

# Codage médicale

## Quelques questions de l'examen 2018 Branche

### 2: Système de Santé

#### Instructions pour les types courants de questions à choix multiple

##### Type A      Choix d'une seule réponse

Choisissez **une seule réponse** en entourant la lettre correspondant à

- **la seule réponse juste** ou celle qui **convient le mieux**, si la question est à la forme affirmative.
- **la seule exception**, la réponse qui contient une **affirmation erronée** ou celle qui **convient le moins**, si la question est à la forme négative (la **négation** est en **gras**).

##### Type Kprime      Décision quadruple juste/faux

Une question ou une affirmation incomplète est suivie de **quatre** réponses ou compléments de phrase. Indiquez pour chacun d'eux s'il est **juste (+)** ou **faux (-)**.

Que la question soit formulée au singulier ou au pluriel, 1, 2, 3, 4 voire aucune des réponses peuvent être correctes.

Un point entier est attribué pour quatre bonnes réponses, un demi-point pour trois bonnes réponses sur quatre.

1. Parmi les affirmations suivantes concernant le codage analogue, laquelle est correcte?
  - A) Les codages analogues sont préparés par l'Office fédéral de la statistique et publiés au changement d'année.
  - B) Les codages analogues s'appliquent de manière uniforme jusqu'à l'établissement de codes différenciés.
  - C) Les codages analogues sont caractérisés par une étoile dans la classification CHOP.
  - D) Les codages analogues ne sont évalués dans la révision du codage que s'ils influent sur le cost-weight.
  
2. Un enfant de 8 ans est amené à 22 h aux urgences de l'hôpital A, accompagné de ses parents. L'examen met en évidence une infection fébrile. Comme tous les lits stationnaires de l'hôpital A sont occupés, l'enfant, toujours accompagné de ses parents, est envoyé par le service d'urgence à l'hôpital B en vue de son hospitalisation. Comment ce cas est-il facturé?  
Parmi les affirmations suivantes, laquelle est correcte?
  - A) Le cas est facturé comme stationnaire, car l'enfant a été transféré dans un autre hôpital.
  - B) Le cas est facturé comme stationnaire parce que la règle de minuit s'applique.
  - C) Le cas serait facturé comme stationnaire si le transfert avait été effectué en ambulance.
  - D) Le cas est facturé comme stationnaire et une réduction pour transfert est prise en compte.

3. En principe, dans le système SwissDRG, chaque réadmission est considérée comme un nouveau cas.  
Parmi les situations suivantes, dans laquelle procède-t-on toujours à un regroupement de cas?
- A) sortie pour retour à domicile le 25 décembre 2017 de l'hôpital A et entrée le 3 janvier 2018 à l'hôpital A dans la même MDC
  - B) sortie pour retour à domicile le 5 janvier 2018 de l'hôpital A et entrée le 15 janvier 2018 à l'hôpital B dans la même MDC
  - C) transfert le 10 janvier 2018 de l'hôpital A vers l'hôpital B et retransfert de l'hôpital B à l'hôpital A le 20 janvier 2018 dans la même MDC
  - D) sortie pour retour à domicile le 10 janvier 2018 de l'hôpital A, puis 3 jours d'hospitalisation à l'hôpital B et, enfin, entrée le 26 janvier 2018 à l'hôpital A dans la même MDC
4. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, les règles de facturation dans les hôpitaux et les services psychiatriques se fondent sur le système TARPSY.  
Parmi les affirmations suivantes, laquelle est correcte par comparaison avec le système SwissDRG?
- A) Les réductions pour transfert sont appliquées de manière analogue aux règles de SwissDRG pour les réadmissions et les retransferts.
  - B) Les regroupements de cas sont appliqués selon les règles de SwissDRG pour les réadmissions et les retransferts.
  - C) Le nombre de jours de soin est calculé conformément à la durée de séjour de l'OFS.
  - D) En plus d'un forfait TARPSY, les rémunérations supplémentaires peuvent être facturées conformément au catalogue des forfaits par cas de SwissDRG.

