solutions
tarifaires
suisses

Lignes directrices pour le codage ambulatoire

Etat: juin 2023

Version 1.0

solutions tarifaires suisses

Sommaire

1 LIGNES DIRECTRICES FONDAMENTALES 1

1.1 Moment du codage 1

1.2 Diagnostic 1

1.2.1 Symptômes 2
1.2.2 Diagnostics présumés 2
1.2.3 Aigu versus chronique 3
1.2.4 Maladies après un acte à visée diagnostique et thérapeutique 4
1.2.5 Syndromes, tumeurs, maladies sous-jacentes 6

1.3 Procédures 7

1.3.1 Quelles procédures sont codées 7
1.3.2 Moment 8
1.3.3 Latéralité 8
1.3.4 Interventions combinées 9
1.3.5 Procédures répétées plusieurs fois 10
1.3.6 Endoscopies 10

2 LIGNES DIRECTRICES POUR LES CODAGES SPECIFIQUES 12

2.1 Codages analogues 12

2.2 Codes CHOP «…sous narcose» 12

2.3 Obstétrique 12

1 Lignes directrices fondamentales

Le présent document présente pour l'application du tarif basé sur des forfaits par patient dans le système tarifaire cohérent pour les prestations médicales ambulatoires:

- ⇨ les lignes directrices pour le codage ambulatoire,
- ⇨ les instruments de codage et
- ⇨ des cas pratiques.

Les lignes directrices pour le codage ambulatoire du tarif basé sur des forfaits par patient doivent être considérées comme un document de référence indépendant. En outre, étant donné que le système se sert des mêmes instruments de codage (CIM-10-GM / CHOP) que le codage dans le domaine stationnaire, le contenu de certaines lignes directrices est logiquement très similaire. Quant à leur formulation, elle se rapproche le plus possible de celle du manuel de codage médical[1].

Le tarif basé sur des forfaits par patient utilise les «Instruments pour le codage médical» actuellement en vigueur selon l'OFS[2]. Il s'agit pour la v1.0/2023 de la CIM-10-GM 2022 et de la CHOP 2023.

L'utilisation des présentes lignes directrices pour le codage ambulatoire suppose que les explications liminaires et les instructions d'application de la CIM-10-GM 2022 et de la CHOP soient connues.

L'établissement d'un diagnostic et la documentation des diagnostics et/ou des procédures lors d'un contact-patient relèvent de la responsabilité du médecin traitant.

1.1 Moment du codage

Le codage s'effectue pendant ou immédiatement après le contact-patient. Il n'est pas nécessaire d'attendre les résultats d'examens (pathologie, laboratoire, etc.) effectués pour préciser le diagnostic.

Pour chaque diagnostic saisi, la date du contact-patient correspondant doit être indiquée.

1.2 Diagnostic

Dans la v1.0 du tarif forfaitaire par patient, un (1) diagnostic est pris en compte et saisi par contact-patient. Il n'y a donc plus de distinction diagnostic principal / diagnostic secondaire ni utilisation de codes secondaires (chiffre clé suivi d'un point d'exclamation ou d'un astérisque).

C'est l'affection diagnostiquée pendant ou immédiatement après le contact-patient et qui a été la raison principale du traitement et/ou de l'examen du patient qui est saisie. Par «raison principale», on entend le traitement qui a entraîné l'engagement le plus élevé de ressources médicales (prestations médicales et de soins, opérations, produits médicaux, etc.) pendant le

[1] https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/nomenclatures/medkk/instruments-codage-medical.html [à compter de 06/2023]

[2] https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/nomenclatures/medkk/instruments-codage-medical.html [à compter de 06/2023]

contact-patient. En outre, on retiendra de préférence le diagnostic le plus proche du traitement effectué au niveau de l'organe ou de zone du corps.

Exemple 1 concernant le Diagnostic

Admission pour une arthroscopie du genou d'un patient souffrant de diabète de type 2 et d'arthropathie diabétique de l'articulation du genou.

