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 2025 nº 1

16 décembre 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 janvier 2025, les instruments de codage suivants s'appliquent:

- Manuel de codage médical: Le manuel officiel des règles de codage en Suisse. Version 2025
- Circulaire pour les codeuses et les codeurs 2025 n° 1 et son annexe
- Classification Suisse des interventions chirurgicales (CHOP): Index systématique – Version 2025
- CIM-10-GM 2024 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~~ → Nomenclatures→ 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 (Relevé Séjours stationnaires en hôpitaux)).
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 et les circulaires, 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 2025 n° 1 (publication fin décembre 2024): à appliquer aux cas avec une date de sortie à partir du 1er janvier 2025.
- Circulaire pour les codeuses et les codeurs 2025 n° 2 (publication fin juin 2025): à appliquer aux cas avec une date de sortie à partir du 1er juillet 2025.

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 14.0/2025 → Codage analogue
Système SwissDRG 14.0/2025 :: SwissDRG

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, argumentation et codage des deux parties, etc.) seront traitées. Elles sont à adresser à codeInfo@bfs.admin.ch, avec copie à l'autre partie.

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 (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 2025

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

2.1. P06k Procédures répétées plusieurs fois

Concerne toutes les versions linguistiques

Radiologie thérapeutique et médecine nucléaire ~~92.2 :~~
En médecine nucléaire ~~et en radiothérapie~~, les procédures doivent être saisies autant de fois qu'elles sont effectuées, au moyen d'un code par localisation. ~~Lorsque plusieurs localisations sont traitées durant la même séance, il faut saisir un code par localisation.~~

Pour la radio-oncologie, nous renvoyons aux explications figurant dans l'introduction de la CHOP 2025.

Traitement en USI ou en U-IMC

Remarque au sujet de la modification
Dans le cadre des modifications du chap. 16 de la CHOP *«Techniques diagnostiques et thérapeutiques diverses – Traitement complexe de médecine intensive et traitement complexe en U-IMC»*, on a ajouté la mention ««probabilité de décès [Predicted Death Rate] en %)» ou procédé à des modifications de la formulation dans les codes *99.B7.4- «Traitement complexe de médecine intensive chez l'enfant (procédure de base), selon le nombre de points de dépense»* et *99.B7.5- «[…] chez le nouveau-né […]» ainsi que 99.B8.4- «Traitement complexe en unité de soins intermédiaires [U-IMC] chez l'enfant, selon le nombre de points de dépense»* et *99.B8.5- «[…] chez le nouveau-né […]».*

Modification effectuée
Pour déterminer le code CHOP approprié des sous-catégories correspondantes *99.B7.- (Traitement complexe de médecine intensive)* et *99.B8.- (Traitement complexe en unité de soins intermédiaires [U-IMC]),* procéder comme suit: le nombre de points de dépense est calculé à partir du score SAPS II (ou PIM III, CRIB II (Predicted Death Rate in %)) + somme des NEMS de toutes les périodes. Pour une période de 8 heures, les NEMS sont additionnés, pour les périodes de 12 heures, la somme totale des NEMS est multipliée par 1,5.

Pour calculer le nombre de points de dépense du traitement complexe de médecine intensive, on recourt à la valeur de la «predicted mortality».
Exemple
NEMS 386, PIM3 95.8%
On additionne les NEMS et la mortalité attendue selon PIM3, en %:
NEMS 386 + 96 (PIM 3, Predicted Death Rate in %) = 482.

2.2. P07m Operations bilatérales

Concerne toutes les versions linguistiques

Les opérations bilatérales effectuées dans une même séance ne sont codées qu'une fois et reçoivent le signe distinctif «bilatéral» dans la variable «behandlung_seitigkeit» (Latéralité pour le traitement), etc.
Cela vaut aussi pour les codes qui incluent déjà la bilatéralité.

Exemple 1
Insertion de prothèse totale bilatérale de genou.
T 81.54.- Implantation d'endoprothèse de genou
L 0

~~**Exemple 2**~~
~~*Ablation des deux surrénales.*~~
~~*T 07.3 Surrénalectomie bilatérale*~~
~~*L 0*~~

2.3. P08n Révisions d'une région opérée/réopérations

Concerne toutes les versions linguistiques

Si une région opérée est réouverte pour

- traiter une complication,
- effectuer une thérapie contre la récidive ou
- procéder à une autre opération dans une zone déjà préopérée par chirurgie ouverte, par thoracoscopie, par laparoscopie et par arthroscopie ou prétraitée par intervention percutanée ou par radiothérapie

il faut commencer par vérifier si cette intervention impliquant la réouverture peut être codée par un code spécifique tiré du chapitre relatif à l'organe concerné, par exemple:

28.7X.- Contrôle d'hémorragie après excision de végétations adénoïdes et amygdalectomie
39.41 Contrôle d'hémorragie après chirurgie vasculaire

S'il n'existe pas de code spécifique, l'intervention devra être décrite le plus précisément possible, suivi du code
00.99.11 Réopération dans une zone déjà préopérée par chirurgie ouverte, par thoracoscopie, par laparoscopie et par arthroscopie
ou
00.99.12 Opération dans une zone déjà prétraitée par une procédure interventionnelle percutanée ou irradiée
ou
00.99.19 Réopération dans une zone déjà préopérée par d'autres accès

Remarque: *00.99.11 Réopération dans une zone déjà préopérée par chirurgie ouverte, par thoracoscopie, par laparoscopie et par arthroscopie* ou *00.99.12 Opération dans une zone déjà prétraitée par une procédure interventionnelle percutanée ou irradiée* n'est pas à indiquer lorsque le code signale déjà qu'il s'agit d'une révision/réopération (p. ex. révision d'une prothèse de genou, ablation de matériel d'ostéosynthèse, fermeture d'une colostomie etc.).

Dans le cas de révisions ou de réopérations, il faut toujours vérifier s'il s'agit SEULEMENT d'une révision de la région opérée ou d'une révision combinée avec un remplacement/changement d'un implant. On utilisera alors le code correspondant.

Interventions de révision sans changement d'implants
Lorsque des implants sont explantés lors d'une intervention de révision (p.ex. pompe pour drainage d'ascite) et les mêmes implants réimplantés lors de la même opération, il ne faut pas utiliser de code correspondant à une implantation ou à un changement d'implants.

P.ex. pour une pompe pour drainage d'ascite Le code *54.99.80 Pose de cathéters ainsi que d'une pompe automatique programmable et rechargeable pour le drainage continu d'ascite* ne **peut pas être utilisé**.
Il faut utiliser le code *54.99.81 Révision sans remplacement de cathéters ainsi que de la pompe automatique programmable et rechargeable pour le drainage continu d'ascite* et/ou le code *54.99.82 Élimination d'une obstruction mécanique de cathéters d'une pompe automatique programmable et rechargeable pour drainage continu d'ascite*.

La situation décrite s'applique à tous les cas pertinents, notamment les défibrillateurs, les pacemakers, les prothèses mammaires, etc.

Si un patient subit plusieurs réopérations durant un séjour stationnaire, il ne faut saisir les codes *00.99.11 Réopération dans une zone déjà préopérée par chirurgie ouverte, par thoracoscopie, par laparoscopie et par arthroscopie* ou *00.99.12 Opération dans une zone déjà prétraitée par une procédure interventionnelle percutanée ou irradiée* ou *00.99.19 Réopération dans une zone déjà préopérée par d'autres accès* qu'une fois pour la première réopération.

Exemple 1
Césarienne chez une patiente avec status post césarienne.
T 74.- Césarienne et extraction de fœtus
T 00.99.11 Réopération dans une zone déjà préopérée par chirurgie ouverte, par thoracoscopie, par laparoscopie et par arthroscopie

2.4. SD0102n Sepsis

Concerne toutes les versions linguistiques

Remarque au sujet de la modification
Le **score de Phoenix**, un nouveau système d'évaluation conçu spécialement pour diagnostiquer la septicémie chez les enfants et en évaluer la sévérité, entrera en vigueur en Suisse au 1er janvier 2025. Ce score permet de saisir de manière plus rapide et plus sûre l'étendue de la défaillance organique chez l'enfant présentant une septicémie (https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2814297).

Modification effectuée
Chez les enfants, de la 37e semaine post conception révolue (sauf en cas d'hospitalisation directement après la naissance) jusqu'à ~~16~~ 18 ans révolus, les critères de dysfonction organique «Phoenix Sepsis Criteria» selon «International Consensus Criteria for Pediatric Sepsis and Septic Shock» de Schlapbach et al. (*JAMA.* 2024;331(8):665-674).

Chez les enfants n'ayant pas encore atteint la 37e semaine post conception (p.c.) ainsi qu'en cas d'hospitalisation directement après la naissance, on continue d'appliquer les critères de dysfonction organique selon Goldstein et al. 2005, conformément à l'«International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics».

Chez les adolescents entre 16 ans et 18 ans révolus, on peut de plus continuer d'appliquer le score SOFA.

Pour les classes d'âges auxquelles plusieurs scores sont applicables, les sociétés médicales ont convenu de déterminer le score à appliquer en fonction du lieu de traitement:

- **Enfants <37e semaine p.c.:** critères de Goldstein
- **Enfants ≥37e semaine p.c. jusqu'à 44e semaine p.c révolue:**
  - En néonatologie: critères de Goldstein
  - Hors néonatologie: critères de Phoenix
- **Enfants ≥ 44e semaine à <16 ans:** critères de Phoenix
- **Adolescents ≥ 16 ans à <18 ans:**
  - En pédiatrie: critères de Phoenix
  - Dans les services pour adultes: score SOFA

Critères de défaillance organique selon Goldstein

Sur le plan cardiovasculaire ou respiratoire, il suffit qu'un critère soit rempli pour poser le diagnostic de dysfonction organique dans le cadre d'un sepsis. Sinon, la dysfonction organique est considérée confirmée lorsqu'au moins 2 critères des autres systèmes d'organes sont remplis.

