



CCI

Guide d'attribution des codes d'intervention

Mise à jour en février 2022



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

À moins d'indication contraire, les données utilisées proviennent des provinces et territoires du Canada.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé

495, chemin Richmond, bureau 600

Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860

Télécopieur : 613-241-8120

icis.ca

droitdauteur@icis.ca

© 2022 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *La CCI : guide d'attribution des codes d'intervention*. Ottawa, ON : ICIS; 2022.

This publication is also available in English under the title *CCI: A Guide to Intervention Code Assignment*.

Table des matières

À propos de l'ICIS	4
Remerciements	5
Chapitre 1 : Introduction	6
Aperçu du guide	6
Chapitre 2 : Utilisation de la CCI — notions de base	8
Aperçu du chapitre	8
Section 2.1 : Structure et règles de la CCI	8
Section 2.2 : Utiliser Folio Views	27
Chapitre 3 : Utilisation de la CCI — champ par champ	34
Aperçu du chapitre	34
Section 3.1 : Champ 1 — section	34
Section 3.2 : Champ 2 — site anatomique (groupe)	41
Section 3.3 : Champ 3 — intervention	68
Section 3.4 : Champ 4 — qualificateur 1 : approche ou technique	80
Section 3.5 : Champ 5 — qualificateur 2 : agent ou dispositif	93
Section 3.6 : Champ 6 — qualificateur 3 : tissu	101
Section 3.7 : Attributs	107
Chapitre 4 : Utilisation de la CCI — recours au dossier clinique	122
Aperçu du chapitre	122
Annexes	125
Annexe A : Corrigé	125
Références	132
Bibliographie	132

À propos de l'ICIS

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) est un organisme autonome sans but lucratif qui fournit de l'information essentielle sur les systèmes de santé du Canada et sur la santé des Canadiens.

Nous fournissons des données et une information comparables et exploitables qui favorisent une amélioration rapide des soins de santé, de la performance des systèmes de santé et de la santé de la population dans tout le Canada. Nos intervenants utilisent dans leurs processus décisionnels notre vaste gamme de bases de données, de mesures et de normes sur la santé, en parallèle avec nos rapports et analyses fondés sur des données probantes. Soucieux de protéger la vie privée des Canadiens, nous assurons la confidentialité et l'intégrité des renseignements sur la santé que nous fournissons.

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) souhaite remercier les utilisateurs de la Classification canadienne des interventions en santé (CCI) pour leur contribution considérable à l'intégralité et à l'exactitude de cette classification.

Chapitre 1 : Introduction

Aperçu du guide

Introduction

Le document ***La CCI : guide d'attribution des codes d'intervention*** présente les exigences de base nécessaires à la codification à l'aide de la Classification canadienne des interventions en santé (CCI) ainsi que les détails relatifs aux problèmes fréquents. Outre le présent chapitre, le guide comprend les chapitres et les sections qui suivent :

- Chapitre 2 : Utilisation de la CCI — notions de base
 - Section 2.1 : Structure et règles de la CCI
 - Section 2.2 : Utiliser Folio Views
- Chapitre 3 : Utilisation de la CCI — champ par champ
 - Section 3.1 : Champ 1 — section
 - Section 3.2 : Champ 2 — site anatomique (groupe)
 - Section 3.3 : Champ 3 — intervention
 - Section 3.4 : Champ 4 — qualificateur 1 : approche ou technique
 - Section 3.5 : Champ 5 — qualificateur 2 : agent ou dispositif
 - Section 3.6 : Champ 6 — qualificateur 3 : tissu
 - Section 3.7 : Attributs
- Chapitre 4 : Utilisation de la CCI — recours au dossier clinique

Quel est l'objectif de ce guide?

Le présent guide regroupe les notions essentielles au sujet de la CCI provenant auparavant de diverses sources. De plus, il dresse un portrait exhaustif de son application de base et aide tous les utilisateurs de la CCI à progresser au-delà des rudiments.

À qui s'adresse le présent guide?

Ce guide est destiné à tous les professionnels en gestion de l'information sur la santé qui utilisent la Base de données sur les congés des patients (BDGP) ou le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) et qui sont responsables de la codification des dossiers des patients, de la qualité des données ou de l'analyse des données cliniques sur la santé.

Ce guide sera autant utile aux nouveaux utilisateurs de la CCI qu'aux utilisateurs avertis, car il leur permet de mettre leurs connaissances à jour.

Conditions d'utilisation du guide

Pour mieux comprendre le contenu de ce guide, les utilisateurs doivent avoir accès à la toute dernière version de la Classification canadienne des interventions (CCI) et des Normes canadiennes de codification, le cas échéant.



Remarque

La version actuelle des normes de codification, soit *Normes canadiennes de codification pour la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI*, accompagne la version 2022 de la CCI et de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version, Canada (CIM-10-CA). Les classifications et les normes de codification sont publiées tous les trois ans sur le [site Web de l'ICIS](#).

Chapitre 2 : Utilisation de la CCI — notions de base

Aperçu du chapitre

Ce chapitre décrit brièvement les éléments fondamentaux de la classification des interventions en soins de santé à l'aide de la CCI.

Une bonne compréhension de la structure de la CCI, de ses directives et conventions de codification intégrées et de la façon de consulter la CCI dans Folio Views constituent une base solide à partir de laquelle les compétences et les connaissances en codification peuvent s'acquérir.

Le chapitre 2 est composé des sections suivantes :

- Section 2.1 : Structure et règles de la CCI
- Section 2.2 : Utiliser Folio Views

À la fin de ces deux sections, vous trouverez une série de questions visant à évaluer votre compréhension du sujet. Vous pouvez vérifier vos réponses à l'annexe A.

