

---

# Note méthodologique du dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique des spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie.

Les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale.

---

CNAMTS/DIRECTION DELEGUEE A LA GESTION ET A L'ORGANISATION DES SOINS (DDGOS)

REFERENCE : ARTICLE 27 ET ANNEXE 15 CONVENTION MEDICALE DU 25 AOUT 2016

## SOMMAIRE

1.	Présentation.....	2
2.	Modalités de calcul des indicateurs et de la rémunération .....	3
2.1	Patientèle utilisée .....	3
2.2	Calcul des indicateurs .....	4
2.3	Calcul de la rémunération : pondération par la patientèle dite « correspondante » .....	7
3	Règles de gestion retenues pour les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale. ....	8
3.1	Indicateurs de qualité du suivi des pathologies chroniques .....	11
3.2	Indicateurs de prévention.....	13
3.3	Indicateur d'efficacité.....	16
3.4	Champ des médicaments étudiés .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
3.5	Actes de la CCAM retenus dans le calcul de la patientèle dite « correspondante » .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
3.6	Actes de la CCAM pris en compte pour identifier les patients opérés d'un CCR .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
3.7	Actes de la CCAM pris en compte pour la surveillance par imagerie des patients opérés d'un CCR.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
3.8	Actes de la CCAM pris en compte pour la surveillance des coloscopies (totales/partielles) .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>

# 1. Présentation

Dans le cadre de la convention du 25/08/2016, le dispositif de paiement sur objectifs de santé publique pour les spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie a été renouvelé.

Les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale sont au nombre de 8 :

- 6 s'appuient sur des données issues des bases de remboursement de l'Assurance maladie
- 2 s'appuient sur des données de suivi clinique déclarées par les médecins.

Ces indicateurs concernent :

- le suivi de pathologies chroniques ;
- des actions de prévention ;
- l'efficacité des pratiques.

L'atteinte de chaque objectif donne lieu à l'attribution de points.  
Chaque point est valorisé à hauteur de 7€.

La méthode de calcul utilisée permet de valoriser à la fois l'atteinte des objectifs et la progression réalisée.

Le résultat observé est pondéré selon le volume de la patientèle correspondante observé pour chaque médecin.

Si un médecin a plusieurs cabinets (principal et secondaire), toutes les données de ses différents cabinets sont sommées et affectées au numéro Assurance maladie du cabinet principal.

La fréquence d'actualisation des données est semestrielle pour les indicateurs calculés; annuelle pour les indicateurs déclaratifs.

## 2. Modalités de calcul des indicateurs et de la rémunération

Les indicateurs sont calculés pour les médecins libéraux en exercice ou ayant cessé leur activité en tant que médecin libéral au cours de l'année de référence étudiée.

### 2.1 Patientèle utilisée

#### **2.1.1. Pour les indicateurs calculés relatifs au suivi des pathologies chroniques**

La patientèle utilisée est la patientèle dite « correspondante ».

Elle est constituée des patients de l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire pour lesquels au moins deux actes<sup>1</sup> ont été réalisés et facturés par le gastro-entérologue ou hépatologue au cours des deux années civiles précédentes.

Ne sont pas pris en compte les actes peu fréquents (moins de 50 actes par an) et/ou non spécifiques de la spécialité (notamment certains actes d'imagerie).

La patientèle correspondante est mise à jour tous les semestres. Les indicateurs sont ainsi calculés sur une patientèle qui a « eu recours » à des soins.

#### **2.1.2. Pour les indicateurs calculés relatifs à la prévention**

La patientèle dite « correspondante » n'est pas utilisée pour le calcul des 2 indicateurs suivants :

- Pour l'indicateur relatif à la surveillance par coloscopie après exérèse de polypes, les patients pris en compte sont ceux pour lesquels le gastro-entérologue a réalisé une coloscopie totale ou partielle avec ou sans geste thérapeutique l'année de calcul de l'indicateur.
- Pour l'indicateur relatif au contrôle d'éradication d'*Helicobacter Pylori* (HP) après traitement, les patients pris en compte sont ceux traités pour éradiquer HP et pour lesquels le gastro-entérologue a réalisé une endoscopie diagnostique dans les 3 mois précédant le traitement.

#### **2.1.3. Pour les indicateurs déclaratifs de suivi clinique**

Pour les indicateurs de pratique clinique déclaratifs, les données déclarées par le médecin portent sur l'ensemble des patients qu'il suit.

---

<sup>1</sup> Les actes pris en compte sont les actes cliniques (consultations, visites) et/ou actes techniques de la CCAM précisés au chapitre 3.5

## 2.2 Calcul des indicateurs

### 2.2.1. Seuils appliqués

Un seuil minimal est requis pour le calcul de chaque indicateur. Il s'agit d'un nombre minimal de patients, variable selon l'indicateur.

Ces seuils statistiques ont été déterminés afin de calculer les indicateurs sur des effectifs suffisants et significatifs. Ils sont appliqués au nombre de patients figurant au dénominateur des taux de chaque indicateur.

Nouveauté de la convention :

Les indicateurs pour lesquels le seuil n'est pas atteint sont neutralisés pour l'année concernée. L'atteinte des seuils est vérifiée chaque année.

Les seuils minimaux requis pour chaque indicateur sont précisés dans la partie « 3. Règles de gestion retenues pour les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale. »

### 2.2.2. Taux de départ (ou « niveau initial »)

Le taux de départ correspond au niveau à partir duquel est calculée la progression de chaque indicateur.

Le niveau initial du médecin est défini à partir de sa situation médicale initiale au moment de l'entrée en vigueur du dispositif (31/12/2016) ou de son adhésion à la convention (en cas d'installation).

Les nouvelles dispositions de la convention médicale ont introduit la possibilité que le taux de départ soit défini au 31/12 de l'année au cours de laquelle le seuil minimal de l'indicateur est atteint. Une fois atteint le taux de départ d'un indicateur est figé pour le reste de la convention.

Pour les médecins nouveaux installés,<sup>2</sup> les taux de départ sont actualisés au cours des 3 premières années d'exercice.

### 2.2.3. Taux de suivi (ou « niveau constaté »)

Le taux de suivi correspond au niveau de l'indicateur de pratique clinique calculé, observé semestriellement.

Il permet, à la fin de l'année étudiée, d'évaluer la progression du médecin sur chaque indicateur et ainsi de calculer la rémunération.