M12.86 Autres arthropathies spécifiques, non classées ailleurs; articulation du genou

Exemple 2 concernant le Diagnostic

Admission en vue d'une extraction de la cataracte secondaire à une malnutrition chronique.

H26.8 Autres cataractes précisées

Si plusieurs traitements sont réalisés au cours d'un seul et même contact-patient, c'est le diagnostic qui a entraîné l'engagement le plus élevé de ressources médicales qui est codé.

Exemple 3 concernant le Diagnostic

Admission en vue d'une ostéosynthèse consécutive à une fracture en extension de l'extrémité inférieure du radius et d'une fracture d'un doigt.

S52.51 Fracture de l'extrémité inférieure du radius: Fracture en extension

1.2.1 Symptômes

Le codage doit être spécifique à l'organe. Les codes de symptômes ne sont codés que si aucun diagnostic spécifique à l'organe n'est disponible au moment du codage (voir également la partie 1.2.2 Diagnostics présumés).

1.2.2 Diagnostics présumés

Le diagnostic présumé est confirmé ou précisé: le codage est effectué sur la base de l'état présent des connaissances au moment du codage.

Aucun diagnostic définitif n'est posé ou le diagnostic présumé est exclu: le codage est effectué sur la base du diagnostic qui a donné lieu au traitement.

Exemple 1 concernant des Diagnostics présumés

Admission en raison de douleurs au genou. Suspicion d'arthrose du genou. Réalisation sous anesthésie générale d'une arthroscopie du genou qui ne révèle aucun problème. Le diagnostic suspecté est donc exclu et aucun autre diagnostic n'est posé.

Diagnostic

M25.56	Douleur articulaire, articulation du genou

Traitements

80.26	Arthroscopie, genou [L]
93.92.12	Anesthésie équilibrée

Exemple 2 concernant des Diagnostics présumés

Admission en raison de douleurs abdominales. Suspicion d'appendicite. L'appendicectomie par laparoscopie, réalisée sous anesthésie générale, confirme le diagnostic présumé.

Diagnostic

K35.8	Appendicite aigüe, non précisée

Traitements

47.01	Appendicectomie, par laparoscopie
93.92.12	Anesthésie équilibrée

Exemple 3 concernant des Diagnostics présumés

Admission pour cause d'adénopathie axillaire d'origine indéterminée en vue d'une biopsie percutanée des ganglions lymphatiques sous anesthésie locale. Le résultat de la biopsie n'était pas encore connu au moment du codage.

Diagnostic

R59.0	Adénopathies localisées

Traitement

40.11.20	Biopsie fermée [percutanée] [à l'aiguille] de ganglion lymphatique

1.2.3 Aigu versus chronique

Si un patient souffre à la fois de la forme chronique et de la forme aiguë de la même maladie, comme une exacerbation aiguë d'une maladie chronique, c'est la forme aiguë de la maladie qui est codée s'il existe des codages différents pour la forme aiguë et la forme chronique de cette maladie.

Si un code combiné représente les deux formes, c'est lui qui est retenu.

Exemple 1 concernant Aigu versus chronique

Admission d'un patient présentant une cholécystolithiase chronique et une cholécystite aiguë sans indication d'obstruction des voies biliaires. Admission pour un CT-scan suivi d'une cholécystectomie laparoscopique sous anesthésie générale.

Diagnostic

K80.00	Calcul de la vésicule biliaire avec cholécystite sans signe d'obstruction des voies biliaires

Traitements

51.23	Cholécystectomie laparoscopique
93.92.12	Anesthésie équilibrée
88.01.20	Tomographie axiale computérisée de l'épigastre

Exemple 2 concernant Aigu versus chronique

Admission pour cause d'hémorragie gastrique en vue d'une gastroscopie. La gastroscopie révèle un ulcère gastrique aigu avec saignement ainsi que des ulcères chroniques sans signes de saignement. L'hémorragie est stoppée par endoscopie.

