



Circulaire pour les codeuses et les codeurs: 2019 / N° 1

1. Généralités

1.1. Instruments de codage applicables

A compter du 1^{er} janvier 2019, les instruments de codage suivants s'appliquent:

- Manuel de codage médical. Le manuel officiel des règles de codage en Suisse, Version 2019
- Supplément au manuel de codage médical, version 2019 : directives pour la réadaptation
- Circulaire pour les codeuses et les codeurs 2019 n° 1
- Classification Suisse des Interventions Chirurgicales (CHOP): Index systématique, Version 2019
- CIM-10-GM 2018 Index systématique : Classification internationale des maladies – 10e révision – German Modification

Les instruments pour le codage médical sont listés sur www.bfs.admin.ch:

Office fédéral de la statistique → Trouver des statistiques → Santé → Classifications et codage médicaux → Instruments pour le codage médical → Instruments en vigueur pour le codage médical, par année.

La statistique médicale des hôpitaux est une enquête exhaustive obligatoire. Ces données sont collectées chaque année. Les instruments de codage désignés ci-dessus valent pour le codage de toutes les hospitalisations dans les hôpitaux et cliniques de Suisse (y compris les cliniques de réadaptation, psychiatriques et spéciales, ainsi que les maisons de naissance).

Les bases légales sont:

la loi sur la statistique fédérale du 9 octobre 1992 (LSF) et

la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal)

1.1.1 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.

1.1.2 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, 2019 / n° 1: (publication fin décembre 2018); à appliquer aux cas avec une date de sortie à partir du 1^{er} janvier 2019
- Circulaire pour les codeuses et les codeurs, 2019 / n° 2: (publication fin juin 2019; à appliquer aux cas avec une date de sortie à partir du 1^{er} juillet 2019)

1.2.1 Procédure

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.

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.

1.2.2 Anonymisation

Les informations suivantes doivent être retirées pour rendre les documents anonymes:

- Nom, prénom
- Jour et mois de naissance
- Adresse du domicile
- Coordonnées (numéro de téléphone, etc.)

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

2. Informations complémentaires manuel de codage 2019

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

2.1. S0102c Sepsis et annexe

Concerne toutes les versions linguistiques.

A compter du 01.01.2019, les règles adaptées pour le sepsis chez les adultes s'appliquent. Vous les trouverez sous le lien suivant:

http://www.swissdrg.org/application/files/3515/3742/7990/Kodierrichtlinie_Sepsis_f.pdf

Il est prévu d'intégrer ces règles dans le manuel de codage de 2020.

Des travaux sont en cours pour adapter la définition du sepsis pour les enfants, sur la base de «*The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)*». Une fois ces travaux terminés avec succès, les nouvelles définitions pour le diagnostic du sepsis seront intégrées au plus tôt en 2020.

Actuellement, les critères de dysfonction organique selon Goldstein s'appliquent pour les enfants jusqu'à l'âge de 16 ans révolus, voir lien: *Pediatr Crit Care Med.* 2005 Jan; 6(1): 2 – 8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med?term=15636651> «International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics»

2.2. S1001g Respiration artificielle

Concerne toutes les versions linguistiques

La section «Ventilation continue par pression positive (CPAP)» de la règle de codage S1001g doit être adaptée comme suit

Traitement par pression positive au masque (CPAP)

~~Le code 93.9G- «Ventilation mécanique et assistance respiratoire chez le nouveau-né et le nourrisson~~

Le groupe d'éléments 93.9F.1- «Ventilation mécanique et assistance respiratoire chez le nouveau-né et le nourrisson» doit être utilisé uniquement pour les nouveau-nés et les nourrissons, indépendamment de la durée de traitement. Pour une assistance respiratoire immédiatement après la naissance, ce code ne doit être indiqué que si l'assistance a duré au moins 30 minutes.

Lorsque chez les adultes, les enfants ou les adolescents, un trouble tel que l'apnée du sommeil, la pneumonie, l'œdème pulmonaire, etc. est traité par CPAP, aucun code et aucune durée de ventilation ne sont saisis, que cette mesure ait été réalisée en unité de soins intensifs ou pas.

L'instauration d'un traitement par pression positive au masque par CPAP ou BiPAP ou le contrôle et l'optimisation d'un traitement par CPAP/BiPAP instauré précédemment sont codés avec les groupes d'éléments suivants: 93.9G.1- «Traitement par pression positive au masque, CPAP, instauration du traitement, selon la durée», 93.9G.2- «Traitement par pression positive au masque, CPAP, contrôle et optimisation d'un réglage existant, selon la durée», 93.9G.3- «Traitement par pression positive au masque, BiPAP, instauration du traitement, selon la durée», 93.9G.4- «Traitement par pression positive au masque, BiPAP, contrôle et optimisation d'un réglage existant, selon la durée».

~~La première instauration d'une thérapie à domicile (ne signifie pas la mise en marche de l'appareil) d'une CPAP/BiPAP, resp. le contrôle ou l'optimisation d'une CPAP/BiPAP instaurée précédemment sont indiqués par les codes 93.9D.11 Instauration d'une thérapie CPAP ou BiPAP pour le traitement de troubles respiratoires liés au sommeil (apnée du sommeil) et 93.9D.12 Contrôle et optimisation d'une thérapie CPAP ou BiPAP pour le traitement de troubles respiratoires liés au sommeil (apnée du sommeil).~~

2.3. S1201g Chirurgie plastique – correction d'une phrase

Concerne uniquement la version française.

La phrase d'introduction de la règle de codage S1201g Chirurgie plastique doit être corrigée comme suit.

~~L'ablation d'implants mammaires peut avoir des raisons médicales ou esthétiques~~

On peut recourir à la chirurgie plastique pour des raisons **médicales** ou **esthétiques**:

- Lors d'interventions pour des raisons **médicales**, l'état pathologique ou le facteur de risque qui a motivé l'intervention doit être codé comme diagnostic principal.
- Si le motif de l'intervention est purement **esthétique**, le diagnostic principal est un code «Z». (Z41.1 Chirurgie plastique pour motifs cosmétiques ou Z42.- Soins de contrôle comprenant une opération plastique).

3. Informations complémentaires CHOP 2019

Légende: Nouveautés en vert, suppressions en rouge

3.1. Codage analogue

- Traitement par cellules CAR-T
- Greffe de lambeau microvascularisé de muscle ou de fascia à la main

Le 31 juillet 2018 et 18 septembre 2018, SwissDRG SA a publié les codages analogues ci-dessus, 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/somatique-aigue/systeme-swissdrg-802019/codage-analogue>

3.2. 00.4G.- Corps d'obturation vasculaire (plug vasculaire)

Concerne les trois versions linguistiques.

Les informations supplémentaires suivantes ont été introduites pour éviter toute confusion entre les coils et les plugs vasculaires.

