



Circulaire pour les codeuses et les codeurs: 2017 / N 1

1. Généralités

1.1.

Pour le codage de tous les cas stationnaires des hôpitaux et des cliniques (y compris les cliniques de réadaptation, psychiatriques et autres cliniques spécialisées) avec sortie à partir du 1^{er} janvier 2017, seront valables :

- le manuel de codage version 2017
- cette circulaire n°1 de 2017 et son annexe

Les règles de codage publiées dans le manuel de codage 2017 doivent obligatoirement être appliquées à toutes les données que les hôpitaux codent avant de les transmettre à l'Office fédéral de la statistique pour la statistique médicale.

Selon l'ordonnance du 30 juin 1993 sur les relevés statistiques, l'OFS est responsable d'édicter chaque année des directives à l'intention des participants au relevé ; il spécifie notamment le manuel de codage et les classifications en vigueur qui doivent être utilisés pour saisir les diagnostics et les traitements. Les participants au relevé (c.-à-d. les hôpitaux) ont par conséquent l'obligation légale d'utiliser les classifications et le manuel de codage en vigueur selon les directives de l'OFS. Ceux qui ne le feraient pas doivent adapter sans délai leur pratique. D'autres règles de codage (tels que le manuel de codage allemand ou des manuels de codage édités à l'interne) ne sont pas valables.

Nouveau: Extrait pour la psychiatrie du manuel de codage médical, version 2017,

En vertu de l'art. 49 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, un système tarifaire national uniforme lié aux prestations est applicable pour rémunérer les prestations stationnaires de psychiatrie.

L'introduction obligatoire de la structure tarifaire dans le domaine de la psychiatrie pour adultes est prévue pour le 1^{er} janvier 2018. A l'occasion de l'introduction du nouveau système tarifaire, il sera procédé à diverses adaptations des instruments de codage (p. ex. classifications et règles de codage). Dans ce contexte, les échelles HoNOS et HoNOSCA ont déjà été intégrées dans la classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP), version 2017 (codes 94.A- HoNOS et HoNOSCA). Un «extrait pour la psychiatrie du manuel de codage médical, version 2017» a également été établi. Ce document reprend des règles du manuel de codage médical actuel (2017) qui sont particulièrement pertinentes pour le codage des cas psychiatriques. Des exemples concrets de diagnostics et de traitements psychiatriques ont également été ajoutés. Les règles sont par ailleurs identiques à celles qui figurent dans les règles officielles de codage de la Suisse.

1.2.

Les classifications qui seront en vigueur à partir du 1.1.2017 sont la CIM-10-GM 2016 et la CHOP 2017. Il incombe aux utilisateurs de connaître le contenu des classifications et de tenir compte des changements apportés aux précédentes versions.

1.3.

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.

1.4.

Des informations et des précisions au moyen d'une circulaire (publication au 31 décembre 2016 et au 30 juin 2017, à appliquer pour le codage des cas avec sortie au 1er janvier 2017 et 1er juillet 2017). Ces documents sont à considérer comme des informations officielles de l'OFS et devront être pris en compte lors de tous les codages ultérieurs.

La publication d'informations et de précisions par FAQ n'existera plus sous cette forme dès 2017, ces informations seront publiées comme annexe de la circulaire. Les FAQ des années précédentes se trouvent sur notre site internet en format PDF, classées avec les circulaires.

1.5.

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 seront envoyées 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 et aucun retour ne sera donné.

2. Informations complémentaires manuel de codage 2017

2.1. Règle D03 versus G52

Explication concernant le deuxième paragraphe:

L'ordre des codes pour l'étiologie/la manifestation d'une maladie ne vaut que pour le système du code daguet - étoile*. En-dehors de ce système, la règle du diagnostic principal G52 ne subit aucune restriction quant à l'ordre des codes étiologie/manifestation.

Ce point n'étant pas compris de tous, nous donnons ci-après deux exemples pour le rendre plus compréhensible. Ces exemples portent sur le choix du diagnostic principal en dehors du système daguet-étoile, c.-à-d. selon G52:

1) Douleurs dorsales chroniques en raison d'une hypertrophie mammaire. Hospitalisation pour mammoplastie de réduction. Dans ce cas, il ne s'agit pas du système daguet-étoile.

DP	Hypertrophie mammaire
DS	Douleurs dorsales (uniquement si G54 est rempli)
TP	Mammoplastie de réduction

2) Apnée obstructive du sommeil sur hyperplasie des amygdales. Hospitalisation pour amygdalectomie Dans ce cas, il ne s'agit pas du système daguet-étoile.

DP	Hyperplasie des amygdales
DS	Apnée du sommeil (uniquement si G54 est rempli)
TP	Amygdalectomie

2.2. Correction règle S1001

Cette règle ne vaut que pour des patients ventilés à domicile par une trachéostomie.

- Dans le cas particulier des patients ventilés à domicile par une trachéostomie, on procèdera selon une règle analogue à celle appliquée aux patients en soins intensifs, ventilés mécaniquement par des systèmes de

masques. Cela signifie que les temps de ventilation devront être saisis dans les cas isolés s'il s'agit d'un « patient pris en charge aux soins intensifs » (SI reconnus).

La mention du terme « masque » a été enlevée.

2.3. Règle S1505

Sous « Accouchement unique spontané par voie vaginale » il est précisé:

Chaque accouchement spontané est à coder avec 73.59 *Autre assistance manuelle de l'accouchement*.

Le mot « spontané » se réfère à l'accouchement et non au début des contractions/du travail, qui peut être spontané ou provoqué. Tous les accouchements par voie vaginale sans extraction instrumentale sont codés avec 73.59 *Autre assistance manuelle de l'accouchement*.

2.4. Règle S1604

Clarification de la règle « Prophylaxie postexposition chez le nouveau-né sain »

Le code Z20.- *Sujets en contact avec et exposés à des maladies transmissibles* est utilisé en fonction de l'indication pour coder une prophylaxie postexposition après la naissance d'un nouveau-né sain.

C.-à-d. codage si l'effort de soins > 0. Rien n'est indiqué dans le cas d'un nouveau-né sans prophylaxie.

Exemple de codage du nouveau-né dont la mère est testée positive au streptocoque du groupe B.

- sans effort de soins > 0: pas de codage.
Une surveillance plus ou moins étroite est comprise dans la routine de la catégorie Z38.- *Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance*.
- si l'effort de soins > 0:
 - Prophylaxie postexposition (antibiotiques): Z20.8 + B95.1
 - Enfant avec pathologie infectieuse: la pathologie + le code P00.8 *Fœtus et nouveau-né affectés par d'autres affections maternelles* qui indique que la pathologie codée auparavant a été provoquée par l'état de la mère.

Pour rappel, codage de la mère comme porteuse du streptocoque du groupe B:

- si streptocoque-B sans effort de soins > 0 : pas de codage
- si streptocoque-B avec effort de soins > 0:(antibiotiques): Z22.3 + B95.1

3. Informations complémentaires CHOP 2017

3.1. Codage analogue

- L'insuffisance de la valve mitrale – traitement avec une bande cardio
- Flow Diverter (inclu Medina Embolization Device)

Le 26.09.2016, SwissDRG a publié un «codage analogue» en accord avec l'OFS.

Les codages analogues doivent être appliqués de manière uniforme et contraignante jusqu'à l'établissement de codes différenciés suite à une procédure de demande ordinaire. Ces codages analogues sont valables dès la publication et sont pertinents pour d'éventuelles révisions de codage.

