

13 Nouveautés pour 2025

Avec le nouveau changement annuel de version¹, des changements sont également survenus cette année dans la gestion des représentations des cas stationnaires. Les points intéressants et pertinents sur le plan clinique sont mentionnés ici. En informant sur les nouvelles possibilités de spécification, vous aidez à tenir à jour la documentation médicale afin que le codage médical puisse représenter les cas avec la plus grande précision possible.

Saisie des données

Jusqu'à présent, les décomptes stationnaires reposaient sur le codage médical, disponible sous une forme synthétique dans le jeu de données de l'OFS², et sur les coûts par cas correspondants, qui se trouvaient sous une forme synthétique dans le jeu de données CUFI³. À partir de 2025, la modification de la loi relative à la **collecte de données dans le domaine des séjours stationnaires en hôpitaux**, qui contient les bases statistiques des hôpitaux suisses, entrera en vigueur. Le jeu de données SpiGes regroupe les données de l'OFS et de CUFI, de sorte qu'un seul jeu de données est généré pour les bases de données des hôpitaux.

Les données SpiGes entraînent les modifications suivantes:

- Suppression de la procédure principale. Il n'y a plus que des procédures
- Suppression de l'ajout au diagnostic principal. Il n'y a plus que des diagnostics principaux et secondaires
- Enregistrement du chirurgien (réglementé au niveau cantonal)
- Saisie des POA⁴ (réglementée au niveau cantonal)
- Le numéro d'identification du cas est désormais le numéro AVS

Manuel de codage

Codage de l'anémie hémorragique aiguë D63: La mise en évidence d'un taux d'hémoglobine pathologique ne justifie pas à elle seule le codage d'une anémie. Les seuls contrôles du taux d'hémoglobine anormal, le test de compatibilité des poches de sang, l'administration de préparations à base de fer (p.o. et i.v.) ou l'utilisation de Cell Saver ne suffisent pas non plus. Le codage peut être effectué quand au moins une ou un des examens diagnostiques complémentaires ou des conséquences thérapeutiques suivants est visible:

- Recherche d'une source d'hémorragie (p. ex. gastroscopie)
- Analyses spéciales telles que détermination ciblée des facteurs de coagulation ou analyse de la fonction plaquettaire par agrégation plaquettaire et/ou immunophénotypage
- Administration d'érythropoïétine
- Transfusion de produits sanguins
- Arrêt d'une hémorragie

Le **codage de l'embolie pulmonaire** était jusqu'à présent souvent incertain, car le traitement de la phase aiguë passe souvent à un traitement prophylactique de longue durée ou la durée de

¹ [12 – Changement de version - SGAIM - SSMIG - SSGIM](#)

² OFS = Office fédéral de la statistique

³ CUFI = comptabilité analytique par unité finale d'imputation

⁴ Pour plus d'informations, voir autre article du blog

l'anticoagulation augmentée varie fortement en fonction de la préparation. Seul le codage de la phase aigu e est pertinent pour les DRG. L'**embolie pulmonaire aigu e** est à présent généralement cod e comme aigu e au cours des 28 premiers jours, puis elle est représentée comme une maladie chronique avec le code Z86.7 *Antécédents personnels des maladies de l'appareil circulatoire* (non pertinent pour les DRG).

Le sepsis et le choc septique peuvent et doivent maintenant être accompagnés d'une mention supplémentaire indiquant s'ils sont **nosocomiaux** ou **non-nosocomiaux**.

Les **pneumonies** doivent être indiquées avec le début de la maladie (avant l'hospitalisation, jusqu'à 48 h après l'admission hospitalière, ou pendant l'hospitalisation/**nosocomiale**).

Pour les **ARDS** chez l'adulte, l'adolescent et l'enfant, il faut indiquer le stade (**léger, modéré, sévère**).

Le **VIH** doit être indiqué selon la classification CDC. La catégorie de laboratoire doit être indiquée selon l'hospitalisation en cours (lymphocytes CD4, <200, 200-499, >500). Il convient en outre d'indiquer la catégorie clinique actuelle A – C. Cette règle n'est pas nouvelle, mais elle a été précisée et actualisée.

