procédure spécifique.

3.9. 39.73.46 et 39.73.47 Implantation endovasculaire d'endoprothèses (stents grafts) dans l'aorte thoraco-abdominale

Concerne toutes les versions linguistiques.

Dans la « note » des deux codes, l'expression «l'aorte thoracique» doit être remplacée par «l'aorte thoraco-abdominale».

39.73.46 Implantation endovasculaire d'endoprothèses (stents grafts) dans l'aorte thoraco-abdominale, avec réparation d'une branche vasculaire par technique de greffe parallèle

INCL. Technique de la cheminée, périscope, «snorkel» ou sandwich

Note: Code pour l'implantation simultanée d'une endoprothèse (stent graft) dans ~~l'aorte thoracique~~ l'aorte thoraco-abdominale et d'un stent à plus petit lumen dans une branche latérale

39.73.47 Implantation endovasculaire d'endoprothèses (stents grafts) dans l'aorte thoraco-abdominale, avec réparation de 2 branches vasculaires et plus par technique de greffe parallèle

INCL. Technique de la cheminée, périscope, «snorkel» ou sandwich

Note: Code pour l'implantation simultanée d'une endoprothèse (stent graft) dans ~~l'aorte thoracique~~ l'aorte thoraco-abdominale et de stents à plus petit lumen dans des branches latérales

3.10. 39.B- Note avec la définition de stent et stent graft

Concerne toutes les versions linguistiques.

La « note » sous la catégorie à 3 positions 39.B- est à compléter comme suit.

39.B- Implantation transluminale (percutanée) de stents dans des vaisseaux sanguins

Note: Les définitions suivantes de stent et d'endoprothèse (stent graft) ne visent pas à définir le codage fondé sur l'indication. Elles fournissent seulement des explications générales sur la classification. Stent est un terme générique désignant des prothèses endovasculaires en forme de tube en grille rétractile qui visent à garder un vaisseau ouvert (maintien du lumen). Un stent couvert est un stent disposant d'une enveloppe, p. ex. avec du polyester. Enveloppé ne signifie pas revêtu. La présence d'une enveloppe n'a pas de rapport univoque sur la fonction de maintien du lumen versus de dérivation du lumen. L'endoprothèse, également appelée stent graft, est un stent avec une prothèse vasculaire. Il est donc composé d'un maillage enveloppé. Il vise p.ex. à maintenir le vaisseau ouvert (maintien du lumen) ainsi qu'à assurer la fonction du vaisseau (dérivation du lumen). Un stent revêtu peut libérer une substance médicamenteuse, mais ce n'est pas obligatoirement le cas (revêtement anticorps ou bioactif p. ex.).

3.11. Stents Cheatham-Platinum à potentiel de croissance

Concerne toutes les versions linguistiques.

Les stents Cheatham-Platinum à potentiel de croissance sont codés avec les sous-catégories 39.BA.- (non couverts) ou 39.BB.- (couverts). Les «Inclusions» suivantes ont été ajoutées à des fins de clarification.

39.BA.- Implantation transluminale (percutanée) de stents à potentiel de croissance non couverts
INCL. Stents Cheatham-Platinum à potentiel de croissance non couverts

39.BB.- Implantation transluminale (percutanée) de stents à potentiel de croissance couverts
INCL. Stents Cheatham-Platinum à potentiel de croissance couverts

3.12. 44.99.21 et 44.99.22 ligature par anse largable et clipping gastrique – Correction des titres

Concerne la version italienne. Voir Circolare 2020 n. 2.

3.13. 88.74.- Ultrasonographie diagnostique du système digestif – Correction du titre

Concerne la version italienne. Voir Circolare 2020 n. 2.

3.14. 89.07.23 et 89.07.33 évaluation – Correction des titres

Concerne la version française.

Les libellés des codes 89.07.23 et 89.07.33 sont à corriger comme suit.

89.07.23 Évaluation ~~complète~~ partielle, sans inscription du patient sur une liste d'attente pour greffe de bloc cœur-poumons

89.07.33 Évaluation complète, ~~sans~~ avec inscription du patient sur une liste d'attente pour greffe de bloc cœur-poumons

3.15. 92.39.29 Autre radiothérapie de haut voltage, radiochirurgie stéréotaxique, fractionnée, cérébrale, autre – Correction du titre

Concerne la version française.

Dans le libellé du code 92.39.29 «extracérébrale» est à remplacer par «cérébrale».

92.39.29 Autre radiothérapie de haut voltage, radiochirurgie stéréotaxique, fractionnée, ~~extracérébrale~~ cérébrale, autre

3.16. 93.89.1- Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce

Concerne toutes les versions linguistiques.

À la «caractéristique minimale point 0», la version du document de référence doit être compété.