<http://www.swissdrg.org/fr/Analogiekodierung/Analogiekodierung.asp?navid=38&fileSsi=/de/Analogiekodierung/Analogiekodierung.asp>

3.2. Corrections dans l'introduction de l'index systématique CHOP 2017

Concerne uniquement la version allemande imprimée et PDF – voir: Rundschreiben 2017/1.

3.3. Implants et guides spécifiquement adaptés au et fabriqués pour le patient (00.9A.6-)

La modification du titre de 00.9A.63 concerne les trois versions linguistiques.

Remplacer «coupe» par «navigation (comprend: la coupe, le forage, le positionnement)».
Compléter la Note par «pour la réparation de fractures ou ostéosynthèse».

00.9A.63 Utilisation peropératoire de guides de navigation (comprend: coupe, forage, le positionnement) de fabrication préopératoire, par imagerie tridimensionnelle, spécifiquement adaptés au patient

Note:

Lors d'ostéotomies pour la correction de malpositions, pour la mise en place de prothèses, pour la résection de tumeurs, pour la reconstruction suite à une fracture et pour les ostéosyntheses

La correction des titres 00.9A.60 et 00.9A.69 concerne uniquement la version allemande. – voir aussi: Rundschreiben 2017/1

3.4. Générateur d'impulsions d'un neurostimulateur périphérique (04.95.13)

Concerne uniquement la version italienne – voir: Circolare 2017/1.

3.5. Correction de «Coder aussi» sous 37.35

Concerne uniquement la version française.

Corriger comme suit la référence du «Coder aussi»:

37.35 Ventriculectomie partielle

Coder aussi: Tout remplacement concomitant de valve mitrale par une prothèse valvulaire (35.F2.-)

3.6. Correction du «Coder aussi» sous 39.72.-

Concerne les trois versions linguistiques.

Supprimer le «Coder aussi» sous le code à 4 positions, ne l'indiquer que sous les codes à 6 positions spécifiquement concernés.

39.72 Réparation ou occlusion endovasculaire des vaisseaux de la tête et du cou

~~Coder aussi: Nombre de coils endovasculaires utilisés (00.4A)~~

39.72.11 Embolisation sélective de vaisseaux intracrâniens, avec particules ou spires métalliques

Coder aussi: Nombre de coils endovasculaires utilisés (00.4A.-)

39.72.21 Embolisation sélective de vaisseaux extracrâniens de la tête et du cou, avec particules ou spires métalliques

Coder aussi: Nombre de coils endovasculaires utilisés (00.4A.-)

3.7. Correction dans le titre 39.72.13

Concerne les trois versions linguistiques.

Le terme «stents» est à tracer du titre 39.72.13. Le titre correct est:

39.72.13 Embolisation sélective de vaisseaux intracrâniens par des flow-diverter

3.8. Autre anastomose œso-entérale intrathoracique (42.54)

Concerne uniquement les versions allemande et italienne. Voir aussi Rundschreiben 2017/1

L'information complémentaire « Opération de Roux-en-Y » sous le 42.54 est à supprimer.

42.54 Autre anastomose œso-entérale intrathoracique

~~Opération de Roux-en-Y*~~

3.9. Résection iléo-caecale, par chirurgie ouverte (45.72.11)

Concerne uniquement les versions française et italienne – voir aussi : Circolare 2016/N°1 IT
Le titre correct de la version française est:

45.72.11 Résection iléo-caecale, par chirurgie ouverte

3.10. Anastomose entre l'intestin grêle et le rectum 45.92.-

Concerne uniquement la version française.

Remplacer «avec» par «sans» dans le titre du code 45.92.12.

45.92.12 Anastomose entre l'intestin grêle et le rectum sans formation d'un réservoir (pouch)

3.11. Suppression de l'information complémentaire sous 45.94

Concerne uniquement la version allemande – voir: Rundschreiben 2017/1.

3.12. Appendicectomie en passant

Concerne uniquement la version française.

Dans le code 47.12 il faut remplacer «laparoscopie» par «laparotomie» dans le titre du code 45.92.12.

47.12 Appendicectomie en passant, dans le cadre d'une laparotomie faite pour une autre raison

3.13. Correction du titre (53.89)

Concerne les trois versions linguistiques.

«Et thoraco-abdominale» est à ajouter au titre.

53.89 Réparation de hernie diaphragmatique, par voie thoracique et thoraco-abdominale, autre

3.14. La biopsie de l'ovaire par laparoscopie

Concerne les trois versions linguistiques.

L'exclusion suivante sous 65.29 est à supprimer. La biopsie de l'ovaire par laparoscopie se code avec le code 65.13.

65.29 Autre excision ou destruction locale de l'ovaire

Excl.: Biopsie de l'ovaire (65.11-65.13)

~~Biopsie de l'ovaire par laparoscopie (65.25)~~

3.15. Autre reconstruction plastique des os de la face et chirurgie orthognathique (76.6-)

Concerne les trois versions linguistiques.

Pour les codes figurant sous 76.6-, l'ostéosynthèse pratiquée peut être indiquée par un code supplémentaire. Pour plus de clarté, le «Coder aussi» suivant est ajouté sous 76.6:

En plus, dans la version française le titre est à corriger.

76.6 Autre reconstruction plastique des os de la face et chirurgie orthognathique

Coder aussi:

Technique d'ostéosynthèse après ostéotomie, lors de greffe ou de transposition osseuse (78.50.2-)

L'exclusion indiquée sous 78.- «Autres opérations osseuses à l'exception des os de la face» renvoyant au 76.- est à supprimer.

78 Autres opérations osseuses à l'exception des os de la face
Excl.: Opérations d'os et d'articulation de la face (76.01-76.99)

3.16. Doublon: système interne d'allongement ou de transport osseux (78.50.2F, 78.50.2G)

Concerne les trois versions linguistiques.

Les codes 78.50.2F et 78.50.2G sont des doublons des codes 84.53.10 et 84.53.11. Les codes 78.50.2F et 78.50.2G seront supprimés dans la CHOP 2018 et ne doivent plus être utilisés en 2017. A leur place, il faut utiliser les codes 84.53.10 «Implantation de dispositif interne d'allongement ou de transport osseux, système non motorisé» ou 84.53.11 «Implantation de dispositif interne d'allongement ou de transport osseux, système motorisé».

~~**78.50.2F Ostéosynthèse par système interne d'allongement ou de transport osseux après ostéotomie, lors de greffe ou de transposition osseuse, système non motorisé**~~

~~**78.50.2G Ostéosynthèse par système interne d'allongement ou de transport osseux après ostéotomie, lors de greffe ou de transposition osseuse, système motorisé**~~

Sous 78.3, le «Coder aussi» suivant, renvoyant au 84.53, est ajouté.

78.3 Allongement d'os

Coder aussi:

Implantation de dispositif interne d'allongement de membres avec traction cinétique (84.53.-)

3.17. Doublon «Ténosynovectomie de la main» (80.74.11)

Concerne les trois versions linguistiques.

Le code 80.74.11 sera supprimé en 2018, car il fait doublon avec le code 82.33. En 2017, le 80.74.11 ne doit plus être utilisé.

80.74 Synovectomie, main et doigt

~~**80.74.11 Synovectomie de tendon et de gaine tendineuse de main et de doigt**~~

82.33 Autre excision de tendon de la main

Ténosynovectomie de la main

3.18. Correction de la référence sous 81.52.5B

Concerne uniquement la version allemande – voir: Rundschreiben 2017/1 DE.