Diagnostic

K25.0	Ulcère de l'estomac aigu, avec hémorragie

Traitements

44.43.99	Contrôle endoscopique d'hémorragie gastrique ou duodénale, autre
93.92.10	Anesthésie intraveineuse

1.2.4 Maladies après un acte à visée diagnostique et thérapeutique

Les pathologies et complications après un acte à visée diagnostique et thérapeutique sont codées lorsqu'elles sont décrites comme telles par le médecin traitant. Il convient de saisir le code qui décrit le plus spécifiquement le motif du traitement en termes d'organe, de pathologie et de région du corps.

Exemple 1 concernant les Maladies après un acte à visée diagnostique et thérapeutique

Admission en vue d'une ponction sous anesthésie locale de l'articulation du genou en raison de l'infection d'une prothèse du genou

Diagnostic

T84.7	Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes orthopédiques internes

Traitement

81.91	Arthocentèse

Exemple 2 concernant les Maladies après un acte à visée diagnostique et thérapeutique

Admission en vue de l'ablation d'une plaque d'ostéosynthèse cassée au poignet sous anesthésie régionale (plexus).

Diagnostic

T84.12	Complication mécanique d'un appareil de fixation interne d'os d'un membre: avant-bras

Traitements

78.63.01	Ablation de matériel implanté dans le radius et le cubitus [L]
04.81.42	Injection d'anesthésique au contact de nerfs périphériques pour anesthésie lors d'examens et interventions

Exemple 3 concernant les Maladies après un acte à visée diagnostique et thérapeutique

Admission pour l'ablation d'une vis saillante et douloureuse après une ostéosynthèse préalable de la cheville sous anesthésie locale.

Diagnostic

T84.8	Autres complications de prothèses, implants et greffes orthopédiques internes

Traitement

78.67.01	Ablation de matériel implanté dans le tibia et le péroné: fil (intramédullaire), vis, cerclage-haubanage, fixateur externe, fixateur circulaire, agrafes (de Blount) [L]

Exemple 4 concernant les Maladies après un acte à visée diagnostique et thérapeutique

Admission en vue du débridement d'un abcès cutané sous anesthésie locale après ostéosynthèse de l'avant-bras 2 semaines auparavant.

Diagnostic

L02.4	Abcès cutané, furoncle et anthrax d'un membre

Traitement

86.32.1E	Excision locale de lésion ou de tissu cutané et sous-cutané, avec fermeture primaire de la plaie, autre site

Exemple 5 concernant les Maladies après un acte à visée diagnostique et thérapeutique

Admission en vue d'une dilatation de l'urètre en raison d'une récidive de rétrécissement urétral.

Diagnostic

N99.10	Récidive de rétrécissement urétral après opération antérieure d'un rétrécissement urétral

Traitements

58.6	Dilatation de l'urètre
58.22	Autre urétroscopie
93.92.10	Anesthésie intraveineuse

1.2.5 Syndromes, tumeurs, maladies sous-jacentes

Dans le cas d'affections liées à des maladies sous-jacentes, la priorité est donnée à la manifestation de la maladie spécifique à l'organe (si elle diffère de la maladie sous-jacente ou la spécifie).

Exemple 1 concernant les Syndromes, tumeurs, maladies sous-jacentes

Admission en vue d'une injection de toxine botulique dans le sphincter de la vessie en raison d'une incontinence de pression due à une sclérose en plaques.

Diagnostic

N39.42	Incontinence de pression

Traitements

57.32	Autre cystoscopie
57.99.21	Traitement par injection dans la vessie, par voie transurétrale

Exemple 2 concernant les Syndromes, tumeurs, maladies sous-jacentes

Admission en vue de l'excision sous anesthésie générale d'une métastase cutanée secondaire à une tumeur maligne de la glande mammaire.