Critères de défaillance organique selon Goldstein

Cardiovasculaire Malgré un remplissage intraveineux isotonique ≥ 40ml/kg en 1 heure	Chute de pression (hypotonie) < 5e percentile dépendant de l'âge ou pression sanguine systolique < 2 déviations standard par rapport à la valeur moyenne pour l'âge	OU Nécessité d'agents vaso-actifs pour maintenir la pression artérielle dans la norme (adrénaline, noradrénaline ou dobutamine dans leurs dosages respectifs; dopamine > 5µg/kg/min)	OU Deux des signes suivants: – Acidose métabolique inexpliquée (Base deficit > 5mmol/l, BE < -5 mmol/l) – Hyperlactatémie 2 fois au-dessus de la limite supérieure – Oligurie: quantité d'urine < 0.5ml kg/h – Temps de recoloration cutanée prolongé > 5 sec – Différence de température centrale/périphérique > 3°C	
Respiratoire	PaO_2/FiO_2 < 300 mmHg (< 40 kPa) en l'absence de cardiopathies cyanotiques ou maladies pulmonaires préexistantes	OU $PaCO_2$ > 65 mmHg (> 8.7 kPa) ou ≥ 20 mmHg (≥ 2.7 kPa) au-dessus de la valeur de base-$PaCO_2$	OU Besoin prouvé FiO2 > 0.5 pour une SaO_2 ≥ 92% (tentative de réduction FiO_2)	OU Nécessité d'une ventilation mécanique invasive non-élective ou non-invasive
Neurologique	Glasgow Coma Scale ≤ 11	OU Altération de la vigilance avec diminution ≥ 3 par rapport au score de base		
Coagulation	Plaquettes < 80'000/mm³ ou baisse de 50% par rapport à la valeur la plus élevée au cours des trois derniers jours (concernant les patients avec maladie hématologique chronique ou cancéreux)	OU INR > 2		
Rénal	Créatinine sérique ≥ deux fois la valeur limite supérieure dépendant de l'âge ou augmentation de ≥ 2 fois de la baseline			
Hépatique	Bilirubine totale ≥ 4mg/dl (≥ 68 µmol/l), non applicable chez les nouveau-nés	OU ALAT deux fois supérieure aux valeurs normales pour l'âge		

Score de Phoenix[1]

- Le diagnostic de septicémie est posé en cas d'infection supposée et de score de Phœnix ≥ 2 points.
- Lorsque s'y ajoute un score ≥ 1 point dans le domaine de l'hémodynamique, les critères du choc septique sont remplis.

Important: **il ressort des recommandations que le score de Phoenix n'a pas été conçu pour faire du dépistage, mais pour n'être utilisé qu' en cas de soupçon de septicémie.**

	0 point	**1 point**	**2 points**	**3 points**
Respiration (ou ventilation) (0 à 3 points)	$PaO_2:FiO_2$ ≥400 *ou* $SpO_2:FiO_2$ ≥292[2]	$PaO_2:FiO_2$ <400 *ou* $SpO_2:FiO_2$ <292[2]	$PaO_2:FiO_2$ 100-200 *ou* $SpO_2:FiO_2$ 148-220[2]	$PaO_2:FiO_2$ <100 *ou* $SpO_2:FiO_2$ <148[2]
		Sous tout type d'administration de O_2 ou assistance respiratoire (ventilation invasive y.c.)	Sous ventilation invasive	Sous ventilation invasive
Hémodynamique (0 à 6 points)	Pas de médicaments vasoactifs[3]	1 médicament vasoactif[3]	≥2 médicaments vasoactifs[3]	
	Lactates <5mmol/L[4]	Lactates 5-10,9mmol/L[4]	Lactates ≥11mmol/L[4]	

Pression artérielle MAP[5], mmHg	**<1 mois:** >30 **1-11 mois:** >38 **1- <2 ans:** >43 **2- <5 ans:** >44 **5- <12 ans:** >48 **12-17 ans:** >51	**<1 mois:** 17-30 **1-11 mois:** 25-38 **1- <2 ans:** 31-43 **2- <5 ans:** 32-44 **5- <12 ans:** 36-48 **12-17 ans:** 38-51	**<1 mois:** <17 **1-11 mois:** <25 **1- <2 ans:** <31 **2- <5 ans:** <32 **5- <12 ans:** <36 **12-17 ans:** <38	
Coagulation (0 à 2 points)	Thrombocytes ≥100.000/µL	Thrombocytes <100.000/µL		
	INR ≤1,3	INR >1,3		
	D-Dimer ≤2mg/L	D-Dimer >2mg/L		
	Fibrinogène ≥100 mg/dl	Fibrinogène <100 mg/dl		
		(1 point chacun, max. 2 pts)		
Neurologie (0 à 2 points)	GCS >10, pupilles réactives	GCS ≤10	Les deux pupilles non réactives	

[1] Ce score peut aussi être calculé en l'absence d'une ou plusieurs variables (lorsque, par exemple, les lactates n'ont pas été mesurés et qu'aucun médicament vasoactif n'a été administré, on peut établir le score de l'hémodynamique à l'aide de la pression artérielle). Les variables non mesurées n'amènent pas de points supplémentaires au score.
[2] N'est calculé que si SpO2 ≤97%
[3] Médicaments vasoactifs: y c. adrénaline, noradrénaline, dopamine, dobutamine, milrinone et vasopressine
[4] Lactates présents dans le sang artériel ou le sang veineux
[5] De préférence la MAP mesurée (de manière artérielle et non invasive ou de manière oscillométrique et invasive); en l'absence de mesure de la MAP, on peut recourir à la MAP calculée (1/3 × pression systolique + 2/3 × pression diastolique).

Choc septique
Un choc septique est codé avec le *R57.2*.

Le code *R57.2 choc septique* n'est pas saisi en diagnostic principal, même si un sepsis et ses conséquences remplissent les conditions de la règle de codage *G52 «Le diagnostic principal»* et si (dans de rares cas) le traitement du choc septique (ou de ses conséquences) représente la charge principale du séjour hospitalier.

Définition du choc septique en cas d'utilisation du score SOFA ou des critères de Goldstein : la pression artérielle moyenne de ≥ 65 mmHg (ou de > 5^{e} percentile dépendant de l'âge chez l'enfant ou l'adolescent) ne peut, malgré un remplissage adéquat, être atteinte que par l'administration de vasopresseurs et le patient présente une valeur des lactates de > 2 mmol/l.
Définition du choc septique en cas d'utilisation du score de Phoenix: au minimum 1 point pour l'hémodynamique dans le score de Phoenix.

Pour les adultes (18 ans et plus) hospitalisés, utiliser un code supplémentaire (*U69.83 ! – U69.85!*) pour indiquer la relation temporelle entre le choc septique et l'hospitalisation.

Exemple 4
Choc septique et ARDS modéré avec sepsis par streptocoques du groupe A
Fillette de 4 ans. Transfert en ambulance en état de somnolence. Fièvre jusqu'à 39,2 °C depuis 4 jours, vomissements et diarrhée depuis 2 jours. Actuellement, détérioration de l'état général, patiente nettement affaiblie, ne tenait presque plus assise, somnolente. Pendant le transport : tachypnéique, périphérie froide, initialement sans oxygène supplémentaire, saturation pulsée 60% sous 12 l/min, saturation O2 autour de 92%. GCS 11 (0 pt), état fébrile 39,6 °C. Transfert en service de soins intensifs pour la suite de la prise en charge de la décompensation respiratoire et somnolence. Après assistance respiratoire initiale à haut débit à 15 l/min et FiO2 de 100%, passage à CPAP avec une respiration toujours fortement tachypnéique. Pas de stabilisation sous CPAP et donc intubation pour une décompensation respiratoire ~~dans le cadre d'une insuffisance cardiorespiratoire~~ (PaO2/FiO2 138 mmHg (2 pt), insuffisance respiratoire hypoxique aiguë, ARDS). En état de choc septique nécessitant des catécholamines (noradrénaline (1 pt) et des lactates de 9mml/L (1 pt) avec une MAP de 52 mmHg (0 pt)), début d'un traitement de choc par stéroïdes et d'une antibiothérapie empirique ~~par Céfépime~~. Au cours du traitement, suspicion de syndrome du choc toxique avec saignement des muqueuses intrabuccales et diagnostic d'une ascite confinée, par conséquent traitement supplémentaire ~~par clindamycine~~ par une antibiothérapie. Une implication méningée a pu être exclue après analyse du liquide céphalo-rachidien. Après une bonne réponse au traitement, la

patiente a été extubée au 4e jour d'hospitalisation. Suite à une évolution positive, les stéroïdes ont pu être progressivement réduits et l'enfant transférée en service de soins réguliers dans un état général convenable.

Score de Phoenix total	Respiration	Hémodynamique	Coagulation	Neurologie
4	2	2	-	0

DP	*A40.0*	*Septicémie à streptocoques, groupe A*
DS	*R57.2*	*Choc septique*
DS	*A48.3*	*Syndrome du choc toxique*
DS	*B99*	*Maladies infectieuses, autres et non précisées*
DS	*J80.05*	*Syndrome de détresse respiratoire modéré de l'enfant et de l'adolescent [SDRA]*
DS	*J96.00*	*Insuffisance respiratoire aiguë, NCA, type I*
DS	*R40.0*	*Somnolence*

L'exemple 5 n'a pas été modifié, car les critères de Phoenix ne lui sont pas applicables en raison de l'âge de la patiente, < 37e semaine p.c. (de plus, l'hospitalisation est intervenue immédiatement après la naissance).