3.19. Correction de la référence sous 82.3

Concerne uniquement les versions française et italienne – voir aussi : Circolare 2017/1 IT.

La référence de l'exclusion sous 82.3 est à corriger comme suit:

82.3 Autre excision de tissu mou de la main

Excl.: Plastie de lambeau de peau et de tissu sous-cutané (**86.7.-**)

3.20. Débridement chirurgical sous anesthésie régionale ou générale (86.2A.-)

Concerne les trois versions linguistiques.

Un code du groupe 86.2A.- ne peut être utilisé que si le débridement chirurgical est pratiqué sous anesthésie dans une salle d'opération ou sous anesthésie dans une unité de soins intensifs reconnue par la SSML. La note doit par conséquent être complétée comme suit:

86.2A Débridement chirurgical de plaie, infection ou brûlure par excision du tissu malade sous anesthésie régionale ou générale

Note:

Les codes de cette sous-catégorie peuvent être utilisés lors d'une excision chirurgicale de tissu dévitalisé, nécrose, escarre de la peau et du tissu sous-cutané jusqu'à la zone de tissu vital, sous anesthésie (générale ou régionale).

Un code de la sous-catégorie 86.2A.- ne peut être utilisé que si le débridement chirurgical est pratiqué sous anesthésie dans une salle d'opération, ou sous anesthésie dans une unité de soins intensifs reconnue par la Société suisse de médecine intensive (SSMI).

Une anesthésie uniquement de surface ne permet pas l'utilisation de ces codes. Lors d'une insensibilité neurologique (par exemple à cause de brûlures), ces codes peuvent également être utilisés. Une autre condition nécessaire à l'utilisation de ces codes est la présence d'une plaie (interruption traumatique ou non de la continuité tissulaire, avec ou sans perte de substance). En l'absence de plaie, il faut coder une excision de tissu malade.

3.21. Corrections des titres sous 86.2A.- et d'une exclusion

Concerne uniquement la version française.

L'exclusion indiquée sous 86.2A renvoyant au 86.2B.- est à adapter comme suit:

86.2A Débridement chirurgical de plaie, infection ou brûlure par excision du tissu malade sous anesthésie régionale ou générale

[...]

Excl.: Dans le cas d'une anesthésie uniquement de surface, ou dans le cas du retrait d'un système de traitement sous vide sans anesthésie: débridement de plaie, d'infection ou de brûlure sans anesthésie régionale ou générale (86.2B.-)

Dans les titres de la sous-catégorie 86.2.A.1- «non étendu» est à remplacer par «étendue petite».

- 86.2A.1 Débridement chirurgical, étendue petite
- 86.2A.11 Débridement chirurgical, étendue petite, à la tête
- 86.2A.16 Débridement chirurgical, étendue petite, à la main
- 86.2A.1D Débridement chirurgical, étendue petite, au pied
- 86.2A.1E Débridement chirurgical, étendue petite, autre site

Dans les titres de la sous-catégorie 86.2.A.2- «modérément étendu» est à remplacer par «étendue modérée».

- 86.2A.2 Débridement chirurgical, étendue modérée
- 86.2A.21 Débridement chirurgical, étendue modérée, à la tête
- 86.2A.26 Débridement chirurgical, étendue modérée, à la main
- 86.2A.2D Débridement chirurgical, étendue modérée, au pied
- 86.2A.2E Débridement chirurgical, étendue modérée, autre site

Dans les titres de la sous-catégorie 86.2.A.3- «étendu» est à remplacer par «étendue grande».

- 86.2A.3 Débridement chirurgical, étendue grande
- 86.2A.31 Débridement chirurgical, étendue grande, à la tête
- 86.2A.36 Débridement chirurgical, étendue grande, à la main
- 86.2A.3D Débridement chirurgical, étendue grande, au pied
- 86.2A.3E Débridement chirurgical, étendue grande, autre site

3.22. Système de thérapie par pression négative 86.88.I

Concerne uniquement la version française.

Corriger comme suit la note sous 86.88.I:

86.88.I Pose ou remplacement chirurgical d'un système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale

Note: Ce code ne peut être utilisé que si l'intervention est effectuée sous anesthésie en salle d'opération. Ce code ne doit pas être utilisé pour le seul retrait sans anesthésie d'un système pour le traitement par pression négative dans la région de la peau et du tissu sous-cutané ou pour un changement de pansement. Pour la pose ou le remplacement d'un système pour le traitement par pression négative sans anesthésie ou seulement sous anesthésie de surface, il faut utiliser un code du groupe 86.88.J-.

3.23. Adaptation «Caractéristique minimale point 4» sous 93.86.-

Concerne les trois versions linguistiques.

La caractéristique minimale point 4 sous 93.86.- «Réadaptation précoce interdisciplinaire, selon le nombre de jours de traitement» est à adapter comme suit:

93.86 Réadaptation précoce interdisciplinaire, selon le nombre de jours de traitement

Caractéristique minimale point 4, équipe thérapeutique:

Le traitement a lieu dans une structure multidisciplinaire sous la direction d'un médecin spécialiste lié par contrat, travaillant au minimum à 70% dans l'hôpital fournisseur de prestations et spécialiste d'un domaine indiqué ci-après : médecine physique et réadaptative (MPR), neurologie, médecine générale interne, cardiologie, pneumologie, gastroentérologie, pédiatrie, neuropédiatrie, rhumatologie, orthopédie et traumatologie de l'appareil moteur ou chirurgie générale et traumatologie. Ce médecin spécialiste compte au moins trois ans d'expérience dans la réadaptation précoce.

~~Le traitement a lieu dans le cadre d'une structure d'organisation multidisciplinaire sous la direction d'un médecin spécialiste lié par contrat, ayant au moins trois ans d'expérience dans la réadaptation précoce. Un remplacement temporaire par un spécialiste de la discipline en question est assuré à tout moment.~~

Au moins 50 % du personnel soignant de l'équipe thérapeutique sont diplômés (infirmier/infirmière diplômé[e] HES ou formation équivalente à l'étranger), y compris direction du travail posté; au moins un soignant par équipe de service dispose d'une expérience spécifique en trachéostomie ou en systèmes d'évacuation complexes (comprenant des formations internes régulières documentées ou de certification en soins intermédiaires / soins intensifs / anesthésie). Si des patients pédiatriques trachéotomisés sont hospitalisés en réadaptation précoce, un soignant par équipe de service doit disposer d'expérience en trachéostomie. En outre, l'équipe thérapeutique de réadaptation précoce comprend des thérapeutes disposant d'une formation professionnelle complétée conformément aux conditions de la réadaptation précoce spécifique aux organes. Un concept de formation continue pour l'équipe de réadaptation précoce est disponible, avec organisation régulière d'au moins 1 h par semaine de formation continue spécifique à la réadaptation.

[...]

Concerne uniquement la version française.

Le titre du 93.86.C- est à corriger comme suit :

93.86.C Réadaptation précoce multidisciplinaire, d'au moins 183 jours de traitement **au maximum**

3.24. Rééducation neurologique et neurochirurgicale précoce 93.89.1

Concerne les trois versions linguistiques.

