



14 Santé

Circulaire pour les codeuses et les codeurs 2024 n° 1

14 décembre 2023

Correction du 16 janvier 2024 de la Circulaire pour les codeuses et les codeurs 2024 n° 1

Cette correction concerne le nombre de points relatifs au SNC du score SOFA au point 2.2. SD0102m Sepsis (2 points remplacés par 0).

Correction du 1er février 2024 de la Circulaire pour les codeuses et les codeurs 2024 n° 1

Cette correction concerne le nombre de points relatifs à la colonne Rénal du score SOFA au point 2.2. SD0102m Sepsis (0 point remplacé par 1), et ajustement des valeurs de laboratoire (créatinine, DFG, valeur de base pour la créatinine).

Neuchâtel, 2023

Éditeur:	Office fédéral de la statistique (OFS)	Concept de mise en page:	Section PUB
Renseignements:	Secrétariat de codage: codeinfo@bfs.admin.ch	Téléchargement :	www.statistique.ch
Rédaction:	Domaine Classifications médicales	Copyright:	OFS, Neuchâtel 2023
Contenu:	Domaine Classifications médicales		Reproduction autorisée seulement avec l'accord préalable des auteurs
Domaine:	14 Santé		
Langue du texte original:	Allemand		
Traduction:	Services linguistiques de l'OFS		

1. Généralités

1.1. Instruments de codage en vigueur

À compter du 1^{er} janvier 2024, les instruments de codage suivants s'appliquent:

- Manuel de codage médical: Le manuel officiel des règles de codage en Suisse. Version 2024
- Circulaire pour les codeuses et les codeurs 2024 n° 1 et son annexe
- Classification Suisse des Interventions Chirurgicales (CHOP): Index systématique – Version 2024
- CIM-10-GM 2022 Index systématique : Classification internationale des maladies – 10^e révision – German Modification

Les instruments pour le codage médical sont disponibles sur www.statistique.ch → Bases statistiques et enquêtes → Classifications et codage médicaux → Instruments pour le codage médical → Instruments en vigueur pour le codage médical, par année.

Les fichiers de l'ICD-10-GM en langue allemande sont établis par le Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) et mis à disposition sur le site Internet www.bfarm.de:

Kodiersysteme → Services → Downloads → ICD-10-GM

La statistique médicale des hôpitaux est une enquête exhaustive obligatoire, dont les données sont collectées chaque année.

À partir de 2025, les données seront relevées de façon uniforme **pour la statistique des coûts par cas (FKS) et certaines parties de la statistique des hôpitaux**, ce qui va dans le sens de l'optimisation de la collecte des données. L'objectif est d'utiliser, pour tous les traitements de données ultérieurs, un ensemble cohérent de données standard et de définir les exigences minimales de qualité en matière d'utilisation multiple des données (principe once-only). **Les données seront relevées à partir du 1er janvier 2024** (voir projet SpiGes [soins hospitaliers]).

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 cliniques spécialisées ainsi que les maisons de naissance.

Les bases légales sont:

- la loi du 9 octobre 1992 sur la statistique fédérale (LSF) et
- la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (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 2024 n° 1 (publication fin décembre 2023): à appliquer aux cas avec une date de sortie à partir du 1^{er} janvier 2024.
- Circulaire pour les codeuses et les codeurs 2024 n° 2 (publication fin juin 2024): à appliquer aux cas avec une date de sortie à partir du 1^{er} juillet 2024.

1.1.3. Codages analogues et notices pour la saisie des prestations et de la tarification de SwissDRG SA

Les notices pour la saisie des prestations et de la tarification de SwissDRG SA doivent également être prises en compte.

Lien: www.swissdrg.org → Somatique aiguë/Psychiatrie/Réadaptation → Rubrique SwissDRG → Notice pour la saisie des prestations et de la tarification

<https://www.swissdrg.org/fr/somatique-aigue/swissdrg/notice-pour-la-saisie-des-prestations>

Les notices sur les codages analogues de SwissDRG SA doivent également être prises en compte.

Lien: www.swissdrg.org → Somatique aiguë → Rubrique Système SwissDRG 13.0/2024 → Codage analogue

<https://www.swissdrg.org/fr/somatique-aigue/systeme-swissdrg-1302024/codage-analogue>

Les autres publications de SwissDRG SA doivent être prises en considération tout au long de l'année.

1.2. Demandes concernant les directives de codage et les classifications

L'OFS fournit des précisions et des clarifications pour toute demande relative aux directives de codage et aux classifications.

1.3. Demande d'évaluation d'un cas spécifique

1.3.1. Procédure

L'OFS émet des recommandations sur des cas spécifiques, sans préjudice d'autres cas similaires.

Ces recommandations ne sont pas juridiquement contraignantes. Toute responsabilité de l'OFS en rapport avec une recommandation émise est donc exclue.

Seules les questions de codage avec **toute la documentation clinique anonymisée nécessaire** pour l'évaluation du cas considéré (lettre de sortie, rapport opératoire, codage etc.) seront traitées. Elles sont à adresser à CodeInfo@bfs.admin.ch.

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

1.3.2. Anonymisation

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

- Nom, prénom
- Jour et mois de naissance (à l'exception des nouveau-nés jusqu'à l'âge d'un an (< 1 an))
- Adresse du domicile
- Coordonnées du patient (numéro de téléphone, adresse e-mail, etc.)

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

Attention: il ne suffit pas de rajouter un rectangle noir ou blanc sur le texte à biffer avec Adobe Acrobat Pro. Ce rajout peut ensuite toujours être supprimé et le texte qui est en-dessous réapparaît alors.

Pour anonymiser convenablement un PDF avec Adobe Acrobat Pro, il faut utiliser l'outil «Biffer».

Vous trouverez sous ces liens les manuels explicatifs d'Adobe:

<https://creativecloud.adobe.com/fr-CH/learn/acrobat/web/redact-pdf>

https://helpx.adobe.com/ch_fr/acrobat/kb/prevent-file-size-increase-after-sanitizing-pdf.html

Toutes les demandes que nous recevons et qui ne sont pas proprement anonymisées seront automatiquement effacées par notre hotline. Un mail vous parviendra vous indiquant que la demande a été supprimée. Il faudra ensuite nous retourner tous les documents à nouveau complètement anonymisés.

2. Informations complémentaires au manuel de codage 2024

Légende: nouveautés en vert, suppressions en rouge

2.1. P00m Saisie de la procédure dans le fichier de données médicales

Concerne toutes les versions linguistiques

Pour chaque procédure saisie, il faut indiquer:

- Traitement: la date du traitement et le début du traitement

Date avec indication de l'heure. Il n'est pas nécessaire d'indiquer l'heure exacte pour chaque procédure. Il s'agit plutôt d'indiquer la même heure pour tous les codes d'une opération (y compris le matériel utilisé et les codes supplémentaires pour les propriétés du matériel).

L'heure ne doit être indiquée que pour les codes opératoires, c'est-à-dire les codes liés à l'utilisation de la salle d'opération ou de la salle de cathétérisme cardiaque.

Pour les procédures sans ces indications, il suffit d'indiquer la date sans l'heure (variable «behandlung_beginn» (Début du traitement)).

2.2. SD0102m Sepsis

Concerne toutes les versions linguistiques

Exemple 2

Patiente de 72 ans souffrant de sepsis urinaire par E. coli avec pyélonéphrite aiguë droite.

Evolution: aggravation (limitation aiguë supplémentaire de la fonction rénale due au sepsis - «acute on chronic», détérioration en l'espace de 48 h (Augmentation de la créatinine de 0,79 mg/dl)) d'une insuffisance rénale chronique avec créatininémie de ~~140~~ 220 µmol/l et diminution de la DFG (GFR) à ~~25~~ 21 ml/min (Valeur de base: créatinine ~~100~~ 150 µmol/l (~~0,455 mg/dl~~), DFG (GFR) ~~40~~ 33 ml/min). Au deuxième jour d'hospitalisation, les analyses de laboratoire indiquaient une augmentation de la bilirubine à 1,5 mg/dl (sans ictère) ainsi qu'une thrombocytopénie de 90 G/l. Un traitement antibiotique par voie intraveineuse ~~et une réhydratation~~ ont été réalisés. Par la suite, normalisation des valeurs hépatiques et de la thrombocytopénie lors d'un unique contrôle de suivi. Évolution positive de la limitation de la fonction rénale au niveau du DFG (GFR) initial de l'insuffisance rénale chronique. Retour à la maison de la patiente dans un bon état général.

Score SOFA total	Respiration	Coagulation	Foie	Cardiovasculaire, MAP	Syst. nerveux central	Rénal
3 4	0	2	1	0	0	0 1

DP A41.51 Septicémie à Escherichia coli

DS N10 Néphrite tubulo-interstitielle aiguë

DS B96.2! Escherichia coli [E. coli] et autres entérobactériales, cause de maladies classées dans d'autres chapitres

DS N17.91 Insuffisance rénale aiguë, sans précision, Stade 1

DS N18.3 Maladie rénale chronique, stade 3

DS D69.58 Autres thrombopénies secondaires, non qualifiées de réfractaires aux transfusions

DS R17.9 Hyperbilirubinémie, sans indication d'ictère, non classée ailleurs

2.3. SD0407e Malnutrition chez les adultes

Concerne toutes les versions linguistiques

Codage:

- Le diagnostic doit être posé par le médecin traitant.
- Une malnutrition selon CIM-10-GM E43 Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision peut être codée lorsqu'une des procédures ci-dessous a été effectuée:

- 89.0A.4- Conseil/traitement diététique multimodal, selon le nombre de jours de traitement
ou
- 89.0A.32 Conseil/traitement diététique
- Une malnutrition selon CIM-10-GM E44.- Malnutrition protéino-énergétique légère ou modérée peut être codée lorsqu'une des procédures ci-dessous au moins a été effectuée:

- 89.0A.32 Conseil/traitement diététique
- 89.0A.4- Conseil/traitement diététique multimodal, selon le nombre de jours de traitement
- 96.6 Perfusion entérale de substances nutritives concentrées
- 99.15 Perfusion parentérale de substances nutritives concentrées

Règles spéciales de codage les diagnostics SD0100 – SD2200
2023 OFS MANUEL DE CODAGE MEDICAL 2024

Remarque: Les codes E43 et E44.- ne peuvent être utilisés que si les critères prévus dans l'annexe sont remplis. Lorsque des critères ne sont pas remplis (définition malnutrition et/ou procédure), il faut alors utiliser le code E46 Malnutrition protéino-énergétique, sans précision.

Lorsqu'une malnutrition protéino-énergétique (E43, E44.0, E44.1, E46) et une cachexie (R64) sont documentées, on ne code que le E4- de la malnutrition (pas de codage double).

Exception:

Si un traitement est déjà inclus dans un code de traitement complexe, il n'est pas codé séparément (en sus).

Le code CIM-10-GM correspondant peut toutefois être saisi à des fins de précision.

Exemple:

Le code 89.0A.32 «Conseil/traitement diététique» n'est pas saisi en plus si le conseil diététique est déjà inclus dans les caractéristiques minimales des codes de traitement complexe, sauf si une mention spécifique l'impose («Coder aussi»).

2.4. SD1501b Durée de la grossesse, précision de l'âge gestationnel

Concerne toutes les versions linguistiques

SD1501b Définitions

Durée de la grossesse

La durée de la grossesse se code au moyen du code O09.-! Durée de la grossesse. C'est la durée de la grossesse au moment de l'admission de la patiente à l'hôpital qui doit être enregistrée.

Si l'âge gestationnel 1 (âge gestationnel calculé à partir du début des dernières règles en nombre de semaines et de jours révolus (le 1er jour des dernières règles est le jour 1 de l'âge gestationnel) et l'âge gestationnel 2 (âge gestationnel déterminé sur la base d'un examen échographique réalisé au cours de la première moitié de la grossesse, en nombre de semaines et de jours révolus) sont connus, il convient de coder sur la base de l'âge gestationnel 2.

Si le médecin traitant corrige l'âge gestationnel, celui-ci doit être saisi sous l'âge gestationnel 2, même s'il ne s'agit pas de l'âge gestationnel déterminé par l'échographie.

En cas de divergence entre l'âge gestationnel calculé et l'âge gestationnel échographique, il est de la responsabilité du médecin traitant de déterminer l'âge gestationnel corrigé et de le documenter.

2.5. SP0401m ~~Changement de sexe~~ Réassignation sexuelle

Concerne uniquement la version française et italienne

Les «coder aussi» sous la catégorie à 3 positions 64.5- «Opération ~~pour changement de sexe~~ de réassignation sexuelle» ne sont pas exhaustifs. Les codes sous 64.5- (chapitre 11 de la CHOP «Opérations des organes génitaux masculins») doivent être utilisés pour chaque intervention en lien avec une ~~réassignation sexuelle~~ ~~un changement de sexe~~, même si ces opérations ~~de changement~~ concernent les caractéristiques sexuelles secondaires (par exemple mastectomie sous-cutanée).

2.6. Directives de codage de la réadaptation

Concerne uniquement la version française

Exemples pour le codage du diagnostic principal

Exemple 2 : Neurologique

Un patient est admis en réadaptation avec des déficits neurologiques (hémiplégie flasque avec troubles de la parole et de la déglutition) consécutifs à un accident vasculaire cérébral aigu dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne, traité en somatique aiguë. À l'admission,

l'indice de Barthel s'élève à 27 points. Seuls des déficits cognitifs légers sont observés, le MMSE est établi à 28 points.

DP I63.4 Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales

L

DS R47.0 Dysphasie et aphasie

DS **G81.0** Hémiparésie ou hémiplégie flasque

L

DS U50.40 Limitation fonctionnelle motrice sévère. Barthel-Index: 20 -35 points.

DS U51.02 MMSE: 24 -30 points

Exemples de codes BB.4-

Exemple 1

Un patient est transféré dans un service de réadaptation pour une rééducation musculo-squelettique après avoir été pris en charge pendant deux semaines dans un service de soins somatiques aigus pour une fracture du col du fémur avec lésion traumatique de l'artère fémorale. Ses paramètres vitaux continuent de fluctuer (fréquence respiratoire, pression artérielle), tout comme son état de conscience. Dans ce cas, les trois troubles fonctionnels possibles sont présents.

Le bilan d'entrée donne un score de 50 points pour l'indice de Barthel. ~~Le relevé de l'indice de Barthel de la réadaptation précoce selon Schönle (FRB) donne un score de -25 points au début de la période de surveillance en réadaptation.~~ L'évaluation de l'indice de Barthel étendu (Extended Barthel Index, EBI) donne 30 points.