À la «caractéristique minimale point 3», des modifications de la durée du traitement sont intervenues.

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

Note:

Caractéristique minimale point 0, définition et document de référence:

la réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce désigne la phase particulièrement intensive de la réadaptation neurologique de patients souffrant de lésions graves et les plus graves du système nerveux après les soins aigus ou chez les patients présentant une exacerbation aiguë de maladies chroniques préexistantes.

Des informations détaillées concernant l'indication et les conditions structurelles et personnelles sont disponibles dans le document de référence «Document de référence [V-19.10.2018 relatif au pour le code CHOP 93.89.1 Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce Version 01.01.2019](#)» sur

<https://www.swissneuro.ch/Fachinformationen?language=fr>.

[...]

Caractéristique minimale point 3, traitement:

1. Soins de réadaptation (soins stimulants et de soutien, par ex. entraîner le patient à se laver, à s'habiller, à prendre ses repas, à la continence, à s'orienter, à déglutir, soins d'un trachéostome, mesures d'isolement obligatoires, etc.) pendant au moins 2 h/jour, 7 jours sur 7, ~~en plus des soins de base et de traitement;~~
2. Thérapies fonctionnelles ~~pendant au moins 2 h/jour~~ d'une durée moyenne de 2 h/jour (minimum) 5 jours sur 7, souvent par plusieurs thérapeutes ensemble (traitements doubles) avec application d'au moins 2 des domaines thérapeutiques listés sous 4.2.
3. Soins de base et/ou soin de réadaptation et/ou thérapies fonctionnelles totalisant au moins ~~6~~ 5 heures ~~de thérapie/~~ par jour, 7 jours sur 7, les temps de thérapie/soins avec intervention simultanée de plusieurs thérapeutes/infirmières(ers) pouvant être additionnés. Chez les enfants et les adolescents, 2 heures/jour de pédagogie spécialisée ou curative peuvent être prises en compte avec les soins de réadaptation et la thérapie fonctionnelle. Les programmes divergeant de ce schéma ne sont possibles que pour des raisons spécifiques au patient qui doivent être documentées.
4. Visites médicales au moins 5 jours sur 7.
5. Différents autres domaines spécialisés, tels que: conseil et traitement diététiques, orthoptie, etc. peuvent également être mis à contribution en cas de besoin.

3.17. 93.A2.- Traitement multimodal de la douleur

Concerne toutes les versions linguistiques.

La «caractéristique minimale point 3, traitement», doit être modifiée comme suit :

93.A2.- Traitement multimodal de la douleur

Note: [...]

Caractéristique minimale point 3, traitement:

Appel à au moins trois des méthodes thérapeutiques actives suivantes, en combinaison adaptée au patient: psychothérapie, physiothérapie spéciale (au moins 2 ans d'expérience dans le traitement des patients souffrant de douleurs), techniques de relaxation, ergothérapie, thérapie médicale de renforcement musculaire, entraînement au lieu de travail/entraînement pour la vie de tous les jours, traitement interventionnel des douleurs (interventions guidées par convertisseur d'image ou échographie). ~~Une unité de traitement dure en moyenne 30 minutes. Le patient reçoit au moins 9 heures de traitement par semaine (période de 7 jours), soit 18 unités de traitement. La durée du traitement hebdomadaire (période de 7 jours) équivaut à au moins 540 minutes.~~ Dans la thérapie de groupe, l'effectif du groupe est limité à 8 personnes.

3.18. 94.3F.- Sortie d'essai et définition du congé

Concerne toutes les versions linguistiques.

À la sous-catégorie 94.3F.- «Sortie d'essai en psychiatrie (enfants, adolescents et adultes), selon la durée», la formulation des périodes doit être modifiée pour des raisons de cohérence avec la définition de « congé ». Pour cette définition, on se référera au point 1.5.3 «Définition du congé» du document de SwissDRG SA «Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG et TARPSY», Version juin 2019, disponible sur le lien suivant :

http://www.swissdr.org/application/files/2415/6051/1599/Regeln_und_Definitionen_zur_Fallabrechnung_unter_SwissDRG_und_TARPSY_f.pdf

Le code 94.3F.11 «... de moins de 24 heures» doit être corrigé par «... jusqu'à 24 heures».

Ces modifications se concrétisent comme suit:

94.3F.11 Sortie d'essai avec absence ~~de moins de 24 heures~~ jusqu'à 24 heures

94.3F.12 Sortie d'essai avec absence ~~de 24 à moins de 48 heures~~ de plus de 24 heures jusqu' à 48 heures

94.3F.13 Sortie d'essai avec absence ~~de 48 à moins de 72 heures~~ de plus de 48 heures jusqu'à 72 heures

94.3F.14 Sortie d'essai avec absence de plus de 72 heures

3.19. 99.B2.- Traitement et prise en charge de la réaction anaphylactique avec surveillance médicale – Correction du libellé du code 99.B2.12

Concerne la version italienne. Voir Circolare 2020 n. 2.