Lors des **traitements palliatifs** de patients oncologiques, les **carcinomes in situ** ne sont codés que s'ils sont encore **existants**. Il est donc important de documenter correctement la présence actuelle de tumeurs.

Les **carcinomes** peuvent être codés comme aigus ou présents (donc souvent pertinents pour les DRG) si l'on dispose d'informations sur les **traitements hormonaux** existants, p. ex. en cas de cancer du sein après mastectomie sous tamoxifène, inhibiteurs de l'aromatase ou analogues de la GnRH.

La question de savoir si un **diabète sucré a disparu** n'est pas définie sur la base d'une valeur de laboratoire unique ou d'une valeur à l'admission, mais sur la base des directives de la Société suisse d'endocrinologie et de diabétologie, généralement en ayant connaissance de l'ensemble du parcours thérapeutique (rétrospectivement):

- hypoglycémies récidivantes inférieures à 3 mmol/l avec symptômes, avec contrôle de la glycémie trois fois par jour et ajustement du traitement

ou

- fortes fluctuations de la glycémie (différence d'au moins 5 mmol/l) avec contrôle de la glycémie trois fois par jour et ajustement du traitement ou
- HBA1c très élevée (> 9 %) lors de contrôles de la glycémie au cours des 3 derniers mois et trois fois par jour et/ou
- au moins trois fois valeurs > 15 mmol/l avec plusieurs ajustements thérapeutiques
- en cas de valeurs < 15 mmol/l mais gestion complexe avec glycémie plus de trois fois par jour sur plusieurs jours et piqu re complémentaire documentée

Le degré de sévérité d'une hypoglycémie ou la perception altérée de l'hypoglycémie peuvent désormais être codés (voir les nouveaux codes CIM-10 ci-dessous).

Les **paraplégies et t trapl gies** peuvent désormais être codées correctement de façon spécifique, même sans lésions spinales, comme dans le syndrome de Guillain-Barré. Il est ainsi possible de faire la distinction entre paralysie médullaire spastique et flasque ainsi qu'entre

paralysie médullaire complète et incomplète si ces indications figurent dans les documents médicaux.

Le chapitre sur la **ventilation mécanique** a été entièrement réécrit, mais les règles de fond sont restées les mêmes. Le sevrage n'est plus spécifiquement mentionné ou codé.

Une **dyspnée** sans modification de la gazométrie sanguine ne doit pas être qualifiée d'insuffisance respiratoire aiguë.

La mesure de l'**indice de Barthel** doit être renouvelée dans les 5 jours, puis il faut coder le score le plus élevé⁵. La saisie de l'indice de Barthel doit être répétée dans un délai de 3 à 5 jours au plus tard. Il faut coder la valeur de point la plus élevée mesurée. En cas de séjour de moins de 3 jours, l'indice de Barthel n'est pas codé. Celui-ci est pertinent pour les DRG en cas de traitements complexes et de maladies néphrologiques.

Version CIM-10 2024⁶

La nouvelle version 2024 comporte de nouveaux codes CIM-10 par rapport à la version 2022 en vigueur l'année dernière. Cela peut être intéressant pour de futurs relevés ou l'éventualité d'une pertinence DRG actuelle ou future. Les codes détaillés figurent dans l'annexe I.

- **Sepsis:** introduction de nouveaux codes permettant de coder de manière plus spécifique les septicémies dues à des virus, des champignons et des protozoaires. Exemples: septicémie due à des Aspergillus, Blastomyces, Coccidioides, Cryptococcus, Histoplasma capsulatum, Mucorales, Paracoccidioides, champignons, protozoaires, Sporothrix, virus.

Admission dans la matrice CCL: oui

Ainsi que l'introduction de nouveaux codes supplémentaires afin de pouvoir coder spécifiquement la relation temporelle entre un sepsis et une hospitalisation stationnaire. Il est désormais possible de faire la distinction entre **sepsis et choc septique nosocomial et non nosocomial**.

