

Document de référence

Explications complémentaires concernant les caractéristiques minimales du code CHOP BB.41.- « Réadaptation surveillée, selon le nombre de jours de traitement »

(Version du document : 16.12.2025; les extraits surlignés en bleu sont tirés de la CHOP 2026)

Caractéristique minimale point 0, base

- La réadaptation correspondante doit être effectuée selon les caractéristiques minimales des codes BA.-.
- La réadaptation surveillée a lieu à la suite d'un cadre de soins somatiques aigus.

Explications complémentaires :

La réadaptation surveillée est assurée en complément à tout type de réadaptation en fonction de l'indication. Elle permet de détecter et de prévenir de manière précoce les complications cliniques des patients cliniquement instables. L'éventail de ces patients est très hétérogène. Les troubles concernent par exemple (liste non exhaustive) :

- insuffisance organique grave ou troubles fonctionnels sévères
 - insuffisance cardiaque (NYHA III-IV)
 - insuffisance respiratoire
 - troubles cognitifs
 - trouble délirant
 - dysfonctionnement alimentaire sévère
- aspiration trachéale obligatoire
- danger pour autrui ou soi-même
- aphasie/dysphasie
- trouble de la déglutition
- troubles moteurs marqués
- transplantation d'organes
- mais aussi exacerbation grave d'une maladie chronique préexistante

Caractéristique minimale point 1, document de référence

Les exigences relatives aux conditions structurelles et à l'équipe thérapeutique figurent dans le « Document de référence pour la réadaptation surveillée ». Ce document est disponible sous le lien suivant dans la section « Caractéristiques minimales en matière d'infrastructure et de personnel (document de référence) » : <https://www.fmh.ch/fr/themes/tarifs-hospitaliers/st-reha.cfm>.

Aucune explication complémentaire.

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

La réadaptation surveillée commence par une évaluation clinique du besoin de surveillance ainsi que par la mesure de la sévérité des limitations fonctionnelles cognitives et motrices.

A) Il doit y avoir un besoin de surveillance lié à des risques vitaux concernant la respiration, la circulation et la conscience.

B) Il doit y avoir en plus au moins une limitation fonctionnelle motrice moyennement sévère ou une limitation fonctionnelle cognitive moyenne (cf. document de référence BB.41.- Réadaptation surveillée).

C) Si un code de la catégorie à 3 positions BA.1- Réadaptation neurologique est saisi, au moins un des sept critères de l'indice de réadaptation précoce doit être rempli, c'est-à-dire que cet indice est égal à au moins -25 points.

Si l'indice de Barthel de réadaptation précoce est inférieur ou égal à -40 points, il est recommandé de saisir le code CHOP 93.8C.1- /93.86.- pour représenter le degré d'atteinte de la patiente/du patient.

Les critères sont contrôlés chaque semaine.

Si les conditions susmentionnées ne sont plus remplies après deux mesures hebdomadaires consécutives des critères A) (pour tous les cas) ainsi que B) (pour tous les cas) ainsi que C) (pour les cas BA.1-), les conditions pour l'utilisation de ce code ne sont plus remplies. Une seule mesure et le non-respect d'un des critères ne suffisent pas pour considérer les conditions du code comme étant non remplies.

Explications complémentaires :

La réadaptation surveillée commence par une évaluation clinique du besoin de surveillance et par la mesure de la sévérité des limitations fonctionnelles cognitives et motrices.

La description de Barthel, FIM, MMSE et de l'indice de réadaptation précoce ainsi que de l'indice de Barthel de réadaptation précoce selon Schönle se trouve en annexe de la CIM-10-GM. Une version en PDF est disponible sur le lien http://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/_node.html#vt-sprg-1.

Un score positif **élevé** indique une **faible** limitation fonctionnelle pour toutes les évaluations mentionnées.

Un score positif **faible** ou, le cas échéant négatif, indique à l'inverse une **forte** limitation fonctionnelle.

L'indice de Barthel de réadaptation précoce (selon Schönle) se compose de deux parties (A et B). La partie A correspond à l'indice de réadaptation précoce, la partie B à l'indice de Barthel. Chacun des sept critères de l'indice de réadaptation précoce a une valeur fixe de -25 ou -50 points s'il s'applique au cas. S'il ne s'applique pas au cas, un score nul (0) lui est attribué. L'indice de Barthel passe en revue dix fonctions de la vie quotidienne et leur attribue entre 0 et 5, 10 ou 15 points au maximum. La valeur maximale est de 100 points au total. Pour déterminer le nombre total de points de l'indice de Barthel de réadaptation précoce, il faut additionner le score des parties A et B. Selon la capacité fonctionnelle de la patiente ou du patient, le score total peut être positif ou négatif.

