Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'Intérieur DFI
Office fédéral de la statistique OFS
Division Santé et affaires sociales

14 Santé décembre 2017

Circulaire pour les codeuses et les codeurs: 2018 / N° 1

1. Généralités

1.1. Bases

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 1er janvier 2018, seront valables:

- le manuel de codage version 2018
- circulaire n°1 de 2018 et son annexe

Les règles de codage publiées dans le manuel de codage 2018 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. Les règles de codage provenant d'autres manuels (par ex. le manuel de codage d'Allemagne ou des manuels de codage édités à l'interne) ne sont pas valables.

Nouveau: introduction de la structure tarifaire dans le domaine de la psychiatrie pour adultes (TARPSY) au 1er janvier 2018.
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.

A l'occasion de l'introduction du nouveau système tarifaire, diverses adaptations des instruments de codage (p. ex. classifications et règles de codage) seront effectuées. Dans ce contexte, les classifications HoNOS et HoNOSCA ont déjà été intégrées dans la classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP), version 2017 (codes 94.A- HoNOS et HoNOSCA). Plusieurs modifications ont été apportées dans la version 2018 à la catégorie 94.- «Techniques en relation avec le psychisme». Des exemples concrets concernant les diagnostics et traitements psychiatriques ont été intégrés à la version 2018 du manuel de codage médical. Les règles de codage officielles en vigueur en Suisse s'appliquent à la psychiatrie.

1.2. Classifications en vigueur

Les classifications qui seront en vigueur à partir du 1.1.2018 sont la CIM-10-GM 2016 et la CHOP 2018. Il incombe aux utilisateurs de connaître le contenu des classifications et de tenir compte des changements apportés aux précédentes versions.

Pour rappel, concernant la CIM-10-GM en allemand :
En 2019/2020, le codage en Suisse se fera avec la CIM-10-GM 2018.
Comme l'Allemagne codera déjà en 2018 avec la version CIM-10-GM 2018, nous conseillons de commander rapidement la version 2018 dans une librairie (la version allemande n'est pas disponible à l'OFS), avant épuisement des stocks.

1.3. Versions de référence

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

1.4. Circulaire et annexe

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

- Circulaire pour les codeuses et les codeurs, 2018 / n° 1: le 31 décembre 2017; à appliquer aux cas avec une date de sortie à partir du 1er janvier 2018
- Circulaire pour les codeuses et les codeurs, 2018 / n° 2: le 30 juin 2018; à appliquer aux cas avec une date de sortie à partir du 1er juillet 2018

1.5. Questions sur le codage

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

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

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

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

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

1.6. Information préliminaire

En s'appuyant sur « *The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)* », des travaux sont en cours pour adapter la définition du sepsis en Suisse. Si ceux-ci sont clôturés avec succès, les nouvelles définitions pour le diagnostic du sepsis devraient être introduites dès le 01.01.2019.

Pour information, vous trouverez les critères Sepsis-3 pour les adultes sous le lien suivant : https://jama-network.com/journals/jama/fullarticle/2492881. Les critères pour les enfants sont actuellement en cours d'évaluation.

2. Informations complémentaires manuel de codage 2018

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

2.1. Correction lettrine S1001

Concerne uniquement la version française.
La lettrine, indiquant l'année de modification, de la règle S1001 est à corriger comme suit.

S1001g Respiration artificielle

3. Informations complémentaires CHOP 2018

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

3.1. Codage analogue

- Flow diverter

Le 30.11.2017, SwissDRG SA 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.

https://www.swissdrg.org/fr/somatique-aigue/systeme-Swissdrg-70/codage-analogue

3.2. Introduction de la CHOP, corrections

Concerne uniquement la version allemande – voir: Rundschreiben 2018/Nr. 1 DE.

3.3. Marque «complement» manquante

Dans les fichiers CSV Index systématique CHOP 2018, resp. CHOP 2018 Multilang, la marque «complement» manque pour les codes suivants:

zcode	Item-type	text	codable
Z00.9A.60	T	Utilisation d'implants et de guides adaptés au et fabriqués spécifiquement pour le patient, SAP	complement
Z00.9A.63	T	Utilisation peropératoire de guides de navigation (comprend: coupe, forage, le positionnement) de fabrication préopératoire, par imagerie tridimensionnelle, spécifiquement adaptés au patient	complement
Z00.9A.69	T	Utilisation d'implants et de guides adaptés au et fabriqués spécifiquement pour le patient, autres	complement

3.4. Inclusion manquante sous 04.81.25

Concerne uniquement la version allemande – voir: Rundschreiben 2018/Nr. 1 DE.