Au cours de la première semaine (7 jours) de séjour pour la rééducation musculo-squelettique sous surveillance, le patient a eu besoin d'une visite médicale, chaque jour, pendant 5 jours. Tous les critères de la rééducation musculo-squelettique, sont remplis pour l'ensemble du cas. La moyenne des minutes de thérapie par semaine est de 560 minutes, ce qui correspond au code BA.52.

En lien avec les limitations fonctionnelles qui ont entraîné une baisse de l'humeur, le patient a bénéficié d'une prise en charge 1:1, effectuée une fois pendant deux heures.

Codage:

DP S72.0- Fracture du col du fémur Partie non précisée

L 1

DS U50.30 Limitation fonctionnelle motrice moyennement sévère Index de Barthel: 40-55 points

DS U51.10 Limitation fonctionnelle cognitive moyenne Index de Barthel élargi: 20-65 points

DS U52.1 Indice de Barthel de la réadaptation précoce: -75 à 30 points

T BA.52 Réadaptation musculo-squelettique, avec en moyenne 450 jusqu'à moins de 565 minutes de thérapie par semaine

~~T BB.41.12 Überwachungsrehabilitation, mindestens 7 bis 13 Behandlungstage~~

T BB.41.12 Réadaptation surveillée, d'au moins 7 à 13 jours de traitement

T BB.31.11 Prise en charge 1:1 en réadaptation, au moins 2 heures jusqu'à 8 heures par jour

2.7. Directives de codage de la réadaptation - Surveillance en réadaptation BB.4.-

Exemples de codes

BB.4- Exemple 1

Un patient est transféré dans un service de réadaptation pour une rééducation musculo-squelettique après avoir été pris en charge pendant deux semaines dans un service de soins somatiques aigus pour une fracture du col du fémur avec lésion traumatique de l'artère fémorale. Ses paramètres vitaux continuent de fluctuer (fréquence respiratoire, pression artérielle), tout comme son état de conscience. Dans ce cas, les trois troubles fonctionnels possibles sont présents. Le bilan d'entrée donne un score de 50 points pour l'indice de Barthel. ~~Le relevé de l'indice de Barthel de la réadaptation précoce selon Schönle (FRB) donne un score de -25 points au début de la période de surveillance en réadaptation.~~ L'évaluation de l'indice de Barthel étendu (Extended Barthel Index, EBI) donne

30 points. Au cours de la première semaine (7 jours) de séjour pour la rééducation musculo-squelettique sous surveillance, le patient a eu besoin d'une visite médicale, chaque jour, pendant 5 jours. Tous les critères de la rééducation musculo-squelettique sont remplis pour l'ensemble du cas. La moyenne des minutes de thérapie par semaine est de 560 minutes, ce qui correspond au code BA.52. En lien avec les limitations fonctionnelles qui ont entraîné une baisse de l'humeur, le patient a bénéficié d'une prise en charge 1:1, effectuée une fois pendant deux heures

Codage:

DP S72.0- Fracture du col du fémur Partie non précisée

L 1

DS U50.30 Limitation fonctionnelle motrice moyennement sévère, Index de Barthel: 40-55 points

DS U51.10 Limitation fonctionnelle cognitive moyenne, Index de Barthel élargi: 20-65 points

~~DS U52.1 Indice de Barthel de la réadaptation précoce: 75 à 30 points~~

T BA.52 Réadaptation musculo-squelettique, avec en moyenne 450 jusqu'à moins de 565 minutes de thérapie par semaine

T BB.41.12 Réadaptation surveillée, d'au moins 7 à 13 jours de traitement

T BB.31.11 Prise en charge 1:1 en réadaptation, au moins 2 heures jusqu'à 8 heures par jour

3. Informations complémentaires à la CHOP 2024

Légende: nouveautés en vert, suppressions en rouge

3.1. Corrections dans l'introduction

Concerne uniquement les versions italienne et allemande

3.2. 30.3- Laryngectomie complète

Concerne toutes les versions linguistiques

FR/IT

La description complémentaire «laryngopharyngectomie» sous la catégorie à 3 chiffres 30.3- doit être supprimée et la «laryngectomie totale» ajoutée. L'exclusion doit être adaptée sous la sous-catégorie 29.33.-. D'autres corrections doivent être apportées dans l'exclusion sous 30.3- et dans les descriptions complémentaires, sous 30.4-.

29.33.- Pharyngectomie (partielle)

EXCL. Laryngopharyngectomie ~~(30.3)~~ - Laryngectomie radicale (30.4-)

[...]

30.3- Laryngectomie complète

Dissection en bloc du larynx (avec thyroïdectomie) (avec trachéostomie simultanée)

~~Laryngopharyngectomie~~

Laryngectomie totale

EXCL. Laryngectomie complète avec curage des ganglions lymphatiques cervicaux [Neck dissection] - Laryngectomie radicale (30.4-)

[...]

30.4- Laryngectomie radicale

Laryngopharyngectomie avec curage ~~ganglionnaire cervical~~ des ganglions lymphatiques cervicaux [Neck dissection]

Laryngectomie complète [totale], avec curage ~~radical ganglionnaire cervical~~ des ganglions lymphatiques cervicaux ~~radical~~ (avec thyroïdectomie) (avec trachéostomie simultanée)

3.3. 38.32.20 Résection de veines extracrâniennes de la tête et du cou – Correction du libellé

Concerne uniquement la version italienne

3.4. 39.72.2A Embolisation sélective de vaisseaux extracrâniens de la tête et du cou avec ballonnets (détachables) embolisants

Concerne toutes les versions linguistiques

La note suivante doit être ajoutée sous 39.72.2A.

39.72.2A Embolisation sélective de vaisseaux extracrâniens de la tête et du cou avec ballonnets (détachables) embolisants

Note: Il convient d'utiliser ce code également lors d'occlusions (peropératoires) temporaires par ballonnet.

3.5. 39.73.- L'aorte ascendante et la crosse aortique

Concerne toutes les versions linguistiques

Aux notes et exclusions ci-après, il convient d'ajouter «aorte ascendante» et «crosse aortique», ou d'adapter la formulation.

39.73.- Implantation endovasculaire d'endoprothèses [stents grafts] dans l'aorte ascendante, la crosse aortique, l'aorte thoracique et thoraco-abdominale

[...]

Note: Si plusieurs endoprothèses [stents grafts] sont implantées l'aorte ascendante, la crosse aortique, l'aorte thoracique et thoraco-abdominale, chaque implant doit être codé séparément.

[...]

39.73.5- Implantation endovasculaire d'endoprothèses [stents grafts] dans l'aorte ascendante et la crosse aortique

Note: Le groupe d'éléments 39.73.5- est utilisé pour les endoprothèses [stents grafts] dans l'aorte ascendante et la crosse aortique. ~~Si l'extrémité distale des endoprothèses [stents grafts] s'étend au-delà de l'isthme aortique, le code correspondant de la sous-catégorie 39.73- «Implantation endovasculaire d'une endoprothèse [stent graft] dans l'aorte thoracique et thoraco-abdominale» doit être saisi en plus.~~ Si l'extrémité distale d'une ou de plusieurs autres endoprothèse(s) s'étend au-delà de l'isthme aortique, le(s) code(s) correspondant(s) de la sous-catégorie 39.73.3 - «Implantation endovasculaire d'endoprothèses [stents grafts] dans l'aorte thoracique» ou 39.73.4- «Implantation endovasculaire d'endoprothèses [stents grafts] dans l'aorte thoraco-abdominale» doit/doivent être saisi(s).

[...]

39.79.- Autre réparation endovasculaire (d'anévrisme) d'autres vaisseaux

[...]

EXCL. Implantation endovasculaire ~~d'une endoprothèse [stent graft]~~ d'endoprothèses [stents grafts] dans l'aorte ascendante, la crosse aortique, l'aorte thoracique et thoraco-abdominale (39.73.-)

[...]

39.B- Implantation transluminale (percutanée) de stents dans des vaisseaux sanguins

[...]

EXCL. Implantation endovasculaire ~~d'une endoprothèse [stent graft]~~ d'endoprothèses [stents grafts] dans l'aorte ascendante, la crosse aortique, l'aorte thoracique et thoraco-abdominale (39.73.-)

3.6. 68.19 Techniques diagnostiques concernant l'utérus et les structures de soutien, autre

Concerne uniquement la version allemande

3.7. 70.A- Traitement chirurgical de prolapsus [opération de suspension]

Concerne toutes les versions linguistiques

Dans la catégorie à 3 chiffres 70.A- «Traitement chirurgical de prolapsus [opération de suspension]», les adaptations suivantes doivent être effectuées.

70.A- Traitement chirurgical de prolapsus [opération de suspension]

~~Cod. a.: Toute hystérectomie simultanée (68.3, 68.4, 68.6-)~~

[...]

70.A1.1- Traitement chirurgical de prolapsus [opération de suspension], un compartiment, par chirurgie ouverte

Cod. a.: Hystérectomie subtotale, par chirurgie ouverte (68.32)

Hystérectomie totale, par chirurgie ouverte (68.42)

70.A1.11 Traitement chirurgical de prolapsus [opération de suspension], un compartiment, par chirurgie ouverte, sans filet

INCL. Colposuspension (suspension et fixation du vagin), fermeture d'entérocele, réparation du cul-de-sac de Douglas, suspension de ligament (utéro-sacré), hystéropexie (p. ex. culdoplastie McCall)

70.A1.12 Traitement chirurgical de prolapsus [opération de suspension], un compartiment, par chirurgie ouverte, avec filet

INCL. Sacrocolpopexie avec fixation apicale isolée, suspension et fixation du vagin, pectopexie (fixation du col, ~~fermeture d'entérocele, suspension de ligament (utéro-sacré)~~, hystéropexie, avec greffe, implant ou prothèse

[...]

70.A1.2- Traitement chirurgical de prolapsus [opération de suspension], un compartiment, par voie laparoscopique

Cod. a.: Hystérectomie subtotale, par laparoscopie (68.31)

Hystérectomie totale, par laparoscopie (68.41)

Hystérectomie totale, par voie vaginale, assistée par laparoscopie [LAVH] (68.44)

- 70.A1.21 Traitement chirurgical de prolapsus [opération de suspension], un compartiment, par voie laparoscopique, sans filet
INCL. Colposuspension (suspension et fixation du vagin), fermeture d'entérocele, **réparation du cul-de-sac de Douglas**, suspension de ligament (utéro-sacré), hystéropexie (**p. ex. culdoplastie McCall**)
- 70.A1.22 Traitement chirurgical de prolapsus [opération de suspension], un compartiment, par voie laparoscopique, avec filet
INCL. Sacrocolpopexie avec fixation apicale isolée, suspension et fixation du vagin, pectopexie (fixation du col), ~~fermeture d'entérocele, suspension de ligament (utéro-sacré)~~, hystéropexie, avec greffe, implant ou prothèse
[...]
- 70.A1.3- Traitement chirurgical de prolapsus [opération de suspension], un compartiment, par voie vaginale
Cod. a.: Hystérectomie totale, par voie vaginale (68.43)
- 70.A1.31 Traitement chirurgical de prolapsus [opération de suspension], un compartiment, par voie vaginale, sans filet
INCL. Colporraphie antérieure [réparation de cystocèle] [plastie du trigone], colporraphie postérieure [réparation de rectocèle], fixation sacro-spinale du vagin, suspension de ligament sacro-utérin, fermeture d'entérocele, hystéropexie
- 70.A1.32 Traitement chirurgical de prolapsus [opération de suspension], un compartiment, par voie vaginale, avec filet
INCL. ~~Colporraphie antérieure [réparation de cystocèle]~~ **Réparation de cystocèle avec filet** [plastie du trigone], ~~colporraphie postérieure [réparation de rectocèle]~~, **réparation de rectocèle avec filet**, fixation sacro-spinale du vagin **avec filet, fermeture d'entérocele, avec greffe, implant ou prothèse**
[...]
- 70.A2.1 Traitement chirurgical de prolapsus [opération de suspension], deux ou trois compartiments, par chirurgie ouverte
Cod. a.: Hystérectomie subtotale, par chirurgie ouverte (68.32)
Hystérectomie totale, par chirurgie ouverte (68.42)
- 70.A2.11 Traitement chirurgical de prolapsus [opération de suspension], deux ou trois compartiments, par chirurgie ouverte, sans filet
INCL. [...] **Réparation paravaginale selon Richardson**
- 70.A2.12 Traitement chirurgical de prolapsus [opération de suspension], deux ou trois compartiments, par chirurgie ouverte, avec filet
INCL. Réparation latérale **selon Dubuisson**
[...]
- 70.A2.2- Traitement chirurgical de prolapsus [opération de suspension], deux ou trois compartiments, par voie laparoscopique
Cod. a.: Hystérectomie subtotale, par laparoscopie (68.31)
Hystérectomie totale, par laparoscopie (68.41)
Hystérectomie totale, par voie vaginale, assistée par laparoscopie [LAVH] (68.44)
- 70.A2.21 Traitement chirurgical de prolapsus [opération de suspension], deux ou trois compartiments, par voie laparoscopique, sans filet
INCL. [...] **Réparation paravaginale selon Richardson**
- 70.A2.22 Traitement chirurgical de prolapsus [opération de suspension], deux ou trois compartiments, par voie laparoscopique avec filet
INCL. Réparation latérale **selon Dubuisson**
[...]
- 70.A2.3- Traitement chirurgical de prolapsus [opération de suspension], deux ou trois compartiments, par voie vaginale
Cod. a.: Hystérectomie totale, par voie vaginale (68.43)
- 70.A2.31 Traitement chirurgical de prolapsus [opération de suspension], deux ou trois compartiments, par voie vaginale, sans filet
INCL. Colpo-périnéoplastie, colporraphie antérieure et postérieure [réparation de cystocèle et de rectocèle] [plastie du trigone], fixation sacro-spinale avec réparation antérieure et postérieure, **hystéropexie antérieure et postérieure, suspension de ligament sacro-utérin antérieur et postérieur.**
- 70.A2.32 Traitement chirurgical de prolapsus [opération de suspension], deux ou trois compartiments, par voie vaginale, avec filet
INCL. Colpo-périnéoplastie, ~~colporraphie antérieure et postérieure [réparation de cystocèle et de rectocèle]~~ **réparation de cystocèle et de rectocèle avec filet** [plastie du trigone], ~~fixation sacro-spinale avec réparation antérieure et postérieure, avec greffe, implant ou prothèse,~~ **fixation multipoints du vagin avec greffe**
[...]

