Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la statistique OFS

14 Santé

Circulaire pour les codeuses et les codeurs 2024 nº 2

27 juin 2024

Neuchâtel, 2024

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 2024
Contenu:	Domaine Classifications médicales		La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée
Domaine:	14 Santé		
Langue du texte original:	Allemand		
Traduction:	Services linguistiques de l'OFS		

ESPACE DE L'EUROPE 10 CH-2010 NEUCHÂTEL WWW.STATISTIQUE.CH

1. Généralités

1.1. Instruments de codage en vigueur

À compter du 1er juillet 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~~
- Circulaire pour les codeuses et les codeurs 2024 n° 2 et son annexe
- Classification Suisse des interventions chirurgicales (CHOP): Index systématique – Version 2024
- CIM-10-GM 2022 Index systématique: Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e 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

Pas de modification par rapport à la circulaire 2024 n° 1

1.1.2. Circulaire et annexe

Pas de modification du sous-chapitre 1.1.2 par rapport à la circulaire 2024 n° 1

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 du patient et des proches 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 les manuels explicatifs d'Adobe sous ces liens:

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~~

Les informations complémentaires au manuel de codage 2024 présentées dans la circulaire 2024 n° 1 sont toujours valables.

3. Informations complémentaires à la CHOP 2024

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

Les informations complémentaires sur la CHOP 2024 présentées dans la circulaire 2024 n° 1 restent valables.
Les nouvelles corrections supplémentaires sont indiquées ci-après.

3.1. 00.99.11 et 00.99.12 Réopération

Concerne toutes les versions linguistiques

Il convient d'ajouter «par arthroscopie» au libellé du code 00.99.11. La note du code 00.99.11 subit une légère adaptation. La voie d'abord utilisée pour la nouvelle intervention est supprimée du libellé du code 00.99.12.
Dans le cas où une zone a été préopérée par un autre accès endoscopique ou par une autre voie que ceux mentionnés, il ne faut utiliser ni le code 00.99.11 ni 00.99.12. La création d'une classe résiduelle correspondante du type «autres» est prévue pour une version ultérieure de la CHOP.

00.99.11 Réopération dans une zone déjà préopérée par chirurgie ouverte, par thoracoscopie, ~~et~~ par laparoscopie et par arthroscopie
Note: Code supplémentaire attribué à la ~~réouverture d'une zone opérée~~ réopération pour traitement d'une complication, pour une opération de récidive ou pour toute opération dans cette même zone, pour autant qu'aucun code spécifique n'existe dans les chapitres spécifiques aux organes.

00.99.12 ~~Chirurgie ouverte, thoracoscopique ou laparoscopique~~ Opérations dans une zone déjà prétraitée par une procédure interventionnelle percutanée ou irradiée
[…]

3.2. 55.92 Aspiration percutanée de rein – description complémentaire et exclusions

Concerne toutes les versions linguistiques

Comme pendant à l'exclusion «Drainage par aspiration (55.92)» sous 55.0 «Néphrotomie et néphrostomie», il convient d'ajouter la description complémentaire «Drainage par aspiration de rein» sous 55.92. Il ne faut cependant pas utiliser le code 55.92 pour les interventions «percutanées transrénales». Afin de préciser cela, les deux exclusions listées ci-dessous sont à ajouter.

55.92 Aspiration percutanée de rein (bassinet)
Aspiration de kyste rénal
Ponction rénale
Drainage par aspiration de rein
Excl. Néphrotomie percutanée transrénale (55.01.10)
Néphrostomie percutanée transrénale (55.02.10)

3.3. 70.A2.22 «Traitement chirurgical de prolapsus [opération de suspension], deux ou trois compartiments, par voie laparoscopique, avec filet»

Concerne uniquement la version italienne

3.4. 81.A1.13 Prothèse à tige longue

Concerne toutes les versions linguistiques

La « note » des codes désignant la première implantation d'une prothèse de hanche ou de son implantation lors d'un remplacement de prothèse (81.51.12, 81.51.22) doit être adaptée comme indiqué ci-après.