Exemple 5

Fillette prématurée eutrophique née à 25 semaines et 4 jours, poids à la naissance 710 g (percentile 30) Syndrome de détresse respiratoire avec déficit en surfactant pulmonaire, dysplasie broncho-pulmonaire modérée, syndrome d'apnée/ bradycardie du prématuré. Suspicion d'infection néonatale, suspicion de survenue tardive d'un sepsis le 6e jour de vie. Premiers soins: enfant cyanotique avec respiration spontanée insuffisante, fréquence cardiaque 80/min. Aspiration orale et début de la ventilation au masque. Rapidement normocarde, développement d'une respiration spontanée avec creusements et gémissements expiratoires. Intubation à la 45e minute de vie. Transfert en unité de soins intensifs du service de néonatologie. FiO2 max. 0,25. A l'état prématuré, surfactant administré par voie endotrachéale. Suite au traitement, amélioration de la situation respiratoire avec réduction des paramètres de ventilation. L'extubation a été effectuée après 17 heures et suivie d'une assistance respiratoire CPAP. Au 6e jour de vie, l'enfant a une nouvelle fois dû être intubée en raison d'une apnée grave dans le cadre d'un sepsis de survenue tardive. Début d'une antibiothérapie ~~par amoxicilline et amikacine~~. Extubation réalisée avec succès après 6 jours. L'hémoculture ne montrait pas de croissance. L'antibiothérapie a été administrée pendant 7 jours au total. Le besoin en oxygène supplémentaire s'est poursuivi jusqu'au 39e jour d'hospitalisation avec une dysplasie broncho-pulmonaire modérée

Nombre d'organes remplissant les critères de défaillance organique selon Goldstein	Cardiovasculaire	Respiratoire	Neurologique	Hématologique	Rénal	Hépatique
1		Critère rempli				

DP	*P22.0*	*Syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né*
DS	*P36.9*	*Sepsis bactérien du nouveau-né, sans précision*
DS	*P39.8*	*Autres infections spécifiques précisées de la période périnatale*
DS	*P28.5*	*Insuffisance respiratoire du nouveau-né*
DS	*P27.1*	*Dysplasie broncho-pulmonaire pendant la période périnatale*
DS	*P07.01*	*Poids de naissance de 500 à moins de 750 grammes*
DS	*P07.2*	*Immaturité extrême*
DS	*Z38.0*	*Enfant unique, né à l'hôpital*

2.5. SD1804n Diagnostics traitements de la douleur

Concerne toutes les versions linguistiques

Exemple 9
Un patient est hospitalisé pendant 3 jours pour l'examen d'une douleur chronique, diffuse et résistante au traitement. La douleur est présente depuis env. 8 mois et affecte de plus en plus la qualité de vie du patient.
Le séjour hospitalier ne permet pas de déterminer la cause de la douleur (physique, psychologique) et de l'attribuer à une localisation particulière.
Après élaboration d'un traitement médicamenteux, réalisation d'examens IRM de toute la colonne vertébrale et d'un scanner thorax-abdomen, une consultation psychiatrique a lieu. Toutes les mesures diagnostiques sont peu parlantes.

DP	*R52.1*	*Douleur chronique irréductible*
T	*88.97.14*	*IRM: vue d'ensemble et partielle de la colonne vertébrale*
T	*87.41.~~99~~ 09*	*Tomographie axiale computérisée du thorax, autre*
T	*88.01.10*	*Tomographie axiale computérisée de l'abdomen entier*
T	*94.19*	*Diagnostic psychiatrique, autre*

2.6. SP0101k Désignations des professions dans la CHOP

Concerne toutes les versions linguistiques

Les désignations utilisées dans la CHOP pour les professions de la santé s'appuient sur la Loi fédérale sur les professions de la santé (LPSan)1 et sur l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)2 Les désignations suivantes des professions de la santé ont été harmonisées dans la CHOP sur la base des textes de loi susmentionnés:

- Médecins
- Ergothérapeutes
- Diététiciens
- Logopédistes/orthophonistes
- Ostéopathes
- Infirmiers
- Physiothérapeutes
- Neuropsychologues
- Psychologues-psychothérapeutes

Pour les qualifications pertinentes (diplômes, formations), se référer aux lois susmentionnées.

2.7. SP0202n Réadaptation en paraplégie

Concerne toutes les versions linguistiques

Remarque sur la modification
L'exemple qui suit a été complété en fonction de la modification intervenue dans le code CHOP *93.89.D- «Visite diagnostique et thérapeutique à domicile dans le cadre d'une évaluation de réadaptation aiguë ou de réadaptation, selon la durée».*

Modification effectuée
Exemple 1
Un patient de 30 ans, par ailleurs en bonne santé, a fait une chute en snowboard. Immédiatement après la chute, perte de sensibilité et de motricité en dessous du cou. Le patient n'a rapporté aucune perte de conscience et sa mémoire n'est pas altérée. Une fracture vertébrale instable au niveau de la vertèbre C6 avec déplacement et compression ultérieurs de la moelle épinière est diagnostiquée. Une stabilisation dorsale de C5 à C7 avec discectomie simultanée de C5-6 et C6-7 est effectuée à l'hôpital de soins aigus. Le patient est transféré dans un centre des paraplégiques au 5e jour postopératoire pour une réadaptation initiale spécialisée. À son admission au centre des paraplégiques, une paraplégie flasque C5 AIS B avec choc spinal et trouble neurogène des fonctions vésicale, intestinale et sexuelle est diagnostiquée. Paralysie vésicale neurogène par lésion du neurone moteur supérieur [UMNL]. La respiration est spontanée. Le patient souffre d'une pression sanguine labile (instabilité de la pression sanguine) dans un contexte de

dysrégulation végétative. Il a besoin d'aide pour toutes les activités de la vie quotidienne. Pendant le séjour de réadaptation apparaissent des douleurs neurogènes sous-lésionnelles, ainsi qu'une spasticité invalidante. Le traitement a par ailleurs été compliqué par un épisode psychotique aigu consécutif à une consommation actuelle de cannabis. Dans ce contexte, des interventions psychiatriques ont notamment été nécessaires. Le patient a reçu un traitement intensif dans le but d'un retour rapide à domicile, complété par une aide/un soutien supplémentaire.
Le patient a par ailleurs bénéficié, durant son séjour de réadaptation, d'une visite diagnostique et thérapeutique à domicile d'une durée de 5 heures, pour évaluer la situation à domicile et déterminer les objectifs de réadaptation ainsi que les mesures nécessaires.
Dans le cadre des soins de réadaptation de base, le patient avait besoin d'un maximum de 180 minutes de soins par jour en moyenne. En outre, il a réappris les activités de la vie quotidienne (par exemple, se tourner de manière autonome, facilité par la mise en place d'une aide/d'un soutien supplémentaire, s'habiller et se déshabiller, l'hygiène personnelle, le positionnement indépendant, la prévention des complications, etc.) dans le cadre de mesures thérapeutiques (30 minutes par jour). Pendant son séjour de 294 jours, le patient a bénéficié au total de 30 séances par semaine de physiothérapie et d'ergothérapie et d'un soutien psychologique hebdomadaire. Les limitations fonctionnelles sont classées comme sévères, il n'y a pas de troubles cognitifs. La marche est impossible, le score SCIM passe de 10 points sur 100 à 27 points sur 100.

Les diagnostics suivants sont établis selon la documentation médicale à la sortie:
- *Tétraplégie spastique incomplète de la sensibilité et de la motricité au niveau neurologique C6 AIS C à la suite d'une fracture vertébrale C6 (initialement C5 AIS B), stabilisée.*
- *Trouble neurogène des fonctions urinaires et nécessité de pose/utilisation d'un cathéter suprapubien.*
- *Troubles neurogènes des fonctions intestinales avec subiléus récidivant et défécation par lavements et médicaments laxatifs.*
- *Troubles neurogènes des fonctions sexuelles avec dysfonctionnement érectile, anorgasmie et anéjaculation.*
- *Dysautonomie modérée avec pression artérielle labile persistante et tendance à l'hypotension, qui a été contrôlée par des médicaments.*
- *Douleurs neurogènes sous-lésionnelles, principalement au niveau du membre inférieur droit avec spasticité invalidante.*

La documentation médicale permet en outre le codage d'un traitement complexe de la douleur aiguë pendant plus de 21 jours. Sur 210 jours de séjour, les conditions pour la saisie du traitement complexe de soins infirmiers selon la documentation sont également remplies.

DP	*S14.13†*	*Lésion traumatique des nerfs et de la moelle épinière au niveau du cou, Autres lésions transversales incomplètes de la moelle cervicale*
DS	*N51.8**	*Autres affections des organes génitaux de l'homme au cours de maladies classées ailleurs*
DS	*S14.75!*	*Niveau fonctionnel d'une lésion de la moelle cervicale, C5*
DS	*G95.80*	*Autres affections précisées de la moelle épinière, Paralysie vésicale en cas de lésion supranucléaire [UMNL]*
DS	*G95.82*	*Autres affections précisées de la moelle épinière, Trouble des fonctions vésicales dû à un choc rachidien*
DS	*G90.88*	*Autres affections du système nerveux autonome*
DS	*I98.8**	*Autres troubles précisés de l'appareil circulatoire au cours de maladies classées ailleurs*
DS	*I95.8*	*Autres hypotensions*
DS	*F12.5*	*Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, Trouble psychotique*
DS	*K59.2*	*Autres troubles fonctionnels de l'intestin, Intestin neurogène, non classé ailleurs*
DS	*R25.2*	*Mouvements involontaires anormaux, Crampe et spasme*
T	*93.87.D4*	*Traitement complexe de réadaptation en paraplégie, au moins 280 à 307 jours de traitement, moyenne de 30 séances par semaine*
T	*AA.33.-*	*Mesure d'indépendance de la moelle épinière (SCIM) - à l'admission, selon le score relevé*
T	*AA.33.-*	*Mesure d'indépendance de la moelle épinière (SCIM)- à la sortie, selon le score relevé*
T	*99.C2.1Y*	*Traitement de soins infirmiers complexes chez les adultes, 601 à 700 points de dépense*
T	*93.89.D2*	*Visite diagnostique et thérapeutique à domicile dans le cadre d'une évaluation de réadaptation aiguë ou de réadaptation, durée de plus de 4 heures jusqu'à 6 heures*
T	*93.A3.34*	*Traitement complexe des douleurs aiguës, 21 et plus de jours de traitement*
T		*Interventions psychiatriques et autres selon la documentation médicale*
T	*57.17*	*Cystostomie percutanée*

2.8. Directives de codage de la réadaptation

Concerne toutes les versions linguistiques

Remarque au sujet de la modification
En raison de la modification présentée au point 3.6 de la circulaire 2025 n° 1, il a fallu supprimer la visite diagnostique à domicile dans les exemples ci-après. Cela signifie qu'en cas de saisie de codes de réadaptation (BA.-), on n'indique pas, pour la même période, de codes du groupe d'éléments 93.89.D-.