3.8. 7A.7- Stabilisation de la colonne vertébrale et correction de position

Concerne toutes les versions linguistiques

Il convient de supprimer l'exclusion «Omettre le code» à la catégorie 7A.6- et d'ajouter une mention sous «Coder aussi» à la catégorie 7A.7- Contrairement à la logique initiale, il convient désormais de coder, en plus de la stabilisation de la colonne vertébrale et de la correction de la position, l'«implantation, le retrait et la révision sans remplacement de prothèses et d'implants sur la colonne vertébrale». Le matériel utilisé doit toujours être saisi avec les codes sous 7A.A- «Informations supplémentaires concernant les opérations des os et des articulations de la colonne vertébrale, matériel» .

7A.6- Implantation, ablation et révision sans remplacement de prothèses et implants de la colonne vertébrale
[...]

~~EXCL. Omettre le code – stabilisation de la colonne vertébrale et correction de position (7A.7-)~~

[...]

7A.7- Stabilisation de la colonne vertébrale et correction de position

[...]

Cod. a.: [...]

Implantation, ablation et révision sans remplacement de prothèses et implants de la colonne vertébrale (7A.6-)

Informations supplémentaires concernant les opérations des os et des articulations de la colonne vertébrale, matériel (7A.A-)

[...]

3.9. Prothèse modulaire 81.54.22, 81.54.32, 81.54.45, 81.80.13 et 81.80.23

Concerne uniquement la version française

Dans les «Notes» suivantes, il faut remplacer «prothèses à tige longue» par «prothèses modulaires»:

81.54.22 Première implantation d'endoprothèse totale spéciale de genou

Note: Les prothèses spéciales sont des prothèses tumorales et des prothèses ~~à tige longue~~ modulaires. Le type de prothèse doit être précisé avec un code supplémentaire.

[...]

81.54.32 Implantation d'une endoprothèse totale spéciale de genou lors d'un remplacement de prothèse

Note: Les prothèses spéciales sont des prothèses tumorales et des prothèses ~~à tige longue~~ modulaires. Le type de prothèse doit être précisé avec un code supplémentaire.

[...]

81.54.45 Implantation de composantes tibiales ou fémorales ainsi que de l'insert d'une endoprothèse totale de genou spéciale ou d'une endoprothèse totale à charnière lors d'un remplacement

Note: Les prothèses spéciales sont des prothèses tumorales et des prothèses ~~à tige longue~~ modulaires. Le type de prothèse doit être précisé avec un code supplémentaire.

[...]

81.80.13 Première implantation endoprothèse totale d'épaule, prothèse spéciale

Note: Les prothèses spéciales sont des prothèses tumorales et des prothèses ~~à tige longue~~ modulaires. Le type de prothèse doit être précisé avec un code supplémentaire.

[...]

81.80.23 Implantation endoprothèse totale d'épaule, prothèse spéciale, lors d'un remplacement de prothèse

Note: Les prothèses spéciales sont des prothèses tumorales et des prothèses ~~à tige longue~~ modulaires. Le type de prothèse doit être précisé avec un code supplémentaire.

[...]

3.10. 81.82.43 Plastie antérieure et postérieure de la capsule glénoïde – Correction du libellé

Concerne uniquement la version française

Le libellé du code 81.82.43 est à corriger comme suit.

81.82.43 Plastie ~~du bord~~ antérieure et postérieure de la capsule glénoïde, épaule, par chirurgie ouverte

3.11. 93.8B.2- Soins palliatifs spécialisés avec prestation supplémentaire de traitements, selon le nombre de jours de traitement

Concerne uniquement la version française

La «Caractéristique minimale point 3, traitement» du groupe d'éléments 93.8B.2- est à corriger comme suit.

93.8B.2- Soins palliatifs spécialisés avec prestation supplémentaire de traitements, selon le nombre de jours de traitement

Note: Caractéristique minimale point 3, traitement:

En plus de la Caractéristique minimale point 3, traitement sous la sous-catégorie 93.8B.-

b) Les soins médicaux, ~~et~~ infirmiers ~~et ainsi qu'~~ au moins deux des domaines thérapeutiques listés sous la Caractéristique minimale point 4c s'appliquent au total au moins six heures par semaine (7 jours ~~du calendrier~~ ~~calend-~~ ~~naires~~). Ces prestations incluent également les entretiens réguliers et documentés avec le patient, les proches et la famille, qui peuvent être effectués par tous les groupes professionnels mentionnés ici. Les prestations s'effectuent en différentes combinaisons selon les nécessités du ~~malade~~ patient.

3.12. 94.3A.1- Traitement psychothérapeutique et psychosomatique complexe, selon le nombre de jours de traitement et 94.3A.2- Traitement clinique psychosomatique intégré complexe, selon le nombre de jours de traitement

Concerne toutes les versions linguistiques

La «Caractéristique minimale point 2, traitement» de la sous-catégorie 94.3A.1- est formulée de la même manière que la «Caractéristique minimale point 2, traitement» de la sous-catégorie 94.3A.2-.

94.3A.1- Traitement psychothérapeutique et psychosomatique complexe, selon le nombre de jours de traitement

Note:

[...]

Caractéristique minimale point 2, traitement:

[...]

2. Thérapies spécialisées: utilisation de techniques thérapeutiques spéciales complémentaires ~~des domaines d'un ou plusieurs des domaines suivants par des spécialistes formés dans les disciplines respectives:~~ - kinésithérapie et thérapie corporelle y compris physiothérapie, - art-thérapie, - ergothérapie, - ~~les~~ offres éducatives et de conseil ~~par des spécialistes formés en conséquence~~. Au moins 360 min par semaine.

3.13. 94.6A.1- Sevrage qualifié de patients dépendants, selon le nombre de jours de traitement

Concerne toutes les versions linguistiques

L'exclusion de la sous-catégorie 94.6A.1- doit être transformée en exclusion «Omettre le code». Les codes de la sous-catégorie 94.6A.1- ne peuvent donc pas être saisis en même temps que ceux de la sous-catégorie 94.6A.2-.

94.6A.1- Sevrage qualifié de patients dépendants, selon le nombre de jours de traitement

[...]

EXCL. Omettre le code - Prise en charge pour désintoxication lors d'une dépendance à une substance, selon le nombre de jours de traitement (94.6A.2-)

[...]

3.14. 94.93.- Application de mesures de sécurité chez les patients psychiatriques

Concerne toutes les versions linguistiques

Dans les caractéristiques minimales «point 1, indication» et «point 3, mesures» de la sous-catégorie 94.93.-, les textes «en raison d'une maladie psychiatrique particulièrement grave» et «au moyen d'une liste de contrôle standardisée» doivent être supprimés.

94.93.- Application de mesures de sécurité chez les patients psychiatriques

Note: Caractéristique minimale point 1, indication:

L'application de mesures de sécurité est nécessaire pour les patients présentant un comportement de mise en danger aiguë d'autrui et de soi-même, ~~en raison d'une maladie psychiatrique particulièrement grave~~, contre d'autres personnes, contre soi-même et contre des objets.

Une action immédiate et urgente est nécessaire pour protéger les personnes et rétablir la sécurité.

[...]

Caractéristique minimale point 3, mesures:

Surveillance au moins toutes les heures du patient placé en chambre d'isolement ou chambre protégée, par le personnel soignant. Évaluation quotidienne des risques ~~au moyen d'une liste de contrôle standardisée~~.

3.15. Stroke Center et Stroke Unit 99.A7.-, 99.BA.1-, 99.BA.2-

Concerne toutes les versions linguistiques

La «Caractéristique minimale point 0, document de référence» des groupes d'éléments 99.A7.-, 99.BA.1- et 99.BA.2- doit être adaptée comme suit.

99.A7.- Diagnostic complexe de l'AVC aigu en stroke unit ou stroke center, jusqu'à 24 heures maximum

Note: Caractéristique minimale point 0, document de référence: les directives et profils d'exigences d'une stroke unit [SU] certifiée conformément aux critères de la SFCNS sont présentés dans le document suivant «Critères de qualité pour la certification des Stroke Units», version V (18.11.2021): ~~<https://www.sfcns.ch/application-and-documents.html>~~ ~~«Documents required for the process (according to the new Guidelines for Certification Version V from 2021 – valid as of 01.01.2022)»~~ → «Annex I» → «Criteria to be fulfilled by Stroke Units in German and in French (Version 18-11-2021)»
<https://sfcns.ch/certification/stroke/first-certification> (Chemin: «Certification» -> «First Certification Application» -> «Criteria to be fulfilled by Stroke Units French»)

[...]

99.BA.1- Traitement neurologique complexe de l'AVC aigu en stroke center [SC], selon la durée de traitement en heures

Note: Caractéristique minimale point 0, document de référence:

Les directives et profils d'exigences d'un stroke center certifié conformément aux critères de la SFCNS sont présentés dans le document suivant «Critères de qualité pour la certification des Stroke Centers», version V (18.11.2021): ~~<https://www.sfcns.ch/application-and-documents.html>~~ ~~«Documents required for the process (according to the new Guidelines for Certification Version V from 2021 – valid as of 01.01.2022)»~~ → «Annex I» → «Criteria to be fulfilled by Stroke Centers in German and in French (Version 18-11-2021)»
<https://sfcns.ch/certification/stroke/first-certification> (Chemin: «Certification» -> «First Certification Application» -> «Criteria to be fulfilled by Stroke Centers French»)

[...]

99.BA.2- Traitement neurologique complexe de l'AVC aigu en stroke unit [SU], selon la durée de traitement en heures

Note: Caractéristique minimale point 0, document de référence: les directives et profils d'exigences d'une stroke unit [SU] certifiée conformément aux critères de la SFCNS sont présentés dans le document suivant «Critères de qualité pour la certification des Stroke Units», version V (18.11.2021): ~~<https://www.sfcns.ch/application-and-documents.html>~~ ~~«Documents required for the process (according to the new Guidelines for Certification Version V from 2021 – valid as of 01.01.2022)»~~ → «Annex I» → «Criteria to be fulfilled by Stroke Units in German and in French (Version 18-11-2021)»
<https://sfcns.ch/certification/stroke/first-certification> (Chemin: «Certification» -> «First Certification Application» -> «Criteria to be fulfilled by Stroke Units French»)

[...]

3.16. 99.B7.1- à 99.B8.5- Traitement complexe de médecine intensive et en unité de soins intermédiaires [U-IMC] - MDSI

Concerne toutes les versions linguistiques

Les notes des sous-catégories 99.B7.1- à 99.B8.5- doivent être adaptées comme suit.

99.B7.1- Traitement complexe de médecine intensive chez l'adulte (procédure de base), selon le nombre de points de dépense [...]

Note: Caractéristiques minimales:

- Surveillance et traitement continus 24 heures sur 24 par une équipe infirmière ainsi que médicale sous la direction d'un médecin spécialiste en médecine intensive, dans une unité de soins intensifs [USI] ~~reconnue~~ certifiée par la Société suisse de médecine intensive [SSMI],
- Le nombre de points de dépense se calcule comme suit: score SAPS II + somme de NEMS. Le SAPS II est relevé une fois au cours des premières 24 heures du séjour en USI. Le NEMS est relevé une fois par période de travail continue. Pour les périodes de travail de 8 heures, les NEMS sont simplement additionnés, tandis que pour les périodes de 12 heures, la somme totale des NEMS est multipliée par 1,5. Les définitions exactes de SAPS II [Simplified Acute Physiology Score] et de NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] sont disponibles et consultables dans la ~~version la plus récente~~ du document «Données minimales de la SSMI ~~V-30f_2022~~» sur:
www.sgi-ssmi.ch/fr -> Ressorts -> Données -> Download «MDSi_V30f_V5_2022_definitive».
- Les versions plus anciennes du règlement MDSi sont disponibles dans les archives, sous le lien suivant:
www.sgi-ssmi.ch/fr -> Ressorts -> Données -> Règlement MDSi Archiv
- Les procédures spéciales de médecine intensive telles que transfusions de plasma et de composants du plasma, plasmaphérèse et immunoadsorption, les mesures de réanimation doivent faire l'objet d'un codage séparé. Ce code doit être indiqué pour les patients dès 16 ans révolus.

[...]

99.B7.4- Traitement complexe de médecine intensive chez l'enfant (procédure de base), selon le nombre de points de dépense

Note: Caractéristiques minimales:

- surveillance et traitement continus sur 24 heures par une équipe infirmière ainsi que médicale, sous la direction d'un médecin spécialiste en médecine intensive, dans une unité de soins intensifs [USI] ~~reconnue~~ certifiée par la Société suisse de médecine intensive [SSMI].
- Le nombre de points de dépense se calcule comme suit: indice ~~PIM 2~~ ~~PIM 3~~ (valeur absolue) + somme des NEMS. L'indice ~~PIM 2~~ ~~PIM 3~~ est relevé une fois au cours des premières 24 heures du séjour en USI. Le NEMS est relevé une fois par période de travail continue. Pour les périodes de travail de 8 heures, les NEMS sont simplement additionnés, tandis que pour les périodes de 12 heures, la somme totale des NEMS est multipliée par 1,5. Les définitions exactes de l'indice ~~PIM 2~~ [Pediatric Index of Mortality 2] ~~PIM 3~~ [Pediatric Index of Mortality 3] et du score NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] sont disponibles et consultables dans la ~~version la plus récente~~ du document «Données minimales de la SSMI ~~V-30f_2022~~» sur:
www.sgi-ssmi.ch/fr -> Ressorts -> Données -> Download «MDSi_V30f_V5_2022_definitive».
- Les versions plus anciennes du règlement MDSi sont disponibles dans les archives, sous le lien suivant:
www.sgi-ssmi.ch/fr -> Ressorts -> Données -> Règlement MDSi Archiv
- Les procédures spéciales de médecine intensive telles que transfusions de plasma et de composants du plasma, plasmaphérèse et immunoadsorption, les mesures de réanimation, etc. doivent faire l'objet d'un codage séparé.
- Ce code doit être utilisé pour les patients qui, au moment de l'admission, sont âgés de plus de 28 jours, mais n'ont pas atteint l'âge de 16 ans.

[...]

