



Circulaire pour les codeuses et codeurs : 2014 / 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 2014, seront valables : le manuel de codage version 2014, la circulaire n°1 de 2014 et toutes les FAQ qui ne seront pas marquées comme échues au 1.1.2014.

Les règles de codage publiées dans le manuel de codage 2014 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. L'utilisation notamment d'autres manuels de codage (tels que le manuel de codage allemand ou des manuels de codage édités à l'interne) est strictement interdite.

1.2

Les classifications qui seront en vigueur à partir du 1.1.2014 sont la CIM-10-GM 2012 et la CHOP 2014. 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

Nous publierons en cours d'année des informations et des précisions au moyen d'éventuelles circulaires et de FAQ semestrielles (publication au 31 décembre 2013 et au 30 juin 2014, à appliquer pour le codage des cas avec sortie au 1^{er} janvier 2014 et 1^{er} juillet 2014). Ces documents sont à considérer comme des informations officielles de l'OFS et devront être pris en compte lors de tous les codages ultérieurs.

1.5

Les questions de codage sont à adresser avec la documentation nécessaire à CodeInfo@bfs.admin.ch et non à des adresses personnelles.

Les divergences de codage seront également envoyées à CodeInfo@bfs.admin.ch (l'autre partie en copie), avec documentation complète concernant le patient, argumentation et codage des deux parties.

2 Informations complémentaires manuel de codage 2014

2.1 D15 Transferts (soins somatiques aigus ou réadaptation, psychiatrie et autres cliniques spécialisées)

Comme les hôpitaux et cliniques de soins non aigus n'appliquent pas uniformément cette règle de codage, nous aimerions donner les précisions suivantes :

Le manuel de codage est destiné à toutes les personnes chargées du codage des diagnostics et des traitements des cas stationnaires dans le cadre de la statistique médicale des hôpitaux, donc à **tous** les hôpitaux et cliniques (que ce soit des soins somatiques aigus ou non).

Le chapitre S21 « Réadaptation, rééducation » du manuel de codage version 3.0 a été intégré dans les nouvelles règles de codage sous SwissDRG. Les règles pour le codage des transferts pour suite de soins sont maintenant décrits sous D15 :

Transfert pour suite de soins

Lorsqu'un patient est transféré dans un autre hôpital pour **suite de soins** (qu'il s'agisse de soins somatiques aigus ou de réadaptation/convalescence, psychiatrie ou clinique spécialisée), chaque hôpital doit coder un cas séparé. La maladie/blessure initiale qui est la raison du transfert est codée comme diagnostic principal. Le fait qu'il ne s'agit pas d'une prise en charge primaire du patient est indiqué comme premier diagnostic supplémentaire par un des codes Z suivants:

Z47.- Autres soins de contrôle orthopédiques, Z48.- Autres soins de contrôle chirurgicaux, Z50.-! Soins impliquant une rééducation, Z51.- Autres soins médicaux ou Z54.-! Convalescence.

En présence de plusieurs diagnostics, le diagnostic principal est choisi selon la définition du diagnostic principal (règle G52).

Pour le codage des autres diagnostics, les règles de codage du manuel sont à appliquer.

2.2 Patients en attente de placement

Lors d'une prolongation de séjour parce que le patient est en attente de placement, un nouveau cas administratif sera ouvert. Ce cas n'étant pas facturé par DRG, on marquera la variable V4.8.V01 de la statistique médicale avec un 0.

En diagnostic principal, on codera *Z75.8 Autres difficultés liées aux installations médicales et autres soins de santé*. Toutes les autres pathologies qui correspondent à la définition des diagnostics supplémentaires G54 seront codées comme diagnostics supplémentaires.

2.3 Septicémie

La règle S0102 comporte une marge d'interprétation considérable, ce qui a fréquemment conduit à des divergences de codage entre les assureurs et les fournisseurs de prestations. Les exemples rudimentaires du manuel de codage 2013 avec la septicémie en diagnostic principal, ont été interprétés comme si la septicémie devait toujours figurer en diagnostic principal.