5. À quoi faut-il être attentif quand on code des maladies ou des troubles après un acte médical (complications)?  
Parmi les affirmations suivantes, laquelle est correcte?
- A) Les codes T80-T88 (Complications de soins chirurgicaux et médicaux) sont prioritaires par rapport aux chapitres consacrés aux organes.
  - B) Pour indiquer que l'on a affaire à une maladie ou à un trouble faisant suite à un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, on peut saisir en plus un code du chapitre XX (Y57!-Y84!).
  - C) Les complications sont codées même si elles ne sont pas indiquées comme telles par le médecin.
  - D) Les complications peuvent aussi être codées de manière non spécifique quand elles se trouvent également dans les chapitres consacrés aux organes correspondants.
6. La série de données sur les patients en psychiatrie contient des données supplémentaires importantes, mais aussi très sensibles, sur les patients et leur hospitalisation.  
En fait partie notamment l'information suivante:
- A) nombre d'incarcérations
  - B) participation, avant l'hospitalisation, à un programme de substitution par la méthadone
  - C) dernière situation connue en matière de logement (taille du ménage)
  - D) formation scolaire la plus élevée
7. Dans la série de données sur les patients en psychiatrie de la statistique médicale des hôpitaux, une nouvelle variable est relevée depuis 2018.  
Que contient cette variable?
- A) état civil
  - B) domaine de traitement
  - C) valeurs HoNOS/CA
  - D) caractère volontaire lors de la privation de liberté à des fins d'assistance

8. L'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) contient des dispositions relatives aux données des fournisseurs de prestations. Elle définit notamment les données qui, en vertu de l'art. 59a (LAMal), doivent être relevées si elles sont nécessaires pour surveiller l'application des dispositions relatives au caractère économique et à la qualité des prestations au sens de la LAMal. Il s'agit notamment des données des patients suivantes:
- A) coût des prestations stationnaires
  - B) volume d'occupation et fonction
  - C) consultations ambulatoires, entrées et sorties, jours de soins et occupation des lits
  - D) nom du médecin traitant responsable
9. SwissDRG est un système de classification des patients. Parmi les éléments suivants, lequel est indispensable pour le classement dans un DRG facturable?
- A) diagnostics supplémentaires
  - B) diagnostics principaux
  - C) CHOP
  - D) séjour après la sortie
10. Parmi les affirmations suivantes concernant le regroupement de cas, laquelle est correcte?
- A) La MDC du catalogue des forfaits par cas est déterminante pour le regroupement de cas.
  - B) Les cas avec exception de réadmission sont exclus du regroupement de cas.
  - C) Un regroupement de cas ne peut pas concerner deux années consécutives.
  - D) Les règles du regroupement de cas sont fixées par le secrétariat de codage de l'OFS.

11. Parmi les affirmations suivantes concernant les high-outliers, laquelle est correcte?
- A) La rémunération d'un DRG comprenant des suppléments pour high-outliers augmente les gains de l'hôpital.
  - B) Le CMI par jour de l'hôpital diminue.
  - C) L'augmentation du nombre de high-outliers augmente le nombre annuel de cas d'un hôpital.
  - D) L'augmentation du nombre de high-outliers témoigne de l'efficacité et de la qualité d'un hôpital.
12. Parmi les données suivantes, laquelle fait spécifiquement partie de la série de données sur les nouveau-nés?
- A) malformations congénitales
  - B) périmètre crânien
  - C) moment de l'entrée de la mère
  - D) moment de la sortie du nouveau-né
13. Parmi les affirmations suivantes concernant les DRG d'erreur, laquelle est correcte?
- A) Les prix doivent être négociés avec les assureurs.
  - B) Ils sont en principe classés comme exceptions de réadmission.
  - C) Les DRG d'erreur ne sont pas facturés si le codage est correct.
  - D) Un diagnostic principal manquant donne toujours un DRG d'erreur.

14. Qui est chargé de la publication, de la révision et du suivi de la CHOP?
- A) Swiss DRG SA
  - B) Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)
  - C) Office fédéral de la statistique (OFS)
  - D) Fédération des médecins suisses (FMH)
15. La CHOP 2018 comporte un nouveau chapitre. Duquel s'agit-il?
- A) 0 Procédures et interventions, non classées ailleurs
  - B) 17 Instruments de mesure
  - C) 18 Traitements complexes
  - D) 14b Opérations des membres inférieurs
16. Parmi les affirmations suivantes concernant les DRG 14 Grossesse, naissance et suites de couches, laquelle est correcte?
- A) Les DRG de cette MDC sont «Exception de réadmission».
  - B) Il n'y a pas de forfaits pour cas de transfert dans cette MDC.
  - C) Pour pouvoir facturer ces DRG, un hôpital doit prouver qu'il pratique au moins 500 accouchements par an.
  - D) Ces DRG ne peuvent être facturés que dans les hôpitaux de soins aigus.