3.5. Inclusion à ajouter sous 39.72.13

Concerne les trois versions linguistiques.
Le code 39.72.13 doit être complété par l'inclusion suivante:

39.72.13 Embolisation sélective de vaisseaux intracrâniens par flow-diverter
INCL. Flow Diverter intra anévrismal

3.6. Correction du titre 52.93.20

Concerne uniquement la version italienne – voir: Circolare 2018, n 1 IT.

3.7. Correction des liens sous 94.A1.- HoNOS et 94.A2.- HoNOSCA

Concerne uniquement la version allemande – voir: Rundschreiben 2018/Nr. 1 DE.

3.8. Traitement de soins infirmiers complexes 99.C1.- note et annexe

Concerne les trois versions linguistiques.

La caractéristique minimale au point 7 «transferts internes» est supprimée. Sont prises en compte les prestations fournies dans la division en question.

99.C1 Traitement de soins infirmiers complexes, selon le nombre de points de dépense
[…]
~~Caractéristique minimale point 07, transferts internes:~~
~~lors de transferts internes des cas des services de soins généraux vers des services de soins non généraux (soins intensifs, UIMC, stroke unit, etc.), les points ne peuvent pas être saisis pour le jour du transfert.~~
~~Lors de transferts des cas des services de soins non généraux (soins intensifs, IMC, stroke unit, etc.) vers des services de soins généraux, les points peuvent être saisis pour le jour du transfert.~~
[…]

Dans l'annexe concernant le traitement de soins infirmiers complexes «Groupe de prestations 4: Soin des plaies», le texte pour «critère de mesure/exigence minimale» est remplacé comme suit:

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 moins 60 min par jour	1

3.9. Suppression de la sous-catégorie AA.12.- Mesure de l'indépendance fonctionnelle™ (MIF®)

La sous-catégorie AA.12.- «Mesure de l'indépendance fonctionnelle™ (MIF®)» est à supprimer de la CHOP 2018. Toutes les informations complémentaires et les codes fils de la sous-catégorie AA.12.- sont donc à effacer.

~~**AA.12 Mesure de l'indépendance fonctionelle TM (MIF)**~~
~~EXCL. Omettre le code - Indice de Barthel étendu (EBI) (AA.11.-)~~
~~Omettre le code - Spinal Cord Independence Measure (SCIM) (AA.32.-)~~
~~Note : Point 00, document de référence:~~
~~Les conditions du manuel «The FIM System® Clinical Guide Version 5.2» de la société UDSMR ou son extrait de l'ANQ du 10/2013 s'appliquent pour la saisie du FIM."~~
~~Point 01, application:~~
~~Les codes suivants ne sont saisis que chez les patients hospitalisés dans un service de réadaptation.~~
~~Point 02, description succincte:~~
~~Le FIM (Functional Independence Measure TM) représente le degré d'indépendance du patient dans les activités de la vie quotidienne, de façon structurée d'après les catalogues de l'ANQ (Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques) ou les informations complémentaires du DIMDI (Institut allemand pour la documentation et l'information médicale) concernant la CIM-10-GM."~~
~~Point 03, saisie:~~
~~Les codes doivent être saisis à l'admission, dans un délai de 3 jours, et pendant tout le séjour hospitalier de réadaptation, respectivement le même jour de la semaine que l'admission (dim. – ven. tolérance +1 jour, sam. tolérance +2 jours). Chaque critère est divisé en 7 degrés de sévérité, de 1 «assistance complète» à 7 «indépendance complète». Les grades doivent être indiqués exactement selon les définitions du FIM."~~

