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 2

30. juin 2025

Neuchâtel, 2025

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 2025
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		

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

1. Généralités

1.1. Instruments de codage en vigueur

À compter du 1er juillet 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~~
- Circulaire pour les codeuses et les codeurs 2025 n° 2 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 → 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

Pas de modification par rapport à la circulaire 2025 n° 1

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.

Les nouveautés, corrections et autres adaptations mentionnées dans la présente circulaire entrent en vigueur à la date de validité indiquée. Toute validité rétroactive est exclue.

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

Si vous ne travaillez pas avec Adobe Acrobat Pro, vous devez scanner le document préalablement anonymisé.

Toutes les demandes que nous recevrons et qui ne seront 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~~

Les informations complémentaires au manuel de codage 2025 présentées dans la circulaire 2025 n° 1 sont toujours valables.

2.1. SD2200n Codes d'utilisation particulière

Concerne toutes les versions linguistiques

[…]
Quand l'indice de Barthel est indiqué en dehors de la réadaptation gériatrique aiguë, de la réadaptation précoce interdisciplinaire, de la réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, de traitements complexes de médecine palliative, de la réadaptation ou de la psychiatrie, ~~on le saisit à nouveau 3 à 5 jours au plus tard et l'on code la valeur la plus élevée~~ la saisie de l'indice de Barthel doit être répétée dans un délai de 3 jours au plus tôt à 5 jours au plus tard. La valeur du point la plus élevée doit être codée.
[…]

2.2. Directives de codage de la réadaptation - Exigences minimales définies par rapport à une durée de 7 jours

Concerne uniquement la version française

Directives de codage de la réadaptation - Exigences minimales définies par rapport à une durée de 7 jours :
Il s'agit de caractéristiques minimales qui concernent le processus structurel ou fonctionnel au sein de l'hôpital et sont définies par rapport à une durée de 7 jours (exemple 1: 1 visite du médecin spécialiste / 7 jours – voir CHOP BA Réadaptation, Caractéristique minimale point 4, visite – ~~ou~~ exemple 2: 1 réunion d'équipe / 7 jours, ~~p. ex.~~). Ces caractéristiques minimales ne s'appliquent pas aux ~~séjours~~ périodes de moins de 7 jours, car il n'est pas possible de satisfaire à une fraction (au prorata) d'une visite de spécialiste ou d'une réunion d'équipe.

Exemple:
Quand un patient ou une patiente est admise un jeudi et sort le mardi suivant et que la réunion d'équipe se tient le mercredi, on n'attend pas de l'hôpital qu'il avance la date de ladite réunion. Dans ce cas, cette caractéristique minimale n'est donc pas exigée pour saisir le code.

3. Informations complémentaires à la CHOP 2025

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

Les informations complémentaires sur la CHOP 2025 présentées dans la circulaire 2025 n° 1 restent valables. Les nouvelles corrections supplémentaires sont indiquées ci-après.

3.1. 39.7- Stent grafts – Note expliquant comment compter les ouvertures

Concerne toutes les versions linguistiques

Les «notes» des sous-catégories 39.71.- «Implantation endovasculaire d'une endoprothèse [stent graft] dans l'aorte abdominale», et 39.73.- «[…] dans l'aorte ascendante, la crosse aortique, l'aorte thoracique et thoraco-abdominale», qui expliquent comment compter les ouvertures des endoprothèses, doivent être adaptées comme suit.

39.71.- Implantation endovasculaire d'une endoprothèse [stent graft] dans l'aorte abdominale

Note: […]

Les bras latéraux et les fenestrations comptent dans les ouvertures.
Tous les ~~foramina~~ foramens aux ~~deux~~ extrémités proximale et distales de ~~la prothèse~~ l'endoprothèse [stent graft] ainsi que les échancrures [scallops] ne font pas partie des ouvertures.
Le stent couvert [stent graft] correspondant doit être codé en plus pour chaque bras latéral.
La bifurcation en Y sur la prothèse principale n'est pas codée comme un bras latéral. Seuls les autres endoprothèses [stent grafts] modelées sur les branches de la prothèse en Y doivent être codés en plus.
Le fait qu'il s'agisse d'une prothèse en Y est indiqué par le code supplémentaire 39.78.53 «Extrémité des endoprothèses [stents grafts] les plus basses, aorto-bi-iliaque».

[…]

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

Note: […]

Les bras latéraux et les fenestrations comptent dans les ouvertures.
Tous les ~~foramina~~ foramens aux ~~deux~~ extrémités proximale et distales de ~~la prothèse~~ l'endoprothèse [stent graft] ainsi que les échancrures [scallops] ne font pas partie des ouvertures.
Le stent couvert [stent graft] correspondant doit être codé en plus pour chaque bras latéral.
La bifurcation en Y sur la prothèse principale n'est pas codée comme un bras latéral. Seuls les autres endoprothèses [stent grafts] modelés sur les branches de la prothèse en Y doivent être codés en plus. Le fait qu'il s'agisse d'une prothèse en Y est indiqué par le code supplémentaire 39.78.53 «Extrémité des endoprothèses [stents grafts] les plus basses, aorto-bi-iliaque».

3.2. 44.99.A1 et 44.99.A2 Création et fermeture d'une gastro-gastrostomie ou d'une gastro-entérostomie créée au moyen d'un stent permettant de former l'anastomose

Concerne toutes les versions linguistiques

L'inclusion «Anastomose entre estomac et kyste pancréatique, par insertion de stent» sous le code 44.99.A1«Gastro-gastrostomie ou gastro-entérostomie par insertion de stent guidée par échographie, par endoscopie» ainsi que l'inclusion «Fermeture d'une anastomose entre estomac et kyste pancréatique, avec enlèvement du stent formant l'anastomose» sous 44.99.A2 «Fermeture d'une gastro-gastrostomie ou d'une gastro-entérostomie avec enlèvement du stent formant l'anastomose, par endoscopie» doivent être supprimées.
Les codes 44.99.A1 et 44.99.A2 ne représentent que des anastomoses entre l'estomac et l'estomac ou entre l'estomac et l'intestin qui sont créées au moyen d'un stent (p. ex. LAMS). Les autres insertions de stents ne sont pas incluses et doivent être codées en plus, si elles ont été effectuées.