Nouveauté de la convention : L'atteinte des seuils minimaux est vérifiée désormais chaque année sur le taux de suivi des indicateurs.

---

<sup>2</sup> Compléments au point 2.2.5 (« calcul de la rémunération ») concernant les nouveaux installés

## 2.2.4. Calcul du taux de réalisation

Le principe de la ROSP est de rémunérer chaque année le médecin en prenant en compte à la fois le niveau atteint et la progression réalisée. Un taux de réalisation annuel combinant ces deux éléments est calculé pour chaque indicateur.

Pour calculer ce taux de réalisation, il est précisé pour chaque indicateur :

- un objectif cible, commun à l'ensemble des médecins. Atteint, il correspond à un taux de réalisation de 100% ;
- un objectif intermédiaire, commun à l'ensemble des médecins. Atteint, il correspond à un taux de réalisation de 50% ;
- le niveau initial (ou taux de départ), calculé pour chaque indicateur et pour chaque médecin au 31/12 de l'année précédant la mise en œuvre du dispositif, soit le 31/12/2016 pour l'ensemble des gastro-entérologues ou au 31/12 de l'année de l'atteinte du seuil minimal requis de l'indicateur (hors nouveaux installés) ;
- le niveau constaté (ou taux de suivi), calculé pour chaque indicateur et pour chaque médecin chaque année si le seuil minimal de l'indicateur est atteint

Les objectifs cibles et intermédiaires ont été déterminés en fonction de la distribution de l'ensemble des médecins au regard de l'indicateur étudié, en tenant compte des recommandations des autorités sanitaires françaises et internationales lorsqu'elles étaient disponibles.

Ces objectifs ont été fixés par les partenaires conventionnels dans le but de promouvoir l'amélioration des pratiques.

Ils tiennent compte, dans leur élaboration, des situations particulières (contre-indications, caractéristiques individuelles...).

Le calcul du taux de réalisation diffère selon l'atteinte ou non de l'objectif intermédiaire par le médecin :

**Si le niveau constaté (taux de suivi) est strictement inférieur à l'objectif intermédiaire<sup>3</sup> :**

Le taux de réalisation est proportionnel à la progression réalisée sans pouvoir excéder 50%. Le médecin est rémunéré à la progression selon la formule :

$$\text{Taux de réalisation} = 50\% \times \frac{\text{niveau constaté} - \text{niveau initial}}{\text{objectif intermédiaire} - \text{niveau initial}}$$

Ainsi, le taux de réalisation du médecin est compris entre 0% (lorsque le médecin n'a pas progressé à la date de l'évaluation par rapport à son niveau initial) et 50% (lorsqu'il a progressé jusqu'à atteindre l'objectif intermédiaire).

Le taux de réalisation dépend donc du niveau initial.

<sup>3</sup> Les formules présentées ci-dessus sont celles correspondant à un indicateur croissant.

L'objectif est décroissant pour l'indicateur relatif à la surveillance par coloscopie des patients après exérèse ou mucoséctomie d'un ou plusieurs polypes par coloscopie totale, le rapport est donc inversé.

**Si le niveau constaté (taux de suivi) est égal ou supérieur à l'objectif intermédiaire :**

Le taux de réalisation est au moins égal à 50% auquel s'ajoute un pourcentage proportionnel au progrès réalisé au-delà de l'objectif intermédiaire. Le médecin est rémunéré au niveau constaté selon la formule :

$$\text{Taux de réalisation} = 50\% + 50\% \times \frac{\text{niveau constaté} - \text{objectif intermédiaire}}{\text{objectif cible} - \text{objectif intermédiaire}}$$

Ainsi, le taux de réalisation est compris entre 50% (lorsque le médecin n'a pas progressé au-delà de l'objectif intermédiaire qu'il a atteint) et 100% (lorsqu'il a réussi à atteindre ou dépasser l'objectif cible).

Le taux de réalisation ne dépend pas du niveau initial, mais de l'objectif intermédiaire. Le médecin est rémunéré en fonction du niveau constaté.

### **2.2.5. Calcul du nombre de points**

La ROSP définit pour chaque indicateur un nombre de points maximum qui correspond à l'atteinte de l'objectif cible et donc à un taux de réalisation de 100 %.

Pour chaque indicateur, le nombre de points calculé est égal au nombre de points maximum de l'indicateur multiplié par le taux de réalisation du médecin.

La valeur du point est de 7€.

Concernant les nouveaux installés, la convention médicale prévoit à l'article 27.2.3, un accompagnement de la première installation en libéral en majorant la valeur du point durant les trois premières années d'installation pour les indicateurs relatifs à la qualité de la pratique médicale. La majoration a été réévaluée par la convention médicale :

- De 20% la première année ;
- De 15% la deuxième année ;
- De 5% la troisième année.

Les médecins nouvellement installés sont ceux s'installant pour la première fois en cabinet libéral (y compris sous la forme d'une collaboration libérale).

Selon les nouvelles dispositions de la convention, les médecins qui modifient leur lieu d'exercice dans un nouveau département (non limitrophe du précédent) peuvent donc être considérés, à ce titre, comme des médecins nouvellement installés.

Les périodes de remplacement, sans installation en nom propre, ne sont pas considérées comme une première installation.

## 2.3 Calcul de la rémunération : pondération par la patientèle dite « correspondante »

Le nombre de patients comptabilisés dans la patientèle correspondante, actualisé au 31 décembre de l'année N, entre dans le calcul de la rémunération qui sera versée en avril de l'année N+1.

Le nombre de points maximum de chaque indicateur est défini pour une patientèle moyenne de référence de 1100 patients pour un médecin spécialiste en gastro-entérologie et hépatologie.

Afin de prendre en compte le volume réel de la patientèle dans le calcul de la rémunération des indicateurs de qualité des pratiques, le résultat observé est ensuite pondéré selon le volume de la patientèle correspondante observé pour chaque médecin.

Cette pondération permet de valoriser différemment deux médecins qui, pour un même taux de réalisation, ont des patientèles de tailles différentes.

La rémunération est donc égale au nombre de points multiplié par le taux de réalisation pour l'indicateur, pondéré par le rapport entre la patientèle correspondante et la patientèle moyenne de référence et multiplié par la valeur du point.

$\text{Rémunération calculée} = \text{nombre de points} \times \text{taux de réalisation} \times [(\text{patientèle correspondante})/1100] \times 7\text{€}$
--

A titre d'illustration, le calcul de la rémunération d'un indicateur pour un médecin ayant 1200 patients est le suivant :

- **Exemple 1** : un niveau initial de 25% ; un niveau constaté de 65% ; un objectif intermédiaire de 75% ; un nombre de points = 35.