~~**AA.12.1 MIF 1, manger et boire**~~
~~**AA.12.11 MIF 1, score 1**~~
~~**AA.12.12 MIF 1, score 2**~~
~~**AA.12.13 MIF 1, score 3**~~
~~**AA.12.14 MIF 1, score 4**~~
~~**AA.12.15 MIF 1, score 5**~~
~~**AA.12.16 MIF 1, score 6**~~
~~**AA.12.17 MIF 1, score 7**~~
~~**AA.12.2 MIF 2, soins de l'apparence**~~
~~**AA.12.21 MIF 2, score 1**~~
~~**AA.12.22 MIF 2, score 2**~~
~~**AA.12.23 MIF 2, score 3**~~
~~**AA.12.24 MIF 2, score 4**~~
~~**AA.12.25 MIF 2, score 5**~~
~~**AA.12.26 MIF 2, score 6**~~
~~**AA.12.27 MIF 2, score 7**~~
~~**AA.12.3 MIF 3, se laver (lavabo, baignoire, douche)**~~
~~**AA.12.31 MIF 3, score 1**~~
~~**AA.12.32 MIF 3, score 2**~~
~~**AA.12.33 MIF 3, score 3**~~
~~**AA.12.34 MIF 3, score 4**~~
~~**AA.12.35 MIF 3, score 5**~~
~~**AA.12.36 MIF 3, score 6**~~
~~**AA.12.37 MIF 3, score 7**~~
~~**AA.12.4 MIF 4, habillage haut du corps**~~
~~**AA.12.41 MIF 4, score 1**~~
~~**AA.12.42 MIF 4, score 2**~~
~~**AA.12.43 MIF 4, score 3**~~

~~AA.12.44 MIF 4, score 4~~
~~AA.12.45 MIF 4, score 5~~
~~AA.12.46 MIF 4, score 6~~
~~AA.12.47 MIF 4, score 7~~
~~AA.12.5 MIF 5, habillage bas du corps~~
~~AA.12.51 MIF 5, score 1~~
~~AA.12.52 MIF 5, score 2~~
~~AA.12.53 MIF 5, score 3~~
~~AA.12.54 MIF 5, score 4~~
~~AA.12.55 MIF 5, score 5~~
~~AA.12.56 MIF 5, score 6~~
~~AA.12.57 MIF 5, score 7~~
~~AA.12.6 MIF 6, hygiène intime~~
~~AA.12.61 MIF 6, score 1~~
~~AA.12.62 MIF 6, score 2~~
~~AA.12.63 MIF 6, score 3~~
~~AA.12.64 MIF 6, score 4~~
~~AA.12.65 MIF 6, score 5~~
~~AA.12.66 MIF 6, score 6~~
~~AA.12.67 MIF 6, score 7~~
~~AA.12.7 MIF 7, contrôle de la vessie~~
~~AA.12.71 MIF 7, score 1~~
~~AA.12.72 MIF 7, score 2~~
~~AA.12.73 MIF 7, score 3~~
~~AA.12.74 MIF 7, score 4~~
~~AA.12.75 MIF 7, score 5~~
~~AA.12.76 MIF 7, score 6~~
~~AA.12.77 MIF 7, score 7~~
~~AA.12.8 MIF 8, contrôle des selles~~
~~AA.12.81 MIF 8, score 1~~
~~AA.12.82 MIF 8, score 2~~
~~AA.12.83 MIF 8, score 3~~
~~AA.12.84 MIF 8, score 4~~
~~AA.12.85 MIF 8, score 5~~
~~AA.12.86 MIF 8, score 6~~
~~AA.12.87 MIF 8, score 7~~
~~AA.12.9 MIF 9, transfert lit, chaise ou fauteuil roulant~~
~~AA.12.91 MIF 9, score 1~~
~~AA.12.92 MIF 9, score 2~~
~~AA.12.93 MIF 9, score 3~~
~~AA.12.94 MIF 9, score 4~~
~~AA.12.95 MIF 9, score 5~~
~~AA.12.96 MIF 9, score 6~~
~~AA.12.97 MIF 9, score 7~~
~~AA.12.A MIF 10, Transfert toilettes~~
~~AA.12.A1 MIF 10, score 1~~
~~AA.12.A2 MIF 10, score 2~~
~~AA.12.A3 MIF 10, score 3~~
~~AA.12.A4 MIF 10, score 4~~
~~AA.12.A5 MIF 10, score 5~~
~~AA.12.A6 MIF 10, score 6~~
~~AA.12.A7 MIF 10, score 7~~
~~AA.12.B MIF 11, transfert baignoire ou douche~~
~~AA.12.B1 MIF 11, score 1~~