Intégration dans la matrice CCL: non

- **Diabète sucré:** introduction de nouveaux codes supplémentaires pour le codage spécifique d'une insulino-résistance en cas de diabète sucré de type 1 chez les personnes de 18 ans et plus.
Hypoglycémie: introduction de nouveaux codes secondaires pour le codage spécifique de la sévérité de l'hypoglycémie et de la perception altérée de l'hypoglycémie en cas de diabète sucré, par exemple une hypoglycémie sévère sans coma, un coma hypoglycémique, une perception altérée de l'hypoglycémie ou une résistance à l'insuline en cas de diabète sucré de type I.

Intégration dans la matrice CCL: non

⁵ En dehors de la réadaptation gériatrique aiguë, de la réadaptation précoce interdisciplinaire, de la réadaptation précoce neurologique et neurochirurgicale, des traitements palliatifs complexes, de la réadaptation ou de la psychiatrie

⁶ La version de la CIM-10 de 2022 était valable au cours de ces deux dernières années.

- **Démence:** introduction de nouveaux codes supplémentaires (spécificateurs de symptômes) sur le modèle de la CIM-11, afin de pouvoir coder spécifiquement des troubles mentaux et du comportement présents en cas de démence. Désormais, les symptômes suivants peuvent être représentés: psychoses, symptômes affectifs, symptômes anxieux, apathie, agitation ou agression, désinhibition et déambulation. Intégration dans la matrice CCL: non
Remarque: la F03 spécifique *Démence, sans précision*, ne figure toujours pas dans la matrice CCL
- **Asthme bronchique:** introduction d'une nouvelle subdivision à 5 positions pour pouvoir coder spécifiquement le statut de contrôle et le degré de sévérité de l'asthme bronchique.
Il est désormais possible d'indiquer l'asthme allergique, non allergique et mixte avec l'information sur la possibilité de le contrôler et s'il est qualifié de sévère.
Intégration dans la matrice CCL: non
- **Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA):** introduction de nouveaux codes à 5 positions pour pouvoir coder spécifiquement le syndrome de détresse respiratoire aiguë chez les enfants et les adolescents. Les degrés de gravité légers, modérés et sévères peuvent désormais aussi être indiqués pour le SDRA chez les enfants et adolescents.
Admission dans la matrice CCL: oui
- **Infarctus du myocarde:** introduction de nouveaux codes à 5 positions pour pouvoir différencier les infarctus sous-endocardiques aigus du myocarde de type 1 et de type 2 selon leur étiologie.
Admission dans la matrice CCL: oui
- **Hypertension pulmonaire:** introduction de nouveaux codes à 5 positions pour pouvoir procéder à une différenciation de l'hypertension pulmonaire conformément aux lignes directrices. Il est désormais possible de représenter les cas suivants: IPAH, HPAH, APAH, DPAH et MVO⁷. En outre, les cardiopathies dues à la cyphoscoliose et l'hypertension pulmonaire associées à des maladies chroniques (thromboembolie, cardiopathie gauche, pneumopathie et hypoxie) peuvent être représentées séparément. Intégration dans la matrice CCL: en partie (voir informations complémentaires dans l'annexe)
- **Les anémies hémolytiques auto-immunes et les maladies telles que la maladie à agglutinines froides (MAF) ou le syndrome des agglutinines froides (CAS)** peuvent désormais être représentées (D59)
- Plusieurs **maladies pulmonaires** peuvent maintenant être indiquées **avec ou sans exacerbation** (pneumoconioses dues à l'amiante, alvéolite allergique, autres affections pulmonaires interstitielles)

⁷ IPAH = hypertension artérielle pulmonaire idiopathique

HPAH = hypertension artérielle pulmonaire héréditaire

HAPA = hypertension artérielle pulmonaire associée à une cardiopathie congénitale, affection du tissu conjonctif et hypertension portale

HAPD = hypertension artérielle pulmonaire induite par des médicaments, des drogues, des toxines et des rayonnements