99.B7.5- Traitement complexe de médecine intensive chez le nouveau-né (procédure de base), par points de dépense

Note: Caractéristiques minimales:

- Surveillance continue 24 h sur 24 et traitement par une équipe d'infirmiers spécialisés en néonatalogie ainsi que de médecins spécialisés en néonatalogie, dans une unité de soins intensifs [USI] de niveau III en néonatalogie ~~reconnue~~ certifiée par la Société suisse de néonatalogie [SSN] et une unité de soins intensifs ~~reconnue~~ certifiée par la Société suisse de médecine intensive [SSMI], sous la direction d'un pédiatre spécialisé en néonatalogie ou d'un spécialiste en médecine intensive.

- Le nombre de points de dépense est calculé comme suit: ~~PIM 2~~ PIM 3 ou CRIB 2 + somme des NEMS. Le ~~PIM 2/CRIB 2~~ PIM 3/CRIB 2 (facultatif, en fonction des critères de maturation/poids pouvant être remplis) est relevé une fois dans les premières 24 h de séjour à l'USI. Le NEMS est relevé une fois par période de travail continue. Pour les périodes de travail de 8 heures, les NEMS sont simplement additionnés, tandis que pour les périodes de 12 heures, la somme totale des NEMS est multipliée par 1,5. Les définitions exactes des indices ~~PIM 2 [Pediatric Index of Mortality 2]~~ PIM 3 [Pediatric Index of Mortality 3], CRIB 2 [Clinical Risk Index for Babies 2] et du score NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] sont disponibles et consultables dans la **version la plus récente** du document «Données minimales de la SSMI» ~~V.30f_2022~~ sur:

www.sgi-ssmi.ch/fr -> Ressorts -> Données -> Download «~~MDSi_V30f_V5_2022_definitive~~»

Les versions plus anciennes du règlement MDSi sont disponibles dans les archives, sous le lien suivant:

www.sgi-ssmi.ch/fr -> Ressorts -> Données -> Règlement MDSi Archiv

- Les procédures spéciales de médecine intensive telles que transfusions de plasma et de composants du plasma, plasmaphérèse et immunoadsorption, les mesures de réanimation, etc. doivent faire l'objet d'un codage séparé. Ce code doit être utilisé pour les patients qui, au moment de l'admission, sont âgés de 28 jours ou plus jeunes.

[...]

99.B8.1- Traitement complexe en unité de soins intermédiaires [U-IMC] chez l'adulte, selon le nombre de points de dépense

Note: Caractéristique minimale point 1, document de référence et indication:

Surveillance multimodale et traitement complexe prodigués aux patients menacés ou touchés par une mise en danger des fonctions vitales, ou dans le but d'assurer une plus grande couverture des besoins en soins, dans une unité de soins intermédiaires [U-IMC] reconnue.

Le document «Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires [U-IMC]: ~~Les présentes directives ont été adoptées par la Commission pour la reconnaissance des unités de soins intermédiaires [CRUIMC] le 21.02.2019 et remplacent celles du 01.01.2014, elles entreront en vigueur le 1er janvier 2020~~» peut être téléchargé via le lien suivant:

<https://www.swiss-imc.ch/fr/directives.html>.

C'est la version la plus récente qui fait foi. Le document est également disponible sur les sites Internet des autres sociétés de discipline médicales concernées.

Les versions plus anciennes des directives sont disponibles dans les archives, sous le même lien.

Ce code doit être utilisé pour les patients qui, au moment de l'admission, ont atteint l'âge de 16 ans (16 ans révolus).

Il ne doit pas être utilisé pour un traitement dans un service d'urgence ou en salle de réveil [unité de soins post-anesthésie, PACU].

[...]

Caractéristique minimale point 3, calcul et saisie:

Le nombre de points de dépense se calcule comme suit: score SAPS II + somme des NEMS. Le SAPS II est relevé une fois au cours des premières 24 heures du séjour en U-IMC. Le NEMS est relevé une fois par période de travail continue. Pour les périodes de travail de 8 heures, les NEMS sont simplement additionnés, tandis que pour les périodes de 12 heures, la somme totale des NEMS est multipliée par 1,5.

Les définitions exactes de SAPS II [Simplified Acute Physiology Score] et de NEMS (Nine Equivalent of nursing Manpower use Score) sont disponibles et consultables **dans la version la plus récente du document «Données minimales de la CRUIMC-SSMI MDSIMC»**, sous:

<https://www.swiss-imc.ch/fr/mdsimc.html>

Les versions plus anciennes sont disponibles dans les archives, sous le même lien.

~~dans le document «Données minimales de la SSMI V.30f_2022» sur: www.sgi-ssmi.ch/fr -> Ressorts -> Données -> «MDSi_V30f_V5_2022_definitive».~~

Les procédures spéciales de médecine intensive telles que transfusions de plasma et de composants du plasma, plasmaphérèse et immunoadsorption, ainsi que p. ex. les mesures de réanimation et les traitements complexes supplémentaires doivent faire l'objet d'un codage séparé. Il n'est toutefois pas possible de coder un traitement complexe de médecine intensive pour la durée du séjour dans une U-IMC.

[...]

99.B8.4- Traitement complexe en unité de soins intermédiaires [U-IMC] chez l'enfant, selon le nombre de points de dépense

Note: Caractéristique minimale point 1, document de référence et indication:

Surveillance multimodale et traitement complexe prodigués aux patients menacés ou touchés par une mise en danger des fonctions vitales, ou dans le but d'assurer une plus grande couverture des besoins en soins, dans une unité de soins intermédiaires [U-IMC] reconnue.

Le document «Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires [U-IMC] : ~~Les présentes directives ont été adoptées par la Commission pour la reconnaissance des unités de soins intermédiaires [CRUIMC] le 21.02.2019 et remplacent celles du 01.01.2014, elles entreront en vigueur le 1er janvier 2020~~» peut être téléchargé via le lien suivant:

<https://www.swiss-imc.ch/fr/directives.html>

C'est la version la plus récente qui fait foi. Le document est également disponible sur les sites Internet des autres sociétés de discipline médicales concernées.

Les versions plus anciennes des directives sont disponibles dans les archives, sous le même lien.

Ce code doit être utilisé pour les patients qui, au moment de l'admission, sont âgés de plus de 28 jours, mais n'ont pas atteint l'âge de 16 ans. Il ne doit pas être utilisé pour un traitement dans un service d'urgence ou en salle de réveil [unité de soins post-anesthésie, PACU].

[...]

Caractéristique minimale point 3, calcul et saisie:

Le nombre de points de dépense se calcule comme suit: probabilité de décès d'après le ~~PIM 2~~ ~~PIM 3~~ + somme des NEMS. L'indice ~~PIM 2~~ ~~PIM 3~~ est relevé une fois au cours des premières 24 heures du séjour en U-IMC. Le NEMS est relevé une fois par période de travail continue. Pour les périodes de travail de 8 heures, les NEMS sont simplement additionnés, tandis que pour les périodes de 12 heures, la somme totale des NEMS est multipliée par 1,5.

Les définitions exactes de ~~PIM 2 [Pediatric Index of Mortality 2]~~ ~~PIM 3 [Pediatric Index of Mortality 3]~~ et de NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] sont disponibles et consultables dans la version la plus récente du document «Données minimales de la CRUIMC-SSMI MDSIMC», sous:

<https://www.swiss-imc.ch/fr/mdsimc.html>

Les versions plus anciennes sont disponibles dans les archives, sous le même lien.

~~dans le document «Données minimales de la SSMI V.30f_2022» sur: www.sgi-ssmi.ch/fr -> Ressorts -> Données -> «MDSi_V30f_V5_2022_definitive».~~

Les procédures spéciales de médecine intensive telles que transfusions de plasma et de composants du plasma, plasmaphérèse et immunoadsorption, les mesures de réanimation entre autres et les traitements complexes supplémentaires doivent faire l'objet d'un codage séparé. Il n'est toutefois pas possible de coder un traitement complexe de médecine intensive en même temps pour la durée du séjour dans une U-IMC.

[...]

99.B8.5- Traitement complexe en unité de soins intermédiaires [U-IMC] chez le nouveau-né, par points de dépense

Note: Caractéristique minimale point 1, document de référence et indication:

Surveillance multimodale et traitement complexe prodigués aux patients menacés ou touchés par une mise en danger des fonctions vitales, ou dans le but d'assurer une plus grande couverture des besoins en soins, dans une unité de soins intermédiaires néonatale de niveau IIb reconnue par la Société suisse de néonatalogie [SGN – Swiss Society of Neonatology] et dans une unité de soins intermédiaires [U-IMC] reconnue.

Le document de la Société Suisse de Néonatalogie «Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland. Revised Version 14.3.2019» est disponible via le lien suivant:

<https://www.neonet.ch/unit-accreditation/unit-accreditation-canu>.

Le document «Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires [U-IMC] : ~~Les présentes directives ont été adoptées par la Commission pour la reconnaissance des unités de soins intermédiaires [CRUIMC] le 21.02.2019 et remplacent celles du 01.01.2014, elles entreront en vigueur le 1er janvier 2020~~» peut être téléchargé via le lien suivant:

<https://www.swiss-imc.ch/fr/directives.html>.

C'est la version la plus récente qui fait foi. Le document est également disponible sur les sites Internet des autres sociétés de discipline médicales concernées.

Les versions plus anciennes des directives sont disponibles dans les archives, sous le même lien.

Ce code doit être utilisé pour les patients qui, au moment de l'admission, sont plus jeunes ou âgés de 28 jours. Il ne doit pas être utilisé pour un traitement dans un service d'urgence ou en salle de réveil.

[...]

Caractéristique minimale point 3, calcul et saisie:

Le nombre de points de dépense se calcule comme suit: probabilité de décès d'après le ~~PIM 2~~ PIM 3 ou le CRIB 2 + somme des NEMS. Le ~~PIM 2~~ PIM 3 ou le CRIB 2 (facultatif, en fonction des critères de maturation/poids pouvant être remplis) est relevé une fois dans les premières 24 h de séjour à l'U-IMC. Le NEMS est relevé une fois par période de travail continue. Pour les périodes de travail de 8 heures, les NEMS sont simplement additionnés, tandis que pour les périodes de 12 heures, la somme totale des NEMS est multipliée par 1,5.

Les définitions exactes des indices ~~PIM 2 [Pediatric Index of Mortality]~~ PIM 3 [Pediatric Index of Mortality 3], CRIB 2 [Clinical Risk Index for Babies 2] et du score NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] sont disponibles et consultables dans la version la plus récente du document «Données minimales de la CRUIMC-SSMI MDSIMC», sous:

<https://www.swiss-imc.ch/fr/mdsimc.html>

Les versions plus anciennes sont disponibles dans les archives, sous le même lien.

~~dans le document «Données minimales de la SSMI V.30f_2022» sur: www.sgi-ssmi.ch/fr -> Ressorts -> Données -> «MDSi_V30f_V5_2022_definitive».~~

Les procédures spéciales telles que transfusions de plasma et de composants du plasma, plasmaphérèse et immunoadsorption, les mesures de réanimation, d'hypothermie systémique, etc., et les traitements complexes complémentaires, doivent faire l'objet d'un codage séparé. Il n'est toutefois pas possible de coder un traitement complexe de médecine intensive pour la durée du séjour dans une UIMC.

[...]

3.17. AA.31.- Test de marche de 6 minutes - document de référence de l'ANQ

Concerne toutes les versions linguistiques

Les notes «point 0, document de référence» et «point 1, application» de la sous-catégorie AA.31.- ainsi que les caractéristiques minimales «point 1, examen de diagnostic lors de l'admission» et «point 3, évaluation lors de la sortie» de la catégorie BA.4- doivent être adaptées comme suit.

AA.31.- Test de marche de 6 minutes

Note: Point 0, document de référence:

La section 6 «Test de marche de 6 minutes» du document de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques [ANQ] «Plan de mesure national Réadaptation Manuel des procédures», ~~version 8.1, 07/2021~~ version 10.0, 01/2024, lien: <https://www.anq.ch/fr/telechargement/> s'applique pour la saisie du test de marche de 6 minutes.

Ladite section 6 contient un renvoi vers la section 2.7 qui fait référence au formulaire de l'ANQ «test de marche de 6 minutes» version 2016/01. Lien: https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2018/02/ANQ_Module_3_Test-marche-6-minutes.pdf

[...]

Point 1, application:

Les codes suivants ne sont saisis que chez les patients hospitalisés dans un service de réadaptation.

La saisie du test de marche de 6 minutes est obligatoire pour la réadaptation pulmonaire.

Pour la réadaptation cardiaque, elle n'est obligatoire que dans le contexte de la mesure de la qualité de l'ANQ.

[...]

BA.4- Réadaptation cardiaque

Note: [...]

Caractéristique minimale point 1, examen de diagnostic lors de l'admission:

Test de performance (test de marche de 6 minutes ou ergométrie)

Mesure de la qualité de vie avec un questionnaire validé

Saisie du profil de risque (y compris les facteurs de risques psychosociaux au moyen de questionnaires appropriés)

[...]

Caractéristique minimale point 3, évaluation lors de la sortie:

Test de performance (test de marche de 6 minutes ou ergométrie)

Mesure de la qualité de vie avec un questionnaire validé

Saisie du profil de risque, y compris les facteurs de risques psychosociaux au moyen de questionnaires appropriés (selon la définition de la société de la discipline)

3.18. BB.41.- Réadaptation surveillée, selon le nombre de jours de traitement

Concerne toutes les versions linguistiques

Les caractéristiques minimales «point 1, document de référence», «point 2, examen de diagnostic lors de l'admission, évaluation» et «point 3, surveillance» de la sous-catégorie BB.41.- doivent être adaptées comme suit.

BB.41.- Réadaptation surveillée, selon le nombre de jours de traitement

Note: [...]

Caractéristique minimale point 1, document de référence:

Les exigences relatives aux conditions structurelles et à l'équipe thérapeutique figurent dans le «Document de référence concernant la sous-catégorie CHOP BB.41.- Réadaptation surveillée, selon le nombre de jours de traitement». 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?#minimales>~~ <https://www.fmh.ch/fr/themes/tarifs-hospitaliers/st-reha.cfm> - La version en vigueur sera communiquée dans la circulaire 2024 N° 1.

La version définitive sera mise à disposition sur le site Internet de la FMH d'ici au 1^{er} janvier 2024.

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 ~~-au moyen de l'indice de Barthel de la réadaptation précoce selon Schönle~~.

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 le code 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.

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 rééducation sous surveillance, au moins 180 minutes de soins et de traitements par jour, 7 jours par semaine en moyenne.