~~AA.12.B2 MIF 11, score 2~~
~~AA.12.B3 MIF 11, score 3~~
~~AA.12.B4 MIF 11, score 4~~
~~AA.12.B5 MIF 11, score 5~~
~~AA.12.B6 MIF 11, score 6~~
~~AA.12.B7 MIF 11, score 7~~
~~AA.12.C MIF 12, marcher ou utiliser un fauteuil roulant~~
~~AA.12.C1 MIF 12, score 1~~
~~AA.12.C2 MIF 12, score 2~~
~~AA.12.C3 MIF 12, score 3~~
~~AA.12.C4 MIF 12, score 4~~
~~AA.12.C5 MIF 12, score 5~~
~~AA.12.C6 MIF 12, score 6~~
~~AA.12.C7 MIF 12, score 7~~
~~AA.12.D MIF 13, monter les escaliers~~
~~AA.12.D1 MIF 13, score 1~~
~~AA.12.D2 MIF 13, score 2~~
~~AA.12.D3 MIF 13, score 3~~
~~AA.12.D4 MIF 13, score 4~~
~~AA.12.D5 MIF 13, score 5~~
~~AA.12.D6 MIF 13, score 6~~
~~AA.12.D7 MIF 13, score 7~~
~~AA.12.E MIF 14, compréhension~~
~~AA.12.E1 MIF 14, score 1~~
~~AA.12.E2 MIF 14, score 2~~
~~AA.12.E3 MIF 14, score 3~~
~~AA.12.E4 MIF 14, score 4~~
~~AA.12.E5 MIF 14, score 5~~
~~AA.12.E6 MIF 14, score 6~~
~~AA.12.E7 MIF 14, score 7~~
~~AA.12.F MIF 15, expression~~
~~AA.12.F1 MIF 15, score 1~~
~~AA.12.F2 MIF 15, score 2~~
~~AA.12.F3 MIF 15, score 3~~
~~AA.12.F4 MIF 15, score 4~~
~~AA.12.F5 MIF 15, score 5~~
~~AA.12.F6 MIF 15, score 6~~
~~AA.12.F7 MIF 15, score 7~~
~~AA.12.G MIF 16, comportement social~~
~~AA.12.G1 MIF 16, score 1~~
~~AA.12.G2 MIF 16, score 2~~
~~AA.12.G3 MIF 16, score 3~~
~~AA.12.G4 MIF 16, score 4~~
~~AA.12.G5 MIF 16, score 5~~
~~AA.12.G6 MIF 16, score 6~~
~~AA.12.G7 MIF 16, score 7~~
~~AA.12.H MIF 17, résolution des problèmes~~
~~AA.12.H1 MIF 17, score 1~~
~~AA.12.H2 MIF 17, score 2~~
~~AA.12.H3 MIF 17, score 3~~
~~AA.12.H4 MIF 17, score 4~~
~~AA.12.H5 MIF 17, score 5~~
~~AA.12.H6 MIF 17, score 6~~
~~AA.12.H7 MIF 17, score 7~~

~~**AA.12.I MIF 18, mémoire**~~
~~**AA.12.I1 MIF 18, score 1**~~
~~**AA.12.I2 MIF 18, score 2**~~
~~**AA.12.I3 MIF 18, score 3**~~
~~**AA.12.I4 MIF 18, score 4**~~
~~**AA.12.I5 MIF 18, score 5**~~
~~**AA.12.I6 MIF 18, score 6**~~
~~**AA.12.I7 MIF 18, score 7**~~

Les exclusions des sous-catégories ci-dessous avec une référence à la MIF® sont également à supprimer.

AA.11 Indice de Barthel étendu (EBI)
EXCL. ~~Omettre le code - Functional Independence Measure TM (FIM) (AA.12.-)~~
Omettre le code - Spinal Cord Independence Measure (SCIM) (AA.32.-)

AA.32 Spinal Cord Independence Measure (SCIM)
EXCL. Omettre le code - Indice de Barthel étendu (EBI) (AA.11.-)
~~Omettre le code - Functional Independence Measure TM (FIM) (AA.12.-)~~

4. ANNEXE

4.1. Informations et précisions (anciennement nommées FAQ)

La présente circulaire contient toutes les «Informations et précisions» valables à partir du 1er janvier 2018.

Explications sur la numérotation
Les «informations et précisions» sont énumérées dans l'ordre croissant, en commençant par les informations les plus récentes ou actualisées.