Section 2.1 : Structure et règles de la CCI

Introduction

La CCI est une classification multiaxiale des interventions liées à la santé; elle est élaborée et tenue à jour par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Elle a pour but de faciliter la saisie des interventions en soins de santé. La CCI est fondée sur le type d'action générique effectué, sans égard au dispensateur de services et au milieu de prestation des services. Elle peut s'appliquer aux interventions de l'ensemble du continuum des soins de santé.

La CCI a été créée à titre de classification des interventions accompagnant la CIM-10-CA, soit la classification des maladies. Une équipe de l'ICIS a entrepris l'élaboration de la CCI en 1996 en vue de sa mise en œuvre avec la CIM-10-CA en 2001. En avril 2001 commençait le déploiement échelonné de la CIM-10-CA/CCI à l'échelle du Canada. En avril 2006, les 10 provinces et les trois territoires avaient adopté ces classifications pour l'attribution de codes aux maladies et aux interventions.

Dans le cadre du processus d'amélioration, de nouveaux codes ont été ajoutés et d'autres ont été désactivés afin que la classification demeure actuelle et pertinente sur le plan clinique. La version de 2022 contient 17 417 codes actifs.

Structure de la CCI

Cette section offre un aperçu de la composition de la CCI et de ses codes.

Le chapitre 3, intitulé Utilisation de la CCI — champ par champ, décrit plus en détail comment sélectionner de façon appropriée chaque composante des codes de la CCI.

Index alphabétique et table analytique

L'index alphabétique et la table analytique constituent les principales composantes de la CCI. L'index alphabétique contient des termes pilotes et des sous-termes (modificateurs) relatifs aux types d'intervention ainsi que des hyperliens menant à la rubrique de la table analytique où les interventions en question sont situées.

La table analytique est composée de codes alphanumériques présentés depuis le niveau de la section globale jusqu'au niveau précis du code de la CCI.



Remarque importante

Seule la table analytique contient les codes intégraux de la CCI. Dans l'index alphabétique, les codes sont inscrits au niveau de la rubrique uniquement et sont présentés sous forme d'hyperliens menant à la table analytique. Les caractères additionnels ne sont inclus que dans la table analytique et sont nécessaires pour compléter le code. La table analytique doit donc être consultée pour l'attribution d'un code de la CCI.

Sections de la CCI

La table analytique est divisée en sept sections, fondées sur la nature des interventions :

- **Section 1** — Interventions thérapeutiques physiques et physiologiques
- **Section 2** — Interventions diagnostiques
- **Section 3** — Interventions d'imagerie diagnostique
- **Section 5** — Interventions obstétricales et fœtales
- **Section 6** — Interventions diagnostiques et thérapeutiques cognitives, psychosociales et sensorielles
- **Section 7** — Autres interventions des soins de santé
- **Section 8** — Interventions thérapeutiques renforçant le système immunitaire et/ou la composition génétique



Remarque

Il est à noter que la section 8 a été ajoutée à la version publiée en 2003, et que la section 4, intitulée Interventions cliniques de laboratoire, a été retirée depuis la version 2009.

Groupes et blocs

Chaque section de la CCI est sous-divisée en groupes homogènes pertinents. Par exemple, dans les sections 1, 2 et 3, les groupes sont fondés sur les appareils ou systèmes de l'organisme (p. ex. le système nerveux) et le site anatomique précis (p. ex. le cerveau), tandis que dans la section 5, ils sont fondés sur les stades de la grossesse et du développement fœtal. Une plage de groupes est appelée « bloc »; un groupe constitue une entité unique. *Interventions thérapeutiques sur le cerveau et la moelle épinière (1AA à 1AZ)* est un exemple de bloc; un exemple de groupe au sein de ce bloc serait 1.AN.^.^ *Interventions thérapeutiques sur le cerveau*.

Rubriques

Chaque groupe est structuré selon le type d'intervention pratiquée (**quoi**). Le code rudimentaire à ce stade est appelé « rubrique ». Une rubrique est composée de cinq caractères : la rubrique **1.AN.09.^.**, par exemple, contient toutes les interventions liées à la stimulation du cerveau. Le champ 1 se rapporte à la section (1 = Interventions thérapeutiques physiques et physiologiques); le champ 2 se rapporte au site anatomique (AN = cerveau) et le champ 3 se rapporte à l'intervention générique ou à l'intention (09 = stimulation). Les signes d'insertion (^) en fin de rubrique servent à indiquer qu'un minimum de deux caractères est requis pour compléter le code.

Qualificateurs

Des qualificateurs valides sont sélectionnés à partir de ceux indiqués dans la rubrique afin de compléter le code. Il existe trois types de qualificateurs qui décrivent **comment** l'intervention a été pratiquée. Au minimum, le qualificateur 1, qui décrit l'approche et/ou la technique, est nécessaire pour compléter le code. Certaines interventions requièrent également la sélection du qualificateur 2, qui décrit l'agent ou le dispositif, ou du qualificateur 3, qui décrit le type de tissu utilisé.

Code complet

Pour être complet, un code de la CCI doit comporter au moins sept caractères. Un code peut contenir au maximum 10 caractères. Afin de faciliter la présentation, les caractères sont divisés en champs à l'aide de signes de ponctuation. L'exemple ci-dessous illustre un code à neuf caractères.

1.AN.09.JA-DV *Stimulation, cerveau, stimulation électrique externe (pour choc ou convulsion)*

Le tableau suivant présente les six composantes d'un code de la CCI : un champ pour la section, le groupe (p. ex. le site anatomique) et l'intervention, et trois champs pour les qualificateurs. Le code 1.AN.09.JA-DV est utilisé pour démontrer à quels champs correspondent les caractères.