Taux de réalisation (TR) =  $50\% \times (65\% - 25\%) / (75\% - 25\%) = 40\%$

Nombre de points =  $40\% \times 35 = 14$

Rémunération de l'indicateur =  $14 \times (1200/1100) \times 7\text{€} = 106,91 \text{€}$

- **Exemple 2** : un niveau constaté de 77% ; un objectif intermédiaire de 75% ; un objectif cible de 85% ; un nombre de points = 35.

Taux de réalisation (TR) =  $50\% + 50\% \times (77\% - 75\%) / (85\% - 75\%) = 60\%$

Nombre de points =  $60\% \times 35 = 21$

Rémunération de l'indicateur =  $21 \times (1200/1100) \times 7\text{€} = 160,36\text{€}$

### 3 Règles de gestion retenues pour les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale.

Thème	Sous thème	Indicateur	Objectif Interm.	Objectif Cible	Seuil min pour prise en compte de l'indicateur	Nb de points	Equivalent en (€)*	Type d'indicateur†.	Périodicité
Suivi des pathologies chroniques	Améliorer la surveillance par imagerie des patients opérés d'un cancer colorectal (CCR)	Nombre de patients ayant eu, au moins une fois tous les six mois, un acte d'imagerie la première année suivant une intervention pour CCR/Nombre de patients ayant eu une chirurgie pour CCR	82 %	≥ 92 %	5 patients	30	210 €	Calculé	Semestrielle
	Améliorer la surveillance par dosage biologique (ACE) des patients opérés d'un cancer colorectal	Nombre de patients ayant eu, au moins une fois tous les trois mois, un dosage de l'ACE la première année suivant une intervention pour CCR/Nombre de patients ayant eu une chirurgie pour CCR	33 %	≥ 50 %	5 patients	30	210 €	Calculé	Semestrielle
	Améliorer le suivi biologique (protéinurie) des patients atteints de maladie inflammatoire chronique (MICI) traités par 5-ASA	Nombre de patients atteints de MICI traités par 5-ASA au long cours ayant bénéficié d'au moins un dosage par an de la protéinurie/Nombre de patients atteints de MICI traités par 5-ASA au long cours	53 %	≥ 71 %	10 patients	30	210 €	Calculé	Semestrielle

\* Pour un taux de réalisation de 100% et une patientèle de 1100 patients.

† Pour l'ensemble des indicateurs calculés, les données prises en compte sont issues des bases de remboursement de l'Assurance maladie et/ou du PMSI.



Thème	Sous thème	Indicateur	Objectif Interm.	Objectif Cible	Seuil min pour prise en compte de l'indicateur	Nb de points	Equivalent en (€)*	Type d'indicateur <sup>†</sup> .	Périodicité
	Améliorer le suivi biologique (NFS-plaquettes) des patients atteints de maladie inflammatoire chronique (MICI) traités par azathioprine	Nombre de patients atteints de MICI traités par azathioprine au long cours ayant bénéficié d'au moins trois dosages par an de NFS et plaquettes/ Nombre de patients atteints de MICI traités par azathioprine au long cours	82 %	≥ 92 %	5 patients	30	210 €	Calculé	Semestrielle
TOTAL						120	840 €		
Prévention	Améliorer la surveillance par coloscopie des patients après exérèse ou mucosectomie d'un ou plusieurs polypes par coloscopie totale	Nombre de patients ayant eu une coloscopie totale avec polypectomie ou mucosectomie réalisée en année N/N-1/N-2/Nombre de patients ayant eu une coloscopie (partielle ou totale, avec ou sans geste thérapeutique) en année N.	1,6 %	≤ 0,7 %	20 patients	80	560 €	Calculé	Semestrielle
	Améliorer le contrôle par test respiratoire à l'urée marquée (TRU) après traitement d'éradication d'Helicobacter Pylori (HP)	Nombre de patients avec contrôle d'éradication d'HP par TRU/Nombre de patients traités pour éradication d'HP	67 %	≥ 77 %	5 patients	35	245 €	Calculé	Semestrielle
	Qualité de la coloscopie totale réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles (réalisé dans le cadre du dépistage organisé)	Nombre de patients avec détection d'un adénome au cours d'une coloscopie totale réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles/Nombre de patients ayant une coloscopie totale pour un test de recherche de sang positif	20 %	≥ 25 %	10 patients	35	245 €	Déclaratif	Annuelle
TOTAL						150	1 050 €		

Thème	Sous thème	Indicateur	Objectif Interm.	Objectif Cible	Seuil min pour prise en compte de l'indicateur	Nb de points	Equivalent en (€)*	Type d'indicateur <sup>†</sup> .	Périodicité
Efficienc	Transmission par le GE au médecin traitant (MT) des résultats et du délai de contrôle coloscopique après polypectomie par coloscopie	Nombre de patients ayant eu une polypectomie par coloscopie avec transmission au médecin traitant des résultats et du délai de contrôle par coloscopie/Nombre de patients ayant eu une polypectomie par coloscopie	85 %	≥ 95 %	20 patients	30	210 €	Déclaratif	Annuelle
TOTAL						30	210 €		

## 3.1 Indicateurs de qualité du suivi des pathologies chroniques

La patientèle utilisée est la patientèle dite « correspondante ». Elle est constituée des patients de l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire pour lesquels au moins deux actes\* ont été réalisés et facturés par le gastro-entérologue ou hépatologue au cours des deux années civiles précédentes.

Ne sont pas pris en compte les actes peu fréquents (moins de 50 actes par an) et/ou non spécifiques de la spécialité (notamment certains actes d'imagerie).

La patientèle correspondante est mise à jour tous les semestres. Les indicateurs sont ainsi calculés sur une patientèle qui a « eu recours » à des soins.

### 3.1.1 Améliorer la surveillance par imagerie des patients opérés d'un cancer colorectal

Les prescriptions retenues pour le calcul de ces indicateurs comprennent l'ensemble des prescriptions faites aux patients de la patientèle correspondante, quel que soit le prescripteur.

Indicateur : part des patients ayant bénéficié au moins une fois tous les 6 mois d'un acte d'imagerie, la 1<sup>ère</sup> année suivant une chirurgie pour CCR.

Numérateur : nombre de patients ayant eu au moins une fois tous les six mois un acte d'imagerie la première année post-chirurgie pour CCR

Dénominateur : nombre de patients ayant eu une chirurgie pour CCR

Période de calcul : 12 mois.