Diagnostic

C79.2	Tumeur maligne secondaire de la peau

Traitements

85.27	Excision locale de lésion ou de tissu cutané du sein [L]
93.92.12	Anesthésie équilibrée

Exemple 3 concernant les Syndromes, tumeurs, maladies sous-jacentes

Admission pour une hernioplastie sous anesthésie générale en présence d'une hernie inguinale unilatérale due à un syndrome de Marfan.

Diagnostic

K40.90	Hernie inguinale, unilatérale ou sans précision, sans occlusion ni gangrène, Non précisée comme hernie récidivante

Traitements

53.07.21	Opération de hernie inguinale, par laparoscopie, avec implantation de membranes et filets [L]
93.92.12	Anesthésie équilibrée

1.3 Procédures

1.3.1 Quelles procédures sont codées

Toutes les procédures significatives effectuées pendant le contact-patient doivent être codées, y compris les procédures diagnostiques, thérapeutiques et de soins/curatives. Les procédures effectuées de manière routinière peuvent, mais ne doivent pas être explicitement saisies. Quant à l'ordre de saisie des procédures, il n'a pas d'importance.

En principe, la classification dans un groupe de cas (en plus du diagnostic) nécessite une (1) procédure. Si cela s'avère nécessaire pour la différenciation, le codage peut inclure d'autres procédures.

Procédures significatives (liste non exhaustive)

- Prestations opératoires;
- Prestations interventionnelles;
- Endoscopies;
- Accouchements;
- Gros appareils ou équipements: radiothérapie, médecine nucléaire, CT, IRM, radiologie interventionnelle, mammographie, DEXA;
- Prestations d'anesthésie, traitement de la douleur;
- Échographies.

Procédures non significatives

- Prises de sang et examens de laboratoire;
- Examens à l'admission;
- Certaines composantes d'une procédure: la préparation, l'installation du patient et la suture de plaie sont généralement comprises dans le code de l'opération;
- Thérapies médicamenteuses à l'exception de:
  - Thérapies médicamenteuses, dans la mesure où il existe un code CHOP spécifique;
  - Thérapies cytostatiques/immunothérapies, thrombolyse, perfusion de facteurs de coagulation & de produits sanguins;

- Résultats anormaux (résultats de laboratoire, de radiologie, de pathologie et autres résultats diagnostiques), dans la mesure où ils n'ont pas de signification clinique au sens d'une conséquence thérapeutique ou d'un diagnostic plus affiné.

Seules les procédures qui ont effectivement été réalisées sont codées:

- Si une procédure planifiée n'est pas effectuée pour des raisons techniques, elle n'est pas codée.
- Si une procédure planifiée n'est pas effectuée en raison d'une autre maladie, cette procédure n'est pas codée (il est toutefois possible, si l'autre maladie a entraîné une procédure significative, de coder cette autre maladie et procédure).
- Si une intervention est interrompue, seule la partie de l'intervention qui a été effectuée est codée.

Dans la v1.0, les codes CHOP sont enregistrés tels qu'ils figurent dans l'extrait du catalogue CHOP pour la v1.0 du tarif des forfaits par patient, avec une fonction dans le tarif des forfaits par patient. Les codes CHOP qui ne sont pas mentionnés dans ledit extrait n'ont actuellement pas encore de fonction dans le tarif des forfaits par patient. Une prise en compte complète de toutes les procédures du catalogue CHOP est prévue pour la version suivante du tarif des forfaits par patient. L'extrait du catalogue CHOP pour le tarif basé sur des forfaits par patient est accessible en ligne, sur le site web de solutions tarifaires suisses SA[3] ou de l'Organisation tarifs médicaux ambulatoires SA (OTMA SA).

1.3.2 Moment

La date de réalisation doit être indiquée pour chaque procédure saisie.

1.3.3 Latéralité

Pour chaque procédure saisie, il convient d'indiquer, dans la mesure du possible, la **bilatéralité/latéralité**. Les codes CHOP correspondants sont suivis d'un «[**L**]» dans la CHOP.