00.4G Insertion de corps d'obturation vasculaire

EXCL. Nombre de coils endovasculaires utilisés (00.4A.-)

00.4G.1 Insertion de plugs vasculaires, selon le nombre

00.4G.11 Insertion de 1 plug vasculaire

00.4G.12 Insertion de 2 plugs vasculaires

00.4G.13 Insertion de 3 plugs vasculaires

00.4G.14 Insertion de 4 plugs vasculaires et plus

39.99.32 Fermeture par cathéter du canal artériel de Botal, avec obturateur d'Amplatz

Cod. a.: Insertion de plugs vasculaires, selon le nombre (00.4G.1-)

3.3. Destruction de lésion ou de tissu osseux

Concerne les trois versions linguistiques.

Les codes sous 77.6- «Excision locale de lésion ou de tissu osseux» doivent être étendus à «Excision locale et destruction de lésion ou de tissu osseux».

77.6 Excision locale et destruction de lésion ou de tissu osseux

[...]

77.60 Excision locale et destruction de lésion ou de tissu d'os, site non spécifié

77.61 Excision locale et destruction de lésion ou de tissu osseux, clavicule, omoplate, côtes et sternum

[...]

77.61.00 Excision locale et destruction de lésion ou de tissu osseux, clavicule, omoplate, côtes et sternum, SAP

77.61.10 Excision locale et destruction de lésion ou de tissu osseux, clavicule et omoplate [L]

77.61.11 Excision locale et destruction de lésion ou de tissu osseux, côte

[...]

77.61.12 Excision locale et destruction de lésion ou de tissu osseux, sternum

[...]

77.61.99 Excision locale et destruction de lésion ou de tissu osseux, clavicule, omoplate, côtes et sternum, autre

77.62 Excision locale et destruction de lésion ou de tissu osseux, humérus

[...]

77.62.00 Excision locale **et destruction** de lésion ou de tissu osseux, humérus, SAP
 [...]

77.62.99 Excision locale **et destruction** de lésion ou de tissu osseux, humérus, autre
 77.63 Excision locale **et destruction** de lésion ou de tissu osseux, radius et cubitus
 [...]

77.63.00 Excision locale **et destruction** de lésion ou de tissu osseux, radius et cubitus, SAP
 [...]

77.63.99 Excision locale **et destruction** de lésion ou de tissu osseux, radius et cubitus, autre
 77.64 Excision locale **et destruction** de lésion ou de tissu osseux, os du carpe et du métacarpe
 [...]

77.64.00 Excision locale **et destruction** de lésion ou de tissu osseux, os du carpe et du métacarpe, SAP
 [...]

77.64.99 Excision locale **et destruction** de lésion ou de tissu osseux, os du carpe et du métacarpe, autre
 77.65 Excision locale **et destruction** de lésion ou de tissu osseux, fémur
 [...]

77.65.00 Excision locale **et destruction** de lésion ou de tissu osseux, fémur, SAP
 [...]

77.65.99 Excision locale **et destruction** de lésion ou de tissu osseux, fémur, autre
 77.66 Excision locale **et destruction** de lésion ou de tissu osseux, rotule
 [...]

77.66.00 Excision locale **et destruction** de lésion ou de tissu osseux, rotule, SAP
 [...]

77.66.99 Excision locale **et destruction** de lésion ou de tissu osseux, rotule, autre
 77.67 Excision locale **et destruction** de lésion ou de tissu osseux, tibia et péroné
 [...]

77.67.00 Excision locale **et destruction** de lésion ou de tissu osseux, tibia et péroné, SAP
 77.67.10 Excision locale **et destruction** de lésion ou de tissu osseux, tibia
 77.67.11 Excision locale **et destruction** de lésion ou de tissu osseux, péroné
 [...]

77.67.99 Excision locale **et destruction** de lésion ou de tissu osseux, tibia et péroné, autre
 77.68 Excision locale **et destruction** de lésion ou de tissu osseux, os du tarse et du métatarse
 [...]

77.68.00 Excision locale **et destruction** de lésion ou de tissu osseux, os du tarse et du métatarse, SAP
 77.68.10 Excision locale **et destruction** de lésion ou de tissu osseux, os du tarse
 77.68.11 Excision locale **et destruction** de lésion ou de tissu osseux, os du métatarse
 [...]

77.68.99 Excision locale **et destruction** de lésion ou de tissu osseux, os du tarse et du métatarse, autre
 77.69 Excision locale **et destruction** de lésion ou de tissu osseux, autre site, sauf os de la face
 [...]

77.69.00 Excision locale **et destruction** de lésion ou de tissu osseux, autre site spécifié, sauf os de la face, SAP
 77.69.10 Excision locale **et destruction** de lésion ou de tissu osseux, phalanges de la main
 77.69.12 Excision locale **et destruction** de lésion ou de tissu osseux, os du bassin
 77.69.13 Excision locale **et destruction** de lésion ou de tissu osseux, phalanges du pied
 [...]

77.69.99 Excision locale **et destruction** de lésion ou de tissu osseux, autre site spécifié, sauf os de la face, autre

Pour les localisations des os de la face et de la colonne vertébrale, il existe des codes spécifiques destinés à représenter la destruction d'os: 76.2X.20 «Destruction de lésion d'os de la face», 7A.26 «Destruction de lésion ou de tissu osseux, colonne vertébrale».

3.4. Remplacement de corps vertébral et dispositif intervertébral d'arthrodèse

Concerne les trois versions linguistiques.

Les implants intervertébraux ont été oubliés lors de la création de la catégorie 7A.- «Opérations des os et des articulations de la colonne vertébrale» pour la représentation des prothèses et implants. La catégorie à 3 positions 7A.6- «Implantation, ablation et révision sans remplacement de prothèses et implants de la colonne vertébrale» et la sous-catégorie 7A.A1.- «Nombre de prothèses et systèmes implantés, colonne vertébrale» doivent donc être corrigées comme suit.