3.19. BB.42.- Surveillance intensive dans une situation menaçant le pronostic vital de manière transitoire

Concerne toutes les versions linguistiques

La Caractéristique minimale «point 1, document de référence» de la sous-catégorie BB.42.- doit être adaptée comme suit.

BB.42.- Surveillance intensive dans une situation menaçant le pronostic vital de manière transitoire

Note: [...]

Caractéristique minimale point 1, document de référence:

Les exigences relatives aux conditions structurelles et à l'équipe thérapeutique figurent dans le «Document de référence concernant la sous-catégorie CHOP BB.42.- Surveillance intensive dans une situation menaçant le pronostic vital de manière transitoire». 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?#minimales>~~ <https://www.fmh.ch/fr/themes/tarifs-hospitaliers/st-reha.cfm>.

~~La version en vigueur sera communiquée dans la circulaire 2024 N° 1.~~ La version définitive sera mise à disposition sur le site Internet de la FMH d'ici au 1^{er} janvier 2024.

4. Informations complémentaires sur la CIM-10-GM 2022

Légende: nouveautés en vert, suppressions en rouge

4.1. K52.9 «Gastroentérite et colite non infectieuses, sans précision»

Concerne uniquement la version italienne

4.2. Y84.9! «Incidents dus à des mesures médicales, sans précision»

Concerne uniquement la version française

Le «!» doit être rajouté dans l'exclusion concernant le code Y82.8.

Y84.9! Incidents dus à des mesures médicales, sans précision

Mesures chirurgicales ou médicales comme cause de réaction anormale d'un patient ou de complication ultérieure sans indication d'incident au moment de l'exécution de la mesure

Excl.: Échec ou dysfonction d'appareils et de produits médico-techniques (durant une intervention) (après implantation) (durant leur utilisation) (Y82.8!)

Incidents lors d'intervention chirurgicale ou de traitement médical, qui peuvent être classés sous Y69! (Y69!)

4.3. Z63 «Autres difficultés liées à l'entourage immédiat, y compris la situation familiale»

Concerne uniquement la version italienne

5. Annexe

5.1. Informations et précisions

La présente circulaire contient toutes les «informations et précisions» valables à partir du 1^{er} janvier 2024.

Légende: nouveautés en vert, suppressions en rouge

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) 01.01.2012 (valable depuis)
0998 01.01.2012
[...] 01.07.2017 etc.
0852

0762 01.01.2024 Durée de la thérapie prise en compte

Pour une thérapie de groupe, la durée totale des séances de traitement où le patient est présent est prise en compte. Par exemple, si cinq patients ont participé à une heure de thérapie de groupe, une durée de traitement de 60 minutes est prise en compte pour chaque patient.

Si, dans le cadre d'une thérapie de groupe ou individuelle, le même type de thérapie/prestation thérapeutique est fourni par deux thérapeutes/infirmiers ou plus, le temps de thérapie doit être compté une seule fois. Indépendamment du nombre de thérapeutes, c'est le temps de thérapie consacré au(x) patient(s) qui s'applique.

Exception: pour certains codes CHOP, il est indiqué en note que si le même type de thérapie/prestation thérapeutique est fourni par deux thérapeutes/infirmiers ou plus, il faut compter le temps par thérapeute/infirmier.

0763 01.01.2024 Précision concernant l'utilisation de l'instrument de mesure FIM™

L'utilisation de l'instrument de mesure FIM™ est soumise à licence. Au niveau national, l'ANQ est preneur de licence et seulement à des fins de mesures de qualité et ce uniquement dans le domaine de la réadaptation stationnaire. Des sous-licences correspondantes sont délivrées par l'ANQ.

Les données FIM™ des hôpitaux appartiennent cependant à ces hôpitaux et peuvent être réutilisées par eux à toutes fins utiles. L'utilisation de la FIM™ dans des établissements/hôpitaux de soins somatiques aigus et de psychiatrie à des fins tarifaires et de mesure de qualité n'est autorisée qu'avec une licence valable. Le contrat de licence en vigueur de l'ANQ ne couvre pas cette utilisation.

0764 01.01.2024 Calcul des journées d'hospitalisation en cas d'utilisation du code CHOP 93.59.5- «Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, selon le nombre de jours de traitement»

Pour le calcul des jours de traitement sous les codes CHOP 93.59.50 à 93.59.53 «Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, selon le nombre de jours de traitement», le jour d'entrée et le jour de sortie ne doivent être comptés que comme un seul jour de traitement si les caractéristiques minimales sont remplies.

0765 01.01.2024 Remplacement de la tige ou de la tête d'une endoprothèse (inversée) de l'épaule

Il n'existe pas de code spécifique dans la CHOP pour le changement de tige d'une endoprothèse inversée de l'épaule. En attendant la création de codes spécifiques, il convient d'utiliser le code 80.01.09 «Arthrotomie pour ablation de prothèse, ceinture scapulaire et épaule, autre» pour le retrait de la tige et le code 81.81.35 «Implantation d'insert, tête ainsi que tige, endoprothèse totale d'épaule, lors d'un remplacement de composantes» pour l'implantation (si remplacement).

Si l'on change uniquement la tête de la prothèse, il convient d'utiliser les codes CHOP 80.01.09 «Arthrotomie pour ablation de prothèse, ceinture scapulaire et épaule, autre» et 81.81.34 «Implantation insert ainsi que tête, endoprothèse totale d'épaule, lors d'un remplacement de composantes».

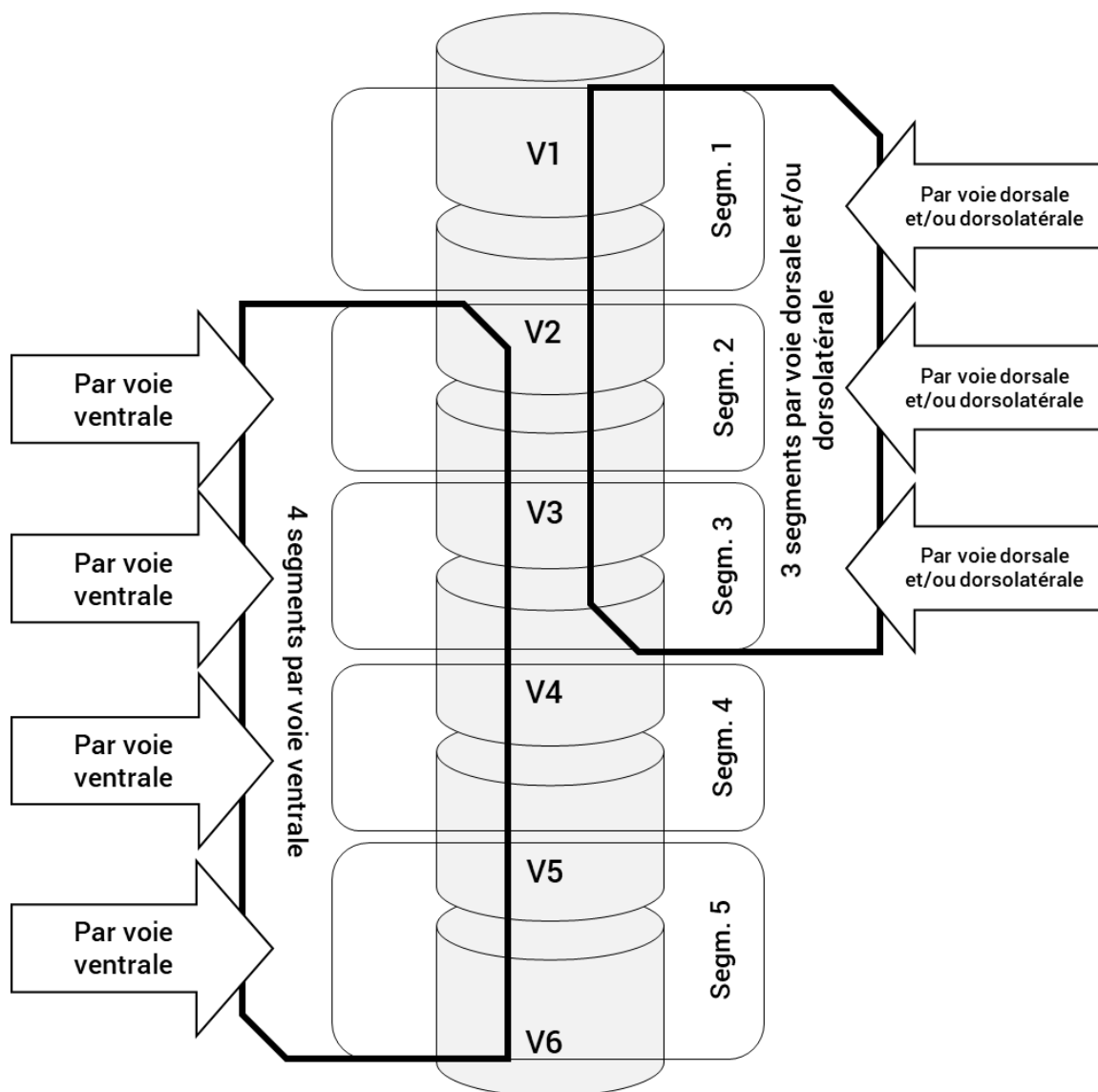
0766 01.01.2024 7A.7- Stabilisation de la colonne vertébrale et correction de position – Abord dorsal et/ou dorso-latéral

Pour les sous-catégories 7A.71.- à 7A.74.-, la subdivision a été faite en 5^e position pour la voie dorsale et dorsolatérale et en 6^e position pour la voie ventrale, selon le nombre de segments traités (subdivisés en 14 et plus). Selon les conventions CHOP, le «et» doit être compris comme «et/ou». La note sous 7A.7- «Stabilisation de la colonne vertébrale et correction de position» est la suivante:

«Si l'abord pour certains segments a lieu par voie dorsale ainsi que ventrale, il faut indiquer, pour la zone complète d'intervention, le nombre total de segments qui ont été opérés par voie dorsale avec un code ainsi que le nombre total de segments qui ont été opérés par voie ventrale avec un autre code. De plus, le code supplémentaire du nombre total de segments opérés est à saisir.»

Les voies d'abord dorsolatérales font partie des voies d'abord dorsales. En d'autres termes, le segment n'est pas compté deux fois s'il est opéré par voie dorsale et dorsolatérale.

Dans l'exemple de l'illustration suivante, une spondylodèse a été réalisée sur six vertèbres, ce qui correspond à cinq segments. Trois segments sont opérés par voie dorsale et/ou dorsolatérale, quatre segments par voie ventrale. On saisit donc un code pour trois segments «dorsal et dorsolatéral» et un code pour quatre segments «ventral». Le code correspondant de la sous-catégorie 7A.B4.- «Somme des segments opérés de la colonne vertébrale» est par ailleurs codé pour cinq segments.



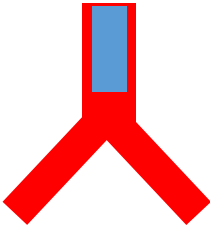
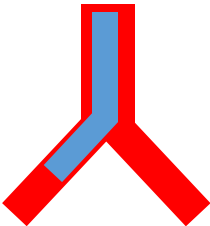
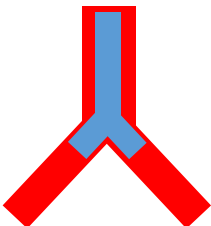
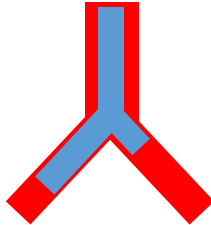
0767 01.01.2024 Saisie de 39.78.5- «Extrémité des endoprothèses [stents grafts] les plus basses»

Pour les codes de la sous-catégorie 39.71.- «Implantation endovasculaire d'une endoprothèse [stent graft] dans l'aorte abdominale» et de la sous-catégorie 39.73.4- «Implantation endovasculaire d'endoprothèses [stents grafts] dans l'aorte thoraco-abdominale», il faut indiquer avec le code supplémentaire 39.78.5- «Extrémité des endoprothèses [stents grafts] les plus basses» comment se termine l'endoprothèse.

La sous-catégorie 39.78.5- comprend trois codes supplémentaires:

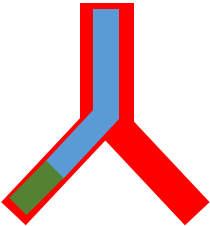
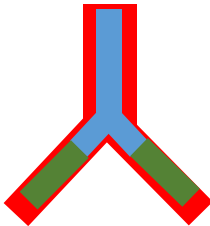
- 39.78.51 «Extrémité de l'endoprothèse [stent graft] la plus basse, aortique»
- 39.78.52 «Extrémité de l'endoprothèse [stent graft] la plus basse, aorto-mono-iliaque»
- 39.78.53 «Extrémité des endoprothèses [stents grafts] les plus basses, aorto-bi-iliaque»

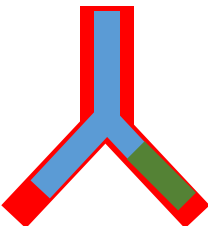
La signification de chaque code additionnel est représentée graphiquement dans le tableau ci-dessous.

39.78.51 «aortique»	39.78.52 «aorto-mono-iliaque»	39.78.53 «aorto-bi-iliaque»
		
		

Les endoprothèses aorto-mono-iliaques ou aorto-bi-iliaques peuvent être prolongées par des endoprothèses dans l'artère iliaque commune gauche et/ou droite (d'autres endoprothèses sont alors appendues). Dans ce cas les codes correspondants des sous-catégories 39.7A.1- « Implantation endovasculaire d'endoprothèses [stents grafts] dans les artères du bassin, iliaque, sans ouverture, selon le nombre de stents» et 39.7A.2- «Implantation endovasculaire d'endoprothèses [stents grafts] dans les artères du bassin, iliaque, avec ouverture» doivent être codés en sus.

Le tableau suivant illustre les différentes situations:

39.78.52 «aorto-mono-iliaque»	39.78.53 «aorto-bi-iliaque»
	
Codage: • Un code de 39.71.- ou 39.73.4- • 39.78.52 • Un code de 39.7A.1- ou 39.7A.2 - si ouverture (ouverture non dessinée)	Codage: • Un code de 39.71.- ou 39.73.4- (une seule branche de la prothèse bifurquée est considérée comme une ouverture) • 39.78.53 • Deux codes de 39.7A.1- et/ou 39.7A.2- si ouverture (ouverture non dessinée)

	39.78.53 «aorto-bi-iliaque»
	
	Codage: • Un code de 39.71.- ou 39.73.4- (une seule branche de la prothèse bifurquée est considérée comme une ouverture) • 39.78.53 • Un code de 39.7A.1- ou 39.7A.2- si ouverture (ouverture non dessinée)

0768 01.01.2024 Dispositifs vaso-occlusifs vs. systèmes de protection contre l'embolie

Dans la CHOP, il existe des codes pour les opérations/interventions vaso-occlusives, appelées embolisations par coils, plugs, filtres (parapluie), etc., par exemple 39.79.2- «Embolisation ou occlusion par coils, autres vaisseaux», 39.79.5- «Embolisation sélective d'autres vaisseaux par filtres [parapluie]» ou 39.79.A- «Embolisation sélective d'autres vaisseaux par plugs».