3.20. 99.B7.1- Traitement complexe de médecine intensive chez l'adulte (procédure de base)

Concerne toutes les versions linguistiques.

Dans les traitements complexes de soins intensifs suivants, la version du document de référence a été adaptée et le lien vers le document est désormais indiqué.

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

Note:

Caractéristiques minimales:

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

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

Les définitions exactes de SAPS II (simplified acute physiology score) et de NEMS (nine equivalent of nursing manpower use score) ~~se trouvent dans les données minimales de la SSMI (MDSi)~~ sont disponibles et consultables dans le document «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 29d_2019» sur: www.sgi-ssmi.ch -> Ressorts -> Qualitätsmanagement -> Datensatz (MDSi) → «MDSi Konzept_Version29». Actuellement, seule la version allemande est disponible. La version française suivra.

- Les procédures spéciales de médecine intensive telles que transfusions de plasma et de composants du plasma, plasmaphérèse et immunoadsorption, ainsi que les mesures de réanimation doivent faire l'objet d'un codage séparé. Ce code doit être indiqué pour les patients dès 16 ans révolus.

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

Concerne toutes les versions linguistiques.

La version des documents de référence ainsi que le lien vers les documents de référence doivent être adaptés comme suit.

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

Note:

Surveillance multimodale et traitement complexe prodigués aux patients menacés ou touchés par une mise en danger des fonctions vitales, ou dans le but d'assurer une plus grande couverture des besoins en soins, dans une unité de soins intermédiaires (U-IMC) reconnue.

Le document «Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires (~~6-12-2012~~) (U-IMC) : Les présentes directives ont été adoptées par la Commission pour la reconnaissance des unités de soins intermédiaires (CRUIMC) le 21.02.2019 et remplacent celles du 01.01.2014, elles entreront en vigueur le 1er janvier 2020» peut être téléchargé via le lien suivant:

https://www.swiss-imc.ch/files/daten/richtlinien/Revision%20Richtlinien%202019/KAIMC_Richtlinien_2020_FINAL_FR_V15_191204.pdf

Le document est également disponible sur ~~depuis~~ les sites Internet des ~~autres~~ sociétés de discipline médicales concernées.

Caractéristiques minimales: surveillance et traitement continu sur 24 heures par une équipe infirmière et médicale dans une unité de soins intermédiaires (U-IMC) reconnue par la Commission de reconnaissance des unités de soins intermédiaires (U-IMC), sous la direction d'un médecin spécialiste qualifié selon les Directives suisses pour la reconnaissance des U-IMC.

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

Les définitions exactes de SAPS II (simplified acute physiology score) et de NEMS (nine equivalent of nursing manpower use score) ~~sont disponibles et consultables dans le document «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 29d_2019» peuvent être consultées en cliquant~~ sur le lien suivant: www.sgissmi.ch -> ~~Qualité-> MDSi (Données minimales de la SSMI) Ressorts -> Qualitätsmanagement -> Datensatz (MDSi) -> «MDSi Konzept_Version29».~~ Actuellement, seule la version allemande est disponible. La version française suivra.

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

Ce code doit être utilisé pour les patients qui ont atteint l'âge de 16 ans au moment de l'admission.

Il ne doit pas être utilisé pour un traitement dans un service d'urgence ou en salle de réveil (unité de soins post-anesthésie, PACU).

3.22. Suppression «âge corrigé» et correction des références

Concerne toutes les versions linguistiques.

Le passage « Pour les prématurés, l'âge corrigé est utilisé pour le calcul des jours. L'âge corrigé est défini par le médecin traitant. » doit être supprimé dans les traitements complexes ci-dessous.

Parallèlement, il faut modifier la version du document de référence et les liens indiqués à propos des traitements complexes dans une unité de soins intermédiaires.

99.B7.2.- Traitement complexe de médecine intensive chez l'enfant (procédure de base), selon le nombre de points de dépense

Note:

Caractéristiques minimales:

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

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

Les définitions exactes de l'indice PIM 2 (Pediatric Index of Mortality 2) et du score NEMS (nine equivalent of nursing manpower use score) ~~se trouvent dans les données minimales de la SSMI (MDSi)~~ sont disponibles et consultables dans le document «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 29d_2019» sur: www.sgi-ssmi.ch → Ressorts → Qualitätsmanagement → Datensatz (MDSi) → «MDSi Konzept_Version29». Actuellement, seule la version allemande est disponible. La version française suivra.