Champ 1	Champ 2	Champ 3	Champ 4	Champ 5	Champ 6
Section	Site anatomique	Intervention	Qualificateur 1 : approche ou technique	Qualificateur 2 : agent ou dispositif	Qualificateur 3 : tissu
1	AN	09	JA	DV	Laissé vide
Interventions thérapeutiques physiques et physiologiques	Cerveau	Stimulation	Approche externe	Dispositif de stimulation électrique	Aucun tissu utilisé



Remarque importante

Lorsqu'un code complet est composé des champs 1 à 4 et du champ 6 (c.-à-d. qu'il n'y a pas de champ 5), le champ 5 doit être remplacé par XX; par exemple 1.CC.80.LA.XX-A *Réparation, cornée, par autogreffe [par exemple, recouvrement conjonctival]*.

Attributs

La CCI comprend également des attributs, c'est-à-dire des éléments de données distincts externes au code de la CCI qui donnent des précisions sur la **situation** (p. ex. abandon de l'intervention), le **lieu** (p. ex. gauche ou droit) et l'**étendue** (p. ex. hystérectomie subtotale [par opposition à totale]) de l'intervention. Certains attributs sont obligatoires pour certaines rubriques de la classification; ils sont facultatifs dans les autres cas.

Schémas

La CCI contient des schémas qui peuvent aider à sélectionner le site anatomique approprié. Par exemple, le schéma **Articulation de la hanche** aide à sélectionner les caractères alphabétiques relatifs au site anatomique en fonction de la description indiquée dans la documentation. À partir du schéma, il est facile d'établir que le site anatomique intitulé « fémur proximal » est classé au groupe anatomique **VC Fémur**, tandis que le site anatomique désigné par « tête du fémur » est classé sous **VA Articulation de la hanche**.

Annexes

Les annexes fournissent de plus amples renseignements sur certains aspects de la classification. Les voici :

- **Annexe A** — Structure du code de la CCI
- **Annexe B** — Outil de recherche
- **Annexe C** — Attributs de la CCI
- **Annexe D** — Agents pharmacologiques, biologiques et autres : Tableau des conversions des composants de code de la CCI en code ATC
- **Annexe E** — Nouveaux codes de la CCI pour 2022
- **Annexe F** — Codes désactivés de la CCI pour 2022
- **Annexe G** — Nouvelles valeurs de référence obligatoires de la CCI pour 2022
- **Annexe H** — Valeurs de référence désactivées de la CCI pour 2022



Autres ressources

L'onglet Sommaire dans Folio Views offre un portrait complet du contenu de la CCI. Il suffit de cliquer sur un sujet pour le développer et obtenir plus de détails.

Directives de codification

La CCI est conçue de façon à limiter le nombre de codes nécessaires pour saisir adéquatement les données sur les interventions. À cette fin, elle contient de nombreux codes composés, qui intègrent au moins deux interventions potentiellement indépendantes. Il existe toutefois des circonstances où il est impossible d'inclure toutes les combinaisons possibles au même code; il faut alors en utiliser plusieurs. En d'autres circonstances, il est préférable d'avoir des codes distincts pour les divers aspects d'une intervention en particulier.

Des directives intégrées à la CCI aident les utilisateurs à choisir entre le recours à un code composé ou à plusieurs codes. Elles guident de façon pertinente l'attribution au niveau du bloc, du groupe, de la rubrique et du code tout au long de la classification. Il est important de prendre connaissance de ces directives, de les comprendre et de les respecter.



Remarque importante

Le niveau auquel la directive s'applique doit être déterminé avec soin. Les directives au niveau du bloc s'appliquent en général à l'ensemble des codes du bloc en question; les directives au niveau du groupe, à l'ensemble des codes du groupe en question; les directives au niveau de la rubrique, à l'ensemble des codes de la rubrique en question et les directives au niveau du code, au code en question uniquement.

Inclusions

Les termes d'inclusion (aussi désignés par la mention « Comprend ») servent à préciser le contenu du bloc, du groupe, de la rubrique ou du code. Il peut s'agir des sites anatomiques concernés, d'autres descriptions de l'intervention, de synonymes ou d'éponymes.



Remarque importante

Les listes d'inclusions de la CCI ne sont pas exhaustives. Elles sont représentatives de ce qui est inclus au niveau en question et ne visent pas à limiter les utilisateurs à ces termes. Ces derniers doivent miser sur toutes leurs connaissances pour attribuer le code approprié aux cas dont la terminologie est différente.

Exemple : À la rubrique 1.YM.87.^ Excision partielle, sein, les inclusions indiquent que :

- la mastectomie partielle est classée sous cette **rubrique**; et
- la mastectomie partielle endoscopique transaxillaire (TEPM) est comprise dans le **code** 1.YM.87.DA, comme il est indiqué dans la fenêtre qui apparaît lorsque vous cliquez sur le symbole ++ immédiatement à droite du code.

Il ne s'agit que de deux des inclusions relatives à cette rubrique. Bien que ce ne soit pas explicitement indiqué comme inclusion, cette rubrique comprend également « excision, lésion, sein » parce que l'intention de cette intervention est l'excision partielle du sein.



Conseil

L'expression « avec » dans une **inclusion** (sous **Comprend**) indique qu'aucun code supplémentaire n'est requis. L'intervention dont il est alors question fait partie intégrante de l'intervention décrite par le code et n'a pas besoin d'être classée séparément.

Exemple : La rubrique 1.CD.52.^[^] *Drainage, sclère* comprend le drainage de la sclère avec ou sans iridectomie. L'iridectomie n'est pas saisie séparément.

1.CD.52.^[^] Drainage, sclère

Comprend : avec ou sans iridectomie
en cas de glaucome
Fistulisation, sclère

Exclusions

Les blocs, les groupes, les rubriques et les codes de la classification contiennent également des termes d'exclusion (aussi désignés par la mention *À l'exclusion de*). Ces derniers servent à prévenir l'utilisateur que bien que l'intervention qui est codifiée semble être classée ici, elle est, en fait, classée ailleurs. Le codificateur est dirigé vers un autre endroit dans la classification. Une telle situation survient lorsque l'intervention à laquelle un code est attribué est composée d'une combinaison d'interventions connexes (qui peuvent être réalisées individuellement); la classification guide l'utilisateur vers le code qui correspond le mieux à la combinaison d'interventions interreliées. Il se peut aussi que ce soit pour prévenir l'utilisateur qu'un site anatomique ou un type d'intervention donné n'est pas inclus à cet endroit.