De manière implicite, une endoprothèse totale à charnière de genou est une prothèse à tige longue. Il n'y a donc pas lieu de saisir le code supplémentaire 81.A1.13 «Prothèse à tige longue» avec les codes 81.54.23 «Première implantation d'endoprothèse totale à charnière de genou» et 81.54.33 «Implantation d'une endoprothèse totale de genou à charnière lors d'un remplacement de prothèse»,

81.51.12 Première implantation d'endoprothèse totale de hanche, prothèse spéciale
Note: Les prothèses spéciales sont des prothèses tumorales~~,~~ et des prothèses modulaires ~~et des prothèses à tige longue~~. Le type de prothèse doit être précisé avec un code supplémentaire.
Cod. a.: Si effectuée - Utilisation d'implants et de guides adaptés au et fabriqués spécifiquement pour le patient (00.9A.6-) Type d'endoprothèse articulaire (81.A1.1-)
[…]
81.51.22 Implantation d'une endoprothèse totale de hanche, prothèse spéciale, lors d'un remplacement de prothèse
Note: Les prothèses spéciales sont des prothèses tumorales~~,~~ et des prothèses modulaires ~~et des prothèses à tige longue~~. Le type de prothèse doit être précisé avec un code supplémentaire.
Cod. a.: Si effectuée - Utilisation d'implants et de guides adaptés au et fabriqués spécifiquement pour le patient (00.9A.6-) Type d'endoprothèse articulaire (81.A1.1-)
[…]
81.A1.1- Type d'endoprothèse articulaire
81.A1.11 Endoprothèse tumorale
Note: Les endoprothèses tumorales sont des prothèses spéciales. Les endoprothèses tumorales désignent ~~une forme spéciale~~ des endoprothèses qui permettent le pontage d'un défect osseux ainsi qu'une reconstruction après résection de tumeurs osseuses malignes primaires et secondaires. La longueur et l'épaisseur de la prothèse (métallique) osseuse et articulaire correspondent à celles de l'os excisé.
81.A1.12 Prothèse modulaire
Note: ~~La prothèse modulaire est une forme spéciale d'endoprothèse.~~ Les prothèses modulaires sont des prothèses spéciales. Elles permettent le pontage d'un défect osseux résultant d'une maladie ou d'un traumatisme, au moyen d'une prothèse (métallique) osseuse et articulaire.
Les situations suivantes ne sont pas considérées comme des cas de défect osseux:
- une ostéoporose seule sans fracture pathologique,
- la résection due à l'opération d'une partie portant l'articulation.
Le défect osseux doit être localisé sur la structure osseuse sur laquelle la partie modulaire de la prothèse est implantée.
La composante de l'endoprothèse modulaire formant l'articulation, c'est-à-dire la composante qui assure le fonctionnement de la prothèse, se compose d'au moins trois éléments métalliques individuels. La tête amovible de l'endoprothèse ne compte pas parmi les éléments individuels.
81.A1.13 Prothèse à tige longue
Excl. Omettre le code – Première implantation d'endoprothèse totale à charnière de genou (81.54.23)
Omettre le code - Implantation d'une endoprothèse totale de genou à charnière lors d'un remplacement de prothèse (81.54.33)

3.5. 85.2C.2-, 85.2C.3- Débridement du sein

Concerne uniquement la version française

Le libellé des codes 85.2C.21, 85.2C.22, 85.2C.31 et 85.2C.32 est à corriger comme suit.