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

Ce code doit être utilisé pour les patients qui, au moment de l'admission, sont âgés de plus de 28 jours, mais n'ont pas atteint l'âge de 16 ans. ~~Pour les prématurés, l'âge corrigé est utilisé pour le calcul des jours. L'âge corrigé est défini par le médecin traitant.~~

99.B7.3- Traitement complexe de médecine intensive chez le nouveau-né (procédure de base), par points de dépense

Note:

Caractéristiques minimales:

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

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

Les définitions exactes des indices PIM 2 (Pediatric Index of Mortality 2) et CRIB 2 (Clinical Risk Index for Babies 2) et du score NEMS (Nine Equivalent of nursing Manpower use Score) ~~se trouvent dans les données minimales de la SSMI (MDSi)~~ sont disponibles et consultables dans le document «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 29d_2019» sur: www.sgi-ssmi.ch → Ressorts → Qualitätsmanagement → Datensatz (MDSi) → «MDSi Konzept_Version29». Actuellement, seule la version allemande est disponible. La version française suivra.

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

Ce code doit être utilisé pour les patients qui, au moment de l'admission, sont âgés de 28 jours ou plus jeunes. ~~Pour les prématurés, l'âge corrigé est utilisé pour le calcul des jours. L'âge corrigé est défini par le médecin traitant.~~

99.B8.2- Traitement complexe en unité de soins intermédiaires (U-IMC) chez l'enfant, selon le nombre de points de dépense

Note:

Surveillance multimodale et traitement complexe prodigués aux patients menacés ou touchés par une mise en danger des fonctions vitales, ou dans le but d'assurer une plus grande couverture des besoins en soins, dans une unité de soins intermédiaires (U-IMC) reconnue.

Le document «Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires (5.12.2012) (U-IMC) : Les présentes directives ont été adoptées par la Commission pour la reconnaissance des unités de soins intermédiaires (CRUIMC) le 21.02.2019 et remplacent celles du 01.01.2014, elles entreront en vigueur le 1er janvier 2020» peut être téléchargé via le lien suivant:

https://www.swiss-imc.ch/files/daten/richtlinien/Revision%20Richlinien%202019/KAIMC_Richtlinien_2020_FINAL_FR_V15_191204.pdf

Le document est également disponible sur ~~depuis~~ les sites Internet des autres sociétés de discipline médicales concernées.

Caractéristiques minimales: surveillance et traitement continu sur 24 heures par une équipe infirmière et médicale dans une unité de soins intermédiaires (U-IMC) reconnue par la Commission de reconnaissance des unités de soins intermédiaires (U-IMC), sous la direction d'un médecin spécialiste qualifié selon les Directives suisses pour la reconnaissance des U-IMC. Le nombre de points de dépense se calcule comme suit: indice PIM 2 + somme des NEMS. L'indice PIM 2 est relevé une fois au cours des premières 24 heures du séjour en U-IMC. Le NEMS est relevé une fois par période de travail continue. Pour les périodes de travail de 8 heures, les NEMS sont simplement additionnés, tandis que pour les périodes de 12 heures, la somme totale des NEMS est multipliée par 1,5.

Les définitions exactes de PIM 2 (pediatric index of mortality) et de NEMS (nine equivalent of nursing manpower use score) sont disponibles et consultables dans le document «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 29d_2019» ~~peuvent être consultées en cliquant~~ sur le lien suivant: www.sgi-ssmi.ch -> Qualité-> MDSi (Données minimales de la SSMI) Ressorts -> Qualitätsmanagement -> Datensatz (MDSi) -> «MDSi Konzept_Version29». Actuellement, seule la version allemande est disponible. La version française suivra.

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

Ce code doit être utilisé pour les patients qui, au moment de l'admission, sont âgés de plus de 28 jours, mais n'ont pas atteint l'âge de 16 ans. ~~Pour les prématurés, l'âge corrigé est utilisé pour le calcul des jours. L'âge corrigé est défini par le médecin traitant.~~ Il ne doit pas être utilisé pour un traitement dans un service d'urgence ou en salle de réveil (unité de soins post-anesthésie, PACU).

99.B8.3 Traitement complexe en unité de soins intermédiaires (U-IMC) chez le nouveau-né, par points de dépense

Note:

Surveillance multimodale et traitement complexe prodigués aux patients menacés ou touchés par une mise en danger des fonctions vitales, ou dans le but d'assurer une plus grande couverture des besoins en soins, dans une unité de soins intermédiaires néonatale de niveau IIb reconnue par la Société suisse de néonatalogie (SGN – Swiss Society of Neonatology) et/ou dans une unité de soins intermédiaires (U-IMC) reconnue.