Les codes supplémentaires de la catégorie 00.4A.- «Nombre de coils endovasculaires utilisés» et 00.4G.- «Insertion de corps d'obstruction vasculaire» sont également disponibles.

Les codes supplémentaires des sous-catégories 00.4G.2- à 00.4G.6- «Filtres [parapluie] vasculaires implantés dans des vaisseaux thoraciques, abdominaux et périphériques, selon le nombre» ne sont valables que pour la représentation des dispositifs utilisés dans le contexte d'opérations/interventions vaso-occlusives (par ex. embolisations sélectives). Les codes sous 00.4G.- ne doivent pas être utilisés pour les systèmes de protection contre l'embolie.

Le code supplémentaire 39.E1 «Utilisation d'un système de protection anti-embolie» permet de saisir les systèmes de protection anti-embolie péri-interventionnels.

Les codes 38.7X.11 «Insertion d'un système de protection anti-embolie dans la veine cave, par chirurgie ouverte», 38.7X.21 «Insertion d'un système de protection anti-embolie dans la veine cave, par voie transluminale percutanée», 39.75.13 «Intervention vasculaire transluminale percutanée, autres vaisseaux, système de protection anti-embolie (vaisseaux périphériques ou viscéraux)» représentent des systèmes permanents.

0769 01.01.2024 Thrombectomie transluminale percutanée sur les vaisseaux pulmonaires à l'aide d'un système d'élimination du thrombus

Une thrombectomie transluminale percutanée sur des vaisseaux pulmonaires au moyen d'un système de retrait du thrombus peut être enregistrée à l'aide d'un code et de deux codes supplémentaires:

- 39.75.17 «Thrombectomie transluminale percutanée, autres vaisseaux»
- 00.4B.13 «ITPC sur des vaisseaux pulmonaires»
- les codes supplémentaires pertinents du groupe d'éléments 00.4F.2- «Utilisation de systèmes d'extraction de corps étranger et de thrombus guidés par cathéter, selon le nombre de systèmes»

(Selon le cas, d'autres codes CHOP doivent être pris en compte.)

0770 01.01.2024 Traitement de soins infirmiers complexes – affectation d'une intervention à un seul groupe de prestations

Les interventions infirmières pourraient théoriquement être affectées à plusieurs groupes de prestations. Dans le cas des soins infirmiers complexes, une intervention de soins fournie ne peut toutefois être affectée qu'à un seul groupe de prestations. Cela ne signifie pas qu'elle sera obligatoirement affectée au groupe de prestations dans lequel des points ont déjà été saisis pour cette journée.

Exemple: un transfert aux toilettes est effectué dans le cadre du profil d'intervention infirmière 3.1 du groupe de prestation 3 «Excrétion». Le patient est déshabillé et les mesures d'hygiène nécessaires prises après l'excrétion. Les activités «transfert jusqu'aux toilettes» et «mesures d'hygiène» font dans ce cas partie du profil d'intervention infirmière 3.1. Elles ne peuvent pas être comptabilisées en plus sous le profil d'intervention infirmière du groupe de prestations 1 «Mobilité» et 2 «Soins d'hygiène corporelle».

0771 01.01.2024 BA.X0 Type de réadaptation, avec moins de 300 minutes de thérapie par semaine

Pour les séjours en réadaptation de moins de sept jours et de moins de 300 minutes, c'est la valeur absolue en minutes qui doit être prise en compte et non l'extrapolation potentielle au prorata des sept jours. Les codes BA.x0 «[...]», avec moins de 300 minutes de thérapie par semaine» sont disponibles dans ce cas.

~~**0772 01.07.2023 Kodierung der dreistelligen Kategorie BB.1-**~~

La précision 0772 est supprimée, car la catégorie à trois chiffres BB.1- a été supprimée dans la CHOP 2024.

~~**0773 01.07.2023 Radiorezeptortherapie mit 177Lu-PSMA-617**~~

La précision 0773 est supprimée, car le code spécifique 92.28.6A «Radiothérapie par ciblage de récepteurs par 177Lu-PSMA-617» a été ajouté dans la CHOP 2024. La «Radiothérapie par ciblage de récepteurs par 177Lu-PSMA-617» ne doit donc plus être représentée par la classe 92.28.6C «Radiothérapie par ciblage de récepteurs par autres ligands du PSMA», mais par le code spécifique 92.28.6A.

0774 01.01.2023 Informations et précisions sur les soins palliatifs

Les précisions suivantes concernent le groupe d'éléments ~~93.8A.2-93.8B.2~~ «Traitement complexe de médecine palliative, selon le nombre de jours de traitement» et la sous-catégorie 93.8B.- «Soins palliatifs spécialisés». 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

0774/1: 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. [...]

93.8B.-: 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 93.8B.-.

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.

0774/2: Domaine de traitement

93.8A.2-: Caractéristique minimale point 3: équipe thérapeutique et traitement:

[...]

b) Équipe thérapeutique multidisciplinaire de médecins, de personnel soignant ~~et ainsi que des~~ domaines thérapeutiques suivants: travail social/travail socio-pédagogique/infirmier de liaison, psychologie, physiothérapie, ergothérapie, logopédie, conseil/traitement diététique, accompagnement spirituel, art-thérapie.

c) Les prestations médicales, les soins infirmiers ~~et ainsi qu'au moins deux des domaines thérapeutiques~~ **susmentionnés** s'appliquent au moins 6 heures par semaine (7 jours ~~calendrier-calendaires~~), ~~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.~~ **Ces prestations incluent également les entretiens réguliers et documentés avec le patient, les proches et la famille, qui peuvent être effectués par tous les groupes professionnels mentionnés ici.**

Les prestations s'effectuent en différentes combinaisons selon les nécessités du malade .

93.8B.-: Caractéristique minimale point 3, traitement:

[...]

b) Voir sous les groupes d'éléments 93.8B.1- ou 93.8B.2- pour les spécifications respectives

[...]

Caractéristique minimale point 4, équipe thérapeutique:

[...]

c) équipe thérapeutique multidisciplinaire composée de médecins, de personnel soignant ~~et ainsi que~~ des domaines thérapeutiques suivants: travail social/travail socio-pédagogique/infirmier de liaison, psychologie, physiothérapie, ergothérapie, logopédie, conseil/traitement diététique, accompagnement spirituel, art-thérapie.

93.8B.1- Prestation de base «Soins palliatifs spécialisés», selon le nombre de jours de traitement

Caractéristique minimale point 3, traitement:

En plus de la Caractéristique minimale point 3, traitement sous la sous-catégorie 93.8B.-

b) Les soins médicaux et infirmiers et au besoin les domaines thérapeutiques listés sous la Caractéristique minimale point 4c s'appliquent.

93.8B.2- Soins palliatifs spécialisés avec prestation supplémentaire de traitements, selon le nombre de jours de traitement

Caractéristique minimale point 3, traitement:

En plus de la Caractéristique minimale point 3, traitement sous la sous-catégorie 93.8B.-

b) Les soins médicaux, ~~et~~ infirmiers ~~et~~ ainsi qu'au moins deux des domaines thérapeutiques listés sous la caractéristique minimale point 4c s'appliquent au total au moins six heures par semaine (7 jours ~~du calendrier~~ **calendaires**). Ces prestations incluent également les entretiens réguliers et documentés avec le patient, les proches et la famille, qui peuvent être effectués par tous les groupes professionnels mentionnés ici. 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 93.8B.-.
2. Les discussions interprofessionnelles en équipe, selon 0774/3, et la durée des déplacements ne sont pas comptées dans les 6 heures.
3. Les «visites interprofessionnelles» (Caractéristique minimale point 3, traitement, a) de la sous-catégorie 93.8B.-) ne sont pas comptées dans les 6 heures.
4. 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.
5. 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.
6. Il n'y a pas de prescription fixant la durée minimale d'une unité thérapeutique.
7. 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.

0774/3: Discussion en équipe

93.8A.2-: Caractéristique minimale point 4, planification et contrôle du traitement:

[...]

b) Chaque semaine, discussion interprofessionnelle en équipe avec documentation hebdomadaire des résultats déjà atteints et des futurs objectifs du traitement.

93.8B.-: Caractéristique minimale point 5, planification et contrôle du traitement:

[...]

b) 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^e 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 2^e semaine.

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

0775 01.01.2023 Lavage péritonéal

Le lavage péritonéal diagnostique ou thérapeutique au moyen d'une ponction doit être saisi avec le code 54.91 «Drainage abdominal percutané (ponction)». L'Exclusion «Lavage péritonéal (54.25)» sous le code 54.91 doit ainsi être ignorée. L'Exclusion «Ponction d'ascite diagnostique (54.26)» sous le code 54.91 continue à s'appliquer.

Le lavage péritonéal diagnostique ou thérapeutique par laparoscopie ou par laparotomie (chirurgie ouverte) doit être saisi avec le code 54.25 «Lavage péritonéal». Pour un lavage péritonéal réalisé par laparoscopie, le code 54.21.20 «Laparoscopie, voie d'abord pour interventions chirurgicales (thérapeutiques)» doit être saisi en plus.

~~**0776 01.01.2023 Précision concernant l'utilisation de l'instrument de mesure FIMTM**~~

La précision 0776 est remplacée par la précision 0763 dans la circulaire 2024 n° 1.

~~**0777 01.07.2022 Calcul de la durée de séjour en réadaptation pour la saisie des codes BA.-**~~

La précision 0777 est supprimée de la circulaire 2024 n° 1. Elle a été prise en compte lors de la révision de la directive de codage relative à la rééducation.

~~**0778 01.07.2022 Durée de traitement prise en compte pour les thérapies de groupe**~~

La précision 0778 est remplacée par la précision 0762 dans la circulaire 2024 n° 1.

0780 01.07.2022 Codage des sous-catégories CHOP 94.3D.- «Prise en charge 1:1 de troubles psychiques et psychosomatiques en psychiatrie adulte» et 94.3E.- «[...] en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent»

La Caractéristique minimale point 3 «*Traitement*» des sous-catégories 94.3D.- et 94.3E.- spécifie: «*prise en charge 1:1 signifie qu'un spécialiste formé de l'équipe thérapeutique désignée sous Caractéristique minimale point 4 prend en charge en continu un seul patient, de manière individuelle sur une période d'au moins 2 heures sans interruption*».

La CHOP n'exige pas de présence physique dans la même pièce. Ainsi, une prise en charge individuelle en continu à travers une vitre ou par écran interposé peut être considérée comme une prise en charge 1:1 pour autant que les autres caractéristiques minimales soient respectées.

~~**0781 01.07.2022 Codage en cas de prise de substances psychoactives de façon chaotique et sans discrimination (F19.- «Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives»)**~~

La précision 0781 est supprimée de la circulaire 2024 n° 1. Elle a été prise en compte lors de la révision de la directive de codage SD0501m «*Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (alcool, stupéfiants, médicaments, nicotine)*».

0782 01.07.2022 Codes des traitements complexes «[...] jusqu'à 6 jours de traitement»

Les codes «[...] jusqu'à 6 jours de traitement» sont saisis dans les cas où le traitement complexe respectivement désigné a été réalisé sur maximum 6 jours de traitement pendant le séjour hospitalier. Ces codes ne contiennent pas de nombre minimal de jours de traitement. Cela signifie que, pour ces codes, les caractéristiques minimales qui se rapportent à une semaine ou à un nombre particulier de jours de traitement ne s'appliquent pas. Les caractéristiques minimales, telles que les indications, les évaluations, l'infrastructure de traitement (par ex. la certification) et les qualifications doivent être respectées.

0785 01.07.2022 Hydronéphrose et infection

Les codes CIM-10-GM de la sous-catégorie à 4 positions N13.6- «Pyonéphrose» sont uniquement utilisés en cas d'infection documentée du rein. Cela concerne également le code final N13.68 «Pyonéphrose, autre et non précisée».

Une hydronéphrose avec obstruction calculeuse urétérale avec infection des voies urinaires dont le siège n'est pas précisé est codée avec N13.21 «Hydronéphrose avec obstruction calculeuse urétérale» et N39.0 «Infection des voies urinaires, siège non précisé».

0786 01.01.2022 93.8C.1- Document de référence

Dans la CHOP 2022, la «Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, selon le nombre de jours de traitement» a été déplacée du code 93.89.1- vers le code 93.8C.1-. Dans la «Caractéristique minimale point 0, définition et document de référence» du groupe d'éléments 93.8C.1-, l'ancien code est encore indiqué dans le titre du document de référence. Le contenu du document de référence s'applique néanmoins au nouveau code 93.8C.1-.

0788 01.01.2022 Spondylodèse: comptage des segments lors de changement de tige et mise en place de rallonge

Les segments sur lesquels seules les tiges sont enlevées lors d'une intervention de révision sur la colonne vertébrale (pour être remplacées par des tiges plus longues en cas de pathologie du segment adjacent) et pour lesquels aucune autre mesure chirurgicale n'est entreprise sur les vertèbres, telle que la mise en place de nouvelles vis pédiculaires ou d'une cage, la décortication de facettes articulaires, l'insertion d'os local ou de matériau de remplacement d'os, n'entrent pas dans le calcul des segments opérés.

Comptage des segments en situation de pontage:

Exemple: une spondylodèse des vertèbres L2-L4 préexistante, complétée à présent par une nouvelle fusion des segments L1/L2 et L4/L5 sera représentée par le code CHOP correspondant pour 2 segments si, comme indiqué ci-dessus, aucune autre mesure n'est entreprise sur les vertèbres L2-L4 en dehors de la pose de la tige.

0789 01.01.2022 Saisie de stents/prothèses non vasculaires

Les codes suivants présentent une subdivision par nombre de stents/prothèses implanté(e)s. Il n'existe pas de codes totaux pour l'ensemble du séjour pour ces types de stents/prothèses.