Remarque importante

Les termes d'exclusion ne signifient **pas** que deux codes donnés sont *toujours* mutuellement exclusifs. L'utilisateur peut *parfois* les utiliser ensemble **si** les circonstances le justifient. C'est le cas lorsque les deux codes sont nécessaires pour saisir entièrement l'intervention réalisée et que chaque code pris individuellement ne couvre pas tout ce qui a été fait.



Point clé

Les exclusions incitent l'utilisateur à se demander s'il est bien à l'endroit voulu. En se basant sur la documentation, il : 1) sélectionne un code à cet endroit; 2) se dirige vers un autre endroit ou 3) procède à une sélection à partir des deux endroits si les circonstances le justifient.

Exemple 1 : L'examen de la prostate par voie transrectale est exclu de la rubrique 2.NQ.70.^[^] *Inspection, rectum*. Si la seule intervention saisie est l'examen de la prostate par voie transrectale, sélectionnez le code approprié de la rubrique 2.QT.70.^[^] *Inspection, prostate* uniquement. Si le patient a subi à la fois une proctoscopie et un examen de la prostate par voie transrectale, sélectionnez le code approprié des rubriques 2.NQ.70.^[^] et 2.QT.70.^[^], puisqu'il s'agit de deux interventions distinctes.

2.NQ.70.^[^] Inspection, rectum

Comprend : Examen, rectum
Proctoscopie
Rectoscopie

À l'exclusion de : Examen de la prostate, voie transrectale (voir 2.QT.70.^[^])
Inspection du rectum et du gros intestin (voir 2.NM.70.^[^])
Rectosigmoïdoscopie (proctosigmoïdoscopie) (voir 2.NM.70.^[^])

2.QT.70.^[^] Inspection, prostate

Comprend : Examen, prostate, toucher transrectal

Exemple 2 : À la rubrique 1.OE.52.^[^] *Drainage, canaux biliaires*, une exclusion indique que si le drainage est effectué avec dilatation, il est classé à la rubrique 1.OE.50.^[^] *Dilatation, canaux biliaires*, et **non** à la rubrique 1.OE.52.^[^]. À la rubrique 1.OE.50.^[^] *Dilatation, canaux biliaires*, il n'est pas précisé que le drainage est inclus; l'exclusion à la rubrique 1.OE.52.^[^] *Drainage, canaux biliaires* l'implique.

1.OE.52.^[^] Drainage, canaux biliaires

Comprend : Cholédocho(s)stomie [en vue du drainage ou de la décompression]
Décompression, canaux biliaires
Hépto-cholédocho(s)stomie [en vue du drainage ou d'une décompression]
Insertion, canaux biliaires, cathéter nasobiliaire [en vue d'un drainage]
Insertion, canaux biliaires, drain en T, endoprothèse [stent, tuteur] ou cathéter [en vue d'un drainage]

À l'exclusion de : Cholédochotomie en vue d'une dilatation (voir 1.OE.50^^)
Dilatation avec drainage, canaux biliaires (voir 1.OE.50^^)
Drainage, canaux biliaires, par une opération de pontage
(voir 1.OE.76^^)
Hépto-cholédochotomie en vue d'une dilatation (voir 1.OE.50^^)
Insertion, canaux biliaires, endoprothèse [stent, tuteur] ou cathéter
à demeure en vue d'une dilatation (voir 1.OE.50^^)



Conseils

- ▶ Dans les sections À l'exclusion de, l'utilisateur est invité à aller consulter d'autres rubriques (p. ex. « voir 2.QT.70.^^ »). Cela signifie que vous devriez comparer les deux rubriques avant de faire votre choix, et non pas que vous devriez aveuglément opter pour la rubrique indiquée dans les exclusions.
- ▶ Si la mention du terme « avec » figure dans une exclusion (sous À l'exclusion de), vous devriez aller consulter la rubrique en question.

Exemple 3 : La rubrique 1.CH.87.^^ *Excision partielle, iris*, exclut la fistulisation sclérale réalisée au cours du même épisode d'intervention (voir 1.CD.52.^^). Sélectionnez plutôt un code de la rubrique 1.CD.52.^^ *Drainage, sclère*.

1.CH.87.^^ Excision partielle, iris

Comprend : Ablation d'un kyste de l'iris (périphérique)
avec décollement du recouvrement conjonctival pour accéder à l'iris
Discission
Excision, prolapsus de l'iris
Iridectomie
Iridectomie (périphérique)
Iridectomie (sectorielle)
Iridosclérotomie
Iridotomie SAI (laser)
par perforation
pour drainage (dans le cas d'un glaucome)
Pupillotomie
Sphinctérotomie de l'iris

À l'exclusion de : avec extraction simultanée du cristallin (voir 1.CL.89.^^)
avec fistulisation sclérale (voir 1.CD.52.^^)
avec trabéculéctomie (voir 1.CJ.52.^^)

À codifier aussi

Les directives *À codifier aussi* indiquent au codificateur d'attribuer un code supplémentaire relativement à certaines composantes ou à des étapes subséquentes d'une intervention lorsqu'il n'est pas possible ou souhaitable de traduire la complexité de l'intervention dans un même code. Dans ce cas, le ou les codes supplémentaires « à codifier aussi » sont attribués (sur une base obligatoire ou facultative) **lorsque l'intervention précisée dans les directives *À codifier aussi* a eu lieu**. Les directives *À codifier aussi* se trouvent le plus souvent au niveau de la rubrique, mais peuvent également figurer au niveau du code.