La caractéristique minimale point 3 sous 93.89.1 est à adapter comme suit:

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

Caractéristique minimale point 3, traitement:

Soins infirmiers thérapeutiques d'accompagnement et de mobilisation des ressources (SITAMR) dispensés par un personnel soignant spécialement formé en réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce - Présence ~~et application~~ des disciplines thérapeutiques suivantes: - physiothérapie/gymnastique médicale, - médecine physique, - ergothérapie, - neuropsychologie, - logopédie/traitement orofacial ~~et/ou~~ - prise en charge thérapeutique (entraîner le patient à se laver, à s'habiller, à prendre ses repas, à la continence, à s'orienter, à déglutir, soins d'un trachéostomie, mesures d'isolement obligatoires, etc.),

Il est fait recours à au moins deux des disciplines thérapeutiques mentionnées. Le recours aux domaines thérapeutiques se fait de manière diversement combinée en fonction du patient totalisant au moins 300 minutes par jour en moyenne (lors de l'intervention simultanée de deux collaborateurs ou plus, les temps de travail de ceux-ci peuvent être additionnés) sur la durée de traitement neurologique et neurochirurgical de réadaptation précoce. Une consultation et un traitement diététiques peuvent également être réalisés de façon complémentaire.

3.25. Traitement complexe de médecine palliative (93.8A.2-) et Soins palliatifs spécialisés (93.8A.3-)

Concerne les trois versions linguistiques.

Les caractéristiques minimales sous 93.8A.2- doivent être adaptées de la manière suivante:

93.8A.2- Traitement complexe de médecine palliative, par nombre de jours de traitement

Caractéristique minimale point 1, indication: *pas de changement*

Caractéristique minimale point 2, examen de diagnostic lors de l'admission, évaluation:
pas de changement

Caractéristique minimale point 3: équipe thérapeutique et traitement:

a) direction de l'équipe thérapeutique par un médecin spécialiste disposant d'une formation continue spécifique en médecine palliative, d'au moins 80 heures, ~~ou sous la direction d'un médecin spécialiste avec formation approfondie interdisciplinaire en médecine palliative.~~

~~b) soins thérapeutiques et mobilisateurs complémentaires (STMC) dispensés par un personnel soignant spécialement formé dans ce domaine~~

c) → b) équipe thérapeutique multidisciplinaire composée de médecins, de personnel soignant et des domaines thérapeutiques suivants: travail social/travail socio-pédagogique/infirmière de liaison, psychologie, physiothérapie, ergothérapie, logopédie, consultation diététique/traitement nutritionnel, accompagnement spirituel, art-thérapie.

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.

~~d) Soutien et 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. Mesures adaptées aux enfants proches s'il y a lieu.~~

Caractéristique minimale point 4, planification et contrôle du traitement:

Établissement d'un plan de traitement individualisé interprofessionnel.

~~Au minimum~~ Chaque semaine, discussion interprofessionnelle en équipe avec documentation hebdomadaire des résultats déjà atteints et des futurs objectifs du traitement.

Caractéristique minimale point 5, planification de sortie:

~~Éventuellement~~ planification de la sortie avec organisation d'un réseau de soutien.

Les caractéristiques minimales définitives de 93.8A.2 «Traitement complexe de médecine palliative, par nombre de jours de traitement» sont par conséquent:

93.8A.2- Traitement complexe de médecine palliative, par nombre de jours de traitement

Caractéristique minimale point 1, indication:

Traitement actif intégral pour contrôle des symptômes et stabilisation psychosociale de patients atteints d'une maladie progressive à un stade avancé et dont l'espérance de vie est limitée, dans une chambre adaptée à l'état général du patient. Décision prospective en fonction de la situation avec appel éventuel à des spécialistes.

Caractéristique minimale point 2, examen de diagnostic lors de l'admission, évaluation:

Réalisation d'une évaluation de base standardisée de médecine palliative.

Caractéristique minimale point 3: équipe thérapeutique et traitement:

a) direction de l'équipe thérapeutique par un médecin spécialiste disposant d'une formation continue spécifique en médecine palliative, d'au moins 80 heures, ou sous la direction d'un médecin spécialiste avec formation approfondie interdisciplinaire en médecine palliative.

b) équipe thérapeutique multidisciplinaire de médecins, de personnel soignant et des domaines thérapeutiques suivants: travail social/travail socio-pédagogique/infirmière de liaison, psychologie, physiothérapie, ergothérapie, logopédie, consultation diététique/traitement nutritionnel, accompagnement spirituel, art-thérapie.

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.

Caractéristique minimale point 4, planification et contrôle du traitement:

Établissement d'un plan de traitement individualisé interprofessionnel.

Chaque semaine, discussion interprofessionnelle en équipe avec documentation hebdomadaire des résultats déjà atteints et des futurs objectifs du traitement.

Caractéristique minimale point 5, planification de sortie:

Planification de la sortie avec organisation d'un réseau de soutien.

Les caractéristiques minimales sous 93.8A.3- doivent être adaptées comme suit:

93.8A.3- Soins palliatifs spécialisés, par nombre de jours de traitement

Caractéristique minimale point 0, documents de référence: Les critères minimaux précis de la structure et exceptions correspondantes peuvent être consultés dans le document: «Document de référence pour les soins palliatifs spécialisés stationnaires», [version 3.0 du 31.12. 2016](#).

Lien: <https://www.palliative.ch/fr/professionnels/actualite/documentation/>

Caractéristique minimale point 1, indication: *pas de changement*

Caractéristique minimale point 2, examen de diagnostic lors de l'admission, évaluation: *pas de changement*

Toutes les caractéristiques minimales du point 3 sont à remplacer par:

Caractéristique minimale point 3, traitement:

- Visite interprofessionnelle 5 jours sur 7
- Les soins médicaux et infirmiers et au moins deux des domaines thérapeutiques nommés au 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.
- Prise en compte active de l'entourage familial lors des évaluations, plans thérapeutiques et évaluations de l'évolution du traitement.
- Soutien des proches dans leur confrontation avec le deuil.

Caractéristique minimale point 4, équipe thérapeutique: toutes les caractéristiques minimales du point 4 sont à remplacer par:

Caractéristique minimale point 4, équipe thérapeutique:

a) composition et direction de l'équipe: équipe multidisciplinaire/interprofessionnelle spécialisée dans les traitements palliatifs particulièrement complexes et élaborés, sous la direction d'un médecin spécialiste disposant d'une formation continue spécifique en médecine palliative, d'au moins 80 heures, ou sous la direction d'un médecin spécialiste avec formation approfondie interdisciplinaire en médecine palliative.

La direction professionnelle du traitement 24 h sur 24 peut être assurée par un service de piquet.

b) soins: direction des soins infirmiers par une personne possédant une qualification complémentaire reconnue en soins palliatifs et au moins 6 mois d'expérience dans le traitement de patients palliatifs.

c) équipe thérapeutique multidisciplinaire composée de médecins, de personnel soignant et des domaines thérapeutiques suivants: travail social/travail socio-pédagogique/infirmière de liaison, psychologie, physiothérapie, ergothérapie, logopédie, consultation diététique/traitement nutritionnel, accompagnement spirituel, art-thérapie.

La caractéristique minimale point 5 est à supprimer

~~Caractéristique minimale point 5, infrastructure:~~

~~Les types de chambres suivants doivent être assurés: offre d'au moins 5 lits, chambres à 1 et/ou 2 lits, possibilité de rester la nuit pour les parents proches, chambre mortuaire, chambre d'adieux~~

Caractéristique minimale point 6 → point 5, planification et contrôle du traitement:

- Visite interprofessionnelle 5 jours sur 7 avec documentation de l'évolution du traitement.

~~Au minimum~~ Chaque semaine, discussion interprofessionnelle en équipe avec documentation hebdomadaire des résultats déjà atteints et des futurs objectifs du traitement.