- 7A.63 ~~Prothèse partielle de remplacement de corps vertébral~~ Remplacement de corps vertébral
Cage comme remplacement de corps vertébral
Cages synthétiques comme remplacement de corps vertébral
INCL. Résection de corps vertébral
- 7A.63.0 **Détail de la sous-catégorie 7A.63**
- 7A.63.11 ~~Implantation de prothèse partielle de remplacement de corps vertébral~~
Implantation de remplacement de corps vertébral
- 7A.63.21 ~~Implantation de prothèse partielle de remplacement de corps vertébral lors d'un remplacement de prothèse~~
Implantation de remplacement de corps vertébral lors d'un remplacement d'implant
- 7A.63.31 ~~Ablation de prothèse partielle de remplacement de corps vertébral~~
Ablation du remplacement de corps vertébral
- 7A.63.41 ~~Révision sans remplacement, prothèse partielle de remplacement de corps vertébral~~
Révision sans remplacement du remplacement de corps vertébrale
- 7A.64 **Prothèse de remplacement de corps vertébral**
INCL. Résection de corps vertébral
- [...]
- 7A.65 ~~Remplacement de corps vertébral~~ Dispositif intervertébral d'arthrodèse
Cage comme dispositif intervertébral
~~Dispositifs intervertébraux d'arthrodèse~~
Cages synthétiques comme dispositif intervertébral
- 7A.65.0 **Détail de la sous-catégorie 7A.65**
- 7A.65.11 ~~Implantation de matériau de remplacement de corps vertébral~~
Implantation de dispositif intervertébral d'arthrodèse
- 7A.65.21 ~~Implantation de matériau de remplacement de corps vertébral lors d'un remplacement d'implant~~
Implantation de dispositif intervertébral d'arthrodèse lors d'un remplacement
- [...]
- 7A.65.31 ~~Ablation de matériau de remplacement de corps vertébral~~
Ablation de dispositif intervertébral d'arthrodèse
- 7A.65.41 ~~Révision sans remplacement de matériau de remplacement de corps vertébrale~~
Révision sans remplacement de dispositif intervertébral d'arthrodèse
- [...]
- 7A.A1 **Nombre de prothèses et systèmes implantés, colonne vertébrale**
- [...]
- 7A.A1.3 ~~Nombre de prothèses partielles de remplacement de corps vertébral implantées~~
Nombre de remplacements de corps vertébral implantés
- 7A.A1.31 ~~1 prothèse partielle de remplacement de corps vertébral implantée~~
1 remplacement de corps vertébral implanté
- 7A.A1.32 ~~2 prothèses partielles de remplacement de corps vertébral implantées~~
2 remplacements de corps vertébral implantés
- 7A.A1.33 ~~3 prothèses partielles de remplacement de corps vertébral implantées~~
3 remplacements de corps vertébral implantés
- 7A.A1.34 ~~4 prothèses partielles de remplacement de corps vertébral implantées~~
4 remplacements de corps vertébral implantés

7A.A1.35 ~~5 prothèses partielles de remplacement de corps vertébral et plus implantées~~
5 remplacements de corps vertébral et plus implantés

[...]

7A.A1.5 ~~Nombre de remplacements de corps vertébral implantés~~
Nombre de dispositifs intervertébral d'arthrodèse implantés
Cage comme dispositif intervertébral
Cages synthétiques comme dispositif intervertébral

7A.A1.51 ~~1 remplacement de corps vertébral implanté~~ 1 dispositif intervertébral d'arthrodèse implanté

7A.A1.52 ~~2 remplacements de corps vertébral implantés~~ 2 dispositifs intervertébral d'arthrodèse implantés

7A.A1.53 ~~3 remplacements de corps vertébral implantés~~ 3 dispositifs intervertébral d'arthrodèse implantés

7A.A1.54 ~~4 remplacements de corps vertébral implantés~~ 4 dispositifs intervertébral d'arthrodèse implantés

7A.A1.55 ~~5 remplacements de corps vertébral et plus implantés~~
5 dispositifs intervertébral d'arthrodèse et plus implantés

3.5. 7A.A2 Growing rod

Concerne les trois versions linguistiques.

Pour éviter toute confusion, le terme «évolutif» a été introduit après la description complémentaire «système de vis à tige» sous le code 7A.A2. Ce code ne doit pas être utilisé pour un matériel d'ostéosynthèse simple. Les systèmes de vis à tige pour l'ostéosynthèse sont représentés avec le code 7A.A4.15 «Matériel d'ostéosynthèse utilisé, colonne vertébrale, système de vis à tige».

7A.A2 **Implantation de systèmes évolutifs ou expansifs, colonne vertébrale**
Growing rod
Système de vis à tige évolutif

3.6. 81.82.45 Réparation de la coiffe des rotateurs

Concerne uniquement la version française.

Dans le titre du code 81.82.45 il faut remplacer «~~Reconstruction~~» par «Réparation».

81.82.45 ~~Reconstruction~~ Réparation de la coiffe des rotateurs, par chirurgie ouverte

3.7. 89.0A.32 Conseil et traitement diététiques

Concerne les trois versions linguistiques.

La précision suivante doit être intégrée dans la partie «Note» du code 89.0A.32 «Conseil et traitement diététiques».

89.0A.32 Conseil et traitement diététiques

Note: Les conseils et traitements diététiques sont donnés par un conseiller diététique diplômé ou une conseillère diététique diplômée ES/HES avec au moins 2 unités de traitement et comprennent au total:

1. Bilan, diagnostic, intervention, monitoring et évaluation alimentaires, documentation incluse;
2. Au moins un accord (oral ou écrit) avec le médecin traitant;
3. Au moins un contact avec le patient ou ses proches au sein de la division.

3.8. 93.85.- Réadaptation professionnelle et réadaptation au travail

Concerne les versions allemande et italienne - voir Rundschreiben 2019/Nr. 1 DE et Circolare 2018, n 1 IT.

3.9. Caractéristiques minimales du code 93.89.1 - Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce

Concerne toutes les versions linguistiques.

Les caractéristiques minimales du code 93.89.1- «Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, selon le nombre de jours de traitement» doivent être adaptées comme suit.

Nous tenons à préciser que les adaptations apportées sous «Caractéristique minimale, point 3, traitement», ne rendent pas la durée de traitement absolue plus longue. Elles permettent simplement de tenir compte du fait que ce traitement intensif est dispensé dans le cadre d'une collaboration étroite et complémentaire entre les soins infirmiers de réadaptation et les thérapies fonctionnelles. Les soins infirmiers sont considérés comme faisant partie intégrante du « traitement ». Les formules «il est fait recours à au moins deux des disciplines thérapeutiques mentionnées» et «le recours aux domaines thérapeutiques [...] se fait au moins 300 minutes par jour» utilisées jusqu'ici ne représentaient par clairement la charge effective du traitement. La densité thérapeutique est désormais d'au moins 360 minutes par jour. Ces 6 heures comprennent au moins 2 heures de soins infirmiers de réadaptation, 7 jours sur 7, et au moins 2 heures de thérapies fonctionnelles, 5 jours sur 7.