Le document de la Société Suisse de Néonatalogie «Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland. Revised Version 14.3.2019» est disponible via le lien suivant:

<https://www.neonet.ch/unit-accreditation/unit-accreditation-canu>

Le document «Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires (5.12.2012) (U-IMC) : Les présentes directives ont été adoptées par la Commission pour la reconnaissance des unités de soins intermédiaires (CRUIMC) le 21.02.2019 et remplacent celles du 01.01.2014, elles entreront en vigueur le 1er janvier 2020» peut être téléchargé via le lien suivant:

https://www.swiss-imc.ch/files/daten/richtlinien/Revision%20Richlinien%202019/KAIMC_Richtlinien_2020_FINAL_FR_V15_191204.pdf

Le document est également disponible sur ~~depuis~~ les sites Internet des ~~autres~~ sociétés de discipline médicales concernées.

Caractéristiques minimales: Surveillance et traitement continu 24 h sur 24 par une équipe infirmière et médicale dans une unité de soins intermédiaires (U-IMC) reconnue par la Commission de reconnaissance des unités de soins intermédiaires (U-IMC), sous la direction d'un médecin spécialiste en soins intensifs ou d'un pédiatre spécialisé en néonatalogie. Le nombre de points de dépense se calcule comme suit: probabilité de décès d'après le PIM2 ou le CRIB 2 + somme des NEMS. Le PIM 2 ou le CRIB 2 (facultatif, en fonction des critères de maturation/poids pouvant être remplis) est relevé une fois dans les premières 24 h de séjour à l'U-IMC. Le NEMS est relevé une fois par période de travail continue. Pour les périodes de travail de 8 heures, les NEMS sont simplement additionnés, tandis que pour les périodes de 12 heures, la somme totale des NEMS est multipliée par 1,5.

Les définitions exactes des indices PIM 2 (Pediatric Index of Mortality) et CRIB 2 (Clinical Risk Index for Babies 2) et du score NEMS (Nine Equivalent of nursing Manpower use Score) ~~sont disponibles et consultables dans le document «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 29d_2019» peuvent être consultées~~ sur le site Internet www.sgissmi.ch → ~~Qualité~~ → ~~MDSi (Données minimales de la SSMI)~~ → ~~Recours~~ → ~~Qualitätsmanagement~~ → ~~Datensatz (MDSi)~~ → ~~«MDSi Konzept_Version29»~~. Actuellement, ~~seule la version allemande est disponible. La version française suivra.~~

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

Ce code doit être utilisé pour les patients qui, au moment de l'admission, sont plus jeunes ou âgés de 28 jours. ~~Pour les prématurés, l'âge corrigé est utilisé pour le calcul des jours. L'âge corrigé est défini par le médecin traitant.~~ Il ne doit pas être utilisé pour un traitement dans un service d'urgence ou en salle de réveil.

3.23. AA.21.- Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

Concerne toutes les versions linguistiques.

Die Multimorbiditätsmessung im Kontext der Rehabilitation ist nur beim Eintritt zu erfassen. Der Punkt 3 des Beachte der Subkategorie AA.21.- ist wie folgt anzupassen:

AA.21.- Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

Note:

[...]

Point 03, saisie:

Le code doit être saisi à l'admission, dans un délai de 3 jours, ~~ainsi qu'à la sortie, c'est-à-dire au plus tôt 3 jours avant la sortie.~~

Le score total est calculé à partir de la somme de l'évaluation des 14 critères individuels qui sont divisés en 5 degrés de sévérité, de 0 «aucun problème» à 4 «problème extrêmement sérieux». Les grades doivent être indiqués exactement selon les définitions du CIRS.

AA.21.1- Cumulative Illness Rating Scale (CIRS), selon le score total

AA.21.11 CIRS, ~~10~~-4 score total

4. Informations complémentaires ICD-10-GM 2018

4.1. Suppression de codes supplémentaires dans l'index alphabétique

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

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

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

Index systématique (Version PDF)

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

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

T82.0 Complication mécanique d'une prothèse valvulaire cardiaque

Déplacement

Fuite

Malposition

Obstruction mécanique

Perforation

Protrusion

Rupture (mécanique)

dû (due) à une prothèse valvulaire cardiaque

Index alphabétique (CSV)

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

4.2. Enrichissements «Encéphalopathie de Wernicke»

Concerne uniquement les versions française et italienne.

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

(Extrait du fichier CSV)

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

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

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

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

Concerne uniquement la version française.

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

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

Glomérulopathie au cours de:

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

4.4. U07.0! Trouble de la santé en lien avec l'utilisation de cigarettes électroniques

Concerne toutes les versions linguistiques.

