



Circulaire pour les codeuses et les codeurs: 2020 / N° 1

1. Généralités

1.1. Instruments de codage applicables

A compter du 1^{er} janvier 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
- Classification Suisse des Interventions Chirurgicales (CHOP): Index systématique - Version 2020
- CIM-10-GM 2018 Index systématique : Classification internationale des maladies – 10e révision – German Modification

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

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

1.1.2 Circulaire et annexe

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

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

- Circulaire pour les codeuses et les codeurs, 2020 / n° 1 (publication fin décembre 2019): à appliquer aux cas avec une date de sortie à partir du 1^{er} janvier 2020.
- Circulaire pour les codeuses et les codeurs, 2020 / n° 2 (publication fin juin 2020): à appliquer aux cas avec une date de sortie à partir du 1^{er} juillet 2020.

1.2. Question sur le codage

1.2.1. Procédure

Seules les questions de codage avec **toute la documentation clinique anonymisée nécessaire** (lettre de sortie, rapport opératoire, codage) seront traitées; elles sont à adresser à CodeInfo@bfs.admin.ch.

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

Pour **toutes les questions sans documentation ou avec une documentation insuffisante**, nous ne ferons pas de recommandation.

Une recommandation n'est valable que pour le cas pour lequel elle a été émise et ne doit pas être appliquée à d'autres cas.

1.2.2. Anonymisation

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

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

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

2. Informations complémentaires manuel de codage 2020

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

2.1. P06i Procédures répétées plusieurs fois: précision concernant les concentrés érythrocytaires et de plaquettes

Concerne toutes les versions linguistiques.

Le paragraphe suivant de la règle de codage P06i «Procédures répétées plusieurs fois» doit être complété.

P06i Procédures répétées plusieurs fois

[...]

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

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

*Lors de l'utilisation de concentrés érythrocytaires et de plaquettes, ce sont également les seules quantités administrées au patient qui doivent être saisies. Les quantités commandées, mais non utilisées, ne sont pas comptées. Les définitions de Transfusion CRS Suisse (voir note des codes CHOP 99.04.- «Transfusion de globules rouges concentrés» et 99.05.- «Transfusion de plaquettes») doivent être prises en compte pour les unités de transfusion chez les adultes et les enfants. Les volumes minimaux ne s'appliquent pas chez les bébés jusqu'à 1 an révolu (voir note des codes CHOP correspondants). Si la somme des concentrés administrés **par transfusion**, chez l'enfant et l'adulte, ne donne pas un chiffre entier, le résultat est arrondi vers le bas. Si, par*

exemple, 5,6 concentrés érythrocytaires ont été administrés, le code saisi est celui avec l'indication «1 à 5 UT».

Exemple:

Un patient reçoit au 2^e jour de son hospitalisation 3,8 concentrés érythrocytaires puis 2,7 au 4^e jour. Au total, ce sont donc 6,5 concentrés qui ont été administrés. Cependant, seuls les concentrés entièrement administrés peuvent être facturés, dans ce cas 3 et 2 = 5. Le code 99.04.10 «Transfusion de globules rouges concentrés, 1 à 5 UT» est utilisé.

[...]

2.2. S0102i Sepsis – Adaptations dans le tableau relatif au score SOFA

Concerne toutes les versions linguistiques.

Le tableau «Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment Score» sous la règle de codage S0102i «Sepsis» doit être adapté comme suit :

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

a Adapté de Vincent et Al²⁷

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

c **Glasgow Coma Scale de 3 à 15.** Chez les patients intubés ou sous sédation, c'est le score que le patient aurait vraisemblablement sans sédation qui est indiqué («GCS supposés ou, «dernier GCS connu»)

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

e La ventilation non invasive et la thérapie à haut débit sont considérées comme une «assistance respiratoire» dans le cadre du score SOFA.

f Toute forme d'assistance circulatoire mécanique aiguë, en particulier IABP, pompes cardiaques, VA ECMO VVA ECMO

g Dispositifs extracorporels d'aide à l'oxygénation et/ou à l'élimination du CO₂

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

2.3. S0102i Sepsis – Correction d'un exemple

Concerne toutes les versions linguistiques.