Pour qu'à l'avenir, les tableaux cliniques de septicémie soient reproduits et rémunérés de manière adéquate, le groupe de travail du manuel de codage, en collaboration avec des experts et de nombreux représentants des fédérations médicales concernées, a reformulé la règle S0102 relative à la septicémie. La nouvelle règle prend effet au 1.1.2014. La règle qui figure dans le manuel de codage 2014, ainsi que les critères SIRS/complications organiques ne sont pas valables.

S0102c Septicémie (remplace la règle du manuel 2014, page 61)

Choix du code de septicémie

Les codes pour la septicémie se trouvent dans les chapitres/catégories suivants:

- Au chapitre I, dans les catégories *A40.- Septicémie à streptocoques* et *A41.- Autres septicémies*, en tenant compte des exclusions.
- Au chapitre I, dans les maladies infectieuses (p.ex. *B37.7 Septicémie à Candida*).
- Dans le chapitre XVI pour la septicémie du nouveau-né (*P36.- Septicémie bactérienne du nouveau-né*). Pour rappel : le terme « Infection » dans la CIM-10-GM 2012, version française, est à remplacer par « Septicémie ».
- Une septicémie en relation avec un avortement, une grossesse extra-utérine ou molaire, un accouchement ou des suites de couches sera codée avec un code du chapitre XV (*O03-O07, O08.0, O75.3, O85*) et un code de septicémie du chapitre I, pour indiquer l'existence d'une septicémie et spécifier l'agent infectieux.
- Bien que le terme de septicémie soit indiqué sous certains codes de complications de soins chirurgicaux ou médicaux, un code de septicémie du chapitre I doit être ajouté, pour indiquer l'existence d'une septicémie et spécifier l'agent infectieux (p.ex. *T88.0 Infection consécutive à vaccination*).

Une septicémie sera représentée par les codes suivants (ordre de ceux-ci, voir ci-dessous):

- le code de septicémie (selon l'agent infectieux)
- éventuellement avec un code de *B95.-!* ou *B96.-!*, si cela donne une information supplémentaire
- avec un code de *U80!-U85!* pour une éventuelle résistance
- le code SIRS (*R65.-*) avec des codes pour des complications organiques, si présentes
- le code de choc septique (*R57.2*), si présent
- le siège initial de l'infection

Ordre des codes, resp. choix du diagnostic principal et supplémentaire

- 1) Si le médecin diagnostique une septicémie dans le cadre d'une infection, mais **sans** complications/dysfonctionnements organiques, l'infection organique précède le code de septicémie (voir exemples 1 et 2).
- 2) Si le médecin diagnostique une septicémie (sévère) **avec** complications/dysfonctionnements organiques ou un choc septique, le code de septicémie précède les autres codes (voir les exemples 3 et 4).

- 3) Si une septicémie se manifeste suite à un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complication) dans le cadre d'un séjour hospitalier, on tiendra compte de la règle D12/D16. Il convient également d'en tenir compte pour l'ordre des codes dans les exemples ci-après.
- 4) En présence de deux ou plusieurs affections (p. ex. pneumonie, septicémie, infarctus du myocarde), on appliquera la règle G52. Si une septicémie ou une septicémie sévère pendant un séjour hospitalier n'est pas l'affection qui a exigé l'engagement le plus élevé de ressources médicales, elle sera codée comme diagnostic supplémentaire et il convient alors, dans les exemples ci-après, d'en tenir compte pour l'ordre des codes.

Exemples de codage :

A. Infection et septicémie / septicémie consécutive à une infection

DP: Infection

DS: Septicémie

DS: SIRS **sans** complications/dysfonctionnements organiques

Exemple 1

Septicémie et pneumonie sans précision de germe.

HD J18.8 Autre pneumonie à micro-organisme non précisé

ND A41.9 Septicémie, sans précision

ND R65.0! Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS) d'origine infectieuse sans complications organiques

Exemple 2

Septicémie à staphylocoques et pneumonie à staphylocoques.