Modification effectuée :
Exemples par type de réadaptation

Exemple 1 Réadaptation neurologique
Un patient qui présente une hémiplégie flasque à la suite d'un infarctus cérébral dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne est transféré en réadaptation stationnaire. Il présente en diagnostic supplémentaire une maladie coronarienne bitronculaire qui fait l'objet d'un traitement médicamenteux. Sur le plan des soins infirmiers, le patient nécessite une charge supplémentaire documentée de 73 points de dépense qui dépasse les prestations de base en réadaptation. Il bénéficie par ailleurs de 700 minutes par semaine en moyenne de logopédie et d'ergothérapie pendant quatre semaines. En outre, une visite à domicile au cours du séjour en réadaptation est effectuée pour clarifier la situation à domicile ainsi que pour évaluer les autres objectifs de réadaptation et mesures nécessaires.

Codage:

DP	*I63.4*	*Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales*
L		
DS	*G81.0*	*Hémiplégie et hémiparésie flasque*
L		
DS	*I25.12*	*Athérosclérose cardio-vasculaire. Maladie bitronculaire*
DS	*U50.-*	*Limitation fonctionnelle motrice*
DS	*U51.-*	*Limitation fonctionnelle cognitive*
T	*BA.1*	*Réadaptation neurologique*
T	*AA.1-*	*Mesure de l'Activity of Daily Living [ADL]*
~~*T*~~	~~*93.89.D2*~~	~~*Visite diagnostique à domicile dans le cadre d'une évaluation de réadaptation aiguë ou de réadaptation, durée de plus de 4 heures jusqu'à 6 heures*~~

Exemple 8 Réadaptation gériatrique
Un patient multimorbide, est transféré en réadaptation stationnaire, à la suite de son hospitalisation en somatique aiguë. Il souffre de maux de dos dus à une sténose du canal rachidien, accompagnés d'irradiations douloureuses radiculaires et de paralysie. Tous les diagnostics aigus somatiques indiqués dans l'exemple restent valables selon la documentation médicale et requièrent un codage si l'effort de soins > 0 selon la règle de codage G54. Les autres règles de codage et remarques du manuel de codage médical sont à prendre en compte. Au cours de l'hospitalisation en réadaptation, une visite diagnostique et thérapeutique à domicile est effectuée pour clarifier la situation sur place ainsi que pour évaluer les autres objectifs de réadaptation et mesures nécessaires.

Codage:

DP	*M48.06*	*Rétrécissement du canal médullaire: Région lombaire*
DS	*G55.3**	*Compression des racines et des plexus nerveux au cours d'autres dorsopathies (M45 - M46†, M48.-†, M53 - M54†)*
DS	*E03.9*	*Hypothyroïdie, sans précision*
DS	*I50.13*	*Insuffisance cardiaque gauche Avec symptôme en cas d'effort léger*
DS	*E11.72†*	*Diabète sucré, type 2, Avec autres complications multiples, non désigné comme décompensé*
DS	*G63.2**	*Polynévrite diabétique*
DS	*N08.3**	*Glomérulopathie au cours du diabète sucré*
DS	*N18.3*	*Maladie rénale chronique, stade 3*
DS	*I10.00*	*Hypertension essentielle bénigne: Sans mention de crise hypertensive*
DS	*E44.1*	*Hypertension essentielle bénigne: Sans mention de crise hypertensive*
DS	*E55.9*	*Carence en vitamine D, sans précision*
DS	*U50.-*	*Limitation fonctionnelle motrice*

DS	*U51.-*	*Limitation fonctionnelle cognitive*
T	*BA.8*	*Réadaptation gériatrique*
T	*AA.1-*	*Mesure de l'Activity of Daily Living [ADL]*
~~*T*~~	~~*93.89.D2*~~	~~*Visite diagnostique à domicile dans le cadre d'une évaluation de réadaptation aiguë ou de réadaptation, durée de plus de 4 heures jusqu'à 6 heures*~~

3. Informations complémentaires à la CHOP 2025

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

3.1. Corrections apportées à l'introduction de l'Index systématique CHOP 2025

3.1.1. Rubrique «Langues, formats, accès»

Concerne uniquement la version allemande

3.1.2. Rubrique «Modifications du contenu dans la CHOP 2025»

Concerne uniquement la version allemande

3.1.3. Rubrique «Règles linguistiques» – «Désignations des professions»

Concerne uniquement les versions française et italienne

Les modifications suivantes sont à apporter.

Les désignations utilisées dans la CHOP pour les professions de la santé s'appuient sur la Loi fédérale sur les professions de la santé
(LPSan) et sur l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) (voir règle de codage SP0101 «Désignations des professions dans la CHOP» dans le manuel de codage médical).
Les désignations des professions «médecins», «ergothérapeutes», «diététiciens», «logopédistes~~/~~orthophonistes», «ostéopathes», «infirmiers», «physiothérapeutes», «neuropsychologues» et «psychologues-psychothérapeutes» sont mentionnées dans les lois précédemment citées et dans la CHOP.

3.2. 39.78.6- Nombre d'endoprothèses [stent grafts] aortiques implantées

Concerne toutes les versions linguistiques

La note du groupe d'éléments 39.78.6- doit être corrigée de la manière suivante.

39.78.6- Nombre d'endoprothèses [stent grafts] aortiques implantées
Note: Somme des endoprothèses [stent grafts] implantées au total dans l'aorte ascendante, la crosse aortique, l'aorte thoracique, thoraco-abdominale et abdominale.

3.3. 54.99.50 et 54.99.51 Fermeture temporaire de la paroi abdominale

Concerne toutes les versions linguistiques

Il convient de compléter les «Coder aussi» figurant aux codes 54.99.50, 54.99.51 et 54.99.52 par la mention «si effectuée». Sous le code 86.88.I3, trois «Coder aussi» réciproques doivent être ajoutés. L'ouverture d'une fermeture temporaire de la paroi abdominale ne doit pas être considérée comme une laparotomie. Une «Exclusion – Omettre le code» doit être insérée dans la catégorie à 3 positions 54.1-. Dans la catégorie à 3 positions 54.6-, il faut ajouter une exclusion concernant le code 86.88.I3. Sous le code 96.B2, il faut ajouter deux exclusions concernant les codes 54.99.50 et 54.99.51.

54.1- Laparotomie
EXCL. ~~Fermeture temporaire de la paroi abdominale (54.99.50)~~
Omettre le code - Ouverture et remise en place d'une fermeture temporaire de la paroi abdominale (54.99.51)

[…]

54.6- Suture de la paroi abdominale et du péritoine
EXCL. Fermeture temporaire de la paroi abdominale (54.99.50)
Ouverture et remise en place d'une fermeture temporaire de la paroi abdominale (54.99.51)
Pose chirurgicale d'un dispositif externe pour traction des fascias à l'abdomen [traction de la paroi abdominale], avec réglage de la force définissable (54.99.52)
Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, à l'abdomen ouvert (86.88.I3)

[…]

54.99.50 Fermeture temporaire de la paroi abdominale
Cod. a.: Si effectuée - Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, à l'abdomen ouvert (86.88.I3)

54.99.51 Ouverture et remise en place d'une fermeture temporaire de la paroi abdominale
Cod. a.: Si effectuée - Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, à l'abdomen ouvert (86.88.I3)

54.99.52 Pose chirurgicale d'un dispositif externe pour traction des fascias à l'abdomen [traction de la paroi abdominale], avec réglage de la force définissable
Cod. a.: Durée d'utilisation d'un dispositif externe pour traction des fascias de l'abdomen [traction de la paroi abdominale], avec réglage de la force définissable, selon le nombre de jours de traitement (93.5A.1-)
Si effectuée - Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, à l'abdomen ouvert (86.88.I3)

[…]

86.88.I3 Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, à l'abdomen ouvert
Cod. a.: Fermeture temporaire de la paroi abdominale (54.99.50)
Ouverture et remise en place d'une fermeture temporaire de la paroi abdominale (54.99.51)
Si effectuée - Pose chirurgicale d'un dispositif externe pour traction des fascias à l'abdomen [traction de la paroi abdominale], avec réglage de la force définissable (54.99.52)

[…]

96.B2 Traitement non-opératoire à abdomen ouvert
Note: Cette intervention, pour le lavage et le changement de pansements, est exécutée dans des conditions stériles, dans une salle d'opération ou dans l'unité de soins intensifs, ainsi que sous anesthésie générale.
EXCL. Pose ou remplacement chirurgical de système de scellement sous vide avec anesthésie régionale ou générale, à l'abdomen ouvert (86.88.I3)
Fermeture temporaire de la paroi abdominale (54.99.50)
Ouverture et remise en place d'une fermeture temporaire de la paroi abdominale (54.99.51)

3.4. 80.05.16 Enlèvement d'endoprothèse totale de hanche, prothèse spéciale

Concerne toutes les versions linguistiques

Le terme «prothèse à tige longue» est à supprimer de l'inclusion sous le code 80.05.16.