MVO = maladie veino-occlusive pulmonaire

- Il est désormais possible de spécifier un **pyothorax avec fistule** (avec fistule du parenchyme pulmonaire, des bronches ou de la trachée, fistule trachéo-œsophagienne, pleuro-cutanée, etc. J86.-)
- L'**œsophagite** peut faire l'objet d'une nouvelle spécification: à éosinophiles, radique, abcès ou érosion de l'œsophage, due à des substances chimiques, peptique (K20.-, K21.-)
- La pancréatite peut faire l'objet d'une nouvelle spécification (auto-immune, héréditaire, génétique, chronique, etc. K86.1-)
- L'insuffisance rénale aiguë de stade 1 doit présenter un état d'hydratation adapté au moment de la mesure. Cela ne s'applique pas aux stades 2 et 3 ni aux états d'hyperhydratation.
- Il existe de nouveaux codes (U62.0-!) pour la représentation de la différenciation cytogénétique et génétique moléculaire des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et apparentés (D47.7), p. ex. CHIP/CCUS

CHOP 2025

Le catalogue CHOP suisse est complété chaque année. Pour la MIG, les changements sont les suivants:

La préparation in vitro du greffon de cellules souches hématopoïétiques par thérapie génique peut désormais être représentée, avec des informations supplémentaires, que ce soit à l'aide d'un vecteur viral, d'une modification de l'expression d'un gène par le système CRISPR/Cas9 ou d'une autre thérapie génique. (41.0C.4-)

Le traitement endoscopique des hémorragies gastriques peut désormais être différencié avec des ligatures des varices du fundus gastrique et de varices gastriques. (44.43.2.-, 44.49.-, 44.91)

Le **traitement complexe de médecine palliative** a été remanié et doté de nouvelles caractéristiques minimales et d'exemples de calcul (4-6 jours). Il existe désormais des codes à **l'extérieur** et dans une **unité de soins palliatifs** spécialisée autonome. (93.8A.2.-, 93.8B.1-, 93.8B.2-)

Le **degré de sévérité de l'anorexie mentale** peut à présent être complété par CHOP (car il n'existe pas de codes CIM-10 correspondants). Celui-ci est saisi une fois par séjour, sur la base de l'IMC le plus bas mesuré pendant toute la durée du séjour. On distingue un **IMC inférieur à 14** et un **IMC compris entre 18,5 et 14** chez les adultes et entre le cinquième percentile et le 0,3ème percentile chez les enfants et les adolescents. (94.A1.1-)

Dans les thérapies oncologiques, il est désormais possible de représenter l'hyperthermie (superficielle, profonde) (99.85.-)

DRG/Catalogue des forfaits par cas

Les changements DRG de cette année se concentrent sur la pédiatrie, la gynécologie, les cas complexes, la paraplégiologie, la médecine palliative et les calculs de majorations et de déductions.

- La thérapie par cellules CAR-T en cas de lymphomes reçoit son propre DRG A20Z.
- Le tumor board peut être pertinent pour les DRG dans certaines combinaisons
- Les paralysies cérébrales (G80.-) ont été revalorisées dans 5 DRG, en association avec des interventions chirurgicales
- Le diagnostic de paraplégie/tétraplégie a été revalorisé dans plusieurs DRG et intégré comme critère de split dans les pré-MDC
- Transformation de la médecine palliative pré-MDC
- Transformation B76A avec critère EEG vidéo à partir de 120 h
- Nouveau critère de split dans la maladie de Parkinson avec «instauration du traitement par lévodopa avec une pompe à médicaments» CHOP 99.2B.12
- Les maladies pneumologiques des DRG E65 et E75 ont été regroupées et assimilées. Il existe désormais le code E64D. Les codes E77D, E77E, E86D ont été supprimés.
- Les critères de split IPS/IMC pour G12A sont désormais traitement complexe de soins intensifs > 130/119 ou traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 130/184 points
- Les diagnostics principaux E87.1 Hyponatrémie et E22.2 Syndrome de sécrétion inadéquate d'adiurétine ont été regroupés dans différents DRG. Le diagnostic E87.1 a été repris sur la base des DRG K64 Endocrinopathies.