HD J15.2 Pneumonie à staphylocoques

ND A41.2 Septicémie à staphylocoques non précisés

ND R65.0! Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS) d'origine infectieuse sans complications organiques

B. Septicémie (sévère) avec complications/dysfonctionnements organiques

DP: Septicémie

DS: SIRS **avec** complications/dysfonctionnements organiques

DS: Complications organiques

DS: Infection

Exemple 3

Septicémie à staphylocoques avec thrombopénie et pneumonie à staphylocoques.

HD A41.2 Septicémie à staphylocoques non précisés

ND R65.1! Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS) d'origine infectieuse avec complications organiques

ND D69.5- Thrombopénie secondaire

ND J15.2 Pneumonie à staphylocoques

C. Septicémie avec choc septique

DP: Septicémie

DS: SIRS **avec** complications/dysfonctionnements organiques

DS: Choc septique

DS: Complications organiques

DS: Infection

Beispiel 4

Choc septique et septicémie à streptocoques du groupe C avec thrombopénie et pneumonie à streptocoques du groupe C.

HD A40.8 *Autres septicémies à streptocoques*

ND B95.41! *Streptocoques, groupe C, cause de maladies classées dans d'autres chapitres*

ND R65.1! *Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS) d'origine infectieuse avec complications organiques*

ND R57.2 *Choc septique*

ND D69.5- *Thrombopénie secondaire*

ND J15.4 *Pneumonie due à d'autres streptocoques*

Exception

Lors d'une septicémie d'origine infectieuse inconnue, cette infection d'origine inconnue est codée par le B99 *Maladies infectieuses, autres et non précisées*.

Remarque: le terme « Septikämie » ne s'utilise plus en allemand. En français, on utilise plutôt le terme de « septicémie » que celui de « sepsis ».

Complications organiques (remplace la page 147)

Les critères SIRS et les définitions des complications/dysfonctions organiques se trouvent dans le tableau de la littérature citée ci-dessous, d'entente avec les fédérations médicales spécialisées.

Pour les adultes (à partir de 16 ans révolus): N Engl J Med 2013, 369:840-51, D.C. Angus et al. Severe Sepsis and septic Shock

<http://www.sbm.org.br/news/n26/imagens/NEJMr1208623.pdf>

Ce tableau sera encore traduit et mis à disposition sur demande début 2014 sous forme PDF.

Pour les enfants en-dessous de 16 ans, les normes pour la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire, les leucocytes, les valeurs tensionnelles et les complications organiques diffèrent en fonction de l'âge. Lien vers la littérature spécialisée agréée:

[Pediatr Crit Care Med.](#) (1): 2-8. „International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics”.

2.4 Malnutrition

1. Définition des stades de la malnutrition

E43 Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision

On est en présence d'une malnutrition grave lorsque les deux critères suivants sont remplis:

a) Score NRS (Nutritional Risk Screening*) > ou = 5

et

b) BMI < 18.5 kg/m² avec état général diminué

ou

perte de poids involontaire >5% en 1 mois et état général diminué

ou

prises alimentaires entre 0 - 25% des besoins dans la semaine précédente, indépendamment de sa volonté (correspond à la détérioration de l'état nutritionnel de degré 3).

E44.0 Malnutrition protéino-énergétique modérée

On est en présence d'une malnutrition modérée lorsque les deux critères suivants sont remplis:

a) Score NRS > ou = 4

et

b) BMI 18.5 - 20.5 kg/m² avec état général diminué

ou

perte de poids involontaire >5% en 2 mois et état général diminué

ou

prises alimentaires entre 25 - 50% des besoins dans la semaine précédente, indépendamment de sa volonté (correspond à la détérioration de l'état nutritionnel de degré 2).

E44.1 Malnutrition protéino-énergétique légère

On est en présence d'une malnutrition légère lorsque les deux critères suivants sont remplis:

a) Score NRS > ou = 3

et

b) perte de poids involontaire > 5% en trois mois

ou

prises alimentaires entre 50 - 75% des besoins dans la semaine précédente, indépendamment de sa volonté (correspond à la détérioration de l'état nutritionnel de degré 1).