85.2C.1- Débridement chirurgical de plaie, infection ou brûlure du sein par excision du tissu malade sous anesthésie locale par infiltration, régionale ou générale
[…]
Excl. Débridement ~~chirurgical~~ de plaie, infection ou brûlure du sein, sans excision, sous anesthésie locale par infiltration, régionale ou générale (85.2C.3-)
[…]
85.2C.21 Débridement ~~chirurgical~~ du sein, sans excision, sans anesthésie locale par infiltration, régionale ou générale, non étendu
85.2C.22 Débridement ~~chirurgical~~ du sein, sans excision, sans anesthésie locale par infiltration, régionale ou générale, étendu
[…]

85.2C.31 Débridement ~~chirurgical~~ du sein, sans excision, sous anesthésie locale par infiltration, régionale ou générale, non étendu
85.2C.32 Débridement ~~chirurgical~~ du sein, sans excision, sous anesthésie locale par infiltration, régionale ou générale, étendu

3.6. 93.8A.2- et 93.8B.- Médecine palliative – Ajout d'«Exclusion – Omettre le code»

Concerne toutes les versions linguistiques

Aux informations supplémentaires du groupe d'éléments 93.8A.2-, de la sous-catégorie 93.8B.- et du groupe d'éléments 93.8B.2-, il faut ajouter les «Exclusion – Omettre le code» ci-après. Dans la version française, il convient de corriger le libellé du code 93.8B.27.
93.8B.27 Soins palliatifs spécialisés avec prestation supplémentaire de traitements, au moins 4 à **6** jours de traitement
~~93.8B.27 Soins palliatifs spécialisés avec prestation supplémentaire de traitements, au moins 4 à 7 jours de traitement~~
Pour comprendre l'«Exclusion – Omettre le code» en cas de traitements complexes, voire la précision 0756 dans l'annexe à la présente circulaire. La précision 0757 «Informations et précisions sur les soins palliatifs» a par ailleurs été complétée.

93.8A.2- Traitement complexe de médecine palliative, selon le nombre de jours de traitement
Excl.: Omettre le code - Soins palliatifs spécialisés (93.8B.-)
[…]
93.8B.- Soins palliatifs spécialisés
Excl.: Omettre le code - Traitement complexe de médecine palliative (93.8A.2-)
[…]

3.7. 93.59.5- et 99.84.- Adaptation de la «Note»

Concerne toutes les versions linguistiques

Pour établir une distinction claire entre le groupe d'éléments 93.59.5- et la sous-catégorie 99.84.-, les «Notes» sont adaptées comme indiqué ci-après. Par souci de clarté, la précision 0758 a de plus été ajoutée à l'annexe à la présente circulaire.

93.59.5- Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, selon le nombre de jours de traitement
Incl. Isolement de contact, contre l'infection par gouttelettes et aérosol
Note: A. Le traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants comprend l'isolement strict ainsi que les éléments clés des recommandations de Swissnoso.
[…]
Caractéristique minimale point 1, examens:
Examens spéciaux, y compris tests microbiologiques rapides pour vérifier si le patient est porteur d'agents infectieux multirésistants ou si la colonisation ou l'infection a été efficacement éradiquée ainsi que pour prévenir une dissémination. Les codes du groupe d'éléments 93.59.5- ne peuvent être saisis qu'en cas d'implication d'agents infectieux multirésistants correspondant aux codes U80! - U82!. Se réfère en particulier à l'«Élément clé n° 1: Directives et instructions» et l'«Élément clé n° 6: Surveillance et épidémies» du document de référence «Exigences structurelles minimales en matière de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins (IAS) pour les patients hospitalisés dans des hôpitaux de soins aigus en Suisse».
[…]
[…]
99.84.1- Isolement de contact, selon le nombre de jours de traitement
Cod. a.: Si effectué - Isolement contre l'infection par aérosol, selon le nombre de jours de traitement (99.84.3-)
Excl. Omettre le code - Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, selon le nombre de jours de traitement (93.59.5-)
Note: Mesures pour les patients chez lesquels des pathogènes infectieux transmissibles par contact direct ou indirect sont suspectés ou établis. Ces mesures ne remplissent pas les critères d'un traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants.
La liste des indications de ces mesures est élaborée par les experts en hygiène hospitalière de l'institution en question. ~~Elle inclut entre autres la suspicion ou l'objectivation d'une colonisation par des agents pathogènes multirésistants.~~

Les mesures comprennent:
- Hébergement du patient en chambre individuelle ou dans une zone d'isolement à l'intérieur d'une chambre à plusieurs lits ou dans une chambre à plusieurs lits avec des patients présentant la même indication (groupement en cohorte),
- désinfection des salles d'examen et de traitement.