Sous la règle de codage S0102i «Sepsis», dans la section «Exemples de codage», l'exemple 2 doit être corrigé comme suit:

[...]

Exemple 2

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

Evolution: aggravation de l'insuffisance rénale chronique avec créatininémie de 140 µmol/l et diminution de la DFG à 25 ml/min (valeur de base: créatinine ~~110~~-100 µmol/l, DFG 40 ml/min). Au deuxième jour d'hospitalisation, [...]

3. Informations complémentaires CHOP 2020

Légende: Nouveautés en vert, suppressions en rouge

3.1. Corrections dans l'introduction

Concerne la version allemande - voir Rundschreiben 2020/Nr. 1

3.2. Neurostimulation intracrânienne - neurostimulation centrale

Concerne toutes les versions linguistiques.

Le terme «neurostimulation centrale» doit être remplacé par «neurostimulation intracrânienne».

- 02.93 Interventions sur ou avec électrode(s) pour neurostimulation ~~centrale~~-intracrânienne
- 02.93.00 Interventions sur ou avec électrode(s) pour neurostimulation ~~centrale~~-intracrânienne, SAP
- 02.93.09 Interventions sur ou avec électrode(s) pour neurostimulation ~~centrale~~-intracrânienne, autre
- 02.93.3 Implantation ou remplacement d'électrodes pour neurostimulation ~~centrale~~-intracrânienne
Cod. a.: Implantation ou remplacement d'un neurostimulateur pour neurostimulation ~~centrale~~ intracrânienne (02.97.1-)
- 02.93.30 Implantation ou remplacement d'électrodes pour neurostimulation ~~centrale~~-intracrânienne, SAP
- 02.93.39 Implantation ou remplacement d'électrodes pour neurostimulation ~~centrale~~-intracrânienne, autre
- 02.93.4 Révision sans remplacement d'électrodes pour neurostimulation ~~centrale~~-intracrânienne
Cod. a.: Révision sans remplacement d'un neurostimulateur pour neurostimulation ~~centrale~~ intracrânienne (02.97.2-)
- 02.93.40 Révision sans remplacement d'électrodes pour neurostimulation ~~centrale~~-intracrânienne, SAP
- 02.93.41 Révision sans remplacement d'électrodes pour neurostimulation ~~centrale~~ intracrânienne, stéréotaxique, système permanent à une électrode pour stimulation permanente
- 02.93.42 Révision sans remplacement d'électrodes pour neurostimulation ~~centrale~~-intracrânienne, stéréotaxique, système permanent à plusieurs électrodes pour stimulation permanente
- 02.93.49 Révision sans remplacement d'électrodes pour neurostimulation ~~centrale~~-intracrânienne, autre
- 02.93.5 Enlèvement des électrodes pour neurostimulation ~~centrale~~-intracrânienne
- 02.93.51 Enlèvement des électrodes pour neurostimulation ~~centrale~~-intracrânienne
Cod. a.: Enlèvement d'un neurostimulateur pour neurostimulation ~~centrale~~ intracrânienne (02.97.3-)
Excl.: Omettre le code - Implantation ou remplacement d'électrodes pour neurostimulation ~~centrale~~ intracrânienne (02.93.3-)
- 02.97 Interventions sur ou avec un neurostimulateur pour neurostimulation ~~centrale~~-intracrânienne
- 02.97.00 Interventions sur ou avec un neurostimulateur pour neurostimulation ~~centrale~~-intracrânienne, SAP
- 02.97.09 Interventions sur ou avec un neurostimulateur pour neurostimulation ~~centrale~~-intracrânienne, autre