Tableau expliquant l'attribution du diagnostic de malnutrition CIM:

Degré de la détérioration de l'état nutritionnel		1	2	3
Score NRS*	≥ 5	E44.1	E44.0	E43
	4	E44.1	E44.0	E44.0
	3	E44.1	E44.1	E44.1

2. Codage:

a) Une malnutrition selon CIM-10 **E43** peut être codée lorsqu'**une des** procédures ci-dessous a été effectuée:

89.0A.4- *Traitement nutritionnel multimodal*

ou

89.0A.32 *Conseil et traitement diététiques*

au moins 2 unités de traitement par une diététicienne ES/HES diplômée

b) Une malnutrition selon CIM-10 **E44** peut être codée lorsqu'**une des** procédures ci-dessous au moins a été effectuée:

89.0A.32 *Conseil et traitement diététiques*

89.0A.4- *Traitement nutritionnel multimodal*

96.6 *Perfusion intestinale de substances nutritives concentrées, au moins 5 jours de traitement*

99.15 *Perfusion parentérale de substances nutritives concentrées, au moins 5 jours de traitement*

Remarque :

Lorsque des critères ne sont pas remplis (définition malnutrition et/ou procédure), il faut alors utiliser le code **E46 Malnutrition protéino-énergétique, sans précision**.

* Kondrup Guidelines for Nutrition Risk Screening 2002. Clin Nutr (2003);22(3):321–336

2.5 U-IMC – Intermediate Care Unit

Dans la CHOP 2014, il existe de nouveaux codes de traitement complexe pour les U-IMC:

99.B8.1 Traitement complexe en unité de soins intermédiaires (U-IMC) chez l'adulte

99.B8.2 Traitement complexe en unité de soins intermédiaires (U-IMC) chez l'enfant

Pour le calcul du nombre de points de dépense, les scores SAPS II et NEMS ou PIM 2 sont relevés. Ces scores ne sont **pas** inscrits dans la série de données de la Statistique Médicale (Variables 4.4.V02-4.4.V04).

D'éventuelles heures de ventilation (voir règle S1001c) en U-IMC ne sont inscrites dans la série de données de la Statistique Médicale (Variables 4.4.V01) **que jusqu'à fin 2014**.

3 Informations complémentaires CHOP

3.1 Information sur les plasties de peaux, le débridement ou la destruction de lésions cutanées

Pour plusieurs procédures cutanées, la CHOP fait la différence entre plastie étendue et non étendue. Pour ce type d'intervention. La plastie sera considérée comme non étendue si le traitement ne dépasse pas 4 cm² ou 1 cm³. Si plusieurs traitements sont faits sur la même région anatomique (par exemple la main), il faut additionner les différentes surfaces. Cela n'est pas le cas pour des interventions multiples sur des régions différentes.

3.2 Doublons pour les implantations de pacemaker

Les codes 37.88.10 et 00.50.10, ainsi que 37.89.31 et 00.53.00 sont des doublons.

Pour le codage et pour une rémunération appropriée, il faut utiliser les codes 00.50.10 ou 00.53.00.

Les codes 37.94.03 et 00.51.10 ne sont pas des doublons, la différence est la surveillance à distance.

3.3 Singulier et pluriel entre parenthèses

Concerne les trois langues

Pour les codes suivants (00.65.11 et 39.90.11 – 39.90.39) le pluriel doit être mis entre parenthèses (micro-stents → micro-stent(s) ;

Correct :

00.65.11 Insertion transluminale percutanée de micro-stent(s) vasculaire(s) intracrânien(s)

39.90.10 Insertion de stent(s) dans des vaisseaux non cardiaques, stents nus

39.90.11 Insertion de stent(s) dans des vaisseaux non cardiaques, stents biorésorbables

39.90.12 Insertion de stent(s) dans des vaisseaux non cardiaques, stents à grand lumen, SAP

39.90.13 Insertion de stent(s) dans des vaisseaux non cardiaques, stents à grand lumen, non couverts

39.90.14 Insertion de stent(s) dans des vaisseaux non cardiaques, stents à grand lumen, couverts

39.90.15 Insertion de stent(s) dans des vaisseaux non cardiaques, stents couverts (stentgrafts) dans des vaisseaux sans anévrisme