80.05.16 Enlèvement d'endoprothèse totale de hanche, prothèse spéciale
INCL. Prothèse tumorale, prothèse modulaire~~, prothèse à tige longue~~

3.5. Traitement neuropsychologique, selon la durée du traitement et réadaptation neurologique

Concerne toutes les versions linguistiques

La neuropsychologie faisant partie du domaine de la réadaptation neurologique, pédiatrique et gériatrique, une «Exclusion – omettre le code» la concernant doit être ajoutée au groupe d'élément 89.15.8-. Il convient également de supprimer le «Coder aussi» figurant dans la catégorie à 3 positions BA.1-.

89.15.8- Traitement neuropsychologique, selon la durée du traitement
EXCL. Omettre le code – Réadaptation neurologique (BA.1-)
Omettre le code – Réadaptation pédiatrique (BA.7-)
Omettre le code – Réadaptation gériatrique (BA.8-)

[…]

BA.1- Réadaptation neurologique
~~Cod. a.: Si effectuée - Traitement neuropsychologique, selon la durée du traitement (89.15.8 -)~~

[…]

3.6. 93.89.D- Saisie de codes concernant la visite diagnostique et thérapeutique à domicile en même temps que les codes BA.- de réadaptation

Concerne toutes les versions linguistiques

Afin de délimiter, pour la réadaptation, le domaine d'application des codes du groupe d'éléments 93.89.D.- «Visite diagnostique et thérapeutique à domicile dans le cadre d'une évaluation de réadaptation aiguë ou de réadaptation, selon la durée», une «Exclusion – Omettre le code – Réadaptation (BA.-)» y est introduite. Cela signifie qu'en cas de saisie de codes de réadaptation (BA.-), on n'indique pas, pour la même période, de codes du groupe d'éléments 93.89.D-.

93.89.D- Visite diagnostique et thérapeutique à domicile dans le cadre d'une évaluation de réadaptation aiguë ou de réadaptation, selon la durée
EXCL. Omettre le code - Réadaptation (BA.-)
[…]

3.7. 93.8C.1 - Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, selon le nombre de jours de traitement

Concerne toutes les versions linguistiques

Des questions sur l'interprétation de l'énoncé «Thérapies fonctionnelles d'une durée moyenne de 2 h/jour fournies (au minimum) 5 jours sur 7» qui figurait dans ce qui était le point 2 de la «Caractéristique minimale point 3, traitement» ont amené à en reformuler et refondre entièrement les points 1, 2 et 3.

93.8C.1- Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, selon le nombre de jours de traitement
Note: […]
Caractéristique minimale point 3, traitement:
~~1. Soins de réadaptation (soins d'encouragement et de soutien, par ex. entraîner et exercer le patient à se laver, à s'habiller, à prendre ses repas, à la continence, à s'orienter, à déglutir, à la gestion de sa trachéostomie, aux mesures nécessitant l'isolement, etc.) pendant au moins 2 h/jour, 7 jours sur 7.~~
~~2. Thérapies fonctionnelles d'une durée moyenne de 2 h/jour fournies (au minimum) 5 jours sur 7, souvent avec plusieurs thérapeutes ensemble (traitements doubles) par application d'au moins 2 des domaines thérapeutiques listés sous 4.2.~~
~~3. Soins de base et soins de réadaptation et thérapies fonctionnelles totalisant au moins 5 heures par jour, 7 jours sur 7, les temps de thérapie/soins avec intervention simultanée de plusieurs thérapeutes et infirmiers pouvant être additionnés. Chez les enfants et les adolescents, 2 heures/jour de pédagogie spécialisée et curative peuvent être comptabilisées comme des soins de réadaptation et de la thérapie fonctionnelle. Des dérogations à cette règle ne sont possibles que pour des raisons spécifiques au patient, celles-ci doivent être documentées.~~
1. Soins de base et soins de réadaptation ainsi que thérapie fonctionnelle:
Soins (soins de base et soins de réadaptation) ainsi que thérapie fonctionnelle: au moins 2100 minutes de thérapie en moyenne par semaine (sept jours calendaires consécutifs) sur l'ensemble de la réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce. Des dérogations à cette règle ne sont possibles que pour des raisons spécifiques au patient, et doivent être documentées. Pour la manière de répartir le nombre minimal de minutes de thérapies, voir les points 1a, 1b et 1c ci-après.

1a. Soins de réadaptation (soins d'encouragement et de soutien, par ex. entraîner et exercer le patient à se laver, à s'habiller, à prendre ses repas, à la continence, à s'orienter, à déglutir, à la gestion de sa trachéostomie, aux mesures nécessitant l'isolement, entre autres): au moins 840 minutes de thérapie par semaine en moyenne sur l'ensemble de la réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce. Les soins de réadaptation sont donnés 7 jours sur 7.

1b. Thérapie fonctionnelle: au minimum 600 minutes de thérapie par semaine en moyenne sur l'ensemble de la réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce. La thérapie fonctionnelle est appliquée au moins 5 jours sur 7. Elle est souvent réalisée conjointement par plusieurs thérapeutes (doubles traitements). La thérapie fonctionnelle doit recourir à au moins 2 des domaines thérapeutiques listés sous 4.2 par semaine.

1c. Chez les enfants et les adolescents, 840 minutes par semaine de pédagogie spécialisée et curative peuvent être comptabilisées comme des soins de réadaptation et de la thérapie fonctionnelle.

1d. Les temps de thérapie/soins lors d'intervention simultanée de plusieurs thérapeutes et infirmiers peuvent être additionnés.

~~4.~~ 2. Visites médicales au moins 5 jours sur 7.

~~5.~~ 3. Différents autres domaines spécialisés, tels que: conseil/traitement diététique, orthoptie, etc., peuvent également être mis à contribution en cas de besoin.
[…]

3.8. 93.8A.2- et 93.8B.- Médecine palliative

Concerne toutes les versions linguistiques

Plusieurs demandes ayant été faites sur la manière de saisir les codes des groupes d'éléments 93.8A.2-, 93.8B.1- et 93.8B.2-, cette question a été précisée avec des experts et des représentants de divers groupes d'intérêt.

- Les titres des codes du groupe d'éléments 93.8A.2- et de la sous-catégorie 93.8B.- ont été complétés afin de permettre d'indiquer le lieu de soins.
- La définition de la médecine palliative figurant dans la note «Caractéristique minimale point 1, indication» du groupe d'éléments 93.8A.2- et de la sous-catégorie 93.8B.- a été harmonisée et adaptée au contexte des soins stationnaires aigus.
- La «visite interprofessionnelle», qui figurait deux fois dans les caractéristiques minimales de la sous-catégorie 93.8B.-, a été supprimée de la «Caractéristique minimale point 5, planification et contrôle du traitement».
- Une explication du calcul au pro rata a été ajoutée aux codes «d'au moins 4 à 6 jours de traitement».
- Les codes du groupe d'éléments 93.8B.2- ont été transformés en codes supplémentaires et la manière de les saisir a été précisée.
- Ces modifications ont également des conséquences sur la précision 0755 «Informations et précisions sur les soins palliatifs» figurant en annexe de la circulaire. De plus, deux exemples ont été ajoutés pour illustrer comment saisir les codes supplémentaires du groupe d'éléments 93.8B.2-.

93.8A.2- Traitement complexe de médecine palliative (hors **d'un** service spécialisé autonome de soins palliatifs), selon le nombre de jours de traitement

Note: Caractéristique minimale point 1, indication:
La médecine palliative de soins stationnaires aigus consiste en un traitement actif intégral ~~pour contrôle des symptômes et stabilisation psychosociale~~ de patients atteints d'une maladie progressive à un stade avancé, ~~et~~ dont l'espérance de vie est limitée, à un moment où la maladie ne réagit plus à des traitements curatifs ou que les soins curatifs ne sont plus possibles. Priorité absolue est accordée à la gestion de la douleur et des autres effets de la maladie ainsi qu'à la gestion des problèmes psychologiques, sociaux et spirituels. Le traitement complexe de médecine palliative se fait dans une chambre adaptée à l'état général du patient. Décision prospective en fonction de la situation avec appel éventuel à des spécialistes.

Caractéristique minimale point 2, examen de diagnostic lors de l'admission, évaluation:
Réalisation d'une évaluation de base standardisée de médecine palliative. Les jours de traitement ne sont décomptés qu'après la réalisation de l'évaluation de base standardisée de médecine palliative. Si l'état du patient ne permet pas de terminer l'évaluation de base standardisée de médecine palliative, ce fait doit être documenté.

Caractéristique minimale point 3, équipe thérapeutique et traitement:
a) Direction de l'équipe thérapeutique par un médecin spécialiste disposant d'une formation continue spécifique en médecine palliative, d'au moins 80 heures, ou sous la direction d'un médecin spécialiste avec formation approfondie en médecine palliative.
b) Équipe thérapeutique multidisciplinaire composée de médecins, de personnel soignant ainsi que de thérapeutes 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.
Un médecin, du personnel soignant ainsi qu'au moins deux groupes professionnels thérapeutiques (dont font partie les travailleurs sociaux et les accompagnants spirituels) interviennent chaque semaine de traitement.

Caractéristique minimale point 4, planification et contrôle du traitement:
a) Établissement d'un plan de traitement individualisé interprofessionnel.
b) Chaque semaine, discussion interprofessionnelle en équipe avec documentation hebdomadaire des résultats déjà atteints et des futurs objectifs du traitement.

Caractéristique minimale point 5, planification de sortie:
Planification de la sortie avec organisation d'un réseau de soutien.