17. Quel est, dans le cadre de la plausibilisation des données de codage, le seul diagnostic principal autorisé?
- A) N74.1\* Affection inflammatoire pelvienne tuberculeuse de la femme
  - B) M90.07\* Tuberculose osseuse, cheville et pied
  - C) C95.8! Leucémie, réfractaire au traitement d'induction standard
  - D) #M02.27 Arthropathie post-vaccinale, cheville et métatarse
18. Sur quelle classification la CHOP se fonde-t-elle à l'origine?
- A) OPS (Operations- und Prozedurenschlüssel, Allemagne)
  - B) CIM-9-CM (Classification system for surgical, diagnostic, and therapeutic procedures, Etats-Unis)
  - C) CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux)
  - D) ACHI (Australian classification of health interventions, Australie)
19. Parmi les affirmations suivantes concernant les rémunérations supplémentaires, laquelle est correcte?
- A) Toutes les rémunérations supplémentaires sont saisies par le codage au moyen de codes CHOP.
  - B) Les rémunérations supplémentaires peuvent toujours être facturées, indépendamment du DRG du cas.
  - C) Pour les rémunérations supplémentaires associées à la condition «Le diagnostic doit être inclus dans le tableau 'maladie de l'hémophilie'», on saisit toujours un code du tableau (contrairement à la définition du diagnostic supplémentaire).
  - D) Certaines rémunérations supplémentaires ne peuvent être facturées que s'il existe une garantie de prise en charge par l'assurance.



20. Parmi les affirmations suivantes concernant la facturation des DRG non évalués, laquelle est correcte?
- A) Les partenaires tarifaires se mettent d'accord sur des rémunérations individuelles.
  - B) Ces DRG ne sont pas facturables.
  - C) Ces DRG ne peuvent être facturés que s'il existe une garantie de prise en charge.
  - D) Pour ces DRG, les prestations fournies sont facturées séparément.
21. Lorsqu'on n'obtient pas de certitude diagnostique d'une affection supposée en fin d'hospitalisation
- A) On peut coder l'affection suspectée si le cas a été traité comme tel
  - B) On peut coder le symptôme qui a conduit aux examens diagnostiques
  - C) On peut mettre un code de "Mise en observation et examen médical pour suspicion de maladies" si la recherche d'une pathologie présumée et asymptomatique est négative
  - D) En cas de transfert vers un autre établissement pour confirmer ou infirmer un diagnostic supposé, l'établissement qui transfère doit attendre les résultats du second établissement afin d'établir le codage le plus juste

22. L'OFS établit pour sa production statistique de nombreux tableaux avec les données des services de santé hospitaliers.

Parmi les tableaux suivants, lequel l'OFS **ne** peut-il et **ne** doit-il **pas** publier?

- A) les diagnostics d'hospitalisation les plus fréquents, selon la classe d'âge et le sexe, pour les hôpitaux assurant la prise en charge centralisée
- B) les traitements les plus fréquents et le nombre de journées par chapitre CHOP, selon la classe d'âge et le sexe
- C) les indicateurs de qualité, les Swiss Inpatient Quality Indicators (CH-IQI), qui comprennent les types «nombre de cas», «taux de mortalité», «pourcentages» et «durées de séjour» pour chaque hôpital représenté
- D) le taux d'hospitalisation selon le type d'établissement et le canton de domicile des patients.

23. L'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) contient un article relatif aux données des fournisseurs de prestations, dont les données de la statistique médicale font partie. Les dispositions suivantes concernent le relevé et le traitement des données des fournisseurs de prestations.

Parmi les affirmations suivantes, laquelle est **fausse**?

- A) Les fournisseurs de prestations doivent transmettre les données en respectant les variables définies dans l'annexe de l'ordonnance sur les relevés statistiques, à leurs frais, de manière exacte et complète, dans les délais impartis.
- B) L'OFS ne peut jamais réutiliser à des fins statistiques, dans le respect de la législation sur la statistique fédérale, les données recueillies en les rendant anonymes ou en utilisant des pseudonymes.
- C) Si l'OFS constate des lacunes dans les données livrées, il donne au fournisseur de prestations un délai supplémentaire pour livrer des données exactes et complètes.
- D) Les fournisseurs de prestations et l'OFS peuvent soumettre les données à un contrôle préalable formel, portant notamment sur la lisibilité, l'exhaustivité et la plausibilité des données.