39.90.16 Insertion de stent(s) dans des vaisseaux non cardiaques, stents couverts à surface bioactive

39.90.19 Insertion de stent(s) dans des vaisseaux non cardiaques, autres stents

39.90.30 Insertion de stent(s) extra-long(s) (>10 cm) dans des vaisseaux non cardiaques, SAP

39.90.31 Insertion de stent(s) nus extra-long(s) (>10 cm) dans des vaisseaux non cardiaques

39.90.32 Insertion de stent(s) imprégnés extra-long(s) (>10 cm) dans des vaisseaux non cardiaques

39.90.39 Insertion de stent(s) extra-long(s) (>10 cm) dans des vaisseaux non cardiaques, autre

3.4 02.41 Correction des informations complémentaires du code

Concerne les trois langues

Sous le code 02.41 «Irrigation et exploration de drain ventriculaire», le texte «reprogrammation de drain ventriculopéritonéal» est affecté au mauvais type d'item. Il ne s'agit pas d'une description complémentaire, mais d'une inclusion. La reprogrammation de drain ventriculopéritonéal est comprise dans l'irrigation et l'exploration de drain ventriculaire. Si seule une reprogrammation de drain ventriculopéritonéal est pratiquée, le code 02.41 ne peut pas être appliqué.

Correct:

02.41 Irrigation et exploration de drain ventriculaire

Exploration de shunt ventriculopéritonéal au site ventriculaire

INCL. Reprogrammation de drain ventriculopéritonéal

3.5 36.16 Erreur de traduction dans la version française

Concerne seulement la version française

Le titre allemand du code 36.16 „Zweifacher A. mammaria interna-Koronararterien Bypass“ est correct. Le titre français correct est « **Double pontage entre une artère mammaire interne et des artères coronaires** ».

3.6 32.27 Exclusion de l'ablation à l'aide de méthodes de cartographie tridimensionnelle

Concerne les trois langues

Sous le code 37 27 Cardiac mapping, il faut introduire une indication d'exclusion se référant au code 37.34.14 Ablation à l'aide de méthodes de cartographie tridimensionnelle.

Correct :

37.27 Cardiac mapping

Coder aussi: Toute intervention simultanée

EXCL. Enregistrement du faisceau de His (37.29)

Ablation à l'aide de méthodes de cartographie tridimensionnelle avec ou sans mesure de la pression d'appui (37.34.14)

3.7 37.34.14 Ablation à l'aide de méthodes de cartographie tridimensionnelle et mesure de la pression d'appui

Concerne les trois langues

Le code 37.34.14 est à utiliser pour le codage de l'ablation à l'aide de méthodes de cartographie tridimensionnelle avec ou sans mesure de la pression d'appui (comme l'année précédente). Le « et » n'est donc pas à comprendre dans le sens de « et/ou », mais à remplacer par la notion « avec ou sans ».

Correct : **37.34.14 Ablation à l'aide de méthodes de cartographie tridimensionnelle avec ou sans mesure de la pression d'appui**

3.8 39.71.14 et 39.71.15 Erreur dans la désignation de la prothèse

Concerne les trois langues

La prothèse tubulaire des codes 39.71.14 et 39.71.15 n'est pas aorto-biliaque, mais aortique.

Correct:

39.71.14 Implantation endovasculaire d'une greffe dans l'aorte abdominale, prothèse tubulaire, aortique, sans fenestration ni bras latéral

39.71.15 Implantation endovasculaire d'une greffe dans l'aorte abdominale, prothèse tubulaire, aortique, avec fenestration ou bras latéral

3.9 78.49.86 et 78.49.87 Utilisation de matrice osseuse humaine déminéralisée - complément

Concerne les trois langues

Les titres des codes 78.49.86 et 78.49.87 doivent être complétés par la mention «sur la colonne vertébrale».