Seuil minimum : au moins 5 patients

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.

Définitions : Les patients pris en compte sont les patients avec antécédent d'hospitalisation pour cancer colorectal (CCR) au cours des 2 années précédentes (année N-1 ou l'année N-2) (source : PMSI).

Les codes CIM10 pris en compte pour identifier les patients opérés pour CCR sont C18, C19 et C20.

Les codes CCAM retenus pour cette identification sont : HHFA026 ; HHFA006 ; HHFA028 ; HJFA007 ; HHFA009 ; HHFA002 ; HJFC031 ; HJFA019 ; HHFA008 ; HHFA021 ; HJFA011 ; HJFC023 ; HHFA018 ; HHFA005 ; HJFA002 ; HJFA012 ; HHFA023 ; HHFA022 ; HJFA004 ; HHFA014 ; HHFA004 ; HJFA006 ; HHFA017 ; HHFA030 ; HJFA017 ; HHFA010 ; HHFA029 ; HJFA001 ; HHFA024 ; HHFA031 ; HJFA005

Les actes de la CCAM pris en compte pour la surveillance par imagerie des patients opérés d'un CCR sont les suivants : ZCQK004 ; ZCQH001 (scanners abdomino-pelviens) ; ZBQK001 ; ZBQH001 (scanners thoraciques) ZZQK024 ZZQK024 (scanners thoraco-

\* Les actes pris en compte sont les actes cliniques (consultations, visites) et/ou actes techniques de la CCAM précisés en fin de chapitre

abdomino-pelviens) ; ZCQM006 ; ZCQM008 ; ZCQM004 ; ZCQM005 ; ZCQM010 ; ZCQM001 ; ZCQM002 ; ZCQM011 (échographies abdominales et/ou pelviennes) ; ZZQL016 (TEP)

### ***3.1.2 Améliorer la surveillance par dosage biologique (ACE) des patients opérés d'un cancer colorectal***

Indicateur : part des patients ayant bénéficié au moins une fois tous les 3 mois, d'un dosage de l'ACE (Antigène Carcino-Embryonnaire), la 1<sup>ère</sup> année suivant une chirurgie pour CCR.

Numérateur : nombre de patients ayant eu au moins une fois tous les 3 mois un dosage de l'ACE (Antigène Carcino-Embryonnaire), la 1<sup>ère</sup> année post-chirurgie pour CCR

Dénominateur : nombre de patients ayant eu une chirurgie pour CCR

Période de calcul : 12 mois.

Seuil minimum : au moins 5 patients

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.

Définitions : Les patients pris en compte sont les patients avec antécédent d'hospitalisation pour cancer colorectal (CCR) au cours des 2 années précédentes (année N-1 ou l'année N-2) (source : PMSI).

Les codes CIM10 pris en compte pour identifier les patients opérés pour CCR sont C18, C19 et C20. Les codes CCAM retenus pour cette identification sont : HHFA026 ; HHFA006 ; HHFA028 ; HJFA007 ; HHFA009 ; HHFA002 ; HJFC031 ; HJFA019 ; HHFA008 ; HHFA021 ; HJFA011 ; HJFC023 ; HHFA018 ; HHFA005 ; HJFA002 ; HJFA012 ; HHFA023 ; HHFA022 ; HJFA004 HHFA014 ; HHFA004 ; HJFA006 HHFA017 ; HHFA030 ; HJFA017 ; HHFA010 ; HHFA029 ; HJFA001 ; HHFA024 ; HHFA031 ; HJFA005

Le code biologie pris en compte pour le dosage ACE est le 7327.

### ***3.1.3 Améliorer la surveillance par dosage biologique (protéinurie) des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques intestinales traités par acide 5-aminosalicylique***

Indicateur : part des patients atteints de MICI et traités par 5-ASA au long cours, ayant bénéficié d'au moins une protéinurie dans l'année.

Numérateur : nombre de patients atteints de MICI, traités par 5-ASA au long cours, ayant bénéficié d'au moins un dosage par an de la protéinurie

Dénominateur : nombre de patients atteints de MICI sous traitement par 5-ASA au long cours.

Période de calcul : 12 mois.

Seuil minimum : au moins 10 patients

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.

Définitions : Les patients pris en compte sont ceux atteints de maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) traités par acide 5-aminosalicylique (5-ASA) au long cours. Ces patients sont identifiés par l'existence d'au moins 3 délivrances de 5-ASA à des dates différentes sur la période de calcul (un an).

Sont définis comme 5-ASA tous les médicaments inclus dans les codes ATC A07EC01 (sulfasalazine), A07EC02 (mesalazine), A07EC03 (olsalazine).  
Le code biologie pris en compte pour la protéinurie est le 2004.

### ***3.1.4 Améliorer la surveillance par dosage biologique (NFS-plaquettes) des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques intestinales traités par azathioprine***

Indicateur : Part des patients atteints de MICI, traités par azathioprine au long cours, ayant bénéficié d'au moins 3 dosages par an de la numération formule sanguine (NFS) et des plaquettes.

Numérateur : nombre de patients atteints de MICI, traités par azathioprine au long cours ayant bénéficié d'au moins 3 dosages par an de NFS et plaquettes.

Dénominateur : nombre de patients atteints de MICI, traités par azathioprine au long cours.

Période de calcul : 12 mois.

Seuil minimum : au moins 5 patients

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.

Définitions : Les patients pris en compte sont ceux atteints de maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) traités par azathioprine au long cours.

Ces patients sont identifiés par l'existence d'au moins 3 délivrances d'azathioprine à des dates différentes sur la période de calcul (un an).

Sont définis comme azathioprine tous les médicaments inclus dans le code ATC L04AX01 (azathioprine).

Le code biologie pris en compte pour l'hémogramme, y compris les plaquettes, est le 1104.