[…]

99.84.2- Isolement contre l'infection par gouttelettes, selon le nombre de jours de traitement

Excl. Omettre le code - Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, selon le nombre de jours de traitement (93.59.5-)

Note: Mesures pour les patients chez lesquels des pathogènes infectieux transmissibles par gouttelettes sont suspectés ou établis. Ces mesures ne remplissent pas les critères d'un traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants.
La liste des indications de ces mesures est élaborée par les experts en hygiène hospitalière de l'institution en question.
Les mesures comprennent:
- Hébergement du patient en chambre individuelle ou dans une zone d'isolement à l'intérieur d'une chambre à plusieurs lits ou dans une chambre à plusieurs lits avec des patients présentant la même indication (groupement en cohorte),
- désinfection des salles d'examen et de traitement.

[….]

99.84.3- Isolement contre l'infection par aérosol, selon le nombre de jours de traitement

Excl. Omettre le code - Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, selon le nombre de jours de traitement (93.59.5-)

Note: Mesures pour les patients chez lesquels des pathogènes infectieux transmissibles par aérosols sont suspectés ou établis. Ces mesures ne remplissent pas les critères d'un traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants.
La liste des indications de ces mesures, qui peut être complétée par les experts en hygiène hospitalière de l'institution en question, par exemple lors d'infections émergentes, inclut la varicelle, le zona, la rougeole, la tuberculose.
Les mesures comprennent:
- Hébergement des patients en chambre individuelle, de préférence avec aération en sous-pression,
- Port de masques spéciaux à haute performance,
- Désinfection complète des salles d'examen et de traitement après chaque patient.

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

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

Les informations complémentaires sur la CIM-10-GM 2022 présentées dans la circulaire 2024 n° 1 sont toujours valables.
Les nouvelles corrections supplémentaires sont indiquées ici.

4.1. Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (F10-F19) - .6 Indication de codage manquante

Concerne uniquement les versions française et italienne

L'indication de codage concernant le syndrome de Wernicke doit être ajoutée aux spécifications de la quatrième position numéro 6 des rubriques F10-F19.

Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (F10-F19)
[…]
Les subdivisions suivantes doivent être utilisées comme quatrième chiffre avec les rubriques F10-F19:
[…]
.6 Syndrome amnésique
Syndrome dominé par la présence de troubles chroniques de la mémoire (faits récents et anciens). La mémoire immédiate est habituellement préservée et la mémoire récente est plus sévèrement perturbée que la mémoire des faits anciens. Il y a habituellement des perturbations manifestes de la perception du temps et de la chronologie des événements, ainsi que des difficultés à apprendre des matières nouvelles. Le syndrome peut comporter une fabulation intense. Les autres fonctions cognitives sont d'habitude relativement préservées et les troubles mnésiques sont sans commune mesure avec les autres perturbations.
Trouble amnésique induit par l'alcool ou les drogues
Psychose ou syndrome de Korsakov, induit par l'alcool ou d'autres substances psychoactives
Psychose ou syndrome de Korsakov, sans précision
Utiliser les codes supplémentaires (E51.2† G32.8*) pour indiquer l'existence d'un syndrome de Wernicke associé.
Excl.: psychose ou syndrome de Korsakov, non induite par l'alcool (F04)

5. Annexe

5.1. Informations et précisions

La présente circulaire contient **toutes les** «informations et précisions» valables à partir du 1er juillet 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
[…]
0852 01.07.2017 etc.