Remarque importante

Si l'intervention indiquée dans la directive *À codifier aussi* a été réalisée, le code supplémentaire doit être saisi s'il répond aux critères de sélection des codes obligatoires énoncés dans les normes de codification (c.-à-d. *Sélection des interventions à codifier pour les soins ambulatoires (urgence, clinique et visites en chirurgie d'un jour)* ou *Sélection des interventions à codifier pour les soins de courte durée aux patients hospitalisés*). Autrement, il doit être codifié uniquement si l'établissement qui recueille les données le juge nécessaire.

Exemple : À la rubrique 1.HT.90.^{^^} *Excision totale avec reconstruction, valvule pulmonaire*, une directive *À codifier aussi* précise de codifier tout dispositif concomitant de circulation extracorporelle utilisé durant l'excision avec reconstruction de la valvule pulmonaire. À la rubrique 1.LZ.37.^{^^} *Installation d'un appareil externe, appareil circulatoire NCA*, il y a deux codes associés au dispositif de circulation extracorporelle : 1.LZ.37.GP-GB lorsqu'il s'agit de l'approche transluminale percutanée (thorax fermé) et 1.LZ.37.LA-GB lorsqu'il s'agit de l'approche ouverte (thorax). Puisque ces interventions sont pratiquées par une approche transluminale percutanée ou par une approche ouverte, l'un de ces codes doit également être saisi si un dispositif de circulation extracorporelle est utilisé.

1.HT.90.^{^^} **Excision totale avec reconstruction, valvule pulmonaire**

Comprend : Remplacement avec excision de la valvule pulmonaire
Remplacement, valvule pulmonaire

À l'exclusion de : Remplacement de la valvule pulmonaire sans excision de la valvule d'origine (voir 1.HT.80.^{^^})
Réparation, affection valvulaire associée à une communication interauriculaire et interventriculaire (voir 1.LC.84.^{^^})
Réparation, malformation des replis endocardiques (voir 1.LC.84.^{^^})

À codifier aussi : Remplacement ou réparation concomitants d'une autre valvule
Tout dispositif concomitant de circulation extracorporelle (voir 1.LZ.37.^{^^})

1.LZ.37.^.^ Installation d'un appareil externe, appareil circulatoire NCA	approche transluminale percutanée (thorax fermé)	approche ouverte (thorax)
dispositif de circulation extracorporelle (intraopératoire)	1.LZ.37.GP-GB++	1.LZ.37.LA-GB++
dispositif extracorporel de récupération du sang (Cell Saver) (intraopératoire)	---	1.LZ.37.LA-FP++
oxygénation par membrane extracorporelle [ECMO]	1.LZ.37.GP-QM++	---



Avertissement

Les directives À *codifier aussi* figurant dans la CCI ne couvrent pas toutes les circonstances possibles où plusieurs codes sont requis. Les codificateurs doivent toujours s'assurer que toutes les interventions importantes réalisées au cours d'un épisode sont saisies et répondent aux exigences minimales de sélection des codes énoncées dans les normes de codification (c.-à-d. *Sélection des interventions à codifier pour les soins ambulatoires (urgence, clinique et visites en chirurgie d'un jour) ou Sélection des interventions à codifier pour les soins de courte durée aux patients hospitalisés*).

Notes

Des notes explicatives sont fournies afin d'aider les codificateurs à choisir le bon code. Elles figurent essentiellement au niveau de la rubrique et du code dans la CCI. Elles sont plutôt générales, informelles et informatives, et visent à éliminer toute confusion possible et à rassurer les codificateurs quant au choix des codes.

Les notes explicatives n'ont **pas** pour but de fournir chaque détail ou de décrire la nature exacte de toutes les interventions possibles correspondant à une rubrique ou à un code. Elles peuvent servir à

- décrire ce qui *peut* être inclus dans une intervention, par exemple « Peut impliquer une gastrorraphie »;
- identifier les tissus inclus dans une excision radicale, par exemple : « La résection en bloc de l'œsophage touche les tissus adjacents tels que : les artères, les veines, la plèvre, le diaphragme, le péricarde et les ganglions lymphatiques régionaux. »;

- contribuer à l'exactitude des codes attribués, par exemple : « Lorsque la laparoscopie ou la thoracoscopie initiale est pratiquée en vue d'une exploration, et que la résection est alors effectuée via une incision ouverte, utilisez le code de l'approche ouverte »; et
- présenter des définitions ou des descriptions aux fins de sélection des codes, par exemple : « Le shunt de Blalock-Taussig classique est pratiqué à l'aide de tissu autologue. Il est "modifié" lorsqu'un matériau synthétique est utilisé. »

Ne pas utiliser

Les directives *Ne pas utiliser* figurent au niveau de la rubrique ou du code dans la CCI. Elles indiquent au codificateur que le code en question n'est **pas** requis dans les circonstances précisées.



Remarque importante

Il est obligatoire de se conformer aux directives de ne pas utiliser un code dans les circonstances énoncées.

Les directives *Ne pas utiliser* peuvent

- indiquer au codificateur que l'intervention à laquelle se rapporte la directive d'omission consiste en l'**approche opératoire**. Par exemple, à la rubrique 1.EA.87.^[^] *Excision partielle, crâne*, la directive « Ne pas utiliser : lorsque la craniectomie constitue l'approche opératoire (d'accès) au tissu intracrânien » signifie qu'il ne faut pas utiliser un code de cette rubrique lorsqu'une craniectomie est utilisée comme approche opératoire (aux fins d'accès) pour une intervention visant le tissu intracrânien;
- avertir le codificateur que l'intervention à laquelle se rapporte la directive *Ne pas utiliser* est considérée comme faisant **partie intégrante d'une intervention plus complexe**. Par exemple, à la rubrique 1.GX.80.^[^] *Réparation, diaphragme*, la directive « Ne pas utiliser : lorsqu'elle est réalisée en même temps qu'une réparation de l'œsophage (voir 1.NA.80.^[^]) » signifie qu'il ne faut pas utiliser un code de la rubrique 1.GX.80.^[^] lorsqu'une intervention de la rubrique 1.NA.80.^[^] est réalisée simultanément. Autrement dit, dans ces circonstances, la réparation du diaphragme est comprise dans la réparation de l'œsophage;
- signaler au codificateur qu'un code **n'est aucunement requis**. Par exemple, à la rubrique 1.HB.54.^[^] *Gestion d'un appareil interne, épiscarde*, la directive « Ne pas utiliser : remise en place d'un générateur d'impulsions transveineux temporaire » signifie que lorsque le générateur d'impulsions transveineux est temporaire (et non permanent), un code de remise en place n'est pas saisi.