Caractéristique minimale point 7 → point 6, planification de la sortie:

~~Le cas échéant,~~ Planification de la sortie avec organisation d'un réseau de soutien.

Les caractéristiques minimales définitives de 93.8A.3 «Soins palliatifs spécialisés, par nombre de jours de traitement» sont par conséquent:

93.8A.3 Soins palliatifs spécialisés, par nombre de jours de traitement

Caractéristique minimale point 0, documents de référence: Les critères minimaux précis de la structure et exceptions correspondantes peuvent être consultés dans le document: «document de référence pour les soins palliatifs spécialisés stationnaires», version 3.0 du 31.12. 2016. Lien: <https://www.palliative.ch/fr/fachbereich/aktuell/grundlegendendokumente/>

Caractéristique minimale point 1, indication: Surveillance et traitement continus sur 24 heures dans une unité autonome de médecine palliative, par une équipe multidisciplinaire/interprofessionnelle spécialisée dans les traitements palliatifs particulièrement complexes et élaborés. Traitement actif intégral

pour contrôle des symptômes et stabilisation psychosociale de patients atteints d'une maladie progressive à un stade avancé et dont l'espérance de vie est limitée. Décision prospective en fonction de la situation avec appel éventuel à des spécialistes.

Caractéristique minimale point 2, examen de diagnostic lors de l'admission, évaluation:

- Réalisation d'un examen de base standardisé de médecine palliative, avec appréciation de la complexité et de l'instabilité.
- Établissement d'un plan multidisciplinaire de traitement et définition des résultats visés en première priorité chez le patient individuel (Advance Care Planning).

Caractéristique minimale point 3, traitement:

- Visite interprofessionnelle 5 jours sur 7.
- 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.
- Prise en compte active de l'entourage familial lors des évaluations, plans thérapeutiques et évaluations de l'évolution du traitement.
- Soutien des proches dans leur confrontation avec le deuil.

Caractéristique minimale point 4, équipe thérapeutique:

a) composition et direction de l'équipe: équipe multidisciplinaire/interprofessionnelle spécialisée dans les traitements palliatifs particulièrement complexes et élaborés, sous la direction d'un médecin spécialiste disposant d'une formation continue spécifique en médecine palliative, d'au moins 80 heures, ou sous la direction d'un médecin spécialiste avec formation approfondie interdisciplinaire en médecine palliative.

La direction professionnelle du traitement 24 h sur 24 peut être assurée par un service de piquet.

b) soins: direction des soins infirmiers par une personne possédant une qualification complémentaire reconnue en soins palliatifs et au moins 6 mois d'expérience dans le traitement de patients palliatifs.

c) équipe thérapeutique multidisciplinaire composée de médecins, de personnel soignant et des domaines thérapeutiques suivants: travail social/travail socio-pédagogique/infirmière de liaison, psychologie, physiothérapie, ergothérapie, logopédie, consultation diététique/traitement nutritionnel, accompagnement spirituel, art-thérapie.

Caractéristique minimale point 5, planification et contrôle du traitement:

- Visite interprofessionnelle 5 jours sur 7 avec documentation de l'évolution du traitement.
- Chaque semaine, discussion interprofessionnelle en équipe avec documentation hebdomadaire des résultats déjà atteints et des futurs objectifs du traitement.

Caractéristique minimale point 6, planification de la sortie:

Planification de la sortie avec organisation d'un réseau de soutien.

Tableau des critères et prestations

Suite à plusieurs questions, nous aimerions, à l'aide du 93.8A.2- comme exemple, expliquer la distribution des prestations sur l'axe temporel.

93.8A.2- Traitement complexe de médecine palliative, par nombre de jours de traitement

	général	mesurable
Caractéristique minimale point 1, indication:	base	

Traitement actif intégral pour contrôle des symptômes et stabilisation psychosociale de patients atteints d'une maladie progressive à un stade avancé et dont l'espérance de vie est limitée, dans une chambre adaptée à l'état général du patient. Décision prospective en fonction de la situation avec appel éventuel à des spécialistes.		
Caractéristique minimale point 2, examen de diagnostic lors de l'admission, évaluation: Réalisation d'une évaluation de base standardisée de médecine palliative.	base	
Caractéristique minimale point 3: équipe thérapeutique et traitement: a) direction de l'équipe thérapeutique par un médecin spécialiste disposant d'une formation continue spécifique en médecine palliative, d'au moins 80 heures, ou sous la direction d'un médecin spécialiste avec formation approfondie interdisciplinaire en médecine palliative. b) équipe thérapeutique multidisciplinaire de médecins, de personnel soignant et des domaines thérapeutiques suivants: travail social/travail socio-pédagogique/infirmière de liaison, psychologie, physiothérapie, ergothérapie, logopédie, consultation diététique/traitement nutritionnel, accompagnement spirituel, art-thérapie. 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.	prestation	6 heures / semaine
Caractéristique minimale point 4, planification et contrôle du traitement: Établissement d'un plan de traitement individualisé interprofessionnel. Chaque semaine, discussion interprofessionnelle en équipe avec documentation hebdomadaire des résultats déjà atteints et des futurs objectifs du traitement.	prestation	1 fois/ semaine
Caractéristique minimale point 5, planification de sortie: Planification de la sortie avec organisation d'un réseau de soutien.	prestation	

Le temps de thérapie est calculé pour 7 jours, c.-à-d. qu'il faut réaliser en moyenne 0.86 heure (51.6 minutes) par jour. Pendant le traitement il n'est pas nécessaire de réaliser chaque jour le temps au prorata, mais les heures correspondantes sur l'ensemble du séjour. Un total de 6 heures de traitement doit être réalisé par semaine.

Exemple 1 : Pendant un traitement de 4 jours pour utiliser ce code complexe il faut au minimum 3.4 heures (3 h 24 min) dont p.ex. 2 heures au 2ème jour, 1 heure au 3ème jour et 24 min le 4ème jour. Le code 93.8A.21 (Traitement complexe de médecine palliative, d'au moins 2 à 7 jours de traitement au maximum) peut être utilisé.

Exemple 2 : Si le traitement dure 10 jours, il faut fournir au moins 9,4 heures (9 h 24 min) pour que le code de ce traitement complexe puisse être utilisé, 6 h étant effectuées la première semaine (c.-à-d. au cours des 7 premiers jours de traitement) et 3,4 h (3 h 24 min) la deuxième semaine (c.-à-d. durant les 3 derniers jours de traitement). Le code 93.8A.22 (Traitement complexe de médecine palliative, d'au moins 8 à 14 jours de traitement au maximum) peut être utilisé.

Calcul par semaine

1 jour de séjour: au moins 0.9 heures (54 min.) au total (à partir de la 2^e semaine)

2 jours de séjour: au moins 1.7 heures (1 h 42 min.) au total

3 jours de séjour: au moins 2.6 heures (2 h 36 min.) au total

4 jours de séjour: au moins 3.4 heures (3 h 24 min.) au total

5 jours de séjour: au moins 4.3 heures (4 h 18 min.) au total

6 jours de séjour: au moins 5.1 heures (5 h 6 min.) au total

7 jours de séjour: au moins 6.0 heures au total

Même si le patient ne reste que 2 jours en traitement stationnaire, il doit être fait recours à 2 domaines thérapeutiques au minimum.

3.26. HoNOS et HoNOSCA (94.A)

Concerne les trois versions linguistiques.