Cod. a.: Si effectué - Traitement de soins infirmiers complexes (99.C-)
EXCL. Omettre le code – Traitement en service spécialisé autonome de soins palliatifs (93.8B.-)

93.8A.2B Traitement complexe de médecine palliative (hors d'un service spécialisé autonome de soins palliatifs), jusqu'à 3 jours de traitement

93.8A.2C Traitement complexe de médecine palliative (hors d'un service spécialisé autonome de soins palliatifs), d'au moins 4 à 6 jours de traitement

Note: Ce code s'applique aux courts séjours indépendants.
Sous «Caractéristique minimale, point 3, équipe thérapeutique et traitement», il est indiqué: «Les prestations médicales, les soins infirmiers ainsi qu'au moins deux des domaines thérapeutiques susmentionnés s'appliquent au moins 6 heures par semaine (c'est-à-dire 7 jours calendaires).».
Cela signifie que selon le calcul au pro rata il faut, pour saisir le code 93.8A.2C, qu'il y ait eu des prestations au moins
[0,86 heure (51,6 minutes) par jour] x 4 jours de traitement = 3,44 heures (206 minutes).
Le traitement ne doit pas avoir été administré 0,86 heure chaque jour, mais 0,86 heure en moyenne sur les 4 jours (p. ex. 1 heure le premier jour, 0,5 heure le deuxième, 2 heures le troisième et 0 heures le quatrième = 0,875/heure par jour en moyenne). Au moins une prestation médicale, un soin infirmier ainsi que deux des domaines thérapeutiques mentionnés doivent s'appliquer.
Le calcul au pro rata n'est pris en compte que pour ce code de «court séjour».

93.8A.2D Traitement complexe de médecine palliative (hors d'un service spécialisé autonome de soins palliatifs), d'au moins 7 à 13 jours de traitement

93.8A.2E Traitement complexe de médecine palliative (hors d'un service spécialisé autonome de soins palliatifs), d'au moins 14 à 20 jours de traitement

93.8A.2F Traitement complexe de médecine palliative (hors d'un service spécialisé autonome de soins palliatifs), d'au moins 21 à 27 jours de traitement

93.8A.2G Traitement complexe de médecine palliative (hors d'un service spécialisé autonome de soins palliatifs), 28 et plus de jours de traitement

93.8B.- Traitement en service spécialisé autonome de soins palliatifs

Note: Caractéristique minimale point 0, document de référence et certification:
Document de référence: Les critères minimaux précis de la structure et exceptions correspondantes peuvent être consultés dans le document: «Document de référence pour les soins palliatifs spécialisés stationnaires», version 3.3, valable à partir de 01.01.2021. Lien: https://www.palliative.ch/fr/notre-engagement/groupes-de-travail/qualite
Certification: pour saisir des codes des groupes d'éléments 93.8B.1- et 93.8B.2-, l'unité en charge du traitement (service ou clinique) doit avoir le label de qualité «soins palliatifs spécialisés». ~~L'institution est certifiée «Unités spécialisées & Equipes mobiles - Soins palliatifs spécialisés» ou «Unités spécialisées - Soins palliatifs spécialisés».~~

Caractéristique minimale point 1, indication:
Traitement continu sur 24 heures dans une unité de soins palliatifs autonome (service ou clinique), par une équipe multidisciplinaire/interprofessionnelle spécialisée dans les soins palliatifs particulièrement exigeants et complexes. La médecine palliative de soins stationnaires aigus consiste en un traitement actif intégral ~~pour contrôle des symptômes et stabilisation psychosociale~~ de patients atteints d'une maladie ~~chronique/incurable~~ progressive à un stade avancé, dont l'espérance de vie est limitée, à un moment où la maladie ne réagit plus à des traitements curatifs ou que les soins curatifs ne sont plus possibles. Priorité absolue est accordée à la gestion de la douleur et des autres effets de la maladie ainsi qu'à la gestion des problèmes psychologiques, sociaux et spirituels. Décision prospective en fonction de la situation avec appel éventuel à des spécialistes.

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. Les jours de traitement ne sont décomptés qu'après la réalisation de l'évaluation de base standardisée de médecine palliative. Si l'état du patient ne permet pas de terminer l'évaluation de base standardisée de médecine palliative, ce fait doit être documenté.
b) Établissement d'un plan multidisciplinaire de traitement et définition des résultats visés en priorité chez le patient individuel [Advance Care Planning].

Caractéristique minimale point 3, traitement:
a) Visite interprofessionnelle 5 jours sur 7
b) Voir sous les groupes d'éléments 93.8B.1- ou 93.8B.2- pour les spécifications respectives
c) Prise en compte active de l'entourage familial lors des évaluations, plans thérapeutiques et évaluations de l'évolution du traitement
d) Soutien des proches dans leur confrontation avec le deuil.

Caractéristique minimale point 4, équipe thérapeutique:
a) composition et direction de l'équipe: équipe multidisciplinaire/interprofessionnelle spécialisée dans les soins palliatifs particulièrement exigeants et complexes sous la direction d'un médecin spécialiste ayant une formation complémentaire en médecine palliative interdisciplinaire. La direction professionnelle du traitement 24 h sur 24 peut être assurée par un service de piquet.
b) soins: direction des soins infirmiers par une personne possédant une qualification complémentaire reconnue en soins palliatifs ainsi qu'au moins deux ans d'expérience dans le traitement de patients palliatifs.

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

Caractéristique minimale point 5, planification et contrôle du traitement:
~~a) Visite interprofessionnelle 5 jours sur 7 avec documentation de l'évolution du traitement.~~
~~b)~~ Chaque semaine, discussion interprofessionnelle en équipe avec documentation hebdomadaire des résultats déjà atteints et des futurs objectifs du traitement.

Caractéristique minimale point 6, planification de la sortie:
Planification de la sortie avec organisation d'un réseau de soutien.

Caractéristique minimale point 7, saisie:
Le groupe d'éléments 93.8B.1- représente le ~~Prestation de base «Soins palliatifs spécialisés», selon le nombre de jours de traitement~~ «Séjour en service spécialisé autonome de soins palliatifs, selon le nombre de jours de traitement». ~~Le groupe d'éléments 93.8B.2- représente les «Soins palliatifs spécialisés avec prestation supplémentaire de traitements».~~ Si les caractéristiques minimales sous 93.8B.- ainsi que sous 93.8B.1- sont remplies, le code correspondant sous 93.8B.1- doit être saisi pour toute la durée de traitement en service spécialisé de soins palliatifs ~~spécialisés~~. Si, parallèlement au séjour en service spécialisé autonome de soins palliatifs, des prestations supplémentaires de soins palliatifs sont fournies durant une ou plusieurs semaines de traitement, on peut saisir le code correspondant du groupe d'éléments 93.8B.2- «Prestation supplémentaire en service spécialisé autonome de soins palliatifs, selon le nombre de jours de traitement».

Cod. a.: Si effectué - Traitement de soins infirmiers complexes (99.C-)
EXCL. Omettre le code - Traitement complexe de médecine palliative (hors d'un service spécialisé autonome de soins palliatifs), selon le nombre de jours de traitement (93.8A.2-)
Omettre le code - Réadaptation (BA.-)
Omettre le code - Compléments pour la réadaptation (BB.-)

93.8B.1- ~~Prestation de base «Soins palliatifs spécialisés»,~~ Séjour en service spécialisé autonome de soins palliatifs, 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~~ Prestations médicales, soins infirmiers et au besoin les domaines thérapeutiques listés sous la caractéristique minimale point 4c s'appliquent.

Cod. a.: ~~Soins palliatifs spécialisés avec prestation supplémentaire de traitements~~ Prestation supplémentaire en service spécialisé autonome de soins palliatifs (93.8B.2-)

93.8B.16 ~~Prestation de base «Soins palliatifs spécialisés»~~ Séjour en service spécialisé autonome de soins palliatifs, jusqu'à 3 jours de traitement
Note: Ce code s'applique aux courts séjours indépendants.
Dans la sous-catégorie 93.8B.-, sous la «Caractéristique minimale point 3, traitement», il est indiqué: «a) Visite interprofessionnelle 5 jours sur 7». Pour saisir le code 93.8B.16, il faut qu'au moins 1 visite interprofessionnelle ait eu lieu.

93.8B.17 ~~Prestation de base «Soins palliatifs spécialisés»~~ Séjour en service spécialisé autonome de soins palliatifs, au moins 4 à 6 jours de traitement
Note: Ce code s'applique aux courts séjours indépendants.
Dans la sous-catégorie 93.8B.-, sous la «caractéristique minimale point 3, traitement», il est indiqué: «a) Visite interprofessionnelle 5 jours sur 7». Pour saisir le code 93.8B.17, il faut qu'au moins 3 visites interprofessionnelles aient eu lieu.

93.8B.18 ~~Prestation de base «Soins palliatifs spécialisés»~~ Séjour en service spécialisé autonome de soins palliatifs, au moins 7 à 13 jours de traitement

93.8B.1A ~~Prestation de base «Soins palliatifs spécialisés»~~ Séjour en service spécialisé autonome de soins palliatifs, au moins 14 à 20 jours de traitement

93.8B.1B ~~Prestation de base «Soins palliatifs spécialisés»~~ Séjour en service spécialisé autonome de soins palliatifs, au moins 21 à 27 jours de traitement

93.8B.1C ~~Prestation de base «Soins palliatifs spécialisés»~~ Séjour en service spécialisé autonome de soins palliatifs, 28 jours de traitement et plus

93.8B.2- ~~Soins palliatifs spécialisés avec prestation supplémentaire de traitements~~ Prestation supplémentaire en service spécialisé autonome de soins palliatifs, selon le nombre de jours de traitement

Note: Les codes ci-après sont des codes supplémentaires. On saisira en sus le code correspondant du groupe d'éléments 93.8B.1- «Séjour en service spécialisé autonome de soins palliatifs, selon le nombre de jours de traitement». Si aucun code du groupe d'éléments 93.8B.1- «Séjour en service spécialisé autonome de soins palliatifs, selon le nombre de jours de traitement» ne s'applique, on ne peut pas saisir de «Prestation supplémentaire en service spécialisé autonome de soins palliatifs, 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~~ Prestations médicales, soins 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 patient.
Un médecin, du personnel soignant ainsi qu'au moins deux groupes professionnels thérapeutiques (dont font partie les travailleurs sociaux et les accompagnants spirituels) interviennent chaque semaine de traitement avec prestation supplémentaire

