



ICD-10-BE

Manuel de codage

Service Public Fédéral Santé Publique,
Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement



© Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement (SPF SPSCAE). Tous droits réservés. Sauf mention contraire, l'ensemble du contenu, y compris les images et les représentations graphiques, est soumis aux droits d'auteur du SPF SPSCAE; les photographies sont cédées sous licence. Une autorisation doit être obtenue pour la reproduction de toute information, représentation graphique ou image. Une autorisation n'est pas nécessaire pour mentionner, indiquer en référence ou citer brièvement ce matériel si vous citez de manière appropriée la source de l'information. Veuillez contacter le SPF pour obtenir une autorisation. Veuillez indiquer dans votre demande la leçon et le numéro de page du contenu que vous souhaitez reproduire.

Table des matières

Chapitre	1	Fondements de la classification	1
Chapitre	2	Introduction à la classification	14
Chapitre	3	Conventions de l'ICD-10-CM	25
Chapitre	4	Enregistrement des diagnostics et procédures dans le DM-RHM	37
Chapitre	5	Le dossier patient comme document de référence	49
Chapitre	6	Etapes de base du codage ICD-10-CM	55
Chapitre	7	Règles de base du codage ICD-10-CM	64
Chapitre	8	Introduction à la classification ICD-10-PCS	82
Chapitre	9	Etapes de base du codage avec ICD-10-PCS	103
Chapitre	10	ICD-10-PCS Interventions de base dans la section médico-chirurgicale	111
Chapitre	11	Procédures ICD-10-PCS des sections « médico-chirurgicales apparentées » et des sections « auxiliaires »	132

Table des matières

Chapitre 1:.....	2
Fondements de la classification ICD-10-CM et ICD-10-PCS	2
1. Introduction.....	3
2. Développement de l'ICD-10-CM.....	4
3. Développement de l'ICD-10-PCS	4
4. Raisons du changement.....	5
5. Date d'adoption.....	5
6. Comparaison entre l'ICD-9-CM et l'ICD-10-CM	6
6.1. Structure des codes	6
6.2. Format	6
6.3. Conventions.....	8
6.4. Améliorations et modifications principales.....	8
7. Comparaison entre ICD-9-CM et ICD-10-PCS	8
7.1. Format	8
7.2. Améliorations et modifications principales.....	9
8. ICD-10-BE.....	10

Chapitre 1:

Fondements de la classification ICD-10-CM et ICD-10-PCS

APERÇU DU CHAPITRE

- L'ICD-10-CM et l'ICD-10-PCS ont été développées pour remplacer l'ICD-9-CM.
- Le passage à l'ICD-10-BE est nécessaire pour diverses raisons dont les suivantes :
 - La classification ICD-9-CM est limitée dans sa capacité d'extension pour inclure les nouvelles technologies.
 - Une fois qu'une catégorie est complète en ICD-9-CM, il n'y a pas d'autre choix que de classer différents types de diagnostics ou de procédures au sein du même code pour économiser de la place.
 - Beaucoup d'autres pays dans le monde ont déjà effectué ce passage vers l'ICD-10. Cette situation rend difficile les comparaisons entre les données de santé de la Belgique et celles du reste du monde.
- L'implémentation de l'ICD-10-CM et de l'ICD-10-PCS pourrait améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients, et permettre une plus grande adéquation du financement pour les pathologies présentées par le patient au cours de son séjour.
- Chaque application et base de données dans laquelle les procédures ou diagnostics sont introduits, stockés, analysés ou enregistrés utiliseront ce nouveau système de classification.
- L'ICD-10-CM présente beaucoup de similitudes avec l'ICD-9-CM, particulièrement en ce qui concerne le format et les conventions de la classification. La structure des codes a légèrement changé pour s'adapter à l'expansion des codes et aux améliorations de la classification.
- L'ICD-10-PCS remplace le volume 3 de l'ICD-9-CM mais il présente peu de ressemblances avec son prédécesseur.

RESULTATS DE L'APPRENTISSAGE

Après l'étude de ce chapitre, vous devrez être capable de :

Expliquer les améliorations qui font que le système ICD-10-BE est plus efficace et meilleur que le système ICD-9-CM.

Expliquer pourquoi le passage à l'ICD-10-CM et à l'ICD-10-PCS sera bénéfique.

Faire une première comparaison entre les systèmes ICD-9-CM et ICD-10-BE.

Expliquer les différences structurelles qui existent tant au niveau du système de santé qu'au niveau de l'enregistrement des données de santé entre les États-Unis et la Belgique, ainsi que leur impact sur l'enregistrement des données de santé à l'aide des classifications ICD-10-CM/PCS.

LES TERMES A CONNAITRE

ICD-10-CM

Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} révision, Modification Clinique (International Classification of Diseases, Tenth revision, Clinical modification); contient les codes des diagnostics.

ICD-10-PCS

Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} révision, Système de Classification des Procédures (International Classification of Diseases, Tenth revision, Procedure Coding System); contient les codes des procédures.

RAPPELEZ-VOUS

Les codeurs doivent comprendre les principes de base qui sous-tendent le système de classification afin d'utiliser l'ICD-10-CM et l'ICD-10-PCS de manière appropriée et efficace.

1. INTRODUCTION

La Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} révision, Modification Clinique (ICD-10-CM) et la Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} révision, Système de Classification des Procédures (ICD-10-PCS) ont été développées pour remplacer l'ICD-9-CM. L'ICD-10-CM est la modification clinique de la classification ICD-10 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). L'ICD-10-CM comprend les codes des diagnostics tandis que l'ICD-10-PCS reprend ceux des procédures. La Modification Clinique étend les codes ICD-10 afin de permettre un codage plus précis des diagnostics cliniques. L'ICD-10-PCS est une classification des procédures et des opérations développée pour les USA; elle ne fait pas partie de la classification de l'OMS.

Une classification est un agencement d'éléments par groupes selon des critères établis. Dans l'ICD-10-CM et l'ICD-10-PCS, ces éléments sont les maladies, les traumatismes, les opérations chirurgicales et les procédures qui sont regroupés de manière appropriée en chapitres et sections. Dans l'ICD-10-CM, on utilise des catégories à 3 caractères et dans l'ICD-10-PCS des codes à 7 caractères. Ces groupes constituent la base commune de la classification afin de disposer de données statistiques générales médicales. Ils aident à répondre à des questions portant sur des groupes de causes apparentées et permettent un classement systématique, un archivage et une sélection de données liées aux pathologies. Chaque code alphanumérique représente une unité de comptage dont la catégorie à 3 chiffres forme la base du classement des données. Dans l'ICD-10-CM, un grand nombre de catégories de maladies et de traumatismes ont été étendues via des 4, 5, ou 6ème caractères afin d'apporter des spécificités complémentaires mais gardent la possibilité d'être réduites à la catégorie de 3 caractères. De plus, dans l'ICD-10-CM, certaines catégories utilisent même un 7ème caractère pour fournir des informations complémentaires concernant le contact.

ICD-10-CM et ICD-10-PCS sont des systèmes de classification fermés qui fournissent une et une seule place pour classer chaque affection et chaque procédure. Malgré le grand nombre d'affections différentes à classer, le système doit être de taille limitée afin de rester utilisable. C'est ainsi que certaines affections rares ou de moindre importance sont souvent regroupées dans des codes résiduels intitulés "autres" (other) ou "non classés ailleurs" (not elsewhere classified). En outre, une catégorie résiduelle finale est prévue pour coder les diagnostics qui ne sont pas mentionnés de façon suffisamment spécifique pour permettre de les classer plus précisément. Parfois ces 2 groupes résiduels sont combinés en un seul code.

Les codeurs doivent comprendre les principes de base qui sous-tendent le système de classification afin d'utiliser ICD-10-CM et ICD-10-PCS de manière appropriée et efficace. Cette connaissance est également élémentaire pour comprendre et appliquer les conseils officiels de codage publiés par le SPF (Service Public Fédéral) SPSCAE (Santé publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire). Il est important que les codeurs de toutes les institutions de soins se tiennent au courant des Directives Officielles de Codage et d'Enregistrement d'ICD-10-CM et ICD-10-PCS publiées par le SPF Santé Publique. Ces directives officielles belges sont basées sur les directives et recommandations développées par le comité de rédaction des "Coding Clinic" et approuvées par les 4 parties de la coopération, à savoir l' "American Hospital Association", l' "American Health Information Management Association", les "Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)" et le "National Center for Health Statistics (NCHS)", en tenant compte des spécificités propres à l'organisation du système de soins en Belgique lorsque celle-ci diffère de celle des USA.

Les premiers conseils de codage d'ICD-10-CM et d'ICD-10-PCS ont été publiés aux USA , dans la publication des « Coding Clinic » de l'ICD-9-CM du 4^e trimestre 2012.

2. DEVELOPPEMENT DE L'ICD-10-CM

L'ICD-10 a été publié par l'OMS en 1993. En 1994, le NCHS, une agence fédérale américaine dépendant du "Centers for Disease Control and Prevention", a déterminé qu'une modification clinique de l'ICD-10 devait apporter une plus-value pour les USA. Il était nécessaire d'inclure les pathologies émergentes et les connaissances médicales plus récentes, ainsi que des nouveaux concepts et d'étendre la distinction entre soins ambulatoires et soins planifiés. En réponse, l'OMS a autorisé le développement de l'adaptation de l'ICD-10 pour son utilisation aux USA. Toutes les modifications apportées à l'ICD-10 doivent cependant être conformes aux conventions de l'OMS pour l'ICD. L'ICD-10 contient uniquement des codes de diagnostics. L'ICD-10-CM a été développé sous la direction du NCHS en remplacement des volumes 1 et 2 de l'ICD-9-CM (codes diagnostiques).

L'ICD-10-CM fait partie du domaine public. Cependant, ni les codes, ni leurs intitulés ne peuvent être modifiés excepté au travers du "Processus de Coordination et de Maintenance" qui est supervisé conjointement par le NCHS et le CMS. L'ICD-10-CM comporte 21 chapitres recouvrant environ 69.000 codes. La classification des causes externes de traumatisme et d'empoisonnement ainsi que la classification des facteurs influençant l'état de santé et les contacts avec les services de santé sont incorporés dans l'ICD-10-CM.

3. DEVELOPPEMENT DE L'ICD-10-PCS

En 1992, l'US "Health Care Financing Administration (HCFA, maintenant CMS)" a financé un projet préliminaire de remplacement du volume 3 de l'ICD-9-CM. En 1995, l'HCFA a adjugé un contrat de 3 ans à "3M Health Information Systems (3M HIS)" pour développer un système alternatif de classification des procédures. Ce nouveau système a été appelé ICD-10 Procedure Coding System (ICD-10-PCS). Le premier brouillon du système a été finalisé lors de la première année du contrat conclu avec 3M. La seconde année était dévolue à la révision externe et à des tests informels limités, tandis que les évaluations et tests indépendants et formels ont été réalisés au cours de la troisième année. L'ICD-10-PCS a été achevé en 1998 et a été mis à jour annuellement par 3M depuis lors. L'objectif de ces révisions est de rester à jour par rapport aux nouvelles technologies médicales et aux besoins du codage. Les 4 objectifs principaux du développement de l'ICD-10-PCS étaient:

- Le caractère complet : toutes les interventions substantiellement différentes doivent avoir un code unique ;
- Le caractère extensible : la structure d'ICD-10-PCS doit permettre l'ajout aisé de codes uniques quand de nouvelles interventions sont développées ;
- La structure multiaxiale: la structure d'ICD-10-PCS doit être multiaxiale; chaque caractère d'un code doit avoir la même signification au sein d'une section spécifique de procédures, et d'une section de procédures à l'autre, si possible ;
- Une méthodologie standardisée : ICD-10-PCS doit comprendre des définitions uniques des termes utilisés, et chaque terme doit avoir une signification spécifique.

Les principes qui ont guidé le développement de l'ICD-10-PCS sont les suivants:

- L'information diagnostique n'est pas incluse dans la description de l'intervention.
- L'option " not otherwise specified (NOS)" (non spécifié autrement) n'est pas proposée explicitement.
- L'option " Not elsewhere classified (NEC)" (non classé ailleurs) est proposée de manière limitée.
- Toutes les procédures possibles sont définies, sans tenir compte de leur fréquence d'apparition. Si une procédure peut potentiellement être réalisée, un code sera créé.

Les 16 sections d'ICD-10-PCS comptent quasiment 72.000 codes. L'ICD-10-PCS utilise une structure tabulaire qui permet la spécification d'un grand nombre de codes visible dans un tableau sur une seule page.

4. RAISONS DU CHANGEMENT

L'ICD-9-CM est utilisé aux USA depuis 1979 et en Belgique depuis 1990. Beaucoup d'améliorations de la pratique médicale et des technologies sont apparues depuis la première utilisation de l'ICD-9-CM. Bien que l'ICD-9-CM soit mis à jour régulièrement, la classification est limitée dans ses possibilités d'extension numérique du fait des contraintes physiques de numérotation du système actuel. Certaines catégories contiennent des codes vagues et imprécis. Ce manque de spécificité crée des problèmes tels que l'incapacité à collecter des données exactes sur les nouvelles technologies, un manque de données de qualité pour mesurer les résultats des soins et un manque de précision dans certains cas au sein du système de financement de séjours hospitaliers.

Au cours des années, beaucoup des catégories de l'ICD-9-CM sont devenues complètes, rendant difficile la création de nouveaux codes. Une fois qu'une catégorie est complète, plusieurs types de diagnostics ou procédures similaires sont regroupés sous un même code, ou une place est trouvée pour le nouveau code dans une autre section de la classification. Du fait du manque de place dans la classification, un certain nombre de procédures concernant des régions anatomiques distinctes et requérant l'utilisation de ressources largement différentes peuvent être regroupées sous le même code d'intervention. L'intégrité structurelle de la classification ICD-9-CM des procédures a déjà été mise à mal avec l'ajout de nouveaux codes dans les chapitres "00" et "17" quand il n'a pas été possible de créer de nouveaux codes dans le système anatomique approprié. Plus important encore, de nombreux pays ont déjà adopté l'ICD-10, rendant les comparaisons des données de santé belges aux données internationales difficiles. Jusqu'à présent, 138 pays utilisent l'ICD-10 pour la déclaration de la mortalité et plus de 100 pays pour rapporter la morbidité. Chaque pays a développé son propre système de classification des procédures.

5. DATE D'ADOPTION

Le Département Américain de la Santé et des Services Humains (HHS) a adopté ICD-10-CM et ICD-10-PCS pour coder les données médicales lors des transactions standards dans le "Health Insurance Portability and Accountability Act", remplaçant les volumes 1 et 2 d'ICD-9-CM pour les diagnostics et le volume 3 pour les procédures, y compris les règles de codage officielles.

Aux Etats-Unis, les codes ICD-10-PCS sont utilisés uniquement pour le codage des procédures des patients hospitalisés avec nuitée (= hospitalisation classique en Belgique). Les procédures réalisées tant en consultation qu'en hôpital de jour sont codées aux Etats-Unis à l'aide des codes CPT ou HCPCS.

L'adoption complète de l'ICD10 est attendue aux USA pour les données concernant les contacts et les sorties ayant lieu à partir du 1er octobre 2015 (FY2016). En Belgique, l'entrée en vigueur de la classification ICD-10-BE (ICD-10-CM pour l'enregistrement des diagnostics et ICD-10-PCS pour l'enregistrement des procédures) a été fixée au 1er janvier 2015.

Un grand nombre de fournisseurs, de bases de données et d'applications seront affectés par le passage à ICD-10-BE; en fait cela concernera chaque application dans laquelle des codes de diagnostics ou de procédures sont saisis, archivés, analysés et enregistrés. Effectuer la transition vers ICD-10-CM et ICD-10-PCS avec succès requiert une planification et une coordination soigneuses des ressources. Il est nécessaire que les codeurs professionnels des informations de santé deviennent rapidement compétents dans le nouveau système. Ce changement est bienvenu et il était plus que temps qu'il survienne car l'ICD-9-CM ne pouvait plus répondre aux demandes croissantes de plus grande granularité et spécificité dans le système de codage hospitalier.

Exercice 1.1

Sans vous référer au manuel ni aux livres ICD-10-CM ou ICD-10-PCS, indiquez si les affirmations suivantes sont vraies ou fausses.

1. L'ICD-10-CM comprend les codes des diagnostics et des procédures.
2. La date d'adoption d'ICD-10-CM et ICD-10-PCS en Belgique est le 1er janvier 2015.
3. Des catégories à 3 caractères sont utilisées en ICD-10-CM et des codes à 7 caractères dans l'ICD-10-PCS.
4. ICD-10-CM et ICD-10-PCS ont toutes deux été développées par l'OMS.
5. Les classifications ICD-10-CM et ICD-10-PCS ont été développées car l'ICD-9-CM était devenu dépassé et comprenait des contraintes physiques numériques.

6. COMPARAISON ENTRE L'ICD-9-CM ET L'ICD-10-CM

L'ICD-10-CM présente beaucoup de similitudes avec l'ICD-9-CM, particulièrement en ce qui concerne le format et les conventions de la classification. La structure des codes a légèrement changé pour s'adapter à l'expansion des codes et aux améliorations de la classification.

6.1. Structure des codes

Le tableau 1.1 montre les différences principales entre la structure des codes des systèmes ICD-9-CM et ICD-10-CM. La figure 1.1 montre la différence de structure des codes entre ICD-9-CM et ICD-10-CM pour un même diagnostic : une fracture cervicale fermée.

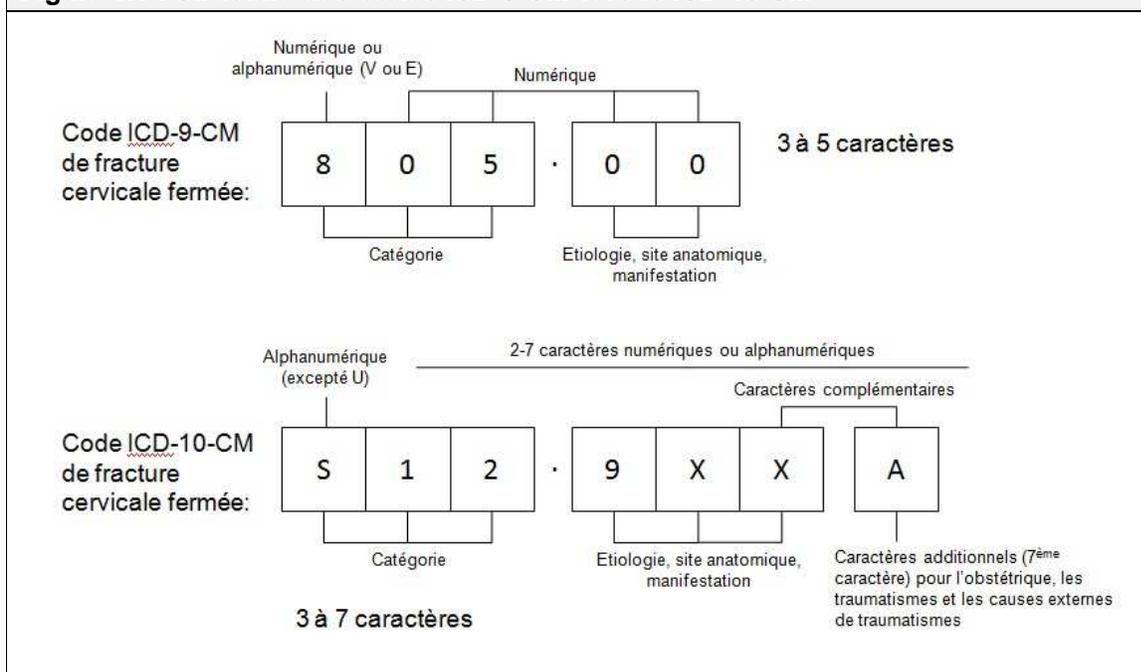
6.2. Format

La partie "diagnostic" de l'ICD-10-CM tout comme celle de l'ICD-9-CM, est divisée en un Index Alphabétique et une Liste Systématique.

L'index alphabétique est divisé en 2 sections : l'Index des Maladies et des Traumatismes (Index to Diseases and Injuries) et l'Index des Causes Externes (Index to External Causes). Il existe également un Tableau des Néoplasmes et une Table des Médicaments et Produits chimiques. Cependant, à l'inverse de l'ICD-9-CM, l'ICD-10-CM ne comporte pas de "Tableau de l'Hypertension". En général, les 2 systèmes utilisent le même processus d'indentation et les mêmes règles d'alphabetisation. L'index alphabétique de l'ICD-10-CM a introduit une nouvelle caractéristique qui n'existait pas dans l'ICD-9-CM: l'utilisation du tiret (-), à la fin d'une entrée dans l'index alphabétique, pour indiquer qu'un ou des caractère(s) additionnel(s) est (sont) requis.

Tableau 1.1 Différences principales entre l'ICD-9-CM et l'ICD-10-CM		
Caractéristique	ICD-9-CM	ICD-10-CM
Nombre minimum de chiffres/caractères	3	3
Nombre maximum de chiffres/caractères	5	7
Nombre de chapitres	17	21
Classifications supplémentaires	Codes V et Codes E	Aucune, tout est inclus dans la classification
Latéralité (gauche versus droit)	Non	Oui
Alphanumérique versus numérique	Numérique, excepté pour les codes V et E	Alphanumérique. Tous les codes débutent par un caractère alphabétique et certains codes possèdent un 7eme caractère alphabétique
Notes d'exclusion	Oui	Exclusion de type 1 Exclusion de type 2
Caractères substitutifs	Non	Oui : "X"

Figure 1.1 : Structure des codes ICD-9-CM versus ICD-10-CM



6.3. Conventions

L'ICD-10-CM a conservé certaines conventions déjà familières aux utilisateurs de l'ICD-9-CM, comme les notes d'instruction, les abréviations, les références croisées (« see »), les marques de ponctuation et les termes relationnels (par ex. "et"). Un des changements les plus significatifs de l'ICD-10-CM est la clarification des notes d'exclusion. L'ICD-9-CM ne met à disposition qu'un seul type de note d'exclusion tandis que l'ICD-10-CM contient 2 types de notes d'exclusion, chacune ayant un usage distinct.

Les deux indiquent que les codes exclus sont distincts l'un de l'autre. Les conventions de l'ICD-10-CM sont présentées dans le Chapitre 3 "Conventions de l'ICD-10-CM" de ce manuel.

6.4. Améliorations et modifications principales

L'ICD-10-CM comporte les améliorations et modifications principales suivantes par rapport à l'ICD-9-CM:

- Des améliorations significatives en ce qui concerne le codage des diagnostics, des causes externes de traumatismes, ...
- L'inclusion de codes concernant les avancées médicales qui sont survenues depuis la dernière révision.
- Des codes apportant plus de détails sur les situations socio-économiques, les relations familiales, les affections traitées en soins ambulatoires, les problèmes liés au style de vie et les résultats des tests de dépistage.
- Plus d'espace pour s'adapter aux extensions futures (structure alphanumérique).
- De nouvelles catégories pour les troubles survenant après une procédure.
- L'ajout de la latéralité, précisant quel organe ou quelle partie du corps est impliquée quand la localisation peut être droite, gauche ou bilatérale.
- Plus de distinctions pour le codage des contacts pour les soins ambulatoires et pour les programmes de soins.
- L'extension des codes de diabète et de traumatisme.
- La création de codes combinés « diagnostic/symptôme » afin de réduire le nombre de codes nécessaires pour décrire complètement une affection.
- Une plus grande spécificité dans l'attribution des codes.
- L'inclusion de l'information à propos du trimestre dans certains codes de grossesse.

7. COMPARAISON ENTRE ICD-9-CM ET ICD-10-PCS

L'ICD-10-PCS remplace le volume 3 de l'ICD-9-CM mais présente peu de ressemblance avec son prédécesseur. Le tableau 1.2 montre les différences principales entre ICD-9-CM et ICD-10-PCS au niveau de la structure des codes et des conventions. La figure 1.2 montre la différence au niveau de la structure du code entre ICD-9-CM et ICD-10-PCS pour la même procédure : la cholécystectomie laparoscopique.

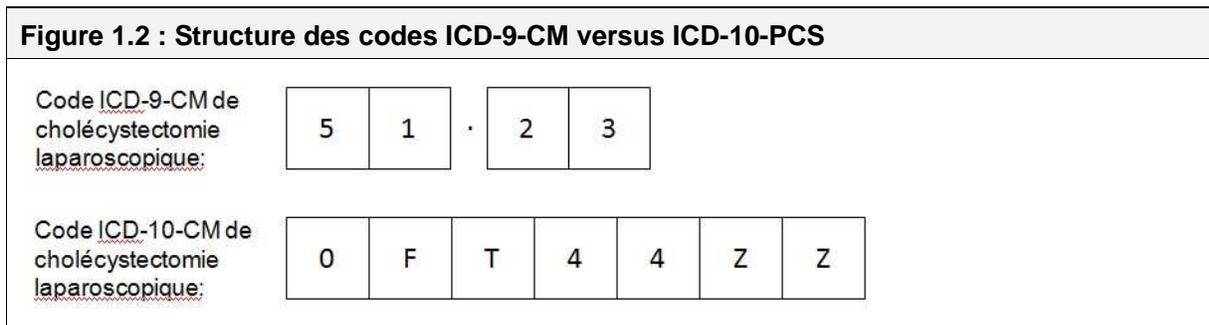
7.1. Format

Le volume 3 de l'ICD-9-CM (les procédures) est divisé en un index alphabétique et une liste systématique. L'index alphabétique et la liste systématique ont un format similaire à celui des codes diagnostiques de l'ICD-9-CM.

L'ICD-10-PCS se compose de trois parties: l'Index alphabétique, les Tableaux et une liste des codes.

La liste complète des codes ICD-10-PCS ainsi que celle de leurs libellés est disponible sur le site du SPF Santé publique dans la section ICD10 (Systèmes d'enregistrement / ICD-10-BE / Publications). Les termes d'entrée principaux pour les interventions peuvent être localisés dans l'Index par ordre alphabétique. Contrairement à l'ICD-9-CM, l'index alphabétique de l'ICD-10-PCS ne fournit généralement pas un code complet (à quelques exceptions près) mais il conduit le codeur au Tableau correct en précisant les 3 ou 4 premiers caractères du code. Les Tableaux de l'ICD-10-PCS sont composés de grilles qui identifient les combinaisons valides de caractères qui constituent un code de procédure.

Tableau 1.2 Différences principales entre l'ICD-9-CM et l'ICD-10-PCS		
Caractéristique	ICD-9-CM	ICD-10-CM
Nombre minimum de chiffres/caractères	3	7
Nombre maximum de chiffres/caractères	4	7
Point décimal	Oui	Non
Alphanumérique ou numérique	Numérique	Alphanumérique
Notes d'inclusion	Oui	Non
Notes d'exclusion	Oui	Non
Signification intégrée dans les caractères	Non	Oui, structure multiaxiale, dans laquelle chaque caractère du code a la même signification au sein d'une section précise des procédures et si possible d'une section à l'autre des procédures



7.2. Améliorations et modifications principales

L'ICD-10-PCS comporte les améliorations et modifications principales suivantes par rapport à l'ICD-9-CM:

- Reflète l'utilisation de la terminologie et des appareils médicaux actuels.
- Est flexible pour l'ajout de nouveaux codes.
- Est très spécifique.
- Dispose de la latéralité.
- Fournit des descriptions détaillées des parties du corps.
- Fournit des descriptions détaillées de la méthodologie et de la voie d'abord des procédures.
- Définit avec précision les procédures avec des détails concernant la partie du corps, la voie d'abord, le dispositif utilisé et le qualificatif.
- Donne une définition unique à chaque code.
- Offre la possibilité de classer les codes en fonction des composants essentiels d'une procédure.
- Permet d'incorporer facilement de nouvelles procédures et technologies.

- Garantit que l'extension des codes ne perturbe pas la structure du système.
- Fait un usage limité des catégories NOS et NEC.
- Garantit que toute la terminologie est définie précisément et utilisée de manière cohérente au travers de tous les codes.
- N'inclut pas d'information diagnostique dans le code.

8. ICD-10-BE

Bien que la Belgique ait fait le choix d'utiliser, comme les USA, les systèmes de classification ICD-10-CM et ICD-10-PCS, l'application stricte des Directives Officielles de Codage éditées par le NCHS/AHA n'est pas toujours possible en Belgique, en raison des différences structurelles qui existent dans l'organisation du système de santé entre les deux pays.

Les principales différences entre les systèmes de soins belges et américains ayant un impact sur l'enregistrement des données de santé à l'aide des classifications ICD-10-CM et ICD-10-PCS sont les suivantes:

- En Belgique, le contact aux urgences qui donne lieu à l'admission dans le séjour fait partie de celui-ci. Tout diagnostic ou acte pertinent pour le séjour qui est posé aux urgences fait donc partie de l'enregistrement des données du séjour, ce qui n'est pas le cas aux USA.
- En Belgique, lorsqu'un patient est admis via le SMUR/PIT, ce dernier est considéré comme un poste avancé des urgences. Tout diagnostic ou acte pertinent pour le séjour posé par le SMUR/PIT fait donc partie de l'enregistrement des données du séjour, au même titre que les diagnostics et actes posés aux urgences.
- Aux Etats-Unis, les données du séjour sont enregistrées en un seul bloc, peu importe les transferts internes entre unités de soins subis par le patient pendant son hospitalisation. En Belgique, le RHM impose dans un certain nombre de cas un enregistrement séparé par spécialités au sein d'un même séjour (voir Directives d'enregistrement RHM, domaine 3 (A), STAYSPEC (A3)). Le fait d'enregistrer plusieurs spécialités au sein d'un séjour unique implique de fait l'existence de diagnostic principaux "multiples" pour ce séjour (un par spécialité). Or il est impératif de désigner UN SEUL diagnostic principal pour le séjour. C'est pourquoi la notion de "Diagnostic d'Admission Vérifié (DAV)" du séjour a été introduite en Belgique, en complément de la notion de diagnostic principal (cf. directives d'enregistrement RHM).
- Aux Etats-Unis, la notion d' "Inpatient" et les règles qui y sont associées (sections I, II et III des Directives Officielles de Codage de l'ICD-10-CM; codage des procédures à l'aide de la classification ICD-10-PCS) ne s'appliquent qu'aux séjours avec nuitée (hospitalisation classique). Tandis que les séjours d'hôpital de jour sont soumis à un mode d'enregistrement similaire à celui des consultations ambulatoires (règles "Outpatient" de la Section IV des Directives Officielles de Codage de l'ICD-10-CM; utilisation des classifications CPT ou HSPCS pour les procédures) et font l'objet d'un groupage distinct. En Belgique, à l'inverse des Etats-Unis, les hospitalisations de jour sont soumises aux mêmes règles de codage que les séjours d'hospitalisation classique et traitées par le même programme de groupage.

Ces différences fondamentales dans l'organisation des soins de santé et l'enregistrement des données des séjours doivent toujours être prises en considération lorsque le codeur consulte ou se réfère à des sources d'information concernant le codage ICD-10-CM/ICD-10-PCS (livres de référence, Directives Officielles de Codage publiées par le NCHS, AHA coding clinics, logiciels d'aide au codage...) autres que celles fournies par le SPF SPSCAE et/ou lorsque des données belges sont comparées à des données de santé provenant d'autres pays. **Le présent manuel est l'unique référence officielle de codage ICD-10-BE en Belgique.**

Le système de codage ICD-10-BE ne se résume donc pas à une adoption stricte des systèmes de codage ICD-10-CM et ICD-10-PCS tels qu'ils ont été créés aux USA. Les différences fondamentales principales entre les systèmes de soins de santé des deux pays, ainsi que leurs conséquences sur l'utilisation de l'ICD-10-CM/ICD-10-PCS sont résumées dans le tableau suivant:

	Etats-Unis	Belgique
Admission via le SMUR/PIT	Les diagnostics posés et les procédures réalisées par le SMUR/PIT ne font pas partie de l'enregistrement de l'Uniform Hospital Discharge Data Set (UHDDS) du séjour.	Les diagnostics posés et les procédures réalisées par le SMUR/PIT qui répondent aux directives de codage RHM sont compris dans l'enregistrement RHM du séjour.
Admission via les urgences	Les diagnostics posés et les procédures réalisées aux urgences ne font pas partie de l'enregistrement UHDDS du séjour.	Les diagnostics posés et les procédures réalisées aux urgences qui répondent aux directives de codage RHM sont compris dans l'enregistrement RHM du séjour.
Diagnostic principal	Il n'existe qu'un seul diagnostic principal pour l'ensemble du séjour.	Lorsque plusieurs spécialités sont enregistrées, il existe un diagnostic principal par spécialité. Les règles définissant le diagnostic principal retenu pour l'ensemble du séjour après concaténation sont définies au niveau des directives d'enregistrement RHM.
Diagnostic d'admission vérifié (DAV)	N'existe pas aux USA.	Pour la définition du diagnostic d'admission vérifié, voir directives d'enregistrement RHM domaine 3 ainsi que le chapitre 4 de ce manuel.
Diagnostic d'admission (admitting diagnose)	Ne fait pas partie de l'UHDDS mais est rapporté pour certains financements aux USA.	N'existe pas en Belgique.
Enregistrement des diagnostics en hospitalisation avec nuitée	Système de codage ICD-10-CM. Soumis aux directives de codage des sections I à III "Inpatient" des "ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting".	Système de codage ICD-10-BE. Soumis aux directives de codage de l'ICD-10-BE.
Enregistrement des procédures en hospitalisation avec nuitée	Système de codage ICD-10-PCS.	Système de codage ICD-10-BE.

Enregistrement des diagnostics en hospitalisation de jour	Soumis aux directives de codage de la section IV "Outpatient" des "ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting".	Soumis aux mêmes directives de codage ICD-10-BE que les hospitalisations avec nuitée.
Enregistrement des procédures en hospitalisation de jour	Système de codage CPT ou HSPCS.	Système de codage ICD-10-BE.
Procédure principale	L'UHDDS demande la désignation par le codeur d'une procédure principale pour le séjour.	Dans le RHM, le codeur ne doit pas désigner de procédure principale pour le séjour.

Les différences plus spécifiques entre les directives de codage de l'ICD-10-CM/PCS aux Etats Unis et les **directives de codage** de l'ICD-10-BE seront traitées en détail dans les chapitres concernés.

En résumé:

Le terme "ICD-10-BE" désigne **l'usage combiné des codes des classifications ICD-10-CM et ICD-10-PCS** dans le cadre de l'enregistrement des données RHM en Belgique.

Les **codes** ICD-10-CM/PCS en usage en Belgique sous l'appellation "ICD-10-BE" sont **strictement identiques** à ceux utilisés aux USA.

La **version** des codes ICD-10-CM/PCS qui sera d'application **pour l'enregistrement des RHM 2015 et 2016** est la version "**FY2014**" du système de classification. Celle-ci est disponible en format électronique sur la page ICD-10-BE du site web du SPF SPSCAE et également accessible de façon dynamique via l'outil d'aide au codage mis à votre disposition par le SPF SPSCAE à l'adresse <http://icd10be.health.belgium.be>.

Seules certaines des **directives de codage** publiées aux Etats-Unis ne sont pas d'application ou ont du être précisées pour correspondre aux contraintes spécifiques du système de santé Belge et aux directives d'enregistrement du RHM. Ces différences sont traitées en détail dans les chapitres concernés de ce manuel.

Le présent manuel est l'unique référence officielle de codage ICD-10-BE en Belgique.

Solutions des exercices

Exercice 1.1

Sans vous référer au manuel ni aux livres ICD-10-CM ou ICD-10-PCS, indiquez si les affirmations suivantes sont vraies ou fausses.

1. L'ICD-10-CM comprend les codes des diagnostics et des procédures.	F
2. La date d'adoption d'ICD-10-CM et ICD-10-PCS en Belgique est le 1er janvier 2015.	V
3. Des catégories à 3 caractères sont utilisées en ICD-10-CM et des codes à 7 caractères dans l'ICD-10-PCS.	V
4. ICD-10-CM et ICD-10-PCS ont toutes deux été développées par l'OMS.	F
5. Les classifications ICD-10-CM et ICD-10-PCS ont été développées car l'ICD-9-CM était devenu dépassé et comprenait des contraintes physiques numériques.	V

Table des matières

Chapitre 2:	15
Introduction à la classification ICD-10-CM	15
1. Introduction	16
2. Format.....	16
3. Liste systématique des maladies et des traumatismes	16
4. Structure des codes ICD-10-CM	16
5. Caractère substitutif	17
6. Index alphabétique	18
7. Règles de l'index alphabétique.....	21
8. Entrées numériques.....	21
9. Mots de liaison	21
10. Tableaux de l'index alphabétique	23

APERÇU DU CHAPITRE

- L'ICD-10-CM est un système de classification des diagnostics médicaux.
- Le volume 1 est la Liste Systématique des Maladies et des Traumatismes.
 - Il contient des codes à 3, 4, 5, 6, et/ou 7 caractères.
 - Les codes apparaissent par ordre alphanumérique.
- Le volume 2 est l'Index Alphabétique des Maladies et des Traumatismes. Les indentations trouvées dans ce volume suivent un modèle :
 - Les termes principaux sont attenants à la marge gauche.
 - Les sous-termes sont indentés. Plus le sous-terme est précis, plus l'indentation est en retrait.
 - Le retour de ligne se trouve en retrait de 2 positions par rapport à l'indentation précédente.
 - Il existe également des règles alphabétiques strictes.

RESULTATS DE L'APPRENTISSAGE

Après l'étude de ce chapitre, vous devrez être capable de :

Expliquer les principes de base du système de classification médicale ICD-10-CM.

Montrer que vous avez compris les subdivisions en 3, 4, 5, 6, et 7 caractères.

Expliquer les règles alphabétiques et les modèles d'indentation.

LES TERMES A CONNAITRE

ICD-10-CM

International Classification of Diseases, Tenth revision, Clinical modification; un système de classification médicale utilisé pour la collecte d'informations concernant les maladies et les traumatismes.

1. INTRODUCTION

L'ICD-10-CM présente beaucoup de similitudes avec l'ICD-9-CM, particulièrement en ce qui concerne le format et les conventions de la classification. La structure des codes a été légèrement modifiée pour permettre l'extension des codes et l'apport d'améliorations à la classification.

2. FORMAT

L'ICD-10-CM est divisé en liste systématique et index alphabétique. La liste systématique est la liste alphanumérique des codes divisée en chapitres sur base du système anatomique ou de l'affection. L'index alphabétique est une liste alphabétique de termes suivis du code correspondant.

3. LISTE SYSTEMATIQUE DES MALADIES ET DES TRAUMATISMES

Dans la liste systématique des maladies et des traumatismes, la classification principale comporte 21 chapitres. Environ la moitié des chapitres sont dévolus à des affections qui touchent un système anatomique spécifique; les autres chapitres classent les affections en fonction de leur étiologie. Par exemple, le chapitre 2 classe les néoplasmes de tous les systèmes anatomiques, tandis que le chapitre 10 traite uniquement des pathologies du système respiratoire.

A côté de cela, les codes Z représentent les facteurs influençant l'état de santé et les contacts avec les services de santé qui peuvent être enregistrés comme des diagnostics. Les codes V, W, X et Y sont utilisés pour indiquer les circonstances extérieures responsables des traumatismes ou de certaines autres affections. Les codes V, W, X, Y et Z seront discutés brièvement au chapitre 12 de ce manuel et de façon plus détaillée dans les chapitres traitant des affections pour lesquelles ils sont d'application.

La diversité des titres des chapitres mentionnés dans la table des matières de l'ICD-10-CM représente les compromis qui ont été effectués au cours du développement d'un système de classification statistique basé en partie sur l'étiologie, en partie sur le site anatomique et en partie sur les circonstances d'apparition. Il en résulte un système de classification multi-axial. Par opposition, une classification mono-axiale reposerait entièrement sur l'étiologie de la maladie, sur le site anatomique de la maladie ou sur la nature du processus pathologique.

Dans la liste systématique, les codes apparaissent par ordre alphanumérique. L'index alphabétique renvoie à la liste systématique, via le code et non via le numéro de page. Les codes et leurs intitulés apparaissent en gras dans la liste systématique. La liste systématique comprend également les notes d'instruction qui s'appliquent à la section, à la catégorie ou à la sous-catégorie.

4. STRUCTURE DES CODES ICD-10-CM

Tous les codes ICD-10-CM ont une structure alphanumérique commençant toujours par un caractère alphabétique. La structure de base d'un code consiste en 3 caractères. Un point décimal sépare les trois caractères de base identifiant la catégorie de ses sous-catégories et sous-classifications (par exemple **L98.491**). La plupart des codes ICD-10-CM possède un maximum de six caractères, quelques catégories ont cependant une extension à un 7^{ème} caractère.

Chaque chapitre de la classification principale est organisé selon la logique suivante :

- Un chapitre est composé de plusieurs sections ou "blocs" qui sont des groupes de catégories à 3 caractères.
- Chaque section est subdivisée en plusieurs catégories qui sont chacune une suite alphanumérique de 3 caractères.
- Certaines catégories sont subdivisées en sous-catégories, qui sont des suites alphanumériques de 4 caractères.
- Certaines sous-catégories à 4 caractères sont elles-mêmes subdivisées en nouvelles sous-catégories constituées cette fois de 5 caractères alphanumériques.
- Certaines sous-catégories à 5 caractères sont elles-mêmes subdivisées en codes constitués de 6 caractères alphanumériques.
- A noter que certaines catégories, sous-catégories et certains codes possèdent un 7^{ème} caractère additionnel obligatoire.

La liste systématique de l'ICD-10-CM contient donc des catégories, des sous-catégories et des codes (voir tableau 2.1). Les caractères des catégories, sous-catégories et des codes peuvent être soit des lettres, soit des chiffres. Le code de base pour classer une maladie ou un traumatisme particulier comprend 3 caractères et est appelé une catégorie (par exemple, K29 "Gastritis and duodenitis"). Toutes les catégories possèdent 3 caractères. Les sous-catégories possèdent 4 ou 5 caractères.

Le niveau final de subdivision est un code. Une catégorie à 3 caractères qui n'a pas de subdivision complémentaire est équivalente à un code (ex: H42). Une sous-catégorie qui n'a pas de subdivision complémentaire est équivalente à un code (ex: H40.9, H40.89). Un code pour lequel un 7^{ème} caractère est d'application est considéré comme non valide s'il ne comporte pas le 7^{ème} caractère (ex: H40.2210) et le 7^{ème} caractère doit toujours être en 7^{ème} position dans le code (ex: H40.40X0)(voir paragraphe 5). Seuls les codes complets peuvent être enregistrés.

Tableau 2.1 : Illustration de la structure des codes de l'ICD-10-CM						
Dans l'exemple ci-dessous, les séries de caractères alphanumériques qui constituent des codes ICD-10-CM valides sont représentées en <i>Italique</i> . Les cases en gris contiennent des séries alphanumériques qui ne peuvent être enregistrées comme codes ICD-10-CM valides.						
Chapitre	Section (blocs)	Catégorie	Sous-catégorie à 4 caractères	Sous-catégorie à 5 caractères	Code à 6 caractères	Code à 7 caractères
7	H40-H42	H40	H40.8	H40.81	<i>H40.811</i>	-
		H40	H40.8	<i>H40.89</i>	-	-
		H40	<i>H40.9</i>	-	-	-
		<i>H42</i>	-	-	-	-
		H40	H40.2	H40.22	H40.221	<i>H40.2210</i>
		H40	H40.4	H40.40	-	<i>H40.40X0</i>

5. CARACTERE SUBSTITUTIF

Pour certains codes, l'ICD-10-CM utilise la lettre "X" comme caractère substitutif pour permettre des expansions futures. On rencontre des exemples de ceci dans les codes d'empoisonnement, de réaction secondaire, de sous-dosage (T36-T50) et d'effets toxiques (T51 à T65).