Le lien donnant accès aux documents de référence dans les caractéristiques minimales a été modifié comme suit:

94.A HoNOS et HoNOSCA

Caractéristique minimale point 1, documents de référence: Des documents fournissant des définitions exactes et conditions d'utilisation des échelles HoNOS et HoNOSCA sont disponibles à l'adresse suivante:

http://swissdrg.org/fr/08_psychiatrie/ErfassungHonos.asp

3.27. Plasmaphérèse thérapeutique, échange de plasma exclusivement avec PFC (99.71.13)

Concerne les trois versions linguistiques.

L'inclusion sous 99.71.13 est à supprimer. Un «Coder aussi» renvoyant au 99.07.2- est à introduire.

99.71.13 Plasmaphérèse thérapeutique, échange de plasma exclusivement avec PFC (PFCq, qFFP)

~~Incl.: Restitution par PFC~~

Coder aussi: Transfusion de plasma frais congelé (PFC / qFFP) (99.07.2-)

3.28. Correction «Coder aussi» sous 99.2

Concerne uniquement la version italienne – voir: Circolare 2017/1.

3.29. Traitement neurologique complexe de l'AVC aigu (99.BA.1- et 99.BA.2-)

Concerne les trois versions linguistiques.

Les caractéristiques minimales sous **99.BA.1- Traitement neurologique complexe de l'AVC aigu en stroke center (SC)** sont à adapter comme suit:

Coder aussi: Si effectuée – Traitement complexe de médecine intensive (procédure de base) (99.B7.1-, 99.B7.2-)

Excl.: Omettre le code - Traitement complexe en unité de soins intermédiaires (U-IMC), selon le nombre de points de dépense (99.B8.1-, 99.B8.2-)

Note:

A) Si un traitement en unité de soins intensifs est indiqué une fois épuisées les possibilités thérapeutiques de l'unité existante de traitement des AVC, le temps passé aux soins intensifs peut également être compté dans le codage du traitement neurologique complexe de l'AVC aigu (pour autant que les caractéristiques minimales de ce code CHOP soient réunies), même si l'unité de soins intensifs ne traite pas exclusivement des patients atteints d'AVC aigu. Le code correspondant du traitement complexe de médecine intensive (USI) doit alors être saisi simultanément.

Il n'est pas possible de saisir simultanément un code du «traitement complexe en unité de soins intermédiaires (U-IMC)» et un traitement complexe neurologique de l'AVC aigu. Un patient atteint d'un AVC aigu peut recevoir le traitement neurologique complexe dans une unité de soins intermédiaires d'un hôpital certifié SSMI. Le cas échéant, seul est codé le traitement neurologique complexe de l'AVC aigu ; le traitement complexe en unité de soins intermédiaires (U-IMC) n'est pas codé.

Caractéristique minimale point 3, traitement:

[...]

d) Domaines thérapeutiques: Instauration de mesures de physiothérapie ou de soins mobilisateurs en l'espace de 24 heures, avec au moins 1 unité de traitement par jour (7 jours sur 7) - Dans le cas d'une indication correspondante, ~~au moins 1 unité supplémentaire par jour (lundi à vendredi) d'un des traitements suivants~~: ergothérapie, logopédie, neuropsychologie. Conseils diététiques **seulement en relation avec des troubles de la déglutition**.

99.BA.13 Traitement neurologique complexe d'AVC aigu en stroke center (SC), d'au moins 24 heures à ~~moins de~~ 48 heures **au maximum**

99.BA.14 Traitement neurologique complexe d'AVC aigu en stroke center (SC), ~~d'au moins~~ **de plus de** 48 heures à ~~moins de~~ 72 heures **au maximum**

99.BA.15 Traitement neurologique complexe d'AVC aigu en stroke center (SC), de plus de 72 heures

Les caractéristiques minimales sous **99.BA.2- Traitement neurologique complexe de l'AVC aigu en stroke unit (SU)** sont à adapter comme suit:

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

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

Note:

A) Si un traitement en unité de soins intensifs est indiqué une fois épuisées les possibilités thérapeutiques de l'unité existante de traitement des AVC, le temps passé aux soins intensifs peut également être compté dans le codage du traitement neurologique complexe de l'AVC aigu (pour autant que les caractéristiques minimales de ce code CHOP soient réunies), même si l'unité de soins intensifs ne traite pas exclusivement des patients atteints d'AVC aigu. Le code correspondant du traitement complexe en unité de soins intensifs (USI) doit être saisi simultanément.

Il n'est pas possible de saisir simultanément un code du «traitement complexe dans une unité de soins intermédiaires (U-IMC)» et un traitement complexe neurologique de l'AVC aigu. Un patient atteint d'un AVC aigu peut recevoir le traitement neurologique complexe dans une unité de soins intermédiaires d'un hôpital certifié SSMI. Le cas échéant, seul est codé le traitement neurologique complexe de l'AVC aigu ; le traitement complexe en unité de soins intermédiaires (U-IMC) n'est pas codé.

Caractéristique minimale point 3, traitement:

[...]

d) Domaines thérapeutiques:

début des mesures de physiothérapie ou de soins mobilisateurs dans les 24 heures, avec au moins 1 unité de traitement par jour (7 jours sur 7). - Dans le cas d'une indication correspondante: ~~au moins 1 unité supplémentaire d'un des traitements suivants toutes les 48 h~~: ergothérapie, logopédie, neuropsychologie. Conseils diététiques **seulement en relation avec des troubles de la déglutition**.

99.BA.23 Traitement neurologique complexe d'AVC aigu en stroke unit (SU), d'au moins 24 heures à ~~moins de~~ 48 heures **au maximum**

99.BA.24 Traitement neurologique complexe d'AVC aigu en stroke unit (SU), **plus de 48 heures** à ~~moins de~~ 72 heures **au maximum**

99.BA.25 Traitement neurologique complexe d'AVC aigu en stroke unit (SU), de plus de 72 heures

3.30. Précisions dans l'annexe du 99.C1.- Traitement de soins infirmiers complexes

Concerne les trois versions linguistiques.

Des précisions au sujet de l'âge des patients ont été apportées sous «Définition et description des 6 groupes de prestations et de leurs profils d'intervention infirmière».

Code (de travail)	Groupes de prestations/profils d'intervention infirmière			
1	Groupe de prestations 1 : Mobilité	Profil d'intervention infirmière	Critère de mesure/exi- gence minimale	Points de dé- pense par jour
1.1	Charge en soins infirmiers nettement plus élevée pour minimum un profil d'intervention infirmière du groupe de prestations Mobilité par rapport aux prestations de routine.	Changement de posture/position du corps et/ou mobilisation (Prophylaxies des escarres, des contractures, des throm- boses et de la pneumonie; positionnement thérapeutique, etc.) <i>Le changement de posture/position du corps et/ou mobili- sation ne peut être pris en compte dans les prestations du traitement de soins infirmiers complexes que dans le cas de patients âgés de 3 ans et plus lors de l'admission.</i>	Au minimum 12 x par jour; dont max. 4 mi- cro-positionnements	1
1.2		Mobilisation au lit et - mise en place et retrait difficiles de moyens auxiliaires (gilet, minerve, système de protection des hanches, cor- set, prothèse, etc.) ou - application de techniques pour la régulation tonique et le contrôle des mouvements/ contrôle postural	Au minimum 2 x par jour	1
1.3		Mobilisation au lit et - entraînement systématique à la marche à l'aide d'appa- reils/moyens auxiliaires (cannes, béquilles, déambula- teurs, etc.) ou - entraînement systématique à la marche par application de techniques pour la régulation tonique et le contrôle des mouvements/ contrôle postural ou - entraînement systématique à la marche selon des normes/concepts thérapeutiques	Au minimum 2 x par jour	1