Codifier toutes les interventions qui s'appliquent

À la section 5 de la CCI, intitulée Interventions obstétricales et fœtales, la directive *Codifier toutes les interventions qui s'appliquent* (ou une variante) figure à certaines rubriques.

Exemple : Selon les instructions fournies à la rubrique 5.PC.91.^[^] *Interventions sur l'utérus (après l'accouchement ou un avortement)*, il faut « codifier toutes les interventions qui s'appliquent ». Si, après l'accouchement, un retrait manuel du placenta et un paquetage utérin sont tous deux effectués sur la patiente, 5.PC.91.HN et 5.PC.91.HT sont saisis. Comme le numéro d'intervention générique de ces codes est supérieur à 40, ces deux codes doivent être saisis.

5.PC.91.^[^] Interventions sur l'utérus (après l'accouchement ou un avortement)

À l'exclusion de : Contrôle d'une hémorragie du post-partum par embolisation des vaisseaux pelviens (voir 1.RM.13.^[^])

Contrôle d'une hémorragie du post-partum par ligature des vaisseaux pelviens (voir 1.KT.51.^[^])

Retrait d'un œuf clair (voir 5.CA.89.^[^])

Note : Codifier toutes les interventions qui s'appliquent.

5.PC.91.GA dilatation et curetage

5.PC.91.GC aspiration et curetage

5.PC.91.GD dilatation et évacuation [D&E]

Comprend : suppression de rétention d'un fœtus mort in utero avec forceps (chirurgicaux)

5.PC.91.HN retrait manuel du placenta de l'utérus (par exemple, manœuvre de Brandt Andrews)

Ne pas utiliser : Lorsque seulement une traction délicate est effectuée sur le placenta par le vagin

5.PC.91.HP correction manuelle de l'utérus inversé

5.PC.91.HQ correction chirurgicale de l'utérus inversé

5.PC.91.HR exploration manuelle de la cavité utérine

5.PC.91.HT paquetage utérin (et vaginal)

Comprend : avec ou sans cerclage cervical (temporaire) pour rétention d'un paquetage

Tamponnement (pour contrôle d'hémorragie postpartum)

5.PC.91.HU compression et massage bimanuels

Comprend : Contrôle non chirurgical d'une hémorragie du post-partum

5.PC.91.HV compression par ballonnet intrautérin

Comprend : pour le contrôle d'une hémorragie postpartum

5.PC.91.LA suture de l'utérus

Comprend : Suture B-Lynch (pour une hémorragie postpartum)



Remarque importante

En présence d'une directive *Codifier toutes les interventions qui s'appliquent*, l'attribution d'un ou de plusieurs codes de la rubrique en question n'est exigée que s'il s'agit de codes obligatoires en vertu des normes de codification (c.-à-d. *Sélection des interventions à codifier pour les soins ambulatoires (urgence, clinique et visites en chirurgie d'un jour)* ou *Sélection des interventions à codifier pour les soins de courte durée aux patients hospitalisés*). Autrement, le ou les codes sont saisis uniquement si l'établissement qui recueille les données le juge nécessaire.



Avertissement

Les directives *Codifier toutes les interventions qui s'appliquent* dans la CCI ne couvrent pas toutes les circonstances possibles où plus d'un code de la même rubrique peut être attribué. Bien que l'attribution de plus d'un code de la même rubrique soit une pratique fortement limitée, elle est appropriée dans certaines circonstances. Consultez la section 3.3, intitulée *Circonstances d'attribution de codes d'intervention multiples*, pour en savoir davantage à ce sujet.

Conventions de codification

Les conventions sont des méthodes présentées sous forme de symboles ou des mots, qui visent à transmettre une signification ou à assurer la conformité à un style de façon systématique. Les conventions de la CCI constituent généralement une autre façon (abrégée) d'indiquer ce qui est inclus (ou non). Il importe de vous familiariser avec les conventions de codification de la CCI et de les comprendre, parce qu'elles vous aident à déterminer si vous vous trouvez bien à la rubrique ou au code approprié.

Et/ou

Lorsqu'il est utilisé dans le cas de sites anatomiques, le terme « et » signifie « et/ou » dans la CCI.

Par exemple, si un code de la rubrique 1.TV.74.^[^] *Fixation, radius et cubitus* est sélectionné, la fixation peut avoir été réalisée sur le radius **et** le cubitus, sur le radius **uniquement** ou sur le cubitus **uniquement**.

Avec

Dans la CCI, le terme « avec » signifie que pour faire ce choix, les deux entités doivent s'appliquer.

Par exemple, pour sélectionner un code de la rubrique 1.CX.88.^[^] *Excision partielle avec reconstruction, paupière NCA*, une excision partielle et une reconstruction de la paupière (NCA) doivent toutes deux être pratiquées au cours du même épisode d'intervention. Voici un exemple portant sur un site anatomique (comparativement à une intervention) : 1.EF.73.^[^] *Réduction, maxillaire avec mandibule*. Le maxillaire (mâchoire supérieure) et la mandibule (mâchoire inférieure) doivent tous deux être réduits au cours du même épisode d'intervention pour qu'un code de cette rubrique puisse être sélectionné.