24. Dans la section de la loi sur la statistique fédérale (LSF) relative aux publications et aux prestations de services, on trouve: "Les bases et les principaux résultats statistiques sont publiés dans les langues officielles sous une forme adaptée aux besoins des utilisateurs. Les résultats non publiés leur sont rendus accessibles sous une forme appropriée." Sous quelle forme les données de la statistique médicale de l'OFS peuvent-elles être utilisées pour la recherche?  
Parmi les réponses suivantes, laquelle est **fausse**?
- A) Les données des patients qui ne sont pas rendues anonymes ne peuvent jamais être communiquées.
  - B) Les données rendues anonymes peuvent être communiquées avec le nom de l'hôpital, mais seulement avec l'accord de celui-ci.
  - C) Les données anonymes peuvent être communiquées au moyen d'une convention de protection des données.
  - D) Les données statistiques des patients rendues anonymes peuvent être communiquées avec le nom de l'hôpital aux offices des hôpitaux des cantons, sur la base de la LSF, en vue de la planification hospitalière.
25. Parmi les coûts suivants, lesquels **ne** sont **pas** pris en compte dans un groupe de cas DRG?
- A) médecin
  - B) médicaments
  - C) rémunérations supplémentaires
  - D) utilisation des immobilisations
26. Parmi les «données supplémentaires», lesquelles **ne** sont **pas** désignées comme telles?
- A) série de données psychiatrie
  - B) série de données soins intensifs
  - C) série de données sur les nouveaux-nés
  - D) série de données cantonale

27. Dans une intervention de chirurgie viscérale, on procède à une résection par agrafage linéaire d'une partie du côlon transverse, en plus d'une lyse d'adhésion ayant duré 70 minutes. L'intervention se fait entièrement par laparoscopie. Parmi les codes CHOP suivants, lequel **ne** peut **pas** être saisi?
- A) 54.51 Lyse d'adhérences péritonéales, par laparoscopie
  - B) 45.74.12 Résection du côlon transverse, par laparoscopie
  - C) 45.78.12 Résection segmentaire, par laparoscopie
  - D) 00.9A.14 Agrafage linéaire par laparoscopie ou thoracoscopie
28. Les données de codage en lien les unes avec les autres peuvent être vérifiées en détail. Parmi les données suivantes, lesquelles **ne** peuvent **pas** l'être?
- A) diagnostic non compatible avec l'âge du patient
  - B) diagnostic principal non autorisé
  - C) conflit d'âge pour les diagnostics concernant les femmes en âge de procréer
  - D) CHOP non compatible avec l'âge du patient
29. Parmi les affirmations suivantes concernant le codage de la dialyse continue, laquelle **n'est pas** correcte?
- A) Pour le codage de la dialyse continue, on ne prend pas en compte une interruption <4 heures. On ne soustrait pas les heures.
  - B) Pour le codage de la dialyse continue, on prend en compte une interruption >4 heures et <24 heures. On soustrait les heures. On ne saisit qu'un seul code.
  - C) Si on applique différentes méthodes de dialyse continue, on code chaque procédure séparément.
  - D) La dialyse péritonéale continue est à saisir avec la durée exacte (du début à la fin d'un traitement). Un nouveau codage est effectué lors d'une interruption >24 heures.

30. Parmi les affirmations suivantes concernant les prestations ambulatoires externes, laquelle **n'est pas** correcte?
- A) Si un patient n'est transféré dans un autre hôpital que pour des prestations ambulatoires et qu'il est ensuite retransféré, on ne saisit qu'un seul cas à l'hôpital A et on facture à l'hôpital A les prestations fournies par l'hôpital B.
  - B) L'hôpital A intègre les traitements externes facturés dans le dossier de son patient hospitalisé. Le traitement fourni par l'hôpital B est intégré dans le codage des diagnostics et des procédures de l'hôpital A. Celui-ci facture en conséquence le forfait SwissDRG aux assureurs.
  - C) Dans une chaîne de transferts maison de naissance - hôpital de soins aigus - maison de naissance avec une prestation ambulatoire à l'hôpital, celui-ci facture directement à l'assureur-maladie compétent. Le traitement ambulatoire fourni à l'hôpital de soins aigus n'est pas intégré dans le codage des diagnostics et des procédures de la maison de naissance.
  - D) Si un patient n'est transféré dans un autre hôpital que pour des prestations ambulatoires et qu'il est ensuite retransféré, on enregistre deux cas à l'hôpital A (avec éventuellement un regroupement de cas) et l'hôpital A facture à l'assureur les prestations fournies par l'hôpital B.
31. Parmi les caractères suivants, lesquels **ne font pas** partie de la série minimale de données de la statistique médicale?
- A) type d'assurance
  - B) variables d'admission
  - C) variables de sortie
  - D) nationalité