- 02.97.1 **Implantation ou remplacement d'un neurostimulateur pour neurostimulation ~~centrale~~-intracrânienne**
Cod. a.: Implantation ou remplacement d'électrodes pour neurostimulation ~~centrale~~ intracrânienne
(02.93.3-)
- 02.97.10 **Implantation ou remplacement d'un neurostimulateur pour neurostimulation ~~centrale~~-intracrânienne, SAP**
- 02.97.11 **Implantation ou remplacement d'un neurostimulateur pour neurostimulation ~~centrale~~-intracrânienne, système à une électrode, non rechargeable**
- 02.97.12 **Implantation ou remplacement d'un neurostimulateur pour neurostimulation ~~centrale~~-intracrânienne, système à plusieurs électrodes, non rechargeable**
- 02.97.14 **Implantation ou remplacement d'un neurostimulateur pour neurostimulation ~~centrale~~-intracrânienne, système à plusieurs électrodes, rechargeable, omnidirectionnel**
- 02.97.15 **Implantation ou remplacement d'un neurostimulateur pour neurostimulation ~~centrale~~-intracrânienne, système à plusieurs électrodes, rechargeable, bidirectionnel**
- 02.97.19 **Implantation ou remplacement d'un neurostimulateur pour neurostimulation ~~centrale~~-intracrânienne, autre**
- 02.97.2 **Révision sans remplacement d'un neurostimulateur pour neurostimulation ~~centrale~~-intracrânienne**
Cod. a.: Révision sans remplacement d'électrodes pour neurostimulation ~~centrale~~ intracrânienne
(02.93.4-)
- 02.97.21 **Révision sans remplacement d'un neurostimulateur pour neurostimulation ~~centrale~~-intracrânienne**
- 02.97.3 **Enlèvement d'un neurostimulateur pour neurostimulation ~~centrale~~-intracrânienne**
Cod. a.: Enlèvement des électrodes pour neurostimulation ~~centrale~~ intracrânienne (02.93.5-)
Excl.: Omettre le code - Implantation ou remplacement d'un neurostimulateur pour neurostimulation ~~centrale~~-intracrânienne (02.97.1-)
- 02.97.31 **Enlèvement d'un neurostimulateur pour neurostimulation ~~centrale~~-intracrânienne**
- 02.9A **Interventions sur ou avec neurostimulateur avec électrodes intégrées pour neurostimulation ~~centrale~~ intracrânienne**
- 02.9A.00 **Interventions sur ou avec neurostimulateur avec électrodes intégrées pour neurostimulation ~~centrale~~, intracrânienne SAP**
- 02.9A.09 **Interventions sur ou avec neurostimulateur avec électrodes intégrées pour neurostimulation ~~centrale~~ intracrânienne, autre**
- 02.9A.1 **Implantation ou remplacement d'un neurostimulateur avec électrodes intégrées pour neurostimulation intracrânienne ~~centrale~~**
- 02.9A.2 **Révision sans remplacement d'un neurostimulateur avec électrodes intégrées pour neurostimulation intracrânienne ~~centrale~~**
- 02.9A.3 **Enlèvement d'un neurostimulateur avec électrodes intégrées pour neurostimulation intracrânienne ~~centrale~~**
Excl.: Omettre le code - Implantation ou remplacement d'un neurostimulateur avec électrodes intégrées pour neurostimulation ~~centrale~~ intracrânienne (02.9A.1-)

3.3. 04.93.- «Ablation d'électrode(s) de neurostimulateur périphérique»

Concerne la version française.

L'exclusion sous le code 04.93.- «Ablation d'électrode(s) de neurostimulateur périphérique» doit être adaptée avec «omettre le code» :

04.93 Ablation d'électrode(s) de neurostimulateur périphérique

04.93 Excl.:

Omettre le code - Implantation ou remplacement d'électrode(s) de neurostimulateur périphérique (04.92.-)

3.4. 44.95.3- Endoscopic Sleeve Gastroplasty

Concerne la version française et italienne.