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

Cod. a.: Les investigations diagnostiques ou traitements simultanés (continus ou intermittents) de médecine aiguë doivent être codés séparément.
Si le traitement est réalisé en U-IMC: traitement complexe de l'adulte ou de l'enfant dans une unité de soins intermédiaires (U-IMC), selon le nombre de points de dépense (99.B8.1-, 99.B8.2-)

EXCL. Omettre le code - charge supplémentaire en réadaptation (BB.-)
Omettre le code - prestation de base en réadaptation (BA.-)
Omettre le code - Réadaptation précoce interdisciplinaire, selon le nombre de jours de traitement (93.86.-)
Omettre le code -Réadaptation gériatrique aiguë (93.89.9-)
Omettre le code -Traitement complexe de réadaptation en paraplégie (93.87.-)

Note: **Caractéristique minimale point 0, définition et document de référence:**
la réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce désigne la phase particulièrement intensive de la réadaptation neurologique de patients souffrant de lésions graves et les plus graves du système nerveux après les soins aigus ou chez les patients présentant une exacerbation aiguë de maladies chroniques préexistantes.
Des informations détaillées concernant l'indication et les conditions structurelles et personnelles sont disponibles dans le document de référence «Document de référence V 19.10.2018 relatif au code CHOP 93.89.1 Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce» sur <https://www.swissneuro.ch/Fachinformationen>.

Caractéristique minimale point 1, limite d'âge:
Ce code **peut** ~~doit~~ être utilisé pour les patients dès 2 ans révolus.

Caractéristique minimale point 2, examen de diagnostic lors de l'admission, évaluation:
Au début de la réadaptation neurologique-neurochirurgicale précoce et une fois par semaine au cours du traitement est effectuée une évaluation, **documentée** à l'aide de l'indice de Barthel de la réadaptation précoce selon Schönle (l'indice de Barthel n'est pas encore validé pour les enfants et les adolescents) pour saisie et appréciation des déficits fonctionnels.

L'indice de Barthel de la réadaptation précoce selon Schönle peut alors atteindre 30 points au maximum. (Le calcul de l'indice de Barthel de la réadaptation précoce selon Schönle est présenté en annexe de la CIM-10-GM.).

Si un indice de réadaptation précoce de Barthel >30 est obtenu au cours de l'évolution, un contrôle est nécessaire après une semaine (7 jours); si l'indice de Barthel de la réadaptation précoce est >30 lors de ce contrôle également, les conditions pour ce code de réadaptation précoce ne sont plus remplies.

La détermination d'un indice de Barthel de la réadaptation précoce >30 une seule fois ne suffit pas pour considérer les conditions du code de réadaptation neurologique-neurochirurgicale précoce interdisciplinaire comme étant non remplies.

Caractéristique minimale point 3, traitement:

1. ~~a) Soins de réadaptation Soins infirmiers dispensés par un personnel soignant spécialement formé en réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce~~ (soins stimulants et de soutien, par ex. entraîner le patient à se laver, à s'habiller, à prendre ses repas, à la continence, à s'orienter, à déglutir, soins d'un trachéostome, mesures d'isolement obligatoires, etc.) pendant au moins 2 h/jour, 7 jours sur 7, en plus des soins de base et de traitement;

2. ~~b) Présence des disciplines thérapeutiques suivantes: - physiothérapie/gymnastique médicale, - médecine physique, - ergothérapie, - neuropsychologie, - logopédie/traitement oro-facial, - 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.).~~

Thérapies fonctionnelles pendant au moins 2 h/jour, 5 jours sur 7, souvent par plusieurs thérapeutes ensemble (traitements doubles) avec application d'au moins 2 des domaines thérapeutiques listés sous 4.2.

~~c) Il est fait recours à au moins deux des disciplines thérapeutiques mentionnées.~~

3. Soins de réadaptation et thérapies fonctionnelles totalisant au moins 6 heures de thérapie/jour, les temps de thérapie avec intervention simultanée de plusieurs thérapeutes pouvant être additionnés. Chez les enfants et les adolescents, 2 heures/jour de pédagogie spécialisée ou curative peuvent être prises en compte avec les soins de réadaptation et la thérapie fonctionnelle.

Les programmes divergeant de ce schéma ne sont possibles que pour des raisons spécifiques au patient qui doivent être documentées.

~~d) 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.~~

4. Visites médicales au moins 5 jours sur 7.

~~e) Une consultation et un traitement diététiques peuvent également être réalisés de façon complémentaire.~~

5. Différents autres domaines spécialisés, tels que: conseil et traitement diététiques, orthoptie, etc. peuvent également être mis à contribution en cas de besoin.

Caractéristique minimale point 4, équipe thérapeutique:

L'équipe de réadaptation précoce se compose de: voir le document de référence pour des informations détaillées

1. Direction médicale assurée par un spécialiste en neurologie, neurochirurgie. En pédiatrie, la direction et la suppléance incombent à un pédiatre spécialisé en neuropédiatrie.
2. Thérapeutes ayant terminé leur formation professionnelle dans les domaines thérapeutiques suivants:
 - Physiothérapie;
 - Médecine physique;
 - Ergothérapie;
 - Logopédie / concept FOTT (facio oral tract therapy);
 - Psychologie clinique et neuropsychologie.

De plus, chez les enfants:

- Pédagogie spécialisée et curative.

3. Le personnel soignant et les thérapeutes sont spécialement formés dans le domaine de la réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce. L'équipe de réadaptation précoce doit continuellement bénéficier des compétences neurologiques et neurochirurgicales.

~~Équipe de réadaptation précoce dirigée par un médecin spécialiste en neurologie, en neurochirurgie, en médecine physique et réadaptative ou en pédiatrie avec spécialisation complémentaire en neuropédiatrie, et possédant au moins trois ans d'expérience en réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce.~~

~~Les compétences neurologiques ou neurochirurgicales doivent être intégrées à tout moment à l'équipe de réadaptation précoce.~~

Caractéristique minimale point 5, ~~infrastructure-saisie~~: Si la réadaptation précoce neurologique et neurochirurgicale est faite dans un service de soins intermédiaires certifié par la SSMI, les points de dépense doivent être saisis de façon supplémentaire conformément au code CHOP 99.B8 «Traitement complexe en unité de soins intermédiaires» pour les adultes et les enfants:

~~Les heures de ventilation ne peuvent pas être codées en plus. hebdomadaire.~~

Les heures de ventilation pendant la réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce ne peuvent pas être codées.

Caractéristique minimale point 6, planification et contrôle du traitement: ~~Discussion hebdomadaire en équipe avec documentation hebdomadaire des résultats déjà atteints et des futurs objectifs du traitement.~~

1. Planification initiale du traitement et détermination des objectifs de la réadaptation précoce ainsi que sa documentation.

2. Conférences d'équipe structurées portant sur le patient, tenues régulièrement, au moins chaque semaine, sous direction médicale, avec intégration de toutes les disciplines impliquées et documentation hebdomadaire des résultats du traitement, y compris la documentation des objectifs de la réadaptation.

Caractéristique minimale point 7, planification de la sortie:

Prise en charge ultérieure définie avec initiation ainsi que structuration du suivi dans une autre unité de réadaptation ou dans une unité de soins ou à domicile.