P.ex.: 0999 (numéro) 1.1.2012 (valable depuis)
0998 1.1.2012
…
0852 01.07.2017, etc.

0845 01.01.2018 Matrice collagène pour transplantation de chondrocytes autologues ou comme implant acellulaire
Si lors d'une incision sous-chondrale d'os d'une articulation, une matrice collagène vierge (c.-à-d. sans chondrocytes autologues cultivés) est implantée, l'intervention est à coder avec le code «Incision de l'os sous-chondral avec insertion d'implant acellulaire sous arthroscopie, …» ou « Incision chirurgicale ouverte de l'os sous-chondral avec insertion d'implant acellulaire, …», selon la voie d'abord choisie.
Les codes du groupe d'éléments 81.9A.3- «Transplantation de chondrocytes autologues sur matrice dans une articulation, par arthroscopie» resp. .4- «Transplantation de chondrocytes autologues sur matrice dans une articulation, par chirurgie ouverte» ne peuvent pas être codés dans ce cas.
Par exemple, pour l'articulation du genou, ceci signifie que lors d'une incision sous-chondrale d'os avec implantation d'une matrice collagène vierge, le code 81.47.25 «Incision de l'os sous-chondral avec insertion d'implant acellulaire sous arthroscopie, genou» ou le code 81.47.28 «Incision chirurgicale ouverte de l'os sous-chondral avec insertion d'implant acellulaire, genou» est à utiliser. Les codes 81.9A.3C «Transplantation de chondrocytes autologues sur matrice, articulation du genou, par arthroscopie» resp. .4C «Transplantation de chondrocytes autologues sur matrice, articulation du genou, par chirurgie ouverte» ne peuvent pas être utilisés dans ce cas.

0846 01.01.2018 Saisie d'un CIRS, score total de 0
Si le relevé du «Cumulative Illness Rating Scale» (CIRS) donne un score total de 0, on utilisera le code AA.21.11 «CIRS, 1-4 score total».

0847 01.01.2018 Introduction de la structure tarifaire (TARPSY) et règles de codage
Dans le cadre de l'introduction du nouveau système tarifaire (TARPSY), il convient de noter que les règles de codage sont les mêmes que celles décrites dans les règles officielles de codage en Suisse. Comme par ex. la règle *D04 Codes avec point d'exclamation («!»):*

Exemple
F11.- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés
+
U69.3-! Codes secondaires utilisés pour le mode de consommation de substances psychoactives en cas de troubles psychiques et du comportement provoqués par ces substances

si pertinent.

0848 01.01.2018 Codage des évaluations en réadaptation
Si pour un cas de réadaptation des codes de la catégorie AA.-«Instruments de mesure pour la réadaptation» sont saisis, les codes correspondants de la CIM-10-GM sont également à saisir. Plus précisément, il est fait allusion ici aux catégories de la CIM-10-GM: U50.- «Limitation fonctionnelle motrice» et U51.- «Limitation fonctionnelle cognitive».

0849 01.07.2018 Informations et précisions sur les soins palliatifs

Les précisions suivantes concernent les groupes d'éléments 93.8A.2- «Traitement complexe de médecine palliative, par nombre de jours de traitement» et 93.8A.3- «Soins palliatifs spécialisés, par nombre de jours de traitement». Elles ont été élaborées lors d'une collaboration intense entre le groupe de travail «Tarifs des soins palliatifs» (GT tarifs) de palliative.ch et les représentants d'assureurs tarifsuisse SA et curafutura. Vous trouverez de plus amples informations concernant la médecine palliative sur le site Internet de la Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs, www.palliative.ch.

0849/1: Évaluation de base standardisée de médecine palliative

93.8A.2-: Caractéristique minimale point 2, examen de diagnostic lors de l'admission, évaluation:
Réalisation d'une évaluation de base standardisée de médecine palliative.

93.8A.3-: Caractéristique minimale point 2, examen de diagnostic lors de l'admission, évaluation:
a) Réalisation d'un examen de base standardisé de médecine palliative, avec appréciation de la complexité et de l'instabilité.
[…]

L'examen SENS est-il également une évaluation de base standardisée de médecine palliative?