44.99.A1 **Gastro-gastrostomie ou gastro-entérostomie par insertion de stent guidée par échographie, par endoscopie**
Gastro-jéjunostomie par insertion de stent après bypass gastrique
INCL. ~~Anastomose entre estomac et kyste pancréatique, par insertion de stent~~
Lumen-apposing metal stent [LAMS, Prothèse métallique d'apposition luminale]
Cod. a.: Si effectuées – Autres insertions de stents

[…]

44.99.A2 **Fermeture d'une gastro-gastrostomie ou d'une gastro-entérostomie avec enlèvement du stent formant l'anastomose, par endoscopie**
~~INCL. Fermeture d'une anastomose entre estomac et kyste pancréatique, avec enlèvement du stent formant l'anastomose~~

3.3. 7A.71.- «Fusion de vertèbres avec stabilisation de la colonne vertébrale» et 7A.73.- «Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse lors de fractures»

Concerne toutes les versions linguistiques

Les titres, descriptions complémentaires, exclusions et notes des sous-catégories 7A.71.- «Fusion de vertèbres avec stabilisation de la colonne vertébrale» et 7A.73.- «Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse lors de fractures» doivent être adaptés comme suit afin de mieux distinguer les deux sous-catégories.
De plus, une description complémentaire doit être ajoutée sous la sous-catégorie 7A.42.- «Ostéosynthèse de vertèbres isolées».

7A.42.- **Ostéosynthèse de vertèbres isolées**
Réduction ouverte de fracture vertébrale
Réduction fermée de fracture vertébrale
INCL. Ablation d'esquilles osseuses vertébrales
Cod. a.: Matériel d'ostéosynthèse utilisé, colonne vertébrale (7A.A4.-)
Note: Ce code représente l'ostéosynthèse de vertèbres isolées. Ce code ne doit pas être utilisé si l'ostéosynthèse a lieu sur plusieurs vertèbres dans le cadre d'une stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale.

[…]

7A.71.- **Fusion de vertèbres avec stabilisation de la colonne vertébrale**
Spondylodèse
INCL. Ostéotomie, colonne vertébrale, stade I et II
Cod. a.: Si effectuée - ostéotomie, colonne vertébrale, stade III à stade VI (7A.28.31 - 7A.28.61)
EXCL. Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse lors de fractures (7A.73.-)
Note: Une fusion est une opération de rigidification ne maintenant pas la mobilité. Lors de cette opération deux ou plusieurs vertèbres voisines sont réunies dans l'objectif d'obtenir une liaison osseuse irréversible. ~~La fusion peut être osseuse et instrumentale.~~ La fusion est instrumentale avec ou sans apposition de tissu osseux, de matériau de remplacement d'os ou de greffe osseuse.

[…]

7A.73.- **Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse ~~sans fusion des vertèbres~~ lors de fractures**
~~Stabilisation de la colonne vertébrale lors de fractures~~
INCL. Ostéotomie, colonne vertébrale, stade I et II
EXCL. Fusion de vertèbres avec stabilisation de la colonne vertébrale (7A.71.-)
Note: Une stabilisation ~~sans fusion~~ non dynamique de la colonne vertébrale est une opération de la colonne vertébrale qui préserve (potentiellement) la mobilité au moyen de systèmes implantés. ~~Le dispositif mis en place~~ L'ostéosynthèse vise à l'immobilisation pour permettre la guérison. ~~Il n'y a pas d'apposition osseuse sur les articulations de la colonne vertébrale, le traitement ne vise pas une fusion.~~

7A.73.1- **Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse ~~sans fusion des vertèbres~~ lors de fractures, abord dorsal et dorsolatéral**

7A.73.11 **Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse ~~sans fusion des vertèbres~~ lors de fractures, abord dorsal et dorsolatéral, 1 segment**
7A.73.12 **Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse ~~sans fusion des vertèbres~~ lors de fractures, abord dorsal et dorsolatéral, 2 segments**
7A.73.13 **Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse ~~sans fusion des vertèbres~~ lors de fractures, abord dorsal et dorsolatéral, 3 segments**

7A.73.14 Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse ~~sans fusion des vertèbres~~ lors de fractures, abord dorsal et dorsolatéral, 4 segments
7A.73.15 Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse ~~sans fusion des vertèbres~~ lors de fractures, abord dorsal et dorsolatéral, 5 segments
7A.73.16 Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse ~~sans fusion des vertèbres~~ lors de fractures, abord dorsal et dorsolatéral, 6 segments
7A.73.17 Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse ~~sans fusion des vertèbres~~ lors de fractures, abord dorsal et dorsolatéral, 7 segments
7A.73.18 Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse ~~sans fusion des vertèbres~~ lors de fractures, abord dorsal et dorsolatéral, 8 segments
7A.73.1A Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse ~~sans fusion des vertèbres~~ lors de fractures, abord dorsal et dorsolatéral, 9 segments
7A.73.1B Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse ~~sans fusion des vertèbres~~ lors de fractures, abord dorsal et dorsolatéral, 10 segments
7A.73.1C Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse ~~sans fusion des vertèbres~~ lors de fractures, abord dorsal et dorsolatéral, 11 segments
7A.73.1D Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse ~~sans fusion des vertèbres~~ lors de fractures, abord dorsal et dorsolatéral, 12 segments
7A.73.1E Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse ~~sans fusion des vertèbres~~ lors de fractures, abord dorsal et dorsolatéral, 13 segments
7A.73.1F Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse ~~sans fusion des vertèbres~~ lors de fractures, abord dorsal et dorsolatéral, 14 segments et plus

7A.73.2- Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse ~~sans fusion des vertèbres~~ lors de fractures, abord ventral