Dans ces catégories, le 6^{ème} caractère représente l'intention: accidentel, intentionnel auto-infligé, agression, indéterminé, réaction secondaire, ou sous-dosage. Lorsqu'un caractère substitutif existe, le "X" doit être utilisé pour que le code soit considéré comme un code valide.

Par exemple, lorsque le 6^{ème} caractère "1" représente "accidentel" et "2" représente "intentionnel auto-infligé" :

T37.5X1	Poisoning by antiviral drugs, accidental (unintentional)
T37.5X2	Poisoning by antiviral drugs, intentional self-harm
T52.0X1	Toxic effect of petroleum products, accidental (unintentional)
T52.0X2	Toxic effect of petroleum products, intentional self-harm

Certaines catégories possèdent un 7^{ème} caractère. Si dans une catégorie, une extension à un 7^{ème} caractère est d'application, celle-ci est requise pour tous les codes de la catégorie tel que mentionné dans les notes d'instruction de la liste systématique. Le 7^{ème} caractère doit toujours être le 7^{ème} caractère de ces codes. Si le code n'est pas un code complet à 6 caractères, un caractère substitutif 'X' doit être utilisé pour compléter les caractères manquants lorsqu'un 7^{ème} est requis. Des extensions à un 7^{ème} caractère peuvent être rencontrées dans le Chapitre 19 "Injury, Poisoning and Certain Other Consequences of External Causes" (S00-T88) du livre des codes de l'ICD-10-CM.

L'extrait de la liste systématique ci-dessous montre un exemple d'utilisation du caractère substitutif "X" et d'une extension à un 7^{ème} caractère:

T16 Foreign body in ear

Includes : foreign body in auditory canal

The appropriate 7th character is to be added to each code from category T16

A	initial encounter
D	subsequent encounter
S	sequela

T16.1 Foreign body in right ear

T16.2 Foreign body in left ear

T16.9 Foreign body in ear, unspecified ear

Un enfant se présente aux urgences avec un haricot dans l'oreille droite. La mère a amené l'enfant car elle n'a pas été capable d'enlever le haricot à la maison. Ce contact doit être codé T16.1XXA. La liste systématique montre que la sous-catégorie T16.1 décrit ce scénario de manière la plus adéquate. La catégorie T16 requiert l'utilisation d'un 7^{ème} caractère. Comme la sous-catégorie du code ne contient que 4 caractères (T16.1), le caractère substitutif "X" est inséré 2 fois pour préserver la structure du code, avant d'ajouter le 7^{ème} caractère "A" précisant qu'il s'agit du contact initial.

6. INDEX ALPHABETIQUE

L'index alphabétique comprend l'Index des Maladies et des Traumatismes, l'Index des Causes Externes, le Tableau des Néoplasmes ainsi que la Table des Médicaments et Produits chimiques. L'index alphabétique contient des entrées pour les termes principaux, les sous-termes ainsi que des sous-termes encore plus spécifiques. Une présentation avec des indentations est utilisée pour faciliter la consultation.

Les termes principaux identifient des maladies ou des traumatismes. Les sous-termes indiquent le site, le type ou l'étiologie des affections ou des traumatismes. Par exemple, une appendicite aiguë est mentionnée sous "**Appendicitis**, acute" et une fracture de stress sous "**Fracture, traumatic, stress**". Il est parfois nécessaire que le codeur pense à un synonyme ou à un autre terme alternatif afin de localiser l'entrée correcte. Il y a cependant des exceptions à cette règle générale, dont les suivantes :

- Les pathologies congénitales sont souvent référencées sous le terme "**Anomaly**" plutôt que sous le nom de l'affection.
- Les affections compliquant la grossesse, l'accouchement et le post-partum se retrouvent habituellement sous des termes tels que "**Delivery**", "**Pregnancy**", et "**Puerperal**". Elles peuvent également apparaître sous le terme principal de l'affection provoquant la complication en se référant au sous-terme "**complicating pregnancy**". (Un exemple de ce type d'entrée apparaît dans l'index alphabétique sous le terme principal "**Hypertension**").
- Beaucoup de complications de soins médicaux ou chirurgicaux sont indexées sous le terme "**Complication**" plutôt que sous le nom de l'affection.
- Les séquelles d'une affection antérieure peuvent être retrouvées sous le terme de "**Sequelae**" ou sous le nom de **l'affection (comme c'est le cas pour les lésions traumatiques)**.

Une bonne compréhension du format de l'index alphabétique est un prérequis pour un codage précis. Comprendre le schéma d'indentation des entrées est très important pour apprendre à utiliser l'index alphabétique. Un grand nombre de vendeurs fournissent une version imprimée et d'autres proposent des programmes pour le codage, mais le format peut varier selon les versions. Le format officiel de la version publiée par le NCHS est le suivant:

- Chaque niveau d'indentation est représenté dans l'index alphabétique par un trait d'union.
- Les termes principaux sont alignés à la marge gauche. Ils sont imprimés en caractère gras et commencent par une lettre majuscule.
- Les sous-termes sont indentés d'une indentation standard (équivalant environ à l'espace de 2 caractères d'imprimerie), vers la droite sous le terme principal. Ils sont imprimés en caractère normal et commencent par une lettre minuscule.
- Les sous-termes plus spécifiques sont indentés de plus en plus loin vers la droite, selon les besoins, toujours d'une indentation standard par rapport au sous-terme précédent. Ils sont mentionnés par ordre alphabétique.
- Un tiret (-) à la fin d'une entrée de l'index alphabétique indique que des caractères complémentaires sont requis.

Les retours de ligne sont indentées de deux indentations standards à partir de l'indentation de la ligne précédente.

Les retours de ligne sont utilisés uniquement quand l'entrée complète ne peut pas figurer sur une seule ligne. L'indentation est alors plus importante pour ne pas être confondue avec celle des sous-termes.

Dans la plupart des versions imprimées, les entrées sont le plus souvent présentées en 2, 3 ou 4 colonnes par page dans un style "dictionnaire".

Voici à titre d'exemple la liste des sous-termes mentionnés sous le terme principal "**Metrorrhagia**":

Metrorrhagia N92.1	[main term]
climateric N92.4	[subterm]
menopausal N92.4	[subterm]
postpartum NEC (atonic) (following delivery of placenta) O72.1	[subterm] [carryover line]
delayed or secondary O72.2	[more specific subterm]
preclimateric or premenopausal N92.4	[subterm]
psychogenic F45.8	[subterm]

Chaque sous-terme ("climacteric", "menopausal", "postpartum", "preclimateric", et "psychogenic") est décalé d'une indentation standard par rapport au niveau du terme principal et est énuméré dans l'ordre alphabétique. La 5ème ligne correspond à un retour de ligne et se situe à 2 indentations standard par rapport à la ligne précédente. La 6ème ligne est une entrée plus spécifique (« delayed or secondary » sous le sous-terme « postpartum »).

Exercice 2.1

Une page de l'index alphabétique est reproduite ci-dessous. Indiquez si les lignes numérotées correspondent à des termes principaux, des sous-termes ou des retours de ligne. Chaque trait d'union est censé représenter un niveau d'indentation.

1. **Railroad neurosis** F48.8

2. **Railway spine** F48.8

Raised – see also Elevated

3. - - antibody titer R76.0

Rake teeth, tooth M26.39

Rales R09.89

4. **Ramifying renal pelvis** Q63.8

Ramsay-Hunt disease or syndrome – (see also

5. - - Hunt's disease) B02.21

6. - meaning dyssynergia cerebellaris myoclonica G11.1

Ranula K11.6

- congenital Q38.4

7. **Rape**

8. - adult

- - confirmed T74.21

- - suspected T76.21

- alleged, observation or examination ruled

- - out

9. - - adult Z04.41

- - child Z04.42

10.- child

- - confirmed T74.22

- - suspected T76.22

7. REGLES DE L'INDEX ALPHABETIQUE

Pour localiser rapidement et efficacement les termes principaux et les sous-termes, il est important de comprendre les règles d'alphabétisation suivies par l'index alphabétique. Il s'agit d'une alphabétisation lettre par lettre. Le système d'alphabétisation ignore les points suivants :

- Les simples espaces entre les mots
- Les traits d'union simples dans les mots
- Le « s » final dans la forme possessive des mots (en anglais)

La liste qui suit montre un exemple d'alphabétisation lettre par lettre en incluant ces modifications :

Beckwith-Wiedermann syndrome Q87.3	[trait d'union ignoré]
Beer drinker's heart (disease) I42.6	[espace entre les mots ignoré]
Blood-forming organs, disease D75.9	[trait d'union ignoré]
Bloodgood's disease – see Mastopathy , cystic	[forme possessive (anglaise) ignorée]

8. ENTRÉES NUMÉRIQUES

Les entrées par sous-termes, concernant les caractères numériques et pour les mots indiquant des chiffres, apparaissent d'abord sous le terme principal ou sous-terme approprié. Ceux-ci apparaissent dans l'ordre alphabétique quand ils sont mentionnés dans la forme orthographiée. Par exemple, **Paralysis**, nerve, fourth apparaît avant plutôt qu'après **Paralysis**, nerve, third.

Cependant, quand on utilise la numérotation en chiffres romains (comme "II") ou en chiffres arabes (comme "2"), ils sont énumérés dans l'ordre numérique. Par exemple (chaque tiret ci-dessous représente un niveau d'indentation):

```
Deficiency ...
  Factor
    - - I (congenital) (hereditary) D68.2
    - - II (congenital) (hereditary) D68.2
    - - IX (congenital) (functional) (hereditary) (with functional defect) D67
    - - multiple (congenital) D68.8
    - - - acquired D68.4
    - - V (congenital) (hereditary) D68.2
    - - VII (congenital) (hereditary) D68.2
    - - VIII (congenital) (functional) (hereditary) (with functional defect) D66
    - - - with vascular defect D68.0
    - - X (congenital) (hereditary) D68.2
    - - XI (congenital) (hereditary) D68.1
    - - XII (congenital) (hereditary) D68.2
    - - XIII (congenital) (hereditary) D68.2
```

9. MOTS DE LIAISON

Des mots tels que "with" , "in", "due to" et "associated with", sont utilisés pour indiquer une relation entre le terme principal ou le sous-terme, indiquant une affection associée ou une étiologie.

Les sous-termes précédés de "with" ou de "without" ne sont pas mentionnés par ordre alphabétique mais apparaissent immédiatement sous le terme principal ou le sous-terme approprié; les sous-termes précédés d'un autre mot de liaison apparaissent dans l'ordre alphabétique. Les codeurs qui oublient cet aspect des règles d'alphabétisation font souvent des erreurs de codage car ils négligent le sous-terme approprié. Passez en revue les sous-termes suivants mentionnés sous le terme principal "**Bronchitis**" en suivant les instructions mentionnées à la fin de cet exemple. Notez que chaque tiret représente un niveau d'indentation:

	Bronchitis (diffuse) (fibrinous) (hypostatic) (infective) (membranous) J40
1	- with
	-- influenza, flu or grippe – see Influenza, with respiratory manifestations NEC
2	-- obstruction (airway) (lung) J44.9
3	-- tracheitis (15 years of age and above) J40
	--- acute or subacute J20.9
	--- chronic J42
	--- under 15 years of age J20.9
4	- acute or subacute (with bronchospasm or obstruction) J20.9
5	-- with
	--- bronchiectasis J47.0
	--- chronic obstructive pulmonary disease J44.0
6	-- chemical (due to gases, fumes or vapors) J68.0
7	-- due to
	--- fumes or vapors J68.0
	--- Haemophilus influenzae J20.1
	--- Mycoplasma pneumoniae J20.0
	--- radiation J70.0
	--- specified organism NEC J20.8
	--- Streptococcus J20.2
	--- virus
	---- coxsackie J20.3
	---- echovirus J20.7
	---- parainfluenzae J20.4
	---- respiratory syncytial J20.5
	---- rhinovirus J20.6
	-- viral NEC J20.8
8	- allergic (acute) J45.909
9	-- with
	--- exacerbation (acute) J45.901
	--- status asthmaticus J45.902
10	- arachidic T17.528

Reportez-vous aux sections 1, 4, 8, et 10 mentionnées dans l'exemple. Notez que les sous-termes précédés du mot de liaison « with » sont mentionnés directement sous le terme principal '**Bronchitis**' et précèdent les sous-termes commençant par la lettre « a » (sections 4, 8 et 10).

Reportez-vous aux sections 5, 6, et 7 mentionnées dans l'exemple. Notez que les sous-termes plus spécifiques précédés du mot de liaison « with » suivent immédiatement le sous-terme « acute or subacute ». Dans ce cas-ci, les sous-termes précédés du mot « with » précèdent les sous-termes commençant par les lettres « c » et « d » (sections 6 et 7).

Notez également que l'indentation des sous-termes sous le mot de liaison « with » se fait par ordre alphabétique. Par exemple, les sections 1, 2, et 3 de l'exemple apparaissent dans l'ordre alphabétique.

10. TABLEAUX DE L'INDEX ALPHABETIQUE

La partie centrale de l'index alphabétique utilise un tableau pour présenter de manière systématique les sous-termes situés sous l'entrée principale « **Neoplasm** » (néoplasme). Ce tableau simplifie l'accès à des combinaisons complexes de sous-termes. L'utilisation de ce tableau est discutée dans le chapitre consacré aux néoplasmes. La Table des Médicaments et des Produits chimiques est discuté plus loin dans ce manuel au niveau du chapitre des empoisonnements et réactions secondaires liés aux médicaments.

Le format et les règles d'alphabétisation utilisées dans ces tableaux sont identiques à ceux utilisés dans le reste de l'index alphabétique. L'utilisation de ces 2 tables sera discutée en détail plus loin dans ce manuel mais, à cette étape de la discussion, il pourrait être utile au lecteur de se familiariser avec la localisation et au format de ces tableaux.

Solutions des exercices

Exercice 2.1

Une page de l'index alphabétique est reproduite ci-dessous. Indiquez si les lignes numérotées correspondent à des termes principaux, des sous-termes ou des retours de ligne. Chaque trait d'union est censé représenter un niveau d'indentation.

1. Railroad neurosis F48.8	Terme principal
2. Railway spine F48.8	Terme principal
Raised – see also Elevated	
3. - - antibody titer R76.0	Retour de ligne
Rake teeth , tooth M26.39	
Rales R09.89	
4. Ramifying renal pelvis Q63.8	Terme principal
Ramsay-Hunt disease or syndrome – (see also	
5. - - Hunt's disease) B02.21	Retour de ligne
6. - meaning dyssynergia cerebellaris myoclonica G11.1	
Ranula K11.6	
- congenital Q38.4	Sous-terme
7. Rape	Terme principal
8. - adult	Sous-terme
- - confirmed T74.21	
- - suspected T76.21	
- alleged, observation or examination ruled	
- - out	
9. - - adult Z04.41	Sous-terme
- - child Z04.42	
10.- child	Sous-terme
- - confirmed T74.22	
- - suspected T76.22	

Table des matières

Chapitre 3:	26
Conventions de l'ICD-10-CM	26
1. Introduction	27
2. Notes d'instruction.....	27
2.1. Notes d'instruction générales.....	27
2.2. Notes d'inclusion et d'exclusion	27
2.2.1. Notes d'inclusion.....	28
2.2.2. Notes d'exclusion.....	28
2.3. "Code first" (Coder en premier lieu), "code, if applicable, any causal condition first" (coder, si d'application, toute affection causale en premier lieu) et "Use additional code" (Utiliser un code complémentaire)	29
2.4. "Code also" (coder également)	30
3. Abréviations	30
3.1. NEC.....	31
3.2. NOS	31
4. Notes de références croisées	31
4.1. "See" (voir)	31
4.2. "See also" (voir également)	32
4.3. "See category" (voir catégorie)	32
4.4. "See condition" (voir affection).....	32
5. Marques de ponctuation	32
5.1. Parenthèses ().....	32
5.2. Crochets [].....	33
5.3. Deux points :	34
6. Termes de liaison.....	34
6.1. "And" (Et)	34
6.2. "With" (Avec).....	35
6.3. "Due to" (Dû à)	35

APERÇU DU CHAPITRE

- Diverses notes apparaissent dans l'ICD-10-CM
 - Les notes générales fournissent habituellement les informations générales sur l'utilisation des codes au sein d'une section spécifique.
 - Les notes d'inclusion et les notes d'exclusion indiquent quand certaines affections sont ou ne sont pas incluses dans une subdivision.
 - Les notes d'instruction complémentaires indiquent au codeur d'enregistrer l'affection de manière aussi complète que possible.
- Deux abréviations principales sont utilisées dans l'ICD-10-CM (NEC et NOS).
- Les références croisées conseillent au codeur de regarder ailleurs avant d'attribuer un code.
- Les marques de ponctuation et les termes de liaison ont une signification spécialisée dans l'ICD-10-CM.

RESULTATS DE L'APPRENTISSAGE

Après l'étude de ce chapitre, vous devriez être capable de :

Enumérer les différents types de notes d'instruction.

Expliquer l'importance des notes complémentaires dans le processus de codage.

Décrire la différence entre les abréviations NEC et NOS.

Utiliser votre connaissance des références croisées pour vous déplacer dans l'ICD-10-CM.

Définir la signification spécialisée des marques de ponctuation et des termes de liaison dans l'ICD-10-CM.

LES TERMES A CONNAITRE

NEC

"Not elsewhere classified" (non classé ailleurs); utilisé dans l'index alphabétique pour indiquer qu'il n'existe pas de code distinct pour l'affection même si le diagnostic est formulé de manière précise dans le dossier.

NOS

"Not otherwise specified" (non spécifié autrement); équivalent aux termes "non spécifié", "sans précision".

RAPPELEZ-VOUS

Ces conventions ne sont pas simplement une aide; elles sont nécessaires pour obtenir un codage correct.

1. INTRODUCTION

L'ICD-10-CM suit certaines conventions afin de fournir une grande quantité d'informations de manière succincte et cohérente. Les conventions de l'ICD-10-CM représentent les règles générales définissant l'usage de la classification, indépendamment des Directives de codage. Ces conventions sont incluses dans l'index alphabétique et la liste systématique de l'ICD-10-CM sous forme de notes d'instruction. Une compréhension approfondie de ces conventions est fondamentale pour coder de manière précise. Les conventions, directives générales de codage, directives de codage spécifiques par chapitre et les instructions de la classification sont applicables à tous les contextes de soins (hospitalisation classique, one-day médicale et chirurgicale, urgences, ...), excepté en cas d'indication contraire. **Les conventions et les instructions de la classification prévalent sur les directives de codage.**

Les conventions de l'ICD-10-CM sont les suivantes :

- Notes d'instruction
- Abréviations
- Références croisées
- Marques de ponctuation
- Termes de liaison : "and" (et), "with" (avec), "without" (sans), "due to"(dû à).

2. NOTES D'INSTRUCTION

Diverses notes apparaissent en tant qu'instructions destinées au codeur. Celles-ci comprennent des notes générales, des notes d'inclusion et d'exclusion, des notes "code first" (coder en premier lieu), des notes "use additional code" (utiliser un code complémentaire) et des notes "code also" (coder également).

2.1. Notes d'instruction générales

Les notes d'instruction générales apparaissant dans la Liste Systématique des Maladies et des Traumatismes fournissent des informations générales sur l'utilisation des codes au sein d'une section spécifique, comme par exemple, la note située sous le Chapitre 15 "Pregnancy, childbirth and the puerperium" (O00-O9A) du livre des codes de l'ICD-10-CM, qui explique clairement que les codes de ce chapitre ne peuvent être utilisés que dans le dossier de la mère et jamais dans le dossier du nouveau-né.

2.2. Notes d'inclusion et d'exclusion

Dans un système de classification, les codes doivent être mutuellement exclusifs, sans aucune superposition de contenu. C'est pourquoi il est parfois nécessaire d'indiquer dans l'ICD-10-CM si certaines affections sont ou ne sont pas incluses dans une subdivision donnée. Ceci est réalisé au moyen des notes d'inclusion et d'exclusion.

La localisation des notes d'inclusion et d'exclusion est extrêmement importante. Quand ce type de notes est situé au début d'un chapitre ou d'une section de l'ICD-10-CM, ce conseil s'applique à tous les codes de ce chapitre ou de cette section et n'est pas répété pour les catégories individuelles ou les codes spécifiques. Le codeur doit garder à l'esprit que les notes d'instruction s'appliquant au code qu'il est en train de considérer peuvent se trouver à une page précédente.

2.2.1. Notes d'inclusion

Les notes d'inclusion sont introduites par le terme "includes" (inclus) lorsqu'elles sont placées au début d'un chapitre ou d'une section. Les notes d'inclusion sont utilisées pour définir de manière plus précise le contenu du chapitre, de la section ou de la catégorie ou pour donner des exemples à son propos. Les affections énumérées dans une note d'inclusion peuvent être des synonymes ou des affections suffisamment semblables pour être classées sous le même code. Les listes des notes d'inclusion ne sont pas exhaustives; elles énumèrent plutôt certaines affections pour rassurer le codeur, particulièrement lorsque le titre de la liste systématique ne semble pas adéquat.

Un exemple de note d'inclusion peut être trouvé dans la liste systématique, au niveau du Chapitre 1, "Certain Infectious and Parasitic diseases" (A00-B99). La note d'inclusion indique que ce chapitre inclut les maladies habituellement reconnues comme contagieuses ou transmissibles. Cette note s'applique à tous les codes mentionnés de A00 jusque B99.

Les notes d'inclusion peuvent aussi apparaître directement sous l'intitulé d'un code à 3 caractères pour définir de manière plus précise le contenu de cette catégorie ou pour donner des exemples à propos de son contenu. Un exemple de ce type de note d'inclusion peut être trouvé dans la liste systématique au niveau de la catégorie D50, "Iron deficiency anemia". Cette note d'inclusion indique que les codes de cette catégorie incluent les anémies ferriprives et les anémies hypochromes.

Termes d'inclusion

Une liste de termes est mentionnée sous certains codes. Ces termes sont certaines des pathologies qui peuvent être enregistrées à l'aide de ces codes. Ils peuvent représenter des synonymes de l'intitulé du code. En ce qui concerne les codes du type "other specified" (autre ... spécifié), les termes peuvent être une liste des différentes affections qui sont assignées à ce code. Comme dans le cas des notes d'inclusion, la liste des termes d'inclusion n'est pas prévue pour être exhaustive. L'index alphabétique peut également mentionner des termes complémentaires qui sont classés sous un code sans que ceux-ci ne soient répétés dans les termes d'inclusion.

2.2.2. Notes d'exclusion

Les notes d'exclusion sont introduites par le terme « excludes » (exclut). Les affections exclues sont mentionnées par ordre alphabétique, avec le code ou la série de codes correspondant apparaissant entre parenthèses. Les notes d'exclusion sont le contraire des notes d'inclusion; elles indiquent qu'une affection particulière ne peut pas être assignée au code pour auquel s'applique la note. Le message de base d'une note d'exclusion est "codez cette pathologie ailleurs".

Il y a 2 types de notes d'exclusion dans l'ICD-10-CM. Chacune a un usage différent, mais les 2 indiquent que les codes exclus sont indépendants l'un de l'autre.

Exclusion de type 1 ("Excludes 1")

Une note d'exclusion de type 1 est une exclusion pure et simple. Elle signifie "n'est pas codé ici!" (not coded here!). Une note d'exclusion de type 1 indique que le code exclu ne peut jamais être utilisé en même temps que le code mentionné au-dessus de la note d'exclusion de type 1. Cette instruction est utilisée quand 2 affections ne peuvent avoir lieu simultanément et donc les 2 codes ne peuvent pas être utilisés conjointement.

Par exemple :

Q03 Congenital hydrocephalus (Hydrocéphalie congénitale)

Excludes 1 (Exclusion de type 1) : acquired hydrocephalus (hydrocéphalie acquise) (G91.-)

Dans cet exemple, la forme congénitale de l'affection ne peut pas être rapportée avec la forme acquise de la même affection.

Exclusion de type 2

Une exclusion de type 2 signifie "n'est pas inclus ici" (Not included here!). Une exclusion de type 2 indique que l'affection exclue ne fait pas partie de l'affection représentée par le code. Cependant un patient peut présenter les 2 affections en même temps. Lorsqu'une exclusion de type 2 apparaît sous un code, il est permis d'utiliser simultanément le code et le code exclu, lorsque c'est approprié. Par exemple :

F90 Attention-deficit hyperactivity disorders

Excludes 2 (Exclusion de type 2) : anxiety disorders (F40.-, F41.-)
mood [affective] disorders (F30-F39)

Dans cet exemple, la note d'exclusion de type 2 sert à prévenir que si le patient présente un trouble anxieux plutôt qu'un Troubles du Déficit de l'Attention/Hyperactivité, le codeur devrait se référer aux catégories F40-F41 plutôt que de rester dans la catégorie F90. Cependant si le patient présente à la fois un 'Trouble du Déficit de l'Attention/Hyperactivité ' et un trouble anxieux, un code de la catégorie F90 peut être utilisé en même temps qu'un code des catégories F40-F41.

2.3. "Code first" (Coder en premier lieu), "code, if applicable, any causal condition first" (coder, si d'application, toute affection causale en premier lieu) et "Use additional code" (Utiliser un code complémentaire)

Certaines affections présentent à la fois une étiologie sous-jacente et des manifestations au niveau de multiples systèmes anatomiques, dues à cette étiologie sous-jacente. Pour de telles affections, l'ICD-10-CM dispose d'une convention de codage qui requiert que la condition sous-jacente soit codée en premier lieu, suivie du code de la manifestation. Chaque fois qu'une telle combinaison de codes existe, on retrouvera dans la liste systématique la note d'instruction "Use additional code" (utiliser un code complémentaire) au niveau du code de l'étiologie et la note d'instruction "Code first" (coder en premier lieu) au niveau du code de manifestation. L'instruction "Use additional code" (Utiliser un code complémentaire) est mentionnée au niveau du code de l'étiologie comme un indice incitant le codeur à identifier les manifestations communément associées à la maladie. La note "Code first" (Coder en premier lieu) se rencontre au niveau du code de manifestation pour préciser que la pathologie sous-jacente devrait être codée en premier lieu. Ces notes d'instruction indiquent l'ordre adéquat d'enregistrement de ces codes: étiologie suivie de la manifestation.

La phrase "in diseases classified elsewhere" (dans des maladies classées ailleurs) fait habituellement partie de l'intitulé des codes de manifestation. Les codes avec un tel intitulé font partie de la convention "étiologie/manifestation". Il n'est jamais permis d'utiliser les codes "in diseases classified elsewhere" (dans des maladies classées ailleurs) en premier lieu ou comme diagnostic principal. Ils doivent être utilisés en conjonction avec un code de l'affection sous-jacente et être enregistrés à la suite de celle-ci. La catégorie F02, "Dementia in other diseases classified elsewhere", est un exemple de cette convention.

D'autres notes de ce type fournissent une liste d'affections introduite par les termes "such as" (tel que), signifiant que n'importe lequel des codes énumérés ou tout autre code approprié peut être attribué en premier lieu. Le code J99, "Respiratory disorders in diseases classified elsewhere" fournit une liste d'affections qui peuvent être la maladie sous-jacente.

Il existe des codes de manifestation qui ne possèdent pas la mention "in diseases classified elsewhere" dans leur libellé. Pour de tels codes, l'instruction "Use additional code" apparaît au niveau du code de l'étiologie et la note d'instruction "Code first" apparaît au niveau du code de manifestation et les règles de séquençage sont d'application.

En plus des notes de la liste systématique, ces affections possèdent également une structure spécifique au niveau de l'index alphabétique. Dans l'index alphabétique, les deux affections sont mentionnées côte à côte, avec le code de l'étiologie mentionné en premier lieu suivi des codes de manifestation entre crochets. Le code entre crochets est toujours enregistré en seconde position.

Les notes "Code first" et "Use additional code" sont également utilisées comme règles de séquençage dans la classification ICD-10-CM pour certains codes qui ne font pas partie d'un couple de codes "étiologie/manifestation".

L'instruction "code, if applicable, any causal condition first" (coder, si d'application, toute affection causale en premier lieu) indique qu'il ne faut attribuer des codes multiples que si l'affection causale est rapportée comme étant présente. Ce code peut être attribué comme diagnostic principal lorsque l'affection causale est inconnue ou n'est pas d'application. Si l'affection causale est connue, le code de cette affection doit être séquencé comme diagnostic principal ou en premier lieu (voir chapitre 7, §6).

Il n'est pas nécessaire d'enregistrer le diagnostic identifié dans une note d'instruction "use additional code" immédiatement à la suite de son code primaire. Il n'existe pas de hiérarchie stricte inhérente à ces notes d'instruction ni dans les directives de codage, ni au niveau de la classification ICD-10-CM concernant l'ordre d'enregistrement des codes de diagnostics secondaires.

2.4. "Code also" (coder également)

Dans l'ICD-10-CM, les notes d'instruction "code also" (coder également) indiquent que 2 codes peuvent être requis pour décrire complètement une affection, mais cette note ne donne pas d'instructions quant à l'ordre d'enregistrement de ces codes. L'ordre des codes dépendra de la raison du contact et de la sévérité des affections. On peut trouver un exemple de cette note d'instruction sous le code G47.01 "Insomnia due to medical condition", où la note nous invite à coder également l'affection médicale associée.

3. ABREVIATIONS

ICD-10-CM utilise 2 abréviations principales :

- NEC pour « not elsewhere classified » (non classé ailleurs)
- NOS pour « not otherwise specified » (non spécifié autrement)

Bien que leurs significations semblent simples, ces abréviations sont souvent mal comprises et mal utilisées par les codeurs. Il est très important de comprendre non seulement leurs significations mais aussi leurs différences, car elles fournissent des directives pour le choix correct du code.

3.1. NEC

L'abréviation NEC (non classé ailleurs) est utilisée dans l'index alphabétique et dans la liste systématique pour indiquer qu'il n'existe pas de code distinct pour l'affection même si le diagnostic posé peut être très spécifique. Elle est utilisée lorsque l'information présente dans le dossier médical fournit des détails pour lesquels il n'existe pas de code spécifique. Elle représente "autre (affection) spécifiée". Dans la liste systématique, de telles affections sont habituellement classées sous un code avec un 4ème ou 6ème caractère "8" (ou le 5ème caractère "9") et dont l'intitulé contient les termes "other specified" (autre ... spécifié) ou "not elsewhere classified" (non classé ailleurs), ce qui permet le regroupement d'affections apparentées pour garder de la place et pour limiter la taille du système de classification. Par exemple, une affection de la plèvre spécifiée comme étant un hydropneumothorax est comprise dans le code J94.8 "Other specified pleural conditions".

3.2. NOS

L'abréviation NOS est équivalente à "unspecified" (non spécifié), et est utilisée dans l'index alphabétique et la liste systématique. Les codes identifiés de cette façon doivent être utilisés uniquement quand ni le diagnostic posé, ni le dossier médical ne fournissent d'information permettant une classification vers un code plus spécifique. Les codes de ce type sont habituellement classés vers des codes présentant un 4ème ou 6ème caractère "9" et le 5ème caractère "0". Les affections décrites comme "non classées ailleurs" (not elsewhere classified) et celles décrites comme "non spécifiées" (unspecified) sont parfois combinées en un seul code. Notez qu'un terme principal suivi d'une liste de sous-termes dans l'index alphabétique propose généralement le code non spécifié; les sous-termes doivent toujours être passés en revue pour déterminer si un code plus précis pourrait être attribué.

Par exemple, le terme principal "**Cardiomyopathy**" propose le code I42.9. Les sous-termes tels que "alcoholic" (éthylrique) ou "congestive" (congestive) sont fournis pour désigner des cardiomyopathies plus spécifiques. Le code I42.9 devrait être attribué uniquement quand il n'y a pas d'information dans le dossier médical pour identifier un de ces sous-termes.

4. NOTES DE REFERENCES CROISEES

Les notes de références croisées sont utilisées dans l'index alphabétique pour conseiller au codeur de regarder ailleurs avant d'attribuer un code. Les instructions de références croisées comprennent les termes "see" (voir), "see also" (voir également), "see category" (voir catégorie) et "see condition" (voir affection).

4.1. "See" (voir)

La référence croisée "see" (voir) indique que le codeur doit se référer à un terme alternatif. Cette instruction est obligatoire; le processus de codage ne peut pas être achevé sans suivre cette instruction.

Par exemple, l'entrée pour "**Hemarthrosis, traumatic**" utilise cette référence croisée pour conseiller au codeur de consulter l'entrée de "sprain" (entorse) par site.

4.2. "See also" (voir également)

La référence croisée "see also" (voir également) indique au codeur qu'il existe dans l'index alphabétique un autre endroit auquel il doit se référer lorsque les entrées considérées ne fournissent pas de code pour l'affection ou la procédure spécifiée. Il n'est pas nécessaire de suivre cette référence croisée lorsque l'entrée originale fournit toutes les informations nécessaires.

Par exemple, la référence croisée pour le terme principal "**Psychoneurosis**" conseille au codeur "see also neurosis" (de voir également à névrose) lorsqu'aucun des sous-termes spécifiques ne fournit de code. Si un codeur essaie de localiser le code pour psychonévrose neurasthénique, il ne sera pas nécessaire de suivre cette référence croisée car le sous-terme "neurasthenic" est mentionné sous le terme "Psychoneurosis". Cependant, si le diagnostic avait été psychonévrose psychasthénique, le code ne pourrait être localisé qu'en suivant l'instruction "see also".

4.3. "See category" (voir catégorie)

La référence croisée "see category" (voir catégorie), variante de "see", renvoie le codeur vers un code de catégorie. Le codeur doit consulter cette catégorie dans la liste systématique et sélectionner le code en fonction des options qui sont proposées à cet endroit. Par exemple, la référence croisée figurant sous l'entrée de l'index alphabétique pour "**TBI** (traumatic brain injury)" (traumatisme cérébral) renvoie le codeur à la catégorie S06.

4.4. "See condition" (voir affection)

Occasionnellement, l'index alphabétique conseille au codeur de se référer au terme principal de l'affection. Par exemple, si en cas de thrombose artérielle, le codeur se réfère au terme principal "**Arterial**", l'index alphabétique conseille de voir au niveau de l'affection (see condition) et le codeur doit alors se référer au terme principal "Thrombosis". Cette référence croisée apparaît en général lorsque le codeur se réfère à l'adjectif plutôt qu'au nom (substantif) désignant l'affection elle-même.

5. MARQUES DE PONCTUATION

Plusieurs marques de ponctuation sont utilisées dans l'ICD-10-CM; la plupart d'entre elles ont une signification technique en plus de leur utilisation habituelle dans la langue courante.

5.1. Parenthèses ()

Les parenthèses sont utilisées dans l'ICD-10-CM pour ajouter des mots supplémentaires ou des explications qui peuvent être présentes ou absentes de l'intitulé du diagnostic sans affecter le choix du code qui lui est assigné. De tels termes sont considérés comme des "modificateurs non essentiels" et sont utilisés pour suggérer que les termes entre parenthèses sont inclus dans le code mais qu'ils ne doivent pas nécessairement apparaître dans l'intitulé du diagnostic. Ceci est un point significatif dans l'attribution du code correct.

Tant dans la liste systématique que dans l'index alphabétique, les termes entre parenthèses n'affectent en aucune façon le choix du code; ils servent uniquement à rassurer le codeur que le code correct a bien été localisé.

Par exemple, référez-vous au terme principal "Pneumonia" qui présente plusieurs modificateurs non essentiels entre parenthèses. A moins qu'un sous-terme plus précis ne soit localisé, ce code sera utilisé pour une pneumonie décrite par n'importe lequel des termes entre parenthèses. Les diagnostics de pneumonie aiguë et de pneumonie purulente, par exemple, sont tous deux codés J18.9 car ces deux termes apparaissent entre parenthèses comme modificateurs non essentiels. La pneumonie non spécifiée est également codée J18.9 car aucun des termes entre parenthèses n'est requis pour l'attribution de ce code.

Il est important de bien faire la distinction entre l'utilisation des modificateurs essentiels et non essentiels. Dans l'index alphabétique, les modificateurs essentiels sont mentionnés comme sous-terme, et non entre parenthèses, et ils affectent le choix du code. Par opposition, les termes entre parenthèses sont non essentiels et n'affectent pas le choix du code. Par exemple, une scoliose décrite comme acquise ou posturale est classée M41.9 puisque les termes "acquired" et "postural" entre parenthèses sont des modificateurs non essentiels et n'affectent pas le choix du code; d'un autre côté, le terme "congenital" est un modificateur essentiel et le code pour ce terme est le code Q67.5.

Dans l'index alphabétique, les modificateurs non essentiels s'appliquent aux sous-terme qui suivent le terme principal, excepté lorsqu'un modificateur non essentiel et un sous-terme sont mutuellement exclusifs; dans ce cas, le sous-terme prévaut. Par exemple dans l'index alphabétique de l'ICD-10-CM sous le terme principal "**Enteritis**", le terme "acute" est un modificateur non essentiel et le terme "chronic" est un sous-terme. Dans ce cas, le modificateur non essentiel "acute" ne s'applique pas au sous-terme "chronic".

Exercice 3.1

En vous référant uniquement à l'intitulé et aux notes d'inclusion du code J40, inscrivez un « X » à côté de chacun des diagnostics figurant ci-dessous qui est inclus dans le code J40.

- | | |
|--|-------|
| 1. Catarrhal bronchitis (Bronchite catarrhale) | _____ |
| 2. Chronic bronchitis (Bronchite chronique) | _____ |
| 3. Allergic bronchitis (Bronchite allergique) | _____ |
| 4. Tracheobronchitis NOS (Trachéobronchite, non spécifiée autrement) | _____ |
| 5. Asthmatic bronchitis (Bronchite asthmatique) | _____ |

5.2. Crochets []

Les crochets sont souvent utilisés dans la liste systématique pour inclure des synonymes, des termes alternatifs, des abréviations, et des phrases explicatives qui apportent une information complémentaire – par exemple: virus de l'immunodéficience humaine [HIV]. Ils sont similaires aux parenthèses en ce sens qu'ils ne sont pas requis pour poser le diagnostic. Les crochets sont également utilisés dans l'index alphabétique pour indiquer que le code entre crochets ne peut être qu'une manifestation et que l'autre code, de la pathologie sous-jacente, doit être ajouté en premier lieu.

Dans ce cas, le code entre crochets indique que les deux codes doivent être enregistrés et que le code entre crochets ne peut jamais être utilisé comme diagnostic principal. Dans l'exemple qui suit, tiré de l'index alphabétique, le premier code représente la maladie sous-jacente et le second code, entre crochets, la manifestation:

Nephropathy

Sickle cell D57.- [N08]

5.3. Deux points :

Dans la liste systématique, les deux points sont utilisés tant dans les notes d'inclusion que d'exclusion après un terme incomplet qui nécessite la présence d'un ou de plusieurs des modificateurs mentionnés après les deux points, pour qu'une catégorie puisse être assignée. La note d'exclusion sous le code N92.6 de la liste systématique en est un exemple. Ici, les deux points suivent les sous-termes "irregular menstruation with" indiquent que si les menstruations irrégulières sont décrites comme accompagnées d'un intervalle prolongé ou de saignements peu abondants, ou si les menstruations irrégulières sont décrites comme accompagnées d'un intervalle raccourci ou de saignements excessifs, le code N92.6 est exclu.

N92.6 **Irregular menstruation, unspecified (Menstruation irrégulière, non spécifiée)**

Irregular bleeding NOS,

Irregular periods NOS

Excludes 1 : Irregular menstruation with:

Lengthened intervals or scanty bleeding (N91.3-N91.5)

Shortened intervals or excessive bleeding (N92.1)

Exercice 3.2

En vous référant uniquement à l'intitulé et aux notes d'inclusion du code à 4 caractères D04.5, inscrivez un « X » à côté de chaque diagnostic ci-dessous qui est inclus dans le code D04.5.

1. Carcinome in situ de la marge anale _____

2. Carcinome in situ de la peau péri-anale _____

3. Carcinome in situ de la peau du sein _____

4. Carcinome in situ du sein _____

5. Carcinome in situ de la peau anale _____

6. TERMES DE LIAISON

6.1. "And" (Et)

Le mot "et" doit être interprété soit comme "et" soit comme "ou" quand il apparaît dans l'intitulé d'un code.

Par exemple, les cas de tuberculose osseuse, de tuberculose articulaire et de tuberculose osseuse et articulaire sont classés dans la sous-catégorie A18.0 "Tuberculosis of bones **and** joints".

6.2. "With" (Avec)

Le mot "avec" doit être interprété comme "associé à" ou "dû à" quand il apparaît dans l'intitulé d'un code, dans l'index alphabétique ou dans une instruction de la liste systématique. Dans l'index alphabétique, le mot "avec" apparaît immédiatement sous le terme principal, et non par ordre alphabétique.

6.3. "Due to" (Dû à)

Tant dans l'index alphabétique que dans la liste systématique, les termes "dû à" indiquent qu'une relation de cause à effet existe entre deux affections. Le diagnostic formulé par le médecin doit explicitement indiquer cette relation de cause à effet.

Solutions des exercices

Exercice 3.1

En vous référant uniquement à l'intitulé et aux notes d'inclusion du code J40, inscrivez un « X » à côté de chacun des diagnostics figurant ci-dessous qui est inclus dans le code J40.

1. Catarrhal bronchitis (Bronchite catarrhale)	<u> X </u>
2. Chronic bronchitis (Bronchite chronique)	<u> </u>
3. Allergic bronchitis (Bronchite allergique)	<u> </u>
4. Tracheobronchitis NOS (Trachéobronchite, non spécifiée autrement)	<u> X </u>
5. Asthmatic bronchitis (Bronchite asthmatique)	<u> </u>

Exercice 3.2

En vous référant uniquement à l'intitulé et aux notes d'inclusion du code à 4 caractères D04.5, inscrivez un « X » à côté de chaque diagnostic ci-dessous qui est inclus dans le code D04.5.

1. Carcinome in situ de la marge anale	<u> X </u>
2. Carcinome in situ de la peau péri-anale	<u> X </u>
3. Carcinome in situ de la peau du sein	<u> X </u>
4. Carcinome in situ du sein	<u> </u>
5. Carcinome in situ de la peau anale	<u> X </u>

Table des matières

Chapitre 4:	38
Enregistrement des diagnostics et procédures dans le DM-RHM.....	38
1. Introduction	39
2. Données médicales dans l'enregistrement	39
3. Le diagnostic principal du séjour et le diagnostic d'admission vérifié.....	39
3.1. Diagnostic d'admission vérifié (DAV).....	40
3.2. Diagnostic principal du séjour	40
3.3 Cas particuliers	41
3.4 Règles officielles pour désigner le diagnostic principal	42
4. Autres diagnostics (diagnostics secondaires).....	44
4.1. Directives concernant les diagnostics secondaires	44
5. Procédures.....	47
6. Ethique du codage	48

Chapitre 4:

Enregistrement des diagnostics et procédures dans le DM-RHM

APERÇU DU CHAPITRE

- L'enregistrement à la sortie des données médicales du résumé hospitalier minimum (DM-RHM) est utilisé pour rendre compte des données des patients hospitalisés dans les hôpitaux aigus et chroniques.
- L'enregistrement DM-RHM de sortie comprend les items suivants qui sont codés à l'aide de la classification ICD-10-BE:
 - le diagnostic d'admission vérifié/diagnostic principal du séjour.
 - tous les diagnostics secondaires qui sont significatifs pour l'épisode de soins.
 - toutes les procédures significatives pour l'épisode de soins.
- Suivre l'ensemble des consignes de codage garantit un codage précis et éthique.