93.8B.26 ~~Soins palliatifs spécialisés avec prestation supplémentaire de traitements~~ Prestation supplémentaire en service spécialisé autonome de soins palliatifs, jusqu'à 3 jours de traitement

93.8B.27 ~~Soins palliatifs spécialisés avec prestation supplémentaire de traitements~~ Prestation supplémentaire en service spécialisé autonome de soins palliatifs, au moins 4 à 6 jours de traitement

Note: Ce code s'applique aux courts séjours indépendants.
Sous «Caractéristique minimale point 3, traitement» du groupe d'éléments 93.8B.2- il est indiqué: «b) Prestations médicales, soins infirmiers ainsi qu'au moins deux des domaines thérapeutiques listés sous la caractéristique minimale point 4c s'appliquent au total au moins 6 heures par semaine (7 jours calendaires). Cela signifie que selon le calcul au pro rata il faut, pour saisir le code 93.8B.27, qu'il y ait eu des prestations au moins
[0,86 heure (51,6 minutes) par jour] x 4 jours de traitement = 3,44 heures (206 minutes). Le traitement ne doit pas avoir été administré 0,86 heure chaque jour, mais 0,86 heure en moyenne sur les 4 jours (p. ex. 1 heure le premier jour, 0,5 heure le deuxième, 2 heures le troisième et 0 heures le quatrième = 0,875/heure par jour en moyenne). Au moins une prestation médicale, un soin infirmier ainsi que deux des domaines thérapeutiques mentionnés doivent s'appliquer.
Le calcul au pro rata n'est pris en compte que pour ce code de «court séjour».

93.8B.28 ~~Soins palliatifs spécialisés avec prestation supplémentaire de traitements~~ Prestation supplémentaire en service spécialisé autonome de soins palliatifs, au moins 7 à 13 jours de traitement

93.8B.2A ~~Soins palliatifs spécialisés avec prestation supplémentaire de traitements~~ Prestation supplémentaire en service spécialisé autonome de soins palliatifs, au moins 14 à 20 jours de traitement
93.8B.2B ~~Soins palliatifs spécialisés avec prestation supplémentaire de traitements~~ Prestation supplémentaire en service spécialisé autonome de soins palliatifs, au moins 21 à 27 jours de traitement
93.8B.2C ~~Soins palliatifs spécialisés avec prestation supplémentaire de traitements~~ Prestation supplémentaire en service spécialisé autonome de soins palliatifs, 28 jours de traitement et plus

Les «Exclusion – Omettre le code» suivantes doivent être modifiées en raison d'un changement dans les titres de codes.

93.89.9- Réadaptation gériatrique aiguë, selon le nombre de jours de traitement
[…]
EXCL. Omettre le code - Traitement complexe de médecine palliative (hors d'un service spécialisé autonome de soins palliatifs) (93.8A.2-)
Omettre le code – Traitement en service spécialisé autonome de soins palliatifs (93.8B.-)
[…]
93.8A.1- Evaluation en médecine palliative
[…]
EXCL. Omettre le code - Traitement complexe de médecine palliative (hors d'un service spécialisé autonome de soins palliatifs) (93.8A.2-)
Omettre le code - Traitement en service spécialisé autonome de soins palliatifs (93.8B.-)
[…]

3.9. 94.3D.- / 94.3E.- Prise en charge 1:1 de troubles psychiques et psychosomatiques

Concerne toutes les versions linguistiques

Dans les sous-catégories 94.3D.- «Prise en charge 1:1 de troubles psychiques et psychosomatiques en psychiatrie adulte» et 94.3E.- «Prise en charge 1:1 de troubles psychiques et psychosomatiques et de troubles du comportement en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent», la note suivante doit être modifiée:

Caractéristique minimale point 5, saisie:
[…]
En cas de prise en charge individuelle par plus de 1 personne (p. ex. 2:1), les durées doivent être calculées pour chaque personne, puis additionnées.
[…]

3.10. .4- Exclusion Omettre le code - Réadaptation pédiatrique (BA.7-)

Concerne toutes les versions linguistiques

En l'absence d'argument formel contre la saisie du code de surveillance en réadaptation pour les patients en réadaptation pédiatrique, on a supprimé l'«Exclusion – Omettre le code» «Réadaptation pédiatrique (BA.7-)» qui figurait sous la catégorie à trois positions BB.4- «Surveillance en réadaptation».

BB.4- Surveillance en réadaptation
Cod. a.: Si effectuée - Prise en charge 1:1 en réadaptation (BB.31.-)
Si effectuée - Gestion des plaies en réadaptation, au moins 60 minutes par jour (BB.32)
EXCL. Omettre le code - Réadaptation précoce interdisciplinaire, selon le nombre de jours de traitement (93.86.-)
[…]
~~Omettre le code - Réadaptation pédiatrique (BA.7-)~~
[…]
[…]

4. Informations complémentaires sur la CIM-10-GM 2024

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

5. Annexe

5.1. Informations et précisions

La présente circulaire contient **toutes les** «informations et précisions» valables à partir du 1er janvier 2025.
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.

0755 01.01.2025 Informations et précisions sur les soins palliatifs
Les précisions suivantes concernent le groupe d'éléments 93.8A.2- «Traitement complexe de médecine palliative (hors d'un service spécialisé autonome de soins palliatifs), selon le nombre de jours de traitement» et la sous-catégorie 93.8B.- «Traitement en service spécialisé autonome de soins palliatifs».

0755/1 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.

0755/2 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.
Un médecin, du personnel soignant ainsi qu'au moins deux groupes professionnels thérapeutiques (dont font partie les travailleurs sociaux et les accompagnants spirituels) interviennent chaque semaine de traitement.

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- Séjour en service spécialisé autonome de soins palliatifs, 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~~ Prestations médicales, soins infirmiers et au besoin les domaines thérapeutiques listés sous la Caractéristique minimale point 4c s'appliquent.

93.8B.2- Prestation supplémentaire en service spécialisé autonome de soins palliatifs, 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~~ Prestations médicales, soins 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.
Un médecin, du personnel soignant ainsi qu'au moins deux groupes professionnels thérapeutiques (dont font partie les travailleurs sociaux et les accompagnants spirituels) interviennent chaque semaine de traitement avec prestation supplémentaire.

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 0755/3, 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.

0755/3 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:
[…]
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 les soins palliatifs spécialisés (hors d'un service spécialisé autonome de soins palliatifs) et le traitement en service spécialisé autonome de soins palliatifs 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.

0755/4 Interprofessionnel
«Interprofessionnel» implique la participation d'au moins un médecin, un infirmier et un autre groupe professionnel ~~à la discussion d'équipe~~. Cela vaut tant pour la discussion interprofessionnelle en équipe que pour la visite interprofessionnelle.

0755/5 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.)

0755/6 Saisie du code supplémentaire du groupe d'éléments 93.8B.2- «Prestation supplémentaire en service spécialisé autonome de soins palliatifs, selon le nombre de jours de traitement»
93.8B.-: Caractéristique minimale point 7, saisie:
Le groupe d'éléments 93.8B.1- représente le «Séjour en service spécialisé autonome de soins palliatifs, selon le nombre de jours de traitement». Si les caractéristiques minimales sous 93.8B.- ainsi que sous 93.8B.1- sont remplies, le code correspondant sous 93.8B.1- doit être saisi pour toute la durée de traitement en service spécialisé autonome de soins palliatifs. Si des prestations supplémentaires de soins palliatifs spécialisés sont fournies lors d'une ou plusieurs semaines de traitement parallèlement à un séjour en service spécialisé autonome de soins palliatifs, on peut saisir le code correspondant du groupe d'éléments 93.8B.2- «Prestation supplémentaire en service spécialisé autonome de soins palliatifs, selon le nombre de jours de traitement».

Les deux exemples ci-dessous illustrent la manière de saisir les codes supplémentaires du groupe d'éléments 93.8B.2- «Prestation supplémentaire en service spécialisé autonome de soins palliatifs, selon le nombre de jours de traitement».
Ce mode de calcul entre en vigueur au 1er janvier 2025.

Exemple 1

		Exemple 1: Traitement en service spécialisé autonome de soins palliatifs 22 jours de traitement avec prestation supplémentaire pouvant être codée																				
		1ère semaine de traitement p. ex. du jeudi au mercredi							2ème semaine de traitement							3ème semaine de traitement							
Jours de traitement		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
PBA terminé																							
Les caractéristique minimales 93.8B.- et 93.8B.1- sont remplies																							
Codage de la prestation de base		93.8B.1B «Séjour en service spécialisé autonome de soins palliatifs, au moins 21 à 27 jours de traitement»																					
Prestation supplémentaire par jour, en heures				1	1.5	3	0.5				1			1		2		2		2			
Médecin + personnel soignant + 2 thérapeutes = intervention de 4 groupes professionnels		4							4							4							
Les caractéristiques minimales de 93.8B.2- sont-elles remplies? = min. 6 heures / semaine + intervention de 4 groupes professionnels au moins (médecin + personnel soignant + 2 thérapeutes)		Oui: 6 heures durant la semaine de traitement, fournies par les 4 groupes professionnels requis							Non: 2 heures seulement durant la semaine de traitement							Oui: 6 heures durant la semaine de traitement, fournies par les 4 groupes professionnels requis							
Codage de la prestation supplémentaire		93.8B.2A «Prestation supplémentaire en service spécialisé autonome de soins palliatifs, au moins 14 à 20 jours de traitement»																					

Exemple 2

		Exemple 2: Traitement en service spécialisé autonome de soins palliatifs 22 jours de traitement sans prestation supplémentaire pouvant être codée																				
		1ère semaine de traitement p. ex. du jeudi au mercredi							2ème semaine de traitement							3ème semaine de traitement							
Jours de traitement		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
PBA terminé																							
Les caractéristique minimales 93.8B.- et 93.8B.1- sont remplies.																							
Codage de la prestation de base		93.8B.1B «Séjour en service spécialisé autonome de soins palliatifs, au moins 21 à 27 jours de traitement»																					
Prestation supplémentaire par jour, en heures				1			0.5	1.5	1	2													
Médecin + personnel soignant + 2 thérapeutes = intervention de 4 groupes professionnels		4							4														
Les caractéristiques minimales de 93.8B.2- sont-elles remplies? = min. 6 heures / semaine + intervention de 4 groupes professionnels au moins (médecin + personnel soignant + 2 thérapeutes)		Non: 3 heures seulement durant la semaine de traitement							Non: 3 heures seulement durant la semaine de traitement							Pas de prestation supplémentaire durant la semaine de traitement							
Codage de la prestation supplémentaire		Les critères de saisie d'un code 93.8B.2- «Prestation supplémentaire en service spécialisé autonome de soins palliatifs, selon le nombre de jours de traitement» ne sont pas remplis. Les 6 heures de prestations sont bel et bien fournies sur 7 jours, mais pas dans le rythme des semaines de traitement tel qu'on l'entend pour le prestation de base.																					