2	Groupe de prestations 2: Soins d'hygiène corporelle	Profil d'intervention infirmière	Critère de mesure/exigence minimale	Points de dépense par jour
2.1	Charge en soins infirmiers nettement plus élevée pour minimum un profil d'intervention infirmière du groupe de prestations Soins d'hygiène corporelle par rapport aux prestations de routine.	Prise en charge multiple des soins corporels/de la toilette <i>La prise en charge des soins corporels/de la toilette ne peut être prise en compte dans les prestations du traitement de soins infirmiers complexes que dans le cas de patients âgés de 6 ans et plus lors de l'admission.</i>	Au minimum 4 x par jour, dont minimum 1 toilette complète	1
2.2		Entraînement systématique à la toilette/aux soins autonomes pour atteindre la plus grande autonomie possible en matière de soins d'hygiène corporelle (prendre un bain, une douche, laver des parties du corps ou tout le corps) <i>L'entraînement systématique à la toilette/aux soins autonomes ne peut être pris en compte dans les prestations du traitement de soins infirmiers complexes que dans le cas de patients âgés de 6 ans et plus lors de l'admission.</i>	Au minimum 2 x 30 min par jour	1
3	Groupe de prestations 3: Elimination	Profil d'intervention infirmière	Critère de mesure/exigence minimale	Points de dépense par jour
3.1	Charge en soins infirmiers nettement plus élevée pour minimum un profil d'intervention infirmière du groupe de prestations Excrétion par rapport aux prestations de routine.	Aide par transfert jusqu'aux toilettes, habillage/déshabillage, mesures d'hygiène et/ou Aide au lit avec mise en position/posture difficile, mesures d'hygiène <i>L'aide par transfert ne peut être prise en compte dans les prestations du traitement de soins infirmiers complexes que dans le cas de patients âgés de 5 ans et plus lors de l'admission.</i>	Au minimum 4 x par jour	1
3.2		Aide à l'évacuation des selles au lit avec mise en position/posture difficile, mesures d'hygiène et lavement ou irrigation et/ou évacuation manuelle des selles <i>Ce point de prestation ne peut être pris en compte dans les prestations du traitement de soins infirmiers complexes que dans le cas de patients âgés de 3 ans et plus lors de l'admission.</i>	Au minimum 1 x par jour	1
4	Groupe de prestations 4: Soin des plaies	Profil d'intervention infirmière	Critère de mesure/exigence minimale	Points de dépense par jour
4.1	Charge en soins infirmiers nettement plus élevée pour minimum un profil d'intervention infirmière du groupe de prestations Soin des plaies par rapport aux prestations de routine.	Soin systématique des plaies, composé de: - Diagnostic et classification des plaies, durée, localisation, taille, bords, zone locale, base, exsudation, odeur des plaies, signes d'inflammation, douleurs - Traitement des plaies: nettoyage et/ou désinfection des plaies et pansements et/ou fixation de pansements - Evaluation systématique du processus de cicatrisation	Au minimum 1 x par jour; Au minimum trois plaies septiques (ulcère de décubitus de degré 3 p. ex.) et/ou Au minimum 1 plaie étendue (plus de 40 cm ²) et/ou Au minimum 1 fistule	1

5	Groupe de prestations 5: Communication et sécurité	Profil d'intervention infirmière	Critère de mesure/exigence minimale	Points de dépense par jour
5.1	Charge en soins infirmiers nettement plus élevée	Réaliser une prise en charge 1:1. Suivre un patient en continu et en personne sur une longue durée. La prise en charge 1:1 a lieu à part/séparément des autres prestations.	Au minimum 1 x 60 min ou 2 x 30 min par jour	1
5.2	pour minimum un profil d'intervention infirmière du groupe de prestations Communication et sécurité	Entretien de conseil, instructions ou entretien d'information pour l'acquisition de compétences par le patient et/ou les proches/personnes de référence et/ou pour la mise en place de soins post-hospitaliers	Au minimum 1 x 60 min ou 2 x 30 min par jour	1
5.3	par rapport aux prestations de routine. Les profils d'intervention infirmière sont fournis à part/séparément des autres prestations.	Entretien avec le patient et/ou des proches/personnes de référence axé sur la résolution de problèmes - pour la gestion de crise/le soutien social ou - pour le processus de soins et de traitement/la préparation à la sortie ou - entretiens avec interprète	Au minimum 1 x 60 min ou 2 x 30 min par jour	1

6	Groupe de prestations 6: Manger et boire	Profils d'intervention infirmière	Critère de mesure/exigence minimale	Points de dépense par jour
6.1	Charge en soins infirmiers considérablement plus élevée pour au moins un profil d'intervention infirmière du groupe de prestations Manger et boire par rapport aux soins infirmiers de routine.	Gestion systématique de l'alimentation, composée de: - Préparation de repas prêts à être ingérés selon la consistance et la taille adaptées ainsi qu'utilisation de moyens auxiliaires - Soins buccaux réguliers - Faire manger et boire ou assistance lors du repas <i>La gestion de l'alimentation ne peut être prise en compte dans les prestations du traitement de soins infirmiers complexes que dans le cas de patients âgés de 7 ans et plus lors de l'admission.</i>	Au moins 3 repas et 2 collations par jour et mise à disposition d'une boisson au moins 6 fois par jour	1
6.2	Les profils d'intervention infirmière sont fournis à part/séparément des autres prestations.	Alimentation par PEG ou sonde, composée de: - Alimentation d'un patient de manière intermittente sur une longue durée - Préparation préalable et postérieure, documentation - Soins buccaux réguliers - Broyage et administration des médicaments selon les compatibilités	Au moins 5 fois par jour	1

4. Informations complémentaires CIM-10-GM 2016

4.1. Dégénérescence graisseuse alcoolique du foie (K70.0)

Concerne uniquement la version française.

Dans le titre «cirrhose» est à remplacer par «dégénérescence»:

K70.0 Dégénérescence graisseuse alcoolique du foie

5. ANNEXE

5.1. Informations et précisions (anciennement nommées FAQ)

La publication d'informations et de précisions par FAQ n'existera plus sous cette forme dès 2017, ces informations seront publiées comme annexe de la circulaire.

Explications sur la numérotation pour une hiérarchie chronologique

Afin de faciliter la recherche des informations mises en ligne mensuellement, nous avons opté pour une numérotation qui permettra de trouver les informations des plus récentes aux plus anciennes.

Cette numérotation débute au 0999 pour la première information du 1.1.2012 et se poursuit en décroissant.

Par exemple: 0999 1.1.2012
 0998 1.1.2012
 ...
 0988 1.2.2012, etc.

Bien que ce système de FAQ n'existe plus, nous garderons cette même numérotation pour raisons pratiques.

0860 01.01.2017 Bypass gastrique par anastomose de Roux en Y

En 2017, pour des raisons de groupeur, lors de la réalisation d'un bypass gastrique par anastomose de Roux en Y les codes 44.31.41 (Bypass gastrique par anastomose de Roux en Y, par chirurgie ouverte), resp. 44.31.42 (Bypass gastrique par anastomose de Roux en Y, par laparoscopie) ne doivent pas être codés. Les codes 44.31.11 (Bypass gastrique proximal, chirurgical ouvert), resp. 44.31.12 (Bypass gastrique proximal, laparoscopique) sont à utiliser à leur place.

0861 01.01.2017 83.63 Réparation de la coiffe des rotateurs

Il ne s'agit pas d'une nouvelle règle de codage, mais d'une clarification pour un codage correct et uniforme de ces cas.