Rémunérations supplémentaires (RS)

nouveau sur la liste:

RS	Principe actif	Médicaments
RS-2025-211	Andexanet alfa	Ondexxya
RS-2025-230	Bézlotoxumab	Zinplava
RS-2025-225	Capmatinib	Tabrecta
RS-2025-236	Délandistrogène moxéparovec	Elevidys
RS-2025-223	Durvalumab	Imfinzi
RS-2025-224	Élexacaftor, tezacaftor, ivacaftor, CTK	Trikafta, kaftrio
RS-2025-229	Emicizumab	Hemlibra
RS-2025-243	Étranacogène dézaparovec	Hemgenix
RS-2025-242	Exagamglogène autotemcel	Casgevy
RS-2025-237	Giltéritinib	Xospata
RS-2025-234	Glofitamab	Colombo
RS-2025-231	Idarucizumab	Praxbind
RS-2025-235	Mosunetuzumab	Lunsumio
RS-2025-240	Nirsevimab	Beyfortus
RS-2025-226	Pémigatinib	Pemazyre
RS-2025-238	Polatuzumab vedotin	Polivy
RS-2025-222	Ponatinib	Iclusif
RS-2025-241	Tabelecleucel	Ebvallo
RS-2025-232	Tafamidis	Vyndaqel
RS-2025-220	Tagraxofusp	Elzonris
RS-2025-239	Talquetamab	Talvey
RS-2025-227	Tebentafusp	Kimmtrak

- D'autres RS ont été regroupées
- La limite d'âge pour le voriconazole a été supprimée
- Les classes de posologie les plus basses ont été supprimées pour 3 RS
- Établissement de classes de posologie pédiatriques pour 3 RS

Annexe I – Nouveaux codes CIM-10

- **Sepsis:** introduction de nouveaux codes à 5 positions permettant de coder de manière plus spécifique les septicémies dues à des virus, des champignons et des protozoaires.. Ainsi que l'introduction de nouveaux codes secondaires afin de pouvoir coder spécifiquement la relation temporelle entre un sepsis et une hospitalisation stationnaire.

Sepsis (par) (en cas de):

Aspergillus ([B44.70](#))
Blastomyces ([B40.70](#))
Coccidioïdes ([B38.70](#))
Cryptococcus ([B45.70](#))
Histoplasma capsulatum ([B39.30](#))
Mucorales ([B46.40](#))
Paracoccidioïdes ([B41.70](#))
Fongique SAI ([B48.80](#))
Protozoaires SAI ([B60.80](#))
Sporothrix ([B42.70](#))
Virus SAI ([B34.80](#))

U69.80! Sepsis non nosocomial
U69.81! Sepsis nosocomial
U69.82! Sepsis dont la date de début n'est pas claire, en lien avec l'hospitalisation
U69.83! Choc septique non nosocomial
U69.84! Choc septique nosocomial
U69.85! Choc septique avec date de début indéterminée en lien avec l'hospitalisation

- **Diabète sucré:** introduction d'un nouveau code secondaire pour le codage spécifique d'une insulino-résistance en cas de diabète sucré de type 1 chez les personnes de 18 ans et plus.

Hypoglycémie: introduction de nouveaux codes secondaires pour le codage spécifique du degré de sévérité de l'hypoglycémie et de la perception altérée de l'hypoglycémie en cas de diabète sucré.

U69.72! Hypoglycémie sévère sans coma
U69.73! Coma hypoglycémique en cas de diabète sucré
U69.74! Perception altérée de l'hypoglycémie en cas de diabète sucré
U69.75! Insulino-résistance en cas de diabète sucré de type 1, chez les personnes de 18 ans et plus

- **Démence:** introduction de nouveaux codes secondaires (spécificateurs de symptômes) sur le modèle de la CIM-11, afin de pouvoir coder spécifiquement des troubles mentaux et du comportement présents en cas de démence (surtout si F03 ne figure pas dans la matrice CCL).