RESULTATS DE L'APPRENTISSAGE

Après l'étude de ce chapitre, vous devrez être capable de:

- Identifier correctement le diagnostic d'admission vérifié (DAV) / le diagnostic principal du séjour (DP).
- Comprendre les règles de sélection du diagnostic d'admission vérifié / diagnostic principal du séjour.
- Comprendre quand les autres diagnostics sont significatifs et doivent être enregistrés.
- Expliquer l'importance d'un codage éthique et précis.

LES TERMES A CONNAITRE

RHM

Système d'enregistrement des données hospitalières ayant pour objectif de soutenir la politique de santé, notamment l'organisation du financement des hôpitaux.

Diagnostic d'admission vérifié (DAV)

L'affection, établie après étude, comme étant principalement responsable de l'admission du patient à l'hôpital. Il est généralement identique au DP de la première spécialité.

Diagnostic principal (DP)

L'affection, établie après étude, comme étant principalement responsable de l'admission du patient dans la spécialité.

Diagnostics secondaires (DS)

Les affections qui coexistent au moment de l'admission ou qui apparaissent au cours du séjour et qui affectent les soins au patient au cours du séjour hospitalier.

APR-DRG

All Patients Refined Diagnoses Related Groups; le système de regroupement des séjours utilisé pour le remboursement des soins hospitaliers en Belgique.

RAPPELEZ-VOUS

Les diagnostics qui n'ont pas d'impact sur les soins dispensés au patient au cours du séjour hospitalier actuel ne sont pas rapportés dans le DM-RHM.

1. INTRODUCTION

Le RHM est utilisé pour enregistrer les données des séjours des hôpitaux généraux non psychiatriques. Cet enregistrement vise un ensemble d'items et se base sur des définitions standardisées pour permettre de fournir des données consistantes pour de multiples usages, entre autres: la détermination des besoins en matière d'établissements hospitaliers, la description des normes d'agrément qualitatives et quantitatives des hôpitaux et de leurs services, l'organisation du financement des hôpitaux, la définition de la politique relative à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier et des professions paramédicales, la définition d'une politique épidémiologique, le soutien de la politique de la santé au sein des hôpitaux via des feedbacks permettant aux institutions de se positionner par rapport à d'autres hôpitaux analogues, la mise à disposition de données pour des études scientifiques locales, nationales et internationales.

Les données demandées incluent entre autres: des données administratives générales concernant l'institution (structure et personnel) et le séjour (données administratives du patient), des données médicales, des données infirmières, des données dans le cadre de la fonction "service mobile d'urgence" ainsi que des données de facturation. Pour plus de détails concernant les items visés par chaque volet de l'enregistrement RHM, veuillez vous référer aux directives d'enregistrement des six domaines du RHM ainsi qu'aux informations complémentaires disponibles sur le site internet du SPF SPSCAE via soins de santé / institutions de soins / systèmes d'enregistrement / RHM / Directives.

2. DONNEES MEDICALES DANS L'ENREGISTREMENT

Concernant les données médicales, seuls les items qui remplissent les critères suivants ont été inclus dans l'enregistrement RHM:

- aisément identifiables
- facilement définis
- enregistrés uniformément
- pouvant être facilement extraits du dossier médical

Pour remplir les missions décrites ci-dessus, l'enregistrement RHM requiert la transmission des données à caractère médical suivantes:

- Le diagnostic principal du séjour/ le diagnostic d'admission vérifié (DAV)
- Le diagnostic principal de la spécialité/les diagnostics principaux des spécialités
- Les autres diagnostics qui sont significatifs pour l'épisode de soins concerné (diagnostics secondaires)
- Toutes les procédures significatives pour l'épisode de soins

3. LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL DU SEJOUR ET LE DIAGNOSTIC D'ADMISSION VERIFIE

La notion de diagnostic d'admission vérifié n'existe pas dans le système ICD-10-CM tel qu'il a été créé à l'origine par l'AHA et le NCHS. Seule existe la notion de diagnostic principal du séjour. En effet, aux USA, à la différence de la Belgique, il n'existe pas d'enregistrement distinct pour certaines spécialités. Le séjour est codé comme un seul bloc, avec un seul diagnostic principal pour l'ensemble du séjour, peu importe les transferts internes entre unités de soins que le patient ait pu subir.

En outre aux USA, l'admission par les urgences et tout diagnostic ou acte qui y aurait été posé ne fait pas partie du séjour.

En Belgique, l'obligation d'enregistrer certaines spécialités a pour conséquence que le diagnostic principal réel du séjour n'est pas nécessairement le diagnostic principal de la première spécialité. De ce fait, la notion de diagnostic d'admission vérifié a dû être introduite en Belgique pour permettre l'attribution du DRG et de financer le séjour.

3.1. Diagnostic d'admission vérifié (DAV)

Le diagnostic d'admission vérifié est enregistré dans le champ 29 du fichier STAYHOSP dans le domaine des données administratives.

On définit le diagnostic d'admission vérifié comme étant l'affection reconnue **après examen** pour être la cause principale de l'admission du patient à l'hôpital. Les termes 'après examen' ont leur importance. Il ne s'agit donc pas nécessairement du diagnostic posé à l'arrivée du patient mais plutôt du diagnostic qui, après un examen diagnostique, voire une intervention chirurgicale, s'avère être la cause de l'admission. Cela signifie aussi que les affections qui apparaissent au cours du séjour à l'hôpital (par exemple, une fracture de la hanche provoquée par une chute de lit) ne peuvent être enregistrées comme diagnostic d'admission vérifié.

Ce diagnostic d'admission vérifié est utilisé par le grouper pour l'établissement de l'APR-DRG (Diagnosis Related Group) pour le séjour entier (pour plus d'informations concernant le grouper, voir directives d'enregistrement RHM: Directives du domaine 3 (A) et "Informations complémentaires concernant les diagnostics et le grouper").

Un APR-DRG peut aussi être calculé pour une partie du séjour, par exemple si le patient a été aussi hospitalisé dans une spécialité psychiatrique ou pour des parties d'un séjour de longue durée.

En général, le diagnostic d'admission vérifié est un code ICD-10-CM valide identique au diagnostic principal de la première spécialité. Il existe quelques exceptions à la règle selon laquelle le diagnostic d'admission vérifié est identique au diagnostic principal de la première spécialité. Celles-ci sont présentées en détail dans les directives d'enregistrement RHM.

En ce qui concerne les règles de codage à l'aide des codes de la classification ICD-10-CM, le diagnostic d'admission vérifié est soumis aux mêmes directives de codage que le diagnostic principal. Par exemple, si les règles de codage interdisent l'usage d'un code en diagnostic principal comme c'est par exemple le cas pour les codes de manifestation, ce code ne pourra pas non plus figurer comme diagnostic d'admission vérifié. Les règles qui président à la sélection du diagnostic principal, et donc également à la sélection du DAV sont décrites en détail ci-dessous.

3.2. Diagnostic principal du séjour

En pratique le terme "Diagnostic Principal du séjour", souvent utilisé par les codeurs lors du codage, correspond au DAV utilisé dans l'enregistrement.

Le diagnostic principal du séjour est défini comme "l'affection, établie après étude comme étant principalement responsable de l'admission du patient pour une prise en charge à l'hôpital".

Ce diagnostic est habituellement mentionné en premier lieu dans la liste des diagnostics établis par le médecin, mais pas toujours; le codeur doit revoir l'ensemble du dossier du patient pour déterminer selon les règles de codage quelle affection sera sélectionnée comme diagnostic principal du séjour. Le diagnostic principal du séjour est celui qui motive la décision d'hospitalisation, ce n'est pas nécessairement le diagnostic qui explique la plus longue durée de séjour, ni le diagnostic principal de la première spécialité.

Dans la définition du diagnostic principal du séjour, les mots "après étude" sont importants mais leur signification prête parfois à confusion. Il ne s'agit pas nécessairement du diagnostic d'admission qui, lui, est posé à l'arrivée du patient à l'hôpital, mais bien du diagnostic qui est découvert après mise au point ou même après chirurgie et qui s'avère être la raison de l'admission. Le fait de coder par spécialité ne change rien à cette logique.

Par exemple :

- Il peut s'avérer qu'un patient, admis pour rétention urinaire, souffre en fait d'une hypertrophie de la prostate. Dans ce cas, c'est l'hypertrophie de la prostate, qui a causé la rétention urinaire, qui est le diagnostic principal du séjour sauf si cette hypertrophie prostatique est connue, qu'elle n'a pas fait l'objet de nouvelles évaluations et que le traitement n'a été dirigé que vers la rétention urinaire.
- Un patient est admis pour douleur abdominale sévère. Le taux de globules blancs s'élève à 16.000 cellules/mm³, avec une formule altérée (prédominance de polynucléaires neutrophiles). Le patient est admis en chirurgie, où une appendicectomie est réalisée pour une appendicite aiguë et perforée. Après étude, le diagnostic principal du séjour est l'appendicite aiguë perforée.
- Un patient est admis pour douleur abdominale sévère dans le quadrant inférieur droit et un diagnostic d'admission d'appendicite aiguë probable est posé. Le taux de globules blancs est légèrement élevé. Le patient est opéré. On trouve un appendice normal mais par contre, on enlève un diverticule de Meckel qui présente une inflammation. Après étude, le diagnostic principal de ce séjour est une diverticulite de Meckel (par l'index: Meckel's diverticulitis, diverticulum Q43.0).

Les conventions de codage présentes au sein de la classification ICD-10-CM (dans la liste systématique et l'index alphabétique) ont toujours la priorité sur toutes les autres règles. Une documentation complète et cohérente dans le dossier du patient est importante pour une application correcte de toutes les directives de codage.

3.3 Cas particuliers

Admission via les urgences:

- Un patient consulte aux urgences pour température et otalgies, le diagnostic d'otite moyenne aiguë est posé. L'affection ne nécessite pas une hospitalisation. Des antibiotiques à prendre par voie orale sont prescrits. Cependant, à l'examen clinique, le médecin est intrigué par une masse pulsatile au niveau de l'abdomen et suspecte un anévrisme aortique. Le médecin urgentiste stipule en conclusion de sa note d'urgence que l'admission en hospitalisation est motivée par la nécessité de faire une mise au point de cet anévrisme suspecté. Le patient est hospitalisé dans le service de chirurgie vasculaire. Le diagnostic principal du séjour/DAV sera l'anévrisme de l'aorte abdominale.

- Un patient consulte aux urgences pour température et otalgies, le diagnostic d'otite moyenne aiguë est posé. L'affection nécessite l'administration d'antibiotique en intraveineux en hospitalisation. A côté de cette affection, le médecin est intrigué par une masse pulsatile au niveau de l'abdomen. Le médecin urgentiste stipule en conclusion de sa note que l'admission en hospitalisation est motivée par l'otite mais que l'avis du chirurgien est requis pour une masse pulsatile abdominale suspecte afin d'exclure un anévrisme. Le patient est hospitalisé dans le service d'ORL. Le diagnostic principal du séjour/ DAV est dans ce cas l'otite moyenne aiguë.

Admission via l'hôpital de jour:

Concernant le choix du diagnostic principal du séjour / DAV lorsqu'un patient est admis de façon planifiée en hôpital de jour, que cette hospitalisation se transforme ensuite en hospitalisation classique, et dans le cas où pour ces deux hospitalisations une seule facture est établie, le diagnostic principal du séjour / le DAV est l'affection médicale, établie après étude, qui a justifié l'admission en hospitalisation classique. (Veuillez vous référer aux instructions des directives d'enregistrement RHM)

- Si la raison de l'admission en hospitalisation classique est une complication postopératoire de la procédure effectuée en hospitalisation de jour, la complication est mentionnée comme DAV (dans le cas où, pour ces deux hospitalisations, une seule facture est établie).
- Si la raison de l'hospitalisation est une autre affection, non liée à la chirurgie, cette pathologie est mentionnée comme DAV (dans le cas où, pour ces deux hospitalisations, une seule facture est établie).

3.4 Règles officielles pour désigner le diagnostic principal

Les règles officielles pour désigner le diagnostic principal qui suivent sont d'application pour tous les systèmes anatomiques et toutes les étiologies. Les règles qui s'appliquent uniquement à certains systèmes anatomiques ou à certaines étiologies spécifiques sont discutées dans les chapitres correspondants de ce manuel.

1. Deux diagnostics ou plus qui répondent de façon équivalente à la définition du diagnostic principal

principal : Dans la situation inhabituelle où deux diagnostics ou plus rencontrent de façon équivalente les critères du diagnostic principal tels que déterminés par les circonstances de l'admission, par la mise au point et/ou les traitements fournis, chaque diagnostic peut être enregistré indifféremment en premier lieu lorsque ni l'index alphabétique, ni la liste systématique ne fournissent d'indications contraires. Cependant si le traitement est principalement orienté vers une des deux affections, celle-ci doit être désignée comme le diagnostic principal. De plus, si une autre directive de codage (générale ou spécifique d'une maladie) fournit un ordre de codage, cette directive doit être suivie.

Exemple 1: Un patient est admis pour angor instable et insuffisance cardiaque aiguë congestive. L'angor instable est traité par des dérivés nitrés et du Furosémide intraveineux est donné pour l'insuffisance cardiaque. Les deux diagnostics répondent à la définition du diagnostic principal de façon équivalente, l'un comme l'autre peut être enregistré en diagnostic principal.

Exemple 2: Un patient est admis pour fibrillation auriculaire aiguë avec réponse ventriculaire rapide et est également en insuffisance cardiaque avec un œdème pulmonaire. Le patient reçoit de la digitaline pour diminuer la fréquence cardiaque et du Furosémide intraveineux pour réduire l'œdème pulmonaire

cardiogénique. Les deux affections répondent à la définition du diagnostic principal de façon équivalente, l'une comme l'autre peut être enregistrée en diagnostic principal.

Exemple 3: Un patient est admis pour douleur abdominale sévère, nausées et vomissements dus à une pyélonéphrite aiguë et une diverticulite. Les deux affections sous-jacentes sont traitées et le médecin juge qu'elles répondent toutes les deux à la définition du diagnostic principal de façon équivalente. Dans cette situation, tant une affection que l'autre peut être enregistrée comme diagnostic principal du séjour.

2. Deux (ou plusieurs) affections comparables ou diagnostics différentiels: Dans le rare cas où deux ou plusieurs diagnostics comparables ou différentiels sont documentés comme probables ("soit/ou" ou une terminologie semblable), ces diagnostics sont codés comme s'ils étaient confirmés et le diagnostic principal est désigné en fonction des circonstances de l'admission, de la mise au point et/ou du traitement fourni. Quand il n'est pas possible de déterminer lequel de ces diagnostics répond le mieux aux critères du diagnostic principal, chacun des diagnostics peut être mentionné en premier lieu.

Exemple 1: Un patient est admis avec les mêmes plaintes que celles mentionnées ci-dessus dans l'exemple 3 et le diagnostic final est "soit une pyélonéphrite aiguë, soit un diverticule du colon". Le patient est traité de manière symptomatique et sort avec une mise au point complémentaire prévue. Dans ce cas, les deux affections répondent de manière équivalente aux critères du diagnostic principal, et l'une comme l'autre peut être désigné comme le diagnostic principal.

Exemple 2: Le traitement d'un autre patient ayant les mêmes symptômes et mêmes diagnostics différentiels est orienté surtout entièrement vers la pyélonéphrite aiguë, indiquant que le médecin considère cette affection comme étant probablement, après étude, la pathologie qui a causé l'admission. Dans ce cas, les deux affections sont codées, mais la pyélonéphrite aiguë est codée comme diagnostic principal en raison des circonstances d'admission.

3. Un symptôme comme diagnostic principal du séjour /DAV

Voir chapitre des signes et symptômes.

4. Traitement prévu non réalisé: Au cas où le traitement prévu ne peut être réalisé en raison de circonstances imprévues, les critères de choix du diagnostic principal ne changent pas. L'affection qui (après étude) a justifié l'admission est désignée comme diagnostic principal même si le traitement prévu n'a pas été réalisé.

Exemple 1: Un patient est admis pour résection transurétrale de la prostate (TURP) dans le cadre d'une hypertrophie bénigne prostatique. Peu après son admission, avant son entrée en salle d'opération, le patient tombe et se fracture le fémur gauche. La résection de prostate (TURP) est annulée; le traitement de la fracture de la hanche est réalisé le jour suivant. Le diagnostic principal du séjour/DAV reste l'hypertrophie de prostate même si cette affection n'a pas été traitée.

Exemple 2: Une patiente est admise pour mastectomie radicale modifiée dans le cadre d'un cancer du sein confirmé par biopsie réalisée en ambulatoire. Le lendemain matin, avant que la médication préopératoire ne soit administrée, la patiente déclare qu'elle refuse l'intervention jusqu'à ce qu'elle puisse considérer de manière plus approfondie toutes les alternatives possibles à ce traitement. Aucun traitement n'est donné et la patiente sort. Le cancer du sein reste le diagnostic principal du séjour/DAV car c'est l'affection qui a justifié l'admission même si aucun traitement n'a été donné.

4. AUTRES DIAGNOSTICS (DIAGNOSTICS SECONDAIRES)

Les autres diagnostics à enregistrer, ou diagnostics secondaires du séjour, sont définis comme les affections qui coexistent au moment de l'admission, ou qui se développent par la suite, et qui affectent les soins prodigués au patient durant l'hospitalisation actuelle. Les diagnostics qui n'ont pas d'impact sur les soins apportés au patient durant le séjour hospitalier ne sont pas enregistrés même s'ils sont présents. Les diagnostics liés à un épisode de soins antérieur et qui n'ont pas d'influence sur l'épisode de soins actuel, ne sont pas enregistrés.

La définition des diagnostics secondaires inclut uniquement les affections qui affectent l'épisode de soins actuel d'une des façons suivantes:

- Evaluation clinique
- Traitement
- Evaluation complémentaire par des études à visées diagnostiques, des procédures ou des consultations
- Allongement de la durée de séjour
- Accroissement de la charge infirmière et/ou autre monitoring

Tous ces facteurs s'expliquent d'eux-mêmes, excepté le premier. L'évaluation clinique signifie que le médecin est conscient du problème et l'évalue par des tests, des consultations ou une observation clinique rapprochée de l'affection du patient. Dans la plupart des cas, l'affection d'un patient évaluée cliniquement répondra également à l'un ou l'autre des autres critères.

Notez que l'examen physique seul ne remplit pas le critère d' "évaluation complémentaire" ou d' "évaluation clinique"; l'examen physique fait partie intégrante de chaque admission à l'hôpital.

4.1. Directives concernant les diagnostics secondaires

Les directives et exemples qui suivent doivent être étudiés attentivement pour comprendre le raisonnement qui sous-tend le choix des diagnostics secondaires à enregistrer:

1. Affections antérieures. Le médecin inclut parfois dans la liste des diagnostics des antécédents ou un statut post-procédural concernant des procédures réalisées lors d'une hospitalisation antérieure, et qui n'ont aucun impact sur le séjour actuel. De telles affections ne sont pas enregistrées. Cependant, les codes d'antécédent (catégories Z80-Z87, sous-catégories Z91.4- Z91.5- et Z91.8, et la catégorie Z92) peuvent être utilisés comme diagnostic secondaire si l'antécédent ou l'histoire familiale a un impact sur les soins actuels ou une influence sur le traitement.

Exemple: Un patient est admis pour infarctus aigu du myocarde. Le médecin note dans les antécédents que le patient a un statut post cholécystectomie et qu'il a été hospitalisé pour pneumonie il y a un an. A la sortie, le médecin rapporte les diagnostics finaux comme suit: "infarctus aigu du myocarde, un statut post-cholécystectomie et antécédent de pneumonie". Seul l'infarctus aigu du myocarde est codé et enregistré; les autres affections mentionnées dans la liste des diagnostics n'ont aucun impact sur l'épisode de soins actuel.

2. Les autres diagnostics sans documentation étayant l'enregistrement: Si le médecin a inclus un diagnostic dans la liste finale des diagnostics au niveau de la lettre de sortie, il doit habituellement être codé. Cependant, s'il n'existe pas de documentation étayant ce diagnostic dans le dossier médical, le médecin doit être consulté pour voir si le diagnostic répond aux critères d'enregistrement des diagnostics secondaires. Si c'est le cas, il faut demander au médecin d'ajouter la documentation nécessaire. Enregistrer des pathologies, pour lesquelles il n'existe pas de documentation les corroborant, est en conflit avec les critères d'enregistrement du DM-RHM.

Exemple 1: Un enfant de 10 ans est hospitalisé pour une fracture ouverte du tibia-péroné à la suite d'un accident de vélo. Lors de l'examen clinique, le médecin note qu'il a un naevus sur la jambe et qu'il présente une petite hernie inguinale asymptomatique. Tous ces diagnostics sont mentionnés dans la lettre de sortie. La fracture est réduite par fixation interne, mais ni le naevus, ni la hernie ne sont traités, ni ne font l'objet d'une évaluation complémentaire au cours de cette admission. Le naevus et la hernie ne sont pas enregistrés car rien n'indique qu'ils ont un impact sur l'épisode de soins.

Exemple 2: Un patient est admis pour infarctus aigu du myocarde. Le médecin mentionne également dans le dossier un strabisme et un hallux valgus observés à l'examen clinique. La révision du dossier du patient révèle qu'aucune référence complémentaire n'est faite à ces affections en termes d'évaluation supplémentaire ou de traitement; c'est pourquoi aucun code n'est attribué pour le strabisme et pour l'hallux valgus.

3. Affections chroniques: Les critères de sélection pour les affections chroniques qui doivent être reprises comme diagnostics secondaires sont la sévérité de l'affection, la modification du traitement du diagnostic principal due à la présence de l'affection coexistante, par l'utilisation ou la prise en considération de mesures alternatives ou la majoration des soins infirmiers; l'utilisation de services diagnostiques ou thérapeutiques pour cette affection coexistante particulière; la nécessité d'un suivi rapproché de la médication du fait de cette affection coexistante ou une modification des plans de soins infirmiers suite à cette affection coexistante.

Certaines affections chroniques affectent le patient pour le restant de sa vie; de telles affections requièrent presque toujours une certaine forme d'évaluation clinique ou de monitoring continu durant l'hospitalisation et doivent de ce fait être codées. Ce conseil s'applique au codage de tous les patients hospitalisés. Par exemple, des affections chroniques systémiques telles que (liste non exhaustive) une hypertension, une maladie de Parkinson, une bronchopneumopathie chronique obstructive et un diabète sucré sont habituellement pertinentes pour le séjour et doivent généralement être codées, même en l'absence d'intervention ou de mise au point documentée.

Exemple 1: Un patient est admis à la suite d'une fracture de la hanche, et une maladie de Parkinson est notée à l'examen clinique et dans les antécédents. Les notes infirmières mentionnent que, suite à la maladie de Parkinson, le patient requiert des soins supplémentaires. Les deux diagnostics sont enregistrés.

Exemple 2: Un patient est admis pour diverticulite aiguë et le médecin documente un antécédent d'hypertension dans les notes d'admission. La révision du dossier montre que le traitement anti-hypertenseur habituel du patient a été donné tout au long du séjour. L'hypertension répond aux critères de codage.

Exemple 3: Une patiente est admise pour insuffisance cardiaque congestive. Elle souffre d'une hernie hiatale et d'une arthrite dégénérative connues. Aucune des deux affections ne bénéficie d'une mise au point ou d'un traitement complémentaire; par nature, ces pathologies ne requièrent pas d'évaluation clinique continue. Seul le code de l'insuffisance cardiaque est enregistré; les autres affections ne répondent pas aux critères de codage.

Exemple 4: Un patient diabétique de 60 ans est transféré pour le traitement d'un ulcère de pression. Dans les antécédents et à l'examen clinique, le médecin note que le patient présente une amputation sous le genou gauche, suite à une maladie vasculaire périphérique. Cette affection requiert une assistance infirmière complémentaire et est codée.

4. Les affections/symptômes qui font partie intégrante du processus de la maladie ne peuvent pas être enregistrés comme diagnostics secondaires, excepté si la classification donne d'autres instructions.

Exemple 1: Un patient est admis pour nausées et vomissements dus à une gastro-entérite infectieuse. Les nausées et vomissements sont des symptômes habituels d'une gastro-entérite infectieuse et ne sont pas codés.

Exemple 2: Un patient est admis pour douleur articulaire sévère et arthrite rhumatoïde. Les douleurs articulaires sévères sont une caractéristique de l'arthrite rhumatoïde et ne peuvent pas être codées.

Exemple 3: Un patient est envoyé pour mise au point de pollakiurie et un diagnostic d'hypertrophie bénigne de la prostate est posé. Bien que la pollakiurie soit un symptôme commun de l'hypertrophie bénigne de la prostate, les deux codes sont attribués car la note de l'instruction de la liste systématique sous le code N40.1 indique d'utiliser un code complémentaire pour identifier les symptômes associés lorsqu'ils sont spécifiés.

5. Les affections/symptômes qui ne font pas partie intégrante du processus de la maladie doivent être codés quand ils sont présents à condition qu'ils répondent aux critères de codage des diagnostics secondaires

Exemple: Un patient est admis par ambulance à la suite d'un accident vasculaire cérébral survenu sur son lieu de travail. Le patient était dans le coma mais a repris progressivement conscience. Le diagnostic de sortie est une thrombose cérébrovasculaire avec coma. Dans ce cas, le diagnostic de coma est codé comme diagnostic complémentaire car il n'est pas implicite, et pas toujours présent, dans les accidents cérébrovasculaires.

6. Résultats anormaux:

Les codes concernant les résultats anormaux (sections R70-R97) sont enregistrés pour des résultats non spécifiques de laboratoire, d'imagerie médicale, d'anatomo-pathologie et d'autres examens diagnostiques. Ces codes peuvent être utilisés uniquement si le médecin n'a pas pu déterminer de diagnostic expliquant ce résultat anormal, mais que le résultat a bien fait l'objet d'examens (de contrôles) supplémentaires et que ceux-ci ont bien été mentionnés par le médecin traitant dans le dossier du patient.

- Le codeur ne doit jamais attribuer un code uniquement sur base de résultats anormaux. Une valeur citée comme soit trop basse, soit trop haute, par rapport aux limites normales n'indique pas nécessairement qu'il y a un trouble. De nombreux facteurs influencent les valeurs d'un résultat de laboratoire; ceux-ci incluent

l'appareil utilisé pour le recueil de l'échantillon, les conditions de transport de l'échantillon au laboratoire, la calibration des machines qui lisent les valeurs et l'état du patient.

Exemple: Un patient âgé est admis pour malaise généralisé, fatigue et altération de l'état général. Un diagnostic d'hypothyroïdie est posé, pour lequel un traitement est instauré. A l'admission, le médecin traitant note une vitesse de sédimentation élevée et une élévation de la CRP. Il n'y a pas d'autres symptômes ou de signes d'infection ou d'inflammation. Le médecin traitant demande de vérifier ces paramètres pendant le séjour. Le troisième contrôle confirme finalement une normalisation de la CRP et de la vitesse de sédimentation. Aucun diagnostic n'a été posé et aucun traitement à l'égard de ces différents paramètres n'a été donné. Les codes R70.0 "Elevated erythrocyte sedimentation rate" et R79.82 "Elevated C-reactive protein (CRP)" sont ajoutés comme diagnostics secondaires.

- Si le dossier du patient mentionne des résultats sensiblement anormaux, que le médecin surveille ces résultats (ils sont contrôlés et discutés dans le dossier), que ceux-ci donnent lieu à des examens complémentaires, des consultations, ou un traitement, alors il est justifié que le codeur demande au médecin si un code de diagnostic correspondant doit être ajouté.

Exemple: Une dame âgée de 36 ans est admise pour douleurs dans le franc droit. Elle n'a pas de fièvre. L'analyse d'urine montre une hématurie microscopique. Le médecin pose le diagnostic de calcul au niveau de l'uretère. Le calcul est spontanément évacué et la douleur disparaît. La patiente continue de présenter des palpitations et une fatigabilité rapide à l'effort. La prise de sang révèle un hémocrite à 30 et un faible taux de fer. A l'anamnèse, il s'avère que la patiente a un cycle menstruel court avec des saignements excessifs. La patiente sortira de l'hôpital avec une demande de consultation chez un gynécologue pour ménorragie. Un diagnostic d'anémie n'est mentionné nulle part dans le dossier. Le codeur doit demander au médecin s'il s'agit ici d'une anémie ou s'il s'agit juste de résultats anormaux au niveau de la prise de sang.

- Des découvertes fortuites d'examens radiologiques telles qu'une hernie hiatale asymptomatique ou un diverticule ne peuvent pas être codées, excepté si une mise au point complémentaire ou un traitement sont réalisés durant le séjour ou planifiés à la sortie.

Exemple: Une radiographie de thorax, réalisée comme examen préopératoire de routine chez une personne âgée, révèle le tassement d'un corps vertébral. Le patient est asymptomatique, aucune évaluation complémentaire et aucun traitement ne sont réalisés. Il s'agit d'une découverte fortuite fréquente chez les personnes âgées, qui n'est pas significative pour cet épisode de soins.

5. PROCEDURES

Le DM-RHM exige que toutes les procédures significatives soient rapportées. La définition des procédures significatives pour le DM-RHM et les directives de codage qui s'y rapportent sont discutées dans les chapitres 8 à 11 de ce manuel, ainsi que d'autres informations sur le codage des procédures.

6. ETHIQUE DU CODAGE

Les données médicales codées, outre leur usage dans diverses situations interviennent également de plus en plus dans le financement des soins de santé.

Le choix correct du diagnostic principal, le codage approprié des diagnostics secondaires et des procédures sont autant d'éléments qui entrent en ligne de compte.

Un codage correct et éthique suppose que le codeur suive de manière scrupuleuse toutes les instructions reprises dans le manuel de codage ainsi que les directives officielles reprises dans ce manuel.

Il suppose le respect des règles et critères du DM-RHM.

L'usage par certains hôpitaux et pour des raisons internes de certains codes en dehors des règles de codage est autorisé pour autant que cette information puisse être maintenue en dehors du système d'enregistrement et qu'elle ne soit pas transmise au SPF Santé Publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement.

Table des matières

Chapitre 5:	50
Le dossier patient comme document de référence	50
1. Introduction	51
2. Contenu du dossier patient	52

Chapitre 5:

Le dossier patient comme document de référence

APERÇU DU CHAPITRE

- Le dossier patient dans son ensemble est le document de référence pour le codage.
- Le dossier patient contient différents rapports. Ceux-ci comprennent:
 - La raison pour laquelle le patient a été admis à l'hôpital
 - Les tests qui ont été réalisés et leurs résultats
 - Les traitements qui ont été administrés
 - La description des procédures chirurgicales
 - Le rapport journalier de l'évolution du patient
- Le rapport de sortie fournit une synthèse du séjour hospitalier du patient.

RESULTATS DE L'APPRENTISSAGE

Après l'étude de ce chapitre, vous devrez être capable de :

Expliquer ce qui est présent dans le dossier patient.

Comprendre ce qu'il est adéquat d'interroger le médecin à propos de sa documentation.

LES TERMES A CONNAITRE

Prestataire de soins

Un médecin ou tout autre personnel soignant qualifié qui est légalement responsable des soins qu'il administre au patient.

RAPPELEZ-VOUS

Le codeur doit s'assurer que la documentation contenue dans le dossier médical étaye les diagnostics ainsi que les procédures enregistrées dans le RHM.

1. INTRODUCTION

Le document de référence pour le codage et l'enregistrement des diagnostics et des procédures pertinents pour le séjour est l'ensemble du dossier patient. Bien que les diagnostics soient habituellement mentionnés dans un rapport de sortie ou dans une note d'évolution finale, une révision supplémentaire du dossier médical est souvent nécessaire pour assurer un codage complet et précis. Il arrive fréquemment que les interventions et les procédures ne soient pas mentionnées dans le rapport de sortie ou qu'elles n'y soient pas décrites de manière suffisamment détaillée, rendant impérative la consultation du protocole opératoire, d'autres rapports spécialisés ou des feuilles de nursing. Le cas échéant, l'ensemble du dossier devra être revu pour déterminer la raison spécifique du contact et les affections qui ont été investiguées et/ou traitées durant le séjour.

Les médecins omettent parfois de mentionner dans le rapport de sortie des affections qui répondent aux directives de codage, qui sont apparues pendant le séjour, mais qui ont été complètement résolues avant la sortie. Des affections telles qu'une infection urinaire ou une déshydratation, par exemple, ne sont souvent pas incluses dans le(s) (conclusions du) rapport de sortie, bien que les notes d'évolution en cours de séjour, les prescriptions médicales et les résultats de laboratoire indiquent clairement que ces affections ont été traitées. Le codeur ne peut pas enregistrer un diagnostic sur la seule base d'une prescription de médicaments par le médecin, sans que celui-ci ait posé le diagnostic de l'affection dans le dossier. S'il existe assez d'informations pour suggérer fortement qu'un diagnostic complémentaire qui n'a pas été explicitement posé dans le dossier médical devrait être enregistré, il faut consulter le médecin qui était en charge du patient lors de son séjour (médecin traitant). Le codeur ne peut enregistrer aucun diagnostic complémentaire qui ne figurait pas explicitement au dossier sans l'approbation du médecin responsable du séjour. Comme il arrive que les conclusions du rapport de sortie reprennent des diagnostics qui sont des antécédents ou des affections présentes mais qui ne sont pas nécessairement pertinents pour le séjour en terme de codage, une révision du dossier médical peut être requise pour déterminer si ces diagnostics doivent effectivement être codés pour cette admission.

Il est habituel de mentionner en premier lieu le diagnostic principal dans les conclusions du séjour. Cependant beaucoup de médecins ne sont pas au courant des règles de codage et d'enregistrement et par conséquent, cette habitude n'est pas toujours suivie. La désignation correcte du diagnostic principal/ diagnostic d'admission vérifié (DAV) du séjour est d'une importance capitale dans l'enregistrement des informations diagnostiques. Le codeur doit être certain que la documentation présente dans le dossier médical était la désignation du diagnostic principal/ diagnostic d'admission vérifié du séjour.

S'il apparaît qu'un autre diagnostic devrait être mentionné ou bien qu'une ou des affections non citées dans le dossier soient pertinentes pour le séjour et donc doivent être enregistrées, le codeur doit suivre les procédures en vigueur dans l'institution pour obtenir une confirmation écrite du médecin traitant autorisant que ces modifications/précisions soient apportées au dossier médical. Cette autorisation devra être archivée dans le dossier patient pour être consultable en cas d'audit.

2. CONTENU DU DOSSIER PATIENT

Les dossiers des patients contiennent une grande variété de rapports documentant la raison pour laquelle le patient est venu à l'hôpital, les examens réalisés et leurs résultats, les traitements administrés, la description des procédures chirurgicales et l'enregistrement quotidien de l'évolution du patient. Chaque rapport contient des informations importantes nécessaires à l'enregistrement et au codage précis du diagnostic principal, des autres diagnostics ainsi que des procédures réalisées.

Un certain nombre de rapports standards se retrouvent dans presque tous les dossiers patient mais d'autres rapports peuvent apparaître en fonction de l'affection pour laquelle le patient est traité, de l'étendue de la mise au point et du traitement fournis, et du type de documentation donné par le médecin en charge du patient. Par exemple, un médecin peut énumérer les diagnostics finaux dans le dossier d'admission sur une page de garde, dans les notes d'évolution, ou dans le rapport de sortie. Occasionnellement, les médecins spécialistes rapportent leurs avis parmi les notes d'évolution à la date de leur passage plutôt que dans un rapport spécialisé séparé.

L'examen du dossier patient devrait commencer par la lecture du rapport de sortie (s'il est disponible) car il offre normalement une vue d'ensemble du séjour hospitalier du patient, incluant la raison d'admission, les découvertes diagnostiques significatives, le(s) traitement(s) administré(s), l'évolution du patient à l'hôpital, le suivi prévu à sa sortie et la liste finale des diagnostics. La raison de l'admission (diagnostic principal/diagnostic d'admission vérifié) figure généralement sous ce titre en début du rapport ou dans la section "histoire de la maladie/antécédents", mais une révision de l'ensemble du dossier peut être nécessaire pour établir avec certitude le diagnostic qui répond effectivement aux critères d'enregistrement du diagnostic principal/diagnostic d'admission vérifié.

La section du rapport de sortie qui décrit l'évolution du patient à l'hôpital indique habituellement les traitements qui ont été donnés ainsi que les mises au point complémentaires qui ont été réalisées. Elle est particulièrement utile de déterminer si tous les diagnostics mentionnés répondent aux critères d'enregistrement et pour identifier les autres affections qui ne figurent pas nécessairement dans la liste énumérant les diagnostics finaux qui se situe habituellement en fin de rapport dans les conclusions de celui-ci, mais qui devraient cependant être enregistrées car elles répondent aux directives de codage des diagnostics secondaires.

Les feuilles de traitement (la liste quotidienne des médicaments administrés, généralement située dans le dossier infirmier) sont souvent utiles pour indiquer au codeur si le traitement a été administré ou non, cependant le codeur ne peut pas supposer la présence d'un diagnostic uniquement sur la base d'une administration de médicament ou uniquement sur base de la mention de résultats anormaux dans un rapport diagnostic. Si les résultats des tests sont en dehors des limites normales et que le médecin a demandé d'autres tests pour évaluer l'affection, ou prescrit un traitement, il est approprié d'interroger le médecin pour voir si le diagnostic devrait être ajouté.

De plus, les diagnostics mentionnés dans le rapport de sortie ne contiennent pas toujours l'information suffisante pour fournir les spécificités requises par le codage. Cependant ces diagnostics peuvent souvent

être codés de façon plus précise en se référant à des rapports d'examens complémentaires, moyennant approbation de la part du médecin traitant.

Notez dans les exemples suivants la variation dans la désignation du code quand, après confirmation du médecin traitant, plus d'informations sont disponibles:

- Rapport de sortie: Cancer du col (C53.9)
Rapport anatomopathologique: Carcinome in situ du col utérin
Diagnostic final attribué après approbation du médecin traitant: Carcinome in situ du col (D06.9)
- Rapport de sortie: Infection urinaire (N39.0)
Rapport du laboratoire: EMU: Culture positive pour E Coli + de 100.000 colonies
Diagnostic final attribué après approbation du médecin traitant: Infection urinaire à E. coli (N39.0 + B96.20)
- Rapport de sortie: Pneumonie (J18.9)
Rapport du laboratoire: Crachat: quelques coques gram positifs à l'examen direct, culture: croissance de rares colonies de staphylocoques blancs.
Diagnostic final attribué après approbation du médecin traitant: Pneumonie sans germe identifié (J18.9).
Dans ce cas-ci, le médecin a considéré les germes détectés au laboratoire comme des contaminants.
- Diagnostic: Fracture du fémur, contact initial (S72.90XA)
Protocole de radiologie: Fracture ouverte du col fémoral droit, sous-trochantérienne
Diagnostic final attribué après approbation du médecin traitant: Fracture ouverte du col fémoral droit, sous-trochantérienne, contact initial (S72.21XB)

L'attribution d'un code se base généralement sur la documentation rédigée par le médecin en charge du patient. Il est également approprié de se baser sur la documentation des autres médecins (par exemple, des consultants, des résidents, l'anesthésiste) impliqués dans les soins et traitement du patient pour attribuer un code, pour autant que ces informations ne soient pas en conflit avec celles mentionnées par le médecin en charge du patient. Il n'est pas nécessaire de contacter le médecin en charge du patient si un médecin impliqué dans les soins et traitement du patient (y compris dans le cas d'un médecin consultant) a documenté un diagnostic et que celui-ci ne rentre pas en conflit avec un diagnostic rapporté dans le dossier par un autre médecin. S'il existe des contradictions entre les diagnostics rapportés au dossier par différents médecins, le médecin traitant doit être interrogé pour clarifier la situation car en fin de compte, c'est lui qui est responsable du diagnostic final.

Si le médecin traitant ne confirme pas que les découvertes anatomopathologiques ou radiologiques correspondent à une affection spécifique, il faut l'interroger à propos de la signification clinique de ces résultats et la pertinence de les enregistrer dans le RHM en tant que résultats anormaux d'examen. Bien que le pathologiste et le radiologue fournissent une interprétation écrite de la biopsie tissulaire ou de l'image radiologique, ceci n'est pas équivalent au diagnostic médical du médecin traitant qui se base lui sur l'image clinique complète du patient. Le médecin traitant est responsable de, et directement impliqué dans les soins et le traitement du patient. L'interprétation d'un échantillon isolé par le pathologiste ou l'interprétation d'une image par le radiologue, qui ne disposent souvent pas de l'ensemble du contexte clinique entourant cet échantillon/ce cliché, n'est pas identique à un diagnostic fourni par un médecin directement impliqué dans les soins au patient. En effet, les résultats d'examens désignent rarement une et une seule affection: la localisation de la biopsie, pas toujours fournie au pathologiste, a une grande importance, de même que le

mode de prélèvement et de conservation de l'échantillon, les traitements reçus précédemment pouvant affecter l'apparence microscopique ou radiologique des lésions, etc.

Les résultats d'examen doivent donc toujours être mis en perspective du contexte global du patient par le médecin ayant celui-ci en charge pour être correctement interprétés.

A l'inverse, les rapports d'examen peuvent offrir des précisions supplémentaires par rapport au diagnostic initial du médecin. Par exemple, si le médecin traitant note "masse dans le sein" et que le pathologiste document "carcinome du sein". Ces informations étant contradictoires, le codage requiert ici une clarification de la part du médecin traitant.

Table des matières

Chapitre 6:	56
Etapes de base du codage ICD-10-CM.....	56
1. Introduction	57
2. Localisez l'entrée du code dans l'index alphabétique.....	57
3. Vérifiez le code dans la liste systématique	58
4. Démonstrations de codage	59

APERÇU DU CHAPITRE

- Il y a 3 étapes de base pour localiser les codes à attribuer.
 - Localiser le terme principal dans l'index alphabétique. Chercher s'il existe des sous-termes, des notes ou des références croisées.
 - Vérifier le code dans la liste systématique.
 - Attribuer le ou les code(s) qui ont été vérifié(s).
- Il est important de comprendre les techniques de base du codage avant de passer à la partie plus difficile des chapitres de ce manuel qui correspondent aux systèmes.

RESULTATS DE L'APPRENTISSAGE

Après l'étude de ce chapitre, vous devrez être capable de :

Localiser les entrées des codes dans l'index alphabétique.

Déterminer la marche à suivre quand il existe des discordances entre l'index alphabétique et la liste systématique.

Pouvoir effectuer le codage de base.

LES TERMES A CONNAITRE

L'Index alphabétique des Maladies et Traumatismes et l'Index des Causes Externes

incluent des entrées pour des termes principaux (maladies, affections ou traumatismes) et des sous-termes (site, type ou étiologie), le tableau des Néoplasmes et la Table des Médicaments et Produits chimiques.

La liste systématique

contient les catégories, sous-catégories et les codes valides.

RAPPELEZ-VOUS

Vous ne pouvez pas commencer à coder tant que vous n'avez pas déterminé quel est le diagnostic principal et quels sont les autres diagnostics à enregistrer sur base du dossier du patient.