L'évaluation à l'entrée comprend les éléments consécutifs suivants :

A) Le besoin de surveillance existe en raison de risques vitaux liés à la respiration, au métabolisme et à l'état de conscience.

Les normes pour différents paramètres vitaux tels que la fréquence cardiaque/le pouls, la pression artérielle, la température corporelle, la fréquence respiratoire et la saturation en oxygène existent et sont reconnues mais aucune définition universelle ne spécifie les valeurs limites précises d'une « menace vitale ». L'évaluation de tels risques et la prescription des mesures appropriées relèvent de la responsabilité du médecin et se basent sur les diagnostics spécifiques à chaque cas et sur l'évaluation de l'état général de la patiente ou du patient.

B) Le cas présente au moins une limitation fonctionnelle **motrice moyennement sévère** ou une limitation fonctionnelle **cognitive moyenne**.

Selon la CIM-10-GM, une limitation fonctionnelle motrice peut être saisie selon l'indice de Barthel ou selon le FIM moteur. Le score d'une limitation fonctionnelle motrice « **moyennement sévère** » ne dépasse pas 55 points (Barthel) ou 58 points (FIM moteur).

Une limitation fonctionnelle cognitive peut être saisie selon l'indice de Barthel étendu, selon le FIM cognitif ou le MMSE. Le score d'une limitation fonctionnelle cognitive « **moyenne** » ne dépasse pas 65 points (Barthel étendu), 29 points (FIM cognitif) ou 23 points (MMSE).

C) Si le code utilisé est BA.1 « Réadaptation neurologique », il faut qu'au moins un des sept critères de l'indice de réadaptation précoce soit rempli, c'est-à-dire que l'indice soit inférieur ou égal à -25 points (c'est-à-dire moins 25 points ou plus bas encore). Lorsque l'indice de Barthel de réadaptation précoce est inférieur ou égal à -40, il est recommandé de saisir le code CHOP 93.8C.1 « Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce » ou 93.86 « Réadaptation précoce interdisciplinaire » pour refléter le degré de sévérité de la patiente ou du patient.

Caractéristique minimale point 3, surveillance

- La possibilité d'un monitoring permanent des fonctions vitales et d'une surveillance visuelle permanente directe ou électronique des patient(e)s est assurée.
- Une visite médicale a lieu au moins 5 jours/7.
- La prestation du type de réadaptation concerné (thérapies et formations) est assurée dans les locaux avec surveillance.
- Sur l'ensemble du séjour de réadaptation, le seuil du code BA.- pour les minutes de traitement en moyenne par semaine doit être respecté.
- Le patient occasionne, dans le cadre de la réadaptation surveillée, au moins 180 minutes de soins et de traitements par jour, 7 jours par semaine en moyenne.

Aucune explication complémentaire.

Caractéristique minimale point 4, contrôle de la condition de surveillance

- L'indication médicale à l'obligation de surveillance est contrôlée lors des visites médicales.
- Le respect des conditions d'application du code (voir caractéristique minimale point 2) est vérifié et documenté chaque semaine par l'équipe en charge de la réadaptation.

Aucune explication complémentaire.

Caractéristique minimale point 5, sortie et planification de la sortie de la réadaptation surveillée

- Si les conditions de la réadaptation surveillée sous la caractéristique minimale point 2 ne sont plus remplies, une prise en charge ultérieure définie est mise en œuvre avec initiation ainsi que structuration du suivi dans une autre unité de réadaptation ou dans une institution de soins au long cours ou à domicile.
- Le transfert pour la poursuite des soins en médecine somatique aiguë stationnaire ou en psychiatrie a lieu à tout moment en cas d'indication médicale correspondante.
- Si la sortie de la réadaptation surveillée correspond directement à la sortie de réadaptation, les critères minimaux pour la planification de la sortie sont les mêmes que pour la réadaptation (sous BA.-), voir caractéristique minimale point 6 de ce code.

Aucune explication complémentaire.