7A.73.21 Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse ~~sans fusion des vertèbres~~ lors de fractures, abord ventral, 1 segment
7A.73.22 Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse ~~sans fusion des vertèbres~~ lors de fractures, abord ventral, 2 segments
7A.73.23 Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse ~~sans fusion des vertèbres~~ lors de fractures, abord ventral, 3 segments
7A.73.24 Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse ~~sans fusion des vertèbres~~ lors de fractures, abord ventral, 4 segments
7A.73.25 Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse ~~sans fusion des vertèbres~~ lors de fractures, abord ventral, 5 segments
7A.73.26 Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse ~~sans fusion des vertèbres~~ lors de fractures, abord ventral, 6 segments
7A.73.27 Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse ~~sans fusion des vertèbres~~ lors de fractures, abord ventral, 7 segments
7A.73.28 Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse ~~sans fusion des vertèbres~~ lors de fractures, abord ventral, 8 segments
7A.73.2A Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse ~~sans fusion des vertèbres~~ lors de fractures, abord ventral, 9 segments
7A.73.2B Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse ~~sans fusion des vertèbres~~ lors de fractures, abord ventral, 10 segments
7A.73.2C Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse ~~sans fusion des vertèbres~~ lors de fractures, abord ventral, 11 segments
7A.73.2D Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse ~~sans fusion des vertèbres~~ lors de fractures, abord ventral, 12 segments
7A.73.2E Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse ~~sans fusion des vertèbres~~ lors de fractures, abord ventral, 13 segments
7A.73.2F Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse ~~sans fusion des vertèbres~~ lors de fractures, abord ventral, 14 segments et plus

3.4. Endoprothèse de genou semi-contrainte, à guidage axial partiel et prothèse à tige longue

Concerne toutes les versions linguistiques

Sous les codes pour les interventions avec des endoprothèses totales à charnière de genou, des inclusions pour les endoprothèses totales de genou semi-contraintes et à guidage axial partiel sont à ajouter, respectivement les inclusions existantes sont à adapter. Sous les codes relatifs aux implantations d'endoprothèses articulaires pour lesquelles une prothèse à tige longue peut être envisagée, le «coder aussi» renvoyant au code supplémentaire «prothèse à tige longue (81.A1.13)» est à ajouter.

80.06.13 **Enlèvement d'une endoprothèse totale à charnière de genou**
INCL. Endoprothèse totale de genou semi-contrainte et à guidage axial partiel

[...]

80.06.18 **Enlèvement de l'insert d'une endoprothèse de genou**
INCL. Enlèvement de l'axe de charnière d'une endoprothèse totale à charnière (ou à guidage axial partiel)

[...]

80.06.1B **Enlèvement des composantes tibiales ou fémorales ainsi que de l'insert d'une endoprothèse totale de genou spéciale ou d'une endoprothèse totale à charnière**
INCL. Endoprothèse totale de genou semi-contrainte et à guidage axial partiel

[...]

81.51.11 **Première implantation d'endoprothèse totale de hanche**
Cod. a.: Le cas échéant – Prothèse à tige longue (81.A1.13)

[...]

81.51.21 **Implantation d'une endoprothèse totale de hanche lors d'un remplacement de prothèse**
Cod. a.: Le cas échéant – Prothèse à tige longue (81.A1.13)

[...]

81.52.5A **Implantation de la tige ainsi que de la tête d'une endoprothèse de hanche lors d'un remplacement**
Cod. a.: Le cas échéant – Prothèse à tige longue (81.A1.13)

[...]

81.52.5B **Implantation de la tige, de la tête ainsi que de l'insert d'une endoprothèse de hanche lors d'un remplacement**
Cod. a.: Le cas échéant – Prothèse à tige longue (81.A1.13)

[...]

81.54.21 **Première implantation d'une endoprothèse totale standard de genou**
Première implantation d'une prothèse de resurfaçage bicondylaire de genou
Cod. a.: Le cas échéant – Prothèse à tige longue (81.A1.13)

[...]

81.54.23 **Première implantation d'une endoprothèse totale à charnière de genou**
INCL. Endoprothèse totale de genou semi-contrainte et à guidage axial partiel

[...]

81.54.31 **Implantation d'une endoprothèse totale standard de genou lors d'un remplacement de prothèse**
Implantation d'une prothèse de genou bicondylaire de resurfaçage lors d'un remplacement de prothèse
Cod. a.: Le cas échéant – Prothèse à tige longue (81.A1.13)

[...]

81.54.33 **Implantation d'une endoprothèse totale à charnière de genou lors d'un remplacement de prothèse**
INCL. Endoprothèse totale de genou semi-contrainte et à guidage axial partiel

[...]

81.54.43 **Implantation de l'insert d'une endoprothèse de genou lors d'un remplacement**
INCL. Implantation de l'axe de charnière d'une prothèse totale à charnière (ou à guidage axial partiel) lors d'un remplacement

[...]

81.54.45 **Implantation de composantes tibiales ou fémorales ainsi que de l'insert d'une endoprothèse totale de genou spéciale ou d'une endoprothèse totale à charnière lors d'un remplacement**
INCL. Endoprothèse totale de genou semi-contrainte et à guidage axial partiel

[...]

81.80.11 **Première implantation endoprothèse totale d'épaule, anatomique**
Première implantation endoprothèse totale d'épaule à tige courte, anatomique
Cod. a.: Le cas échéant – Prothèse à tige longue (81.A1.13)

[…]

81.80.12 **Première implantation endoprothèse totale d'épaule, inversée**
Cod. a.: Le cas échéant – Prothèse à tige longue (81.A1.13)

[…]

81.80.21 **Implantation endoprothèse totale d'épaule, anatomique, lors d'un remplacement de prothèse**
Implantation endoprothèse totale d'épaule à tige courte, anatomique
Cod. a.: Le cas échéant – Prothèse à tige longue (81.A1.13)

81.80.22 **Implantation endoprothèse totale d'épaule, inversée, lors d'un remplacement de prothèse**
Cod. a.: Le cas échéant – Prothèse à tige longue (81.A1.13)

[…]

81.84 **Prothèse totale de coude**
Cod. a.: Le cas échéant – Prothèse à tige longue (81.A1.13)

3.5. 93.9E.- «Ventilation non invasive hors unité de soins intensifs»

Concerne toutes les versions linguistiques

Les informations du document de référence et du lien doivent être adaptées comme suit:

93.9E Ventilation non invasive hors unité de soins intensifs
Ventilation non invasive [NIV]
Note: Caractéristique minimale point 0, documents de référence: les détails concernant les différents points des caractéristiques minimales sont disponibles dans le document de la Société suisse de pneumologie «Explications ~~des~~ relatives aux caractéristiques minimales de la «ventilation non invasive en dehors des unités de soins intensifs» (CHOP ~~93-9E_2016_fr~~ 93.9E), version 01.07.2016». Disponible sous: ~~http://www.pneumo.ch/fr/649.html~~ https://pneumo.ch/fr/recommendations/

[…]

3.6. 94.A1.- et 94.A2.- HoNOS ou HoNOSCA - Documents de référence

Concerne toutes les versions linguistiques

Les adaptations suivantes doivent être apportées aux «Caractéristique minimale point 0, documents de référence» et «Caractéristique minimale point 1, saisie» des sous-catégories 94.A1.- «HoNOS [Health of the Nation Outcome Scales]» et 94.A2.- «HoNOSCA [Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents]».