- 42.81.- Insertion d'un tube permanent dans l'œsophage
- 51.87.- Insertion ou remplacement de stent de voie biliaire, par endoscopie
- 51.9A.- Insertion ou remplacement de stent de voie biliaire

Le code doit être choisi par intervention avec le nombre correspondant de stents/prothèses inséré(e)s et saisi une fois par intervention.

Exemple: Le jour X, deux prothèses auto-expansibles sont insérées dans l'œsophage. Le jour Y, une prothèse auto-expansible est remplacée.

Codage

Jour X: 42.81.41 «Insertion et remplacement de deux prothèses auto-expansibles (tubes permanents) dans l'œsophage, par endoscopie»

Jour Y: 42.81.40 «Insertion et remplacement de prothèse auto-expansible (tube permanent) dans l'œsophage, par endoscopie»

Chacun des codes suivants indique uniquement «~~de stent~~d'une prothèse» ou «de prothèse», resp. «d'un stent» ou de «stent». Il n'existe pas de codes totaux pour l'ensemble du séjour pour ces types de stents/prothèses.

- 09.83 Conjonctivo-rhinostomie avec insertion de tube ou de stent
- 31.93 Remplacement de tube [stent] de trachée ou de larynx
- 31.96 Insertion de tube [stent] de trachée ou de larynx
- 33.91.2- Dilatation bronchique, endoscopique, avec insertion ou remplacement de stent /endoprothèse [stent graft]
- 44.99.5- Insertion ou remplacement de prothèse non auto-expansible dans l'estomac
- 44.99.6- Insertion ou remplacement de prothèse auto-expansible dans l'estomac
- 46.99.5- Insertion ou remplacement de prothèse non auto-expansible dans l'intestin
- 46.99.6- Insertion ou remplacement de prothèse auto-expansible dans l'intestin
- 48.99.50 Insertion ou remplacement d'une prothèse non auto-expansible dans le rectum
- 48.99.60 Insertion ou remplacement d'une prothèse auto-expansible dans le rectum
- 52.93.- Insertion, remplacement ou enlèvement de stent [prothèse] ~~de~~ dans le ou du canal pancréatique, par endoscopie
- 52.95.4- Insertion ou remplacement ~~de~~ d'un stent [prothèse] non auto-expansible dans le canal pancréatique, chirurgical ouvert ou par laparoscopie
- 52.95.5- Insertion ou remplacement ~~de~~ d'un stent [prothèse] auto-expansible dans le canal pancréatique, chirurgical ouvert ou par laparoscopie
- 58.99.10 Autres opérations d'urètre et de tissu périurétral, insertion et remplacement d'un stent urétral
- 60.99.31 Insertion de stent dans l'urètre prostatique

Pour chaque intervention, le code doit être saisi autant de fois qu'il y a de stents/prothèses implanté(e)s.

Exemple: Le jour X, deux prothèses non auto-expansibles sont insérées dans l'intestin. Le jour Y, ces deux prothèses sont enlevées et remplacées par une prothèse auto-expansible.

Codage:

Jour X: 46.99.51 «Insertion ou remplacement de prothèse non auto-expansible dans l'intestin, par chirurgie ouverte» est codé **deux fois**.

Jour Y: 46.99.71 «Enlèvement de prothèse de l'intestin, par chirurgie ouverte» est codé **deux fois**.
46.99.61 «Insertion ou remplacement de prothèse auto-expansible dans l'intestin, par chirurgie ouverte» est saisi **une fois**.

~~0791 01.01.2022 Corps d'obturation vasculaire vs systèmes de protection anti-embolie~~

La précision 0791 est remplacée par la précision 0768 dans la circulaire 2024 n° 1.

0793 01.01.2022 Codage de l'ulcère hypertensif (de Martorell)

L'ulcère hypertensif (de la jambe) est une forme particulière d'ulcère de la jambe qui apparaît principalement sur la partie latéro-dorsale de la jambe ou au-dessus du tendon d'Achille. La plupart des personnes concernées présentent une hypertension marquée de longue durée, associée dans environ 60% des cas à un diabète sucré de type 2.

L'étiologie de l'ulcère hypertensif s'explique de trois manières: l'artériosclérose ischémique, la médiocalcose des artérioles pathologiques et les processus inflammatoires locaux.

L'artériosclérose sclérosante dans le tissu sous-cutané est au premier plan de la pathogenèse de la nécrose cutanée.

Cependant, même si la pathogenèse de la maladie se trouve dans une artériosclérose sclérosante, la véritable cause fondamentale est l'hypertension.

Il n'y a pas de code CIM-10-GM spécifique pour l'ulcère hypertensif (de Martorell).

Pour cette affection, nous recommandons donc la combinaison de codes suivante:

L97 *Ulcer du membre inférieur, non classé ailleurs*, associé à la combinaison dague/étoile du code correspondant

I10.-† à I15.-† et L99.8* *Autres affections précisées de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané au cours de maladies classées ailleurs*.

Cette méthode de saisie permet de distinguer l'ulcère hypertensif des autres types d'ulcères du membre inférieur.

0801 01.07.2021 Codage du vissage trans-ilio-sacré d'une fracture du sacrum

Pour les fractures alaires simples du sacrum (par exemple dans le cadre d'une fracture ostéoporotique) avec colonne vertébrale stable, le code 7A.49 «Ostéosynthèse de vertèbres isolées, cyphoplastie ou vertébroplastie, autre» suivi de 81.29.10 «Arthrodèse sacro-iliaque» doit être utilisé.

Pour les fractures du sacrum entraînant une instabilité vertébrale (survenant généralement dans le cadre d'un polytraumatisme), le code 7A.73.11 «Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse sans fusion des vertèbres, abord dorsal ou dorsolatéral, 1 segment» suivi de 81.29.10 «Arthrodèse sacro-iliaque» doit être utilisé pour l'abord dorsal/dorsolatéral (incl. abord percutané).

0808 01.01.2021 Remplacement d'endoprothèse de genou et implantation d'autres composantes/de composantes supplémentaires

Si une endoprothèse de genou existante, quel que soit son type, est remplacée par une autre endoprothèse de genou, il convient de choisir le code avec la désignation «lors d'un remplacement de prothèse» pour l'implantation. Par ex., pour l'explantation d'une hémiprothèse et l'implantation d'une endoprothèse totale au même genou, le code 81.54.31 «Implantation d'une endoprothèse totale standard de genou lors d'un remplacement de prothèse» doit être saisi pour l'implantation, et **non** le code 81.54.21 «Première implantation d'endoprothèse totale standard de genou».

Si, lors du remplacement d'une endoprothèse de genou, un resurfaçage arrière de rotule est utilisé pour la première fois, le code 81.54.42 «Implantation d'un resurfaçage arrière de la rotule lors d'un remplacement» doit être saisi, et **non** le code 81.54.27 «Première implantation d'un resurfaçage arrière de la rotule».

0810 01.01.2021 Saisie du nombre de stents et d'endoprothèses (stent grafts) implantés

Cette précision est structurée comme suit:

- Saisie du nombre d'endoprothèses (stents grafts) aortiques
- Saisie du nombre d'endoprothèses (stents grafts) implantées dans l'artère iliaque, les veines profondes, les vaisseaux abdominaux et viscéraux
- Saisie du nombre d'implantations transluminales (percutanées) de stents
- Saisie du nombre de stents implantés dans les artères coronaires
- Saisie du nombre de stents lorsque, dans un cas stationnaire, des stents ont été implantés à la fois dans les artères coronaires et dans d'autres vaisseaux
- Raison pour l'indication de la somme totale de stents et d'endoprothèses (stent grafts) implantées lors d'un séjour hospitalier

Les indications de codage données dans les exemples de cas concernent les stents et les endoprothèses (stents grafts) implantés. Le codage doit être complété conformément au cas stationnaire concerné.

Saisie du nombre d'endoprothèses (stents grafts) aortiques

Les endoprothèses [stents grafts] aortiques sont inventoriées dans les sous-catégories 39.71.- «Implantation endovasculaire d'une endoprothèse [stent graft] dans l'aorte abdominale» et 39.73.- «Implantation endovasculaire d'endoprothèses [stents grafts] dans l'aorte ascendante, la crosse aortique, l'aorte thoracique et thoraco-abdominale».

La «note» suivante accompagne ces deux sous-catégories:

«Si plusieurs endoprothèses [stents grafts] sont implantées dans l'aorte [...], chaque implant doit être codé séparément».

Ainsi que le «Coder aussi» suivant:

«Nombre d'endoprothèses [stents grafts] aortiques implantées (39.78.6-)»

1^{er} exemple de cas

Cas: deux endoprothèses (stents grafts) comptant chacune une ouverture sont implantées dans l'aorte abdominale pendant une intervention lors d'un séjour stationnaire.

Codage:

Saisir deux fois le code 39.71.22 «Implantation endovasculaire d'endoprothèses [stents grafts] dans l'aorte abdominale, avec 1 ouverture».

Les endoprothèses (stents grafts) aortiques implantées pendant le séjour dans l'aorte thoracique, l'aorte thoraco-abdominale et l'aorte abdominale sont additionnées et le code supplémentaire correspondant du groupe d'élément 39.78.6- est saisi avec la date du premier jour d'intervention, à savoir ici le code 39.78.61 «2 endoprothèses aortiques implantées».

2^e exemple de cas

Cas: une endoprothèse (stent graft) sans ouverture est implantée dans l'aorte abdominale lors d'une première intervention qui se déroule le jour X. Lors d'une seconde intervention qui se déroule le jour Y, un stent graft avec une ouverture est implanté dans l'aorte abdominale. Les deux interventions ont lieu durant le même séjour stationnaire.

Codage:

Saisir une fois le code 39.71.21 «Implantation endovasculaire d'endoprothèses [stents grafts] dans l'aorte abdominale, sans ouverture» pour le jour X.

Saisir une fois le code 39.71.22 «Implantation endovasculaire d'endoprothèses [stents grafts] dans l'aorte abdominale, avec 1 ouverture » pour le jour Y.

Les endoprothèses [stents grafts] aortiques implantées pendant le séjour dans l'aorte thoracique, l'aorte thoracoabdominale et l'aorte abdominale sont additionnées. Le code supplémentaire du groupe d'éléments 39.78.6- est saisi avec la date du premier jour d'intervention, à savoir, pour cet exemple, le code 39.78.61 «2 endoprothèses aortiques implantées».

3^e exemple de cas

Cas: une endoprothèse [stent graft] avec deux ouvertures est implantée dans l'aorte thoraco-abdominale.

Codage:

Saisir une fois le code 39.73.43 «Implantation endovasculaire d'endoprothèses [stents grafts] dans l'aorte thoraco-abdominale, avec 2 ouvertures».

Une seule endoprothèse [stent graft] a été implantée durant l'ensemble du séjour stationnaire. Il ne faut donc pas saisir de code supplémentaire du groupe d'élément 39.78.6- «Nombre d'endoprothèses [stents grafts] aortiques implantées».

4^e exemple de cas

Cas: le même jour, une endoprothèse [stent graft] avec une ouverture est implantée dans l'aorte thoracique et une endoprothèse [stent graft] sans ouverture est implantée dans l'aorte abdominale. Les deux stents grafts ne sont pas liés.

Codage:

Saisir une fois le code 39.73.32 «Implantation endovasculaire d'endoprothèses [stents grafts] dans l'aorte thoracique, avec 1 ouverture» pour le jour de l'intervention. Saisir une fois le code 39.71.21 «Implantation endovasculaire d'endoprothèses [stents grafts] dans l'aorte abdominale, sans ouverture» pour le jour de l'intervention.

Le code supplémentaire 39.78.61 «2 endoprothèses aortiques implantées» est saisi avec la date du premier jour d'intervention.

Saisie du nombre d'endoprothèses [stents grafts] implantées dans l'artère iliaque, les veines profondes, les vaisseaux abdominaux et viscéraux

Pour les endoprothèses [stents grafts] sans bras latéral implantées dans l'artère iliaque, le nombre de stents grafts implantés est combiné dans le même code que l'intervention et le matériel (cf. exemples de cas 1, 2 et 3). Les codes sous 39.7A.1- «Implantation endovasculaire d'endoprothèses [stents grafts] dans les artères du bassin, iliaque, sans ~~bras latéral~~ ouverture, selon le nombre de stents» doivent être saisis pour chaque jour d'intervention.

Pour les endoprothèses [stents grafts] implantées dans les veines profondes ou dans d'autres vaisseaux abdominaux et viscéraux, le code ne comprend pas le nombre d'endoprothèses implantées. En cas d'implantation de plusieurs endoprothèses [stents grafts], coder chaque endoprothèse [stent graft] séparément (voir exemples de cas 4 et 5).

Il n'existe pas de code pour indiquer le nombre total d'endoprothèses [stents grafts] dans l'artère iliaque et dans d'autres vaisseaux que l'aorte.

1^{er} exemple de cas

Si trois endoprothèses [stents grafts] sans bras latéral sont implantées dans l'artère iliaque dans le cadre d'une intervention, saisir une fois le code 39.7A.13 «Implantation endovasculaire, iliaque, 3 stents, sans ~~bras latéral~~ ouverture, pour le jour de l'intervention.

2^e exemple de cas

Si lors d'un séjour stationnaire une endoprothèse [stent graft] sans bras latéral est implantée dans l'artère iliaque lors d'une première intervention le jour X et qu'une deuxième endoprothèse [stent graft] sans bras latéral est implantée dans l'artère iliaque lors d'une seconde intervention le jour Y, il faut saisir le code 39.7A.11 «Implantation endovasculaire, iliaque, 1 stent, sans bras latéral ouverture, une fois pour le jour X et une fois pour le jour Y.

3^e exemple de cas

Si, lors d'une même intervention, une endoprothèse [stent graft] est implantée dans l'artère iliaque interne gauche et qu'une deuxième endoprothèse [stent graft] est implantée dans l'artère iliaque interne droite, il faut saisir deux fois le code 39.7A.11 «Implantation endovasculaire, iliaque, 1 stent, sans bras latéral ouverture, la première avec la variable de latéralité droite, la seconde avec la variable de latéralité gauche.

4^e exemple de cas

Si, le même jour d'intervention, deux endoprothèses [stents grafts] sont implantées dans la veine cave, il faut saisir deux fois le code 39.7A.31 «Implantation endovasculaire d'une endoprothèse [stents grafts] dans la veine cave».