0756 01.07.2024 «Exclusion – Omettre le code» en cas de traitements complexes
Dans la section «Remarques techniques sur la CHOP» de l'introduction à la CHOP, le paragraphe «Informations complémentaires» spécifie ceci:
[…]
Une «Exclusion - Omettre le code» à l'inverse, exclut le codage simultané de deux codes au moment X pour la localisation Y. Exemple: une résection du rectum faisant déjà partie d'une proctocolectomie totale, la catégorie à 3 positions 48.6- «Autre résection du rectum» comprend une «Exclusion − Omettre le code»: EXCL. «Omettre le code - Colectomie et proctocolectomie (45.8-)».
[…]

Complément à apporter pour les traitements complexes:
Lorsqu'une «Exclusion – Omettre le code» existe entre deux traitements complexes, le codage simultané des deux traitements complexes n'est pas autorisé. Si les deux traitements complexes sont décalés dans le temps, les deux traitements complexes peuvent être codés.
Exemple: «Exclusion – Omettre le code» entre 93.8A.2- «Traitement complexe de médecine palliative, selon le nombre de jours de traitement» et 93.8B.-«Soins palliatifs spécialisés». Lorsque des soins palliatifs spécialisés sont prodigués pendant deux semaines, il n'est pas permis, durant ces deux semaines, de saisir en plus le code d'un traitement complexe de médecine palliative.

Les procédés diagnostiques qui sont une condition ou qui font partie du traitement complexe ne font pas l'objet d'un codage supplémentaire. L'«Exclusion – Omettre le code» constitue ici une exclusion de principe. Exception: existence d'un «coder aussi» ou d'indications concernant un codage séparé dans les caractéristiques minimales.
Exemple: les «Exclusion – Omettre le code» sous 93.8A.1- «Évaluation en médecine palliative» qui se réfèrent à 93.8A.2- et à 93.8B.-.
Lorsqu'un traitement complexe de médecine palliative ou des soins palliatifs spécialisés sont prodigués, il ne faut pas coder en plus l'évaluation en médecine palliative.

0757 01.07.2024 Informations et précisions sur les soins palliatifs
Les précisions suivantes concernent le groupe d'éléments 93.8A.2- «Traitement complexe de médecine palliative, selon le nombre de jours de traitement» et la sous-catégorie 93.8B.- «Soins palliatifs spécialisés».

0757/1 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.

0757/2 Domaine de traitement

93.8A.2-: Caractéristique minimale point 3: équipe thérapeutique et traitement:
[…]
b) Équipe thérapeutique multidisciplinaire de médecins, de personnel soignant 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 ainsi qu'au moins deux des domaines thérapeutiques susmentionnés s'appliquent au moins 6 heures par semaine (7 jours 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.

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 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, infirmiers 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 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 0757/3, 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.

0757/3 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.

0757/4 Regroupement de cas et examen de base de médecine palliative, standardisé [PBA]

Lors d'un regroupement de cas avec un traitement complexe de médecine palliative dans le premier cas, il convient de mettre à jour le PBA après le retour du patient ou de la patiente. (Cela ne signifie pas qu'un nouvel examen de base complet doit être entrepris. Il suffit de documenter que les valeurs du PBA précédent restent valables.)

0758 01.07.2024 93.59.5- «Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, selon le nombre de jours de traitement»

0758/1 Calcul des jours de séjour pour les codes du groupe d'éléments 93.59.5-

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.

0758/2 Distinction entre 93.59.5- et 99.84.1-, 99.84.2-, 99.84.3-

Sous les groupes d'éléments 99.84.1- «Isolement de contact, selon le nombre de jours de traitement», 99.84.2- «Isolement contre l'infection par gouttelettes, selon le nombre de jours de traitement, […]» et 99.84.3- «Isolement contre l'infection par aérosol, selon le nombre de jours de traitement, […]», figure l'«Exclusion – Omettre le code» suivante:

Excl. «Omettre le code - Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, selon le nombre de jours de traitement (93.59.5-)».