L'examen SENS couvre les domaines suivants de la médecine palliative: gestion des symptômes, décisions/préparation de la fin de vie, organisation du réseau, soutien aux proches. L'examen SENS intègre tous les domaines thématiques des objectifs, définitions et modèles usuels. Un examen SENS documenté doit donc être reconnu comme une évaluation de base standardisée de médecine palliative pour les codes 93.8A.2- et 93.8A.3-.

Peut-on considérer un seul «examen ou test» comme une évaluation de base de médecine palliative?

La réalisation d'un seul «examen ou test» pour l'évaluation de la dimension corporelle (p. ex. ESAS) ne peut pas être considérée comme une évaluation de base de médecine palliative complète. Une évaluation de base standardisée de médecine palliative doit tenir compte des dimensions biologique, psychologique, sociale et spirituelle.

0849/2: Domaines thérapeutiques

93.8A.2-: Caractéristique minimale point 3: équipe thérapeutique et traitement:
[…]
c) Les soins médicaux et infirmiers et au moins deux des domaines thérapeutiques s'appliquent au moins six heures par semaine (7 jours calendrier), y compris le soutien et l'accompagnement par des entretiens réguliers et documentés avec le patient, les proches et la famille, ces entretiens peuvent être effectués par tous les groupes professionnels susmentionnés de l'équipe thérapeutique. Les prestations s'effectuent en différentes combinaisons selon les nécessités du malade.

93.8A.3-: Caractéristique minimale point 3, traitement:
[…]
b) Les soins médicaux et infirmiers et au moins deux des domaines thérapeutiques nommés sous point
4c s'appliquent au moins six heures par semaine (7 jours calendrier), y compris le soutien et l'accompagnement par des entretiens réguliers et documentés avec le patient, les proches et la famille, ces entretiens peuvent être effectués par tous les groupes professionnels susmentionnés de l'équipe thérapeutique. Les prestations s'effectuent en différentes combinaisons selon les nécessités du malade.
[…]

De quels domaines thérapeutiques s'agit-il et que compte-t-on dans les 6 heures?

1. La liste des domaines thérapeutiques (travail social/socio-pédagogique/infirmière de liaison, psychologie, physiothérapie, ergothérapie, logopédie, consultation diététique/traitement nutritionnel, accompagnement spirituel, art-thérapie) est exhaustive tant pour 93.8A.2- que pour 93.8A.3-.

2. Les discussions interprofessionnelles en équipe, selon 0858/3, et la durée des déplacements ne sont pas comptées dans les 6 heures.

3. Des entretiens documentés avec le patient, les proches et la famille peuvent être effectués par tous les groupes professionnels susmentionnés de l'équipe thérapeutique (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux/socio-pédagogues, psychologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, logopédistes, diététiciens, accompagnant spirituel, art-thérapeutes). En font également partie les informations fournies aux patients et à ses proches dans le cadre de la thérapie.

4. Les travaux de documentation et de coordination en lien direct avec le traitement et les conseils prodigués, de même que les entretiens avec les patients, leurs proches et leur famille sont comptés dans les 6 heures.

5. Il n'y a pas de prescription fixant la durée minimale d'une unité thérapeutique.

6. La documentation des entretiens et des thérapies est la condition de base pour le codage. Le type de thérapie, sa durée et la date à laquelle elle a eu lieu doivent être clairement documentés par tous les groupes de professionnels concernés.

0849/3: Discussion en équipe

93.8A.2-: Caractéristique minimale point 4, planification et contrôle du traitement:
Chaque semaine, discussion interprofessionnelle en équipe avec documentation hebdomadaire des résultats déjà atteints et des futurs objectifs du traitement.

93.8A.3-: Caractéristique minimale point 5, planification et contrôle du traitement:
Chaque semaine, discussion interprofessionnelle en équipe avec documentation hebdomadaire des résultats déjà atteints et des futurs objectifs du traitement.

Qu'entend-on par discussion interprofessionnelle en équipe?

La formule «chaque semaine, discussion interprofessionnelle en équipe» utilisée pour les traitements complexes de médecine palliative et des soins palliatifs spécialisés est à interpréter comme suit: **«Chaque semaine»** se réfère à la structure, pas au patient. Cela signifie qu'au moins une discussion interprofessionnelle en équipe a lieu chaque semaine dans l'unité clinique.