94.A1.- HoNOS [Health of the Nation Outcome Scales]
Note: A. L'échelle HoNOS est un instrument de représentation du degré de sévérité des maladies et troubles psychiques.
Caractéristique minimale point 0, documents de référence:
Pour la saisie du HoNOS, la version du document «Directives concernant le relevé du HoNOS pour la structure tarifaire TARPSY» en vigueur au moment de la validité de cette version de la CHOP fait foi.
~~Directives concernant le relevé du HoNOS pour la structure tarifaire TARPSY : Questionnaire, glossaire et conventions d'évaluation. Version 1.2 / 29.11.2019. Sous https://www.swissdrg.org/fr/psychiatrie/releve-des-donnees/statistique-medicale~~
Chez les patients psychiatriques gériatriques c'est de manière analogue la version du document qui s'applique: «Directives concernant le relevé du HoNOS 65+ pour la structure tarifaire TARPSY~~: Questionnaire, glossaire et conventions d'évaluation. Version 1.2 / 29.11.2019~~» ~~sous https://www.swissdrg.org/fr/psychiatrie/releve-des-donnees/statistique-medicale~~

Les documents se trouvent sous l'année correspondante aux données:
https://www.swissdrg.org/fr/psychiatrie/releve-des-donnees

Caractéristique minimale point 1, saisie:
Les codes suivants ne sont saisis que chez les patients hospitalisés dans un service de psychiatrie pour adultes. Les codes doivent être saisis à l'admission, en l'espace de 3 jours, ainsi qu'à la sortie du patient. Si HoNOS a été saisi après la sortie, la date effective doit être indiquée dans la documentation du patient, tandis que ce sera la date de sortie dans ~~la statistique médicale~~ le cadre du relevé Séjours stationnaires en hôpitaux (SpiGes).
Chaque critère est divisé en 5 degrés de sévérité, de 0 «aucun problème» à 4 «problème sérieux». Les grades doivent être indiqués de façon exactement conforme à HoNOS.

[…]

94.A2.- HoNOSCA [Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents]

Note: A. L'échelle HoNOSCA est un instrument de représentation du degré de sévérité des maladies et troubles psychiques.

Caractéristique minimale point 0, documents de référence:
Pour l'évaluation du HoNOSCA, la version du document «Directives concernant le relevé du HoNOSCA pour la structure tarifaire TARPSY» en vigueur au moment de la validité de cette version de la CHOP fait foi.
~~: Questionnaire, glossaire et conventions d'évaluation. Version 1.2 / 29.11.2019 sous https://www.swiss-drg.org/fr/psychiatrie/releve-des-donnees/statistique-medicale~~
Les documents se trouvent sous l'année correspondante aux données:
https://www.swissdrg.org/fr/psychiatrie/releve-des-donnees

Caractéristique minimale point 1, saisie:
Les codes suivants ne sont saisis que chez les patients hospitalisés dans un service de psychiatrique pédiatrique. Les codes doivent être saisis à l'admission, en l'espace de 14 jours, ainsi qu'à la sortie du patient, c'est-à-dire au plus tôt 7 jours avant la sortie. Si HoNOSCA a été saisi après la sortie, la date effective doit être indiquée dans la documentation du patient, tandis que ce sera la date de sortie dans ~~les statistiques médicales~~ le cadre du relevé Séjours stationnaires en hôpitaux (SpiGes). Chaque critère est divisé en 5 degrés de sévérité, de 0 «aucun problème» à 4 «problème grave à très grave». Les grades doivent être indiqués de façon exactement conforme à HoNOSCA.

3.7. AA.- Instruments de mesure et mesures – Notes concernant les documents de référence et la saisie

Concerne toutes les versions linguistiques

Le point 0 «document de référence» des «Notes» sous les sous-catégories AA.21.- «Cumulative Illness Rating Scale [CIRS]» et AA.31.- «Test de marche de 6 minutes» doit être modifié comme suit afin d'indiquer la version actuelle ou le lien correspondant.
Le point 1 «application» des «Notes» sous la sous-catégorie AA.21.- doit être précisé comme suit afin de répondre aux questions relatives à l'obligation ou non de saisir le CIRS.
Le point 3 «saisie» des «Notes» sous les sous-catégories AA.13.- «Items des scores ADL», AA.21.- «Cumulative Illness Rating Scale [CIRS]», AA.31.- «Test de marche de 6 minutes» et AA.33.- «Spinal Cord Independence Measure [SCIM]» doit être adapté comme suit afin d'assurer la cohérence entre les indications de la CHOP et les documents de l'ANQ. «Dans les trois jours ouvrables» est défini dans le manuel de codage 2025 sous «Directives de codage de la réadaptation» «Évaluations – CHOP AA»: «pour le calcul il convient de noter que seuls ~~le~~ dimanche et les jours fériés légaux sont considérés comme des jours fériés. Les samedis sont considérés comme des jours ouvrables».

AA.13.- Items des ADL-Scores

Note: […]
Point 3, saisie:
Les codes doivent être saisis à l'admission, dans un délai de 3 jours ouvrables, ainsi qu'à la sortie du patient, au plus tôt 3 jours ouvrables avant la sortie.
Les scores doivent être représentés selon les conditions définies par l'ANQ pour la collecte.