## **3.2 Indicateurs de prévention**

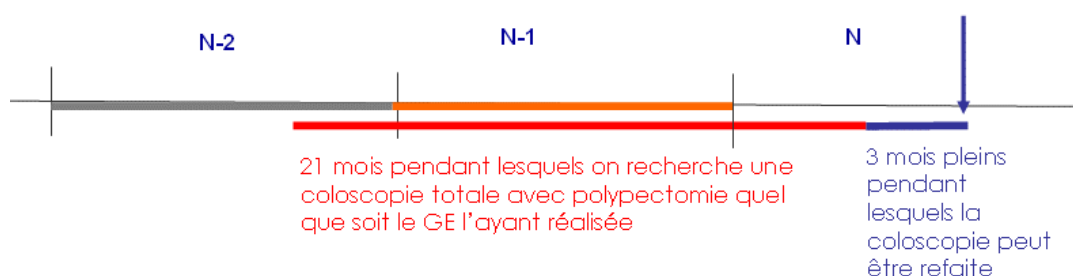
La patientèle dite « correspondante » n'est pas utilisée pour le calcul des 2 indicateurs de prévention suivants :

- pour l'indicateur relatif à la surveillance par coloscopie après exérèse de polypes, les patients pris en compte sont ceux pour lesquels le gastro-entérologue a réalisé une coloscopie totale ou partielle avec ou sans geste thérapeutique l'année de calcul de l'indicateur
- pour l'indicateur relatif au contrôle d'éradication d'*Helicobacter Pylori* (HP) après traitement, les patients pris en compte sont ceux traités pour éradiquer HP et pour

lesquels le gastro-entérologue a réalisé une endoscopie diagnostique dans les 3 mois précédant le traitement.

Pour les indicateurs déclaratifs, les données déclarées par le médecin portent sur l'ensemble des patients qu'il suit

### ***3.2.1 Améliorer la surveillance par coloscopie des patients après exérèse ou mucosectomie d'un ou plusieurs polypes par coloscopie totale***



**Indicateur** : part des patients ayant eu une coloscopie totale avec polypectomie ou mucosectomie en année N/N-1/N-2 parmi les patients ayant eu une coloscopie (totale ou partielle, avec ou sans geste thérapeutique) en année N.

**Numérateur** : nombre de patients ayant eu une coloscopie totale avec polypectomie ou mucosectomie en année N/N-1/N-2

**Dénominateur** : nombre des patients ayant eu une coloscopie (totale ou partielle, avec ou sans geste thérapeutique) en année N.

**Période de calcul** : 24 mois.

**Seuil minimum** : au moins 20 patients.

**Fréquence de mise à jour des données** : semestrielle.

**Définitions** :

Pour chaque gastro-entérologue, les patients pris en compte sont ceux pour lesquels le professionnel a réalisé une coloscopie totale ou partielle, avec ou sans geste thérapeutique, l'année de calcul de l'indicateur (année N). Le calcul s'effectue en recherchant, pour ces patients, les coloscopies totales avec polypectomie ou mucosectomie dont ils ont bénéficié antérieurement, sur une période de 21 mois (cf. schéma ci-dessus), quel que soit le gastro-entérologue les ayant réalisées

Les actes CCAM retenus pour la détermination du numérateur sont les suivants : HHFE002 ; HHFE004; HHFE006

Les actes CCAM retenus pour la détermination du dénominateur sont les suivants : HHFE001 ; HHFE002 ; HHFE004 ; HHFE005 ; HHFE006 ; HHQE002 ; HHQE004 ; HHQE005 ; HJQE001.

### ***3.2.2 Améliorer le contrôle par test respiratoire à l'urée marquée après traitement d'éradication d'Helicobacter Pylori***

Indicateur : part des patients ayant bénéficié d'un contrôle d'éradication d'Helicobacter Pylori (HP).

Numérateur : nombre de patients ayant bénéficié d'un contrôle d'éradication d'Helicobacter Pylori (HP) par Test Respiratoire à l'Urée marquée (TRU)

Dénominateur : nombre de patients traités pour éradication d'une infection à HP

Période de calcul : 12 mois pour le traitement d'éradication d'HP.

Seuil minimum : au moins 5 patients.

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.

Définitions : Pour chaque gastro-entérologue, les patients pris en compte sont ceux traités pour éradiquer Helicobacter Pylori et pour lesquels le gastro-entérologue a réalisé une endoscopie diagnostique dans les 3 mois précédant le traitement.

Les patients traités pour éradication d'HP sont identifiés par :

- soit la trithérapie séquentielle, à savoir un traitement associant 1 IPP et 2 antibiotiques parmi les 4 classes d'antibiotiques suivantes : amoxicilline, metronidazole, clarithromycine, tinidazole.
- soit la quadrithérapie bismuthée associant Pylera® et Omeprazole

Sont définis comme antibiotiques tous les médicaments inclus dans les codes ATC suivants :

J01CA04 (amoxicilline) hors voie injectable ; P01AB01 (metronidazole) et code cip7=2180420 (Pylera®) ; J01FA09 (clarithromycine) ; P01AB02 (tinidazole)

Le code CCAM de l'endoscopie oeso-gastro-duodénale diagnostique est HEQE002.

Sont définis comme IPP tous les médicaments inclus dans les codes ATC suivants : A02BC01 (omeprazole) ; A02BC02 (pantoprazole) ; A02BC03 (lansoprazole) ; A02BC04 (rabéprazole) ; A02BC05 (esomeprazole).

Le calcul se fait en recherchant pour ces patients la réalisation d'un Test Respiratoire à l'Urée marquée (TRU) dans les 4 mois suivant la fin du traitement (quel que soit le prescripteur du traitement et du test). Le code biologique retenu est le 5234 (analyse des 2 échantillons d'air expiré).

### ***3.2.3 Améliorer la qualité de la coloscopie totale réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles***

Il s'agit d'un indicateur déclaratif. Pour ce type d'indicateur, les données déclarées par le médecin portent sur l'ensemble des patients qu'il suit.

Indicateur : part des patients pour lesquels un adénome a été détecté au cours d'une coloscopie totale réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles.

Le niveau initial est le même pour tous les médecins et est fixé par défaut à 0 % lors de l'entrée en vigueur du dispositif.

Numérateur : nombre de patients pour lesquels un adénome a été détecté au cours d'une coloscopie totale réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles

Dénominateur : nombre de patients ayant bénéficié d'une coloscopie totale pour un test de recherche de sang occulte positif.

Période de calcul : année civile.

Seuil minimum : au moins 10 patients.

Fréquence de mise à jour des données : annuelle.

### **3.3 Indicateur d'efficience**

#### ***Transmission par le gastro-entérologue au médecin traitant des résultats et du délai de contrôle coloscopique après polypectomie***

Il s'agit d'un indicateur déclaratif. Pour ce type d'indicateur, les données déclarées par le médecin portent sur l'ensemble des patients qu'il suit

Indicateur : part des patients pour lesquels le gastro-entérologue a transmis au médecin traitant les résultats en précisant le délai du contrôle coloscopique parmi les patients pour lesquels il a réalisé une coloscopie avec polypectomie.