Des rapports sur des cas de maladie grave et de décès en lien avec l'utilisation de cigarettes dites électroniques ont conduit l'OMS à affecté le code U07.0 comme suit:

U07.0! Trouble de la santé en lien avec l'utilisation de cigarettes électroniques [vapoteuse]

Trouble de la santé causée par l'inhalation d'une solution vaporisée (aérosol) qui peut contenir des arômes, de la nicotine et d'autres substances et additifs généralement dissous dans du propylène glycol, du glycérol ou les deux, en utilisant des systèmes électroniques de distribution avec nicotine (ENDS) ou sans nicotine (ENNDS). Les infections semblent peu probables ou exclues comme cause du trouble chez les personnes atteintes. L'identification d'infiltrations pulmonaires, telles que des zones plus denses sur une radiographie du thorax ou des opacités sur une tomographie du thorax, fait partie des résultats pertinents.

4.5. U07.1!, U07.2! COVID-19 et U99.0!

Concerne toutes les versions linguistiques.

En raison de la COVID-19, les codes suivants commençant par U ont été définis:

U07.1! COVID-19, virus identifié

Maladie à coronavirus 2019, virus identifié

Attribuez ce code dans les cas où l'infection au COVID-19 a été confirmée par un test en laboratoire, indépendamment du degré de sévérité des résultats cliniques ou des symptômes.

Attribuez au préalable les codes requis pour signaler la présence d'une pneumonie ou d'autres manifestations ou raisons pour la prise de contact avec l'hôpital.

U07.2! COVID-19, virus non identifié

COVID-19 SAI

Attribuez ce code lorsque le COVID-19 a été confirmé du point de vue clinique et épidémiologique, mais que le virus n'a pas été identifié par un test en laboratoire ou si ce test n'est pas disponible.

Attribuez au préalable les codes requis pour signaler la présence d'une pneumonie ou d'autres manifestations ou raisons pour la prise de contact avec l'hôpital.

U99.0! Procédures spéciales pour le dépistage du SARS-CoV-2

5. ANNEXE

5.1. Informations et précisions (anciennement nommées FAQ)

La présente circulaire contient **toutes** les «informations et précisions» valables à partir du 1^{er} juillet 2020.

Explications sur la numérotation

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

P.ex.: 0999 (numéro) 1.1.2012 (valable depuis)
 0998 1.1.2012
 ...
 0852 01.07.2017, etc.

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

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

Cette précision est structurée comme suit:

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

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

Saisie du nombre d'endoprothèses (stents grafts) aortiques

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

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

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

Ainsi que le «Coder aussi» suivant:

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

Pour les codes 39.71.21 à 39.71.25, 39.73.31 à 39.71.35, ainsi que 39.73.41 à 39.73.45, tenir compte de la Notice pour la saisie des prestations et de la tarification «Complément pour le codage des codes CHOP 2020 «Implantation endovasculaire d'endoprothèses (stents grafts) dans l'aorte abdominale/thoracique/thoraco-abdominale, ...» 39.71.21 à -.25, 39.73.31 à -.35 et 39.73.41 à -.45», publiée sous le lien suivant sur le site Internet SwissDRG SA:

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

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 ».

Pour l'attribution au bon SwissDRG par le Groupeur, il faut en plus saisir la classe résiduelle 39.71.09 «Implantation endovasculaire d'une endoprothèse (stent graft) dans l'aorte abdominale, autre».

À la fin du séjour, additionner les endoprothèses (stents grafts) aortiques implantées dans l'aorte thoracique, l'aorte thoracoabdominale et l'aorte abdominale et saisir le code supplémentaire correspondant du groupe d'élément 39.78.6-, à savoir, pour cet exemple, 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.

Pour l'attribution au bon SwissDRG par le Grouper, il faut en plus saisir la classe résiduelle 39.71.09 « Implantation endovasculaire d'une endoprothèse (stent graft) dans l'aorte abdominale, autre » une fois pour le jour X et une fois pour le jour Y.

À la fin du séjour, additionner les endoprothèses (stents grafts) aortiques implantées dans l'aorte thoracique, l'aorte thoracoabdominale et l'aorte abdominale et saisir le code supplémentaire correspondant du groupe d'élément 39.78.6-, 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 ».

Pour l'attribution au bon SwissDRG par le Grouper, il faut en plus saisir la classe résiduelle 39.73.09 « Implantation endovasculaire d'une endoprothèse (stent graft) dans l'aorte thoracique et thoraco-abdominale, autre » pour le jour de l'intervention (une fois).

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.

Pour l'attribution au bon SwissDRG par le Grouper, il faut en plus saisir les classes résiduelles 39.73.09 « Implantation endovasculaire d'une endoprothèse (stent graft) dans l'aorte thoracique et thoraco-abdominale, autre » et 39.71.09 « Implantation endovasculaire d'une endoprothèse (stent graft) dans l'aorte abdominale, autre », toutes deux pour le jour de l'intervention.

Saisir le code supplémentaire 39.78.61 « 2 endoprothèses aortiques implantées ».