- K1. Dans les chiffres clés des hôpitaux suisses, l'OFSP publie les données annuelles en citant le nom des hôpitaux. La base légale de cette pratique est la LAMal. Les indications reposent sur les données de la statistique des hôpitaux (KS).  
Quels sont les chiffres réellement publiés?
- A) indications sur les appareils et les équipements spéciaux, en particulier IRM, tomographie computerisée (CT) et tomographie par émission de positrons (PET)
  - B) indications sur les patients domiciliés hors du canton et les patients étrangers
  - C) classe de revenus des patients professionnellement actifs
  - D) nom et adresse de l'établissement
- K2. Chaque année, l'OFS établit des tableaux, des graphiques et des publications avec les données de la statistique médicale des hôpitaux.  
Parmi les tableaux suivants, le(s)quel(s) est-il possible d'établir avec ces données?
- A) nombre et taux de césariennes selon le canton et la région de domicile
  - B) coûts pour les hystérectomies selon REKOLE dans les Hôpitaux avec prise en charge centralisée
  - C) indicateur de qualité de l'OCDE selon les codes de la CIM-10 pour «objets oubliés» dans le corps du patient
  - D) nombre d'opérations de la cataracte pour le groupe des hommes de 65 à 70 ans issus des cantons de Suisse centrale.
- K3. Parmi les affirmations suivantes concernant les low-outliers, les high-outliers et les transferts, lesquelles sont correctes?
- A) Il n'existe pas de forfait de transfert pour les DRG implicites d'un jour.
  - B) Le supplément pour le dépassement de la borne supérieure de durée de séjour est calculé, pour un transfert, à partir de la durée moyenne de séjour.
  - C) Quand un patient est transféré et sort avant la durée moyenne de séjour, on applique une réduction pour transfert.
  - D) Les DRG implicites d'un jour comportent une borne supérieure et une borne inférieure de durée de séjour.

- K4. Les informations suivantes peuvent être pertinentes pour le montant à facturer:
- A) oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO)
  - B) transfert depuis un autre hôpital dans les 24 heures
  - C) nombre de grossesses précédentes
  - D) emploi d'une technique laser
- K5. Parmi les affirmations suivantes concernant la CHOP 2018, lesquelles sont correctes?
- A) Elle est valable pour tous les cas avec une admission en 2018.
  - B) Elle contient des élargissements et des modifications issues des procédures de demande SwissDRG remontant à 2016 ou avant.
  - C) Elle ne contient que des codes alphanumériques à 6 positions.
  - D) Elle contient aussi des interventions que l'on n'est pas autorisé à coder.
- K6. Parmi les institutions suivantes, lesquelles sont actionnaires de SwissDRG SA?
- A) Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)
  - B) H+ Les hôpitaux de Suisse
  - C) Office fédéral de la santé publique (OFSP)
  - D) Fédération des médecins suisses (FMH)

- K7. En présence d'un symptôme ou d'un résultat anormal
- A) On code tout test qui témoigne d'une altération organique
  - B) On ne code jamais un symptôme même traité en DP si on dispose d'un code de maladie associé à ce symptôme
  - C) On ne code jamais un symptôme traité en DS si on dispose d'un code de maladie en DP
  - D) On peut coder un symptôme en DP si et seulement s'il est l'unique objet du traitement du cas
- K8. En cas d'hospitalisation d'un patient présentant un syndrome
- A) Si un code spécifique pour ce syndrome existe, et que l'hospitalisation est dû à ce syndrome alors il doit toujours être mis en DP..
  - B) S'il n'y a pas de code spécifique pour ce syndrome et que l'hospitalisation est dû à ce syndrome, on codera toutes ses manifestations qui respectent la définition du diagnostic supplémentaire.
  - C) S'il n'y a pas de code spécifique pour ce syndrome et que son origine est congénitale, on codera toutes ses manifestations et on ajoutera un code de la catégorie Q87.-
  - D) Si un patient qui présente un syndrome est hospitalisé pour une maladie sans relation avec ce syndrome, et qu'il n'existe pas de code spécifique pour ce syndrome, alors il doit être mis en DS obligatoirement.



- K9. Parmi les situations suivantes, lesquelles sont correctes
- A) En cas d'interventions cutanées (ou biopsies) identiques mais sur des localisations différents, on doit mettre autant de codes que de localisations différentes : on peut ainsi coder moins d'actes que réellement réalisés.
  - B) En cas de sutures de 3 tendons sur une même main, un seul code suffit, si on précise bien sûr la latéralité.
  - C) En cas de regroupement de deux séjours chacun avec passage en soins intensifs, on conserve deux codes mais avec une date différente pour différencier les deux passages aux soins intensifs.
  - D) En cas de séances de radiothérapie identiques mais sur des localisations différentes, on doit mettre autant de codes que de localisations différentes même si la date est identique : on peut ainsi coder autant d'actes que réellement réalisés.