U63.0! Symptômes psychotiques en cas de démence
U63.1! Symptômes affectifs en cas de démence
U63.2! Symptômes d'anxiété en cas de démence
U63.3! Apathie en cas de démence
U63.4! Agitation ou agressivité en cas de démence
U63.5! Désinhibition en cas de démence
U63.6! Déambulation en cas de démence

- **Asthme bronchique:** introduction de nouveaux codes à 5 position pour pouvoir coder spécifiquement le statut de contrôle et le degré de sévérité de l'asthme bronchique.

J45.01 Asthme bronchique principalement allergique, en partie contrôlé
J45.11 Asthme bronchique non allergique, en partie contrôlé et non sévère
J45.81 Formes mixtes d'asthme bronchique, en partie contrôlé et non sévère
J45.91 Asthme bronchique, en partie contrôlé, non sévère
J45.02 Asthme bronchique principalement allergique, non contrôlé et non sévère
J45.12 Asthme bronchique non allergique, non contrôlé et non sévère
J45.82 Formes mixtes d'asthme bronchique, non contrôlé et non sévère
J45.92 Asthme bronchique, qualifié de non contrôlé et non sévère
J45.03 Asthme bronchique principalement allergique, bien contrôlé et sévère
J45.13 Asthme bronchique non allergique, bien contrôlé et sévère
J45.83 Formes mixtes d'asthme bronchique, bien contrôlé et sévère
J45.93 Asthme bronchique qualifié de bien contrôlé et sévère
J45.04 Asthme bronchique principalement allergique, partiellement contrôlé et sévère
J45.14 Asthme bronchique non allergique, en partie contrôlé et sévère
J45.84 Formes mixtes d'asthme bronchique, en partie contrôlé et sévère
J45.94 Asthme bronchique, en partie contrôlé et sévère
J45.05 Asthme bronchique principalement allergique, non contrôlé et sévère
J45.15 Asthme bronchique non allergique, non contrôlé et sévère
J45.85 Formes mixtes d'asthme bronchique, non contrôlé et sévère
J45.95 Asthme bronchique, non contrôlé et sévère

- **Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA):** introduction de nouveaux codes à 5 positions pour pouvoir coder spécifiquement le syndrome de détresse respiratoire aiguë chez les enfants et les adolescents.

J80.04 Syndrome de détresse respiratoire aiguë léger de l'enfant et de l'adolescent
[SDRA]
J80.05 Syndrome de détresse respiratoire aiguë modéré de l'enfant et de l'adolescent
[SDRA]
J80.06 Syndrome de détresse respiratoire aiguë sévère de l'enfant et de l'adolescent
[SDRA]

- **Infarctus du myocarde:** introduction de nouveaux codes à 5 positions pour pouvoir différencier les infarctus sous-endocardiques aigus du myocarde de type 1 et de type 2 selon leur étiologie.

I21.40 Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde , infarctus de type 1
I21.41 Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde, infarctus de type 2
I21.48 Autre infarctus sous-endocardique aigu du myocarde, autre et non précisé

- **Hypertension pulmonaire:** introduction de nouveaux codes à 5 positions pour pouvoir procéder à une différenciation de l'hypertension pulmonaire conformément aux lignes directrices.

Intégré dans la matrice CCL:

I27.00 Hypertension artérielle pulmonaire idiopathique et héréditaire [IPAH et HPAH]

I27.01 Hypertension artérielle pulmonaire associée à une cardiopathie congénitale, affection du tissu conjonctif et hypertension portale [APAH]

I27.02 Hypertension artérielle pulmonaire induite par des médicaments, des drogues, des toxines et des rayonnements [DPAH]

I27.08 Autre hypertension pulmonaire primaire, maladie veino-occlusive pulmonaire [MVO]

Non inclus dans la matrice CCL:

I27.1 Cardiopathie due à la cyphoscoliose

I27.20 Hypertension pulmonaire en présence d'une thromboembolie chronique

I27.21 Hypertension pulmonaire lors de cardiopathie gauche

I27.22 Hypertension pulmonaire lors de maladie du poumon et hypoxie

I27.28 Autres hypertensions pulmonaires secondaires précisées