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

Tenir compte de la notice pour la saisie des prestations et de la tarification « Complément pour le codage des codes CHOP 2020 "Implantation endovasculaire d'endoprothèses (stents grafts) dans des vaisseaux iliaques et autres" 39.7A.00, 39.7A.09, 39.7A.11-39.7A.16, 39.7A.21 » sous le lien suivant:

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

Cette notice ne s'applique pas aux codes 39.7A.31, 39.7A.32 et 39.7A.41.

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 » et une fois le code 39.29.00 « Autre pontage ou shunt vasculaire (périphérique), SAP » 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. Compte tenu de la notice pour la saisie des prestations et de la tarification, il faut en outre saisir le code 39.29.00 « Autre pontage ou shunt vasculaire (périphérique), SAP », 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. A la fin du séjour, le nombre total de stents implantés est calculé et saisi au moyen d'un code sous 39.C1.- « Nombre de stents implantés ». 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. Il faut supprimer le «Coder aussi» «Nombre de stents implantés (39.C1.-)» sous 36.03.- et 36.08.-.

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»).

En outre, les codes du groupe d'éléments 39.78.6- pour les endoprothèses (stents grafts) aortiques et ceux de la sous-catégorie 39.C1.- pour les stents périphériques (sauf les stents coronariens) sont aussi pertinents pour l'attribution par le Groupeur au SwissDRG correct.

0814 01.07.2020 Saisie des stents coronariens couverts

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

36.03.09 Angioplastie d'artère coronaire à thorax ouvert, autre

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dans le cas où une endoprothèse (stent graft) aortique (dont l'extrémité peut être aortique, mono-iliaque ou bi-iliaque) 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	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
	Intervention de type B sur le doigt du 3 ^e rayon de la main gauche	Code de l'intervention de type B	Unilatéral gauche	Pas de code		
Cas 5	Intervention de type A sur les doigts des 2 ^e , 3 ^e et 4 ^e rayons de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	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	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
	Intervention de type B sur les doigts des 2 ^e et 3 ^e rayons de la main gauche-droite	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	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
	Intervention de type B sur le doigt du 2 ^e rayon de la main droite	Code de l'intervention de type B	Unilatéral droit	Pas de code		

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».

0821 — 01.01.2020-30.02.2020 Comptage de stents

Cette précision est remplacée par la précision 0813 à partir du 01.07.2020.

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

S'il est réalisé, le prélèvement de cellules souches du cordon ombilical est codé dans le cas du nouveau-né. Un code du groupe d'éléments 41.0A.3- «Prélèvement de cellules souches hématopoïétiques dans le sang du cordon ombilical» est utilisé à cet effet.

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

L'abus d'alcool n'implique pas forcément une dépendance.

Dans le cas d'abus d'alcool, le code à saisir est le F10.1 «Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, Utilisation nocive pour la santé».

En situation de dépendance à l'alcool ou d'abus chronique d'alcool, le code à saisir est le F10.2 «Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, Syndrome de dépendance»

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.

~~0825 01.01.202-30.06.2020 Code supplémentaire 00.9C.- «Interventions en un temps, main et pied»~~

Cette précision est remplacée par la précision 0818 à partir du 01.07.2020.

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: Domaines thérapeutiques

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

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

93.8B.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 miniprothèse implantée pour le traitement de **défait de cartilage** dans le genou n'est pas codée avec un code de la sous-catégorie 81.54. —«Implantation d'endoprothèse de genou» , mais avec:

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

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

0831 01.07.2019 Troubles hémorragiques dus à des anticoagulants circulants

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

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

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

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

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

0834 01.07.2019 Intoxication au lithium

Comment représenter une intoxication au lithium?

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

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

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

Durée de traitement avec:

- A: un ballonnet de contre-pulsation intra-aortique (IABP)→ 37.69.1-
- B: un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux
 - intravasculaire (y compris intracardiaque)→ 37.69.2-
 - extracorporel, univentriculaire→ 37.69.4-
 - extracorporel, biventriculaire→ 37.69.5-
 - intracorporel, univentriculaire et biventriculaire→ 37.69.6-

- C: un système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire, avec pompe, avec élimination de CO₂, extracorporel, veino-veineux → 37.69.7-
- D: un système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire, avec pompe, avec oxygénateur (y compris élimination de CO₂)

- extracorporel, veino-veineux → 37.69.8-

- extracorporel, veino-artériel ou veino-veino-artériel → 37.69.A-

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

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

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

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

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

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

- E: un système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire, sans pompe,
 - avec élimination de CO₂ → 37.69.B-

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

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

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

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

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

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

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

0837 01.01.2019 Oxygénation par ballon du nouveau-né

L'oxygénation par ballon des nouveau-nés avec troubles de l'adaptation ne se code pas. Un code de 93.9F.1- «Ventilation mécanique et assistance respiratoire chez le nouveau-né et le nourrisson» n'est donc pas utilisé.