Il est possible de recourir à une collaboration avec un service social.

3.10. Examen gériatrique standardisé

Concerne les trois versions linguistiques.

La «Note» sous 93.89.A- «Examen gériatrique standardisé» doit être adaptée comme suit.

93.89.A Examen gériatrique standardisé

Note: Traitement par une équipe gériatrique dirigée par ~~un spécialiste en médecine interne ou un généraliste avec une spécialisation en gériatrie (FMH)~~ un médecin spécialisé en gériatrie (FMH).

3.11. 93.89.2- Réadaptation aiguë de médecine physique

Concerne uniquement les versions française et italienne.

Le point 1 des caractéristiques minimales du groupe d'éléments 93.89.2- « Réadaptation aiguë de médecine physique, selon le nombre de jours de traitement » est à corriger comme suit.

93.89.2 Réadaptation aiguë de médecine physique, selon le nombre de jours de traitement

Note: Caractéristique minimale point 1, examen de diagnostic lors de l'admission, évaluation: Examen standardisé de ~~rééducation précoce~~ **réadaptation aiguë** pour la mesure et l'évaluation de déficits fonctionnels à l'aide d'instruments standardisés spécifiques à chaque maladie, et examen pour évaluation des fonctions et structures corporelles, des activités, de la participation et des facteurs environnementaux et personnels selon la CIF dans un but thérapeutique ou de prévention secondaire.

3.12. 93.9F.- Ventilation mécanique et assistance respiratoire

Concerne les trois versions linguistiques.

La note suivante doit être intégrée sous le code 93.9F.12 «Assistance respiratoire par utilisation de lunettes nasales haut débit (système HFNC) chez le nouveau-né et le nourrisson».

93.9F.12 Assistance respiratoire par utilisation de lunettes nasales haut débit (système HFNC) chez le nouveau-né et le nourrisson

Note: **Avec ce procédé, il ne faut saisir aucune heure de ventilation.**

3.13. Diagnostic multi-axial lors de troubles psychiques chez l'enfant et l'adolescent [MAS]

Concerne les trois versions linguistiques.

Le point 0 des caractéristiques minimales du code 94.16 «Diagnostic multi-axial lors de troubles psychiques chez l'enfant et l'adolescent [MAS]» et de la sous-catégorie 94.A3.- «Schéma multi-axial de classification des troubles psychiques chez l'enfant et l'adolescent [MAS], axe 6 évaluation globale» doit être supprimé.

94.16 Diagnostic multi-axial lors de troubles psychiques chez l'enfant et l'adolescent [MAS]

Note: ~~Caractéristique minimale point 0, document de référence: Le document suivant contient des informations détaillées sur le diagnostic multi-axial. Le titre, la version et le lien seront communiqués ultérieurement~~

94.A3 Schéma multi-axial de classification des troubles psychiques chez l'enfant et l'adolescent [MAS], axe 6 évaluation globale

Note: ~~Caractéristique minimale point 0, document de référence: Le document suivant contient des informations détaillées sur le diagnostic multi-axial. Le titre, la version et le lien seront communiqués ultérieurement.~~

3.14. 94.A1.- HoNOS Précision concernant les documents de référence

Concerne les trois versions linguistiques.

Le point 0 des caractéristiques minimales de la sous-catégorie 94.A1.- «HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)» doit être complété comme suit.

94.A1 HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)

Note: Caractéristique minimale point 0, documents de référence:
Directives concernant le relevé du HoNOS pour la structure tarifaire TARPSY : Questionnaire, glossaire et conventions d'évaluation. Version 1.1 / 02.11.2016. Sous <https://www.swissdrg.org/fr/psychiatrie/releve-des-donnees/statistique-medecale>
Chez les patients psychiatriques gériatriques: «Directives concernant le relevé du HoNOS 65+ pour la structure tarifaire TARPSY: Questionnaire, glossaire et conventions d'évaluation. Version 30.11.2018» sous <https://www.swissdrg.org/fr/psychiatrie/releve-des-donnees/statistique-medecale>

3.15. Transfusion de concentrés de plaquettes

Concerne uniquement la version française.

Par mégarde du texte en italien s'est glissé dans la version française. Pour les codes ci-dessous le texte est à corriger comme suit.

- 99.05.57 ~~Trasfusione di concentrati piastrinici, da 200 a 219 concentrati~~
Transfusion de concentrés de plaquettes, 200 à 219 concentrés
- 99.05.58 ~~Trasfusione di concentrati piastrinici, da 220 a 239 concentrati~~
Transfusion de concentrés de plaquettes, 220 à 239 concentrés
- 99.05.5A ~~Trasfusione di concentrati piastrinici, da 240 a 259 concentrati~~
Transfusion de concentrés de plaquettes, 240 à 259 concentrés
- 99.05.5B ~~Trasfusione di concentrati piastrinici, da 260 a 279 concentrati~~
Transfusion de concentrés de plaquettes, 260 à 279 concentrés
- 99.05.5C ~~Trasfusione di concentrati piastrinici, da 280 a 299 concentrati~~
Transfusion de concentrés de plaquettes, 280 à 299 concentrés
- 99.05.5D ~~Trasfusione di concentrati piastrinici, da 300 a 319 concentrati~~
Transfusion de concentrés de plaquettes, 300 à 319 concentrés
- 99.05.5E ~~Trasfusione di concentrati piastrinici, da 320 a 339 concentrati~~
Transfusion de concentrés de plaquettes, 320 à 339 concentrés
- 99.05.5F ~~Trasfusione di concentrati piastrinici, da 340 a 359 concentrati~~
Transfusion de concentrés de plaquettes, 340 à 359 concentrés
- 99.05.5G ~~Trasfusione di concentrati piastrinici, da 360 a 379 concentrati~~
Transfusion de concentrés de plaquettes, 360 à 379 concentrés
- 99.05.5H ~~Trasfusione di concentrati piastrinici, da 380 a 399 concentrati~~
Transfusion de concentrés de plaquettes, 380 à 399 concentrés
- 99.05.5I ~~Trasfusione di concentrati piastrinici, da 400 a 419 concentrati~~
Transfusion de concentrés de plaquettes, 400 à 419 concentrés
- 99.05.5J ~~Trasfusione di concentrati piastrinici, da 420 a 439 concentrati~~
Transfusion de concentrés de plaquettes, 420 à 439 concentrés
- 99.05.5K ~~Trasfusione di concentrati piastrinici, da 440 a 459 concentrati~~
Transfusion de concentrés de plaquettes, 440 à 459 concentrés
- 99.05.5L ~~Trasfusione di concentrati piastrinici, da 460 a 479 concentrati~~
Transfusion de concentrés de plaquettes, 460 à 479 concentrés
- 99.05.5M ~~Trasfusione di concentrati piastrinici, da 480 a 499 concentrati~~
Transfusion de concentrés de plaquettes, 480 à 499 concentrés

3.16. Transfusion de plasma

Concerne les trois versions linguistiques.