Les titres du groupe d'éléments 44.95.3- «Gastroplastie par gastrectomie longitudinale» doivent être corrigés comme suit :

44.95.3 Gastroplastie ~~par gastrectomie~~ longitudinale

44.95.3 Excl.:

Sleeve resection (43.89.4-)

44.95.31 Gastroplastie ~~par gastrectomie~~ longitudinale, endoscopique

44.95.31 Description complémentaire:

Endoscopic Sleeve Gastroplasty (ESG)

3.5. 7A.63.- «Remplacement de corps vertébral»

Concerne toutes les versions linguistiques.

La note suivante, sous la sous-catégorie 7A.63.- «Remplacement de corps vertébral», est à supprimer.

7A.63 Remplacement de corps vertébral

~~Note : La prothèse partielle de remplacement de corps vertébral remplace une surface articulaire.~~

3.6. 7A.65.- «Dispositif intervertébral d'arthrodèse»

Concerne la version française.

Les descriptions complémentaires du code 7A.65.- «Dispositif intervertébral d'arthrodèse» sont modifiées comme suit :

7A.65 Dispositif intervertébral d'arthrodèse

Cage comme ~~remplacement de corps vertébral~~ dispositif intervertébral d'arthrodèse

Cages synthétiques comme ~~remplacement de corps vertébral~~ dispositif intervertébral d'arthrodèse

3.7. 85.6 «Mastopexie»

Concerne la version française.

L'exclusion sous le code 85.6 «Mastopexie» doit être adaptée comme suit :

85.6 Mastopexie

85.6 Excl.:

Omettre le code - En cas ~~d'adipectomie-panniculectomie~~ de plastie de réduction de volume simultanée et du même côté - Mammoplastie de réduction (85.B)

3.8. 85.E2 «Implantation de prothèse mammaire, après mastectomie»

Concerne la version française.

Le titre du code 85.E2 «Implantation de prothèse mammaire, pour réparation secondaire» doit être corrigé comme suit :

85.E2 Implantation de prothèse mammaire, ~~après mastectomie~~ pour réparation secondaire

3.9. 85.H1 «Grefe de peau totale du sein», 85H2 «Grefe en épaisseur partielle du sein »

Concerne la version française et italienne.

Les titres des codes 85.H1 et 85.H2 doivent être corrigés comme suit :

85.H1 Grefe autologue de peau totale du sein

85.H2 Grefe autologue de peau en épaisseur partielle du sein

3.10. 89.19.1- et 89.19.2- Diagnostic intensif par vidéo-EEG

Concerne la version allemande - voir Rundschreiben 2020/Nr. 1

3.11. 93.89.1- Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce

Concerne les versions allemande et française.

La version du document de référence doit être modifiée comme suit:

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 pour le code CHOP 93.89.1 Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce Version 01.01.2019» sur <https://www.swissneuro.ch/Fachinformationen?language=fr>.

3.12. 94.3A.2- Traitement clinique psychosomatique intégré complexe

Concerne toutes les versions linguistiques.

Le paragraphe 4 de la «caractéristique minimale, point 2», du groupe d'éléments 94.3A.2- «Traitement clinique psychosomatique intégré complexe, selon le nombre de jours de traitement» doit être adapté comme suit.

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

Note:

Caractéristique minimale point 2, traitement:

1. Psychothérapie:

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

2. Diagnostic et traitement psychosomatique:

✚ Visite au moins hebdomadaire d'un médecin proposant des soins somatiques intégré dans l'équipe de traitement (médecine interne générale),

3. Soins:

• Accompagnement des soins par du personnel soignant diplômé dans le système de soins centrés sur la personne.

4. Thérapies spécialisées:

• Utilisation de techniques thérapeutiques spéciales complémentaires ~~des domaines de la~~ d'un ou plusieurs des domaines suivants par des spécialistes formés dans les disciplines respectives: kinésithérapie et de la thérapie corporelle y compris la physiothérapie, l'art-thérapie, l'ergothérapie, les offres éducatives et de conseil ~~par des spécialistes formés en conséquence~~. Au moins 180 min par semaine..

3.13. 94.A1.- HoNOS et 94.A2.- HoNOSCA

Concerne toutes les versions linguistiques.