1. INTRODUCTION

Une fois que le dossier du patient a été passé en revue pour déterminer le diagnostic principal/diagnostic d'admission vérifié et les autres diagnostics à enregistrer (diagnostics secondaires), il faut entreprendre les étapes qui suivent pour localiser les codes à attribuer :

1. Localiser le terme principal dans l'index alphabétique.
 - Passer en revue les sous-termes et les modificateurs non essentiels liés au terme principal.
 - Suivre toutes les instructions de référence croisée.
 - Se référer à toutes les notes de l'index alphabétique.
 - Un tiret (-) à la fin d'une entrée de l'index indique que des caractères complémentaires sont requis.
2. Vérifier le code dans la liste systématique.
 - Lire l'intitulé du code.
 - Lire et suivre toutes les notes d'instruction. Se référer aux autres codes comme mentionné.
 - Déterminer si un caractère complémentaire doit être ajouté.
 - Déterminer la latéralité (droit ou gauche) et toute extension qui soit d'application.
3. Attribuer le ou les code(s) qui ont été vérifié(s).

Il est impératif que ces étapes soient suivies sans exception; l'affection qui doit être codée doit d'abord être localisée dans l'Index alphabétique et ensuite vérifiée dans la liste systématique. Se fier à sa mémoire ou utiliser uniquement l'index ou la liste systématique peut conduire à une attribution incorrecte du code.

2. LOCALISEZ L'ENTREE DU CODE DANS L'INDEX ALPHABETIQUE

La première étape du codage consiste à localiser le terme principal dans l'index alphabétique. Dans l'index alphabétique de l'ICD-10-CM, l'affection est mentionnée comme le terme principal, habituellement exprimée par un substantif. Des termes généraux, tels que "admission", "encounter" (contact) et "examination" (examen) sont utilisés pour localiser des entrées pour des codes de la section Z. Certaines affections sont indexées sous plus d'un terme principal. Par exemple, une réaction anxieuse peut être localisée dans l'index sous l'une des deux entrées suivantes :

```
Anxiety ...  
-reaction F41.1  
  
Reaction ...  
-anxiety F41.1
```

Si un terme principal ne peut être localisé, le codeur doit envisager un synonyme, un éponyme ou un autre terme alternatif. Une fois que le terme principal est localisé, il faut chercher les sous-termes, les notes et les références croisées. Les sous-termes fournissent de nombreux types d'informations plus spécifiques et doivent être vérifiés attentivement, en suivant toutes les règles de l'index alphabétique. Le code fourni par le terme principal ne devrait pas être assigné tant que toutes les possibilités des sous-termes n'ont pas été épuisées.

Au cours de ce processus, il peut être nécessaire de consulter à nouveau le dossier médical pour voir si des informations complémentaires permettant d'attribuer un code plus spécifique ne sont pas disponibles. S'il n'est pas possible de localiser un sous-terme, il faut passer en revue les modificateurs non essentiels qui suivent le terme principal pour voir si le sous-terme n'est pas inclus dans ceux-ci. Sinon, il faut envisager des termes alternatifs.

Exercice 6.1

Sans vous référer à l'Index alphabétique des Maladies et des Traumatismes, souligner le mot indiquant le terme principal pour chaque diagnostic.

1. Acute myocardial infarction (Infarctus myocardique aigu)
2. Chronic hypertrophy of tonsils and adenoids (Hypertrophie chronique des amygdales et des végétations)
3. Acute suppurative cholecystitis (Cholécystite aiguë suppurée)
4. Syphilitic aortic aneurysm (Anévrisme syphilitique de l'aorte)
5. Normal, spontaneous delivery, full-term infant (Accouchement normal spontané, à terme)
6. Drug overdose due to barbiturates (Surdosage médicamenteux aux barbituriques)
7. Urinary tract infection due to E.coli (Infection urinaire à E Coli)
8. Hemorrhagic pneumonia (Pneumonie hémorragique)
9. Admission for adjustment of artificial arm (Admission pour ajustement de bras artificiel)
10. Bilateral inguinal hernia (Hernie inguinale bilatérale)

3. VERIFIEZ LE CODE DANS LA LISTE SYSTEMATIQUE

Une fois que l'entrée du code a été localisée dans l'index alphabétique, le codeur doit se référer dans la liste systématique au code mentionné; un code ne doit pas être attribué sans cette vérification. En plus de l'intitulé du code, il peut être nécessaire que le codeur revoie les titres du chapitre, de la section et de la catégorie auxquels le code appartient pour s'assurer que le code correct a été identifié. L'intitulé de la liste systématique ne correspond pas toujours mot pour mot à l'entrée de l'index alphabétique. Il est généralement clair s'il s'agit ou non du code adéquat pour cette affection. Par exemple :

- Dans la liste systématique, le code d'appendicite (K37) possède le modificateur complémentaire "unspecified" (non spécifié). Ceci doit alerter le codeur qu'il doit regarder ailleurs lorsque le type d'appendicite est précisé dans le dossier du patient.
- Les règles douloureuses (N94.6) ont comme intitulé " Dysmenorrhea, unspecified" dans la liste systématique. Bien que l'intitulé de la liste systématique ne soit pas identique au terme de l'index alphabétique, il est clair qu'il s'agit du bon code pour cette affection.

Toute discordance significative entre l'entrée de l'index et l'intitulé de la liste systématique doit alerter le codeur sur la nécessité de retourner à l'index alphabétique pour y rechercher un terme plus approprié.

Tous les termes et toutes les notes d'instruction doivent être lus et suivis, lorsqu'ils s'appliquent, en donnant une attention particulière aux notes d'exclusion. Habituellement dans l'Index, le code mentionné à côté de l'entrée du terme principal est celui de l'affection non spécifiée. Il est important de revoir les autres codes dans cette zone de l'index pour déterminer si un code plus spécifique ne pourrait pas être attribué.

4. DEMONSTRATIONS DE CODAGE

Suivez les étapes décrites ci-dessus pour déterminer le code correct de chacun des diagnostics mentionnés ci-dessous :

- **Hirsutisme**

Référez-vous au terme principal "Hirsutism" dans l'index alphabétique, qui fournit le code L68.0. Notez qu'il n'y a aucun sous-terme. Vérifiez ceci en vous référant au code L68.0 de la liste systématique. Dans ce cas, l'entrée de l'index et l'intitulé de la liste systématique sont identiques et le code L68.0 doit être attribué.

- **Obstruction de la veine porte**

Référez-vous au code I81 via le terme principal "Obstruction" dans l'index alphabétique, et le sous-terme "portal (circulation)(vein)". Une note d'inclusion de la liste systématique indique "portal (vein) obstruction". Si vous n'êtes pas certain que thrombose et obstruction désignent la même affection pour le codage, vérifiez dans l'index le terme principal "Thrombosis" (thrombose).

- **Abscès de la paroi abdominale à staphylocoque**

Consultez le terme principal "Abscess", et ensuite le sous-terme "abdomen, abdominal", et ensuite le sous-terme "wall" . Le code proposé est L02.211. Lisez la note "utilisez un code complémentaire" dans la liste systématique qui vous conseille d'attribuer également un code pour identifier le germe responsable (B95-B96).

Indice: si vous éprouvez des difficultés pour localiser cette note, vous la trouverez sous le titre de la catégorie L02. Consultez le terme "Infection, staphylococcal" et le sous-terme "as cause of disease classified elsewhere" et trouvez le code B95.8 qui est attribué dans la liste systématique. L'intitulé du code est "Unspecified staphylococcus as the cause of diseases classified elsewhere". Revoyez le dossier du patient à la recherche d'une mention du type spécifique de staphylocoque impliqué dans l'infection.

Si le type est mentionné, considérez les codes B95.61, B95.62 ou B95.7; si non, attribuez le code B95.8 comme code complémentaire.

- **Aplasia de l'artère pulmonaire**

Référez-vous au terme principal "Aplasia". Vérifiez les sous-termes et remarquez qu'il n'y a pas d'entrée pour l'artère pulmonaire mais qu'il existe une référence croisée "see also Agenesis". Suivez le conseil de cette référence croisée et référez-vous à "Agenesis". Vous y verrez immédiatement un sous-terme plus spécifique pour "artery, pulmonary" avec le code Q25.79. Dans la liste systématique, l'intitulé de ce code est "Other congenital malformations of pulmonary artery" et il s'agit clairement du code correct pour cette affection. Comme confirmation supplémentaire qu'il s'agit du code correct, la mention "agénésie de l'artère pulmonaire" est reprise dans ses termes d'inclusion.

- **Bronchopneumonie aiguë due à l'aspiration d'huile**

Repérez le terme principal "Bronchopneumonia" dans l'index alphabétique. Notez l'instruction de référence croisée vers "see Pneumonia, broncho". Suivez cette référence croisée en consultant le terme principal "Pneumonia (acute) (double) (migratory)". Notez que le terme "aiguë" est un modificateur non essentiel mentionné entre parenthèses sous le terme principal "Pneumonie". Il s'applique également au sous-terme, donc le terme "aiguë" a à présent également été pris en compte mais il n'affecte pas directement le choix du code. Référez-vous aux sous-termes qui suivent et qui sont mentionnés sous le terme principal:

Pneumonia (acute) (double) (migratory)

-broncho-, bronchial (confluent) (croupous)

(diffuse) (disseminated) (hemorrhagic)

-aspiration - see Pneumonia, aspiration

Notez la référence croisée "see Pneumonia, aspiration". Référez-vous au sous-terme "aspiration" et localisez le code J69.0. Cherchez parmi le terme principal et les sous-termes cités plus haut et soulignez les parties qui composent le diagnostic qui ont été localisées jusqu'à présent. Notez que toutes les composantes du diagnostic ont été localisées, excepté "of oil". Référez-vous à nouveau au terme "Pneumonia, aspiration", et vous verrez qu'il existe ici des sous-termes complémentaires sous les termes de liaison "due to" avec un sous-terme pour "oils and essences" qui vous conduit au code J69.1. Référez-vous au code J69.1 dans la liste systématique et notez que l'intitulé de ce code est "Pneumonitis due to inhalation of oils and essences". Bien que l'intitulé ne soit pas formulé exactement de la même manière que le diagnostic, il existe une corrélation si proche qu'il est clair qu'il s'agit du code qui doit être attribué. Attribuez le code J69.1 parce qu'il couvre tous les éléments du diagnostic et qu'aucune note d'instruction ne contredit son usage, précédé du code T65.891 cf. la note d'instruction "Code first (T51-T65) to identify substance".

Exercice 6.2

En vous servant de l'index et la liste systématique, codez les diagnostics qui suivent.

1. Hypertrophie chronique des amygdales et des végétations
2. Maladie fibrokystique du sein (féminin)
3. Mastoïdite aiguë suppurative avec abcès sous-périostal
4. Hernie inguinale gauche, directe, récurrente, avec gangrène
5. Infection aiguë des voies respiratoires supérieures associée à la grippe
6. Kyste bénin du sein droit
7. Hallux valgus, gros orteil droit
8. Fracture d'abduction de la colonne acétabulaire antérieure, non déplacée
Contact subséquent avec consolidation normale
9. Bronchectasies avec bronchite aiguë
10. Ulcère peptique aigu hémorragique
11. Démence avec comportement agressif
12. Dégénérescence héréditaire de la rétine

Solutions des exercices

Exercice 6.1

Sans vous référer à l'Index alphabétique des Maladies et des Traumatismes, souligner le mot indiquant le terme principal pour chaque diagnostic.

1. Acute myocardial infarction (Infarctus myocardique aigu)
2. Chronic hypertrophy of tonsils and adenoids (Hypertrophie chronique des amygdales et des végétations)
3. Acute suppurative cholecystitis (Cholécystite aiguë suppurée)
4. Syphilitic aortic aneurysm (Anévrisme syphilitique de l'aorte)
5. Normal, spontaneous delivery, full-term infant (Accouchement normal spontané, à terme)
6. Drug overdose due to barbiturates (Surdosage médicamenteux aux barbituriques)
7. Urinary tract infection due to E.coli (Infection urinaire à E Coli)
8. Hemorrhagic pneumonia (Pneumonie hémorragique)
9. Admission for adjustment of artificial arm (Admission pour ajustement de bras artificiel)
10. Bilateral inguinal hernia (Hernie inguinale bilatérale)

Exercice 6.2

En vous servant de l'index et la liste systématique, codez les diagnostics qui suivent.

1. <u>Hypertrophie</u> chronique des amygdales et des végétations	J35.3
2. <u>Maladie fibrokystique</u> du sein (féminin)	N60.19
3. <u>Mastoïdite</u> aiguë suppurative avec abcès sous-périostal	H70.019
4. <u>Hernie</u> inguinale gauche, directe, récurrente, avec gangrène	K40.41
5. <u>Infection</u> aiguë des voies respiratoires supérieures associée à la grippe	J11.1
6. <u>Kyste</u> bénin du sein droit	N60.01
7. <u>Hallux valgus</u> , gros orteil droit	M20.11
8. <u>Fracture</u> d'abduction de la colonne acétabulaire antérieure, non déplacée Contact subséquent avec consolidation normale	S32.436D
9. Bronchectasies avec <u>bronchite</u> aiguë	J47.0
10. <u>Ulcère</u> peptique aigu hémorragique	K27.0
11. <u>Démence</u> avec comportement agressif	F03.91
12. <u>Dégénérescence</u> héréditaire <u>de la rétine</u>	H35.50

Table des matières

Chapitre 7:	65
Règles de base du codage ICD-10-CM.....	65
1. Introduction	66
2. Utilisez à la fois l'index alphabétique et la liste systématique.....	66
3. Attribuez les codes jusqu'au niveau de détail le plus élevé.....	66
4. Attribuez les codes résiduels (NEC et NOS) le cas échéant.....	67
5. Attribuez des codes combinés quand ils sont disponibles.....	68
6. Attribuez des codes multiples si nécessaire	68
6.1. Codage multiple obligatoire	69
6.2. Codage multiple éventuel	70
6.3. Evitez le codage multiple superflu	71
6.4. Latéralité	71
7. Codez un diagnostic non confirmé comme s'il était établi.....	71
7.1. "A exclure" versus "exclu"	72
7.2. Diagnostics "borderline"	72
8. Affections aiguës et chroniques	73
9. Affection imminente ou menaçante.....	74
10. Enregistrer plusieurs fois le même code diagnostic	74
11. Séquelles	75
11.1. Trouver les codes de séquelle	75
11.2. Deux codes requis	76
12. Séquelle versus maladie ou traumatisme actuel	77

Chapitre 7:

Règles de base du codage ICD-10-CM

APERÇU DU CHAPITRE

- Il existe des principes de base que tout codeur doit suivre.
- Il est important d'utiliser à la fois l'index alphabétique et la liste systématique durant le processus de codage.
 - Suivez toutes les notes d'instruction
 - Même si les codes habituels ont été mémorisés, référez-vous à l'index alphabétique et la liste systématique.
- Attribuez toujours les codes avec le niveau de détail le plus élevé.
 - Tous les caractères doivent être utilisés.
 - Aucun caractère ne peut être omis ou ajouté.
- Les codes NEC et NOS ne devraient être attribués que lorsque ceci est approprié.
- Les codes combinés doivent être utilisés quand ils sont disponibles.
 - Attribuer plusieurs codes quand cela est nécessaire pour décrire complètement la pathologie.
 - Eviter le codage d'informations non pertinentes.

RESULTATS DE L'APPRENTISSAGE

Après l'étude de ce chapitre, vous devrez être capable de:

- Déterminer le niveau de détail à attribuer à un code.
- Comprendre comment utiliser les codes combinés.
- Expliquer comment attribuer plusieurs codes pour décrire complètement une affection.
- Déterminer quelles conditions définissent si un diagnostic non confirmé est codé comme s'il s'agissait d'un diagnostic établi.
- Expliquer la différence entre "à exclure" et "exclu".
- Coder les diagnostics "borderline".
- Coder les affections aiguës et chroniques
- Coder une affection dite "imminente", "menaçante" ou "séquelle".

LES TERMES A CONNAITRE

Code combiné

Un code unique pour classer deux diagnostics, un diagnostic avec une affection secondaire ou un diagnostic avec une complication associée.

Not elsewhere classified (NEC)

Non classé ailleurs.

Not otherwise specified (NOS)

Non spécifié autrement.

"A exclure"

Signifie qu'un diagnostic est encore possible.

"Exclu"

Indique qu'après analyse, le diagnostic, qui, à un moment donné, a été considéré comme probable, n'est plus un diagnostic possible.

1. INTRODUCTION

Les directives de base de codage discutées dans ce chapitre s'appliquent à tout le système de classification ICD-10-CM. Il est vital de suivre ces principes pour sélectionner le code précis et séquencer les codes correctement. Les directives qui s'appliquent à des chapitres spécifiques de l'ICD-10-CM seront discutées dans les chapitres correspondants de ce manuel. Ce manuel a été préparé en utilisant la version 2014 des Directives Officielles de Codage de l'ICD-10-CM publiées par le Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) et le National Center for Health Statistics (NCHS). Les instructions et les conventions de la classification elle-même ont priorité sur les directives.

2. UTILISEZ A LA FOIS L'INDEX ALPHABETIQUE ET LA LISTE SYSTEMATIQUE

Les conventions de l'ICD-10-CM sont les règles générales d'utilisation de la classification, indépendamment des directives. Ces conventions sont incorporées dans l'index alphabétique et dans la liste systématique de l'ICD-10-CM sous forme de notes d'instruction.

Le premier principe de codage consiste à utiliser à la fois l'index alphabétique et la liste systématique pour trouver et attribuer les code appropriés. Le diagnostic, l'affection ou la raison de la visite qui doit être codé doit d'abord être repéré dans l'index et ensuite le code qui est proposé à cet endroit doit être vérifié dans la liste systématique. L'index ne fournit pas le code complet. La sélection du code complet, incluant la latéralité et tout 7^{ème} caractère éventuellement d'application, ne peut être faite qu'en utilisant la liste systématique. Le codeur doit suivre toutes les notes d'instruction pour s'assurer de ne pas omettre des sous-termes plus spécifiques ou d'autres notes d'instruction. Les codeurs expérimentés font parfois confiance à leur mémoire pour les codes utilisés fréquemment mais il est impératif de se référer systématiquement à l'index alphabétique et à la liste systématique, quelle que soit l'expérience du codeur.

3. ATTRIBUEZ LES CODES JUSQU'AU NIVEAU DE DETAIL LE PLUS ELEVE

Un second principe de base consiste à utiliser les codes jusqu'au plus grand nombre de caractères disponibles. Pour ce faire, il faut suivre ces étapes:

1. Attribuez un code de maladie à 3 caractères uniquement s'il n'existe pas de subdivision ultérieure (lorsqu'il n'y a pas de code à 4 caractères dans cette catégorie).
2. Attribuez un code à 4 caractères uniquement quand il n'existe pas de code à 5 caractères dans cette sous-catégorie.
3. Attribuez un code à 5 caractères uniquement quand il n'existe pas de code à 6 caractères dans cette sous-catégorie.
4. Attribuez un code à 6 caractères quand une sous-classification à 6 caractères est fournie.
5. Attribuez une valeur pour le 7ème caractère quand celle-ci est fournie.

Tous les caractères doivent être utilisés. Aucun caractère ne peut être omis et aucun ne peut être ajouté. La seule exception à cette règle est le caractère substitutif "X".

Pour les codes possédant moins de 6 caractères qui requièrent l'ajout d'un 7^{ème} caractère, un caractère substitutif "X" doit être attribué pour tous les caractères manquants pour constituer un code à 6 caractères. Le 7^{ème} caractère doit toujours occuper la 7^{ème} position dans le code. Un exemple de cette exception peut être observé au niveau des catégories T36-T50 (codes d'empoisonnement, réactions secondaires et sous-dosage).

Les exemples suivants illustrent ces principes de base du codage :

- Référez-vous à la liste systématique, catégorie J40, Bronchitis, not specified as acute or chronic. Le code J40 ne possède pas de subdivision à 4 caractères; dès lors, le code à 3 caractères est attribué.
- Référez-vous à la liste systématique, catégorie K35, Acute appendicitis. Cette catégorie comprend un 4^{ème} caractère indiquant la présence d'une péritonite généralisée ou localisée. Comme il existe une subdivision de 4 caractères, le code K35 ne peut être utilisé.
- Référez-vous à la liste systématique, catégorie J45, Asthma. La catégorie J45 a 5 subdivisions à 4 caractères (J45.2, J45.3, J45.4, J45.5 et J45.9). Elle utilise également une subdivision finale (à 5 ou 6 caractères) pour préciser la présence éventuelle d'un état de mal asthmatique ou d'une exacerbation aiguë. Pour assurer la précision du codage, toute assignation d'un code de la catégorie J45 doit contenir 5 caractères pour les sous-catégories J45.2-J45.5 ou 6 caractères pour la sous-catégorie J45.9.
- Référez-vous à la liste systématique, catégorie T27, Burn and corrosion of respiratory tract. La catégorie T27 possède 8 subdivisions à 4 caractères pour préciser si l'affection est une brûlure ou une corrosion et pour fournir des détails sur la partie des voies respiratoires atteinte. La note générale au niveau de la catégorie T27 indique également qu'il faut ajouter le 7^{ème} caractère approprié à chaque code de cette catégorie. Comme les codes de la catégorie T27 ont une longueur de 4 caractères seulement, le caractère substitutif "X" est utilisé pour occuper l'espace des 5^{ème} et 6^{ème} caractères avant que le 7^{ème} caractère ne puisse être ajouté. Par exemple, un contact initial pour brûlure du larynx et de la trachée serait codé T27.0XXA.

4. ATTRIBUEZ LES CODES RESIDUELS (NEC ET NOS) LE CAS ECHEANT

Le terme principal de l'entrée dans l'index alphabétique est généralement suivi du code de l'affection non spécifiée. Ce code ne devrait jamais être attribué sans une révision approfondie des sous-termes pour déterminer si un code plus spécifique ne peut pas être localisé. Quand après révision, le codeur ne peut trouver une entrée plus spécifique dans l'index, il faut revoir les intitulés et les notes d'inclusion dans la liste systématique dans les subdivisions sous le code à 3, 4, ou 5 caractères. Le code résiduel NOS (not otherwise specified/non spécifié autrement) ne devrait jamais être attribué quand un code plus spécifique est disponible. Les exemples qui suivent illustrent ce principe de base :

- Référez-vous à l'index alphabétique au terme "hématome non traumatique du sein", qui est classé comme N64.89. Cette affection est mentionnée comme "autre" affection spécifiée du sein. Même si le diagnostic est très spécifique, aucun code distinct n'est fourni.
- Référez-vous à l'index alphabétique au terme "phlébite". Notez que phlébite, non spécifiée autrement se code I80.9 "Phlebitis and thrombophlebitis of unspecified site".

Supposons maintenant que la révision du dossier du patient fournit plus de précisions et qu'il ne s'agit pas seulement d'une phlébite du membre inférieur, mais plus précisément encore, d'une phlébite de la veine poplitée droite. Il faut attribuer le code plus spécifique I80.221 "Phlebitis and thrombophlebitis of right popliteal vein".

5. ATTRIBUEZ DES CODES COMBINES QUAND ILS SONT DISPONIBLES

Un code unique qui est utilisé soit pour classer 2 diagnostics, un diagnostic avec un processus secondaire associé (manifestation) ou un diagnostic avec une complication associée est appelé un code combiné. Les codes combinés peuvent être repérés dans l'index en se référant aux sous-termes, particulièrement aux sous-termes qui suivent un terme de liaison tel que "with", "due to", "in", et "associated with". D'autres codes combinés peuvent être identifiés en lisant les notes d'inclusion et d'exclusion de la liste systématique.

Seul le code combiné est attribué lorsque ce code identifie complètement l'affection concernée ou quand l'index alphabétique indique de procéder de la sorte. Par exemple :

- Cholécystite aiguë avec cholélithiase (K80.00).
- Pharyngite aiguë due à une infection à streptocoque (J02.0).
- Hernie crurale bilatérale, récidivante, avec gangrène (K41.11).
- Glaucome avec augmentation de la pression veineuse épisclérale, œil gauche (H40.812).

Exercice 7.1

Codez les diagnostics suivants.

1. Influenza avec gastroentérite
2. Cholécystite aiguë avec cholélithiase et cholédocholithiase
3. Méningite à Salmonelle
4. Athérosclérose coronaire (vaisseau natif) avec angor instable

Occasionnellement, un code combiné ne possède pas la spécificité suffisante pour décrire la manifestation ou la complication; dans de tels cas, un code complémentaire peut être ajouté. Pour l'ajout d'un code complémentaire ou de codes qui apportent plus de spécificité, le codeur peut être aidé par les notes d'instruction de la liste systématique. Par exemple, le code O99.01- classe les anémies compliquant la grossesse. Comme il n'indique pas le type de l'anémie, un code complémentaire peut être ajouté à cette fin.

6. ATTRIBUEZ DES CODES MULTIPLES SI NECESSAIRE

Le codage multiple est l'utilisation de plus d'un code pour identifier complètement les éléments qui composent un intitulé complexe de diagnostic ou d'intervention.

Un intitulé complexe est un intitulé qui comprend des termes ou des phrases de liaison tels que "avec", "dû à", "lié à", "résultant de", "secondaire à" ou des terminologies similaires. Pour l'ajout d'un code complémentaire ou d'un code qui apporte plus de spécificité, le codeur peut être aidé par les instructions de la liste systématique. Lorsqu'il n'existe pas de code combiné, des codes multiples doivent être attribués, en fonction des besoins, pour décrire complètement l'affection indépendamment de la présence ou non de conseils à cet effet. Des codes multiples peuvent être nécessaires notamment pour décrire complètement une affection avec les codes de séquelle, de complication et d'obstétrique (pour plus d'instructions, voir les chapitres spécifiques pour ces affections).

6.1. Codage multiple obligatoire

Le terme "classification double" est utilisé pour décrire l'attribution obligatoire de 2 codes pour fournir l'information à propos d'une manifestation et de la maladie ou de l'étiologie sous-jacente associée. Le codage multiple obligatoire est identifié dans l'index alphabétique par la mention entre crochets d'un second code. Le premier code identifie la pathologie sous-jacente et le second la manifestation. Les 2 codes doivent être attribués et enregistrés dans l'ordre mentionné (cf. Chapitre 3, §2.3).

Dans la liste systématique, la nécessité d'un codage "double" est indiquée par la présence au niveau du code de l'affection sous-jacente d'une note "utilisez un code additionnel" et par la présence au niveau du code de la manifestation d'une note "codez en premier l'affection sous-jacente". Dans les versions imprimées des livres de codes ICD-10-CM, les codes de manifestation sont en italique.

Les codes de manifestation ne peuvent pas être désignés comme diagnostic principal, et le code de l'affection sous-jacente doit toujours être mentionné en premier lieu, excepté dans de rares situations où d'autres instructions sont fournies. Un code mentionné entre crochets dans l'index ne peut être utilisé que comme diagnostic secondaire pour l'affection ou la procédure ainsi référencée dans l'index.

Par exemple :

- G20 + F02.80 Démence dans la maladie de Parkinson
- D66 + M36.2 Arthrite dans l'hémophilie

Exercice 7.2

Codez les diagnostics suivants selon les principes de codage à appliquer pour une séquence correcte des codes.

1. Amyloïdose cardiaque

2. Chorioretinite sur histoplasiose

3. Dégénérescence médullaire combinée à une anémie par carence alimentaire en vitamine B12

4. Mycose de l'oreille droite

5. Cataracte associée à une galactosémie

6.2. Codage multiple éventuel

Dans la liste systématique, les notes "code first" apparaissent sous certains codes qui ne sont pas particulièrement des codes de manifestation, mais qui sont des codes d'affections qui peuvent avoir une cause sous-jacente. Lorsqu'il existe une instruction "code first" et qu'une affection sous-jacente est présente, l'affection sous-jacente doit être enregistrée en premier lieu. Par exemple, il existe sous le code de l'ascite néoplasique maligne (R18.0) une note "coder en premier lieu" l'affection maligne, telle que : néoplasme malin de l'ovaire (C56.-). Dans cette situation, le code C56.- devrait être mentionné en premier lieu, suivi du code R18.0.

L'instruction "code, if applicable, any causal condition first" indique qu'il ne faut attribuer des codes multiples que si l'affection causale est rapportée comme étant présente. Ce code peut être attribué comme diagnostic principal lorsque l'affection causale est inconnue ou n'est pas d'application. Si l'affection causale est connue, le code de cette affection doit être séquencé comme diagnostic principal ou en premier lieu. Par exemple, le code "Other retention of urine "(R33.8) requiert que le code identifiant l'hypertrophie prostatique (N40.1) soit mentionné en premier lieu ou comme diagnostic principal, mais uniquement si l'hypertrophie prostatique est documentée comme étant la cause de la rétention urinaire.

L'instruction "use additional code" est présente dans la liste systématique au niveau des codes ne faisant pas partie d'un couple étiologie/manifestation lorsqu'un code secondaire est utile pour décrire complètement une affection. Cette instruction indique qu'il ne faut attribuer des codes multiples que si la présence de la précision complémentaire mentionnée est effectivement documentée par le médecin traitant. En voici quelques exemples :

- Un néoplasme malin de la base de la langue (C01) requiert un code complémentaire pour identifier l'antécédent de tabagisme (Z87.891), mais uniquement si cet antécédent est documenté dans le dossier du patient par le médecin traitant.
- Une infection des voies urinaires (N39.0) requiert un code complémentaire pour identifier l'organisme responsable, par exemple un E.coli (B96.20), si ce dernier a été documenté dans le dossier du patient par le médecin traitant.

Exercice 7.3

Codez les diagnostics suivants.

1. Cystite aiguë due à une infection à E.coli
2. Gastrite alcoolique liée à un alcoolisme chronique
3. Diverticulite colique avec hémorragie intestinale
4. Névralgie diabétique sur un diabète de type 2 traité par insuline
5. Erythème multiforme avec arthrite
6. Hépatite A fulminante, avec coma hépatique

6.3. Evitez le codage multiple superflu

Il faut éviter de coder sans discrimination des informations non pertinentes. Par exemple, les codes de symptômes et signes caractéristiques d'un diagnostic et faisant partie intégrante de celui-ci ne devraient jamais être attribués (à moins d'une instruction contraire de la classification). Notez cependant, à l'inverse, que les signes et symptômes complémentaires qui ne sont pas couramment associés avec une maladie devraient être codés s'ils sont présents et qu'ils répondent aux critères de codage.

Les codes ne sont jamais attribués uniquement sur base de résultats de tests diagnostiques, tels que la biologie, la radiologie ou l'électrocardiogramme, à moins que le diagnostic n'ait été confirmé par le médecin. Il ne faudrait jamais coder des pathologies qui ne répondent pas aux critères d'enregistrement du DM-RHM. Par exemple, les rapports de sortie mentionnent souvent des affections telles que une hernie hiatale, une atélectasie et un bloc de branche droit, sans autre mention permettant de juger de la pertinence de ces affections par rapport aux soins donnés au cours du séjour. Un code ne peut pas être enregistré si le médecin ne fournit pas la documentation permettant d'étayer la pertinence de ces affections pour l'épisode de soins.

Les codes désignés comme "non spécifiés" ne sont jamais attribués quand un code plus spécifique est attribué pour la même affection générale. Par exemple, un code de diabète sucré avec complication non spécifiée (E11.8) ne sera jamais attribué quand un code de diabète avec complication rénale (E11.29) est attribué pour le même épisode de soins.

6.4. Latéralité

Certains codes de l'ICD-10-CM indiquent la latéralité, en spécifiant si l'affection atteint le côté gauche ou droit, ou si elle est bilatérale. Si aucun code de latéralité n'est fourni et que l'affection est bilatérale, attribuez des codes séparés pour le côté gauche et le côté droit. Si le côté n'est pas identifié dans le dossier médical, attribuez le code du "côté non spécifié". Par exemple :

Q70.10 Syndactylie simple (palmure) des doigts, main non spécifiée

Q70.11 Syndactylie simple (palmure) des doigts, main droite

Q70.12 Syndactylie simple (palmure) des doigts, main gauche

Q70.13 Syndactylie simple (palmure) des doigts, bilatéral

7. CODEZ UN DIAGNOSTIC NON CONFIRME COMME S'IL ETAIT ETABLI

Quand au cours d'une hospitalisation un diagnostic est qualifié de "possible", "probable", "suspecté", "vraisemblable", "discutable", "?" ou "à exclure" au moment de la sortie, l'affection doit être codée et enregistrée comme si le diagnostic était établi.

D'autres termes qui répondent à la définition d'une affection probable ou suspecte sont "compatible avec", "indicatif de", "suggestif de", "apparaît comme" et "comparable à". Notez qu'il y a des exceptions à cette règle, à savoir le codage du SIDA/de l'infection par HIV (voir chapitre 1 'Certain Infectious and Parasitic Diseases' de ICD-10-CM) et celui de la grippe due à un autre virus grippal identifié (par exemple la grippe aviaire ou un autre nouveau virus de l'influenza A) (voir chapitre 10 'Diseases of the Respiratory System' de ICD-10-CM) où on ne code que les cas qui sont rapportés comme confirmés dans le dossier par le médecin. Par exemple:

- Un patient est admis pour douleur abdominale généralisée sévère. A la sortie, le diagnostic formulé par le médecin est: douleur abdominale probablement due à une gastrite aiguë. Seul le code de gastrite est attribué car la douleur est implicite avec ce diagnostic. Codage: K29.00
- Un patient est admis et sort avec un diagnostic final d'ulcère peptique probable pour lequel une mise au point complémentaire est demandée. Codage: K27.9
- Un patient est admis et sort avec un diagnostic de possible syndrome cérébral post-traumatique non psychotique. Codage: F07.81

7.1. "A exclure" versus "exclu"

Il est important de distinguer les termes "à exclure", qui signifie que le diagnostic est encore considéré comme possible et "exclu", qui indique que le diagnostic qui a été considéré au départ comme probable n'est plus considéré comme une possibilité.

Les diagnostics décrits par les termes "à exclure" sont codés comme s'ils étaient établis pour l'épisode de soins hospitalier considéré, de la même manière qu'on code les diagnostics décrits comme possibles ou probables. Les diagnostics décrits comme "exclus" ne sont jamais codés. Si une autre affection a été identifiée, ce diagnostic devra être codé; si ce n'est pas le cas, il faut attribuer le code du symptôme d'appel ou autre état précurseur. Voici quelques exemples de codes attribués selon ce principe de codage :

- Exclure un ulcère gastrique... K25.9 [*l'affection est codée*]
- Appendicite aiguë, exclue
Diverticule de Meckel trouvé pendant l'intervention chirurgicale... Q43.0 [*coder uniquement le diverticule*]
- Exclure une angiodysplasie du côlon... K55.20 [*l'affection est codée*]

7.2. Diagnosics "borderline"

Il faut être prudent avec les diagnostics documentés comme "borderline". Un diagnostic borderline n'est pas équivalent à un diagnostic incertain et doit être traité différemment. Les diagnostics borderline sont codés comme des diagnostics confirmés à moins que la classification ne propose une entrée spécifique (par ex, diabète sucré borderline). Si une affection "borderline" dispose d'une entrée spécifique dans l'index de l'ICD-10-CM, elle doit être codée comme telle. Demandez une clarification au médecin traitant chaque fois que la documentation concernant l'affection borderline n'est pas claire.

8. AFFECTIONS AIGÜES ET CHRONIQUES

Quand une même affection est décrite à la fois comme aiguë (ou subaiguë) et chronique, elle doit être codée en accord avec les entrées de l'index alphabétique pour cette affection.

S'il existe au même niveau d'indentation dans l'index alphabétique des sous-termes distincts pour le caractère aigu (ou subaigu) et pour le caractère chronique, les 2 codes doivent être attribués, avec le code de la pathologie aiguë enregistré en premier lieu. (Notez qu'une affection décrite comme subaiguë est codée comme aiguë s'il n'existe pas de sous-terme distinct pour subaigu). Par exemple, référez-vous à l'entrée de l'index alphabétique pour une bronchite aiguë et chronique :

```
Bronchitis ...  
- acute or subacute .. J20.9...  
- chronic ... J42
```

Comme les 2 sous-termes apparaissent au même niveau d'indentation, les 2 codes sont attribués et le code J20.9 est enregistré en premier lieu.

Quand un seul terme est mentionné dans la liste des sous-termes, et que l'autre est mentionné entre parenthèses comme modificateur non essentiel, seul le code correspondant au sous-terme est attribué. Par exemple, pour un diagnostic d'adénoïdite aiguë et chronique, l'entrée dans l'index alphabétique est la suivante:

```
Adenoiditis (chronic) J35.02 ....  
- acute J03.90
```

Dans ce cas, seul le code J03.90 Acute tonsillitis, unspecified (amygdalite aiguë, non spécifiée) est attribué. Dans certains cas, un code combiné a été prévu lorsque l'affection est décrite comme à la fois aiguë et chronique. Par exemple, le code J96.20 comprend à la fois l'insuffisance respiratoire aiguë et l'insuffisance respiratoire chronique. Lorsqu'il n'existe pas de sous-entrée pour aigu (ou subaigu) ou chronique, ces modificateurs n'entrent pas en considération pour le codage de l'affection. Par exemple, référez-vous à Mastopathy, cystic (mastopathie, kystique). Ni le sous-terme aigu, ni le sous-terme chronique ne sont mentionnés comme sous-termes, donc le code N60.1- est attribué.

Exercice 7.4

Codez les diagnostics suivants.

1. Appendicite aiguë et chronique
2. Pyélonéphrite subaiguë et chronique
3. Cervicite aiguë et chronique
4. Abscess du ligament large, aigu et chronique
5. Canaliculite (lacrymale) bilatérale, aiguë et chronique

9. AFFECTION IMMINENTE OU MENAÇANTE

La sélection d'un code pour une affection décrite comme imminente ou menaçante au moment de la sortie du patient dépend en premier lieu du fait que la pathologie soit réellement survenue ou non. Si elle a eu lieu, l'affection imminente/menaçante est codée comme un diagnostic confirmé.

Par exemple, le dossier médical comporte un diagnostic de menace d'accouchement prématuré à 28 semaines de grossesse. La révision du dossier du patient montre l'accouchement d'un enfant mort-né durant le séjour hospitalier. Ce cas est codé O60.14X0, "Preterm labor third trimester with preterm delivery third trimester, not applicable or unspecified", parce que la pathologie menaçante est survenue.

Cependant, si ni l'affection imminente/menaçante, ni une pathologie qui y est liée ne survient, le codeur doit consulter l'index alphabétique pour répondre aux 2 questions suivantes: la pathologie est-elle indexée sous le terme principal imminente/menaçante? Existe-t-il un sous-terme pour "imminent/menaçant" sous le terme principal de la pathologie? Si de tels termes apparaissent, le codeur doit attribuer le code qui est fourni pour ceux-ci. Il existe plusieurs sous-termes sous chacun des termes principaux "Impending" (imminent) et "Threatened" (menaçant), ainsi que plusieurs termes principaux qui possèdent ces sous-termes. Par exemple, si une patiente est admise pour menace d'avortement mais que l'avortement est évité, le code O20.0 "Threatened abortion " est attribué car l'index propose un sous-terme pour "threatened" sous le terme principal "abortion".

Quand aucun des deux termes n'est indexé, l'état précurseur qui a réellement existé est codé et aucun code n'est attribué pour l'affection décrite comme imminente ou menaçante. Par exemple, un patient est admis pour menace de gangrène des membres inférieurs mais un traitement rapide permet d'éviter la gangrène. Comme la gangrène n'a pas eu lieu et qu'il n'existe pas d'entrée dans l'index pour une gangrène imminente, il faut attribuer un code qui représente la situation existante qui suggérerait la possibilité d'une gangrène, telle qu'une rougeur ou un gonflement de l'extrémité.

10. ENREGISTRER PLUSIEURS FOIS LE MEME CODE DIAGNOSTIC

Chaque code ICD-10-CM ne peut être enregistré qu'une seule fois au sein d'une même spécialité. Ceci s'applique à la fois pour les affections bilatérales lorsqu'il n'existe pas de code distinct pour identifier la latéralité ou lorsque deux affections différentes sont classées sous le même code diagnostique ICD-10-CM.

11. SEQUELLES

Une séquelle est une affection résiduelle qui persiste après la fin de la période aiguë d'une maladie ou d'un traumatisme. De telles affections peuvent apparaître n'importe quand après le traumatisme aigu ou après la maladie aiguë. Il n'y a pas de délai minimum établi pour pouvoir considérer une affection comme étant une séquelle. Certaines séquelles apparaissent précocement après que le traumatisme original ou la maladie ait été résolu, d'autres peuvent apparaître plus tardivement.

Certaines affections consécutives à un traumatisme, telles que les contractures et les cicatrices, sont par définition des séquelles de l'affection, peu importe quand elles apparaissent.

Les séquelles comprennent des affections décrites comme telles dans le dossier ou comme "conséquence tardive" de maladie ou traumatisme antérieur. Le fait qu'une affection soit une séquelle peut être déduit quand le libellé du diagnostic contient des termes tels que:

- Tardif
- Ancien
- Dû à un traumatisme ou une maladie antérieure
- A la suite d'un traumatisme ou d'une maladie antérieure
- Traumatique, sans évidence de traumatisme actuel

Exercice 7.5

Notez un « X » à côté de chaque diagnostic mentionné ci-dessous qui identifie une séquelle de traumatisme ou de maladie. Pour chaque intitulé, soulignez une fois la séquelle et 2 fois la cause de celle-ci.

- | | |
|---|-------|
| 1. Hémiplégié sur accident vasculaire cérébral ancien | _____ |
| 2. Contracture de l'articulation de l'index droit après fracture | _____ |
| 3. Scoliose sur une ancienne paralysie infantile | _____ |
| 4. Lacération de tendon du doigt 2 semaines auparavant;
admission maintenant pour réparation du tendon | _____ |
| 5. Chéloïde secondaire à un traumatisme 9 mois auparavant | _____ |
| 6. Retard mental sur une encéphalite virale antérieure | _____ |

11.1. Trouver les codes de séquelle

Les codes qui indiquent la cause d'une séquelle peuvent être repérés en se référant dans l'index alphabétique au terme "Sequelae" (séquelle) (excepté pour les séquelles de traumatisme, d'empoisonnement, et certaines autres conséquences de causes externes). Notez qu'ICD-10-CM ne propose qu'un nombre limité de codes pour préciser la cause d'une séquelle :

B90.0-B90.9 Sequelae of tuberculosis

B91	Sequelae of poliomyelitis
B92	Sequelae of leprosy
B94.0-B94.9	Sequelae of other and unspecified infectious and parasitic diseases
E64.0-E64.9	Sequelae of malnutrition and other nutritional deficiencies
E68	Sequelae of hyperalimentation
G09	Sequelae of inflammatory diseases of central nervous system
G65.0-G65.2	Sequelae of inflammatory and toxic polyneuropathies
I69.0-I69.9	Sequelae of cerebrovascular disease
O94	Sequelae of complication of pregnancy, childbirth, and the puerperium

11.2. Deux codes requis

Le codage complet des séquelles requiert 2 codes :

- L'affection ou la nature de la séquelle
- Le code indiquant la cause de la séquelle

L'affection, ou la nature de la séquelle, est codée en premier lieu suivie du code précisant la cause de la séquelle, excepté dans quelques situations où l'index alphabétique et la liste systématique donnent d'autres instructions. Si la séquelle est due à un traumatisme, un empoisonnement et certaines autres conséquences de causes externes (S00-T88), il faut attribuer un 7^{ème} caractère de "séquelle" au code du traumatisme ainsi qu'au code de cause externe (V01-Y95). Par exemple :

<u>M12.511</u> + S42.301S	Arthrite traumatique de l'épaule droite sur fracture ancienne de l'humérus droit
<u>G83.10</u> + B91	Paralysie de la jambe sur ancienne poliomyélite
E35 + B90.8	Calcification surrénale d'origine tuberculeuse

Il existe 3 exceptions aux règles de codage requérant 2 codes pour coder les séquelles :

- Quand la nature de la séquelle n'est pas rapportée, seule la cause de la séquelle est codée.
- Lorsque l'ICD-10-CM ne propose pas de code pour la cause de la séquelle mais que l'affection est décrite comme une séquelle, seule la nature de la séquelle est codée. Notez que les affections décrites comme dues à une chirurgie antérieure ne sont pas codées comme séquelles mais sont classées comme antécédents ou comme complications de la chirurgie antérieure, en fonction de la situation.
- Lorsque le code de séquelle a été étendu au niveau du(des) 4, 5 ou 6 caractère(s) pour inclure la manifestation de la séquelle, seul le code de la cause de la séquelle est attribué. Par exemple, le code I69.01 Cognitive deficits following nontraumatic subarachnoid hemorrhage comprend la cause de la séquelle (hémorragie sous-arachnoïdienne non traumatique) ainsi que la manifestation (déficits cognitifs).