Les descriptions complémentaires sous les groupes d'éléments 99.07.2- et 99.07.3- pour la représentation de la transfusion de plasma doivent être adaptées comme suit.

99.07.2 Transfusion de plasma frais congelé (PFC / qFFP)

~~Fresh Frozen Plasma (qFFP)~~

Plasma frais congelé (Fresh Frozen Plasma FFP) obtenu par aphérèse et par don de sang complet, sécurisé par quarantaine (PFCq/qFFP)

~~Plasma normal~~

99.07.3 Transfusion de plasma frais congelé avec inactivation des pathogènes (PFCip/piFFP)

Pathogen inactivated fresh frozen plasma (piFFP) à partir d'un pool de plasma

Plasma à partir d'un pool de plasma

3.17. Traitement de soins infirmiers complexes

Concerne les trois versions linguistiques.

Le point 3 des caractéristiques minimales de la sous-catégorie 99.C1.- «Traitement de soins infirmiers complexes, selon le nombre de points de dépense» doit être adapté comme suit.

99.C1 Traitement de soins infirmiers complexes, selon le nombre de points de dépense

Note: Caractéristique minimale point 03, profil d'intervention infirmière (complexe, paquet de soins):
Les profils d'intervention infirmière sont liés à des critères de mesure/exigences minimales.
Exemple: 4 fois par jour, 1 heure par jour.
~~Les interventions de soins selon les profils d'intervention infirmière sont réalisées exclusivement par du personnel infirmier diplômé.~~
Les interventions de soins selon les profils d'intervention infirmière définis sont réalisées par du personnel infirmier diplômé ou par du personnel infirmier sous la responsabilité/surveillance de personnel infirmier diplômé.

3.18. AA.- Instruments de mesure pour la réadaptation

Concerne les trois versions linguistiques.

Le point 3 «saisie» de la note sous les sous-catégories AA.11.- «Indice de Barthel étendu (EBI)», AA.21.- «Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)», AA.31.- «Test de marche de 6 minutes» et AA.32.- «Spinal Cord Independence Measure (SCIM)» doit être adapté comme suit.

AA.11 Indice de Barthel étendu (EBI)

Note: Point 03, saisie:
Les codes doivent être saisis à l'admission, dans un délai de 3 jours, ~~ainsi que 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).~~
ainsi qu'à la sortie, c'est-à-dire au plus tôt 3 jours avant la sortie.
Chaque critère est divisé en 3 à 5 degrés de sévérité, de 0 «dépendance maximale» à 4 «indépendance maximale».
Les grades doivent être indiqués exactement selon les définitions de l'EBI par l'ANQ.
L'échelle de points des définitions de l'EBI par l'ANQ ne correspond pas à celle de la CIM-10-GM.

AA.21 Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

Note: Point 03, saisie:
Le code doit être saisi à l'admission, dans un délai de 3 jours, ~~ainsi que 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).~~
ainsi qu'à la sortie, c'est-à-dire au plus tôt 3 jours avant la sortie.
Le score total est calculé à partir de la somme de l'évaluation des 14 critères individuels qui sont divisés en 5 degrés de sévérité, de 0 «aucun problème» à 4 «problème extrêmement sérieux». Les grades doivent être indiqués exactement selon les définitions du CIRS.

AA.31 Test de marche de 6 minutes

Note: Point 03, saisie:
Le code doit être saisi à l'admission, dans un délai de 3 jours, ~~ainsi que 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)~~
ainsi qu'à la sortie, c'est-à-dire au plus tôt 3 jours avant la sortie.

Un code parmi les 4 codes à disposition doit être utilisé à chaque saisie. La distance parcourue en mètres doit être convertie selon la définition du test de marche de 6 min dans l'intervalle correspondant.

AA.32 Spinal Cord Independence Measure (SCIM)

Note: Point 03, saisie:

Les codes doivent être saisis à l'admission, ~~dans un délai de 3 jours, ainsi que 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).~~ ainsi qu'à la sortie, c'est-à-dire au plus tôt 3 jours avant la sortie.

Chaque critère est divisé en 3 à 9 degrés de sévérité, 0 indiquant une «dépendance maximale».

Les grades doivent être indiqués exactement selon les définitions du SCIM III.

3.19. Prestation de base en réadaptation

Concerne toutes les versions linguistiques.

La caractéristique minimale suivante doit être intégrée sous la catégorie BA.- «Prestation de base en réadaptation». Celle-ci remplace les caractéristiques minimales sous les catégories à 3 positions.

BA Prestation de base en réadaptation

Note: Caractéristique minimale point 0, document de référence: les profils d'exigences pour les prestations médicales décrites en réadaptation hospitalière sont disponibles dans le document «Document de référence concernant l'infrastructure et le personnel des codes CHOP BA.1-BA.8, état au 27.11.2018», valable à compter du 01.01.2019. Ce document est disponible sous le lien suivant: <https://www.fmh.ch/exigences-st-reha#minimales>

BA.1 Réadaptation neurologique

Note: ~~Caractéristique minimale point 0, document de référence: Les profils d'exigence pour les prestations médicales décrites en réadaptation hospitalière sont présentés dans le document suivant. Le titre, la version et le lien seront communiqués ultérieurement.~~

BA.2 Réadaptation psychosomatique

Note: ~~Caractéristique minimale point 0, document de référence: Les profils d'exigence pour les prestations médicales décrites en réadaptation hospitalière sont présentés dans le document suivant. Le titre, la version et le lien seront communiqués ultérieurement.~~

BA.3 Réadaptation pulmonaire

Note: ~~Caractéristique minimale point 0, document de référence: Les profils d'exigence pour les prestations médicales décrites en réadaptation hospitalière sont présentés dans le document suivant. Le titre, la version et le lien seront communiqués ultérieurement.~~

BA.4 Réadaptation cardiaque

Note: ~~Caractéristique minimale point 0, document de référence: Les profils d'exigence pour les prestations médicales décrites en réadaptation hospitalière sont présentés dans le document suivant. Le titre, la version et le lien seront communiqués ultérieurement.~~

BA.5 Réadaptation musculo-squelettique

Note: ~~Caractéristique minimale point 0, document de référence:
Les profils d'exigence pour les prestations médicales décrites en réadaptation hospitalière
sont présentés dans le document suivant. Le titre, la version et le lien seront communiqués
ultérieurement.~~

BA.6 Réadaptation en médecine interne et oncologique

Note: ~~Caractéristique minimale point 0, document de référence:
Les profils d'exigence pour les prestations médicales décrites en réadaptation hospitalière
sont présentés dans le document suivant. Le titre, la version et le lien seront communiqués
ultérieurement.~~

BA.7 Réadaptation pédiatrique

Note: ~~Caractéristique minimale point 0, document de référence:
Les profils d'exigence pour les prestations médicales décrites en réadaptation hospitalière
sont présentés dans le document suivant. Le titre, la version et le lien seront communiqués
ultérieurement.~~

BA.8 Réadaptation gériatrique

Note: ~~Caractéristique minimale point 0, document de référence:
Les profils d'exigence pour les prestations médicales décrites en réadaptation hospitalière
sont présentés dans le document suivant. Le titre, la version et le lien seront communiqués
ultérieurement.~~

3.20. BB.1- Charge supplémentaire en réadaptation

Concerne les trois versions linguistiques.