5^e exemple de cas

Si une endoprothèse [stent graft] est implantée dans la veine cave le jour X et qu'une deuxième endoprothèse [stent graft] est implantée dans la veine cave le jour Y, il faut saisir deux fois le code 39.7A.31 «Implantation endovasculaire d'une endoprothèse [stents grafts] dans la veine cave», une fois pour chacun des jours où a eu lieu une intervention

Saisie du nombre d'implantations transluminales (percutanées) de stents

Dans les codes sous 39.B- «Implantation transluminale (percutanée) de stents dans des vaisseaux sanguins», chaque stent implanté est codé séparément. Par exemple, si trois stents sans libération de substance médicamenteuse sont implantés dans les artères de la cuisse et deux stents sans libération de substance médicamenteuse dans les artères de la jambe, le code 39.B1.G1 est utilisé trois fois et le 39.B1.H1 deux fois. Le nombre total de stents implantés pendant le séjour est calculé et saisi au moyen d'un code sous 39.C1.- «Nombre de stents implantés», à la date du premier jour d'intervention. Dans l'exemple précédent, 5 stents, 39.C1.15 «5 stents implantés ».

Saisie du nombre de stents implantés dans les artères coronaires

L'implantation de stents dans les artères coronaires est répertoriée dans les sous-catégories 36.03.- «Angioplastie d'artère coronaire à thorax ouvert» et 36.08.- «Implantation de stents coronaires, par voie transluminale percutanée». Les codes doivent être saisis pour chaque intervention et pour chaque type de stents implantés, autant de fois que de stents implantés. Si, par exemple, des stents avec libération de substance médicamenteuse ont été implantés dans plusieurs artères coronaires lors d'une intervention, il faut choisir le code portant l'indication «dans plusieurs artères coronaires» et le coder le nombre de fois correspondant au nombre de stents de ce type implantés.

Il n'existe pas de code spécifique pour la somme totale des stents implantés dans les artères coronaires.

1^{er} exemple de cas

Cas: le jour X, un stent avec libération de substances médicamenteuses est implanté dans une artère coronaire par voie transluminale percutanée. Le jour Y, deux stents avec libération de substance médicamenteuse sont implantés dans une artère coronaire par chirurgie ouverte.

Codage:

Saisir une fois le code 36.08.21 «Implantation par voie transluminale percutanée de stents avec libération de substances médicamenteuses, dans une artère coronaire».

Saisir deux fois le code 36.03.51 «Endartériectomie d'artère coronaire, par chirurgie ouverte, avec implantation de stents avec libération de substance médicamenteuse, dans une artère coronaire».

2^e exemple de cas

Cas: le jour X, un stent auto-expansible est implanté dans une artère coronaire. Le jour Y, un stent auto-expansible est implanté dans une autre artère coronaire.

Codage:

Saisir deux fois le code 36.08.23 «Implantation par voie transluminale percutanée de stents auto-expansibles avec libération de substances médicamenteuses, dans une artère coronaire» pour les dates respectives des interventions.

3^e exemple de cas

Cas: PTCA coronaire avec 4 stents (tous libérant des substances médicamenteuses) (2 RIVA (ramus interventricularis anterior (RIVA)), 1 RCX (ramus circumflex artery), 1 RCA (right coronary artery)) lors d'une intervention.

Codage:

Saisir quatre fois le code 36.08.22 «Implantation par voie transluminale percutanée de stents avec libération de substances médicamenteuses, dans plusieurs artères coronaires».

4^e exemple de cas

Cas: PTCA coronaire avec 4 stents (RIVA:1 stent avec libération de substances médicamenteuses, RCA : 2 BMS (bare metal stents), RCX 1 stent auto-expansible avec libération de substances médicamenteuses) lors d'une intervention.

Codage:

RIVA: saisir une fois le code 36.08.21 «Implantation par voie transluminale percutanée de stents avec libération de substances médicamenteuses, dans une artère coronaire» RCA: saisir deux fois le code 36.08.13 «Implantation par voie transluminale percutanée de stents auto-expansibles sans libération de substances médicamenteuses, dans une artère coronaire» et une fois le code supplémentaire 39.C2.12 «Stent métallique nu» RCX: saisir une fois le code 36.08.23 «Implantation par voie transluminale percutanée de stents auto-expansibles avec libération de substances médicamenteuses, dans une artère coronaire»

Saisie du nombre de stents lorsque, dans un cas stationnaire, des stents ont été implantés à la fois dans les artères coronaires et dans d'autres vaisseaux

Il n'est pas permis d'additionner le nombre de stents implantés dans les artères coronaires au nombre de stents implantés dans d'autres vaisseaux périphériques. Un code supplémentaire de la sous-catégorie 39.C1.- «Nombre de stents implantés» ne doit être saisi que pour la somme des stents implantés dans les vaisseaux périphériques pour l'ensemble du cas.

1^{er} exemple de cas

Lors d'une première intervention le jour X : PTCA coronaire avec 4 stents (tous libérant des substances médicamenteuses) (2 RIVA, 1 RCX, 1 RCA)

Lors d'une deuxième intervention le jour X : PTA et un stent (sans libération de substance médicamenteuse) dans l'artère fémorale

Pour le jour X, saisir:

Quatre fois le code 36.08.22 «Implantation par voie transluminale percutanée de stents avec libération de substances médicamenteuses, dans plusieurs artères coronaires»

Le code adéquat de la sous-catégorie ~~39.50.- «Angioplastie ou athérectomie d'autre(s) vaisseau(x) non coronaire(s)»~~ 39.75.- «Intervention vasculaire percutanée transluminale, autres vaisseaux»

Une fois le code 39.B1.G1 «Implantation transluminale (percutanée) de stents sans libération de substance médicamenteuse, artères de la cuisse» Et le code 39.C1.11 «1 stent implanté»

2^e exemple de cas

Lors d'une première opération le jour X: PTCA coronaire avec 4 stents (tous libérant des substances médicamenteuses) (2 RIVA, 1 RCX, 1 RCA)

Lors d'une deuxième opération le jour Y: PTA et un stent (sans libération de substance médicamenteuse) dans une artère de la cuisse

Pour le jour X, saisir:

Quatre fois le code 36.08.22 «Implantation par voie transluminale percutanée de stents avec libération de substances médicamenteuses, dans plusieurs artères coronaires»

~~Le code adéquat de la sous-catégorie 39.50.- «Angioplastie ou athérectomie d'autre(s) vaisseau(x) non coronaire(s)»~~

Pour le jour Y, saisir:

Le code adéquat de la sous-catégorie 39.75.- «Intervention vasculaire percutanée transluminale, autres vaisseaux»

Une fois le code 39.B1.G1 «Implantation transluminale (percutanée) de stents sans libération de substance médicamenteuse, artères de la cuisse» et le code 39.C1.11 «1 stent implanté»

Raison pour l'indication de la somme totale de stents et d'endoprothèses [stent grafts] implantées lors d'un séjour hospitalier

Les codes du groupe d'éléments 39.78.6- «Nombre d'endoprothèses [stents grafts] aortiques implantées» et de la sous-catégorie 39.C1.- «Nombre de stents implantés» servent à identifier les cas où plusieurs endoprothèses [stents grafts] aortiques ou stents périphériques ont été implantés, dans la même logique que celle qui prévaut pour les anastomoses de pontage pour la revascularisation (cf. 36.1C.- «Anastomose de pontage pour revascularisation du myocarde, par nombre total»).

~~0812 — 01.07.2020 — Système de protection anti-embolie et TAVI~~

Le code supplémentaire 39.C5 «Utilisation d'un système de protection anti-embolie» a été supprimé de la CHOP 2024. Un nouveau code supplémentaire 39.E1 «Utilisation d'un système de protection anti-embolie» a été ajouté sous la catégorie à 3 chiffres 39.E- «Informations complémentaires pour les opérations du système cardio-vasculaire». La précision 0812 est donc supprimée de la circulaire 2024 n° 1.

~~0814 — 01.07.2020 — Saisie des stents coronariens couverts~~

La précision 0814 est supprimée dans la circulaire 1/2024. Des codes spécifiques pour les stents coronariens couverts ont été créés dans la CHOP 2024.

~~0815 — 01.07.2020 — Utilisation du code 00.44 «Intervention sur bifurcation de vaisseaux sanguins» avec les codes sous 36.03.- et 36.08.-~~

La précision 0815 est supprimée dans la circulaire 1/2024. Les notes et mentions «Coder aussi» correspondantes ont été incluses dans les sous-catégories 36.03.- «Angioplastie d'artère coronaire à thorax ouvert» et 36.08.- «Implantation de stents coronaires, par voie transluminale percutanée» dans la CHOP 2024.

~~0816 — 01.07.2020 — Codage des stents coronariens imprégnés avec libération de substance médicamenteuse~~

La précision 0816 est supprimée dans la circulaire 2024 n° 1. Les inclusions et exclusions correspondantes ont été ajoutées aux codes concernés dans CHOP 2024.

~~0817 — 01.07.2020 — Saisie du code 39.78.5- «Extrémité de l'endoprothèse [stent graft] la plus basse»~~

La précision 0817 est remplacée par la précision 0767 dans l'annexe à la circulaire 2024 n° 1.

0818 01.07.2020 Code supplémentaire 00.9C.- «Interventions en un temps, main **et ou pied»**

Le tableau suivant précise, par l'exemple de la main, le codage avec le code d'intervention et le code supplémentaire lors d'interventions multiples en un temps

Interventions multiples en un temps, main - Exemples						
		Intervention		00.9C.1- Interventions multiples en un temps sur des rayons métacarpiens et des doigts		
Cas	Description	Code d'intervention	Latéralité	Code supplémentaire	Intitulé	Latéralité
Cas 1	Intervention de type A sur le doigt du 2 ^e rayon de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	Pas de code		
Cas 2	Intervention de type A sur le doigt du 2 ^e rayon de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	Pas de code		
	Intervention de type B sur le doigt du 3 ^e rayon de la main droite	Code de l'intervention de type B	Unilatéral droit			
Cas 3	Intervention de type A sur le doigt du 2 ^e rayon de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	Pas de code		
	Intervention de type B sur le métacarpe, 2 ^e rayon de la main gauche	Code de l'intervention de type B	Unilatéral gauche			
Cas 4	Intervention de type A sur les doigts des 2 ^e et 3 ^e rayons de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	00.9C.11	Interventions multiples en un temps sur 2 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral gauche
	Intervention de type B sur le doigt du 3 ^e rayon de la main gauche	Code de l'intervention de type B	Unilatéral gauche	Pas de code		

Cas 5	Intervention de type A sur les doigts des 2 ^e , 3 ^e et 4 ^e rayons de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	00.9C.12	Interventions multiples en un temps sur 3 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral gauche
Cas 6	Intervention de type A sur les doigts des 2 ^e , 3 ^e et 4 ^e rayons de la main gauche, ainsi que sur les doigts des 4 ^e et 5 ^e rayons de la main droite	Code de l'intervention de type A	Bilatéral	00.9C.12	Interventions multiples en un temps sur 3 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral gauche
				00.9C.11	Interventions multiples en un temps sur 2 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral droit
Cas 7	Intervention de type A sur le doigt du 2 ^e rayon de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	Pas de code		
	Intervention de type B sur l'os métacarpien du 3 ^e rayon de la main gauche	Code de l'intervention de type B	Unilatéral gauche	Pas de code		
	Intervention de type C sur les doigts des 3 ^e et 4 ^e rayons de la main gauche	Code de l'intervention de type C	Unilatéral gauche	00.9C.11	Interventions multiples en un temps sur 2 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral gauche
Cas 8	Intervention de type A sur les doigts des 2 ^e et 3 ^e rayons de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	00.9C.11	Interventions multiples en un temps sur 2 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral gauche
	Intervention de type B sur les doigts des 2 ^e et 3 ^e rayons de la main droite	Code de l'intervention de type B	Unilatéral droit	00.9C.11	Interventions multiples en un temps sur 2 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral droit
Cas 9	Intervention de type A sur les doigts des 2 ^e et 3 ^e rayons de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	00.9C.11	Interventions multiples en un temps sur 2 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral gauche
	Intervention de type B sur le doigt du 2 ^e rayon de la main droite	Code de l'intervention de type B	Unilatéral droit	Pas de code		

0819 01.01.2020 7A.A2 Growing rod – code supplémentaire – segments de l'intervention spécifique

Le code 7A.A2 «Implantation de systèmes évolutifs ou expansifs, colonne vertébrale» est un code supplémentaire et ne peut donc pas être codé seul. L'intervention consiste en une stabilisation dynamique de la colonne vertébrale. Seuls les segments sur lesquels le système est fixé sont pris en compte pour dénombrer les segments traités. 7A.72.12 «Stabilisation dynamique de la colonne vertébrale, abord dorsal et dorsolatéral, 2 segments» représente l'intervention.

0820 01.01.2020 Utilisation du code secondaire U69.3-! «Codes secondaires utilisés pour le mode de consommation de substances psycho-actives en cas de troubles psychiques et du comportement provoqués par ces substances»

De manière générale, les remarques dans les codes correspondants F10 – F19 «Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives» dans la CIM-10-GM doivent être prises en compte. En complément à cela, la consommation non intraveineuse de cocaïne est représentée par le code U69.36! «Consommation non intraveineuse d'autres stimulants hors caféine» comme code secondaire correspondant au F14.- «Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne».

0826 01.01.2020 Systèmes de pompe sous vide à usage unique

Les systèmes de pompe sous vide à usage unique sont désormais codés sous 93.57.21 «Application de pansement épicutané (à pression négative)».

0834 01.07.2019 Intoxication au lithium

Comment représenter une intoxication au lithium?

Le lithium est utilisé en combinaison avec des antidépresseurs en cas de dépressions sévères qui ne répondent pas aux traitements habituels. Le lithium est cependant aussi utilisé dans le traitement de phases aiguës et dans la prophylaxie à long terme d'affections maniaco-dépressives. Le lithium fait partie de la catégorie **des régulateurs de l'humeur**. Lors d'une intoxication au lithium dans ce contexte, le code T43.8 «Intoxication par médicaments psychotropes, non classés ailleurs, autres médicaments psychotropes, non classés ailleurs» doit être saisi et **non** le code T43.2 «Intoxication par médicaments psychotropes, non classés ailleurs, antidépresseurs, autres et non précisés».

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.

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.

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.

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.

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 est à coder avec ces codes.

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.

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 et **en italien**, 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.

2010 92.24 Téléradiothérapie à photons

92.24.1- «...positionnement guidé par l'image» sont des thérapies **avec** et 92.24.2- «...sans guidage 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).