Les versions des documents de référence pour 94.A1.- «HoNOS» et 94.A2.- «HoNOSCA» ont été actualisées comme suit :

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

Note:

Caractéristique minimale point 0, documents de référence:

Directives concernant le relevé du HoNOS pour la structure tarifaire TARPSY : Questionnaire, glossaire et conventions d'évaluation. Version ~~1.1 / 02.11.2016~~ 1.2 / 29.11.2019 sous <https://www.swissdrg.org/fr/psychiatrie/releve-des-donnees/statistique-medecale>

Chez les patients psychiatriques gériatriques: «Directives concernant le relevé du HoNOS 65+ pour la structure tarifaire TARPSY: Questionnaire, glossaire et conventions d'évaluation. Version ~~30.11.2018~~ 1.2 / 29.11.2019» sous <https://www.swissdrg.org/fr/psychiatrie/releve-des-donnees/statistique-medecale>

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

Note:

Caractéristique minimale point 0, documents de référence:

Directives concernant le relevé du HoNOSCA pour la structure tarifaire TARPSY : Questionnaire, glossaire et conventions d'évaluation. Version ~~1.1 / 02.11.2016~~ 1.2 / 29.11.2019 sous <https://www.swissdrg.org/fr/psychiatrie/releve-des-donnees/statistique-medecale>

3.14. 99.B3.- Traitement complexe d'épilepsie difficile à traiter

Concerne uniquement la version française.

La «caractéristique minimal point 1» du code 99.B3- «Traitement complexe d'épilepsie difficile à traiter, selon le nombre de jours de traitement» doit être adapté comme suit.

99.B3 Traitement complexe d'épilepsie difficile à traiter, selon le nombre de jours de traitement

Note:

Caractéristique minimale point 1, indications (liste non exhaustive):

- Épilepsie réfractaire au traitement, avec crises fréquentes malgré l'utilisation de deux anti-épileptiques différents, seuls ou en association, avec une durée de traitement d'au moins 1 an.
- Épilepsie réfractaire au traitement malgré l'utilisation de deux anti-épileptiques différents, avec crises rares mais sévères (causes de blessures).
- Patients ayant besoin d'assistance (p.ex. enfants, lésion cérébrale organique, patients fragiles, etc.).
- Patients présentant des anomalies comportementales (p.ex. tendance à s'enfuir, états d'agitation, etc.)
- Syndromes épileptiques spécifiques ~~et/ou nouvelle manifestation d'un état de mal épileptique, convulsif ou non convulsif~~
- Maladies psychiatriques concomitantes (p.ex trouble de somatisation, dépression, addiction, etc.)
- Conséquences psychosociales de l'épilepsie

- Suspicion de non-observance du traitement par le patient, suspicion de crises non épileptiques.
- Risque d'interactions médicamenteuses, utilisation de médicaments présentant un profil d'effets indésirables considérables, sevrage de médicaments avec risque de syndrome de sevrage.
- Changement de médicament, associé au risque d'aggravation rapide avec crises plus fréquentes ou réapparition de crises dangereuses (entraînant des blessures).
- En cas d'incertitude si le diagnostic est correct.

3.15. 99.B7.- Traitement complexe de médecine intensive

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~~ sont disponibles et consultables dans le document «Données minimales de la SSMI, V. 28d_2018, (22.02.19)» ~~les données minimales de la SSMI (MDSi)~~ sur: www.sgi-ssmi.ch -> Ressorts -> Gestion de la Qualité -> MDSi.

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

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

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

Note:

Caractéristiques minimales:

- surveillance et traitement continu 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~~ ~~trouvent~~ sont disponibles et consultables dans le document «Données minimales de la SSMI, V. 28d_2018, (22.02.19)» ~~les données minimales de la SSMI (MDSi)~~ sur: www.sgi-ssmi.ch -> Ressorts -> Gestion de la Qualité -> MDSi)

- 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~~ sont disponibles et consultables dans le document «Données minimales de la SSMI, V. 28d_2018, (22.02.19)» ~~enthalten und abrufbar~~ ~~les données minimales de la SSMI (MDSi)~~ sur: www.sgi-ssmi.ch -> Ressorts -> Gestion de la Qualité -> MDSi).
- 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.