0838 01.01.2019 Réparation de la coiffe des rotateurs

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

Musculus infraspinatus
Musculus supraspinatus
Musculus subscapularis
Musculus teres minor

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

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

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

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

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

0841 01.01.2019 Transformation de sexe

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

0844 01.07.2018 93.57.13 / 93.57.14 Durée traitement VAC

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

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

Si lors d'une incision sous-chondrale d'os d'une articulation, une matrice collagène vierge (c.-à-d. sans chondrocytes autologues cultivés) est implantée, l'intervention est à coder avec le code «Incision de l'os sous-chondral avec insertion d'implant acellulaire sous arthroscopie, ...» ou «Incision chirurgicale ouverte de l'os sous-chondral avec insertion d'implant acellulaire, ...», selon la voie d'abord choisie.

Les codes du groupe d'éléments 81.9A.3- «Transplantation de chondrocytes autologues sur matrice dans une articulation, par arthroscopie» resp. .4- «Transplantation de chondrocytes autologues sur matrice dans une articulation, par chirurgie ouverte» ne peuvent pas être codés dans ce cas.

Par exemple, pour l'articulation du genou, ceci signifie que lors d'une incision sous-chondrale d'os avec implantation d'une matrice collagène vierge, le code 81.47.25 «Incision de l'os sous-chondral avec insertion d'implant acellulaire sous arthroscopie, genou» ou le code 81.47.28 «Incision chirurgicale ouverte de l'os sous-chondral avec insertion d'implant acellulaire, genou» est à utiliser. Les codes 81.9A.3C «Transplantation de chondrocytes autologues sur matrice, articulation du genou, par arthroscopie» resp. .4C «Transplantation de chondrocytes autologues sur matrice, articulation du genou, par chirurgie ouverte» ne peuvent pas être utilisés dans ce cas.

0846 — 01.01.2018-30.06.2020 — Saisie d'un CIRS, score total de 0

La correction du libellé AA.21.11 «CIRS, 0-4 score total» a été introduite dans les informations complémentaires sur la CHOP 2020, car une autre correction a été effectuée au point 3 « saisie ».

0848 01.01.2018 Codage des évaluations en réadaptation

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

0852 01.07.2017 Note pour la règle D07 Suivi interventionnel planifié

Note en cas de révision de cicatrice:

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

0853 01.07.2017 Ponction transseptale par cathéter

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

0855 01.07.2017 54.98.- «Dialyse péritonéale»

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

0869 01.01.2016 Interventions de révision sans changement d'implants

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

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

0871 01.01.2016 CHOP: Définition «endovasculaire»

Les interventions endovasculaires sont des interventions «à l'intérieur» d'un vaisseau sanguin, sans ouverture de la localisation du traitement de ce dernier. Ce terme est analogue au terme de procédure interventionnelle. Après ponction d'une artère (le plus souvent par abord inguinal), le médecin parvient sous imagerie avec un cathéter au lieu d'intervention. La pathologie de cette artère peut être traitée à l'aide de cathéters spéciaux.

Exemples pour des interventions endovasculaires:

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

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

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

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

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

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

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

0900 01.07.2014 Artère sous-clavière

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

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

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

0939 01.01.2013 Codage des phlyctènes

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

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

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

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

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

0941 01.12.2012 ABO et ABO Recherche par mot-clé

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

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

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

0944 01.11.2012 Cystadénome ovaire

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

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

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

0955 01.09.2012 Ostéophylectomie lors d'arthrodèse

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

2010 92.24 Téléradiothérapie à photons

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

Ces installations peuvent être placées dans la salle de radiothérapie ou fixées directement comme accessoires supplémentaires sur les systèmes d'irradiation (système de rayons X, CT mobile, ultrason).

Cette imagerie est indépendante de la planification de l'irradiation et nécessite un équipement spécifique. Il est de la sorte possible de comparer le positionnement du patient et des volumes-cibles avec les images tirées de la planification de l'irradiation. Cette comparaison permet de procéder ensuite à des corrections de positionnement du patient. Ainsi, une CT effectuée sur un patient ayant un carcinome prostatique permet de contrôler le contenu de la vessie et du rectum et de déterminer sur cette base la position de la prostate.

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

Editeur: Office fédéral de la statistique (OFS)
Renseignements: Secrétariat de codage: codeinfo@bfs.admin.ch
Rédaction: Domaine Classifications médicales
Série: Statistique de la Suisse
Domaine: 14 Santé
Langue du texte original: Allemand
Traduction: Services linguistiques de l'OFS
Copyright: OFS, Neuchâtel 2020
La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée.
Prix: Gratuit
Téléchargement: www.statistiques.ch (gratuit)