Parenthèses

Dans la CCI, les parenthèses () délimitent des **termes supplémentaires** qui modifient la description de la rubrique ou du code sans influencer sur le choix du code. Autrement dit, ces termes constituent des modificateurs non essentiels, qui peuvent être présents ou non dans la description de l'intervention.

Par exemple, à la rubrique 1.RF.51.^[^] *Occlusion, trompe de Fallope*, les termes « et division » et « en vue de la stérilisation » sont entre parenthèses dans « Comprend : Ligature (et division), trompe de Fallope (en vue de la stérilisation) ». Il faut donc comprendre qu'il s'agit de la rubrique appropriée pour un cas de ligature d'une trompe de Fallope, avec ou sans division, en vue de la stérilisation ou à d'autres fins.

Les parenthèses servent également à présenter des **exemples** et à **indiquer la rubrique** (hyperlien) à laquelle une exclusion fait référence.

Ainsi, à l'entrée 1.OT.53.LA-TS *Implantation d'un appareil interne, cavité abdominale, cathéter (dialyse péritonéale), approche ouverte (laparotomie)*, les termes « dialyse péritonéale » et « laparotomie » sont présentés entre parenthèses en guise d'exemple de cathéter de dialyse et de type d'approche ouverte qui seraient classés à cet endroit. Il s'agit d'un exemple uniquement qui n'exclut **pas** l'utilisation de ce code lorsque l'implantation d'un autre type de cathéter interne ainsi qu'une approche ouverte différente sont classés de façon appropriée sous 1.OT.53.LA-TS.



Remarque importante

Les termes entre parenthèses constituent des exemples uniquement. Ils ne sont en aucun cas exhaustifs. Le fait qu'un terme ne soit pas indiqué n'exclut pas l'utilisation de cette rubrique ou du code.

Crochets

Les crochets [] servent à insérer des **synonymes**, des **termes de remplacement** [ayant la même signification] ou des **phrases explicatives**.

Par exemple, à la rubrique 1.RB.59.^{^^} *Destruction, ovaire*, le terme « destruction du nerf » figure entre crochets dans « Comprend : Dénervation de l'ovaire [destruction du nerf] ». Les termes « dénervation » et « destruction du nerf » sont synonymes et utilisés de façon interchangeable. Peu importe le terme employé dans la documentation, les deux termes sont classés au même endroit. En revanche, dans cette même rubrique figure aussi la mention « Comprend : Perçage, ovaire ». Le perçage diffère de la destruction du nerf, mais il est également inclus à cette rubrique.



Remarque importante

Les termes entre crochets constituent des exemples uniquement. Ils ne sont en aucun cas exhaustifs. Le fait qu'un synonyme ou un terme de remplacement ne soit pas indiqué n'exclut pas l'utilisation de cette rubrique ou du code.



Remarque

Les synonymes et les termes de remplacement sont intégrés à la CCI afin que les recherches du code approprié soient le plus efficaces possible. Ils vous aident à trouver la bonne rubrique, peu importe le terme utilisé dans la documentation.

Éponymes

Les éponymes sont des noms personnels attribués à des interventions. Ils servent généralement à nommer une technique ou une intervention en l'honneur de la personne qui l'a créée ou qui a été la première à la pratiquer. Les éponymes sont présentés de différentes façons et figurent à divers endroits dans la CCI. Ils peuvent, par exemple, être entre crochets ou se trouver dans une note ou une inclusion.

Par exemple, l'*opération de Bentall* (préservation de la valve), nommée d'après le D^r Hugh Bentall, premier à l'avoir décrite en 1968, est également appelée « opération de David », d'après le chirurgien cardiovasculaire de Toronto qui l'a élaborée, le D^r Tirone David. Elle est incluse à 1.ID.87.LA-XX-N *Excision partielle, aorte NCA, approche ouverte avec matériel synthétique [par exemple, Dacron]. Comprend : Opération de Bentall (préservation de la valve), aorte ascendante; Opération de David, aorte ascendante.*



Remarque importante

La CCI contient peu d'éponymes, car elle est fondée sur le principe de l'intention générique. En fait, il est déconseillé de sélectionner un code uniquement sur la base d'un éponyme. Il est judicieux de vérifier que la description de l'intervention dans la documentation appuie le code sélectionné. En effet, il arrive qu'une procédure ou opération soit modifiée afin qu'elle soit adaptée au patient et que le code de l'intervention éponyme ne puisse plus lui être attribué parce que l'intention générique a changé.



Conseil

N'hésitez pas à confirmer le choix du code auprès des dispensateurs de soins de santé qui emploient couramment ces termes pour décrire leurs interventions.

NCA

Dans la CCI, l'abréviation NCA signifie « non classé ailleurs ». Elle alerte le codificateur qu'il pourrait y avoir un autre endroit dans la classification se rapportant plus précisément à l'intervention réalisée et au site anatomique concerné. Cette rubrique ou ce code ne devrait être utilisé que si l'autre endroit a été éliminé.

Par exemple, les interventions pratiquées sur certains sites de la peau qui ne sont pas explicitement classées ailleurs se trouvent dans le groupe 1.YZ.^.^ *Interventions thérapeutiques sur la peau NCA*. Ce groupe comprend la *peau de régions contiguës du corps NCA*, c'est-à-dire que les régions *sont* contiguës, mais qu'elles ne sont *pas classées ailleurs*. Une exclusion précise que la peau de sites contigus du visage, du cuir chevelu et du cou sont classés dans un autre groupe (1.YF.^.^ *Interventions thérapeutiques sur la peau du visage*).