Cela signifie qu'il n'est pas admis de coder simultanément 93.59.5- et 99.84.1-, 99.84.2-, 99.84.3-. Lorsque 99.84.1-, 99.84.2-, 99.84.3- ne sont pas appliquées en même temps que 93.59.5-, ces codes peuvent être saisis pour le même cas. La saisie de 99.84.1-, 99.84.2-, 99.84.3- ne doi jamais être effectuée pour le même interval de temps que 93.59.5-.

0759 01.07.2024 Indication de la latéralité

L'indication de la latéralité n'est impérative que pour les organes existant par paires (la CHOP le spécifie par «L» dans le fichier PDF et par «Lateral» dans le fichier CSV). Pour ce qui est des organes ou parties du corps non présents par paire, l'indication de la latéralité peut être saisie, mais cette saisie n'est pas obligatoire.

0760 01.07.2024 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 1: un «transfert jusqu'aux toilettes» pourrait être compris dans le groupe de prestations 1 «Mobilité» du profil d'intervention infirmière 1.1 ou dans le groupe de prestations 3 «Excrétion» du profil d'intervention infirmière 3.1. Si l'activité est saisie sous le groupe de prestations 1, elle ne peut pas être également saisie dans le groupe de prestations 3, ou inversement. Elle ne peut être affectée qu'à l'un des deux profils d'intervention infirmière.

Exemple 2: une «mesure d'hygiène» pourrait appartenir au groupe de prestations 2 «Soins d'hygiène corporelle» dans le profil d'intervention infirmière 2.1 ou au groupe de prestations 3 «Excrétion» dans le profil d'intervention infirmière 3. Si l'activité est saisie sous le groupe de prestations 2, elle ne peut pas être également saisie dans le groupe de prestations 3, ou inversement. Elle ne peut être affectée qu'à l'un des deux profils d'intervention infirmière.

0761 01.07.2024 Énumération de mesures dans les traitements complexes ou les diagnostics complexes

Dans les notes concernant les traitements complexes ou les diagnostiques complexes, les éléments de texte «au moins x des disciplines thérapeutiques suivantes» ou «au moins x des mesures suivantes» signifient qu'au moins x des disciplines thérapeutiques ou des mesures énumérées sont appliquées. Appliquer x fois la même mesure ou la même discipline thérapeutique ne correspond pas aux caractéristiques minimales.
Exemple: La note sous 99.A6.- «Diagnostic neurologique complexe» contient la liste ci-après:

Note: […]
au moins trois des mesures suivantes:
- *PL (prélèvement de LCR par ponction lombaire),*
- *IRM crânienne et spinale,*
- *imagerie fonctionnelle (p. ex. PET, SPECT),*
- *imagerie de diffusion, imagerie de perfusion*
- *analyse volumétrique et morphométrique d'image,*
- *diagnostic électrophysiologique (neurophysiologique),*
- *diagnostic neurosonologique/psychologique/psychiatrique,*
- *diagnostic neuropsychologique,*
- *électroencéphalographie [EEG] (EEG mobile de longue durée sur au moins 24 heures ou plus et EEG polysomnographique et monitoring-encéphalographique par vidéo et radio-télémétrie sur au moins 4 heures et EEG en position orthostatique)*

Si un EEG est réalisé à trois reprises sans que deux autres des mesures énumérées soient appliquées, les caractéristiques minimales ne sont pas remplies, de sorte qu'il n'est pas possible d'utiliser un code de la sous-catégorie 99.A6.-.
Si l'activité comprend au contraire une IRM crânienne, un diagnostic neurophysiologique et un EEG mobile de longue durée sur au moins 24 heures et que les autres caractéristiques minimales sont remplies, il est possible d'utiliser un code de la sous-catégorie 99.A6.-.

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™**~~
La précision 0763 a été entièrement supprimée dans l'annexe à la circulaire 2024 n° 2.

~~**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»**~~
La précision 0764 est remplacée par la précision 0758 dans la circulaire 2024 n° 2.

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».