[…]

AA.21.- Cumulative Illness Rating Scale [CIRS]

Note: Point 0 document de référence:
Les conditions de l'ANQ dans la version 10/2016 «CIRS - Cumulative Illness Rating Scale»

https://www.anq.ch/fr/ -> téléchargement -> Réadaptation -> Mesures spécifiques à la réadaptation | Instruments de la mesure
[…]
Point 1, application:
Les codes suivants ne sont saisis que chez les patients hospitalisés dans un service de réadaptation.
La saisie du CIRS n'est obligatoire que dans le contexte de la mesure de la qualité de l'ANQ.
Si aucun code de la sous-catégorie AA.21.- n'a été saisi pour un cas de réadaptation, celui-ci est tout de même considéré comme un cas de réadaptation.
[…]
Point 3, saisie:
Le code doit être saisi à l'admission, dans un délai de 3 jours ouvrables.
Le score total est calculé sur la somme de l'évaluation des 14 critères individuels qui sont subdivisés en 5 degrés de sévérité, où 0 représente «aucun problème» et où 4 représente «problème extrêmement sérieux».
Les grades sont à reproduire exactement selon les définitions de la CIRS.

[…]

AA.31.- Test de marche de 6 minutes

Note: Point 0, document de référence:
La section 6 «Test de marche de 6 minutes» du document de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques [ANQ] «Plan de mesure national Réadaptation Manuel des procédures» s'applique pour la saisie du test de marche de 6 minutes. La version du document qui fait foi est celle en vigueur au moment de la validité de cette version de la CHOP. ~~version 10.0, 01/2024~~, lien: https://www.anq.ch/fr/telechargement/ ~~s'applique pour la saisie du test de marche de 6 minutes.~~
Ladite section 6 contient un renvoi vers la section 2.7 qui fait référence au formulaire de l'ANQ «test de marche de 6 minutes» version 2016/01. Lien: https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2018/02/ANQ_Module_3_Test-marche-6-minutes.pdf
[…]
Point 3, saisie:
Le code doit être saisi à l'admission, dans un délai de 3 jours ouvrables, ainsi qu'à la sortie, c'est-à-dire au plus tôt 3 jours ouvrables avant la sortie.
Un code parmi les 10 codes à disposition doit être utilisé à chaque saisie.
La distance parcourue en mètres doit être convertie selon la définition du test de marche de 6 min dans l'intervalle correspondant.

[…]

AA.33.- Spinal Cord Independence Measure [SCIM]

Note: […]
Point 3, saisie:
Les codes doivent être saisis à l'admission, dans un délai de 3 jours ouvrables, ainsi qu'à la sortie du patient, c'est-à-dire au plus tôt 3 jours ouvrables avant la sortie.
Chaque critère est divisé en 3 à 9 degrés de sévérité, où 0 indique une «dépendance maximale».
Les grades sont à reproduire exactement selon les définitions du SCIM III.

3.8. BA.- Réadaptation – Combinaison des formes de traitement pendant le séjour

Concerne toutes les versions linguistiques

La «Note» «Caractéristique minimale point 3, thérapie et formation» de la catégorie BA.- «Réadaptation» doit être précisée comme suit.

BA.- Réadaptation

Note: […]
Caractéristique minimale point 3, thérapie et formation:
Les ~~temps~~ minutes de thérapie indiquées pour les prestations hebdomadaires de traitement et de formation se fondent sur une moyenne hebdomadaire sur l'ensemble du séjour en réadaptation.
Les ~~séances de traitement/éducation (formation)~~ thérapies et formations sont individuelles ou en groupe selon l'indication et en fonction des besoins et ressources du patient.

La physiothérapie est obligatoire pour tous les types de réadaptation, à l'exception de la réadaptation psychosomatique (BA.1- et BA.3- à BA.8-). La psychothérapie est obligatoire pour la réadaptation psychosomatique (BA.2-).
La forme de thérapie obligatoire pour chaque type de réadaptation est dispensée au moins une fois pendant le séjour de réadaptation.
La «combinaison» requise dans les phrases *«La thérapie comprend une combinaison individualisée de l'élément obligatoire avec au moins un des domaines thérapeutiques suivants:»* dans la *«Caractéristique minimale point, traitement et formation»* des catégories à 3 chiffres BA.x des types spécifiques de réadaptation, se réfère au séjour de réadaptation (la combinaison ne doit pas être fournie par semaine). Pour les séjours de réadaptation de moins de 7 jours, une combinaison est possible, mais elle n'est pas obligatoire.

3.9. BA.3- Réadaptation pulmonaire

Concerne toutes les versions linguistiques

La «caractéristique minimale point 3, évaluation de sortie» de la catégorie à 3 chiffres BA.3- «Réadaptation pulmonaire» doit être adaptée comme suit. Les examens d'admission et de sortie obligatoires sont donc identiques.

BA.3- Réadaptation pulmonaire

Note: […]
Caractéristique minimale point 1, examen de diagnostic lors de l'admission:
- Mesure de la capacité physique actuelle.
- Questionnaire spécifique à la maladie
[…]
Caractéristique minimale point 3, évaluation lors de la sortie:
- Mesure de la capacité physique actuelle.
- Questionnaire spécifique à la maladie
~~- Diagnostic de la fonction pulmonaire~~

En plus, si nécessaire:
- Diagnostic de la fonction pulmonaire
- Mesure du monoxyde de carbone ou de la cotinine dans les urines

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

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

Ni la circulaire 2025 n° 1, ni la circulaire 2025 n° 2 ne contiennent des informations complémentaires sur la CIM-10-GM 2024.

5. Annexe

5.1. Informations et précisions

La présente circulaire contient **toutes les** «informations et précisions» valables à partir du 1er juillet 2025.
Légende: nouveautés en vert, ~~suppressions en rouge~~

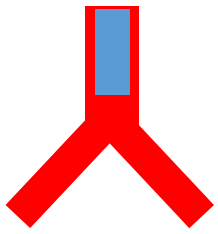
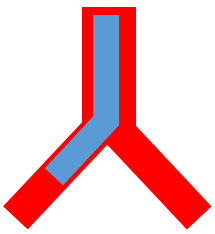
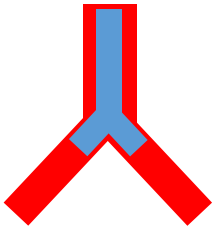
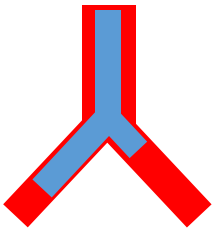
Explications sur la numérotation
Les «informations et précisions» sont énumérées dans l'ordre croissant, en commençant par les informations les plus récentes ou actualisées.