Le niveau initial est le même pour tous les médecins et est fixé par défaut à 0 % lors de l'entrée en vigueur du dispositif.

Numérateur : nombre de patients ayant eu une polypectomie par coloscopie avec transmission au médecin traitant des résultats et du délai de contrôle par coloscopie.

Dénominateur : nombre de patients ayant eu une polypectomie par coloscopie.

Période de calcul : année civile.

Seuil minimum : au moins 20 patients.

Fréquence de mise à jour des données : annuelle.



### 3.5 Actes de la CCAM retenus dans le calcul de la patientèle dite « correspondante »

#### Liste des actes de la CCAM retenus dans le calcul de la patientèle dite « correspondante des spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie

##### Endoscopies OGD diagnostiques :

- HEQE002 Endoscopie œso-gastro-duodénale
- HGQE002 Duodénoscopie par appareil à vision latérale
- HEQE005 Endoscopie œso-gastro-duodénale avec test à l'uréase, après l'âge de 6 ans
- HEQE003 Endoscopie œso-gastro-duodénale avec test à l'uréase, avant l'âge de 6 ans
- HEQE004 Endoscopie œso-gastro-duodénale peropératoire

##### Actes thérapeutiques réalisés sous endoscopie OGD :

- HEFE002 Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre de l'œsophage, de l'estomac et/ou du duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie
- HMGE002 Ablation de calcul de la voie biliaire principale, par œso-gastro-duodénoscopie
- HMLE002 Pose d'une endoprothèse biliaire, par œso-gastro-duodénoscopie
- HEAE003 Dilatation antérograde de l'œsophage, par fibroscopie
- HMQH007 Cholangiographie rétrograde, par œso-gastro-duodénoscopie
- HEFE001 Exérèse d'un polype de 1cm et plus de diamètre ou de 4 polypes ou plus de l'œsophage, de l'estomac et/ou du duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie
- HESE002 Hémostase de lésion de l'œsophage, de l'estomac et/ou du duodénum sans laser, par œso-gastro-duodénoscopie
- HEGE002 Ablation de corps étranger de l'œsophage, de l'estomac et/ou du duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie
- HMPE001 Section du versant biliaire du muscle sphincter de l'ampoule hépatopancréatique [sphincter d'Oddi], par œso-gastro-duodénoscopie [Sphinctérotomie biliaire endoscopique]
- HELE002 Pose d'une endoprothèse de l'œsophage, par endoscopie
- HEFE003 Séance de mucoséctomie de l'œsophage, de l'estomac ou du duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie
- HMGE001 Ablation d'endoprothèse biliaire et/ou pancréatique, par œso-gastro-duodénoscopie
- HGLE001 Pose d'une endoprothèse du duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie
- HENE004 Séance de destruction de lésion de l'œsophage et/ou de l'estomac sans laser, par œso-gastro-duodénoscopie
- HMQH003 Cholangiographie rétrograde avec infundibulotomie [ponction diathermique de l'infundibulum biliaire] ou précoupe de la papille duodénale majeure, par œso-gastro-duodénoscopie
- HMKE001 Changement d'une endoprothèse biliaire, par œso-gastro-duodénoscopie

HNLE001 Pose d'une endoprothèse du conduit pancréatique, par œso-gastro-duodéoscopie

HEGE003 Ablation d'une endoprothèse de l'œsophage, par endoscopie

HZHE002 Biopsie et/ou brossage cytologique de la paroi du tube digestif ou de conduit biliopancréatique, au cours d'une endoscopie diagnostique

HMLE003 Pose de plusieurs endoprothèses biliaires, par œso-gastro-duodéoscopie

HMAE002 Dilatation rétrograde de conduit biliaire, par œso-gastro-duodéoscopie

HNQH003 Pancréatographie rétrograde par cathétérisme de la papille duodénale majeure, par œso-gastro-duodéoscopie

HFKE001 Changement d'une sonde de gastrostomie ou de gastrojéjunostomie, par œso-gastro-duodéoscopie

HMNE001 Lithotritie mécanique des conduits biliaires, par œso-gastro-duodéoscopie

HESE001 Hémostase de lésion de l'œsophage, de l'estomac et/ou du duodénum avec laser, par œso-gastro-duodéoscopie

HFAE001 Dilatation du pylore, par œso-gastro-duodéoscopie

HENE002 Séance de destruction de lésion de l'œsophage et/ou de l'estomac avec laser, par œso-gastro-duodéoscopie

EHNE002 Sclérose et/ou ligature de varices œsogastriques en période hémorragique, par endoscopie

HFLE001 Pose d'une sonde gastrique, duodénale ou jéjunale, par œso-gastro-duodéoscopie

HMQH005 Cholangiopancréatographie rétrograde sans manométrie oddienne, par œso-gastro-duodéoscopie

HGNE001 Séance de destruction de lésion du duodénum, par œso-gastro-duodéoscopie

HEKE001 Changement d'une endoprothèse de l'œsophage, par endoscopie

HNGE001 Ablation de calcul pancréatique, par œso-gastro-duodéoscopie

HNKE001 Changement d'une endoprothèse du conduit pancréatique, par œso-gastro-duodéoscopie

HNCE001 Anastomose entre un faux kyste du pancréas et l'estomac ou le duodénum, par œso-gastro-duodéoscopie sans guidage [Kystogastrostomie ou kystoduodénostomie endoscopique]

HNPE002 Section du versant pancréatique du muscle sphincter de l'ampoule hépatopancréatique [sphincter d'Oddi], par œso-gastro-duodéoscopie [Sphinctérotomie pancréatique endoscopique]

HGGE001 Ablation d'une endoprothèse du duodénum, par œso-gastro-duodéoscopie

HGFE005 Exérèse de la papille duodénale majeure, par œso-gastro-duodéoscopie

HMKE002 Changement de plusieurs endoprothèses biliaires, par œso-gastro-duodéoscopie

HMAE001 Dilatation de l'ampoule hépatopancréatique [du sphincter d'Oddi], par œso-gastro-duodéoscopie