3.16. 99.B8.1- et 99.B8.2- Traitement complexe en unité de soins intermédiaires (U-IMC)

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 de la Société Suisse de Néonatalogie «Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland. Revised Version 14.3.2019» peut être téléchargé 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) (mai 2013)» peut être téléchargé via le lien suivant: www.sgim.ch/files/Fortbildung/IMC_Richtlinien_291112_F_09.pdf. Le document est également disponible sur ~~depuis~~ les sites Internet des autres sociétés de discipline médicales concernées.

Caractéristiques minimales: surveillance et traitement continus 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 «Données minimales de la SSMI, V. 28d_2018, (22.02.19)» ~~peuvent être consultées en cliquant~~ sur le lien suivant: www.sgi-ssmi.ch -> ~~Qualité->~~MDSi Ressorts -> Gestion de la Qualité -> MDSi).

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).

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)~~ (mai 2013) peut être téléchargé ~~téléchargé~~ via le lien suivant: www.sgim.ch/files/Fortbildung/IMC_Richtlinien_291112_F_09.pdf. Le document est également disponible sur ~~depuis~~ les sites

Internet des autres sociétés de discipline médicales concernées. Caractéristiques minimales: surveillance et traitement continus 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 «Données minimales de la SSMI, V. 28d_2018, (22.02.19)» ~~peuvent être consultées en cliquant~~ sur le lien suivant: www.sgi-ssmi.ch -> ~~Qualité->~~MDSi Ressorts -> Gestion de la Qualité -> MDSi) Les procédures spéciales de médecine intensive telles que transfusions de plasma et de composants du plasma, plasmaphérèse et immunoadsorption, ainsi que p. ex. les mesures de réanimation et les traitements complexes supplémentaires doivent faire l'objet d'un codage séparé. Il n'est toutefois pas possible de coder un traitement complexe de médecine intensive en même temps pour la durée du séjour dans une U-IMC. 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).

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

Concerne toutes les versions linguistiques.

L'unité de soins intermédiaires néonatale de niveau IIB doit être complétée comme suit dans les caractéristiques minimales sous 99.B8.3-. En outre, la version des documents de référence ainsi que le lien vers ces derniers ont été adaptés.

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) (mai 2013)» est disponible via le lien suivant: http://www.sгим.ch/files/Fortbildung/IMC_Richtlinien_291112_F_09.pdf. Le document est également accessible sur les sites Internet des autres sociétés de discipline médicales concernées. ~~peut être téléchargé depuis les sites Internet des sociétés de discipline médicales concernées.~~ Caractéristiques minimales: Surveillance et traitement continus 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 «Données minimales de la SSMI, V. 28d_2018, (22.02.19)» ~~peuvent être consultées en cliquant~~ sur le lien suivant: www.sgim.ch -> ~~Qualité -> MDSi~~ Ressources -> Gestion de la Qualité -> MDSi). Les procédures spéciales telles que transfusions de plasma et de composants du plasma, plasmaphérèse et immunoadsorption, les mesures de réanimation, d'hypothermie systémique, etc., de même que les traitements complexes complémentaires, doivent faire l'objet d'un codage séparé. Il n'est toutefois pas possible de coder un traitement complexe de médecine intensive pour la durée du séjour dans une UIMC. 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.

3.18. Annexe «99.C1.- Traitement de soins infirmiers complexes»

Concerne la version allemande - voir Rundschreiben 2020/Nr. 1

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 les trois 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 tomodensitométrie du thorax, fait partie des résultats pertinents.

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} janvier 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.

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 Comptage 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».

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 01.01.2020 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	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	Kein Kode		

	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 B	Unilatéral gauche	Kein Kode		
		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	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		

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:

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:

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.