Le point 3 des caractéristiques minimales de la catégorie à 3 positions BB.1- «Charge supplémentaire en réadaptation, selon le nombre de points de dépense» doit être complété comme suit.

BB.1 Charge supplémentaire en réadaptation, selon le nombre de points de dépense

Note: Caractéristique minimale point 3, personnel de soin et thérapeutes:
Le personnel de soin et les thérapeutes fournissant les prestations disposent des qualifications spécialisées nécessaires et peuvent le démontrer. Le terme «thérapeute» englobe les physiothérapeutes, les ergothérapeutes les logopédistes **et les psychologues.**

3.21. Corrections dans l'annexe «Traitement de soins infirmiers complexes»

Concerne uniquement la version allemande – voir: Rundschreiben 2019/Nr. 1 DE.

3.22. Corrections dans l'annexe «BB.1- Charge supplémentaire en réadaptation»

Concerne les trois versions linguistiques.

L'annexe au code «BB.1- Charge supplémentaire en réadaptation» doit être remplacée par le document suivant.

BB.1 - Charge supplémentaire en réadaptation

N°	Indication, condition	Prestation	Critère de mesure (par jour)	Nombre de points
1	Prestations de soin interdisciplinaires selon l'indication			
1.1	Condition: Direction médicale du traitement selon l'indication par un spécialiste en cardiologie, pneumologie, neurologie, médecine interne générale/oncologie, MPR, pédiatrie, médecine psychosomatique ainsi que gériatrie.	Soins corporels complets/partiels ou mobilisation, y compris soins d'assistance selon le déficit fonctionnel	Soins d'au moins 30 min.	1
		Surveillance spécifique et contrôle (par ex. lors d'une surveillance étroite des paramètres vitaux, contrôle de DAV avec documentation à chaque équipe, surveillance d'autres paramètres spécifiques)	Au moins 6 fois	4
		Formation spécifique à l'hygiène après transplantation cardiaque, pulmonaire	Soins d'au moins 30 min.	1
		Gestion spécifique/complexes des médicaments (par ex. médicaments administrés par voie parentérale, perfusions, transfusions)	Soins d'au moins 30 min.	1
2	Affections cardiovasculaires			
2.1	En cas de DAV, après une opération des valves cardiaques, une transplantation cardiaque, en cas d'endocardite	Formation du patient sur les soins d'un DAV	Soins d'au moins 30 min.	1
	Condition: Direction médicale du traitement par un cardiologue	Physiothérapie respiratoire	Au moins 1 séance	1
2.2	Insuffisance cardiaque NYHA III ou FE < 30 %	Contrôle concernant la gestion du poids/l'équilibre hydrique et l'alimentation dans un contexte d'insuffisance cardiaque	Soins ou conseils diététiques d'au moins 30 min.	1
	Condition: Direction médicale du traitement par un spécialiste en cardiologie ou en MIG avec qualification adaptée, le cas échéant également pour des conseils.	Formation et conseils qualifiés sur le thème de l'insuffisance cardiaque	1 séance de formation	1
		Thérapie décongestive complexe, y compris traitement de contention	Au moins 30 min.	1
3	Appareil respiratoire			
3.1	Affections avec mobilisation problématique des sécrétions, présence de canules trachéales, drainages thoraciques	Mesures de soin pour favoriser la ventilation des poumons et/ou l'expectoration des sécrétions bronchiques;	Soins ou physiothérapie d'au moins 30 min.	1
	Condition: Direction médicale du traitement par un spécialiste en pneumologie, pédiatrie ou MIG avec qualification adaptée.	Soins de canules trachéales et de drainages thoraciques ainsi que formation des patients à la manipulation et aux soins de canules trachéales.	Soins d'au moins 30 min.	1
3.2	Transplantation pulmonaire réalisée dans les 3 derniers mois, hypertension pulmonaire	Physiothérapie spécifique pour hypertension pulmonaire (par ex. formation mentale spéciale pour éviter la détresse respiratoire; entraînement spécial de résistance de seulement 1 extrémité en alternant tous les jours) et après transplantation pulmonaire (par ex. programmes spéciaux d'entraînement lors d'une mobilité limitée du thorax, entraînement spécial de force des muscles respiratoires auxiliaires; thérapie individuelle dans la chambre du patient en cas d'immunosuppression)	Au moins 30 min.	1
	Condition: Direction médicale du traitement par un pneumologue			
4	Système nerveux			
4.1	Affections complexes du SNC, par ex. suite à un traumatisme crânien	examen de la déglutition, de la fonction respiratoire et du langage et des thérapies correspondantes	Thérapie d'au moins 30 min.	1
	Condition: Direction médicale du traitement par un spécialiste en neurologie ou MPR	Robotique, y compris les prestations liées de plusieurs physiothérapeutes	Au moins 1 séance	2
		Physiothérapie spécifique lors de handicaps/déficits fonctionnels sévères selon la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF). Les frais de traitement sont particulièrement élevés car 2 physiothérapeutes doivent être présents simultanément.	Au moins 1 séance	1

BB.1 - Charge supplémentaire en réadaptation (Fin)