HNAE001 Dilatation du conduit pancréatique, par œso-gastro-duodéoscopie

HGKE001 Changement d'une endoprothèse du duodénum, par œso-gastro-duodéoscopie

- HNPE003 Sphinctérotomie de la papille duodénale mineure [papille accessoire], par œso-gastro-duodéoscopie
- HMQH002 Cholangiopancréatographie rétrograde avec manométrie oddienne, par œso-gastro-duodéoscopie
- HNQH001 Pancréatographie rétrograde par cathétérisme de la papille duodénale mineure [papille accessoire], par œso-gastro-duodéoscopie
- HMGH001 Ablation de calcul de la voie biliaire principale, par œso-gastro-duodéoscopie et par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique
- HMLH001 Pose d'une endoprothèse biliaire, par œso-gastro-duodéoscopie et par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique
- HENE001 Séance de destruction photodynamique de lésion de l'œsophage et/ou de l'estomac avec laser, par œso-gastro-duodéoscopie

### **Coloscopies diagnostiques :**

- HHQE005 Coloscopie totale avec visualisation du bas-fond cæcal, sans franchissement de l'orifice iléocolique
- HHQE002 Coloscopie totale, avec franchissement de l'orifice iléocolique
- HJQE001 Rectosigmoïdoscopie
- HHQE004 Coloscopie partielle au-delà du côlon sigmoïde
- HHQE003 Exploration complète du côlon après colectomie droite, par endoscopie
- HHQE001 Coloscopie peropératoire

### **Actes thérapeutiques réalisés sous coloscopie :**

- HHFE002 Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre du côlon et/ou du rectum, par coloscopie totale
- HHFE004 Exérèse d'un polype de plus de 1cm de diamètre ou de 4 polypes ou plus du côlon et/ou du rectum, par coloscopie totale
- HHFE006 Séance de mucosectomie recto colique, par endoscopie
- HHFE001 Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre du côlon et/ou du rectum, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle
- HHSE002 Hémostase de lésion du côlon sans laser, par coloscopie totale
- HHFE005 Exérèse d'un polype de plus de 1cm de diamètre ou de 4 polypes ou plus du côlon et/ou du rectum, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle
- HHNE001 Séance de destruction de lésion du côlon et/ou du rectum sans laser, par coloscopie totale
- HHAE001 Dilatation d'une sténose du côlon et/ou du rectum, par endoscopie
- HHNE002 Séance de destruction de lésion du côlon et/ou du rectum avec laser, par coloscopie totale
- HHSE004 Hémostase de lésion du côlon sans laser, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle
- HHJE001 Exsufflation du côlon, par endoscopie
- HHLE005 Pose d'une endoprothèse du côlon, par coloscopie
- HHNE003 Séance de destruction de lésion du côlon et/ou du rectum avec laser, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle

- HHNE004 Séance de destruction de lésion du côlon et/ou du rectum sans laser, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle
- HHSE003 Hémostase de lésion du côlon avec laser, par coloscopie totale
- HHSE001 Hémostase de lésion du côlon avec laser, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle
- HHEE001 Détorsion d'un volvulus du côlon, par endoscopie
- HHGE002 Ablation de corps étranger du côlon et/ou du rectum, par endoscopie
- HHGE010 Ablation d'une endoprothèse du côlon, par coloscopie

### **Echographie de l'appareil digestif :**

- ZCQM006 Échographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen
- ZCQM008 Échographie transcutanée de l'abdomen
- ZCQM004 Échographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen avec échographie-doppler des vaisseaux digestifs
- ZCQM005 Échographie transcutanée de l'abdomen, avec échographie transcutanée du petit bassin [pelvis]
- ZCQM010 Échographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen et du petit bassin [pelvis]
- ZCQM001 Échographie transcutanée de l'abdomen, avec échographie-doppler des vaisseaux digestifs
- HLQM001 Échographie transcutanée du foie et des conduits biliaires
- ZCQM002 Échographie transcutanée de l'abdomen, avec échographie transcutanée du petit bassin [pelvis] et échographie-doppler des vaisseaux digestifs
- HZQM001 Échographie transcutanée du tube digestif et/ou du péritoine
- HJQJ003 Échographie du rectum et de l'anus, par voie rectale et/ou vaginale [par voie cavitaire]
- ZCQM011 Échographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen et du petit bassin [pelvis] avec échographie-doppler des vaisseaux digestifs
- YYYY172 Échographie et/ou échographie doppler de contrôle ou surveillance de pathologie d'un ou deux organes intra-abdominaux et/ou intra pelviens, ou de vaisseaux périphériques
- ELQM001 Échographie-doppler des vaisseaux digestifs

### **Echoendoscopie :**

- HMQJ001 Échoendoscopie biliopancréatique sans biopsie
- HJQJ002 Échoendoscopie anorectale sans biopsie
- HMQJ002 Échoendoscopie biliopancréatique avec biopsie transbiliopancréatique guidée
- HEQJ001 Échoendoscopie œsogastrique sans biopsie
- HHQJ002 Échoendoscopie colique sans biopsie
- HEQJ002 Échoendoscopie œsogastrique avec biopsie transœsogastrique guidée
- HJQJ001 Échoendoscopie anorectale avec biopsie transanorectale guidée
- HGQJ002 Échoendoscopie duodénale sans biopsie
- HGQJ001 Échoendoscopie duodénale avec biopsie transduodénale guidée

### **Actes de traitement des hémorroïdes :**

- EGNP001 Séance de traitement instrumental des hémorroïdes par procédé physique
- EGFA007 Excision d'une thrombose hémorroïdaire
- EGJA001 Évacuation d'une thrombose hémorroïdaire externe
- EGSP001 Séance de ligature élastique des hémorroïdes
- EGFA002 Hémorroïdectomie pédiculaire par résection sousmuqueuse avec anoplastie muqueuse postérieure et sphinctérotomie [léiomyotomie] interne
- EGFA005 Résection d'un paquet hémorroïdaire isolé
- EGLF002 Séance d'injection sclérosante des hémorroïdes
- EHNE001 Séance de sclérose et/ou de ligature de varices œsogastriques en dehors de la période hémorragique, par endoscopie
- EGED001 Réduction de procidence hémorroïdaire interne par agrafage circulaire, par voie anale
- EGFA001 Hémorroïdectomie pédiculaire semifermée ou fermée
- EGFA003 Hémorroïdectomie pédiculaire par résection sousmuqueuse
- HKFA006 Excision d'une fissure anale, avec anoplastie muqueuse et résection d'un paquet hémorroïdaire isolé
- HJFD005 Résection de la muqueuse rectale avec plicature hémicircférentielle antérieure de la musculature par voie anale, avec hémorroïdectomie pédiculaire
- HKPA002 Mise à plat de fistule basse [transsphinctérienne inférieure] de l'anus avec résection d'un paquet hémorroïdaire isolé
- HKPA001 Mise à plat de fistule basse [transsphinctérienne inférieure] de l'anus avec hémorroïdectomie pédiculaire par résection sousmuqueuse