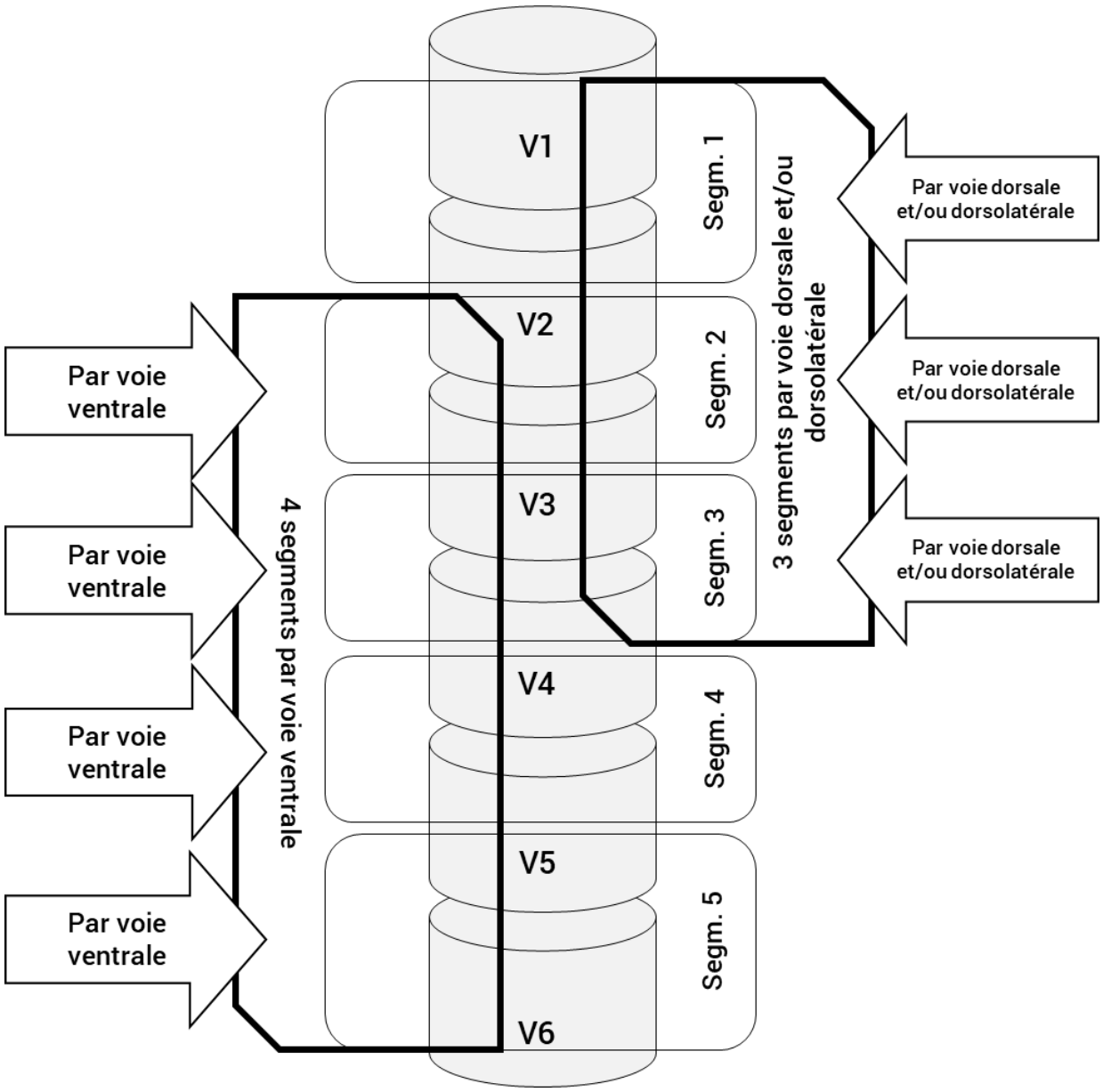
0766 01.01.2024 7A.7- Stabilisation de la colonne vertébrale et correction de position – Abord dorsal et/ou dorso-latéral

Pour les sous-catégories 7A.71.- à 7A.74.-, la subdivision a été faite en 5e position pour la voie dorsale et dorsolatérale et en 6e 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.