N°	Indication, condition	Prestation	Critère de mesure (par jour)	Nombre de points
5	Blessure - état postopératoire			
5.1	Blessures graves ou états postopératoires (hors amputation de membre inférieur) Condition: Direction médicale du traitement par un spécialiste en MPR, orthopédie, chirurgie, le cas échéant également pour des conseils	Physiothérapie et ergothérapie spécifique selon le type de blessure et les localisations multiples, également sous forme de thérapie individuelle plusieurs fois par jour.	Au moins 1 séance	1
		Soins du drainage	Soins d'au moins 30 min.	1
5.2	Après amputation du membre inférieur Amputation du membre inférieur nécessitant une prise en charge prothétique ou ortho-prothétique. (Le code ne contient pas la seule prise en charge par des chaussures orthopédiques) La direction médicale du traitement incombe à un spécialiste en MPR ou en orthopédie et traumatologie	Physiothérapie ou ergothérapie spécifique sous forme de thérapie individuelle, y compris entraînement au fauteuil roulant et à l'utilisation de prothèses ainsi que thérapie de groupe spécifique	Au moins 1 séance	1
		Thérapie de mobilisation dans l'eau (natation), bandage	Au moins 1 séance	1
6	Traitement difficile de plaies			
6.1	Soins requis considérablement plus élevés par rapport aux soins infirmiers de routine.	Description spécifique des plaies avec: - Diagnostic et classification des plaies - Durée et localisation des plaies - Taille, bords, environnement, base, exsudation, odeurs des plaies - Signes inflammatoires - Douleurs - Documentation photo	Soins d'au moins 30 min.	1
		Traitement des plaies, composé de: - Nettoyage et/ou désinfection des plaies - Pansements avec/sans fixation	Soins d'au moins 30 min.	1
7	Limitations des fonctions psychiques			
7.1	Limitations des fonctions psychiques	Frais augmentés lors de tendances à la fuite, de limitation ou absence d'orientation ou d'observance.	Frais individuels Au moins 30 min.	1
8	Entretiens intensifs de conseil			
8.1	Entretiens intensifs de conseil	Entretiens intensifs de conseil en matière de soins : infirmier, thérapeute ou médecin avec patient/ parents proches du patient.	Durée d'un entretien de conseil au moins 45 min.	1

4. ANNEXE

4.1. Informations et précisions (anciennement nommées FAQ)

La présente circulaire contient **toutes** les «informations et précisions» valables à partir du 1^{er} janvier 2019.

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.

0836 01.01.2019 Durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire

Lors de l'utilisation du code CIM-10-GM Z95.80 «Présence d'un autre système d'assistance cardio-vasculaire», la durée du traitement doit être codée en plus avec l'un des codes CHOP des groupes d'éléments suivants:

37.69.2- «Durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux, intravasculaire (y compris intracardiaque)»

37.69.4- «Durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux, extracorporel, univentriculaire»

37.69.5- «Durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux, extracorporel, biventriculaire»

37.69.6- «Durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux, intracorporel, univentriculaire et biventriculaire»

0837 01.01.2019 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 93.9F.1- «Ventilation mécanique et assistance respiratoire chez le nouveau-né et le nourrisson» n'est donc pas utilisé.

0838 01.01.2019 Réparation de la coiffe des rotateurs

Les tendons des muscles suivants font partie de la coiffe des rotateurs:

Musculus infraspinatus

Musculus supraspinatus

Musculus subscapularis

Musculus teres minor

Seule la réparation de ces tendons peut compter comme une réparation de la coiffe des rotateurs. Cette précision se réfère aux codes 81.82.35 «Réparation de la coiffe des rotateurs, par arthroscopie» et 81.82.45 «Réparation de la coiffe des rotateurs, par chirurgie ouverte», qui contiennent tous deux la note «La réparation de la coiffe des rotateurs ne peut être codée que si 2 tendons ou plus sont réparés.».

0839 01.01.2019 Saisie des points de dépense du traitement de soins infirmiers complexes pour les patients hospitalisés à cheval sur deux années

Des modifications particulières de la sous-catégorie 99.C1.- «Traitement de soins infirmiers complexes, selon le nombre de points de dépense» entre la CHOP 2018 et la CHOP 2019 ont une répercussion sur la saisie des points de dépense. Il y a notamment l'inclusion d'un groupe de prestations supplémentaire, ce qui signifie qu'il est possible de saisir au maximum 7 points de dépense par jour, et non plus 6, ainsi que l'élargissement de la division des points de dépense (jusqu'à «801 points et plus» dans la CHOP 2019 contre seulement jusqu'à «66 points et plus» dans la version précédente).

Ces nouvelles conditions s'appliqueront à toutes les prestations exécutées à partir de l'entrée en vigueur de la CHOP 2019.

Pour les patients hospitalisés à cheval sur les deux années avec une sortie en 2019, cela implique de choisir et coder le code correspondant de la CHOP 2019 sur la base de la somme des points du traitement de soins infirmiers complexes selon les règles de la CHOP 2018 jusqu'au 31.12.2018 plus la somme des points du traitement de soins infirmiers complexe selon les règles de la CHOP 2019 du 01.01.2019 jusqu'à la sortie en 2019.

0840 01.01.2019 Réadaptation gériatrique aiguë, par jours de Traitement 93.89.9-

La précision suivante concerne le groupe d'éléments 93.89.9- «Réadaptation gériatrique aiguë, par jours de traitement».

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.

0841 01.01.2019 Transformation de sexe

Les «coder aussi» sous la catégorie à 3 positions 64.5- «Opération pour transformation de sexe» ne sont pas exhaustifs. Les codes sous 64.5- doivent être codés pour chaque intervention en lien avec une transformation de sexe.

0842 01.01.2019 Hernie discale cervicale ou autre localisation avec myélopathie / radiculopathie

La pathologie de la hernie discale cervicale ou autre localisation avec myélopathie ou radiculopathie est représentée précisément avec M50.2+ / M51.2+ et G99.2* / G55.1* (codage dague-étoile).

0843 01.07.2018 Réadaptation gériatrique aiguë, par jours de traitement 93.89.9-

Cette précision est remplacée par le n° 0840 à partir du 01.01.2019.

0844 01.07.2018 93.57.13 / 93.57.14 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.

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~~

~~Cette précision a été supprimée dans la circulaire 2019 n°1.~~

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 01.01.2018 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 0849/3, 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 2^{ème} 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

~~Cette clarification a été intégrée à la «Note» des codes CHOP correspondants et a donc été supprimée dans la Circulaire 2019, n° 1.~~

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 aiguë 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**~~

~~Cette précision a été supprimée dans la circulaire 2019 n° 1.~~

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.

0864 01.07.2016 Oxygénation par ballon du nouveau-né

Cette précision est remplacée par le n° 0837 à partir du 01.01.2019.

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)**~~

~~Cette précision a été supprimée dans la circulaire 2019 n° 1.~~

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~~
~~Cette précision a été supprimée dans la circulaire 2019 n° 1.~~

~~0882 01.07.2015 84.80- Insertion de système(s) interépineux~~
~~Cette précision a été supprimée dans la circulaire 2019 n° 1.~~

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~~
~~Cette précision a été supprimée dans la circulaire 2019 n° 1.~~

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).

~~0915 01.10.2013 Matériel de remplacement d'os
Cette précision a été supprimée dans la circulaire 2019 n° 1.~~

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 décubitus 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
Cette précision a été supprimée dans la circulaire 2019 n° 1.~~

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 de 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 2018 La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée.
Prix:	Gratuit
Téléchargement:	www.statistiques.ch (gratuit)