Correct :

78.49.86 Utilisation d'une matrice osseuse humaine déminéralisée sur la colonne vertébrale, non enrichie en ostéoblastes

78.49.87 Utilisation d'une matrice osseuse humaine déminéralisée sur la colonne vertébrale, enrichie en ostéoblastes

3.10 93.89.1 Erreur de copier-coller dans le titre

Concerne seulement la version française

Le titre de 93.89.1 ne doit être que «Rééducation neurologique et neurochirurgicale précoce» et non « Rééducation neurologique et neurochirurgicale précoce, 7 jours (minimum) à 13 jours (maximum) de traitement ».

Correct :

93.89.1 Rééducation neurologique et neurochirurgicale précoce

3.11 Version imprimée allemande: erreur dans l'ordre

Concerne seulement la version allemande

Pour le code 88.39.10

88.39.10 „Intraoperatives Röntgen“ apparaît à la fin de la sous-catégorie 88.39 „Sonstige und nicht bezeichnete Radiographie“, mais devrait apparaître après le 88.39.00 „Sonstige und nicht näher bezeichnete Radiographie, n.n.bez.“.

Pour le code 88.79.50

88.79.50 „Intraoperativer Ultraschall“ apparaît à la fin de la sous-catégorie 88.79 „Sonstiger diagnostischer Ultraschall“, mais devrait apparaître après le 88.79.41 „Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane, transvaginal“.

Pour le code 96.5

Le code 96.5 „Sonstige nicht-operative Spülung und Reinigung“ ne devrait pas apparaître à la fin de la catégorie 96 „Nicht-operative Sondeneinlage und Spülung“, mais avant le code 96.56 „Sonstige Lavage von Bronchus und Trachea“.

3.12 99.07 Erreur dans le titre et la description complémentaire

Concerne les trois langues

Le titre a été adapté au lieu de la description complémentaire.

Correct :

99.07 Transfusion d'autre sérum

Transfusion de plasma (incl. Fresh Frozen Plasma (FFP))

3.13 99.BA.12 Erreur dans le titre

Concerne la version allemande et la version française

Dans le titre du code 99.BA.12 relatif au traitement neurologique complexe de l'AVC aigu en stroke center, il manque l'indication de la durée du traitement.

Correct: **99.BA.12 Traitement neurologique complexe de l'AVC aigu en stroke center (SC), de plus de 72 heures**

3.14 Adaptation des caractéristiques minimales des codes 99.BA.1, 99.BA.2 et 99.BA.3 relatifs au traitement neurologique complexe de l'AVC aigu

Concerne les trois langues

Les critères suivants pour les codes relatifs au traitement neurologique complexe de l'AVC aigu remplacent ceux qui ont été publiés dans la CHOP 2014.

99.BA.1 Traitement neurologique complexe de l'AVC aigu en stroke center (SC)

Note:

Ce code peut également être indiqué pour un AIT (accident ischémique transitoire).

Si, au-delà des possibilités thérapeutiques de l'unité existante de traitement des AVC, un traitement en unité de soins intensifs reconnue par la SSMI est indiqué, le temps passé aux soins intensifs peut également, pour autant que les caractéristiques minimales de ce code CHOP soient réunies, être compté dans le codage du traitement neurologique complexe de l'AVC aigu, même si l'unité de soins intensifs ne traite pas exclusivement des patients atteints d'AVC aigu.

Note:

Caractéristiques minimales:

Suivi par une équipe multidisciplinaire spécialisée dans le traitement de l'AVC et dirigée par un spécialiste en neurologie. Traitement dans une unité spécialisée (stroke center (SC)) (conformément aux critères de la Société Cérébrovasculaire Suisse) ou dans une unité de soins intensifs reconnue par la SSMI (conformément aux critères de la Société Suisse de Médecine Intensive SSMI).