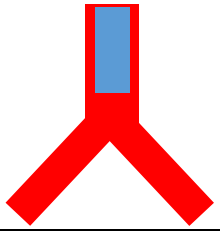
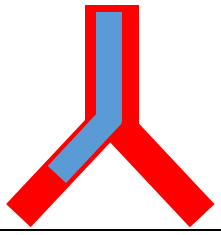
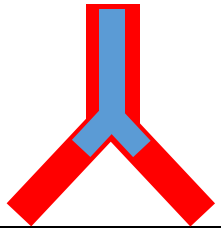
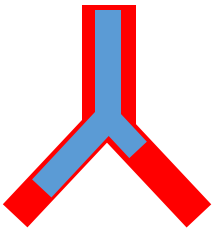
0767 01.01.2024 Saisie de 39.78.5- «Extrémité des endoprothèses [stents grafts] les plus basses»

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:

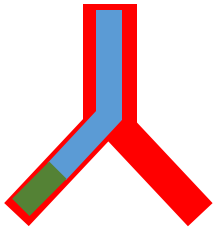
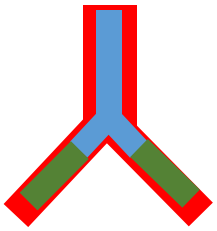
- 39.78.51 «Extrémité de l'endoprothèse [stent graft] la plus basse, aortique»
- 39.78.52 «Extrémité de l'endoprothèse [stent graft] la plus basse, aorto-mono-iliaque»
- 39.78.53 «Extrémité des endoprothèses [stents grafts] les plus basses, aorto-bi-iliaque»

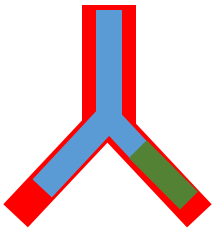
La signification de chaque code additionnel est représentée graphiquement dans le tableau ci-dessous.

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 appondues). 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'obturation 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**~~

La précision 0770 est remplacée par la précision 0760 dans la circulaire 2024 n° 2.

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.

~~**0774 01.01.2023 Informations et précisions sur les soins palliatifs**~~
La précision 0774 est remplacée par la précision 0757 dans la circulaire 2024 n° 2.

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.

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.

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 «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] dans le ou du canal pancréatique, par endoscopie
- 52.95.4- Insertion ou remplacement d'un stent [prothèse] non auto-expansible dans le canal pancréatique, chirurgical ouvert ou par laparoscopie
- 52.95.5- Insertion ou remplacement 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**.

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 ischémiante, la médiacalcose 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 Ulcère 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-)»

1er 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».

2e 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».

3e 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».

4e 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 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.

1er 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 ouverture, pour le jour de l'intervention.

2e 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 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 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 [stent graft] 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 [stent graft] 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.

1er 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».

4e 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»~~ 36.08.11 «Implantation par voie transluminale percutanée de stents sans libération de substance médicamenteuse, 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.

1er 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 39.75.- «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»

2e 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»

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»).

0818 01.07.2020 Code supplémentaire 00.9C.- «Interventions en un temps, main 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 Intervention de type B sur le doigt du 3^{e} rayon de la main droite	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	Pas de code		
		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 Intervention de type B sur le métacarpe, 2^{e} rayon de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	Pas de code		
		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 Intervention de type B sur le doigt du 3^{e} rayon 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
		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 Intervention de type B sur l'os métacarpien du 3^{e} rayon de la main gauche Intervention de type C sur les doigts des 3^{e} et 4^{e} rayons de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	Pas de code		
		Code de l'intervention de type B	Unilatéral gauche	Pas de code		
		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 Intervention de type B sur les doigts des 2^{e} et 3^{e} rayons de la main droite	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
		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 Intervention de type B sur le doigt du 2^{e} rayon de la main droite	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
		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. 81.9A.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 0,
- 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).