12. SEQUELLE VERSUS MALADIE OU TRAUMATISME ACTUEL

Le(s) code(s) de séquelle ne peut (peuvent) pas être utilisé(s) en même temps que le code de la maladie aiguë ou du traumatisme aigu dont la séquelle découle.

Exercice 7.6

Codez les diagnostics suivants.

- | | |
|--|--|
| 1. Lésions résiduelles de poliomyélite | |
| 2. Séquelle d'un écrasement ancien du pied gauche | |
| 3. Hémiplégie résiduelle sur AVC ischémique 2 ans auparavant, affectant le côté droit dominant | |
| 4. Contracture de la hanche après remplacement partiel de la hanche un an auparavant | |

Exercice de révision 7.7

Codez les diagnostics suivants.

- | | |
|--|--|
| 1. Arthrite traumatique de la cheville droite à la suite d'une <u>fracture</u> de la cheville droite | |
| 2. Contracture cicatricielle de la main gauche sur <u>brulure</u> | |
| 3. Dommages cérébraux après abcès cérébral 7 mois auparavant | |
| 4. Hémiplégie flasque sur ancien infarctus cérébral | |
| 5. Surdité neurologique bilatérale à la suite d'une rougeole dans l'enfance 10 ans auparavant | |
| 6. Mononévrite du nerf médian résultant d'un écrasement ancien du bras droit | |
| 7. Arthrite douloureuse post-traumatique de la main gauche | |
| 8. Séquelle de brûlures sévères du poignet gauche | |
| 9. Locked-in syndrome (paralysie) sur ancien infarctus cérébral | |
| 10. Diabète sucré "borderline" | |
| 11. Menace d'infarctus du myocarde | |

Solutions des exercices

Exercice 7.1

Codez les diagnostics suivants.

1. <u>Influenza</u> avec <u>gastroentérite</u>	J11.2
2. <u>Cholécystite</u> aiguë avec <u>cholélithiase</u> et cholédocholithiase	K80.62
3. <u>Méningite</u> à <u>Salmonelle</u>	A02.21
4. <u>Athérosclérose coronaire</u> (vaisseau natif) avec <u>angor</u> instable	I25.110

Exercice 7.2

Codez les diagnostics suivants selon les principes de codage à appliquer pour une séquence correcte des codes.

1. <u>Amyloïdose</u> cardiaque	<u>E85.4</u> , I43
2. Choriorétinite sur histoplasiose	<u>B39.9</u> , H32
3. Dégénérescence médullaire combinée à une anémie par carence alimentaire en vitamine B12	<u>D51.3</u> , G32.0
4. Mycose de l'oreille droite	<u>B36.9</u> , H62.41
5. Cataracte associée à une galactosémie	<u>E74.21</u> , H28

Exercice 7.3

Codez les diagnostics suivants.

1. <u>Cystite</u> aiguë due à une <u>infection</u> à <u>E.coli</u>	<u>N30.00</u> , B96.20
2. <u>Gastrite</u> alcoolique liée à un <u>alcoolisme</u> chronique	<u>K29.20</u> , F10.20
3. <u>Diverticulite</u> colique avec <u>hémorragie</u> intestinale	<u>K57.33</u>
4. <u>Névrалgie diabétique</u> sur un diabète de type 2 traité par insuline	<u>E11.42</u> , Z79.4
5. <u>Erythème multiforme</u> avec <u>arthrite</u>	<u>L51.9</u> , M14.80
6. <u>Hépatite A</u> fulminante, avec coma hépatique	<u>B15.0</u>

Exercice 7.4

Codez les diagnostics suivants.

1. <u>Appendicite</u> aiguë et chronique	<u>K35.80</u> , K36
2. <u>Pyélonéphrite</u> subaiguë et chronique	<u>N10</u> , N11.9
3. <u>Cervicite</u> aiguë et chronique	N72
4. <u>Abcès</u> du ligament large, aigu et chronique	<u>N73.0</u> , N73.1
5. <u>Canaliculite</u> (lacrymale) bilatérale, aiguë et chronique	H04.423

Exercice 7.5

Notez un « X » à côté de chaque diagnostic mentionné ci-dessous qui identifie une séquelle de traumatisme ou de maladie. Pour chaque intitulé, soulignez une fois la séquelle et 2 fois la cause de celle-ci.

1. <u>Hémiplégie</u> sur <u>accident vasculaire cérébral</u> ancien	X
2. <u>Contracture</u> de l'articulation de l'index droit après <u>fracture</u>	X
3. <u>Scoliose</u> sur une ancienne <u>paralysie infantile</u>	X
4. Lacération de tendon du doigt 2 semaines auparavant; admission maintenant pour réparation du tendon	
5. <u>Chéloïde</u> secondaire à un <u>traumatisme</u> 9 mois auparavant	X
6. <u>Retard mental</u> sur une <u>encéphalite virale</u> antérieure	X

Exercice 7.6

Codez les diagnostics suivants.

1. Lésions résiduelles de poliomyélite	Sequelae (séquelle)	B91
2. <u>Séquelle</u> d'un écrasement ancien du pied gauche		S97.82XS
3. Hémiplégie résiduelle sur AVC ischémique 2 ans auparavant, affectant le côté droit dominant	Sequelae (séquelle)	I69.351
4. <u>Contracture</u> de la hanche après remplacement partiel de la hanche un an auparavant		M24.559, Z96.649

Exercice de révision 7.7

Codez les diagnostics suivants.

1. <u>Arthrite</u> traumatique de la cheville droite à la suite d'une <u>fracture</u> de la cheville droite		<u>M12.571</u> , S82.891S
2. <u>Contracture</u> cicatricielle de la main gauche sur <u>brulure</u>		<u>L90.5</u> , T23.002S
3. <u>Dommmages</u> cérébraux après <u>abcès</u> cérébral 7 mois auparavant	Sequelae(séquelle)	<u>G93.9</u> , G09
4. <u>Hémiplégie flasque</u> sur ancien <u>infarctus</u> cérébral		I69.359
5. <u>Surdité</u> neurologique bilatérale à la suite d'une rougeole dans l'enfance 10 ans auparavant		<u>H90.3</u> , B94.8
6. <u>Monon�vrite</u> du nerf médian résultant d'un <u>�crasement</u> ancien du bras droit	<u>Crush (�crasement)</u>	<u>G56.11</u> , S47.1XXS
7. <u>Arthrite</u> douloureuse post-traumatique de la main gauche	<u>Injury</u> (traumatisme)	<u>M12.542</u> , S69.92XS
8. Séquelle de <u>brulures</u> sévères du poignet gauche		T23.072S
9. <u>Locked-in syndrome</u> (paralysie) sur ancien infarctus cérébral		<u>G83.5</u> , I69.369
10. <u>Diabète sucré</u> "borderline"		R73.09
11. Menace d' <u>infarctus du myocarde</u>		I20.0

Table des matières

Chapitre 8:	83
Introduction à la classification ICD-10-PCS.....	83
1. Introduction	84
2. Format et Organisation	84
2.1. Format.....	84
2.1.1. Index alphabétique.....	84
2.1.2. Tableau	85
2.1.3. Liste des codes	85
2.2. Structure des codes	85
2.3. Termes de liaison.....	87
3. Les caractères des codes et leurs définitions.....	88
3.1. Premier caractère: Section	88
3.2. Second caractère: Système anatomique (Body System)	89
3.3. Troisième caractère: Intervention de base (Root operation)	91
3.4. Quatrième caractère: Partie du corps (Body Part).....	92
3.5. Cinquième caractère : Voie d'abord (Approach).....	94
3.6. Sixième caractère : Matériel/Dispositif (Device)	99
3.7. Septième caractère : Qualificatif (Qualifier)	100

Chapitre 8:

Introduction à la classification ICD-10-PCS

APERÇU DU CHAPITRE

- Tous les codes de la classification ICD-10-PCS ont une structure alphanumérique sans décimale et comptent 7 caractères.
- L'ICD-10-PCS est divisé en 16 sections selon le type général de la procédure réalisée.
- Les codes de la section "médico-chirurgicale" sont en outre classés selon la section, le système anatomique, l'intervention de base, la partie du corps, la voie d'abord, le matériel et un qualificatif.
- L'ICD-10-PCS contient un index alphabétique, des tables et une liste de codes.

RESULTATS DE L'APPRENTISSAGE

Après l'étude de ce chapitre, vous devrez être capable de :

- Expliquer la structure, le format et les conventions de l'ICD-10-PCS.

LES TERMES A CONNAITRE

Caractère

un axe de la classification qui spécifie l'information concernant la procédure réalisée.

Valeur

Un(e) des 34 lettres ou chiffres qui peuvent être sélectionné(e)s pour représenter un des caractères d'un code ICD-10-PCS.

Voie d'abord

le 5^{ème} caractère des codes dans la section médico-chirurgicale; la voie d'abord pour atteindre le site où la procédure est réalisée (par exemple : ouvert ou percutané).

Qualificatif

le 7^{ème} caractère des codes dans la section médico-chirurgicale ; il apporte une information complémentaire sur cette procédure en particulier.

L'intervention de base

le 3^o caractère des codes dans la section médico-chirurgicale, correspondant au but de la procédure; dans cette seule section, il y a 31 procédures principales possibles.

RAPPELEZ-VOUS

Dans la structure alphanumérique d'ICD-10-PCS, ne confondez pas les lettres "O" et "I" avec les chiffres "0" et "1".

1. INTRODUCTION

La classification ICD-10-PCS utilise une terminologie standardisée et fournit des définitions stables et précises de toutes les procédures qui sont réalisées. L'ICD-10-PCS n'inclut pas d'éponymes tels que le nom du (ou des) chirurgien(s) qui a (ont) mis au point la procédure. Ces interventions sont désormais enregistrées à l'aide du code de l'opération qui identifie l'objectif de la procédure. Le présent chapitre traite les règles générales de l'ICD-10-PCS, à savoir les conventions et les définitions des différentes parties des codes. Les procédures spécifiques à certains systèmes anatomiques seront décrites dans les chapitres respectifs.

2. FORMAT ET ORGANISATION

2.1. Format

ICD-10-PCS est divisé en un Index alphabétique, en Tableaux et en liste des codes. On peut repérer les codes par ordre alphabétique dans l'Index alphabétique. Cet index renverra à une localisation précise dans un Tableau mais le code correct ne pourra être obtenu uniquement en se référant au tableau correspondant. La liste des codes vous permet d'avoir un aperçu de tous les différents codes avec leur description complète.

2.1.1. Index alphabétique

Cet index est structuré par ordre alphabétique, et contient les différents types de procédures. L'index de l'ICD-10-PCS ne fournit pas de code complet (à quelques exceptions près), mais il renvoie à une localisation précise dans les Tableaux en fournissant les 3 ou 4 premiers caractères du code. Le but de l'index alphabétique est de localiser le tableau approprié dans lequel vous allez trouver toutes les informations nécessaires pour compléter les autres caractères du code. Il n'est pas obligatoire de consulter l'index avant de recourir aux tableaux pour compléter le code.

Par exemple, une cholécystectomie peut être recherchée dans l'index par "excision, gallbladder" ou par "resection, gallbladder". Le terme "cholecystectomy" possède 2 références indiquées comme suit:

Cholecystectomy

- See Excision, Gallbladder 0FB4
- See Resection, Gallbladder 0FT4

Les codes "0FB4" et "0FT4" ne sont pas des codes complets mais renvoient plutôt l'utilisateur au tableau approprié identifié par les 3 premiers caractères (par exemple, 0FT, qui est présenté à la figure 8.1).

2.1.2. Tableau

Chaque tableau de l'ICD-10-PCS est composé de grilles mentionnant les combinaisons valides pour les caractères de 4 à 7 afin de constituer un code de procédure.

Figure 8.1 : Extrait d'une table de l'ICD-10-PCS

<i>Section</i>	O	Medical and Surgical		
<i>Body System</i>	F	Hepatobiliary System and Pancreas		
<i>Operation</i>	T	Resection: Cutting out or off, without replacement, all of a body part		
	<i>Body Part</i>	<i>Approach</i>	<i>Device</i>	<i>Qualifier</i>
0	Liver			
1	Liver, Right Lobe			
2	Liver, Left Lobe			
4	Gallbladder	0 Open	Z No Device	Z No Qualifier
G	Pancreas	4 Percutaneous Endoscopic		
5	Hepatic Duct, Right			
6	Hepatic Duct, Left	0 Open		
8	Cystic Duct	4 Percutaneous Endoscopic		
9	Common Bile Duct	7 Via Natural or Artificial Opening	Z No Device	Z No Qualifier
C	Ampulla of Vater	8 Via Natural or Artificial Opening Endoscopic		
D	Pancreatic Duct			
F	Pancreatic Duct, Accessory			

2.1.3. Liste des codes

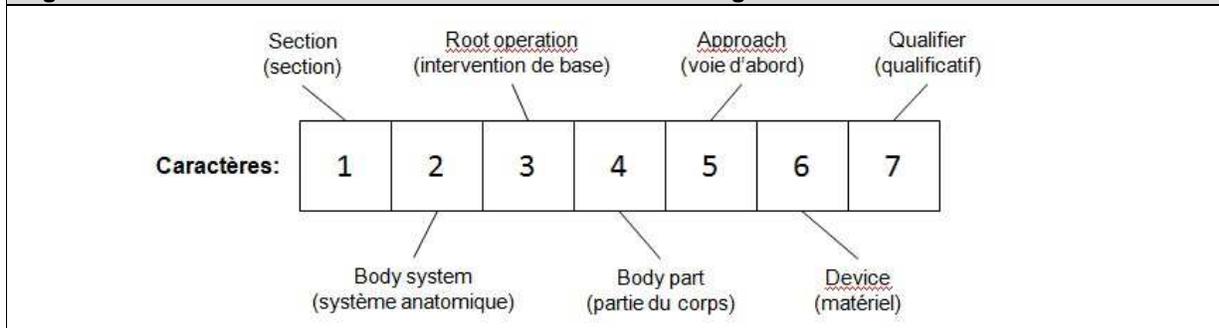
La liste des codes de l'ICD-10-PCS présente tous les codes valides par ordre alphanumérique. La description complète du code est mentionnée à côté du code à sept. Les descriptions des codes sont générées en utilisant des règles qui produisent des descriptions standardisées, complètes et faciles à lire. En raison du grand nombre de codes, les livres publiant les codes ICD-10-PCS n'incluent généralement pas la liste complète des codes. Cependant la liste des codes est disponible sur le site Web du SPF SPSCAE dans la section consacrée à l'ICD-10-BE.

2.2. Structure des codes

Tous les codes ICD-10-PCS ont une structure alphanumérique à 7 caractères sans décimale. Il est important de faire la distinction entre un "caractère" et une "valeur" avant d'aller plus loin. Chaque "caractère" d'un code correspond à un axe de la classification qui représente un aspect spécifique de la procédure. Chaque "valeur" est l'un(e) des 34 chiffres ou lettres qui peuvent être sélectionné(e)s pour représenter un des caractères d'un code ICD-10-PCS. Les valeurs possibles sont les chiffres de 0 à 9 et les lettres de A à H, de J à N et de P à Z. Les lettres "O" et "I" ne sont pas utilisées pour ne pas être confondues avec les chiffres "0" et "1".

Référez-vous à la figure 8.2 pour connaître la structure et la signification de chaque caractère des codes de la section médico-chirurgicale.

Figure 8.2 : Structure des codes de la section médico-chirurgicale



Dans une séquence définie de codes, les caractères 2 à 7 ont une signification standardisée – mais entre les différentes sections, ils peuvent changer de signification

Le premier caractère représente l'axe de la section (section), le second représente le système anatomique (body system), le troisième représente l'intervention de base (root operation), le quatrième la partie du corps (body part), le cinquième la voie d'abord (approach), le sixième le matériel/appareil (device) et le septième le qualificatif (qualifier).

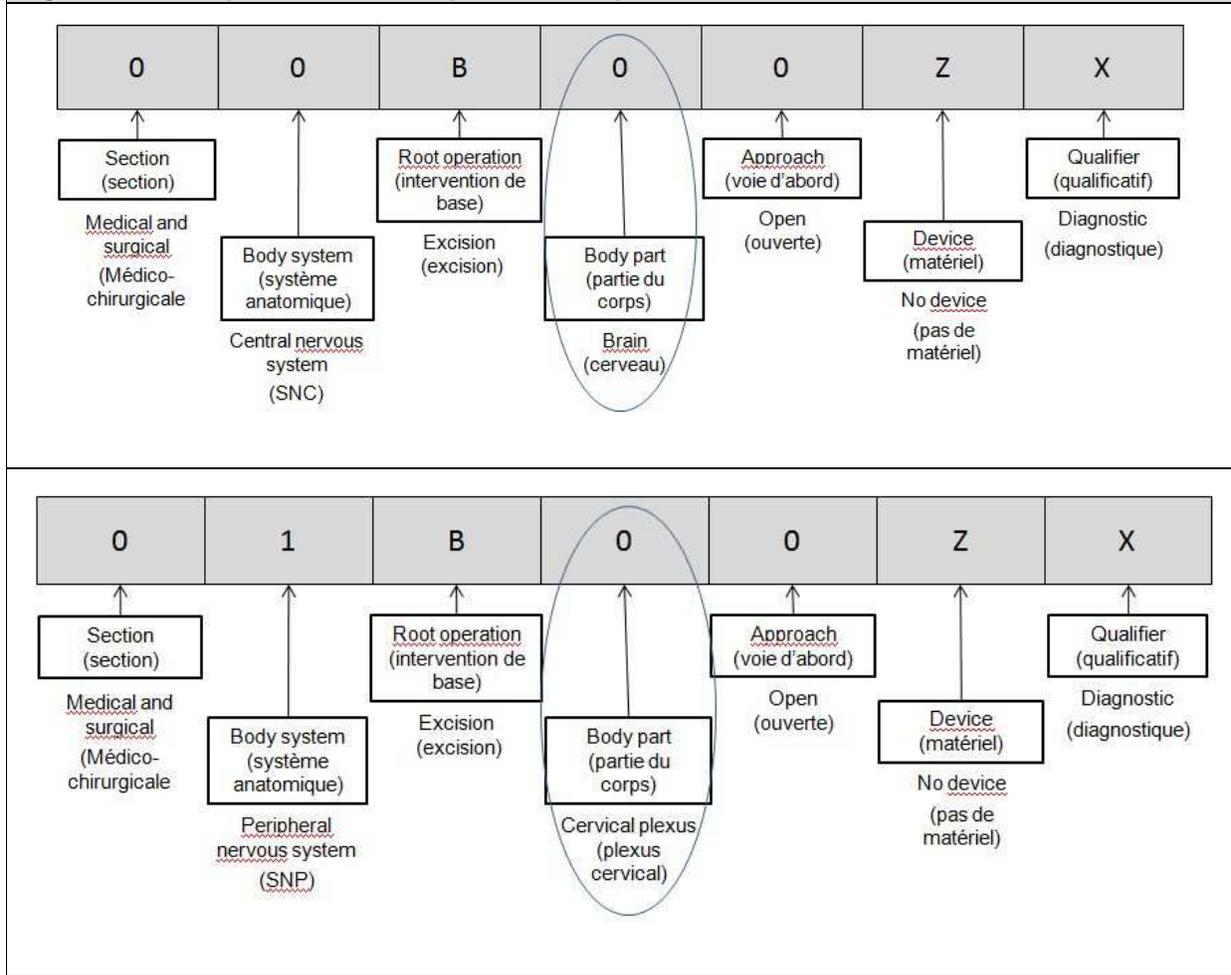
Le nombre d'options dans un axe de la classification diffère en fonction des besoins. Ceci signifie qu'au sein des différents axes de la classification, il peut exister des valeurs uniques différentes. Par exemple, l'axe "partie du corps" aura beaucoup plus d'options que l'axe "voie d'abord" parce qu'il y a beaucoup plus de parties du corps que de voies d'abord chirurgicales.

Comme pour des mots situés dans leur contexte, la signification de chaque valeur unique dépend de la combinaison des valeurs de son axe de classification et des valeurs des axes de classification précédents. La signification de la valeur de l'axe de classification "body part" ("partie du corps) dans la section médico-chirurgicale sera toujours dépendante de la valeur dans l'axe de classification "body system" (système anatomique).

Par exemple:

- La valeur "0" "pour body part" (partie du corps) dans le "body system" (système anatomique) "central nervous" (système nerveux central) se réfère à "brain" (cerveau)
- la valeur "0" "pour body part" (partie du corps) dans le "body system" (système anatomique) "peripheral nervous" (système nerveux périphérique) se réfère à "cervical plexus" (plexus cervical)(Référez-vous à la figure 8.3 pour une représentation graphique de cet exemple).

Figure 8.3 : Exemples de valeurs de parties du corps



2.3. Termes de liaison

Le terme "and" signifie "et/ou" lorsqu'il est utilisé dans la description d'un code. Par exemple, "lower arm and wrist muscle" signifie muscle de l'avant-bras et/ou du poignet.

Exercice 8.1

Sans vous référer au manuel ni à l'ICD-10-PCS, indiquez si les affirmations suivantes sont vraies ou fausses.

1. L'index ICD-10-PCS utilise les éponymes pour identifier les procédures. _____
2. Tous les codes ICD-10-PCS ont une structure alphanumérique en 7 caractères _____
3. Tous les codes ICD-10-PCS complets peuvent être localisés dans l'index. _____
4. Les tables de l'ICD-10-PCS spécifient les combinaisons de caractères qui sont valides pour construire un code de procédure. _____
5. Les lettres "O" et "I" ne sont pas utilisées comme valeurs dans l'ICD-10-PCS afin de ne pas être confondues avec les chiffres "0" et "1". _____

3. LES CARACTERES DES CODES ET LEURS DEFINITIONS

Tous les codes ICD-10-PCS sont composés de 7 caractères. Les 7 caractères doivent être spécifiés pour que le code soit valide. Si la documentation est incomplète du point de vue du codage, il faut contacter le prestataire pour obtenir les informations nécessaires. Cette section décrit chacun des caractères qui composent le code ICD-10-PCS ainsi que les principales valeurs applicables pour construire un code PCS dans la section médico-chirurgicale.

3.1. Premier caractère: Section

Le premier caractère du code fait toujours référence à la section. Une section est une large catégorie de procédures dans laquelle le code peut être retrouvé.. L'ICD-10-PCS est divisé en 16 sections en fonction du type général de procédure. Le tableau 8.1 montre les sections de l'ICD-10-PCS ainsi que la valeur du premier caractère de chaque code qui spécifie la section.

Comme on peut le voir dans le tableau 8.1, la valeur "0" représente la section médico-chirurgicale, tandis que les autres sections ont des valeurs numériques ou alphabétiques différentes. Ainsi, l'obstétrique a comme premier caractère la valeur "1". Il existe également un nombre limité de codes "auxiliaires" (ancillary codes) pour les services diagnostiques, tels que "B" pour l'imagerie médicale et "C" pour la médecine nucléaire. Il n'existe pas de section pour les tests de laboratoire car la plupart des institutions ne codent pas les résultats de laboratoire dans l'enregistrement des séjours hospitaliers. La majorité des procédures qui sont normalement enregistrées au cours d'un séjour hospitalier se trouvent dans la section médico-chirurgicale. C'est la raison pour laquelle nous allons principalement nous concentrer sur cette section. Les sections apparentées à la section médico-chirurgicale, ainsi que les sections "auxiliaires", sont décrites dans le chapitre 11 de ce manuel.

Valeur	Section	Valeur	Section
0	Medical and Surgical (Médico-chirurgicale)	8	Other procedures (Autres procédures)
1	Obstetric (Obstétrique)	9	Chiropractic (Chiropraxie)
2	Placement (Placement)	B	Imaging (Imagerie)
3	Administration (Administration)	C	Nuclear Medicine (Médecine Nucléaire)
4	Measurement and Monitoring (Mesure et monitoring)	D	Radiation Oncology (Radiothérapie)
5	Extracorporeal Assistance and Performance (Assistance et performance extracorporelles)	F	Physical Rehabilitation and Diagnostic Audiology (Rééducation physique et audiologie diagnostique)
6	Extracorporeal Therapies (Thérapies extracorporelles)	G	Mental Health (Santé Mentale)
7	Osteopathic (Ostéopathie)	H	Substance Abuse Treatment (Traitement des abus de substances)

3.2. Second caractère: Système anatomique (Body System)

Le second caractère d'un code ICD-10-PCS représente le système anatomique. Ce caractère indique le système physiologique général ou la région anatomique concernée (par ex, système gastro-intestinal). Dans la section médico-chirurgicale, ces caractères gardent la même valeur. Par exemple, une procédure sur le système nerveux central aura toujours la valeur "0" pour le second caractère dans cette section, tandis que le second caractère d'une intervention du système respiratoire prendra toujours la valeur « B ».

Certains systèmes anatomiques traditionnels ont été fractionnés dans le but d'être plus précis. Par exemple, le système circulatoire a été subdivisé en cœur et grands vaisseaux, artères supérieures, artères inférieures, veines supérieures et veines inférieures. Dans les conventions de l'ICD-10-PCS, chacune de ces zones est considérée comme un système anatomique distinct avec une valeur propre. Référez vous au tableau 8.2 citant les différents systèmes anatomiques de la section médico-chirurgicale ainsi que les valeurs respectives pour le 2^{ème} caractère.

Le diaphragme sert de référence pour les valeurs des parties du corps définies comme supérieures et inférieures dans les systèmes anatomiques "artères supérieures", "artères inférieures", "veines supérieures", "veines inférieures" et "muscles et tendons". Par exemple, les veines situées au-dessus du diaphragme se trouvent dans le système anatomique "veines supérieures", tandis que les veines situées en-dessous du diaphragme se trouvent dans le système anatomique "veines inférieures".

Trois systèmes anatomiques se réfèrent à des régions anatomiques comme suit :

- Régions anatomiques, général
- Régions anatomiques, extrémités supérieures
- Régions anatomiques, extrémités inférieures

La valeur "régions anatomiques" pour le système anatomique doit être utilisée uniquement lorsque la procédure est réalisée sur une région anatomique plutôt que sur une partie du corps spécifique. Par exemple, elle peut être utilisée quand la procédure est réalisée sur des épaisseurs corporelles, qui recouvrent plusieurs systèmes anatomiques, comme par exemple un débridement de peau, de muscle et d'os. La valeur "régions anatomiques" pour le système anatomique peut également être utilisée dans la cas où aucune information n'est disponible pour permettre d'attribuer un code appartenant à une partie du corps plus spécifique dans un système anatomique.

Tableau 8.2 : Systèmes anatomiques de la section médico-chirurgicale et valeur de leur caractère correspondant.

Valeur	Système anatomique	Valeur	Système anatomique
0	Central Nervous System (Système Nerveux Central)	J	Subcutaneous Tissue and Fascia (Fascia et tissus sous-cutanés)
1	Peripheral Nervous System (Système Nerveux Périphérique)	K	Muscles (Muscles)
2	Heart and Great Vessels (Cœur et gros vaisseaux)	L	Tendons - includes Synovial membrane (Tendons - y compris la membrane synoviale)
3	Upper Arteries (Artères supérieures)	M	Bursae and Ligaments - includes Synovial membrane (Bourses et ligaments - y compris la membrane synoviale)
4	Lower Arteries (Artères inférieures)	N	Head and Facial Bones (Tête et os de la face)
5	Upper Veins (Veines supérieures)	P	Upper Bones (Os supérieurs)
6	Lower Veins (Veines inférieures)	Q	Lower Bones (Os inférieurs)
7	Lymphatic and Hemic Systems - includes lymph vessels and lymph nodes (Systèmes lymphatique et sanguin - y compris les vaisseaux et les ganglions lymphatiques)	R	Upper Joints - includes synovial membrane (Articulations supérieures - y compris la membrane synoviale)
8	Eye (Œil)	S	Lower Joints - includes synovial membrane (Articulations inférieures - y compris la membrane synoviale)
9	Ear, Nose, Sinus - includes sinus ducts (Oreille, nez, sinus - y compris les canaux sinusaux)	T	Urinary System (Système Urinaire)
B	Respiratory System (Système Respiratoire)	U	Female Reproductive System (Système reproducteur féminin)
C	Mouth and Throat (Bouche et gorge)	V	Male Reproductive System (Système reproducteur masculin)
D	Gastrointestinal System (Système Gastro-intestinal)	W	Anatomical Regions, General (Régions anatomiques, général)
F	Hepatobiliary System and Pancreas (Système Hépatobiliaire et pancréas)	X	Anatomical Regions, Upper Extremities (Régions anatomiques, extrémités supérieures)
G	Endocrine System (Système Endocrinien)	Y	Anatomical Regions, Lower Extremities (Régions anatomiques, extrémités inférieures)
H	Skin and Breast - includes Skin and Breast glands and ducts (Peau et sein - y compris la peau, les glandes et canaux mammaires)		

Exercice 8.2

En vous référant au tableau 8.2, et inscrivez un "X" à côté de chaque terme ou phrase identifiant un système anatomique référencé par une valeur unique dans l'ICD-10-PCS.

- | | |
|---|-------|
| 1. Respiratoire (Respiratory) | _____ |
| 2. Cœur et gros vaisseaux (Heart and great vessels) | _____ |
| 3. Circulatoire (Circulatory) | _____ |
| 4. Musculo-squelettique (Musculoskeletal) | _____ |
| 5. Os supérieurs (Upper bones) | _____ |

3.3. Troisième caractère: Intervention de base (Root operation)

Le troisième caractère se réfère à l'intervention de base. L'intervention de base est un des concepts les plus importants que l'utilisateur doit connaître pour identifier et sélectionner le code correct dans la classification ICD-10-PCS. Maîtriser la définition de ces interventions de base est la clé pour construire un code ICD-10-PCS. L'intervention de base fait référence à l'objectif de la procédure. La distinction entre les différentes interventions de base repose sur l'objectif de l'intervention, à savoir: qu'est-ce que l'intervention essaie d'accomplir?

Dans la section médico-chirurgicale, il y a 31 interventions de base différentes. Chaque intervention de base est définie précisément dans la classification ICD-10-PCS. Les définitions des différentes procédures de base peuvent être retrouvées facilement dans les tableaux. Dans l'extrait du tableau de la figure 8.1, l'intervention de base "résection" est définie au niveau de la 3ème ligne de la première rangée, comme "l'exérèse, sans remplacement, de toute une partie du corps".

Les interventions de base incluent des termes tels que: "Alteration" (modification), "Bypass" (pontage), "Change" (changement), "Creation" (création), "Dilatation" (dilatation), "Excision" (excision), "Resection" (résection), "Fusion" (fusion), "Insertion" (insertion), "Occlusion" (occlusion) et "Repair" (réparation).

La liste complète des interventions de base de la section médico-chirurgicale est présentée dans le tableau 8.3.

Certaines interventions de base utilisées dans l'ICD-10-PCS peuvent ne pas nécessairement correspondre à la terminologie utilisée par les médecins dans le dossier du patient. Il n'est pas attendu des médecins qu'ils emploient les termes spécifiques qui figurent dans la description des codes ICD-10-PCS. Il est de la responsabilité du codeur de déterminer ce qui est mentionné dans le dossier du patient et de choisir, à partir de là, le bon code ICD-10-PCS.

Quand la corrélation entre les éléments du dossier du patient et les termes définis par l'ICD-10-PCS est claire, le codeur ne doit pas interroger le médecin. Par exemple, si le médecin décrit une "résection partielle", le codeur peut de manière indépendante faire le lien entre "résection partielle" et l'intervention de base "excision", sans demander d'éclaircissements au médecin, car ceci correspond au terme "excision" dans l'ICD-10-PCS, à savoir, "l'exérèse, sans remplacement, d'une portion d'une partie du corps".

Vu le grand nombre d'interventions de base et leur importance dans le choix d'un code ICD-10-PCS, ces interventions de base sont décrites plus en détails dans le chapitre 10 de ce manuel.

Table 8.3 : Interventions de base de l' ICD-10-PCS et leurs valeurs correspondantes			
Valeur	Intervention de base	Valeur	Intervention de base
0	Alteration (Modification)	J	Inspection (Inspection)
1	Bypass (Pontage)	K	Map (Cartographie)
2	Change (Changement)	L	Occlusion (Occlusion)
3	Control (Contrôle)	M	Reattachment (Réattachement)
4	Creation (Création)	N	Release (Libération)
5	Destruction (Destruction)	P	Removal (Enlèvement)
6	Detachment (Amputation)	Q	Repair (Réparation)
7	Dilation (Dilatation)	R	Replacement (Remplacement)
8	Division (Division)	S	Reposition (Repositionnement)
9	Drainage (Drainage)	T	Resection (Résection)
B	Excision (Excision)	V	Restriction (Restriction)
C	Extirpation (Extirpation)	W	Revision (Révision)
D	Extraction (Extraction)	U	Supplement (Ajout)
F	Fragmentation (Fragmentation)	X	Transfer (Transfert)
G	Fusion (Fusion)	Y	Transplantation (Transplantation)
H	Insertion (Insertion)		

3.4. Quatrième caractère: Partie du corps (Body Part)

Le quatrième caractère indique la partie spécifique de la "partie du corps" ou du site anatomique sur laquelle l'intervention est réalisée (par exemple l'appendice). Dans la classification ICD-10-PCS, les valeurs de partie du corps peuvent faire référence à un organe entier (par exemple le foie) ou à des portions spécifiques d'un organe (par exemple, le lobe droit du foie). L'annexe C de l'ICD-10-PCS, "Body part Key" ,comprend des informations utiles énumérant des synonymes spécifiques pour les noms de muscles, veines, nerfs et d'autres sites anatomiques ainsi que les parties du corps de l'ICD-10-PCS correspondants qui doivent être utilisées pour la sélection du code. Par exemple, la clé indique que pour le terme "plexus aortique abdominal", il faut utiliser la partie du corps "nerf sympathique abdominal".

Si une procédure est réalisée sur une portion d'une partie du corps pour laquelle il n'existe pas de valeur pour la partie du corps distincte, il faut sélectionner la valeur correspondant à la partie du corps complète incluant cette portion. Par exemple, une intervention réalisée sur le processus alvéolaire de la mâchoire inférieure sera rattachée à la valeur correspondant à la partie du corps complète: la mâchoire inférieure.

Les interventions réalisées sur des parties du corps identifiées par le préfixe "péri" (signifiant "autour" ou "près de") doivent être codées sous le nom de la partie du corps qui est nommée. Par exemple, une procédure identifiée comme "périrénale" sera codée sous le partie du corps "rein".

Valeurs pour les ramifications d'une partie du corps. Quand l'ICD-10-PCS ne propose pas de valeur pour une branche spécifique d'une partie du corps, celle-ci reçoit la valeur de la branche proximale la plus proche qui a une valeur spécifique pour la partie du corps. Par exemple, pour une procédure réalisée sur la branche mandibulaire du nerf trijumeau, la valeur pour la partie du corps sera "nerf trijumeau".

Valeurs pour les parties du corps bilatérales. L'ICD-10-PCS fournit des valeurs pour certaines parties du corps qui sont bilatérales. Cependant, cette valeur 'bilatérale' n'existe pas pour tous les organes ou parties du corps qui sont "paires". Si une même procédure est réalisée des 2 côtés et que pour cette partie du corps la valeur "bilatérale" existe, le code de la procédure est attribué une seule fois en utilisant la valeur de partie du corps "bilatérale". A titre d'exemple, référez-vous à la figure 8.4 pour coder l'ovariectomie bilatérale. La même procédure est réalisée sur les 2 ovaires et il existe une valeur "2" de partie du corps incluant les deux ovaires. Comme il existe une valeur reprenant la notion de bilatéralité, un seul code sera enregistré.

S'il n'existe pas de valeur de partie du corps qui reprenne la bilatéralité, chaque intervention doit être codée séparément en utilisant la valeur de partie du corps adéquate. Considérez, par exemple, le remplacement bilatéral de hanche. Il existe des valeurs pour le caractère "partie du corps" pour "hanche droite" et pour "hanche gauche" mais non pour "hanches, bilatérales". Si on réalise exactement la même procédure sur les 2 hanches, il faut enregistrer 2 codes distincts pour préciser que les 2 hanches - droite et gauche - ont été remplacées.

Figure 8.4 : Extrait d'un tableau montrant des parties de corps bilatérales

Section	0	Medical and Surgical		
Body System	U	Female Reproductive System		
Operation	T	Resection: Cutting out or off, without replacement, all of a body part		
Body Part	Approach		Device	Qualifier
0 Ovary, Right	0	Open		
1 Ovary, Left	4	Percutaneous Endoscopic		
2 Ovaries, Bilateral	7	Via Natural or Artificial Opening	Z	No Device
5 Fallopian Tube, Right	8	Via Natural or Artificial Opening Endoscopic		Z
6 Fallopian Tube, Left	F	Via Natural or Artificial Opening With Percutaneous Endoscopic Assistance		No Qualifier
7 Fallopian Tubes, Bilateral				
9 Uterus				
4 Uterine Supporting Structure	0	Open		
C Cervix	4	Percutaneous Endoscopic	Z	No Device
F Cul-de-sac	7	Via Natural or Artificial Opening		Z
G Vagina	8	Via Natural or Artificial Opening Endoscopic		No Qualifier
J Clitoris	0	Open	Z	No Device
L Vestibular Gland	X	External		Z
M Vulva				No Qualifier
	0	Open		
	4	Percutaneous Endoscopic		
K Hymen	7	Via Natural or Artificial Opening	Z	No Device
	8	Via Natural or Artificial Opening Endoscopic		Z
	X	External		No Qualifier

Peau, tissu sous-cutané et fascia recouvrant une articulation. Si une procédure est réalisée sur la peau, le tissu sous-cutané et le fascia recouvrant une articulation, la valeur de la partie du corps est attribuée de la façon suivante :

- L'épaule est codée comme bras (upper arm),
- Le coude est codé comme avant-bras (lower arm),
- Le poignet est codé comme avant-bras (lower arm),
- La hanche est codée comme cuisse (upper leg),
- Le genou est codé comme jambe (lower leg),
- La cheville est codée comme pied (foot)

Doigts et orteils. Si un système anatomique ne contient pas de valeur distincte pour les doigts, les procédures réalisées sur les doigts seront codées avec la valeur de partie du corps utilisée pour la main. Si un système anatomique ne contient pas de valeur distincte pour les orteils, les procédures réalisées sur les orteils seront codées avec la valeur de partie du corps utilisée pour le pied.

Par exemple, l'excision d'un tendon d'un doigt est codée avec l'une des valeurs pour les tendons de la main mentionnée dans le système anatomique "tendons".

Nous avons maintenant parcouru la majorité des directives concernant les parties du corps, excepté quelques-unes qui sont réservées pour le système anatomique. Les procédures réalisées sur les parties du corps suivantes sont décrites plus en détail dans les derniers chapitres de ce manuel:

- Les voies digestives supérieures et inférieures sont traitées dans le chapitre 20 "Maladies du système digestif".
- Les tendons, ligaments, bourses et fascias jouxtant une articulation sont traités dans le chapitre 23 de ce manuel "Maladies du système musculo-squelettique et du tissu conjonctif".
- Les artères coronaires sont traitées au chapitre 28 "Maladies du système circulatoire".

3.5. Cinquième caractère : Voie d'abord (Approach)

Le cinquième caractère se réfère à la voie d'abord ou à la technique mise en œuvre pour atteindre le site où la procédure est réalisée (par exemple, ouverte). La section médico-chirurgicale contient 7 voies d'abord. Ces voies d'abord peuvent être "externes", "à travers la peau ou une muqueuse", ou "à travers un orifice". La liste ci-dessous détaille ces voies d'abord :

- Externe
- A travers la peau ou une membrane muqueuse:
 - Ouvert
 - Percutané
 - Percutané Endoscopique
- Via un orifice:
 - Via un orifice naturel ou artificiel
 - Via un orifice naturel ou artificiel, endoscopique
 - Via un orifice naturel ou artificiel, avec assistance d'un dispositif percutané, endoscopique

Comme pour ce qui est des interventions de base, chaque voie d'abord est définie précisément au sein de la classification. Le tableau 8.4 montre les voies d'abord de la section médico-chirurgicale. La figure 8.5 illustre les voies d'abord chirurgicales.

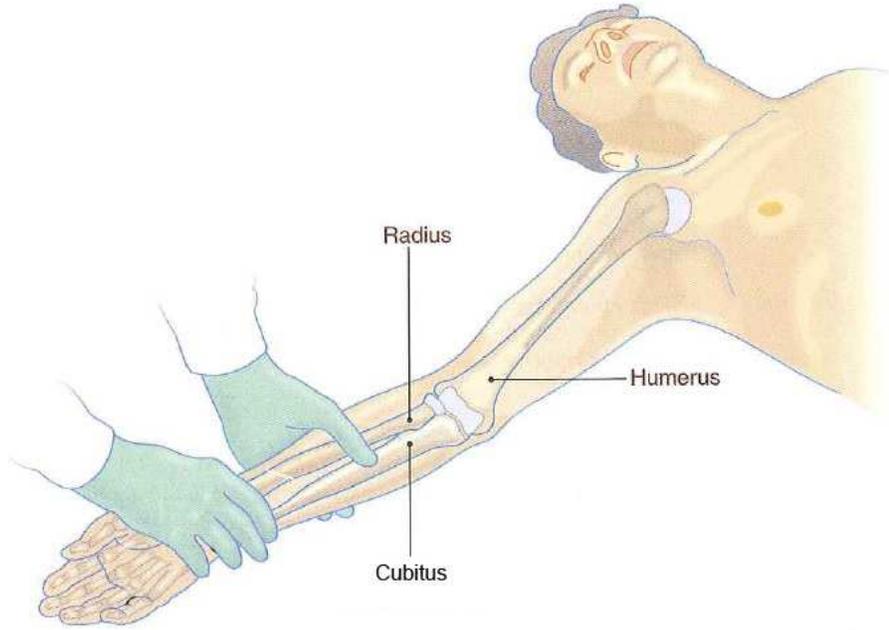
Tableau 8.4 : Voies d'abord de la section médico-chirurgicale		
Valeur	Voie d'abord	Définition
X	Externe	(Procedures performed directly on the skin or mucous membrane and procedures performed indirectly by the application of external force through the skin or mucous membrane.) Procédures réalisées directement sur la peau ou la muqueuse et procédures réalisées indirectement par application d'une force externe à travers la peau ou la muqueuse.
0	Ouverte	(Cutting through the skin or mucous membrane and any other body layers necessary to expose the site of the procedure Incision à travers la peau, la muqueuse ou de toute autre couche de tissu qu'il est nécessaire de traverser pour atteindre le site de la procédure.
3	Percutanée	(Entry, by puncture or minor incision, of instrumentation through the skin or mucous membrane and any other body layers necessary to reach the site of the procedure.) Entrée d'instruments à travers la peau, la muqueuse ou toute autre couche de tissu qu'il est nécessaire de traverser pour atteindre le site de la procédure, par ponction ou via une incision minime.
4	Percutanée, endoscopique	(Entry, by puncture or minor incision, of instrumentation through the skin or mucous membrane and any other body layers necessary to reach and visualize the site of the procedure.) Entrée d'instruments à travers la peau, la muqueuse ou toute autre couche de tissu qu'il est nécessaire de traverser pour atteindre et visualiser le site de la procédure, par ponction ou via une incision minime.
7	Via un orifice naturel ou artificiel	(Entry of instrumentation through a natural or artificial external opening to reach the site of the procedure.) Entrée d'instruments, par un orifice naturel ou artificiel externe, pour atteindre le site de la procédure
8	Via un orifice naturel ou artificiel, endoscopique	(Entry of instrumentation through a natural or artificial external opening to reach and visualize the site of the procedure.) Entrée d'instruments, par un orifice naturel ou artificiel externe, pour atteindre et visualiser le site de la procédure
F	Via un orifice naturel ou artificiel, avec assistance d'un dispositif percutané, endoscopique	(Entry of instrumentation through a natural or artificial external opening and entry, by puncture or minor incision, of instrumentation through the skin or mucous membrane and any other body layers necessary to aid in the performance of the procedure.) Entrée d'instruments, par un orifice naturel ou artificiel externe, et entrée d'instruments à travers la peau, la muqueuse ou toute autre couche de tissu qu'il est nécessaire de traverser pour aider à la réalisation de la procédure, par ponction ou via une incision minime.