Les directives et profils d'exigence de la Société Cérébrovasculaire Suisse relatifs aux stroke units et aux stroke centers (en allemand, dernière actualisation: 12.2012) peuvent être téléchargés depuis le lien suivant

http://www.neurovasc.ch/tl_files/Forschung/Publikationen/Anforderungsprofil_Richtlinien_smf-01293.pdf

Autres caractéristiques:

1.) Présence permanente (7 jours sur 7 / 24 heures sur 24) d'un neurologue ou d'un médecin en voie de spécialisation en neurologie. La journée, ce médecin est exclusivement responsable de la prise en charge des patients AVC de son unité et peut en plus être sollicité pour l'évaluation de patients AVC externes à son unité dont l'admission dans son unité est en discussion. Le reste du temps, il est autorisé à traiter d'autres patients neurologiques, pour autant que ceux-ci soient géographiquement proches de son service et que sa disponibilité pour les patients AVC de son service reste assurée à toute heure.

2.) Surveillance 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, d'au moins 5 des paramètres suivants: tension artérielle, fréquence cardiaque, ECG, respiration, saturation en oxygène, température, mesure invasive de la tension artérielle, mesure de la pression intracrânienne, EEG, potentiels évoqués, détermination de la glycémie.

Surveillance et documentation sur six heures de l'état neurologique pour identification précoce d'une progression ou récurrence de l'AVC et d'autres complications.

3.) Diagnostic: réalisation dans les 25 minutes d'un CT-scan ou d'une IRM de la tête représentant respectivement les artères de la tête et du cou. Possibilité de réaliser des examens neurosonographiques extracrâniens et transcrâniens dans les 24 heures.

Diagnostic étiologique et diagnostic différentiel de l'AVC (p. ex. échocardiographie transoesophagienne, hémostaseologie, diagnostic des angéites, EEG et autres techniques) dans les propres services de l'hôpital.

Possibilité d'un examen neuropsychologique dans les deux jours ouvrables.

4.) Traitement aigu:

possibilité immédiate de réaliser une thrombolyse intraveineuse 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Réalisation en urgence, dans les 90 min, d'interventions neurochirurgicales ou neuroradiologiques dans le même établissement par des médecins spécialistes (conformément aux critères de la SCS). Revascularisation de la carotide (endarterectomie ou pose de stents par des spécialistes qualifiés (critères selon SCS) dans les 24 h.

5.) Instauration immédiate de mesures de physiothérapie avec au moins une séance par jour (7 jours sur 7), ainsi que d'ergothérapie et/ou de logopédie avec au moins une séance par jour les jours de semaine (du lun. au ven.), si un déficit correspondant est présent.

99.BA.2 Autre traitement neurologique complexe de l'AVC aigu en stroke unit (SU)

Note:

Remarque: Ce code peut également être indiqué pour un AIT (accident ischémique transitoire).

Si, au-delà des possibilités thérapeutiques de l'unité existante de traitement des AVC, un traitement en unité de soins intensifs reconnue par la SSMI est indiqué, le temps passé aux soins intensifs peut également, pour autant que les caractéristiques minimales de ce code CHOP soient réunies, être compté dans le codage du traitement neurologique complexe de l'AVC aigu, même si l'unité de soins intensifs ne traite pas exclusivement des patients atteints d'AVC aigu.

Note:

Caractéristiques minimales:

Suivi par une équipe multidisciplinaire spécialisée dans le traitement de l'AVC et dirigée par un spécialiste en neurologie.

Traitement dans une unité spécialisée (stroke unit (SU)) conformément aux critères de la Société Cérébrovasculaire Suisse (SCS) ou dans une unité de soins intensifs reconnue par la SSMI (conformément aux critères de la Société Suisse de Médecine Intensive (SSMI)).

Les directives et profils d'exigence de la Société Cérébrovasculaire Suisse relatifs aux stroke units et aux stroke centers (en allemand, dernière actualisation: 12.2012) peuvent être téléchargés depuis le lien suivant

http://www.neurovasc.ch/tl_files/Forschung/Publikationen/Anforderungsprofil_Richtlinien_smf-01293.pdf

Autres caractéristiques:

1. La direction du traitement est assurée par un spécialiste en neurologie: présence d'un neurologue à l'hôpital pendant 10 heures la journée pour assurer le suivi des patients en stroke unit, et disponibilité d'un service de piquet pendant la nuit et les week-ends, sous la responsabilité permanente du neurologue qui doit être auprès du patient dans les 35 min au besoin.