~~**0756 01.07.2024 «Exclusion – Omettre le code» en cas de traitements complexes**~~

La précision 0756 a été supprimée de l'annexe de la circulaire 2025 n° 1, car elle a été reprise dans l'introduction de la CHOP 2025.

~~**0757 01.07.2024 Informations et précisions sur les soins palliatifs**~~

La précision 0757 a été remplacée par la précision 0755 dans l'annexe de la circulaire 2025 n° 1.

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 doit jamais être effectuée pour le même intervalle 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 diagnostics 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)*

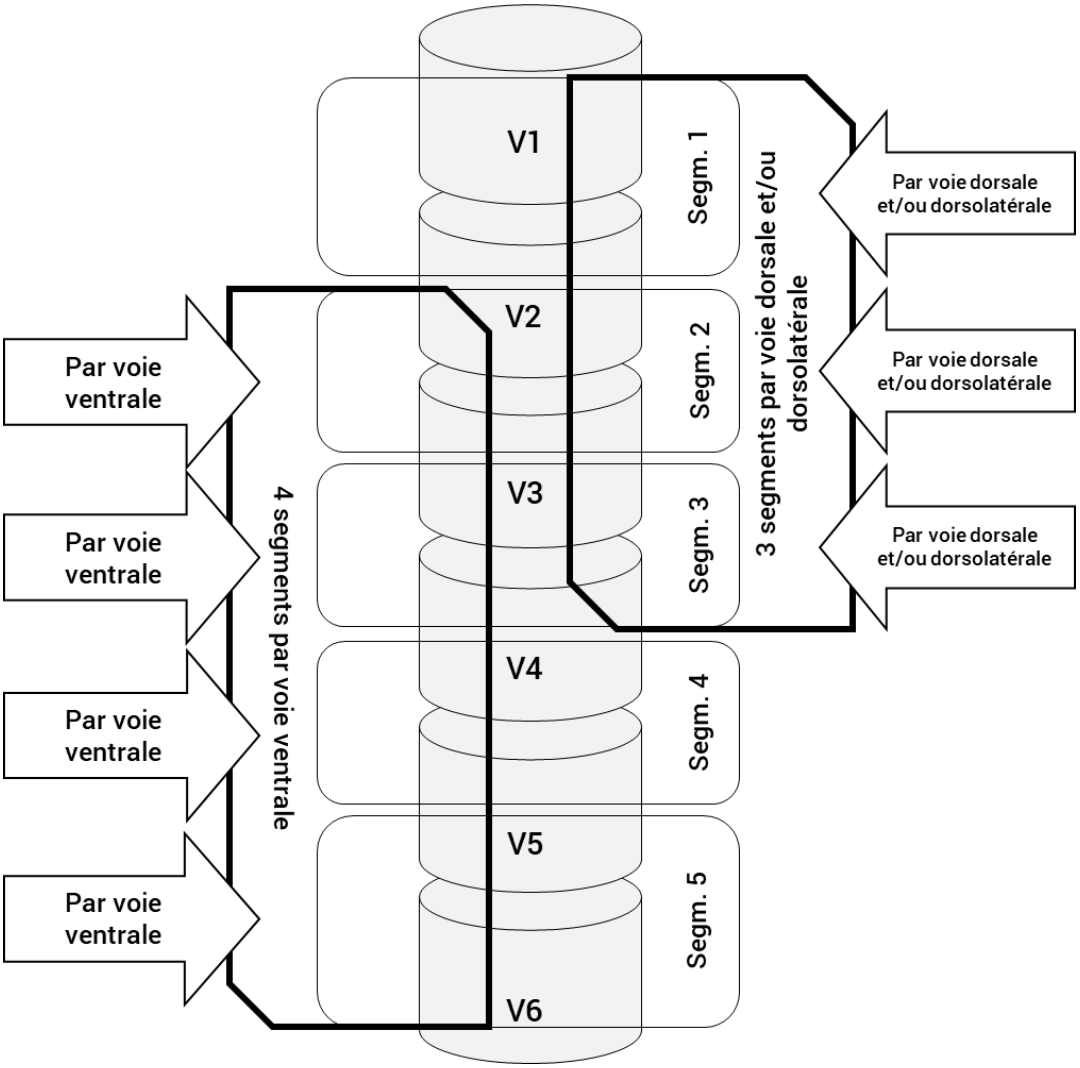
Si un EEG est réalisé à trois reprises sans que deux autres des mesures énumérées soient appliquées, les caractéristiques minimales ne sont pas remplies, de sorte qu'il n'est pas possible d'utiliser un code de la sous-catégorie 99.A6.-.
Si l'activité comprend au contraire une IRM crânienne, un diagnostic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

~~**0765 01.01.2024 Remplacement de la tige ou de la tête d'une endoprothèse (inversée) de l'épaule**~~
La précision 0765 a été supprimée de l'annexe de la circulaire 2025 n° 1, car la représentation du remplacement de composantes d'une endoprothèse totale d'épaule a été revue dans la CHOP 2025 (cf. les groupes d'éléments 80.01.4- «Ablation de composantes d'une endoprothèse totale d'épaule, selon le nombre de composantes» et 81.81.3- «Implantation de composantes d'une endoprothèse totale d'épaule, lors d'un remplacement de composantes, selon le nombre de composantes»).

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



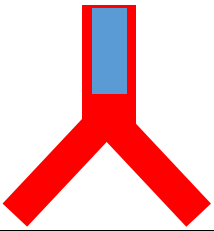
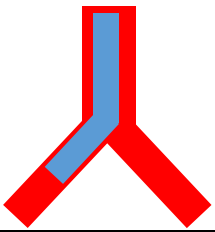
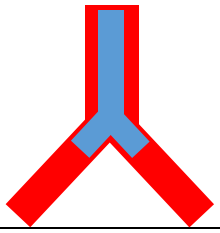
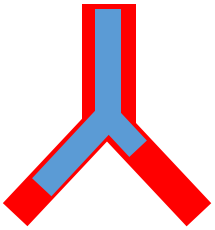
0767 01.01.2024 Saisie de 39.78.5- «Extrémité des endoprothèses [stents grafts] les plus basses»

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:

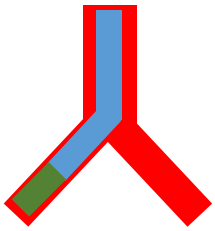
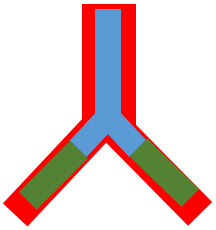
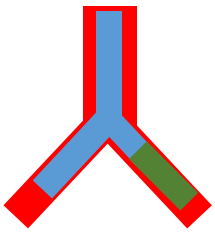
- 39.78.51 «Extrémité de l'endoprothèse [stent graft] la plus basse, aortique»
- 39.78.52 «Extrémité de l'endoprothèse [stent graft] la plus basse, aorto-mono-iliaque»
- 39.78.53 «Extrémité des endoprothèses [stents grafts] les plus basses, aorto-bi-iliaque»

La signification de chaque code additionnel relatif au corps principal (en bleu) 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 (corps principal (en bleu)) peuvent être prolongées par des endoprothèses dans l'artère iliaque commune gauche et/ou droite (d'autres endoprothèses sont alors appondues, en vert). 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.)

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.

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 ascendante, la crosse aortique, 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 ascendante, la crosse aortique, 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».

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 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.

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 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».

2e 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.

3e 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 36.08.11 «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»

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»

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~~ sur des rayons métacarpiens et des doigts ou sur des rayons métatarsiens et des orteils»

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 2e 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 2e rayon de la main gauche Intervention de type B sur le doigt du 3e 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 2e rayon de la main gauche Intervention de type B sur le métacarpe, 2e 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 2e et 3e rayons de la main gauche Intervention de type B sur le doigt du 3e 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 2e, 3e et 4e 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 2e, 3e et 4e rayons de la main gauche, ainsi que sur les doigts des 4e et 5e 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 2e rayon de la main gauche Intervention de type B sur l'os métacarpien du 3e rayon de la main gauche Intervention de type C sur les doigts des 3e et 4e 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 2e et 3e rayons de la main gauche Intervention de type B sur les doigts des 2e et 3e 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 2e et 3e rayons de la main gauche Intervention de type B sur le doigt du 2e 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 précision 0897 a été supprimée de l'annexe de la circulaire 2025 n° 1, car les « descriptions complémentaires » correspondantes ont été introduites dans la CHOP sous les codes mentionnés.

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**~~

La précision 0941 a été supprimée de l'annexe de la circulaire 2025 n° 1.

~~**2010 92.24 Téléradiothérapie à photons**~~

La précision 2010 a été supprimée de l'annexe de la circulaire 2025 n° 1, car la radio-oncologie et la radiothérapie ont été entièrement révisées dans la CHOP 2025.