En plus des définitions des voies d'abord mentionnées dans le tableau 8.4, il existe des directives pratiques liés à la sélection de la voie d'abord:

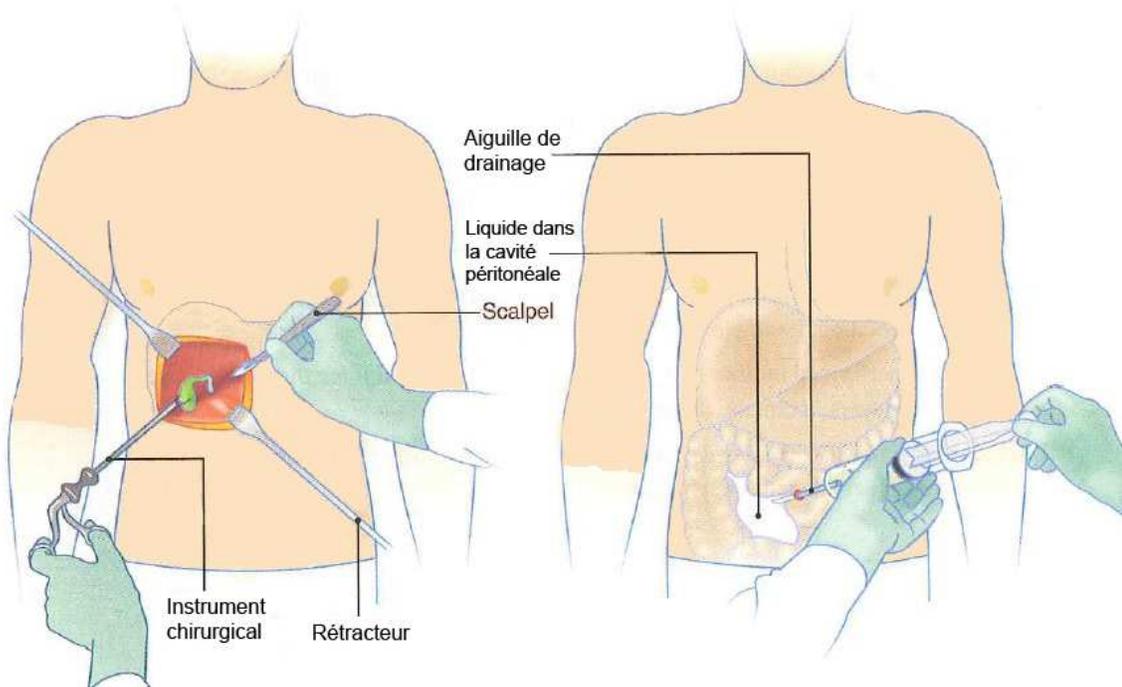
- Une voie d'abord "*ouverte avec assistance percutanée, endoscopique*" est codée comme voie d'abord "ouverte".
Exemple : une sigmoïdectomie assistée par laparoscopie est codée comme "ouverte".
- Voie d'abord *externe*. Les interventions suivantes doivent être codées comme "externes":
 - Les procédures qui sont réalisées au sein d'un orifice, sur des structures qui sont visibles sans l'aide d'instruments. Exemple : amygdaléctomie. En ICD-10-PCS, la voie d'abord "via un orifice naturel ou artificiel" n'est pas valable pour la voie d'abord de cette procédure.

- Les procédures qui sont réalisées par l'application de forces externes à travers les couches tissulaires recouvrant le site d'intervention. Exemple : réduction fermée de fracture.
- *Procédure percutanée via du matériel*: codez comme "percutanée" Exemple : fragmentation de lithiase rénale par néphrostomie percutanée.

Figure 8.5 : Illustration des voies d'abord de la section médico-chirurgicale



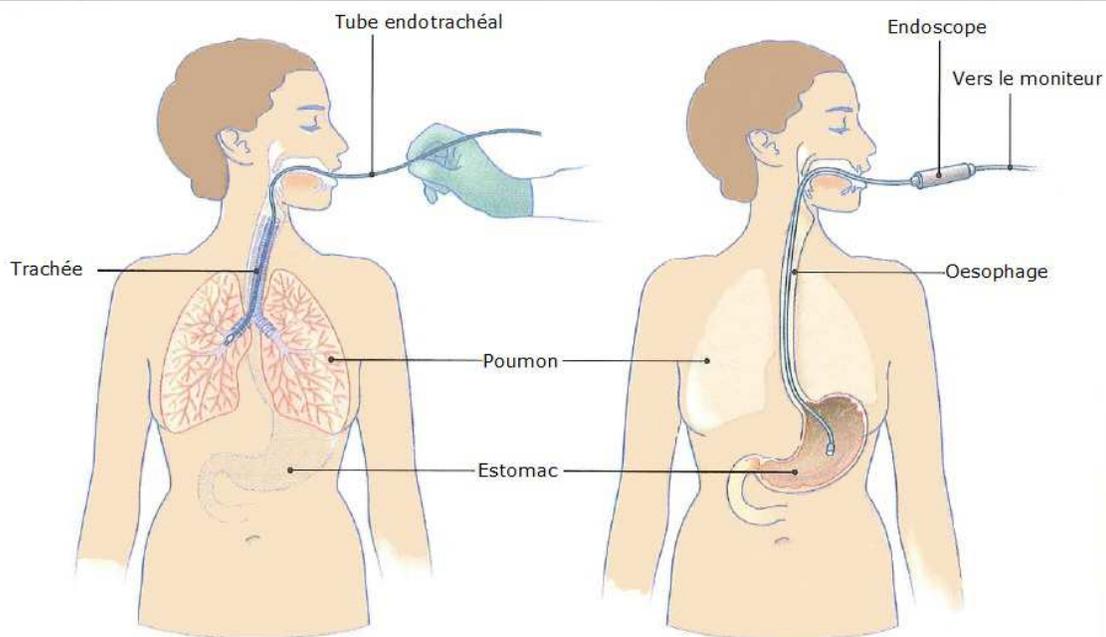
Voie d'abord externe
Réduction fermée de fracture



Cholécystectomie ouverte
(Incision sous-costale avec exposition complète du site opératoire)

Drainage péritonéal percutané
(Une aiguille de gros calibre est insérée dans la cavité péritonéale pour drainer le liquide péritonéal)

© Copyright 2011 du HEALTH FORUM INC. (AHA)

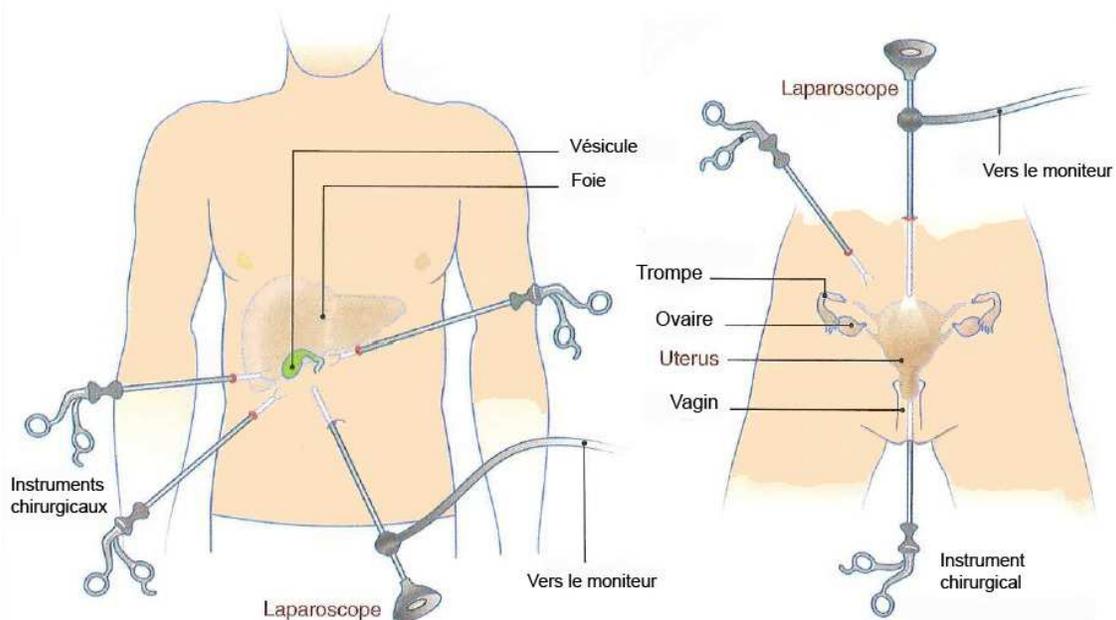


Par orifice naturel ou artificiel

Insertion de tube endotrachéal
(Le tube est inséré dans la trachée par la bouche)

Par orifice naturel ou artificiel, endoscopique

Gastroscopie
(L'endoscope est introduit dans l'estomac par la bouche)



Par voie percutanée endoscopique

Cholécystectomie laparoscopique
(Quelques incisions minimales sont faites au niveau de l'abdomen, par lesquelles on place dans la cavité abdominale des instruments chirurgicaux et un laparoscope avec une camera video)

Par orifice naturel ou artificiel, avec assistance percutanée endoscopique

Hystérectomie par voie vaginale assistée par laparoscopie
(une hystérectomie par voie vaginale est réalisée avec assistance laparoscopique; les ovaires et les trompes peuvent être disséqués par voie laparoscopique, l'utérus est disséqué et tous les organes sont enlevés par voie vaginale)

Exercice 8.3

Identifiez les valeurs de la voie d'abord d'ICD-10-PCS pour chacune des interventions ci-dessous:

Procédure	Valeur de la voie d'abord
1. Appendicectomie ouverte	
2. Chondroplastie du genou par arthroscopie	
3. Adénoïdectomie	
4. Bronchoscopie	
5. Hystérectomie assistée par laparoscopie	
6. Exérèse d'endomètre par voie vaginale	
7. Insertion d'électrode de pacemaker	
8. Libération endoscopique de canal carpien	
9. Enlèvement de drain thoracique	
10. OesophagoGastroDuodéoscopie et biopsie gastrique	

3.6. Sixième caractère : Matériel/Dispositif (Device)

Le sixième caractère est utilisé pour identifier si un matériel a été utilisé au cours de la procédure. Sont codés uniquement les matériels qui restent dans ou sur le corps du patient lorsque la procédure est terminée. Le matériel qui est inhérent à la procédure n'est pas codé. Les sutures, les ligatures, les clips, les marqueurs radiologiques et les drains temporaires de plaie opératoire sont des exemples de matériel inhérent à l'intervention. Les valeurs pour le matériel sont classées en 4 catégories de base :

- Greffes et prothèses,
- Implants
- Dispositifs simples ou mécaniques
- Dispositifs électroniques.

Quand la procédure ne comprend aucun matériel, la lettre "Z" signifiant "aucun", est utilisée comme 6^{ème} caractère pour compléter la structure du code.

L'index d'ICD-10-PCS contient des entrées qui fournissent une assistance dans la sélection des codes liés au matériel. De plus, 2 annexes ont été créées pour en faciliter l'usage :

- Annexe D ("device key")
- Annexe E ("device aggregation table")

La "device key" fournit la liste des appareils selon leur nom habituel, et selon leur nom de marque, ainsi que les termes ICD-10-PCS correspondants en vue de faciliter la sélection de la valeur appropriée pour le matériel. Par exemple, la clef indique que tant pour le nom habituel de l'appareil "Total artificial (replacement) heart" (Cœur (de remplacement) artificiel total) que pour le nom de marque "AbioCor® Total Replacement Heart" (Cœur de remplacement total Abio Cor®) il faut coder comme valeur de matériel la valeur "substitut synthétique" dans ICD-10-PCS.

Le "device aggregation table" permet de corréler une valeur spécifique de matériel, utilisé dans une intervention de base durant laquelle l'appareil a été placé, avec une valeur plus générale du matériel utilisé dans d'autres interventions de base. Souvent dans des interventions de base telles que "enlèvement" (removal) et "révision" (revision), la valeur du matériel est le terme de matériel général pour toute une famille de valeurs de matériels plus spécifiques. Par exemple, dans la figure 8.6, le tableau d'agrégation du matériel indique que pour l'intervention de base "insertion", 2 types d'électrodes spécifiques cardiaques sont disponibles: un pour les défibrillateurs et un pour les pacemakers. Cependant pour les procédures principales telles que "enlèvement" ou "révision", la valeur du matériel est moins spécifique. En pareil cas, seul le matériel général "électrode cardiaque" est disponible et le type d'électrode cardiaque (pour défibrillateur ou pour pacemaker) n'est pas spécifié.

Figure 8.6 : Extrait du tableau d'agrégation du matériel

Matériel spécifique	Pour l'intervention	Dans le système anatomique	Matériel général
Electrode cardiaque, défibrillateur	Insertion	Cœur et gros vaisseaux	M Electrode cardiaque
Electrode cardiaque, pacemaker	Insertion	Cœur et gros vaisseaux	M Electrode cardiaque

Exercice 8.4

Inscrivez un "X" à côté de chaque terme ou phrase qui peut être considéré comme matériel à coder dans l'ICD-10-PCS.

1. Prothèse articulaire	_____	
2. Pacemaker cardiaque	_____	
3. Sutures au prolène	_____	
4. Neurostimulateur	_____	
5. Greffe d'un filet pour une hernie	_____	

3.7. Septième caractère : Qualificatif (Qualifier)

Le septième caractère indique un qualificatif. Un qualificatif a une signification unique pour certaines procédures. Cette position dans le code est utilisée pour apporter des informations complémentaires. Les termes "diagnostique" ou "stéréotaxique" sont des exemples de qualificatifs. Quand il n'y a pas de qualificatif, la lettre "Z" est attribuée au 7^{ème} caractère afin de compléter la structure du code.

Solutions des exercices

Exercice 8.1

Sans vous référer au manuel ni à l'ICD-10-PCS, indiquez si les affirmations suivantes sont vraies ou fausses.

1. L'index ICD-10-PCS utilise les éponymes pour identifier les procédures.	<u>F</u>
2. Tous les codes ICD-10-PCS ont une structure alphanumérique en 7 caractères	<u>V</u>
3. Tous les codes ICD-10-PCS complets peuvent être localisés dans l'index.	<u>F</u>
4. Les tables de l'ICD-10-PCS spécifient les combinaisons de caractères qui sont valides pour construire un code de procédure.	<u>V</u>
5. Les lettres "O" et "I" ne sont pas utilisées comme valeurs dans l'ICD-10-PCS afin de ne pas être confondues avec les chiffres "0" et "1".	<u>V</u>

Exercice 8.2

En vous référant au tableau 8.2, et inscrivez un "X" à côté de chaque terme ou phrase identifiant un système anatomique référencé par une valeur unique dans l'ICD-10-PCS.

1. Respiratoire (respiratory)	<u>X</u>
2. Cœur et gros vaisseaux (heart and great vessels)	<u>X</u>
3. Circulatoire (circulatory)	<u> </u>
4. Musculo-squelettique (musculoskeletal)	<u> </u>
5. Os supérieurs (upper bones)	<u>X</u>

Exercice 8.3

Identifiez les valeurs de la voie d'abord d'ICD-10-PCS pour chacune des interventions ci-dessous:

Procédure	Valeur de la voie d'abord
1. Appendicectomie ouverte	0 (ouverte)
2. Chondroplastie du genou par arthroscopie	4 (percutanée, endoscopique)
3. Adénoïdectomie	X (externe)
4. Bronchoscopie	8 (par orifice naturel ou artificiel, endoscopique)
5. Hystérectomie assistée par laparoscopie	0 (ouverte)
6. Exérèse d'endomètre par voie vaginale	7 (par orifice naturel ou artificiel)
7. Insertion d'électrode de pacemaker	3 (percutané)
8. Libération endoscopique de canal carpien	4 (percutané, endoscopique) (la petite incision pour l'introduction de l'endoscope n'est pas codée séparément) ,
9. Enlèvement de drain thoracique	X (externe)
10. OesophagoGastroDuodéoscopie et biopsie gastrique	8 (par orifice naturel ou artificiel, endoscopique)

Exercice 8.4

Inscrivez un "X" à côté de chaque terme ou phrase qui peut être considéré comme matériel à coder dans l'ICD-10-PCS.

1. Prothèse articulaire	<u> </u> X
2. Pacemaker cardiaque	<u> </u> X
3. Sutures au prolène	<u> </u>
4. Neurostimulateur	<u> </u> X
5. Greffe d'un filet pour une hernie	<u> </u> X
	<u> </u>

Table des matières

Chapitre 9:	104
Etapes de base du codage avec ICD-10-PCS	104
1. Introduction	105
2. Repérer le terme principal dans l'index.....	105
3. Utilisez la table adéquate.....	106
4. Démonstrations de codage	107
4.1. Cholécystectomie totale par voie laparoscopique	107
4.2. Amputation de la jambe droite, extrémité distale.....	109
5. L'enregistrement des procédures dans le RHM	109

Chapitre 9:

Etapes de base du codage avec ICD-10-PCS

APERÇU DU CHAPITRE

- Le RHM requiert que toutes les procédures pertinentes pour le séjour soient enregistrées. Une procédure est significative pour le séjour si elle répond à un des critères suivants :
 - La procédure est de nature chirurgicale
 - La procédure comporte un risque anesthésique
 - La procédure comporte un risque lié à la procédure elle-même
 - La procédure requiert une formation spécialisée.
- La classification ICD-10-PCS comprend un index alphabétique, des tableaux et la liste des codes.

RESULTATS DE L'APPRENTISSAGE

Après l'étude de ce chapitre, vous devrez être capable de :

Identifier les termes principaux dans l'index alphabétique.

Naviguer dans les tableaux pour trouver la table appropriée.

1. INTRODUCTION

Ce chapitre décrit les étapes à suivre pour localiser un code ICD-10-PCS.

Pour trouver un code de procédure dans l'ICD-10-PCS, il faut suivre les étapes suivantes:

1. Repérez le terme principal dans l'index alphabétique
 - Suivez toutes les instructions de référence croisée.
 - Vous obtenez les 3 ou 4 premiers caractères de la procédure.
 - Dans quelques cas, un code complet à 7 caractères est fourni.
2. Trouver la table adéquate
 - Passez en revue la section, le système anatomique (body system) et la définition de l'intervention de base (root procedure), et vérifiez que les 3 premiers caractères référencés par l'index sont corrects.
3. Continuez la construction du code ICD-10-PCS en sélectionnant une valeur dans chaque colonne pour les 4 caractères restants, comme suit:
 - Sélectionner une valeur dans la colonne partie du corps (body part) pour le 4^{ème} caractère.
 - Sélectionner une valeur dans la colonne voie d'abord (approach) pour le 5^{ème} caractère.
 - Sélectionner une valeur dans la colonne matériel (device) pour le 6^{ème} caractère.
 - Sélectionner une valeur dans la colonne qualificatif (qualifier) pour le 7^{ème} caractère.

Il est important de noter qu'on peut construire un code valide en utilisant toutes les combinaisons de choix possibles des caractères 4 à 7 qui se situent à l'intérieur d'une même ligne d'une table. Tous les codes ICD-10-PCS ayant 7 caractères, chacun des 7 caractères doit être spécifié pour que le code soit valide.

2. REPERER LE TERME PRINCIPAL DANS L'INDEX

La première étape du codage consiste à sélectionner le terme principal dans l'index alphabétique. L'index est utilisé pour trouver la table adéquate. Les termes principaux peuvent être le nom commun d'une procédure (par exemple, appendicectomie, cholécystectomie), d'une valeur d'intervention de base (par exemple, Résection, Excision) ou d'une partie du corps. Les sous-termes fournissent des informations plus spécifiques. Chaque niveau d'indentation de l'index est représenté ci-dessous par un trait d'union. Notez que certains éditeurs ont adopté la convention utilisée dans l'index de l'ICD-10-CM, c'est-à-dire ajouter un tiret à la fin d'un code pour indiquer que ce dernier n'est pas complet.

Les exemples qui suivent montrent les différents termes principaux et sous-termes utilisés dans l'ICD-10-PCS.

- Quand le terme principal est une intervention de base (par ex. Excision), les sous-termes seront les parties du corps sur lesquelles l'intervention est réalisée, comme montré ci-dessous:

Excision
- Acetabulum
- - Left 0QB5
- - Right 0QB4
- Adenoids 0CBQ

- Quand le terme principal est une procédure courante, les références renvoient vers l'intervention de base et la(les) partie(s) du corps correspondante(s), comme montré ci-dessous:

Claviclectomy
 - see Excision, Upper Bones 0PB
 - see Resection, Upper Bones 0PT

Condylectomy
 - see Excision, Head and Facial Bones 0NB
 - see Excision, Upper Bones 0PB
 - see Excision, Lower Bones 0QB

- Quand le terme principal est un terme anatomique, des références utiles permettant d'identifier les parties du corps spécifique dans l'ICD-10-PCS sont fournies, comme montré ci-dessous:

Adductor hallucis muscle
 - use Muscle, Foot, Left
 - use Muscle, Foot, Right

Il n'est pas nécessaire de commencer avec l'index alphabétique avant de consulter les tables pour compléter un code. Un code valide peut être choisi directement à partir des tables mais ceci requiert une connaissance approfondie des systèmes anatomiques et des interventions de base.

Exercice 9.1

Sans vous référer à l'index, soulignez le(s) mot(s) de chaque expression indiquant le terme principal pour chaque procédure.

1. Cholécystectomie par voie laparoscopique

2. Résection du pancréas

3. Ovariectomie bilatérale

4. Incision et drainage d'abcès du cou

5. Résection intestinale avec colostomie transverse

6. Fusion des vertèbres L5-S1

7. Lyse d'adhésions intestinales

3. UTILISEZ LA TABLE ADEQUATE

Une fois que les 3 premiers caractères ou plus ont été trouvés dans l'index alphabétique, le codeur va se référer à la table adéquate. Il n'est pas nécessaire de suivre les notes de référence qui renvoient à d'autres termes si l'index fournit les 3 ou 4 premiers caractères d'un code.

Par exemple, le terme principal "cholecystectomy" (cholécystectomie) renvoie à "0FT4" pour "resection, gallbladder" (résection, vésicule biliaire). Consulter le terme principal "Resection" (résection) avec le sous-terme "gallbladder" (vésicule biliaire) ne fournira pas le code complet en 7 caractères mais il renverra à la même table : 0FT4.

Pour trouver la table adéquate :

- Si vous utilisez la version PDF de l'ICD-10-PCS disponible sur le site du SPF SPSCAE, vous pouvez accéder directement aux tables en cliquant sur l'hyperlien des valeurs de caractères fournies par l'index (par ex., 0FT4).
- Si vous utilisez un livre ICD-10-PCS imprimé, il sera nécessaire de rechercher manuellement la table adéquate. Ces tables sont arrangées par groupe, en commençant par la section 0, Médico-chirurgicale, et le système anatomique "0", Système nerveux central et en procédant ensuite par ordre numérique. Les sections 0 à 9 sont suivies par les sections B à D et les sections F à H. La même convention est utilisée au sein de chaque Table pour les caractères 2 à 7: les valeurs numériques en premier, suivies par les valeurs alphabétiques dans l'ordre.

Exercice 9.2

Sans vous référer à l'ICD-10-PCS, identifiez l'ordre dans lequel les tableaux suivants (représentés par leurs 3 premiers caractères) peuvent être localisés.

1. 0JQ

2. 0J9

3. B31

4. 09B

5. 09W

4. DEMONSTRATIONS DE CODAGE

Suivez les étapes décrites ci-dessus pour trouver le code correct pour chacune des procédures mentionnées ci-dessous :

4.1. Cholécystectomie totale par voie laparoscopique

Référez-vous au terme principal "Cholecystectomy". Notez qu'il y a 2 références : "see Excision, Gallbladder [0FB4]" et "see Resection, Galbladder [0FT4]". Il n'est pas nécessaire de consulter l'index au niveau du terme principal "Excision", sous-terme "gallbladder" ou au niveau du terme principal "Resection", sous terme "gallbladder" puisque tous deux renverront de toute façon à la même table. Si vous ne connaissez pas la différence entre ces 2 interventions de base, consultez l'appendice A du manuel de référence de l'ICD-10-PCS et revoyez leurs définitions. Sinon, vous pouvez également suivre l'index, et consulter les deux tables (0FB) et (0FT) pour découvrir la différence entre les interventions de base "Excision" et "Resection".

Consultez le tableau 0FB. Au niveau de la première ligne du tableau se trouve le caractère "0" se réfère à la section médico-chirurgicale; le 2^{ème} caractère "F" se réfère au système anatomique "système hépato-biliaire et pancréas"; et le 3^{ème} caractère "B" se réfère à l'intervention de base "Excision".

Dans le tableau 0FB, une excision est définie comme "l'exérèse, sans remplacement, d'une portion d'une partie du corps". Comme la procédure à coder est une cholécystectomie totale, "Excision" n'est pas l'intervention de base correcte.

Consultez le tableau 0FT. Le 3^{ème} caractère "T" se réfère à l'intervention de base "Resection". Dans ce tableau 0FT, la résection est définie comme "l'exérèse, sans remplacement, de toute une partie du corps". A la lumière de ceci, il est clair que "Excision, gallbladder" est l'intervention de base pour une cholécystectomie partielle et que "Resection, gallbladder" est l'intervention de base pour une cholécystectomie totale; donc, le tableau correct est 0FT.

Continuez la construction du reste du code en sélectionnant les valeurs des caractères restants à partir des colonnes de ce tableau (voir figure 9.1). Dans la première colonne, "body part", sélectionnez la valeur "4" pour la vésicule. Dans la seconde colonne, "approach", sélectionnez la valeur "4" pour "percutanée, endoscopique" puisqu'il s'agit d'une intervention par voie laparoscopique. Pour le sixième caractère, sélectionnez la valeur "Z" pour le matériel car il n'y a pas de matériel qui est laissé en place à l'issue de cette procédure, et sélectionnez la valeur "Z" pour le dernier caractère car il n'y a pas de qualificatif. Le code ICD-10-PCS de procédure correct est donc 0FT44ZZ. La figure 9.1 montre le tableau 0FT utilisé pour cette démonstration, avec entourées les valeurs appropriées de chaque caractère du code

Figure 9.1 : Extrait du tableau 0FT de l'ICD-10-PCS

Section			
	0	Medical and Surgical	
Body System			
	F	Hepatobiliary System and Pancreas	
Operation			
	T	Resection: Cutting out or off, without replacement, all of a body part	
Body Part	Approach	Device	Qualifier
0 Liver			
1 Liver, Right Lobe			
2 Liver, Left Lobe			
4 Gallbladder	4 Percutaneous Endoscopic	Z No Device	Z No Qualifier
G Pancreas			
5 Hepatic Duct, Right			
6 Hepatic Duct, Left			
8 Cystic Duct			
9 Common Bile Duct			
C Ampulla of Vater		Z No Device	Z No Qualifier
D Pancreatic Duct			
F Pancreatic Duct, Accessory			

Notez que dans un tableau ICD-10-PCS, seules les combinaisons des différentes valeurs (colonnes pour les caractères 4 à 7) figurant dans la même ligne du tableau sont possibles. Par exemple, dans le tableau montré en figure 9.1, la valeur "8" n'est pas valide pour la voie d'abord (5^{ème} caractère) parce qu'elle ne se trouve pas sur la même ligne que la valeur de partie du corps "4" désignant la vésicule.

4.2. Amputation de la jambe droite, extrémité distale

Recherchez le terme principal "amputation" dans l'index alphabétique. Notez la référence croisée "see detachment". Suivez cette référence croisée en vous tournant vers le terme principal "detachment" (amputation) et ensuite le sous-terme "leg".

Notez qu'il existe des sous-termes complémentaires pour préciser qu'il s'agit de "lower" leg et ensuite "left" ou "right". Dans ce cas, l'index fournit le code 0Y6H0Z pour la jambe droite; ce code est quasiment complet, excepté qu'il manque le 7^{ème} caractère.

Référez-vous au tableau 0Y6 (montré à la figure 9.2) et repérez la ligne appropriée pour le caractère de partie du corps: "H" désignant la jambe droite. Comme pour cette partie du corps, les seules valeurs acceptables pour la voie d'abord et le matériel sont respectivement "0" et "Z", elles sont déjà fournies dans l'index. Sélectionnez à présent la valeur qui est d'application pour le 7^{ème} caractère (le qualificatif). Comme le cas qui nous occupe concerne une amputation de l'extrémité distale de la jambe, sélectionnez la valeur "3" pour "low". Le code de procédure ICD-10-PCS complet est donc 0Y6H0Z3.

Figure 9.2 : Extrait du tableau 0Y6 de l'ICD-10-PCS

Section	0	Medical and Surgical	
Body System	Y	Anatomical Regions, Lower Extremities	
Operation	6	Detachment: Cutting off all or a portion of the upper or lower extremities	
Body Part	Approach	Device	Qualifier
2 Hindquarter, Right			
3 Hindquarter, Left			
4 Hindquarter, Bilateral			
7 Femoral Region, Right	0 Open	Z No Device	Z No Qualifier
8 Femoral Region, Left			
F Knee Region, Right			
G Knee Region, Left			
C Upper Leg, Right			1 High
D Upper Leg, Left			2 Mid
H Lower Leg, Right	0 Open	Z No Device	3 Low
J Lower Leg, Left			

5. L'ENREGISTREMENT DES PROCEDURES DANS LE RHM

Le RHM exige pour chaque hospitalisation de jour ou chaque hospitalisation classique que toutes les procédures, qui sont pertinentes pour le séjour, soient codées avec le système ICD-10-PCS. Ceci ne concerne pas certains types de séjours pour lesquels les directives d'enregistrement indiquent explicitement que les procédures ne doivent pas être enregistrées. Une procédure est considérée comme pertinente pour le séjour si elle répond à l'un des critères suivant :

- Elle est de nature chirurgicale
- Elle comporte un risque anesthésique
- Elle comporte un risque lié à la procédure elle-même
- Elle requiert une formation spécifique

La chirurgie comprend entre autres les interventions de base suivantes: 'incision', 'excision', 'destruction', 'amputation', 'introduction', 'insertion', 'endoscopy', 'repair', 'suturing', 'manipulation'.

Toute intervention réalisée sous anesthésie comporte un risque lié à l'anesthésie.

Il est plus difficile de définir une procédure "à risque", mais est comprise dans ce groupe toute procédure présentant un risque reconnu d'induire une atteinte fonctionnelle, une perturbation physiologique ou une possibilité de traumatisme. Les procédures qui requièrent une formation spécialisée sont celles qui sont réalisées par des médecins, des infirmières et d'autres personnes ayant des qualifications médicales.

Solutions des exercices

Exercice 9.1

Sans vous référer à l'index, soulignez le(s) mot(s) de chaque expression indiquant le terme principal pour chaque intervention.

1. Cholécystectomie par voie laparoscopique (Laparoscopic cholecystectomy)

2. Résection du pancréas (Resection of pancreas)

3. Ovariectomie bilatérale (Bilateral oophorectomy)

4. Incision et drainage d'abcès du cou (Incision and drainage of abscess, neck)

5. Résection intestinale avec colostomie transverse (Bowel resection with transverse colostomy)

6. Fusion des vertèbres L5-S1 (Fusion of L5-S1 vertebral joints)

7. Lyse d'adhésions intestinales (Lysis of intestinal adhesions)

Exercice 9.2

Sans vous référer à l'ICD-10-PCS, identifiez l'ordre dans lequel les tableaux suivants (représentés par leurs 3 premiers caractères) peuvent être localisés.

1. 0JQ	4
2. 0J9	3
3. B31	5
4. 09B	1
5. 09W	2

Table des matières

Chapitre 10:	112
ICD-10-PCS Interventions de base dans la section médico-chirurgicale.....	112
1. Introduction	113
2. Directives de codage concernant les interventions de base.....	113
2.1. Codage des interventions multiples	114
2.2. Codage des interventions interrompues	114
2.3. Codage des biopsies	115
2.4. Codage des interventions concernant plusieurs tissus qui se superposent.....	116
3. Interventions médico-chirurgicales de base	116
3.1. Interventions de base enlevant une partie ou la totalité d'une partie du corps	116
3.1.1. Excision versus résection	117
3.1.2. Excision pour greffe	117
3.1.3. Amputation, destruction et extraction	118
3.2. Interventions de base consistant à ôter des solides, liquides ou gaz d'une partie du corps.....	119
3.3. Interventions de base concernant uniquement les sections ou les séparations	120
3.4. Interventions d'insertion, de remise en place ou de déplacement d'une partie ou de la totalité d'une partie du corps	121
3.5. Intervention de base modifiant le diamètre ou la trajectoire d'une partie du corps tubulaire	122
3.6. Interventions de base qui impliquent toujours un matériel ou dispositif	124
3.7. Intervention de base uniquement à but exploratoire.....	126
3.8. Interventions de base comprenant d'autres réparations.....	127
3.9. Interventions de base ayant d'autres objectifs.....	128

Chapitre 10:

ICD-10-PCS Interventions de base dans la section médico-chirurgicale

APERÇU DU CHAPITRE

Les 31 interventions de base de la section médico-chirurgicale peuvent être réparties en 9 groupes partageant les mêmes attributs:

- Interventions de base enlevant une partie ou la totalité d'une partie du corps
- Interventions de base consistant à ôter des solides, liquides ou gaz d'une partie du corps
- Interventions de base concernant uniquement les sections ou les séparations
- Interventions de base d'insertion, de remise en place ou de déplacement d'une partie ou de la totalité d'une partie du corps
- Interventions de base modifiant le diamètre ou la trajectoire d'une partie du corps tubulaire
- Interventions de base qui impliquent toujours un matériel
- Interventions de base à unique but exploratoire
- Interventions de base comprenant d'autres réparations
- Interventions de base ayant d'autres objectifs

RESULTATS DE L'APPRENTISSAGE

Après l'étude de ce chapitre, vous devrez être capable de :

Identifier les objectifs de chaque intervention de base

Distinguer les différentes interventions de base de la section médico-chirurgicale

Discuter les directives de codage générales applicables aux interventions de base.

LES TERMES A CONNAITRE

Intervention de base

Le 3ème caractère d'un code ICD-10-PCS, qui réfère à l'objectif de l'intervention.

1. INTRODUCTION

Les chapitres précédents introduisent la structure des codes ICD-10-PCS et discutent des étapes de base de la sélection des codes ICD-10-PCS. Le troisième caractère du code construit, l'intervention de base, est un des concepts les plus importants que l'utilisateur doit comprendre pour identifier et sélectionner correctement le code ICD-10-PCS. L'intervention de base réfère à l'objectif de l'intervention. Ce chapitre couvre en détails les 31 interventions de base de la section médico-chirurgicale ainsi que leurs définitions correspondantes. De plus, les directives de codage à appliquer, issues d'ICD-10-PCS Official Coding Guidelines sont introduites.

2. DIRECTIVES DE CODAGE CONCERNANT LES INTERVENTIONS DE BASE

La majorité des directives de codage d'ICD-10-PCS concerne le troisième caractère du code qui représente l'intervention de base. Dans cette section, nous commençons par les directives de codage générales applicables à toutes les interventions de base et nous passons ensuite aux concepts prédominants tels que la codification des interventions multiples et des interventions interrompues. Les directives de codage concernant des interventions de base spécifiques sont traitées dans l'intervention de base applicable.

La définition complète de l'intervention de base doit être appliquée pour déterminer l'intervention de base appropriée. Les définitions des interventions de base dans la classification ICD-10-PCS sont incluses dans chaque tableau (voir figure 10.1).

Les parties d'une intervention précisée dans la définition et l'explication d'une intervention de base ne sont pas codées séparément. La définition complète de chaque intervention de base fournie dans le tableau doit être considérée attentivement car cette définition va déterminer quelle intervention doit être codée séparément et laquelle ne le doit pas. Par exemple, la résection d'une articulation faisant partie d'un remplacement articulaire est comprise dans la définition de 'remplacement' et n'est jamais codée séparément. Les étapes permettant d'atteindre le site opératoire (telles que l'incision ou la voie d'abord) ainsi que la fermeture du site opératoire (telle que la suture), y compris l'anastomose d'une partie du corps tubulaire, ne doivent pas être codées séparément. Par exemple, lors d'une résection du colon sigmoïde avec anastomose du colon descendant au rectum, l'anastomose n'est pas codée séparément.

Figure 10.1 : Extrait d'un tableau montrant la localisation de la définition de l'intervention de base

Section	0	Medical and Surgical		
Body System	F	Hepatobiliary System and Pancreas		Définition de l'intervention de base
Operation	T	Resection: Cutting out or off, without replacement, all of a body part		
Body Part	Approach		Device	Qualifier
0 Liver 1 Liver, Right Lobe 2 Liver, Left Lobe 4 Gallbladder G Pancreas	0 Open 4 Percutaneous Endoscopic		Z No Device	Z No Qualifier
5 Hepatic Duct, Right 6 Hepatic Duct, Left 8 Cystic Duct 9 Common Bile Duct C Ampulla of Vater D Pancreatic Duct F Pancreatic Duct, Accessory	0 Open 4 Percutaneous Endoscopic 7 Via Natural or Artificial Opening 8 Via Natural or Artificial Opening Endoscopic		Z No Device	Z No Qualifier

2.1. Codage des interventions multiples

1. *La même intervention de base est réalisée sur des parties du corps différentes définies par des valeurs distinctes du 4ème caractère « partie du corps »* : un exemple en est l'excision diagnostique (biopsie) du foie et du pancréas. Cette règle est simple excepté qu'elle requiert de connaître comment « la partie du corps » est utilisée dans le contexte d'ICD-10-PCS. Référez-vous à l'extrait du tableau de la figure 10.1. Vous noterez que le foie est une partie du corps distincte mais directement dessous vous verrez que le « foie, lobe droit » est différencié du « foie, lobe gauche » et que chacun a une valeur distincte. Donc, des biopsies des lobes droits et gauches du foie sont codées séparément car elles ont des valeurs différentes du 4ème caractère précisant « la partie du corps ».

2. *La même intervention de base est répétée sur différentes parties du corps ayant une même valeur de « la partie du corps »*. Par exemple, l'excision du muscle sartorius et l'excision du muscle gracile. Tous les deux muscles ont la même valeur de la partie du corps « muscle du membre supérieur » et les interventions multiples sont codées 2 fois. Cet exemple mentionne 2 excisions réalisées sur 2 muscles qui sont inclus dans la valeur de la partie du corps « muscle du membre supérieur ». Si les parties distinctes de l'intervention ne sont pas codées séparément, il n'apparaîtra pas que 2 excisions ont été réalisées.

3. *Des interventions de base multiples sont réalisées sur la même partie du corps mais avec des objectifs différents*. La destruction d'une lésion du sigmoïde associée à un bypass du sigmoïde en est un exemple.

4. *Une intervention de base prévue est tentée par une voie d'abord mais est ensuite convertie en voie d'abord différente*. Par exemple, une cholécystectomie laparoscopique convertie en laparotomie est codée comme « inspection » percutanée, endoscopique et « résection » ouverte.

2.2. Codage des interventions interrompues

Une intervention prévue qui est commencée mais qui n'a pas pu être achevée est codée jusqu'où elle a été réellement réalisée selon les principes suivant :

- l'intervention prévue est interrompue, codez l'intervention de base réalisée.
- L'intervention est interrompue avant que l'intervention de base ne soit réalisée, codez l'intervention de base « inspection » de la partie du corps ou de la région anatomique.

Les exemples suivants montrent comment coder les interventions interrompues :

- Un patient est admis pour ablation transurétrale de lithiase urétérale. L'endoscope est introduit dans la vessie mais ne peut être introduit dans l'uretère. Codez uniquement « inspection » de la vessie.
- Un patient est admis pour cholécystectomie avec exploration de la voie biliaire principale. Après ouverture de la paroi abdominale, on trouve un néoplasme métastatique étendu envahissant l'estomac et le duodénum dont l'origine probable est un cancer du pancréas. L'intervention est interrompue et la plaie opératoire refermée. Codez uniquement laparotomie exploratrice.
- Une intervention de remplacement aortique prévue est interrompue après thoracotomie et avant toute incision du muscle cardiaque car le patient présente une instabilité hémodynamique. Cette intervention est codée comme une « inspection » ouverte du médiastin.

Quand on parle d'échec d'une intervention c'est-à-dire lorsqu'elle n'apporte pas les résultats attendus ou que chacun des objectifs de l'intervention n'est pas atteint, l'intervention est tout de même codée comme réalisée complètement. Par exemple, une réocclusion quasi immédiate de l'artère coronaire qui se produit occasionnellement après une angioplastie coronaire transluminale percutanée nécessite une réadmission immédiate du patient en salle d'opération afin de corriger le problème par un pontage coronaire. Cette angioplastie pourrait être considérée comme un 'échec' mais en fait elle a été réalisée complètement et devrait être codée. Notez que ne pas atteindre l'objectif thérapeutique n'est pas classifié comme une complication de l'intervention !!

2.3. Codage des biopsies

Une biopsie est définie comme le fait de prendre du tissu d'une personne vivante dans le but d'en faire une analyse microscopique. Un code de biopsie n'est pas attribué quand une lésion est ôtée à des fins thérapeutiques et qu'elle est envoyée au laboratoire pour examen, même si le terme « biopsie » est utilisé dans la description de l'intervention. Les pièces opératoires envoyées en routine au laboratoire pour analyse ne sont pas considérées comme des biopsies; attribuer un code de biopsie est inapproprié.

Les biopsies peuvent être codées avec différentes valeurs d'intervention de base en fonction de la manière dont la biopsie est réalisée et en gardant à l'esprit la définition des différentes interventions de base. Par exemple, les biopsies peuvent être rapportées à l'aide des interventions de base « excision », « extraction » ou « drainage », avec le qualificatif « diagnostique ». Le curetage diagnostique de l'utérus ou la biopsie de la moelle osseuse sont des biopsies d'« extraction ».