Les informations suivantes sont saisies:

B = bilatéral
vide = unilatéral / pas de spécification

Exemple 1 concernant la Latéralité

Admission en vue de l'opération d'une hernie inguinale bilatérale

53.06.11	Opération de hernie inguinale, par chirurgie ouverte, sans implantation de membranes ou filets [L]
93.92.10	Anesthésie intraveineuse

Dans l'exemple 1 ci-dessus, il faudrait par conséquent saisir le code 53.06.11 avec un B = *bilatéralité*.

[3] www.solutions-tarifaires.ch

1.3.4 Interventions combinées

On décrira si possible les interventions par un seul code. Il existe des codes pour les interventions combinées, impliquant plusieurs actes isolés effectués lors d'une seule et même séance opératoire. Ces codes doivent être utilisés s'ils décrivent totalement l'intervention combinée et en l'absence d'autres règles de codage ou indications dans la CHOP.

Exemple 1 concernant les **interventions combinées**

Admission en vue d'une amygdalectomie et d'une excision des végétations adénoïdes sous anesthésie générale.

Diagnostic

J35.0	Amygdalite chronique

Traitements

28.3.-	Amygdalectomie **avec** excision de végétations adénoïdes [L]
93.92.10	Anesthésie intraveineuse

Exemple 2 concernant les **interventions combinées**

Admission pour une opération de l'hallux valgus avec arthrodèse simultanée sous rachianesthésie.

Diagnostic

M20.1	Hallux valgus (acquis)

Traitement

77.52	Reconstruction plastique : Exostosectomie d'hallux valgus et rigidus avec correction des tissus mous et arthrodèse [L]
03.91.21	Injection d'anesthésique dans le canal rachidien pour anesthésie lors d'examens et d'interventions

1.3.5 Procédures répétées plusieurs fois

Les procédures doivent être codées autant de fois qu'elles ont été effectuées au cours d'un même contact-patient.

Exemple 1 concernant les Procédures répétées

Admission pour une angioplastie en raison d'une athérosclérose des artères distales. Trois dilatations par ballonnet sont effectuées.

Diagnostic

I70.22	Athérosclérose des artères distales: Type bassin-jambe, avec douleur ischémique à l'effort, distance de marche de moins de 200 m

Traitements

39.50.11	Angioplastie ou athérectomie d'autre(s) vaisseau(x) non-coronaire(s)s par ballonnet
39.50.11	Angioplastie ou athérectomie d'autre(s) vaisseau(x) non-coronaire(s)s par ballonnet
39.50.11	Angioplastie ou athérectomie d'autre(s) vaisseau(x) non-coronaire(s)s par ballonnet
00.40	Intervention sur un vaisseau
00.4B.18	ITPC sur artères de la cuisse et sur l'artère poplitée [L]

1.3.6 Endoscopies

Il existe des codes spécifiques pour les interventions endoscopiques:

Exemple 1 concernant les Endoscopies

29.32.10	Diverticulectomie endoscopique, traitement de diverticule de Zenker

Si une intervention est réalisée pour laquelle il n'existe pas de code incluant l'endoscopie, on commencera par indiquer le code de l'intervention (ouverte) conventionnelle, en le faisant suivre de celui de l'endoscopie.

Les endoscopies de plusieurs localisations (panendoscopies) sont codées d'après la région examinée la plus éloignée.

On distingue à cet égard les zones endoscopiques suivantes:

- (Épi)pharyngoscopie et laryngoscopie (hors miroir & lampe frontale)
- Œsophago-gastroduodénoscopie
- Trachéobronchoscopie
- Ano-, recto-, sigmoïdo- et coloscopie

Exemple 2 concernant les Endoscopies

Admission en vue d'une œsophago-gastroduodénoscopie avec biopsies à un ou plusieurs endroits de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum:

Traitements

45.16	*œsophago-gastroduodénoscopie* [OGD] avec biopsie fermée
93.92.10	Anesthésie intraveineuse

Exemple 3 concernant les Endoscopies

Admission en vue d'une laryngopharyngo-trachéo-bronchoscopie:

Traitements

33.22	Trachéo-bronchoscopie souple
31.42.10	Laryngoscopie
93.92.10	Anesthésie intraveineuse

Exemple 4 concernant les Endoscopies

Admission pour examen d'un carcinome de l'hypopharynx par broncho- et œsophagoscopie:

Traitements

33.22	Trachéo-bronchoscopie souple
42.23	Autre œsophagoscopie
93.92.10	Anesthésie intraveineuse

2 Lignes directrices pour les codages spécifiques

2.1 Codages analogues

Si un code CHOP existant est utilisé dans le tarif basé sur des forfaits par patient d'une manière autre que celle indiquée dans la CHOP, il s'agit d'un « codage analogue ». Ce dernier sert à identifier les procédures qui ne sont pas encore représentées dans le catalogue CHOP actuel. Pour remplacer les codages analogues, des codes CHOP seront définis dans le cadre de la procédure de demande.

Un aperçu des codages analogues actuellement en vigueur dans le tarif basé sur des forfaits par patient peut être consulté sur le site web de l'Organisation tarifs médicaux ambulatoires SA et est considéré comme obligatoire lors du codage dans le tarif basé sur des forfaits par patient.

2.2 Codes CHOP «…sous narcose»

Pour les codes CHOP se terminant par «...sous narcose», le critère «sous narcose» ne doit pas être pris en compte pour le codage. Le code est utilisé comme s'il n'y avait pas eu narcose. Si l'intervention a eu lieu sous anesthésie, le type d'anesthésie doit être codé en plus.

Exemple 1 concernant les codes CHOP «…sous narcose»

64.98.10	Réduction d'un paraphimosis sous narcose

2.3 Obstétrique

Pour le codage des accouchements, on se réfère au type d'accouchement: les accouchements sont codés avec les codes O80 - O82.

Exemple 1 concernant l'Obstétrique

Admission pour un accouchement planifié. Accouchement sans problème d'un nouveau-né en bonne santé, sous péridurale.

Diagnostic

O80	Accouchement unique et spontané

Traitements

73.59	Assistance manuelle de l'accouchement, autre
03.91.31	Injection d'anesthésique et d'analgésique dans le canal rachidien à l'accouchement

Exemple 2 concernant l'Obstétrique

Admission pour un accouchement planifié. Accouchement sous péridurale, avec extraction par ventouse et épisiotomie, d'un nouveau-né en bonne santé. Extraction manuelle du placenta restant et suture de l'épisiotomie.

Diagnostic

O81	Accouchement unique par forceps et ventouse

Traitements

72.71	Extraction par ventouse avec épisiotomie
03.91.31	Injection d'anesthésique et d'analgésique dans le canal rachidien à l'accouchement
75.4	Extraction manuelle du placenta restant

Exemple 3 concernant l'Obstétrique

Admission en vue d'une césarienne prévue sous péridurale.

Diagnostic

O82	Accouchement unique par césarienne

Traitements

74.1X.10	Césarienne isthmique basse, primaire
03.91.31	Injection d'anesthésique et d'analgésique dans le canal rachidien à l'accouchement

Dans le cas des contacts-patients obstétriques, sans accouchement, le codage correspond au diagnostic traité.

Exemple 4 concernant l'Obstétrique

Admission après accouchement à domicile, en raison d'une hémorragie post-partum due à une rétention placentaire. Un curetage sous anesthésie générale est effectué.

Diagnostic

O72.0	Hémorragie du post-partum

Traitements

69.52	Aspiration curetage d'utérus après accouchement ou avortement
93.92.12	Anesthésie équilibrée

Exemple 5 concernant l'Obstétrique

Admission pour une interruption sélective de grossesse sous anesthésie générale.

Diagnostic

O04.9	Avortement médical, complet ou sans précision, sans complication

Traitements

69.01	Dilatation et curetage pour interruption de grossesse
93.92.12	Anesthésie équilibrée