Lorsqu'un seul tendon est réparé, on utilisera les codes à 6 chiffres des tendons, le code 83.63 est utilisé pour la réparation de 2, 3 ou 4 tendons.

0864 01.07.2016 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 93.9C.- *Ventilation mécanique et assistance respiratoire chez le nouveau-né et le nourrisson* n'est donc pas utilisé.

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.

0872 01.01.2016 J80 Syndrome de détresse respiratoire de l'adulte (ARDS)

Le syndrome de détresse respiratoire de l'enfant est également codé avec le *J80* si les 2 conditions suivantes sont remplies:

- le médecin a posé le diagnostic
- l'enfant a été admis pendant son séjour aux soins intensifs pour cette pathologie.

0879 01.07.2015 39.99.21 Opérations d'anomalie congénitale de l'isthme aortique (sténose) ou d'inter-ruption 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.

0881 01.07.2015 81.0- Arthrodèse de vertèbre

Pour un abord XLIF, DLIF et OLIF dans la région lombaire, on codera le *81.07 Arthrodèse lombaire ou lombosacrée intratransversaire*.

0882 01.07.2015 84.80.- Insertion de système(s) interépineux

Lors de la seule implantation d'un système interépineux (*84.80.-*), on ne code pas en plus une arthrodèse de vertèbre, même si cela est décrit comme « arthrodèse/spondylodèse interépineuse (dynamique) » dans le protocole opératoire.

0889 01.01.2015 Précision ECMO et rémunération supplémentaire

Si la procédure avec les codes *37.69.7- Durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire, avec pompe, avec élimination de CO2, extracorporel, veino-veineux*, *37.69.8- Durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire, avec pompe, avec oxygénateur (y compris élimination de CO2), extracorporel, veino-veineux*, *37.69.A- Durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire, avec pompe, avec oxygénateur (y compris élimination de CO2), extracorporel, veino-artériel ou veino-veino-artériel* est réalisée à plusieurs reprises durant le séjour, on peut les coder séparément (selon la durée du traitement) si une interruption d'au moins 24 heures a eu lieu entre le premier traitement et le suivant.

Cette règle ne vaut donc qu'en association avec un changement de canule. Un nouveau codage de l'ECMO n'est donc possible qu'après un changement de canule, sinon les durées de traitement sont additionnées et représentées par un seul code ECMO.

Lors d'utilisation de différentes méthodes ECMO, un seul code est à saisir : celui de la méthode avec la plus longue durée. Les durées des différentes méthodes ECMO sont à additionner et cette durée totale est à transcrire avec un code ECMO précis.

0891 01.01.2015 Impingement hanche

La correction de la pathologie «CAM» se code avec le :

80.85.10 Excision ou destruction locale de lésion articulaire de la hanche, sous arthroscopie

ou *80.85.99 Autre excision ou destruction locale de lésion articulaire, hanche, autre* pour les interventions par chirurgie ouverte.

La correction de la pathologie «pincer» se code avec le :

81.40.16 Lissage arthroscopique du cartilage, hanche

ou *81.40.17 Lissage chirurgical ouvert du cartilage, hanche*.

NB: La refixation du labrum se code avec *81.40.10 Refixation d'un fragment ostéochondral sous arthroscopie, hanche* / *81.40.11 Refixation chirurgicale ouverte d'un fragment ostéochondral, hanche*.

0892 01.01.2015 37.90.29 Examen par cathétérisme transseptal du coeur gauche, autre

Pour des raisons de grouper, avec le code 37.34.24 *Sites de traitement de tachyarythmies par des techniques d'ablation, oreillette gauche* il faut coder également le 37.90.29 *Examen par cathétérisme transseptal du coeur gauche, autre*.

0893 01.01.2015 03.09.1-, 03.09.2-, 03.09.3- Abord de la colonne lors d'AMO

Lors d'ablation de matériel d'ostéosynthèse de la colonne (p.ex. après spondylodèse), l'abord de colonne (03.09.1-, 03.09.2-, 03.09.3-) n'est pas à coder.

0896 01.07.2014 S06.72! Perte de connaissance lors de traumatisme crânio-cérébral,

> 24 heures, avec retour au stade de connaissance (conscience) antérieur

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

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

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

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

0900 01.07.2014 Artère sous-clavière

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

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

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

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

Lors d'un accouchement normal à domicile ou sur le chemin de l'hôpital, on code Z39.0 *Soins et examen immédiat après l'accouchement* en DP chez la mère, même si une délivrance sans complication a lieu à l'hôpital.

Pour le nouveau-né sain, on code Z38.1 (Z38.4/Z38.7). On ne remplit pas de données supplémentaires pour nouveau-nés, mais la série minimale de données et les données concernant l'enfant.

Pour les deux, la variable 1.2.V03 Mode d'admission est 1 (urgence).

0910 01.12.2013 93.57.11 / 93.57.12 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.

0911 01.12.2013 46.99.10 Décompression de l'intestin

Le code 46.99.10 *Décompression de l'intestin* ne se code que lors d'une décompression par chirurgie ouverte.

0915 01.10.2013 Matériel de remplacement d'os

- sous 78.0: Os d'origine humaine ou animale
- sous 84.55: Matériel artificiel (synthétique) de remplacement d'os

Pour le codage de matériel de remplacement d'os, les points suivants sont à observer :

1) Le code 84.55 *Insertion de matériel de remplacement d'os* s'utilise pour les produits mentionnés sous ce code et lorsqu'il s'agit de produits de composition entièrement artificielle, synthétique ou chimique (=matériel alloplastique, différents granulats ou particules en phosphates tricalciques combinés avec de l'hydroxyapatite fabriqué

artificiellement, sulfate de calcium dans une matrice en cellulose, céramique en verre, polymère, silicone et hydroxyapatite de magnésium).

Exemples: Nanobone, Calcibone, Cerasorb, etc.

2) Pour le matériel de remplacement d'os ayant une base d'os humain ou animal et étant produits par des processus propres aux fabricants (pyrolyse, substitution de substance organique de l'os, stérilisation, etc.) et préparés comme blocs, pâtes ou granulés, le code *78.0- Greffe osseuse* est à utiliser.

Exemples: Tutoplast, Grafton, Orthoss, autres produits DFDBA/ DMB/ DFBA.

Remarque:

1) Le code *78.49.89 Greffe osseuse et implantation de matériel de remplacement osseux sur la colonne vertébrale, autre* représente les deux catégories.

2) Code supplémentaire *00.90.- Type de transplant tissulaire*, si nécessaire.

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 decubitus 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 O,
- en français, par O.

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

0944 01.11.2012 Cystadénome ovaire

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

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

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

0955 01.09.2012 Ostéophytectomie lors d'arthrodèse

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

0971 01.06.2012 84.6 Remplacement de disque intervertébral

Lors d'une insertion ou d'un remplacement de prothèse de disque, le nombre de prothèses est traduit par le nombre de codes.

P.ex. pour 2 prothèses de disques, 2 fois le code (+ abord *03.09.1* à *03.09.3*).

0974 01.05.2012 37.90.21 Ponction transseptale par cathéter

Lors d'une technique d'ablation pour le traitement de tachyarythmies (*37.34.1- Techniques d'ablation pour le traitement de tachyarythmies*), lorsqu'une ponction transseptale est effectuée, celle-ci est à coder en plus avec le *37.90.21*.

Le grouper SwissDRG sera adapté en conséquence.

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).