Biopsie suivie d'un traitement plus définitif. Si une intervention (biopsie) d'« excision », d'« extraction » ou de « drainage » diagnostique est suivie d'une intervention plus définitive, telle que « destruction », « excision » ou « résection » du même site opératoire, tant la biopsie que le traitement définitif sont codés.

Par exemple, une biopsie du sein est suivie d'une mastectomie partielle de même site opératoire; la biopsie et la mastectomie partielle sont codées toutes les deux.

2.4. Codage des interventions concernant plusieurs tissus qui se superposent

Occasionnellement, une intervention peut porter sur plusieurs tissus qui se superposent. Dans ces conditions, la directive suivante est d'application : si l'intervention de base « excision », « réparation » ou « inspection » est effectuée sur des structures du système musculo-squelettique qui se superposent, seulement la procédure sur la partie du corps la plus profonde est codée.

Par exemple, une excision-débridement qui comprend la peau, le tissu sous-conjonctif ainsi que le muscle, est codée avec la partie du corps « muscle ».

3. INTERVENTIONS MEDICO-CHIRURGICALES DE BASE

Les 31 interventions de base de la section médico-chirurgicale peuvent être réparties en 9 groupes partageant les mêmes attributs :

1. Interventions de base enlevant une partie ou la totalité d'une partie du corps
2. Interventions de base consistant à ôter des solides, liquides ou gaz de partie du corps
3. Interventions de base concernant uniquement les sections ou les séparations
4. Interventions de base d'insertion, de remise en place ou de déplacement d'une partie ou de la totalité d'une partie du corps
5. Interventions de base modifiant le diamètre ou la trajectoire d'une partie du corps tubulaire
6. Interventions de base qui impliquent toujours un matériel
7. Interventions de base à unique but exploratoire
8. Interventions de base comprenant d'autres réparations
9. Interventions de base ayant d'autres objectifs

3.1. Interventions de base enlevant une partie ou la totalité d'une partie du corps

Ce groupe d'interventions comprend les « excisions » (*excision*), « résections » (*resection*), « amputations » (*detachment*), « destructions » (*destruction*), et les « extractions » (*extraction*). Le tableau 10.1 fournit un aperçu de ces interventions de base, reprenant l'objectif de l'intervention, le site de celle-ci ainsi que des exemples de chaque intervention de base.

« Excision », « résection » et « amputation » sont similaires en ce sens que toutes les trois elles « enlèvent » sans remplacement. La différence entre ces 3 interventions de base repose sur le site opératoire et l'extension de l'intervention : « l'excision » concerne une partie d'une partie du corps, « la résection » - la totalité de la partie du corps et « l'amputation » - une extrémité. Une tumorectomie du sein est une « excision » et une mastectomie totale une « résection ». Quand l'excision est une biopsie, le qualificatif « diagnostique » est utilisé. Une « excision » est définie comme une exérèse sans remplacement d'une « partie » d'une partie du corps, tandis qu'une « résection » est l'exérèse sans remplacement de « toute » la partie du corps. Cette distinction est un concept clé dans ICD-10-PCS ; « toute » une partie du corps est définie de manière unique dans ICD-10-PCS et peut varier selon les différents organes.

3.1.1. Excision versus résection

ICD-10-PCS contient des valeurs différentes pour les subdivisions anatomiques d'une partie du corps, tels que lobes pulmonaires ou hépatiques et régions de l'intestin. La résection d'une partie du corps spécifique est codée chaque fois que toute la partie du corps est enlevée ; l'excision d'une partie du corps moins spécifique n'est pas codée. Il est important de revoir toutes les valeurs de partie du corps du tableau pour confirmer si l'intervention doit être codée comme « résection » ou « excision ». Par exemple, référez-vous à la figure 10.1. La colonne concernant la partie du corps présente des valeurs uniques pour « foie », « foie, lobe droit » et « foie, lobe gauche ». Selon ce tableau, l'exérèse de l'entièreté du lobe hépatique droit est considérée comme une « résection » (exérèse de toute la partie du corps), même si un seul lobe est ôté car chaque lobe est considéré comme une partie du corps.

Ainsi l'hémicolon droit est une partie du colon mais possède sa propre valeur dans le système gastro-intestinal. L'intervention de base lors d'une hémicolectomie est également une résection. Si un système lymphatique est enlevé, il s'agit dans ce cas d'une résection. Si un(des) ganglion(s) est(sont) ôté(s), il s'agit d'une excision.

ICD-10-PCS ne spécifie pas l'ajout d'information à propos de la technique d'anastomose utilisée pour compléter l'intervention (par exemple, anastomose termino-terminale ou termino-latérale après colectomie). Seul le code précisant l'excision ou la résection est assigné.

3.1.2. Excision pour greffe

Pour les interventions concernant le prélèvement de tissu pour greffe, les directives de codage suivantes sont appliquées : si une autogreffe est obtenue à partir de différentes parties du corps pour atteindre l'objectif d'une intervention, un code distinct est mentionné. Par exemple, lors d'un pontage coronaire avec prélèvement de veine saphène, l'excision de la veine saphène est codée séparément.

Tableau 10.1 : Interventions enlevant une partie ou la totalité d'une partie du corps			
Intervention de base	Objectif de l'intervention	Site de l'intervention	Exemples
Excision	Exérèse sans remplacement	Partie d'une partie du corps	Tumorectomie du sein (lumpectomie)
Résection	Exérèse sans remplacement	Totalité d'une partie du corps	Mastectomie totale
Amputation	Exérèse sans remplacement	Extrémité uniquement, quel que soit le niveau	Amputation au-dessus du genou
Destruction	Eradication sans remplacement	Partie ou totalité d'une partie du corps	Fulguration de l'endomètre, ablation de nerf par radiofréquence
Extraction	Retrait sans remplacement	Partie ou totalité d'une partie du corps	Aspiration, dilatation et curetage de l'utérus

3.1.3. Amputation, destruction et extraction

L'intervention de base « amputation » est utilisée uniquement pour les amputations d'extrémités quel que soit le niveau de l'amputation. Les amputations peuvent être effectuées à travers la diaphyse de l'os ou l'articulation (désarticulation). Elles s'appliquent uniquement aux systèmes de l'organisme qui se réfèrent à la région anatomique « extrémité supérieure » ou « extrémité inférieure ». Pour une « amputation », la valeur de la partie du corps est le site de l'intervention, avec, s'il y a lieu, un qualificatif donnant plus d'informations sur le niveau de l'amputation.

Les « destructions » et « extractions » partagent également le site de l'intervention : une partie ou la totalité d'une partie du corps. Une « destruction » représente une éradication sans remplacement tandis qu'une extraction est un retrait sans remplacement. Une destruction est définie comme une éradication physique d'une partie ou de la totalité d'une partie du corps par utilisation directe de force, d'énergie ou d'agent destructeur. Lors d'une « destruction », aucune partie du corps n'est physiquement enlevée. Des exemples d'interventions de base « destruction » sont une fulguration, une ablation, une cautérisation et une cryoablation des verrues, polypes, varices œsophagiennes, lésions nerveuses. Une « extraction » est définie par le retrait ou l'arrachement d'une partie ou de la totalité d'une partie du corps par utilisation d'une force. Quand « l'extraction » est une biopsie, le qualificatif « diagnostique » est utilisé. Des exemples d'intervention de base « extraction » sont : dilatation et curetage, stripping veineux, biopsie sans excision et dermabrasion. L'incision en tant que voie d'accès pour une procédure n'est pas codée séparément. Ceci est bien précisé dans la description des voies d'accès dans ICD-10-PCS. Par exemple, une petite incision, comme c'est le cas lors d'un stripping de varices, n'est pas séparément codée dans la mesure où l'objectif de l'intervention est bien le retrait des varices.

Exercice 10.1

Codez les procédures suivantes.

1. Excision laparoscopique d'un kyste de l'ovaire droit
2. Dilatation-curetage diagnostique
3. Amputation sous le genou de la jambe droite, extrémité distale
4. Ovariectomie droite totale par voie laparoscopique
5. Fulguration d'un polype rectal par sigmoïdoscopie
6. Biopsie en coin du sein droit
7. Exérèse chirurgicale complète du colon sigmoïde par une incision abdominale

3.2. Interventions de base consistant à ôter des solides, liquides ou gaz d'une partie du corps.

Le groupe suivant des interventions de base comprend les « drainages » (*drainage*), les « extirpation » (*extirpation*) et les « fragmentations » (*fragmentation*). Ces interventions de base partagent le même site opératoire, à savoir « à l'intérieur » de la partie du corps. Le tableau 10.2 fournit un aperçu de ces interventions, en y incluant l'objectif de l'intervention, le site de l'intervention et des exemples de chaque intervention.

La différence entre ces 3 interventions réside dans le fait que le « drainage » ôte des liquides ou des gaz, « l'extirpation » enlève une matière solide de la partie du corps et la « fragmentation » brise une matière solide en morceaux. L'intervention de « drainage » peut être à la fois diagnostique et thérapeutique. Le qualificatif « diagnostique » est ajouté pour identifier les « extractions » ou « drainages » qui sont des biopsies. Notez qu'une intervention distincte visant à mettre en place un matériel de drainage est codée par l'intervention de base « drainage » et la valeur de matériel « matériel de drainage ».

Dans le cas de l'« Extirpation », la matière solide peut être un sous-produit anormal d'une fonction biologique ou un corps étranger ; elle peut être enfoncée dans une partie du corps ou dans la lumière d'une partie du corps tubulaire. La matière solide peut avoir été ou pas préalablement brisée en morceaux. La procédure n'est pas effectuée sur la partie du corps même, mais le but est d'ôter la matière solide comme un corps étranger, thrombus ou un calcul. La valeur de la veine efférente en tant que « partie du corps » est reprise dans le code de l'intervention qui permet de déboucher une fistule artérioveineuse.

Pour la fragmentation, une force physique (par exemple force manuelle, ultra-sons) est appliquée directement ou indirectement pour briser la matière solide en morceaux. La matière solide peut être un sous-produit anormal d'une fonction biologique ou un corps étranger.

On observe que les interventions de base « Extirpation » et « Fragmentation » sont intimement apparentées ; toutefois, la différence principale est que dans la « fragmentation » les morceaux ne sont pas ôtés.

Intervention de base	Objectif de l'intervention	Site de l'intervention	Exemples
Drainage	Oter des liquides ou des gaz	D'une partie du corps	Incision et drainage, mise en place d'une sonde de néphrostomie
Extirpation	Oter une matière solide	D'une partie du corps	Thrombectomie, endarterectomie, choledocholithotomie
Fragmentation	Briser une matière solide en morceaux	Dans une partie du corps	Lithotripsie (ESWL)

Exercice 10.2

Codez les procédures suivantes.

1. Incision et drainage d'un abcès périanal externe
2. Thrombectomie mécanique percutanée de l'artère brachiale gauche
3. Hystérocopie avec lithotripsie intraluminaire d'une calcification de la trompe de Fallope gauche

3.3. Interventions de base concernant uniquement les sections ou les séparations

Ce groupe comprend 2 types d'interventions de base : « division » (*division*) et « libération » (*release*). Le tableau 10.3 fournit un aperçu de ces interventions, reprenant l'objectif de l'intervention, le site de l'intervention et des exemples de chaque intervention.

Une « division » est une section ou séparation dans une partie du corps. Cette intervention est réalisée *dans* une partie du corps. Lors d'une « division », une partie ou la totalité d'une partie du corps est séparée en 2 ou plusieurs parties. Une neurotomie, une chordotomie spinale et une ostéotomie sont quelques exemples de « division ».

Une « libération » consiste à dégager une partie du corps d'une contrainte physique anormale. Le site de l'intervention se trouve *autour* de la partie du corps. Lors d'une « libération », une partie du tissu contraignant peut être enlevée mais la partie du corps même n'est pas ôtée. La valeur assignée à la partie du corps correspond à la partie du corps libérée et non au tissu manipulé ou sectionné pour dégager la partie du corps. Une lyse d'adhérences intestinales est un exemple de « libération » et la valeur choisie pour la partie du corps est celle de la partie spécifique de l'intestin libérée.

« Libération » versus « division » : si le seul objectif de l'intervention est de libérer une partie du corps sans incision de celui-ci, l'intervention de base qui doit être identifiée est la « libération ». La partie du corps peut être bridée dans son environnement par des adhérences qui peuvent se retrouver entre les parties d'une partie du corps. La libération d'une racine nerveuse du tissu cicatriciel environnant sans section de la racine en est un exemple. En revanche, si le seul objectif de l'intervention est de séparer ou dissocier une partie du corps, l'intervention de base qui doit être identifiée est la « division », comme par exemple une division de racine nerveuse pour diminuer la douleur.

Tableau 10.3. Interventions de base concernant uniquement les sections ou les séparations			
Intervention de base	Objectif de l'intervention	Site de l'intervention	Exemples
Division	Couper, diviser une partie du corps	Dans une partie du corps	Chordotomie spinale, neurotomie, ostéotomie
Libération	Libérer une partie du corps d'une contrainte	Autour d'une partie du corps	Lyse d'adhérences

3.4. Interventions d'insertion, de remise en place ou de déplacement d'une partie ou de la totalité d'une partie du corps

Le groupe suivant des interventions de base comporte les « transplantations » (*transplantation*), les « rattachements » (*reattachment*), les « transferts » (*transfer*) et les « repositionnements » (*reposition*). Le tableau 10.4 fournit un aperçu de ces interventions, reprenant l'objectif de l'intervention, le site de l'intervention et des exemples de chaque intervention.

L'intervention de base « transplantation » consiste à insérer une partie ou la totalité d'une partie du corps vivante prélevée sur un autre individu ou animal pour fonctionner ou prendre la place de d'une partie ou de la totalité d'une partie du corps similaire. La partie du corps native peut ou non être enlevée et la partie du corps transplantée peut reprendre une partie ou la totalité de sa fonction. Les greffes de foie ou de reins en sont des exemples. Le qualificatif spécifie la compatibilité génétique. Notez que l'intervention consistant à remettre des cellules autologues ou allogènes est codée dans la section « administration » plutôt que dans la section médico-chirurgicale, même si l'intervention est considérée comme une greffe, par exemple greffe de cellules souches.

Une autre intervention de ce groupe est le « rattachement ». Cette intervention de base implique la remise en position normale ou appropriée d'une partie ou de la totalité d'une partie du corps détachée. La circulation vasculaire ou les voies de conduction nerveuses peuvent ou non être rétablies. Le rattachement de doigt/de la main ou du rein après une avulsion traumatique en est un exemple.

Le « transfert » est un déplacement sans enlèvement d'une partie ou de la totalité d'une partie du corps vers un autre endroit pour reprendre la fonction d'une partie ou de la totalité d'une partie du corps. La partie du corps transférée conserve ses pédicules vasculo-nerveux. Les transferts de tendons ou de greffes musculocutanées pédiculées sont des exemples de « transfert ». La partie du corps codée est la couche du tissu pédiculaire la plus profonde. Le qualificatif peut être utilisé, si nécessaire, pour définir les autres couches de tissu pédiculaire.

Le « repositionnement » consiste à remettre une partie du corps en position normale ou appropriée. Ainsi tant le « transfert » que le « repositionnement » implique le déplacement d'une partie du corps mais le « transfert » est réalisé avec l'objectif que la partie du corps transférée reprend ou remplace la fonction de l'autre partie du corps tandis que le repositionnement implique le déplacement d'une partie du corps pour la remettre dans la position dans laquelle elle devrait normalement être ou le déplacement d'une partie du

corps de sa place normale où elle ne fonctionnait pas bien pour la replacer dans une autre position appropriée. La partie du corps peut ou non être coupée avant d'être déplacée dans une nouvelle place appropriée. Une intervention pour remettre un testicule non descendu dans sa position normale ou la réduction d'une fracture avec déplacement sont des exemples de « repositionnement ».

Tableau 10.4 : Interventions d'insertion, de remise en place ou de déplacement d'une partie ou de la totalité d'une partie du corps			
Interventions de base	Objectif de l'intervention	Site de l'intervention	Exemples
Transplantation	Insérer une partie du corps vivant d'un donneur (humain/animal)	Partie ou totalité d'une partie du corps	Greffe de rein
Rattachement	Remettre en place une partie du corps détachée	Partie ou totalité d'une partie du corps	Rattachement de doigt
Transfert	Déplacer une partie du corps pour remplacer la fonction d'une partie du corps similaire	Partie ou totalité d'une partie du corps	Transfert de greffe cutanée
Repositionnement	Replacer une partie du corps dans une position normale ou adéquate	Partie ou totalité d'une partie du corps	Remise en place d'un testicule non descendu, réduction fermée d'une fracture

Exercice 10.3

Codez les procédures suivantes.

1. Ténotomie percutanée du pied droit
2. Laparotomie avec lyse d'adhérences du gros intestin
3. *Rattachement* d'un index gauche sectionné
4. *Transplantation* de foie avec un foie de donneur compatible
5. Réduction fermée de luxation de l'épaule droite

3.5. Intervention de base modifiant le diamètre ou la trajectoire d'une partie du corps tubulaire

Quatre types d'interventions sont réalisés pour modifier le diamètre ou la trajectoire d'une partie du corps tubulaire : « la restriction » (*restriction*), « l'occlusion » (*occlusion*), « la dilatation » (*dilatation*), et « le pontage » (*bypass*). ICD-10-PCS appelle tubulaires les parties du corps permettant le passage des solides, des liquides ou des gaz. Ils comprennent le système cardiovasculaire et des parties du corps du système gastro-intestinal, génito-urinaire, biliaire et respiratoire. Le tableau 10.5 fournit un aperçu de ces

interventions de base, reprenant l'objectif de l'intervention, le site de l'intervention et des exemples de chaque intervention.

L'objectif d'une « restriction » (*restriction*) est de fermer partiellement ou de rétrécir le diamètre d'un orifice ou la lumière d'une partie du corps tubulaire tandis que l'objectif d'une « occlusion » est de fermer complètement un orifice ou une lumière d'une partie du corps tubulaire. Il peut s'agir d'un orifice naturel ou artificiel. Tant la « restriction » que l'« occlusion » peuvent être réalisées par voie intra-luminale et extra-luminale.

- La fundoplicature gastro-œsophagienne est un exemple de « restriction ». Au cours de cette intervention la partie supérieure de l'estomac est enroulée autour de la partie inférieure de l'œsophage pour renforcer le sphincter œsophagien, prévenir le reflux acide et traiter la hernie hiatale. Il s'agit essentiellement d'une fermeture partielle de la valve située entre l'œsophage et l'estomac (sphincter du bas œsophage), qui empêche l'acide de remonter facilement dans l'œsophage.
- La ligature tubaire est un exemple d'« occlusion » (*occlusion*). Cette intervention est réalisée pour fermer complètement la trompe de Fallope afin d'éviter toute grossesse.

L'objectif d'une intervention de « dilatation » (*dilatation*) est d'étendre ou d'élargir le diamètre de l'orifice ou de la lumière d'une partie du corps tubulaire. Comme pour la « restriction » et l'« occlusion », l'orifice peut être naturel ou artificiel et l'intervention peut être réalisée par voie intra-luminale et extra-luminale. Par exemple, une angioplastie percutanée transluminale est réalisée pour élargir la lumière d'un vaisseau coronaire rétréci afin d'améliorer la circulation sanguine. La procédure peut être effectuée avec une pression intraluminale ou par incision d'une partie de l'orifice ou de la paroi du corps tubulaire. Le matériel précédemment utilisé et maintenu en place afin de garder le nouveau diamètre de l'orifice ou de la lumière d'une partie du corps tubulaire fait partie intégrante de la procédure et doit être codé selon la valeur du 6ème caractère.

Tableau 10.5 : Interventions de base modifiant le diamètre ou la trajectoire d'une partie du corps tubulaire

Intervention de base	Objectif de l'intervention	Site de l'intervention	Exemples
Restriction	Fermeture partielle d'orifice/ lumière	Partie du corps tubulaire	Fundoplicature gastro-oesophagienne
Occlusion	Fermeture totale d'orifice/ lumière	Partie du corps tubulaire	Ligature de trompe
Dilatation	Elargissement d'orifice/ lumière	Partie du corps tubulaire	Angioplastie coronaire transluminale percutanée (PTCA)
Pontage	Modification du trajet d'un passage	Partie du corps tubulaire	Pontage coronaire (CABG)

Par ailleurs, l'objectif d'un « pontage » (*bypass*) est de modifier le trajet du passage du contenu d'une partie du corps tubulaire le long d'un trajet alternatif.

Le « pontage » peut dévier le contenu d'une partie du corps tubulaire vers l'aval du trajet normal, ou utiliser un trajet similaire vers une partie du corps similaire ou emprunter une voie différente vers une partie du corps différente. Un pontage comprend une ou plusieurs anastomoses et utilise ou non un matériel. Lors du

codage des « pontages », la partie du corps au départ du bypass et la partie du corps à l'arrivée du bypass doivent être bien identifiées.

Un exemple d'une déviation vers une partie du corps similaire « via une voie différente » est le pontage fémoro-poplité de l'artère fémorale commune vers l'artère poplitée en cas d'occlusion de l'artère fémorale superficielle. Des exemples de déviation vers une « partie du corps différente » est la dérivation ventriculo-péritonéale des ventricules du cerveau vers la cavité péritonéale ou la colostomie où le transit intestinal est détourné vers la peau de l'abdomen.

D'autres directives spécifiques de codage des « pontages » sont décrites dans les chapitres des maladies circulatoires et digestives. Le pontage coronaire est un exemple de « pontage » où le flux sanguin est réorienté par une nouvelle artère ou veine autour de la zone coronaire malade afin d'augmenter la circulation sanguine dans le muscle cardiaque.

3.6. Interventions de base qui impliquent toujours un matériel ou dispositif

Le groupe suivant comporte 6 interventions de base impliquant toujours un matériel : « l'insertion » (*insertion*), « le remplacement » (*replacement*), « l'ajout » (*supplement*), « le changement » (*change*), « l'enlèvement » (*removal*) et « la révision » (*revision*). Le tableau 10.6 donne un aperçu de ces interventions de base, reprenant l'objectif de l'intervention, le site de l'intervention et des exemples de chaque intervention.

L'objectif de « l'insertion » (*insertion*) est de mettre en place un appareil non biologique qui mesure, assiste, accomplit ou entrave une fonction physiologique, mais qui ne reprend pas physiquement la place d'une partie du corps. Cette intervention de base a pour seul objectif d'introduire un matériel en ne faisant rien d'autre à la partie du corps. L'insertion d'un implant radioactif, un cathéter veineux central, une électrode de pacemaker, un accès veineux implanté (Port-a-Cath[®]) ou d'un expandeur tissulaire sont des exemples « d'insertion ». La visualisation peut être codée séparément dans la section B, imagerie médicale.

L'objectif d'une intervention de « remplacement » (*replacement*) est l'insertion d'un matériel (biologique ou synthétique) qui reprend la place et/ou la fonction d'une partie ou de la totalité d'une partie du corps. La partie du corps peut avoir été enlevée, remplacée, éradiquée physiquement ou rendue non fonctionnel pendant l'intervention de « remplacement ». Une intervention « d'enlèvement » est codée pour le retrait de matériel/appareil laissé lors d'un « remplacement » précédent. Les prothèses de hanche, les greffes osseuses et les greffes de peau libre sont des exemples de « remplacement ».

L'objectif d'une intervention « d'ajout » (*supplement*) est d'introduire un matériel (biologique ou synthétique) qui renforce physiquement et/ou qui améliore la fonction d'une partie ou de la totalité d'une partie du corps. Le matériel biologique peut être vivant ou non, et issu du même individu. La partie du corps peut avoir été remplacée précédemment et l'intervention « d'ajout » est réalisée dans ce cas pour renforcer physiquement et/ou améliorer la fonction de la partie du corps remplacée. Une cure de hernie inguinale avec mise en place de filet, une annuloplastie de la valve mitrale, une greffe de nerf et la mise en place d'un nouveau « liner acetabulaire » lors d'une prothèse de hanche précédemment placée sont des exemples « d'ajout ».

Le « changement » (*change*) concerne une intervention au cours de laquelle un matériel est ôté d'une partie du corps et est échangé par un matériel similaire sans incision ou ponction de peau ou de muqueuse. Toutes les interventions ayant une intervention de base de « changement » ont une voie d'abord externe. Un changement de cathéter urinaire ou un changement de tube de gastrostomie dans la partie supérieure du tractus gastro-intestinal sont des exemples de « changement ».

L'« enlèvement » (*removal*) est une intervention qui consiste à ôter un matériel d'une partie du corps. Cette intervention doit être codée uniquement si elle ne fait pas partie intégrale d'une autre intervention de base. Par exemple, si un matériel est enlevé et qu'un dispositif similaire est introduit sans incision ou ponction de peau ou de muqueuse, l'intervention est un « changement » et l'« enlèvement » n'est pas codé séparément. L'enlèvement d'un tube de drainage ou d'un matériel de fixation externe est un exemple d'« enlèvement ».

La « révision » (*revision*) s'applique aux interventions dont l'objectif est de corriger, dans la mesure du possible, la position ou le fonctionnement d'un matériel placé précédemment, sans enlever la totalité de ce matériel et le remplacer par un matériel complètement neuf. Lors de cette intervention de base la fonction peut être corrigée par l'enlèvement ou l'insertion d'une partie du matériel et dans ce cas, l'« enlèvement » de l'ancien matériel/appareil NE doit pas être codé séparément.

Tableau 10.6 : Interventions de base qui impliquent toujours un matériel			
Intervention de base	Objectif de l'intervention	Site de l'intervention	Exemples
Insertion	Introduire un matériel non biologique	Dans ou sur une partie du corps	Insertion d'une voie centrale
Remplacement	Introduire un matériel qui remplace une partie du corps	Tout ou une partie d'une partie du corps	Remplacement total de hanche
Ajout	Introduire un matériel qui renforce ou améliore la fonction d'une partie du corps	Dans ou sur une partie du corps	Herniorraphie de paroi abdominale avec mise en place de filet
Changement	Echange de matériel sans incision ou ponction	Dans ou sur une partie du corps	Changement de tube de drainage
Enlèvement	Oter un matériel	Dans ou sur une partie du corps	Enlèvement de voie centrale
Révision	Correction d'un dysfonctionnement ou d'un déplacement de matériel	Dans ou sur une partie du corps	Révision d'une électrode de pacemaker

Il est important de comprendre que refaire complètement une intervention est codée avec le code d'intervention de base réalisée plutôt qu'avec le code de « révision ». L'ajustement des électrodes d'un pacemaker et l'ajustement d'une prothèse de hanche sont des exemples de « révision ».

Notez que les interventions « de changement », « d'enlèvement » et de « révision » prennent la valeur de la partie du corps 'générale' quand la valeur de partie du corps spécifique n'est pas mentionnée dans le tableau.

Certaines interventions sont réalisées uniquement sur le matériel et non sur la partie du corps, comme par exemple le rinçage d'un tube de gastrostomie ou le remplacement d'un générateur d'impulsions. Dans ces conditions, les interventions rapportées sont le « changement », « l'irrigation », « l'enlèvement » et la « révision ».

Exercice 10.4

Codez les procédures suivantes.

1. Cystoscopie avec dilatation intraluminale d'une sténose du col de la vessie
2. Arthroplastie totale du genou droit avec insertion d'une prothèse totale de genou
3. Ligature bilatérale de trompe de Fallope par voie laparoscopique
4. Cure de hernie abdominale gauche par voie ouverte avec filet de Marlex
5. *Révision*, par voie ouverte, d'un remplacement du genou droit, avec enlèvement et changement de la composante patellaire en polyéthylène

3.7. Intervention de base uniquement à but exploratoire

Deux interventions de base concernent l'exploration de la partie du corps : « l'inspection » (*inspection*) et la « cartographie » (*map*). Référez-vous au tableau 10.7 pour un aperçu de ces interventions, reprenant l'objectif de l'intervention, le site de l'intervention et des exemples de chaque intervention.

Si l'objectif de la procédure est une exploration manuelle ou visuelle d'une partie ou de la totalité d'une partie du corps, l'intervention de base est une « inspection ». L'exploration visuelle peut être réalisée avec ou sans instrument optique. L'exploration manuelle peut être réalisée directement ou au travers des différentes couches du corps. Une arthroscopie diagnostique ou une laparotomie exploratoire sont des exemples « d'inspection ».

Trois directives importantes sont en vigueur pour les « inspections » :

- *L'inspection d'une partie du corps effectuée afin de réaliser l'objectif d'une intervention n'est pas codée séparément.* Par exemple, une bronchoscopie (qui est une intervention « d'inspection » des poumons) est réalisée pour irriguer les bronches. L'intervention « d'inspection » n'est pas codée parce que l'objectif de l'intervention n'est pas d'inspecter les poumons mais bien de réaliser une irrigation.
- *Si une « inspection » est réalisée sur de multiples parties d'un corps tubulaire, l'inspection de la partie du corps tubulaire la plus distale est codée. Si une « inspection » est réalisée sur de multiples parties d'un corps non tubulaire d'une région, la partie du corps qui mentionne la région entière est codée.* Par exemple au cours d'une cysto-urétéroscopie et la vessie et les uretères sont examinés.. Dans ce cas, la

partie du corps la plus distale est l'uretère, donc la valeur choisie pour coder la partie du corps est celle de l'uretère. Une laparotomie exploratrice au cours de laquelle le contenu de la cavité abdominale est examiné est un exemple d'inspection de multiples parties d'un corps non tubulaire dans une région. Dans ce cas, la valeur choisie pour coder la partie du corps est celle de 'la cavité abdominale' car cette valeur précise l'entièreté de la zone inspectée.

- Quand une « inspection » ainsi qu'une autre intervention sont réalisées durant le même épisode opératoire sur la même partie du corps, l'« inspection » est codée séparément à condition que la voie d'abord soit différente de celle qui est utilisée pour l'autre intervention. Par exemple, si au cours du même temps opératoire, on réalise une exploration endoscopique du duodénum et une excision par voie ouverte du duodénum, les 2 interventions doivent être codées séparément. En effet, les voies d'abord sont différentes : endoscopique pour l'« inspection » et ouverte pour l'« excision ».

Une intervention de base de « cartographie » doit être utilisée si l'objectif de l'examen est de localiser des flux électriques ou des zones fonctionnelles dans une partie du corps. L'intervention de « cartographie » a une application limitée au mécanisme de conduction intra-cardiaque et au système nerveux central. Une étude électro-physiologique du cœur, un cathétérisme cardiaque avec cartographie cardiaque, une cartographie percutanée des ganglions basaux ou une cartographie intra-opératoire de l'ensemble du cerveau par craniotomie en sont des exemples.

Tableau 10.7 : Interventions uniquement à but exploratoire			
Intervention de base	Objectif de l'intervention	Site de l'intervention	Exemples
Inspection	Exploration manuelle / visuelle	Partie ou totalité d'une partie du corps	Cystoscopie diagnostique
Cartographie	Localisation des flux électriques / zones fonctionnelles	Mécanismes de conduction cardiaques ou cérébraux	Etude de l'électrophysiologie cardiaque

3.8. Interventions de base comprenant d'autres réparations

Ce groupe comprend 2 interventions de base : les « contrôles » (*control*) et les « réparations » (*repair*). Référez-vous au tableau 10.8 pour un aperçu de ces interventions, reprenant l'objectif de l'intervention, le site de l'intervention et des exemples de chaque intervention.

L'intervention de base « contrôle » décrit les interventions qui arrêtent ou essaient d'arrêter les hémorragies postopératoires. Ceci comprend le drainage, l'irrigation ou l'évacuation d'hématome du site opératoire. Le site de l'hémorragie est codé comme une région anatomique et non comme une partie du corps spécifique. Les contrôles d'hémorragie après prostatectomie ou amygdalectomie, et la thoracotomie après une lobectomie pour hémorragie persistante sont des exemples d'intervention de « contrôle ». Il est important de noter qu'une intervention de base de « contrôle » n'est pas codée si l'essai de contrôle de l'hémorragie postopératoire initial a échoué et qu'une autre intervention de base est requise pour l'arrêter définitivement (par exemple, « pontage », « amputation », « excision », « extraction », « repositionnement », « remplacement » ou « résection »).

Notez que le « contrôle » d'une hémorragie lors d'une opération est différent de l'intervention de base « Contrôle » en ce que ce dernier, par définition, signifie une réintervention.

L'intervention « réparation » (*repair*) comprend une grande variété d'interventions ayant pour but de restaurer une partie du corps dans sa fonction et dans sa structure anatomique normale, dans la mesure du possible. Cette intervention est utilisée uniquement si l'intervention de base réalisée ne répond pas à la définition d'une des autres interventions de base. Une herniorraphie et une suture de lacération sont des exemples de « réparation ». L'intervention de base « réparation » est aussi d'application en tant qu'une intervention de base “not elsewhere classified (NEC)” dans le cas où la procédure réalisée ne répond pas à la définition d'aucune des autres interventions de base.

Tableau 10.8 : Interventions de base comprenant d'autres réparations			
Intervention de base	Objectif de l'intervention	Site de l'intervention	Exemples
Contrôle	Arrêt ou essai d'arrêt d'hémorragie postopératoire	Région anatomique	Contrôle d'hémorragie après prostatectomie
Réparation	Restaurer une partie du corps dans sa structure normale	Partie ou totalité d'une partie du corps	Suture de lacération

3.9. Interventions de base ayant d'autres objectifs

Le dernier groupe d'interventions de base est composé des procédures ayant d'autres objectifs que ceux des autres interventions de base et qui sont non reprises dans les groupes des interventions de base précédents. Ce groupe reprend les interventions de base « fusion » (*fusion*), « modification » (*alteration*), et « création » (*creation*). Le tableau 10.9 fournit un aperçu de ces interventions, en y incluant l'objectif de l'intervention, le site de l'intervention et des exemples de chaque intervention.

L'intervention de « fusion » consiste à joindre les 2 extrémités d'une articulation atteinte dans le but de la rendre immobile au lieu de restaurer la fonction de l'articulation. Cette intervention peut être réalisée par un matériel de fixation, une greffe osseuse ou d'autres moyens. L'exemple le plus fréquent de cette intervention est l'arthrodèse vertébrale ou l'arthrodèse de la cheville. Les directives spécifiques concernant le codage des arthrodèses vertébrales sont décrites au chapitre 23 de ce manuel, Maladies du système musculo-squelettique et du tissu conjonctif.

Une intervention de « modification » est codée pour toutes les interventions ayant pour seul but d'améliorer l'apparence. Ces interventions réfèrent aux modifications de parties du corps à des fins esthétiques sans impact sur le fonctionnement de la partie du corps. Toutes les méthodes, voies d'abord et matériels utilisés à des fins esthétiques sont codés ici. Notez que l'intervention de base « modification » requiert un diagnostic confirmant que l'intervention de « modification » est réalisée pour améliorer l'apparence. Un lifting facial, une augmentation des seins ou une blépharoplastie en sont des exemples.

La dernière intervention de base « création » concerne très peu d'interventions, à savoir les interventions réalisées pour changement de sexe. Ceci consiste à créer de nouvelles structures génitales qui ne remplacent pas la fonction d'une partie du corps. La création d'un vagin chez un homme ou la création d'un pénis chez une femme en sont des exemples.

En résumé, dans la section médico-chirurgicale, ICD-10-PCS requiert la maîtrise de 31 interventions de base qui sont clés dans la sélection du code approprié. Ces concepts seront appliqués dans les chapitres suivants de ce manuel où les interventions les plus fréquentes de chaque système anatomique seront discutées.

Tableau 10.9 : Interventions de base ayant d'autres objectifs			
Intervention de base	Objectif de l'intervention	Site de l'intervention	Exemples
Fusion	Rendre une articulation immobile	Articulation	Arthrodèse vertébrale
Modification	Modifier une partie du corps pour des raisons esthétiques sans en modifier le fonctionnement	Une partie ou la totalité d'une partie du corps	Lifting facial
Création	Créer une nouvelle structure pour un changement de sexe	Périnée	Création de vagin/pénis artificiel

Exercice 10.5

Codez les procédures suivantes.

1. Thoracotomie avec exploration de la cavité pleurale droite
2. Réouverture du site de thoracotomie pour drainage et *contrôle* d'un hémopéricarde postopératoire
3. Réparation esthétique de l'oreille gauche
4. Laparotomie exploratrice de la cavité péritonéale
5. Arthrodèse par voie arthroscopique du talon gauche avec matériel de fixation interne
6. Ablation partielle de l'ovaire droit
7. *Ablation* d'endomètre par hystéroscopie
8. Biopsie excisionnelle percutanée du foie
9. *Remplacement* totale de hanche avec un prothèse portante céramique sur céramique cimentée
10. Néphrectomie totale, rein gauche

Solutions des exercices

Exercice 10.1

Codez les procédures suivantes.

1. Excision laparoscopique d'un kyste de l'ovaire droit	<u>Excision</u>	0UB04ZZ
2. Dilatation-curetage diagnostique	<u>Extraction</u>	0UDB7ZX
3. Amputation sous le genou de la jambe droite, extrémité distale	<u>Detachment</u>	0Y6H0Z3
4. Ovariectomie droite totale par voie laparoscopique	<u>Resection</u>	0UT04ZZ
5. Fulguration d'un polype rectal par sigmoïdoscopie	<u>Destruction</u>	0D5P8ZZ
6. Biopsie en coin du sein droit	<u>Excision</u>	0HBT0ZX
7. Exérèse chirurgicale complète du colon sigmoïde par une incision abdominale	<u>Resection</u>	0DTN0ZZ

Exercice 10.2

Codez les procédures suivantes.

1. Incision et <i>drainage</i> d'un abcès périanal externe	<u>Drainage</u>	0D9QXZZ
2. Thrombectomie mécanique percutanée de l'artère brachiale gauche	<u>Extirpation</u>	03C83ZZ
3. Hystérocopie avec lithotripsie intraluminaire d'une calcification de la trompe de Fallope gauche	<u>Fragmentation</u>	0UF68ZZ

Exercice 10.3

Codez les procédures suivantes.

1. Ténotomie percutanée du pied droit	<u>Division</u>	0L8V3ZZ
2. Laparotomie avec lyse d'adhérences du gros intestin	<u>Release</u>	0DNE0ZZ
3. <i>Rattachement</i> d'un index gauche sectionné	<u>Reattachment</u>	0XMP0ZZ
4. <i>Transplantation</i> de foie avec un foie de donneur compatible	<u>Transplantation</u>	0FY00Z0
5. Réduction fermée de luxation de l'épaule droite	<u>Reposition</u>	0RSJXZZ

Exercice 10.4

Codez les procédures suivantes.

1. Cystoscopie avec dilatation intraluminale d'une sténose du col de la vessie	<u>Dilatation</u>	0T7C8ZZ
2. Arthroplastie totale du genou droit avec insertion d'une prothèse totale de genou	<u>Replacement</u>	0SRC0JZ
3. Ligature bilatérale de trompe de Fallope par voie laparoscopique	<u>Occlusion</u>	0UL74ZZ
4. Cure de hernie abdominale gauche par voie ouverte avec filet de Marlex	<u>Supplement</u>	0WUF0JZ
5. Révision, par voie ouverte, d'un remplacement du genou droit, avec enlèvement et changement de la composante patellaire en polyéthylène	<u>Revision</u>	0SWC0JZ

Exercice 10.5

Codez les procédures suivantes.

1. Thoracotomie avec exploration de la cavité pleurale droite	<u>Inspection</u>	0WJ90ZZ
2. Réouverture du site de thoracotomie pour drainage et contrôle d'un hémopéricarde postopératoire	<u>Control</u>	0W3D0ZZ
3. Réparation esthétique pour voie ouverte d'une déformation du lobe de l'oreille gauche	<u>Alteration</u>	09010ZZ
4. Laparotomie exploratrice de la cavité péritonéale	<u>Inspection</u>	0WJG0ZZ
5. Arthrodèse par voie arthroscopique du talon gauche avec matériel de fixation interne	<u>Fusion</u>	0SGJ44Z
6. Ablation partielle de l'ovaire droit	<u>Excision</u>	0UB00ZZ
7. Ablation d'endomètre par hystérocopie	<u>Destruction</u>	0U5B8ZZ
8. Biopsie excisionnelle percutanée du foie	<u>Excision</u>	0FB03ZX
9. Remplacement totale de hanche avec un prothèse portante céramique sur céramique cimentée	<u>Replacement</u>	0SRB039
10. Néphrectomie totale, rein gauche	<u>Resection</u>	0TT10ZZ

Table des matières

Chapitre 11:	133
Procédures ICD-10-PCS des sections « médico-chirurgicales apparentées » et des sections « auxiliaires »	133
1. Introduction	134
2. Procédures liées aux services médico-chirurgicaux	134
2.1. Section Placement	134
2.2. Section Administration	137
2.3. Section Mesure et monitoring (Measurement and monitoring)	138
2.4. La section Assistance et performance extracorporelles (Extracorporeal assistance and performance)	140
2.5. Section Thérapies extracorporelles (Extracorporeal therapies)	142
2.6. Section Ostéopathie (Osteopathy)	144
2.7. Section Autres procédures (Other procedures)	144
2.8. Section Chiropraxie (Chiropractic)	145
3. Procédures Auxiliaires	146
3.1. Section Imagerie (Imaging)	146
3.2. Section Médecine Nucléaire (Nuclear Medicine)	148
3.3. Section Radiothérapie (Radiation oncology)	150
3.4. Section Rééducation physique et audiologie diagnostique (Physical rehabilitation and diagnostic audiology)	152

Chapitre 11:

Procédures ICD-10-PCS des sections « médico-chirurgicales apparentées » et des sections « auxiliaires »

APERÇU DU CHAPITRE

- En plus des codes de procédures de la section médico-chirurgicale, ICD-10-PCS contient également des codes pour les procédures apparentées aux services médico-chirurgicaux et pour les procédures auxiliaires.
- Il y a 9 sections dans le chapitre des procédures apparentées aux services médico-chirurgicaux. Ces sections concernent les procédures obstétricales, l'administration de substances, les mesures et monitoring de fonctions, les procédures extracorporelles, l'ostéopathie, d'autres techniques et la chiropraxie.
- Il y a 6 sections dans le chapitre des procédures auxiliaires. Ces sections comprennent l'imagerie, la médecine nucléaire, la radiothérapie, la rééducation physique et, l'audiologie diagnostique, la santé mentale et le traitement des abus de substances.

RESULTATS DE L'APPRENTISSAGE

Après l'étude de ce chapitre, vous devrez être capable de :

Identifier les objectifs de chaque intervention de base

Distinguer les différentes interventions de base dans la section des procédures apparentées aux services médico-chirurgicaux

Distinguer les règles générales en vigueur pour ces procédures

Attribuer un code correct pour les procédures auxiliaires.

LES TERMES A CONNAITRE

Intervention de base

Le 3ème caractère d'un code ICD-10-PCS qui réfère à l'objectif de l'intervention.

1. INTRODUCTION

Le chapitre précédent introduit la section médico-chirurgicale d'ICD-10-PCS dans laquelle est classée la majorité des procédures des patients hospitalisés. En plus de la section médico-chirurgicale, ICD-10-PCS comporte deux sections supplémentaires : les procédures apparentées aux services médico-chirurgicaux et les procédures « auxiliaires » qui sont décrites dans ce chapitre.