P. ex.:	0999 (numéro)	01.01.2012 (valable depuis)
	0998	01.01.2012
	[…]	
	0852	01.07.2017 etc.

0752 **01.07.2025** **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:

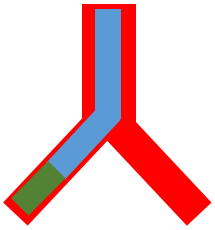
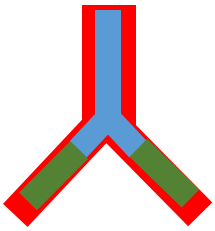
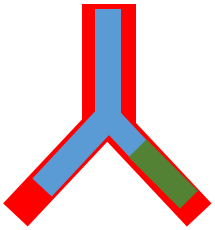
- 39.78.51 «Extrémité de l'endoprothèse [stent graft] la plus basse, aortique»
- 39.78.52 «Extrémité de l'endoprothèse [stent graft] la plus basse, aorto-mono-iliaque»
- 39.78.53 «Extrémité des endoprothèses [stents grafts] les plus basses, aorto-bi-iliaque»

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~~ Le tableau suivant illustre les différentes situations d'une prothèse abdominale principale sans ouvertures (en bleu dans le schéma):

39.78.52 «aorto-mono-iliaque»	39.78.53 «aorto-bi-iliaque»
	
Codage: • ~~Un code de 39.71.- ou 39.73.4-~~ • 39.71.21 Tous les foramens aux extrémités proximale et distales de l'endoprothèse [stent graft] ainsi que les échancrures [scallops] ne font pas partie des ouvertures • 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)~~ • 39.71.21 Tous les foramens aux extrémités proximale et distales de l'endoprothèse [stent graft] ainsi que les échancrures [scallops] ne font pas partie des ouvertures. • 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)~~ • 39.71.21 Tous les foramens aux extrémités proximale et distales de l'endoprothèse [stent graft] ainsi que les échancrures [scallops] ne font pas partie des ouvertures. • 39.78.53 • Un code de 39.7A.1- ou 39.7A.2- si ouverture (ouverture non dessinée)

0753 01.07.2025 Séjours de réadaptation de moins de sept jours

~~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.~~

Pour les séjours en réadaptation de moins de sept jours, le code BA.x0 «Réadaptation […], avec moins de 300 minutes de thérapie» est à coder, ceci indépendamment du nombre de minutes de thérapie ou du motif de la sortie. Il n'y a pas d'extrapolation des minutes de thérapie sur la semaine pour saisir un autre BA.xx. La mention «avec moins de 300 minutes de thérapie» dans le libellé des codes BA.x0 ainsi que la phrase «Ces séjours de réadaptation sont interrompus en raison d'une indication médicale aiguë.» dans la «note» sont à ignorer.

La décision de la sortie est à saisir avec la variable «austrittsentscheid» de la liste des variables du relevé SpiGes.

0754 01.07.2025 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».

0754/1 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.

0754/2 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) 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) 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.

0754/3 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 2e 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 2e semaine.

0754/4 Interprofessionnel

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

Dans le cadre de «chaque semaine, discussion interprofessionnelle en équipe», le terme **«interprofessionnel»** signifie qu'au minimum un médecin, un membre du personnel soignant et un autre groupe professionnel participent à la réunion.
Dans le cadre de la «visite interprofessionnelle», le terme **«interprofessionnel»** signifie qu'au minimum un médecin et un membre du personnel soignant participent à la visite.

0754/5 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.)

0754/6 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 infirmier + 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 infirmier + 2 thérapeutes)		Non: 3 heures seulement durant la semaine de traitement							Non: 2 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.																					

~~0755 01.01.2025 Informations et précisions sur les soins palliatifs~~

La précision 0755 a été remplacée par la précision 0754 dans l'annexe de la circulaire 2025 n° 2.

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)*

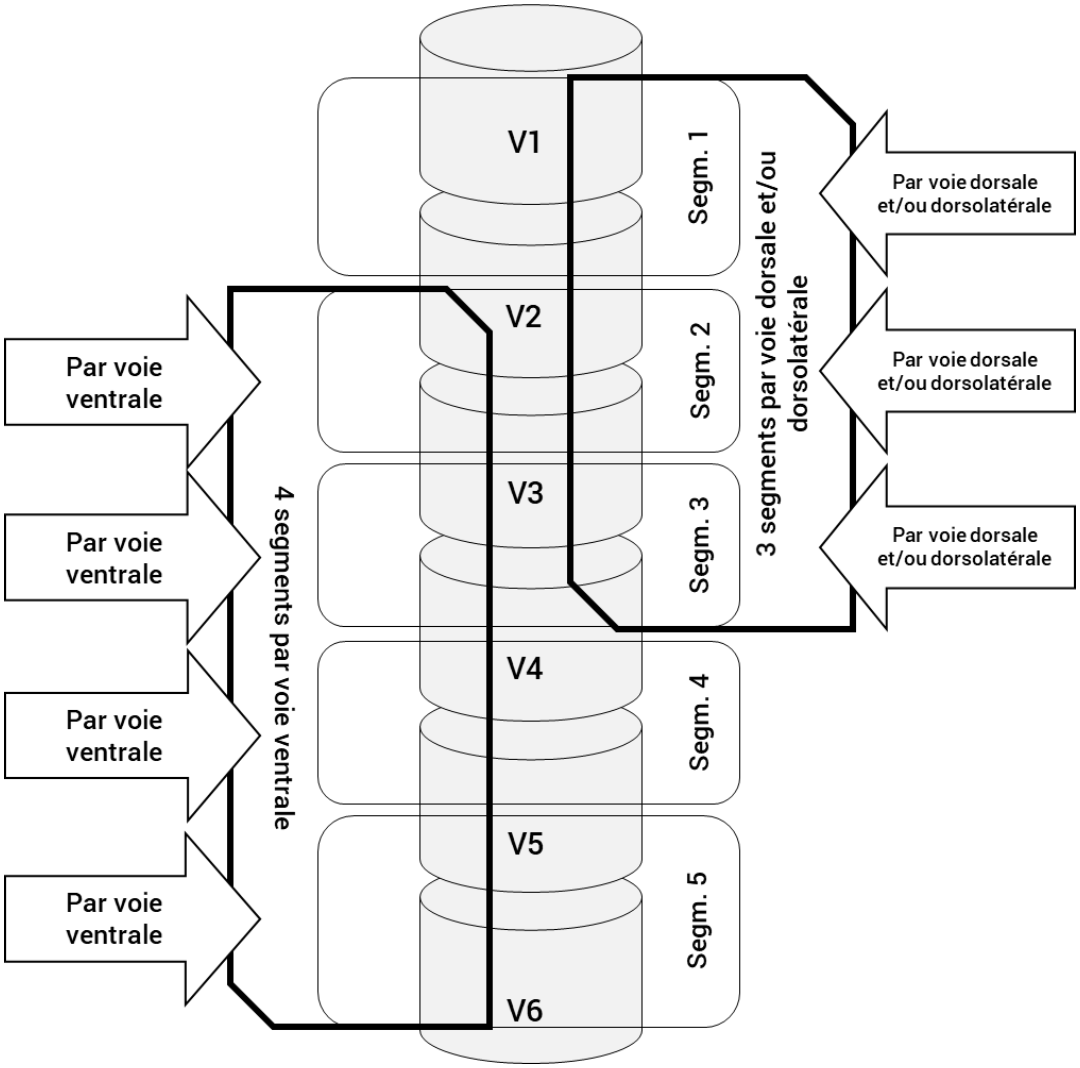
Si un EEG est réalisé à trois reprises sans que deux autres des mesures énumérées soient appliquées, les caractéristiques minimales ne sont pas remplies, de sorte qu'il n'est pas possible d'utiliser un code de la sous-catégorie 99.A6.-.
Si l'activité comprend au contraire une IRM crânienne, un diagnostic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