~~0828 — 01.07.2019-31.12.2019 Code supplémentaire 84.A1. — «Interventions en un temps, main et pied»~~

Les codes pour «Interventions en un temps, main et pied» ayant été déplacés, cette précision est remplacée par le n° 0825.

~~0829 — 01.07.2019-31.12.2019 Débridement sans excision (86.2B.-) sous anesthésie~~

Cette précision n'a plus lieu d'être, car de nouveaux codes ont été créés pour le «débridement sans excision sous anesthésie»:

86.2B.3- «Débridement chirurgical de plaie, infection ou brûlure, sans excision, sous anesthésie locale par infiltration, régionale ou générale, non étendu»

86.2B.4- «Débridement chirurgical de plaie, infection ou brûlure, sans excision, sous anesthésie locale par infiltration, régionale ou générale, étendu»

0830 01.07.2019 Substitut de cartilage métallique - miniprothèse

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

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

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

0831 01.07.2019 Troubles hémorragiques dus à des anticoagulants circulants

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

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

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

~~0832 — 01.07.2019-31.12.2019 Abus d'alcool vs dépendance à l'alcool - Comment coder un abus d'alcool documenté?~~

Cette précision est remplacée par la précision 0823 à partir du 01.01.2020.

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

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

0834 01.07.2019 Intoxication au lithium

Comment représenter une intoxication au lithium?

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

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

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

Durée de traitement avec:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

0837 01.01.2019 Oxygénation par ballon du nouveau-né

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

0838 01.01.2019 Réparation de la coiffe des rotateurs

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

Musculus infraspinatus

Musculus supraspinatus

Musculus subscapularis

Musculus teres minor

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

0839 — 01.01.2019-31.12.2019 Saisie des points de dépense du traitement de soins infirmiers complexes pour les patients hospitalisés à cheval sur deux années

Cette précision est supprimée et non remplacée.

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 Saisie d'un CIRS, score total de 0

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

0848 01.01.2018 Codage des évaluations en réadaptation

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

~~0849 01.01.2018-31.12.2019 Informations et précisions sur les soins palliatifs~~

Précision actualisée, voir n° 0827.

0852 01.07.2017 Note pour la règle D07 Suivi interventionnel planifié

Note en cas de révision de cicatrice:

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

0853 01.07.2017 Ponction transseptale par cathéter

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

0855 01.07.2017 54.98.- «Dialyse péritonéale»

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

~~0856 01.07.2017-31.12.2019 Codage~~

La règle G10i ayant été adaptée, cette précision est supprimée à compter du 01.01.2020.

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.

~~0891 01.01.2015-31.12.2019 Impingement hanche~~

Cette précision sera supprimée à compter du 01.01.2020 en raison des adaptations suivantes dans la CHOP 2020.

Pour la Correction de conflit par effet pince (pincer impingement), des descriptions complémentaires ont été ajoutées sous les codes 81.40.16 et 81.40.17 (Lissage arthroscopique du cartilage, hanche ou Lissage chirurgical ouvert du cartilage, hanche).

Pour le codage de la Correction de conflit par effet came (cam impingement), les nouveaux codes 80.85.21 (Taillage, ostéochondroplastie du col du fémur, par arthroscopie) ou 80.85.22 (par chirurgie ouverte) ont été ajoutés.

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

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

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

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

0900 01.07.2014 Artère sous-clavière

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

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

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

~~0905 01.01.2014-31.12.2019 Naissance hors d'un hôpital/maison de naissance ou hors d'une unité de soins d'un hôpital/maison de naissance~~

Cette précision a été reprise dans le manuel de codage 2020.

0939 01.01.2013 Codage des phlyctènes

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

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

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

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

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

0941 01.12.2012 ABO et AB0 Recherche par mot-clé

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

- en allemand, le groupe sanguin devrait toujours être désigné par 0,
- 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 2019 La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée.
Prix:	Gratuit
Téléchargement:	www.statistiques.ch (gratuit)