Exemple:
Le patient est hospitalisé pendant 10 jours (du lundi de la semaine 1 au mercredi de la semaine 2). Le patient sort le mercredi de la 2ème semaine ou décède. Les discussions d'équipe ont toujours lieu le jeudi. L'exigence minimale du point de vue structurel est remplie également pour la 2e semaine.

«Interprofessionnel» implique la participation d'au moins un médecin, un infirmier et un autre groupe professionnel à la discussion d'équipe.

0849/4 Jours de traitement pris en compte
Les jours de traitement sont pris en compte à partir du moment où l'évaluation de base de médecine palliative standardisée a eu lieu. Si cette évaluation ne peut pas être menée à terme en raison de l'état du patient, cela doit être documenté.

0850 01.01.2018 Définition des soins thérapeutiques et mobilisateurs complémentaires (STMC)
Les soins thérapeutiques et mobilisateurs complémentaires (STMC) désignent une mobilisation ciblée au-delà des soins infirmiers compensatoires ayant pour objectif de favoriser les ressources des patients. Les STMC sont dispensés sous le leadership d'une infirmière ou infirmier au bénéfice des qualifications reconnues, et sont effectués par le personnel infirmier diplômé qui en assume la responsabilité.

Les STMC comprennent l'accompagnement, l'encadrement et les conseils pour l'autogestion du patient. Le temps exigé pour ces interventions et actes infirmiers dépasse le temps habituellement prévu pour ces interventions/actes; les STMC font partie de la structure organisationnelle.

L'évaluation (assessment) d'entrée (réalisée dans les 3 jours après l'admission) inclut les diagnostics infirmiers/priorités de soins, objectifs de soins/résultats souhaités pour les patients et les interventions infirmières des STMC. Ceux-ci sont définis et documentés selon le document de référence. Les interventions cumulées des STMC représentent au moins 60 minutes par 24 heures. La planification, le déroulement et les résultats des interventions infirmières sont documentés. Les STMC sont inclus dans les réunions d'équipe hebdomadaires.

Dans le «Document de référence STMC», les caractéristiques minimales du leadership infirmier ainsi que l'évaluation (assessment), les diagnostics infirmiers/priorités de soins, objectifs de soins/résultats souhaités pour les patients et les interventions infirmières sont décrites.

La charge de soins en dehors des STMC doit être codifiée séparément, par exemple dans le cadre de traitements de soins infirmiers complexes. Les interventions infirmières qui sont effectuées dans le cadre des STMC ne peuvent pas être codifiées une seconde fois, par exemple lors de traitements de soins infirmiers complexes.

La définition ci-dessus est tirée du document de référence pour les soins thérapeutiques et mobilisateurs complémentaires (STMC) «2017 12 05 ABTP-CHOP Definition und Referenzdokument FR», version du 5.12.2017 disponible à l'adresse suivante: www.sbk-asi.ch/chop-abtp dès le 1er janvier 2018.

0851 01.01.2018 Réadaptation gériatrique aiguë, par jours de traitement 93.89.9-
Les précisions suivantes concernent le groupe d'éléments 93.89.9- «Réadaptation gériatrique aiguë, par jours de traitement».

0851/1 Début de la réadaptation gériatrique aiguë et jours de traitement pris en compte
On compte comme jour de traitement chaque jour où est fournie au moins une partie des caractéristiques du groupe d'éléments 93.89.9- de la CHOP (discussion en équipe, soins thérapeutiques et mobilisateurs, prestation des domaines thérapeutiques) – partie fournie séparément ou en combinaison avec d'autres. Les jours de traitement sont pris en compte dès le début de la première évaluation documentée.
L'évaluation doit être terminée dans un délai de quatre jours. Si l'évaluation ne peut pas être réalisée dans son intégralité dans un délai de quatre jours en raison de l'état du patient, cela doit être documenté. On procédera au reste de l'évaluation dès que l'état du patient le permettra. Lorsque la réadaptation gériatrique fait suite à une intervention chirurgicale, le jour de l'opération ne compte pas comme jour de traitement en réadaptation gériatrique aiguë.

0851/2 La réadaptation gériatrique aiguë peut-elle être pratiquée sur un patient en isolement?
Le fait qu'un patient doive être placé en isolement n'exclut pas qu'il puisse être admis en réadaptation gériatrique aiguë, celle-ci ayant lieu dans une chambre séparée, adaptée à l'isolement.