2. PROCEDURES LIEES AUX SERVICES MEDICO-CHIRURGICAUX

Il y a 9 sections dans le chapitre des procédures liées aux services médico-chirurgicaux. Le tableau 11.1 montre ces neuf sections : procédures obstétricales, placement, administration de substances, mesures et monitoring de fonctions corporelles, procédures extracorporelles, ostéopathie, autres procédures et chiropraxie. Les procédures obstétricales (section 1) sont décrites en détail dans le chapitre 24 de ce manuel 'Complications de grossesse, accouchement et post-partum'.

Valeurs des sections	Description
1	Obstétrique
2	Placement
3	Administration
4	Mesure et monitoring
5	Assistance et performance extracorporelles
6	Thérapies extracorporelles
7	Ostéopathie
8	Autres techniques
9	Chiropraxie

2.1. Section Placement

Les codes de la section « Placement » suivent les mêmes conventions que celles utilisées dans la section médico-chirurgicale. Les 7 caractères gardent la même signification dans les 2 sections, comme montré à la figure 11.1.

Les interventions de base de la section « Placement » diffèrent de celles de la section médico-chirurgicale qui sont décrites au chapitre précédent. Les interventions de base dans cette section se pratiquent sans incision ou ponction de sorte que la voie d'abord est toujours « externe ». Il y a 2 valeurs pour le système anatomique (2^{ème} caractère) dans cette section : « les régions anatomiques » (W) et « les orifices anatomiques » (Y). Les « régions anatomiques » se composent des différentes régions anatomiques externes, (4^{ème} caractère) par ex. cou, paroi abdominale, etc.).

Les « orifices anatomiques » constituent tous les orifices naturels (4^{ème} caractère) par ex. nez, oreille, etc.

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Partie du corps	Voie d'abord	Matériel	Qualificatif

Le tableau 11.2 fournit un aperçu des interventions de base (3ème caractère) de la section « Placement », ainsi que leurs valeurs et définitions correspondantes. Les interventions de base « changement » (*change*) et « enlèvement » (*removal*) sont communes à celles des autres sections. Les 5 interventions de base restantes propres à la section « placement » sont :

- la compression (*compression*),
- le pansement (*dressing*),
- l'immobilisation (*immobilization*),
- le tamponnement (*packing*),
- la traction (*traction*).

Tableau 11.2 : Valeurs et définitions des interventions de base de la section « Placement »		
Valeur	Description	Définition
0	Changement	Enlèvement de matériel d'une région anatomique et remise en place de matériel identique ou similaire dans ou sur la même région anatomique sans incision ou ponction cutanée ou muqueuse
1	Compression	Appliquer une pression sur une région anatomique
2	Pansement	Mettre un matériel de protection sur une région anatomique
3	Immobilisation	Limiter ou empêcher la mobilité d'une région anatomique
4	Tamponnement	Placer du matériel dans une région anatomique
5	Enlèvement	Enlever du matériel d'une région anatomique
6	Traction	Exercer sur une région anatomique une force de traction centrifuge

Le matériel décrit dans cette section comprend le matériel et les appareils utilisés pour le traitement des fractures et des luxations, par exemple les attelles, les appareils de tractions, les bandages y compris les plâtres. Quand le placement de matériel requiert un « design », une fabrication ou un ajustement plus important, ICD-10-PCS classe ces procédures dans la section Rééducation sous « appareillage » ('Device fitting'). Les dispositifs classifiés dans la section « Placement » sont des dispositifs immédiatement disponibles.

Des exemples de procédures de la section « Placement » sont mentionnés ci-dessous.

Changement de plâtre de l'avant-bras droit

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Région anatomique	Voie d'abord	Matériel	Qualificatif
2	W	0	C	X	2	Z
Placement	Région anatomique	Changement	Avant-bras droit	Externe	Plâtre	Pas de qualificatif

Application d'un pansement de compression sur une plaie de la paroi abdominale

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Région anatomique	Voie d'abord	Matériel	Qualificatif
2	W	1	3	X	6	Z
Placement	Région anatomique	Compression	Paroi abdominale	Externe	Pansement de compression	Pas de qualificatif

Application d'un pansement sur la main droite

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Région anatomique	Voie d'abord	Matériel	Qualificatif
2	W	2	E	X	4	Z
Placement	Région anatomique	Pansement	Main droite	Externe	Bandage	Pas de qualificatif

Placement d'appareil stéréotaxique à la tête

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Région anatomique	Voie d'abord	Matériel	Qualificatif
2	W	3	0	X	Y	Z
Placement	Région anatomique	Immobilisation	Tête	Externe	Autre	Pas de qualificatif

Une attention particulière doit être portée à l'intervention de base « immobilisation » afin de la distinguer de plusieurs procédures similaires qu'ICD-10-PCS classe dans des sections différentes selon l'endroit où l'intervention est réalisée. Quand une attelle est placée chez un patient hospitalisé (excepté pour les services de rééducation), on utilisera un code de type « immobilisation », tableau 2W3 de la section « Placement ». Cependant, pour les services de rééducation, ces procédures sont enregistrées à l'aide des codes F0DZ6EZ et F0DZ7EZ de la section « Rééducation physique et audiologie diagnostique ». L'immobilisation au moyen d'un plâtre après réduction (reposition) d'une fracture fait partie de cette intervention de base et n'est pas codée séparément.

Ablation de matériel stéréotaxique de la tête

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Région anatomique	Voie d'abord	Matériel	Qualificatif
2	W	5	0	X	Y	Z
Placement	Région anatomique	Enlèvement	Tête	Externe	Autre	Pas de qualificatif

Traction cervicale à l'aide de matériel de traction

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Région anatomique	Voie d'abord	Matériel	Qualificatif
2	A	6	2	X	8	Z
Placement	Région anatomique	Traction	Nuque	Externe	Matériel de traction	Pas de qualificatif

Notez que dans cette section, la traction concerne uniquement celle qui requiert un matériel de traction. Quand il s'agit de traction manuelle réalisée par un kinésithérapeute, celle-ci doit être classée dans les procédures de thérapies manuelles de la section F « Rééducation physique et audiologie diagnostique ».

2.2. Section Administration

La section « administration » inclut les injections (*injections*), les perfusions (*infusions*) et les transfusions (*transfusions*), ainsi que des procédures apparentées comme les irrigations (*irrigations*) et les tatouages (*tattooing*). La structure des codes de cette section est montrée en figure 11.2.

Figure 11.2 : Structure des codes de la section « administration »						
Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Système anatomique/ Région anatomique	Voie d'abord	Substance	Qualificatif

Dans cette section, il y a 3 valeurs possibles pour le système anatomique (2ème caractère) :

- 0 Circulatoire (*circulatory*)
- C Appareil à demeure (*indwelling device*)
- E Systèmes physiologiques et régions anatomiques (*physiological systems and anatomical regions*)

Il y a 3 interventions de base dans la section « administration » et elles sont classées selon les grandes catégories de substances administrées. Les produits sanguins sont classés sous l'intervention de base « Transfusion » ; les substances « purifiantes » sont classées sous « irrigation ». Toutes les autres substances thérapeutiques, diagnostiques, nutritionnelles, physiologiques ou prophylactiques sont classées sous l'intervention de base « introduction ».

Le 5ème caractère (voie d'abord) utilise les valeurs définies dans la section médico-chirurgicale. La voie d'abord percutanée est utilisée pour les injections intradermiques, sous-cutanées et intramusculaires. L'utilisation de cathéter permettant d'injecter des substances dans la circulation sanguine est classée comme une voie d'abord percutanée.

Les tableaux ci-dessous mentionnent des exemples de chaque intervention de base dans la section « Administration ».

Perfusion de chimiothérapie par cathéter veineux central

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Système anatomique/ Région anatomique	Voie d'abord	Substance	Qualificatif
3	E	0	3	3	0	5
Administration	Systèmes physiologiques / régions anatomiques	Introduction	Veine centrale	Percutanée	Anti-néoplasique	Autre anti-néoplasique

Dialyse péritonéale par cathéter intra-abominal

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Système anatomique / Région anatomique	Voie d'abord	Substance	Qualificatif
3	E	1	M	3	9	Z
Administration	Systèmes physiologiques / régions anatomiques	Irrigation	Cavité péritonéale	Percutanée	Dialysat	Pas de qualificatif

Transfusion de cellules souches embryonnaires via une veine centrale

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Partie du corps / Région anatomique	Voie d'abord	Substance	Qualificatif
3	0	2	4	3	A	Z
Administration	Circulatoire	Transfusion	Veine centrale	Percutanée	Cellules souches embryonnaires	Pas de qualificatif

2.3. Section Mesure et monitoring (Measurement and monitoring)

La section « Mesure et monitoring » classe les procédures qui déterminent le niveau de la fonction physiologique ou physique. Il y a 2 interventions de base dans cette section et elles diffèrent uniquement sur un seul aspect : la mesure (« *measurement* ») décrit la prise du niveau d'une fonction physiologique ou physique à un moment donné ; le monitoring (« *monitoring* ») correspond à une série de tests sur une fonction physiologique ou physique réalisés de manière répétitive sur un intervalle de temps donné. La structure des codes diffère de celle des autres sections en ce sens que le 6ème caractère définit la fonction physiologique ou physique à tester (température, pression, par ex.) plutôt que le matériel ou la substance comme c'est le cas dans la section « Administration ». Dans cette section, il y a seulement deux valeurs pour le système anatomique, à savoir les systèmes physiologiques (« *physiological systems* ») et les appareils physiologiques (« *physiological devices* »). La structure des codes de cette section se retrouve dans la figure 11.3.

Figure 11.3 : Structure des codes de la section « mesure et monitoring »

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Système anatomique	Voie d'abord	Fonction/matériel	Qualificatif

Voici des exemples de la section « mesure et monitoring » :

Lecture d'électrocardiogramme simple, externe

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Système anatomique	Voie d'abord	Fonction/matériel	Qualificatif
4	A	0	2	X	4	Z
Mesure et monitoring	Systèmes physiologiques	Mesure	Cardiaque	Externe	Activité électrique	Pas de qualificatif

Suivi par Holter

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Système anatomique	Voie d'abord	Fonction/matériel	Qualificatif
4	A	1	2	X	4	5
Mesure et monitoring	Système physiologique	monitoring	Cardiaque	Externe	Activité électrique	Ambulatoire

Exercice 11.1

Codez les procédures suivantes.

1. Irrigation percutanée de la cavité pleurale à l'aide de liquide d'irrigation

2. Greffe de moelle osseuse autologue par cathéter veineux central

3. Mise en place de plâtre sur l'avant-bras droit

4. Insertion d'un tampon nasal

5. Contrôle externe de la fréquence d'un pacemaker cardiaque

6. Application d'un pansement compressif sur le dos

2.4. La section Assistance et performance extracorporelles (Extracorporeal assistance and performance)

La section « assistance et performance extracorporelles » comprend les procédures qui utilisent un équipement pour soutenir ou remplacer une fonction physiologique, comme la respiration (par ex. la ventilation mécanique), la circulation du sang (par ex l'hémodialyse), ou la restauration (« *restoration* ») d'un rythme cardiaque naturel (par ex. la cardioversion). Ces procédures sont typiquement utilisées dans les services de soins intensifs. La structure des codes de cette section apparaît dans la figure 11.4.

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Système anatomique	Durée	Fonction	Qualificatif

Il y a une seule valeur pour le système anatomique (2ème caractère), à savoir le « système physiologique » (A). Le cinquième caractère diffère de celui des autres sections en ce sens qu'il décrit la durée ou la fréquence de l'intervention plutôt que la voie d'abord. Le 5ème caractère décrit si la technique a été utilisée une seule ou plusieurs fois, de manière intermittente ou continue ; excepté dans le cas du système respiratoire où le 5° caractère indique si l'assistance dure moins de 24h consécutives, entre 24h et 96h consécutives ou plus de 96h consécutives.

Cette durée est mesurée depuis le début de la procédure de ventilation (intubation ou démarrage de la ventilation via une trachéostomie existante) jusqu'à l'extubation ou l'arrêt définitif de la ventilation continue via la trachéostomie.

Dès que les échanges gazeux le permettent, le patient est réveillé de son sommeil artificiel et la ventilation mécanique est graduellement diminuée. Nous utilisons pour ceci le terme anglais « weaning ». La période de sevrage est la période durant laquelle on essaie de retirer le patient de l'appareil respiratoire en alternant les périodes de découplage du patient à la machine pendant des intervalles plus ou moins longs avec des périodes pendant lesquelles le patient est à nouveau couplé à la machine. La période de sevrage est incluse dans la durée totale de la ventilation (voir plus loin dans le chapitre 19 « Affections du système respiratoire »).

Le 6ème caractère décrit l'organe sur lequel on agit (par ex. soutien de la respiration au moyen de la ventilation).

Les 3 interventions de base de cette section sont : l'assistance (« *assistance* »), le remplacement (« *performance* ») et la restauration d'une fonction (« *restoration* »). « L'assistance » et la « performance » diffèrent entre elles au niveau du degré de contrôle qu'elles exercent sur la fonction physiologique. L'assistance reprend uniquement une partie de la fonction physiologique tandis que la « performance » la remplace complètement, toutes deux via des méthodes extracorporelles. L'intervention de base « restauration » est défini comme la procédure qui restaure ou essaie de restaurer la fonction physiologique de départ. Sous le terme « restauration », on retrouve uniquement la cardioversion externe ou les procédures de défibrillation. La cardioversion est codée sous l'intervention de base « restauration » tant en cas de succès que d'échec de la procédure.

Exemples:

CPAP pour apnée du sommeil pendant 8 heures

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Système anatomique	Durée	Fonction	Qualificatif
5	A	0	9	3	5	7
Assistance et performance extracorporelles	Système physiologique	Assistance	Respiratoire	Moins de 24 h consécutives	Ventilation	Pression positive continue

Ballon intra-aortique, intermittent

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Système anatomique	Durée	Fonction	Qualificatif
5	A	0	9	1	1	0
Assistance et performance extracorporelles	Système physiologique	Assistance	Cardiaque	Intermittent	Output	« Balloon pump »

Ventilation mécanique continue, de 6 jours consécutifs

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	système anatomique	Durée	Fonction	Qualificatif
5	A	1	9	5	5	Z
Assistance et performance extracorporelles	Système physiologique	Performance	Respiratoire	Plus de 96 h consécutives	Ventilation	Pas de qualificatif

Pontage cardiopulmonaire par pontage coronarien

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Système anatomique	Durée	Fonction	Qualificatif
5	A	1	2	2	1	Z
Assistance et performance extracorporelles	Système physiologique	Performance	Cardiaque	Continue	Output	Pas de qualificatif

Cardioversion externe

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Système anatomique	Durée	Fonction	Qualificatif
5	A	2	2	0	4	Z
Assistance et performance extracorporelles	Système physiologique	Restauration	Cardiaque	Simple	Rythme	Pas de qualificatif

2.5. Section Thérapies extracorporelles (Extracorporeal therapies)

La section des thérapies extracorporelles (*extracorporeal therapies*) décrit d'autres procédures extracorporelles qui ne sont pas définies sous les interventions de base « Assistance » et « Performance » dans la section 5 « Assistance extracorporelle et remplacement ». La structure des codes apparaît dans la figure 11.5.

Figure 11.5 : Structure des codes dans la section «thérapies extracorporelles»						
Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Système anatomique	Durée	Qualificatif	Qualificatif

Cette section contient une seule valeur pour le système anatomique, à savoir le « système physiologique ». Le 5^e caractère décrit la durée de la procédure et offre le choix entre 'simple' et 'multiple'. Cette section diffère des autres sections en ce sens que les 6^e et 7^e caractères sont des qualificatifs. Par contre, le 6^e caractère a toujours la valeur 'Z'. Ceci est fait uniquement pour être conforme à la structure globale des codes ICD-10-PCS qui sont en 7 caractères. Le 7^e caractère identifie les différents composants sanguins qui peuvent être séparés par plasmaphérèse, comme les globules rouges, les globules blancs, les plaquettes, le plasma, les cellules souches du cordon ombilical et les cellules souches hématopoïétiques.

Il existe 10 interventions de base dans la section des thérapies extracorporelles. La signification de ces interventions de base dans l'ICD-10-PCS, correspond à la terminologie utilisée par le clinicien, excepté pour la « décompression » et l'« hyperthermie » :

- Contrôle atmosphérique (« *atmospheric control* »): contrôle extracorporel de la pression et composition atmosphériques (ex. : le conditionnement d'air libre de tout antigène ou le traitement de plaie en chambre hyperbare)
- Décompression (« *decompression* »): élimination extracorporelle de gaz non dissous des liquides corporels. La « décompression » décrit un type de traitement : le traitement de la maladie de décompression en chambre hyperbare (caisson hyperbare).
- Thérapie électromagnétique (*electromagnetic therapy*): traitement extracorporel par rayons électromagnétiques.
- Hyperthermie (« *hyperthermia* »): augmentation extracorporelle de la température du corps. Il est important de connaître la procédure d'hyperthermie pour pouvoir attribuer le bon code. L'hyperthermie peut être utilisée pour traiter un déséquilibre de la température, dans ce cas elle est codée dans la section des thérapies extracorporelles. Cependant, l'hyperthermie est également utilisée comme radiothérapie adjuvante dans le cancer et dans ce cas ICD-10-PCS la classe dans la section « Radiothérapie ».
- Hypothermie (« *hypothermia* »): abaissement extracorporel de la température.
- Plasmaphérèse (« *pheresis* »): séparation extracorporelle des dérivés sanguins. Cette procédure est utilisée dans la pratique médicale dans deux cas: dans le traitement des affections où trop de composants sanguins sont produits, par ex. les leucémies, ou l'extraction de certains dérivés sanguins, tels que les plaquettes, d'un donneur pour les transfuser à un patient en cas de thrombopénie.

- Photothérapie (« *phototherapy* »): traitement extracorporel par rayons lumineux. La photothérapie du système circulatoire consiste à exposer le sang aux rayons lumineux en dehors du corps humain en utilisant une machine qui fait circuler le sang et le remet dans le corps après photothérapie (par ex. le traitement de lymphôme à cellules T).
- Thérapie par ondes de choc (« *shock wave therapy* ») (« *Extracorporeal Shock Wave Therapy-ESWT* »): traitement extracorporel par ondes de choc. (par ex. pour le traitement de lésions tendineuses)
- Thérapie par ultrasons (« *ultrasound therapy* »): traitement extracorporel par ultrasons.
- Thérapie par ultraviolets (« *ultraviolet light therapy* »): traitement extracorporel par rayons ultraviolets (par ex. pour le traitement de l'hyperbilirubinémie néonatale).

Voici quelques exemples :

Aphérèse de lymphocytes périphériques, traitements multiples

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Système anatomique	Durée	Qualificatif	Qualificatif
6	A	5	5	1	Z	1
Thérapies extracorporelles	Système Physiologique	Aphérèse	Circulatoire	Multiple	Pas de qualificatif	Leucocytes

Thérapie par ondes de choc pour douleur de la cheville, traitement unique

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Système anatomique	Durée	Qualificatif	Qualificatif
6	A	9	3	0	Z	Z
Thérapies extracorporelles	Système Physiologique	Thérapie par ondes de choc	Musculo-squelettique	Unique	Pas de qualificatif	Pas de qualificatif

Exercice 11.2

Codez les procédures suivantes.

1. Oxygénation hyperbare continue

2. Traitement par ultrasons des vaisseaux périphériques, traitement unique

3. Hémodialyse, traitement unique

4. Echec de cardioversion

5. Plasmaphérèse de cellules souches hématopoïétiques, épisode unique

2.6. Section Ostéopathie (Osteopathy)

La section consacrée à l'ostéopathie est une des plus courtes d'ICD-10-PCS. Il y a un seul système anatomique : régions anatomiques (« *anatomical regions* ») et une seule intervention de base: Traitement (« *treatment* »). La structure des codes de cette section apparaît dans la figure 11.6.

Figure 11.6 : Structure des codes de la section «Ostéopathie»						
Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Région anatomique	Voie d'abord	Méthode	Qualificatif

Dans cette section, le 6ème caractère définit la « méthode » ostéopathique. Les procédures suivantes sont spécifiées : assouplissement d'articulation (« *articulatory raising* »), libération de fascia (« *fascial release* »), mobilisation générale (« *general mobilization* »), grande vitesse - faible amplitude, indirecte, petite vitesse - grande amplitude, drainage lymphatique (« *lymphatic pump* ») contraction musculaire isométrique (« *muscle energy-isometric* »), contraction musculaire isotonique (« *muscle energy-isotonic* ») et d'autres méthodes.

Contraction isotonique des muscles de la nuque par des traitements ostéopathiques.

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Région anatomique	Voie d'abord	Méthode	Qualificatif
7	W	0	1	X	8	Z
Ostéopathie	Régions Anatomiques	Traitement	Cervicale	Externe	Contraction musculaire isotonique	Pas de qualificatif

2.7. Section Autres procédures (Other procedures)

Cette section contient les codes des procédures non reprises dans les autres sections apparentées aux services médico-chirurgicaux. La structure des codes dans cette section est montrée dans la figure 11.7. Il y a une seule intervention de base, à savoir « autres procédures ». Cette intervention de base comprend les méthodes qui essaient de remédier à un dysfonctionnement ou de traiter une affection. Il y a relativement peu de codes dans cette section, notamment d'autres codes pour quelques traitements holistiques non traditionnels tels que l'acupuncture, la méditation et le yoga. Le 6ème caractère définit la procédure comme la technique assistée par ordinateur, technique assistée par robotique ou l'acupuncture. Notez que les codes de procédure assistée par robotique ou par ordinateur sont ajoutés aux codes de la procédure principale (par ex. cholécystectomie). Une autre procédure comprise dans cette section est la partie 'fécondation' de la procédure de fécondation in vitro.

Figure 11.7 : Structure des codes de la section « autres procédures »						
Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Région anatomique	Voie d'abord	Méthode	Qualificatif

Voici 2 exemples :

Cholécystectomie laparoscopique assistée par robotique (assistance robotique uniquement)

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Région anatomique	Voie d'abord	Méthode	Qualificatif
8	E	0	W	4	C	Z
Autres procédures	Systèmes physiologiques et Régions Anatomiques	Autres procédures	Tronc	Percutanée, endoscopique	Intervention assistée par robotique	Pas de qualificatif

Ablation de suture du bras gauche

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Région anatomique	Voie d'abord	Méthode	Qualificatif
8	E	0	X	X	Y	8
Autres procédures	Systèmes physiologiques et Régions Anatomiques	Autres procédures	Extrémité supérieure	Externe	Autre méthode	Ablation de suture

2.8. Section Chiropraxie (Chiropractic)

La dernière section des procédures apparentées aux services médico-chirurgicaux est consacrée à la chiropraxie. Cette section concerne un seul système anatomique, les « régions anatomiques », et une seule intervention de base, la « manipulation (*manipulation*)».

ICD-10-PCS définit la « manipulation » comme une procédure manuelle qui exerce une poussée sur une articulation pour la mobiliser au-delà des limites physiologiques sans dépasser les limites anatomiques. La structure des codes de cette section est semblable à celle des codes des sections « Ostéopathie » (voir figure 11.6) et la section « Autres procédures » (voir figure 11.7). Voici un exemple de code de cette section :

Manipulation mécanique assistée du poignet droit par chiropraxie

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Intervention de base	Région anatomique	Voie d'abord	Méthode	Qualificatif
9	W	B	7	X	K	Z
Chiropraxie	Régions Anatomiques	Manipulation	Extrémité supérieure	Externe	Assisté mécaniquement	Aucun

Exercice 11.3

Codez les procédures suivantes.

1. Acupuncture du dos avec anesthésie
2. Prélèvement de sang à partir de matériel vasculaire implantable
3. Manipulation ostéopathique du bas du dos avec grande vitesse et faible amplitude
4. Excision d'un neurinome de l'acoustique par voie ouverte avec imagerie par résonance magnétique assistée par ordinateur (CAT-MRI)
5. Manipulation du bas du dos par chiropraxie, à grande vitesse, poussée exercée par le bras qui agit comme un court levier

3. PROCÉDURES AUXILIAIRES

ICD-10-PCS comprend 6 sections pour ces procédures auxiliaires, qui sont :

- B Imagerie (*"Imaging"*)
- C Médecine Nucléaire (*"Nuclear Medicine"*)
- D Radiothérapie (*"Radiotherapy"*)
- F Rééducation physique et audiologie diagnostique (*"Physical Rehabilitation and diagnostic audiology"*)
- G Santé mentale (*"Mental health"*)
- H Traitement des abus de substances (*"substance abuse treatment"*)

Ces sections auxiliaires (B-H) ne comprennent pas d'interventions de base. Le 3ème caractère des codes dans ces sections comprend le type de technique de base. Les codes de ces sections comprennent des caractères qui n'ont jusqu'à présent pas été définis, tels que contraste « contrast », modalité « modality qualifier » et équipement « equipment ».

La section G « santé mentale » ainsi que la section H « thérapie des abus de substances » sont présentées dans le chapitre 16 de ce manuel consacré aux affections mentales.

3.1. Section Imagerie (Imaging)

La section dévolue à l'imagerie suit les mêmes conventions que celles établies dans la section médico-chirurgicale, excepté que les 3ème et 5ème caractères introduisent des notions non définies dans les sections précédentes. Le 3ème caractère définit le type de technique plutôt que l'intervention de base proprement dite et le 5ème caractère mentionne le produit de contraste s'il est utilisé. De plus, le produit de contraste est différencié suivant qu'il présente une osmolarité élevée ou basse. Dans cette section, le 6° caractère offre la possibilité de mentionner si une image prise sans produit de contraste est suivie d'un examen avec produit de contraste.

La structure des codes de cette section est illustrée dans la figure 11.8.

Figure 11.8 : Structure des codes dans la section imagerie médicale						
Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Type de technique	Partie du corps	Contraste	Qualificatif	Qualificatif

Cinq procédures de base sont utilisées en imagerie médicale et définies comme suit :

- Valeur 0 = Radiographie (claire) (« *Plain radiography* »): affichage en deux dimensions d'une image développée à partir de la capture des radiations ionisantes externes sur une plaque photographique ou photoconductrice.
- Valeur 1 = Fluoroscopie (« *fluoroscopy* »): affichage en un plan ou en deux plans en temps réel d'une image développée à partir de la capture des radiations ionisantes externes sur un écran fluorescent. L'image peut alors être stockée par analogie ou d'une manière digitale.
- Valeur 2 = Tomographie computerisée (CT scan) (« *computerized tomography* »): affichage d'images en plusieurs plans développées à partir de la capture de plusieurs expositions aux radiations ionisantes externes, après reformatage informatique de ces images.
- Valeur 3 = Résonance magnétique (RMN) (« *magnetic resonance imaging* » (*MRI*)): affichage d'images en plusieurs développées à partir de la capture de signaux de radiofréquence émis par les noyaux du corps soumis à un champ magnétique, après reformatage informatique de ces images.
- Valeur 4 = Echographie (Ultrasons) (« *Ultrasonography* »): affichage en temps réel d'images anatomiques ou d'informations concernant le flux, développées à partir de la capture d'ultrasons de haute fréquence reflétés ou atténués.

Voici quelques exemples:

Radiographie du bras droit

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Type de technique	Partie du corps	Contraste	Qualificatif	Qualificatif
B	P	0	E	Z	Z	Z
Imagerie	Os supérieurs 'non axiaux'	Radiographie	Bras droit	Aucun	Aucun	Aucun

Pyélographie rétrograde avec produit de contraste de faible osmolarité (reins, uretères, vessie)

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Type de technique	Partie du corps	Contraste	Qualificatif	Qualificatif
B	T	1	4	1	Z	Z
Imagerie	Système urinaire	Fluoroscopie	Reins, uretères, vessie	Faible osmolarité	Aucun	Aucun

Scanner cérébral sans produit de contraste suivi d'un scanner avec produit de contraste d'osmolarité élevée

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Type de technique	Partie du corps	Contraste	Qualificatif	Qualificatif
B	0	2	0	0	0	Z
Imagerie	Système nerveux central	Tomographie computerisée	Cerveau	Osmolarité élevée	Sans et avec produit de contraste	Aucun

Résonance magnétique du foie et de la rate avec produit de contraste

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Type de technique	Partie du corps	Contraste	Qualificatif	Qualificatif
B	F	3	6	Y	Z	Z
Imagerie	Système hépato-biliaire et pancréas	Imagerie par résonance magnétique	Foie et rate	Autre produit de contraste	Aucun	Aucun

Echographie bilatérale des ovaires

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Type de technique	Partie du corps	Contraste	Qualificatif	Qualificatif
B	U	4	5	Z	Z	Z
Imagerie	Système de reproduction féminin	Echographie	Ovaires, bilatéraux	Aucun	Aucun	Aucun

3.2. Section Médecine Nucléaire (Nuclear Medicine)

La section dédiée à la médecine nucléaire est organisée de la même façon que la section 'imagerie médicale', à l'exception du 5ème caractère qui définit le radionucléide (la source de radiations) plutôt que le produit de contraste. Comme dans la section 'imagerie médicale', le 3ème caractère indique le type de technique plutôt que l'intervention de base. Les 6ème et 7ème caractères sont des qualificatifs et ne sont pas utilisés dans cette section.

La structure des codes pour cette section est illustrée dans la figure 11.9.

Figure 11.9 Structure des codes dans la section médecine nucléaire						
Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Type de technique	Partie du corps	Radionucléide	Qualificatif	Qualificatif

Au niveau de la médecine nucléaire, on a le choix entre les 7 types de procédure suivants :

- Valeur 1 : « imagerie plane en médecine nucléaire » (*planar nuclear medicine imaging*) : injection d'un produit radioactif pour l'affichage d'images dans un plan développées (sur disque ou écran) à partir de la capture des émissions radioactives.
- Valeur 2 : « imagerie par tomographie en médecine nucléaire » (*tomographic nuclear medicine imaging*) : injection d'un produit radioactif dans le corps pour un affichage en 3 dimensions d'images développées (sur disque ou sur écran) à partir de la capture simultanée, selon un angle de 180 °, des rayons radioactifs.
- Valeur 3 : « tomographie par émission de positrons (PET) » (*positron emission tomography*) : injection d'un produit radioactif pour un affichage en 3 dimensions d'images développées à partir de la capture simultanée (à 180 degrés) des émissions radioactives.
- Valeur 4 : « médecine nucléaire par assimilation et sans image » (*nonimaging nuclear medicine uptake*) : injection d'un produit radioactif pour mesurer la fonction de certains organes à partir de la détection des émissions radioactives.
- Valeur 5 : « médecine nucléaire par sonde et sans image » (*nonimaging nuclear medicine probe*) : injection de produit radioactif pour étudier la distribution et l'élimination de certaines substances par détection des émissions radioactives émises.
- Valeur 6 : « médecine nucléaire par titrage et sans image » (*nonimaging nuclear medicine assay*) : injection d'un produit radioactif pour étudier les liquides corporels et les éléments sanguins par détection des émissions radioactives.
- Valeur 7 : « traitement généralisé par médecine nucléaire » (*systemic nuclear medicine therapy*) : injection d'un produit radioactif pour traitement.

Voici quelques exemples :

Adenosine Sestamibi (Tc-99m) scan du myocarde au repos

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Type de technique	Partie du corps	Produit radioactif	Qualificatif	Qualificatif
C	2	1	G	1	Z	Z
Médecine nucléaire	Coeur	Imagerie par résonance magnétique nucléaire	Coeur	Technetium 99m	Aucun	Aucun

Tomographie au Technetium (Tc-99m) des reins, uretères et vessie

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Type de technique	Partie du corps	Produit radioactif	Qualificatif	Qualificatif
C	T	2	3	1	Z	Z
Médecine nucléaire	Système urinaire	Tomographie imagerie médicale nucléaire	Reins, uretères et vessie	Technetium 99m	Aucun	Aucun

PET scan cérébral au C-11

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Type de technique	Partie du corps	Produit radioactif	Qualificatif	Qualificatif
C	0	3	0	B	Z	Z
Médecine nucléaire	Système nerveux central	Tomographie par émission de positrons	Cerveau	Carbone 11	Aucun	Aucun

Etude de la fonction thyroïdienne par Iode 131

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Type de technique	Partie du corps	Produit radioactif	Qualificatif	Qualificatif
C	G	4	2	G	Z	Z
Médecine nucléaire	Système endocrinien	Médecine nucléaire par assimilation et sans image	Glande thyroïde	Iode 131	Aucun	Aucun

Ablation de la thyroïde par Iode 131

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Type de technique	Partie du corps	Produit radioactif	Qualificatif	Qualificatif
C	W	7	2	G	Z	Z
Médecine nucléaire	Régions anatomiques	Médecine nucléaire systémique pour traitement	Glande thyroïde	Iode 131	Aucun	Aucun

3.3. Section Radiothérapie (Radiation oncology)

La section 'radiothérapie' dans la classification ICD-10-PCS contient les procédures d'irradiation utilisées dans le traitement des cancers. La structure des codes de cette section est illustrée dans la figure 11.10.

Figure 11.10 : Structure des codes de la section radiothérapie

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Type de technique	Partie du corps	Modalité du qualificatif	Isotope	Qualificatif

La différence résidant dans la signification des caractères de cette section est la suivante :

- Le 3ème caractère définit le type de technique, c'est-à-dire la modalité utilisée pour la délivrance des irradiations (les rayons, la brachythérapie, la radiochirurgie stéréotaxique, et les autres irradiations).
- Le 5ème caractère donne plus d'information sur les modalités du traitement utilisé (photons, électrons, particules lourdes, irradiations de contact).
- Le 6ème caractère définit, si nécessaire, l'isotope radioactif utilisé.
- Le 7ème caractère est un qualificatif qui n'est pas spécifié dans cette section

Irradiation du sein gauche par rayons externes (photons 1.33 MeV)

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Type de technique	Partie du corps	Modalité du qualificatif	Isotope	Qualificatif
D	M	0	0	1	Z	Z
Radiothérapie	Sein	Rayons	Sein gauche	Photons 1-10 MeV	Aucun	Aucun

Brachythérapie de la prostate, LDR, Iode 125

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Système anatomique	Type de technique	Partie du corps	Modalité du qualificatif	Isotope	Qualificatif
D	V	1	0	B	9	Z
Radiothérapie	Système reproducteur masculin	Brachythérapie	Prostate	Faibles doses	Iode 125	Aucun

Exercice 11.4

Codez les procédures suivantes.

1. Echographie intravasculaire bilatérale des artères carotides internes

2. Imagerie par Résonance Magnétique du cerveau avec produit de contraste

3. PET Scan des poumons au F18

4. Brachythérapie du sein D, LDR („Low Dose Rate“), Palladium 103

5. CT Scan des poumons sans produit de contraste

3.4. Section Rééducation physique et audiologie diagnostique (Physical rehabilitation and diagnostic audiology)

La structure des codes de la section 'Rééducation physique et audiologie diagnostique' est illustrée dans la figure 11.11.

Figure 11.11 : Structure des codes de la section 'Rééducation physique et audiologie diagnostique'

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Qualificatif de section	Type de technique	Système anatomique et région anatomique	Qualificatif	Equipement	Qualificatif

Cette section contient les définitions des caractères qui ne sont pas comparables à celles des autres sections d'ICD-10-PCS :

- Le 2ème caractère est un qualificatif de section spécifiant si la procédure est une technique de rééducation ou un test diagnostique audiolgique.
- Le 3ème caractère définit le type de technique de la procédure.
- Le 4ème caractère définit de manière combinée le système du corps et la région anatomique, si c'est d'application
- Le 5ème caractère fournit plus d'informations à propos de la procédure. Le 6ème caractère précise l'équipement utilisé.

Cette section contient 14 types de technique qui sont décrites dans le tableau 11.3.

Tableau 11.3 : Définitions, valeurs et techniques de base de la Rééducation physique et de l'audiologie diagnostique

Valeur	Description	Définition
0	Evaluation de la parole (<i>speech assessment</i>)	Mesure de la parole et des fonctions qui y sont liées
1	Evaluation des fonctions motrices (musculaires) et nerveuses (<i>motor and/or nerve function assessment</i>)	Mesure des fonctions motrices (musculaires) et nerveuses ainsi que des fonctions qui y sont liées
2	Evaluation des activités de la vie quotidienne (<i>activities of daily living assessment</i>)	Mesure de la capacité à réaliser les activités de la vie quotidienne
3	Evaluation de l'audition (<i>hearing assessment</i>)	Mesure de l'audition et des fonctions qui y sont liées
4	Evaluation des aides auditives (<i>hearing aid assessment</i>)	Mesure de l'adéquation et de l'efficacité de l'aide auditive
5	Evaluation vestibulaire (<i>vestibular assessment</i>)	Mesure de la fonction vestibulaire et des fonctions qui y sont liées
6	Traitement du langage (<i>speech therapy</i>)	Application de techniques améliorant, augmentant ou compensant les troubles du langage ou des fonctions qui y sont liées

7	Traitement des troubles moteurs (kinésithérapie, physiothérapie) (<i>motor treatment</i>)	Exercices ou activités augmentant ou facilitant les fonctions motrices
8	Thérapie liée activités de la vie quotidienne (<i>activities of daily living treatment</i>)	Exercices ou activités facilitant les compétences lors de la réalisation des actes de la vie quotidienne
9	Traitement de l'audition (<i>hearing treatment</i>)	Application de techniques améliorant, augmentant ou compensant l'audition ou les troubles fonctionnels qui y sont liés
B	Prise en charge d'une aide auditive implantée (<i>cochlear implant treatment</i>)	Application de techniques d'amélioration des capacités de communication des individus à l'aide d'implant cochléaire
C	Traitement vestibulaire (<i>vestibular treatment</i>)	Application de techniques améliorant, augmentant ou compensant les troubles vestibulaires ou les troubles fonctionnels qui y sont liés
D	Appareillage (<i>device fitting</i>)	Placement d'appareils qui sont conçus pour faciliter ou atteindre un meilleur fonctionnement
F	Formation pratique des soignants (<i>caregiver training</i>)	Formation aux activités aidant les patients à atteindre des performances fonctionnelles aussi optimales que possible

Les directives de codage qui suivent sont importantes et sont d'application pour cette section :

- Les procédures thérapeutiques comprennent entre autres les exercices de déglutition, les techniques pour le bain et la douche, le traitement des plaies, la rééducation intestinale, ainsi qu'une foule d'activités typiquement associée à la rééducation.
- Les évaluations sont classées en plus de 100 tests ou méthodes différents. La majorité de ces évaluations sont focalisées sur les facultés d'audition et de langage ; d'autres sont orientées sur différents aspects du fonctionnement corporel et sur la qualité de vie du patient, comme la force musculaire, le développement neuromoteur, et les compétences de réintégration.
- Le 5ème caractère utilisé pour l'ajustement des appareils décrit l'appareil à adapter plutôt que la méthode à utiliser pour ajuster l'appareil.

La formation pratique des enseignants comporte 18 grands sujets différents, enseignés pour aider le soignant à fournir des soins appropriés au patient. La toilette, l'habillement, l'alimentation et l'aide à s'alimenter en sont quelques exemples.

Voici quelques exemples :

Lavage pulsatile d'un ulcère du talon

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Qualificatif de section	Type de technique	Partie du corps et région anatomique	Type de qualificatif	Equipement	Qualificatif
F	0	8	G	5	B	Z
Rééducation physique et audiologie diagnostique	Rééducation	Traitement des activités de la vie quotidienne	Téguments de l'extrémité inférieure	Traitement de plaie	Agents physiques	Aucun

Evaluation au lit du patient de la fonction de déglutition d'un patient avec AVC

Caractère 1	Caractère 2	Caractère 3	Caractère 4	Caractère 5	Caractère 6	Caractère 7
Section	Qualificatif de section	Type de technique	Partie du corps et région anatomique	Type de qualificatif	Equipement	Qualificatif
F	0	0	Z	H	Z	Z
Rééducation physique et audiologie diagnostique	Rééducation	Evaluation de la parole	Aucun	Fonction orale et de déglutition, au lit du patient	Aucun	Aucun

Exercice 11.5

Codez les procédures suivantes.

1. Evaluation (« *assessment* ») d'une aphasie par le logopède (« *Speech assessment* »)
2. Appareillage (« *device fitting* ») de prothèse, prothèse sous le genou
3. Formation pratique (« *caregiver training* ») des soignants au nettoyage de plaie et au changement de pansement

Solutions des exercices

Exercice 11.1

Codez les procédures suivantes.

1. Rinçage percutané de la cavité pleurale à l'aide de liquide d'irrigation	<u>Irrigation</u>	3E1L38Z
2. Greffe de moelle osseuse autologue par cathéter veineux central	<u>Transfusion</u>	30243G0
3. Mise en place de plâtre sur l'avant-bras droit	<u>Immobilization</u>	2W3CX2Z
4. Insertion de <u>tamponnement</u> nasal	<u>Packing</u>	2Y41X5Z
5. Contrôle externe de fréquence d'un pacemaker cardiaque	<u>Measurement</u>	4B02XSZ
6. Application de pansement <u>compressif</u> sur le dos	<u>Compression</u>	2W15X6Z

Exercice 11.2

Codez les procédures suivantes.

1. <u>Oxygénation</u> (<i>oxygenation</i>) hyperbare continue	<u>Assistance</u>	5A05221
2. Traitement par <u>ultrasons</u> des vaisseaux périphériques, traitement unique	<u>Ultrasound</u>	6A750Z6
3. Hémodialyse, traitement unique	<u>Performance</u>	5A1D00Z
4. Echec de cardioversion	<u>Restoration</u>	5A2204Z
5. Plasmaphérese de cellules souches hématopoïétiques, épisode unique	<u>Pheresis</u>	6A550ZV

Exercice 11.3

Codez les procédures suivantes.

1. <u>Acupuncture</u> (<i>acupuncture</i>) du dos avec anesthésie	8E0H300
2. <u>Collecte</u> (<i>collection</i>) de sang à partir de matériel vasculaire implantable	8C02X6K
3. <u>Manipulation</u> (<i>manipulation</i>) ostéopathique du bas du dos avec grande vitesse et faible amplitude	7W03X3Z
4. <u>Excision</u> (<i>excision</i>) d'un neurinome de l'acoustique par voie ouverte avec <u>imagerie</u> (<i>imaging</i>) par résonance magnétique assistée par ordinateur	00BN0ZZ 8E09XBH
5. <u>Manipulation</u> (<i>manipulation</i>) du bas du dos par chiropraxie, à grande vitesse, poussée exercée par le bras qui agit comme un court levier	9WB3XHZ

Exercice 11.4

Codez les procédures suivantes.

1. <u>Echographie</u> (<i>ultrasound</i>) intravasculaire bilatérale des artères carotides internes	B348ZZ3
2. Imagerie par <u>Résonance Magnétique</u> (<i>MRI</i>) du cerveau avec produit de contraste	B030YZZ
3. <u>PET Scan</u> (<i>PET scan</i>) des poumons au F18	CB32KZZ
4. <u>Brachythérapie</u> (<i>Brachytherapy</i>) du sein D, LDR („Low Dose Rate“), Palladium 103	DM11BBZ
5. <u>CT Scan</u> (<i>CT-scan</i>) des poumons sans produit de contraste	BB24ZZZ

Exercice 11.5

Codez les procédures suivantes.

1. <u>Evaluation</u> (<i>assessment</i>) <u>d'une aphasie</u> par le logopède (« <u>Speech assessment</u> »)	F00ZCZZ
2. <u>Appareillage</u> (« <i>device fitting</i> ») de prothèse, prothèse sous le genou	F0DZ8UZ
3. <u>Formation</u> pratique (« <i>caregiver training</i> ») des soignants au nettoyage de plaie et au changement de pansement	F0FZ9ZZ