### **Actes de traitement de lésions anales et périnéales :**

- HKFA008 Destruction et/ou exérèse de lésion superficielle non tumorale de l'anus
- HKND001 Destruction d'une papillomatose extensive de l'anus
- HKFA001 Destruction et/ou exérèse de tumeur bénigne du canal anal
- HKFA005 Excision d'une fissure et/ou d'une sténose anale, avec anoplastie muqueuse
- HJAD001 Dilatation ou incision de sténose anorectale
- HKPA004 Mise à plat d'abcès et/ou de fistule bas de l'anus [transsphinctérien inférieur] en un temps, par fistulotomie ou fistulectomie
- HKPA007 Mise à plat d'abcès et/ou de fistule haut de l'anus [transsphinctérien supérieur] ou à trajet complexe multiramifié, avec drainage par anse souple
- QBFA007 Excision d'un sinus pilonidal périnéofessier
- HKFA004 Excision d'une fissure anale [Fissurectomie anale]
- HKPA005 Mise à plat d'abcès et/ou de fistule intersphinctérien haut [intramural] de l'anus
- HKPA006 Incision d'abcès de la région anale
- HKLB002 Injection sousfissuraire et/ou intrasphinctérienne de l'anus
- HJGD001 Ablation de corps étranger ou de fécalome intrarectal, par voie anale sous anesthésie générale ou locorégionale

- HKPA003 Sphinctérotomie interne [Léiomyotomie] latérale de l'anus
- HKFA002 Résection d'une fissure anale infectée
- HTRD001 Séance de rééducation anorectale avec rétrocontrôle [biofeedback] manométrique intracavitaire, sans électrostimulation
- HKPA008 Mise à plat d'abcès et/ou de fistule haut de l'anus [transsphinctérien supérieur] ou à trajet complexe multiramifié, avec lambeau d'avancement
- HKFA007 Exérèse de tumeur maligne du canal anal et/ou de l'anus
- HKHA001 Biopsie de lésion de la région périanale et/ou du canal anal
- QBFA004 Excision d'une hidrosadénite suppurative périnéofessière [maladie de Verneuil] sur moins de 30 cm<sup>2</sup>
- QBFA002 Excision d'une hidrosadénite suppurative périnéofessière [maladie de Verneuil] sur plus de 30 cm<sup>2</sup>
- JZNP003 Destruction de 51 lésions périnéales ou plus, ou de lésion périnéale de plus de 30 cm<sup>2</sup>
- HKFA009 Sphinctéromyectomie de l'anus, par abord anal
- JZNP001 Destruction de 10 à 50 lésions périnéales
- JZNP002 Destruction de moins de 10 lésions périnéales
- HKMA001 Plastie cutanée de la marge de l'anus
- HKQE001 Anuscopie
- HKCA004 Suture de plaie de l'anus, sans réparation du muscle sphincter externe de l'anus
- HJCD002 Suture de plaie du rectum par voie anale, sans réparation du muscle sphincter externe de l'anus

**Autres actes dont la fréquence annuelle est  $\geq$  50 actes/an :**

- FEJF003 Saignée thérapeutique
- HGQD002 Exploration de la lumière de l'intestin grêle par vidéocapsule ingérée
- HTQD002 Manométrie anorectale
- HPJB001 Évacuation d'un épanchement intrapéritonéal, par voie transcutanée
- HEQD003 Manométrie œsophagienne
- HGQE003 Entéroscopie jéjunale [Jéjunoscopie]
- HEQD002 pH-métrie œsophagienne et/ou gastrique sur 24 heures
- HFCB001 Gastrostomie, par voie transcutanée avec guidage endoscopique
- HEQH002 Radiographie œso-gastro-duodénale avec opacification par produit de contraste [Transit œso-gastro-duodénal]
- HHQH001 Radiographie du côlon avec opacification par produit de contraste
- HPHB003 Ponction d'un épanchement péritonéal, par voie transcutanée
- HGQE005 Entéroscopie iléale [Iléoscopie]
- HGQH002 Radiographie de l'intestin grêle avec ingestion de produit de contraste [Transit du grêle]
- HQQP001 Analyse informatisée de la déglutition

HLHJ003 Biopsie non ciblée du foie, par voie transcutanée avec guidage échographique

HLQM002 Mesure de l'élasticité du foie par élastographie impulsionnelle ultrasonore

HTQH002 Défécographie [Rectographie dynamique]

HJQD001 Examen du rectum sous anesthésie générale, par voie anale

HFKD001 Changement d'une sonde de gastrostomie, par voie externe sans guidage

HLHJ006 Biopsie du foie sur une cible, par voie transcutanée avec guidage échographique

HJFD001 Résection de la muqueuse rectale avec plicature hémicirconférentielle antérieure de la musculature par voie anale, avec anoplastie muqueuse postérieure

HLHB001 Biopsie du foie, par voie transcutanée sans guidage

HJFD004 Résection de la muqueuse rectale avec plicature hémicirconférentielle antérieure de la musculature, par voie anale

HEQH001 Radiographie de l'œsophage avec opacification par produit de contraste [Transit œsophagien]

HJFD002 Exérèse de tumeur du rectum, par voie anale

HLHJ004 Ponction de collection hépatique, par voie transcutanée avec guidage échographique

HGFE002 Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre de l'intestin grêle, par iléoscopie

HEAH001 Dilatation de l'œsophage, avec guidage radiologique

HGAE001 Dilatation d'une sténose iléale, par iléoscopie

HKSD001 Hémostase secondaire à un acte sur l'anus

HJHD002 Biopsie de la musculature du rectum, par voie anale

HGFE001 Exérèse d'un polype de plus de 1cm de diamètre ou de 4 polypes ou plus de l'intestin grêle, par iléoscopie

HJSD001 Hémostase secondaire à un acte sur le rectum

HJFA008 Résection circonférentielle de la muqueuse d'un prolapsus rectal et plicature de la musculature, par abord périnéal

HGSE001 Hémostase de lésion intestinale sans laser, par jéjunoscopie

QBPA001 Mise à plat d'un sinus pilonidal périnéofessier infecté

HGQE001 Entéropie jéjunale avec entéropie iléale