0851/3 Quel est le rapport de travail de la personne titulaire d'une spécialisation en gériatrie (FMH) dirigeant l'équipe de traitement?
La personne titulaire d'une spécialisation en gériatrie (FMH) doit travailler principalement dans l'unité qui fournit des prestations gériatriques, c'est-à-dire qu'elle ne peut pas diriger les soins médicaux spécialisés dans plusieurs hôpitaux ou sur plusieurs sites en même temps.

0852 01.07.2017 Note pour la règle D07 Suivi interventionnel planifié
Note en cas de révision de cicatrice:
Une révision de cicatrice est codée selon la règle S1201f «Chirurgie plastique» et la règle D06c «Séquelles» de l'exemple 2. Le diagnostic principal Brûlure (T20-T32) ne doit être indiqué que lorsqu'il s'agit de la phase aigüe du traitement d'une brûlure.

0853 01.07.2017 Ponction transseptale par cathéter

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

0854 01.2017 83.63 Réparation de la coiffe des rotateurs

Réparation d'un tendon

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.

Transfert du grand dorsal pour la réparation de la coiffe des rotateurs

Lors du transfert du grand dorsal pour la réparation de la coiffe des rotateurs, on utilisera le code 83.63 «Réparation de la coiffe des rotateurs» et le code 83.77.11 «Transposition ou transplantation de muscle, épaule et aisselle» pour le transfert du muscle. Si un transfert de tendons a été réalisé séparément, on peut également l'indiquer par le code 83.75.11 «Transfert ou transplantation de tendon, épaule et aisselle».

0855 01.07.2017 54.98.- «Dialyse péritonéale»

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

0856 01.07.2017 Codage

Le codage doit être réalisé selon les instruments de codage en vigueur (manuel de codage, circulaire, CHOP et CIM-10 GM). Il ne doit pas être influencé par l'orientation vers un groupe SwissDRG ou un groupe de prestations (GPPH, groupes de prestations pour la planification hospitalière) en particulier.

0858 01.07.2017-31.12.2017 Informations et précisions sur les soins palliatifs

Cette précision est remplacée dès le 01.01.2018 par le n° 849.

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'interruption de la crosse aortique

Une opération ouverte d'une sténose congénitale de l'isthme aortique se code selon la méthode avec un code précis du chapitre 7. S'il existe un code précis, le code *39.99.21* n'est pas à coder.

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*.

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 immédiatement 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.

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 0,
- en français, par O.

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

0944 01.11.2012 Cystadénome ovaire

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

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

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

0955 01.09.2012 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*-).

2010 92.24 Téléradiothérapie à photons

92.24.1- …positionnement guidé par l'image sont des thérapies **avec** et *92.24.2- …positionnement guidé par l'image,* **sans** positionnement guidé par l'image. Le terme « positionnement guidé par l'image » ou « irradiation guidée par l'image » (IGRT) signifie que l'on fait en salle de radiothérapie, sur le patient positionné, des radiographies ou des coupes CT.
Ces installations peuvent être placées dans la salle de radiothérapie ou fixées directement comme accessoires supplémentaires sur les systèmes d'irradiation (système de rayons X, CT mobile, ultrason).
Cette imagerie est indépendante de la planification de l'irradiation et nécessite un équipement spécifique. Il est de la sorte possible de comparer le positionnement du patient et des volumes-cibles avec les images tirées de la planification de l'irradiation. Cette comparaison permet de procéder ensuite à des corrections de positionnement du patient. Ainsi, une CT effectuée sur un patient ayant un carcinome prostatique permet de contrôler le contenu de la vessie et du rectum et de déterminer sur cette base la position de la prostate.

En saisissant de manière constante les mouvements du patient et des organes, il est aussi possible de réajuster le rayonnement au cours de l'irradiation (radiothérapie adaptative).

Editeur:	Office fédéral de la statistique (OFS)
Renseignements:	Secrétariat du codage: codeinfo@bfs.admin.ch
Rédaction:	Domaine Classifications médicales
Série:	Statistique de la Suisse
Domaine:	14 Santé
Langue du texte original:	Allemand
Traduction:	Services linguistiques de l'OFS
Copyright:	OFS, Neuchâtel 2017 La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée.
Prix:	Gratuit
Téléchargement:	www.statistiques.ch (gratuit)