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»~~
La précision 0767 a été remplacée par la précision 0752 dans l'annexe de la circulaire 2025 n° 2.

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~~

La précision 0771 a été remplacée par la précision 0753 dans l'annexe de la circulaire 2025 n° 2.

0775 01.01.2023 Lavage péritonéal

Le lavage péritonéal diagnostique ou thérapeutique au moyen d'une ponction doit être saisi avec le code 54.91 «Drainage abdominal percutané (ponction)». L'Exclusion «Lavage péritonéal (54.25)» sous le code 54.91 doit ainsi être ignorée. L'Exclusion «Ponction d'ascite diagnostique (54.26)» sous le code 54.91 continue à s'appliquer.
Le lavage péritonéal diagnostique ou thérapeutique par laparoscopie ou par laparotomie (chirurgie ouverte) doit être saisi avec le code 54.25 «Lavage péritonéal». Pour un lavage péritonéal réalisé par laparoscopie, le code 54.21.20 «Laparoscopie, voie d'abord pour interventions chirurgicales (thérapeutiques)» doit être saisi en plus.

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

La Caractéristique minimale point 3 *«Traitement»* des sous-catégories 94.3D.- et 94.3E.- spécifie: «*prise en charge 1:1 signifie qu'un spécialiste formé de l'équipe thérapeutique désignée sous Caractéristique minimale point 4 prend en charge en continu un seul patient, de manière individuelle sur une période d'au moins 2 heures sans interruption*».
La CHOP n'exige pas de présence physique dans la même pièce. Ainsi, une prise en charge individuelle en continu à travers une vitre ou par écran interposé peut être considérée comme une prise en charge 1:1 pour autant que les autres caractéristiques minimales soient respectées.

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

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

0785 01.07.2022 Hydronéphrose et infection

Les codes CIM-10-GM de la sous-catégorie à 4 positions N13.6- «Pyonéphrose» sont uniquement utilisés en cas d'infection documentée du rein. Cela concerne également le code final N13.68 «Pyonéphrose, autre et non précisée».
Une hydronéphrose avec obstruction calculeuse urétérale avec infection des voies urinaires dont le siège n'est pas précisé est codée avec N13.21 «Hydronéphrose avec obstruction calculeuse urétérale» et N39.0 «Infection des voies urinaires, siège non précisé».

0786 01.01.2022 93.8C.1- Document de référence

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

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

Les segments sur lesquels seules les tiges sont enlevées lors d'une intervention de révision sur la colonne vertébrale (pour être remplacées par des tiges plus longues en cas de pathologie du segment adjacent) et pour lesquels aucune autre mesure chirurgicale n'est entreprise sur les vertèbres, telle que la mise en place de nouvelles vis pédiculaires ou d'une cage, la décortication de facettes articulaires, l'insertion d'os local ou de matériau de remplacement d'os, n'entrent pas dans le calcul des segments opérés.
Comptage des segments en situation de pontage:
Exemple: une spondylodèse des vertèbres L2-L4 préexistante, complétée à présent par une nouvelle fusion des segments L1/L2 et L4/L5 sera représentée par le code CHOP correspondant pour 2 segments si, comme indiqué ci-dessus, aucune autre mesure n'est entreprise sur les vertèbres L2-L4 en dehors de la pose de la tige.

0789 01.01.2022 Saisie de stents/prothèses non vasculaires

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

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

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

Exemple: Le jour X, deux prothèses auto-expansibles sont insérées dans l'œsophage. Le jour Y, une prothèse auto-expansible est remplacée.
Codage
Jour X: 42.81.41 «Insertion et remplacement de deux prothèses auto-expansibles (tubes permanents) dans l'œsophage, par endoscopie»
Jour Y: 42.81.40 «Insertion et remplacement de prothèse auto-expansible (tube permanent) dans l'œsophage, par endoscopie»

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

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

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

Exemple: Le jour X, deux prothèses non auto-expansibles sont insérées dans l'intestin. Le jour Y, ces deux prothèses sont enlevées et remplacées par une prothèse auto-expansible.
Codage:
Jour X: 46.99.51 «Insertion ou remplacement de prothèse non auto-expansible dans l'intestin, par chirurgie ouverte» est codé deux fois.
Jour Y: 46.99.71 «Enlèvement de prothèse de l'intestin, par chirurgie ouverte» est codé deux fois.
46.99.61 «Insertion ou remplacement de prothèse auto-expansible dans l'intestin, par chirurgie ouverte» est saisi une fois.