2. Surveillance 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, d'au moins 5 des paramètres suivants: tension artérielle, fréquence cardiaque, ECG, respiration, saturation en oxygène, température, détermination de la glycémie.

Surveillance et documentation sur six heures de l'état neurologique pour identification précoce d'une progression ou récurrence de l'AVC et d'autres complications.

3. Réalisation dans les 25 minutes d'un CT-scan (Spiral CT) ou d'une IRM de la tête représentant respectivement les artères de la tête et du cou. Possibilité de réaliser des examens neurosonographiques extracrâniens et transcrâniens dans les 24 heures. Diagnostic étiologique et diagnostic différentiel de l'AVC (p. ex. échocardiographie transoesophagienne, hémostaséologie, diagnostic des angéi-tes, EEG et autres techniques) dans l'institution. Possibilité assurée 24 h sur 24, 7 jours sur 7, de réaliser une angiographie cérébrale en collaboration avec le stroke center.

4. Traitement aigu: possibilité immédiate de réaliser une thrombolyse intraveineuse 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Transfert dans les 60 min pour la réalisation en urgence d'interventions neurochirurgicales ou neuro-radiologiques par des médecins spécialistes (conformément à la convention écrite entre la stroke unit et le stroke center).

Possibilité de réaliser dans les 24 heures une endartérectomie carotidienne dans le même centre ou conformément à la convention écrite dans le stroke center.

5. Instauration immédiate de mesures de physiothérapie avec au moins une séance par jour (7 jours sur 7), ainsi que d'ergothérapie et/ou de logopédie avec au moins une séance par jour les jours de semaine (du lun. au ven.), si un déficit correspondant est présent.

99.BA.3 Autre traitement complexe de l'AVC aigu en service consiliaire neurologique à distance

Note:

Ce code peut également être indiqué pour un AIT (accident ischémique transitoire).

Note:

Caractéristiques minimales: prise en charge par une équipe spécialisée sous la direction d'un médecin spécialiste en médecine interne ou en médecine intensive, avec possibilité de consulter un service consiliaire neurologique à distance.

Autres caractéristiques:

1. Surveillance sur 24 heures d'au moins 4 des paramètres suivants: tension artérielle, fréquence cardiaque, ECG, respiration, saturation en oxygène, température. Surveillance et documentation sur six heures de l'état neurologique pour identification précoce d'une progression ou récurrence de l'AVC et d'autres complications.

2. Réalisation d'un CT-scan (Spiral CT) ou d'une IRM de la tête représentant respectivement les artères de la tête et du cou dans les 60 minutes si une lyse est indiquée, sinon dans les 6 heures après l'admission. Possibilité de réaliser des examens neurosonographiques (extracrâniens et transcrâniens) et un EEG au besoin.

Diagnostic étiologique et diagnostic différentiel de l'AVC (p. ex. échocardiographie transoesophagienne, hémostaséologie, diagnostic des angéites et autres techniques) dans le même établissement.

Possibilité assurée 24 h sur 24, 7 jours sur 7, de réaliser une angiographie cérébrale, dans l'établissement ou en collaboration avec le stroke center/la stroke unit.

3. Possibilité immédiate de réaliser une thrombolyse intraveineuse 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

4. Instauration immédiate (dans les 24 h) de mesures de physiothérapie avec au moins une séance par jour (7 jours sur 7), ainsi que d'ergothérapie et/ou de logopédie avec au moins une séance par jour les jours de semaine (du lun. au ven.), si un déficit correspondant est présent.

4 Divers

4.1 ICD-10-GM 2014 – Version allemande

Veuillez noter qu'en 2015, la classification des diagnostics ICD-10-GM 2014 sera en vigueur. Nous vous recommandons de commander dès maintenant la version allemande dans les librairies.

Les versions françaises et italiennes seront mises à disposition par l'OFS courant 2014.