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

L'ulcère hypertensif (de la jambe) est une forme particulière d'ulcère de la jambe qui apparaît principalement sur la partie latéro-dorsale de la jambe ou au-dessus du tendon d'Achille. La plupart des personnes concernées présentent une hypertension marquée de longue durée, associée dans environ 60% des cas à un diabète sucré de type 2.
L'étiologie de l'ulcère hypertensif s'explique de trois manières: l'artériosclérose ischémiante, la médiacalcose des artérioles pathologiques et les processus inflammatoires locaux.
L'artériosclérose sclérosante dans le tissu sous-cutané est au premier plan de la pathogenèse de la nécrose cutanée.
Cependant, même si la pathogenèse de la maladie se trouve dans une artériosclérose sclérosante, la véritable cause fondamentale est l'hypertension.
Il n'y a pas de code CIM-10-GM spécifique pour l'ulcère hypertensif (de Martorell).

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

L97 Ulcère du membre inférieur, non classé ailleurs, associé à la combinaison dague/étoile du code correspondant
I10.-† à I15.-† et L99.8* Autres affections précisées de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané au cours de maladies classées ailleurs.
Cette méthode de saisie permet de distinguer l'ulcère hypertensif des autres types d'ulcères du membre inférieur.

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

Pour les fractures alaires simples du sacrum (par exemple dans le cadre d'une fracture ostéoporotique) avec colonne vertébrale stable, le code 7A.49 «Ostéosynthèse de vertèbres isolées, cyphoplastie ou vertébroplastie, autre» suivi de 81.29.10 «Arthrodèse sacro-iliaque» doit être utilisé.
Pour les fractures du sacrum entraînant une instabilité vertébrale (survenant généralement dans le cadre d'un polytraumatisme), le code 7A.73.11 «Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse sans fusion des vertèbres, abord dorsal ou dorsolatéral, 1 segment» suivi de 81.29.10 «Arthrodèse sacro-iliaque» doit être utilisé pour l'abord dorsal/dorsolatéral (incl. abord percutané).

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

Si une endoprothèse de genou existante, quel que soit son type, est remplacée par une autre endoprothèse de genou, il convient de choisir le code avec la désignation «lors d'un remplacement de prothèse» pour l'implantation. Par ex., pour l'explantation d'une hémiprothèse et l'implantation d'une endoprothèse totale au même genou, le code 81.54.31 «Implantation d'une endoprothèse totale standard de genou lors d'un remplacement de prothèse» doit être saisi pour l'implantation, et **non** le code 81.54.21 «Première implantation d'endoprothèse totale standard de genou».
Si, lors du remplacement d'une endoprothèse de genou, un resurfaçage arrière de rotule est utilisé pour la première fois, le code 81.54.42 «Implantation d'un resurfaçage arrière de la rotule lors d'un remplacement» doit être saisi, et **non** le code 81.54.27 «Première implantation d'un resurfaçage arrière de la rotule».

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

Cette précision est structurée comme suit:

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

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

Saisie du nombre d'endoprothèses (stents grafts) aortiques

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

La «note» suivante accompagne ces deux sous-catégories:
«Si plusieurs endoprothèses [stents grafts] sont implantées dans l'aorte […], chaque implant doit être codé séparément».
Ainsi que le «Coder aussi» suivant:
«Nombre d'endoprothèses [stents grafts] aortiques implantées (39.78.6-)»

1er exemple de cas
Cas: deux endoprothèses (stents grafts) comptant chacune une ouverture sont implantées dans l'aorte abdominale pendant une intervention lors d'un séjour stationnaire.

Codage:
Saisir deux fois le code 39.71.22 «Implantation endovasculaire d'endoprothèses [stents grafts] dans l'aorte abdominale, avec 1 ouverture».
Les endoprothèses (stents grafts) aortiques implantées pendant le séjour dans l'aorte 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».

4e exemple de cas
Cas: le même jour, une endoprothèse [stent graft] avec une ouverture est implantée dans l'aorte thoracique et une endoprothèse [stent graft] sans ouverture est implantée dans l'aorte abdominale. Les deux stents grafts ne sont pas liés.
Codage:
Saisir une fois le code 39.73.32 «Implantation endovasculaire d'endoprothèses [stents grafts] dans l'aorte thoracique, avec 1 ouverture» pour le jour de l'intervention. Saisir une fois le code 39.71.21 «Implantation endovasculaire d'endoprothèses [stents grafts] dans l'aorte abdominale, sans ouverture» pour le jour de l'intervention.
Le code supplémentaire 39.78.61 «2 endoprothèses aortiques implantées» est saisi avec la date du premier jour d'intervention.

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

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

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

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

1er exemple de cas
Si trois endoprothèses [stents grafts] sans bras latéral sont implantées dans l'artère iliaque dans le cadre d'une intervention, saisir une fois le code 39.7A.13 «Implantation endovasculaire, iliaque, 3 stents, sans ouverture, pour le jour de l'intervention.

2e exemple de cas
Si lors d'un séjour stationnaire une endoprothèse [stent graft] sans bras latéral est implantée dans l'artère iliaque lors d'une première intervention le jour X et qu'une deuxième endoprothèse [stent graft] sans bras latéral est implantée dans l'artère iliaque lors d'une seconde intervention le jour Y, il faut saisir le code 39.7A.11 «Implantation endovasculaire, iliaque, 1 stent, sans ouverture, une fois pour le jour X et une fois pour le jour Y.

3e 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.

4e 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».

5e 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»

2e exemple de cas
Lors d'une première opération le jour X: PTCA coronaire avec 4 stents (tous libérant des substances médicamenteuses) (2 RIVA, 1 RCX, 1 RCA)
Lors d'une deuxième opération le jour Y: PTA et un stent (sans libération de substance médicamenteuse) dans une artère de la cuisse

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

Pour le jour Y, saisir:
Le code adéquat de la sous-catégorie 39.75.- «Intervention vasculaire percutanée transluminale, autres vaisseaux»
Une fois le code 39.B1.G1 «Implantation transluminale (percutanée) de stents sans libération de substance médicamenteuse, artères de la cuisse» et le code 39.C1.11 «1 stent implanté»

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

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

0818 01.07.2020 Code supplémentaire 00.9C.- «Interventions en un temps, 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.

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.