Conseil

L'abréviation NCA signifie essentiellement qu'il s'agit d'un regroupement résiduel ou restant (p. ex. concernant des sites anatomiques), qu'il existe d'autres regroupements connexes plus spécifiques et que celui-ci contient tous les autres éléments spécifiques qui ne se retrouvent pas ailleurs. Les utilisateurs doivent examiner les inclusions et exclusions et se poser les questions suivantes, par exemple : Ce site anatomique est-il compris dans ce bloc ou ce groupe? Y a-t-il une rubrique ou un code plus spécifique correspondant à ce type d'intervention? Existe-t-il un appareil ou dispositif plus spécifique?



Point clé

S'il existe un regroupement plus spécifique, utilisez ce dernier et **non** le regroupement résiduel (NCA).

SAI

Dans la CCI, l'abréviation SAI signifie « sans autre indication ». Elle est utilisée lorsque les renseignements fournis dans la documentation ne suffisent pas à sélectionner un code plus spécifique dans la CCI ou que la documentation est suffisamment détaillée, mais qu'elle ne contient aucun code plus spécifique.

Par exemple, une mammoplastie sans autre indication dans la documentation est classée sous la rubrique 1.YM.79.^.^ *Réparation d'augmentation, sein*. Si la documentation précise qu'une mammoplastie a été pratiquée et qu'aucune autre indication ne justifie de la classer ailleurs, elle est par défaut classée sous 1.YM.79.^.^ . Ici encore, le codificateur doit passer en revue les inclusions et les exclusions afin de s'assurer qu'il s'agit du regroupement approprié.

Par exemple, si l'intervention réalisée est une mammoplastie avec mastectomie concomitante, il existe une exclusion à la rubrique 1.YM.79.^.^ à cette fin [*À l'exclusion de : Mastectomie avec mammoplastie concomitante (voir 1.YM.88.^.^, 1.YM.90.^.^, 1.YM.92.^.^)*]; la mammoplastie doit être classée sous une autre rubrique.

Signes d'insertion (^.)

Dans la CCI, les signes d'insertion (^.) sont utilisés afin d'indiquer que d'autres caractères sont nécessaires pour compléter le code. Le code n'est donc pas complet tant que des caractères additionnels relatifs à un ou à plusieurs qualificatifs ne sont pas ajoutés.

Par exemple le code 2.GT.^.^.^ *Interventions diagnostiques sur le poumon NCA* n'est pas complet. Il s'agit d'un groupe, auquel doivent être ajoutés le type d'intervention et au moins un qualificatif. Le code 2.GT.71.^.^ *Biopsie, poumon NCA* est également incomplet. Il s'agit d'une rubrique, où figurent différents codes complets pour une sélection en fonction du type d'approche utilisée pour réaliser la biopsie.



Conseil

Les signes d'insertion désignent le nombre minimal de caractères que doit compter tout code de la CCI. Ils ne désignent pas le nombre de caractères à fournir pour compléter le code d'une intervention donnée.



Remarque

Même si elles sont incomplètes, les séries de caractères peuvent se révéler utiles pour la production de données agrégées, par exemple pour savoir combien d'interventions diagnostiques ont été pratiquées sur le poumon ou combien de biopsies du poumon ont été réalisées. Il s'agit de faire la synthèse au niveau de la rubrique ou du groupe de la classification.

Questionnaire d'évaluation

Répondez aux questions ci-dessous, puis vérifiez vos réponses à l'annexe A. Nous vous conseillons de passer en revue cette section chaque fois que vous avez donné une réponse incorrecte à une question.

Question 1

Lisez l'énoncé suivant et choisissez V pour « vrai » ou F pour « faux ».

V **F** Dans le code 1.PC.85.LA-XX-J, le deuxième champ (PC) représente le groupe du site anatomique de l'intervention.

Question 2

Lisez l'énoncé suivant et choisissez V pour « vrai » ou F pour « faux ».

V **F** Pour être complet, un code de la CCI doit comporter un attribut.

Question 3

Lisez l'énoncé suivant et choisissez V pour « vrai » ou F pour « faux ».

V **F** La rubrique 1.RM.26.^[^] *Brachythérapie, utérus et structures environnantes* comprend la brachythérapie pratiquée exclusivement sur l'utérus et ses structures environnantes.

Question 4

Choisissez tous les énoncés qui s'appliquent.

La rubrique 1.RM.87.^[^] *Excision partielle, utérus et structures environnantes* contient l'inclusion suivante : Endométrectomie (avec dilatation). En vous fiant à la façon dont celle-ci est présentée, sélectionnez les interventions ci-dessous comprises dans cette rubrique :

- Endométrectomie uniquement
- Endométrectomie avec dilatation
- Endométrectomie sans dilatation

Question 5

Choisissez la bonne réponse.

La rubrique 1.BB.55.^[^] *Retrait d'un appareil, nerfs de la tête et du cou* contient les inclusions et exclusions suivantes :

1.BB.55.^[^] **Retrait d'un appareil, nerfs de la tête et du cou**

Comprend : Retrait d'électrodes (de pacemaker), nerf vague
Retrait d'un neurostimulateur implanté à l'extérieur du crâne, tête et cou

À l'exclusion de : Retrait d'un générateur d'impulsions/pile, neurostimulateur (voir 1.YY.55.^[^])
Retrait d'un neurostimulateur implanté à l'intérieur du crâne, tête (voir 1.BA.55.^[^])

En vous fiant au titre de la rubrique (*Retrait d'un appareil, nerfs de la tête et du cou*) et aux inclusions et exclusions, lequel des énoncés suivants est **vrai** en ce qui concerne ce qui est inclus à cette rubrique?

Le retrait d'un neurostimulateur implanté à l'extérieur et à l'intérieur du crâne (tête) fait partie de cette rubrique.

Le retrait d'un appareil concernant tous les nerfs de la tête et du cou fait partie de cette rubrique.

Le retrait d'électrodes d'un stimulateur (pacemaker) du nerf vague fait partie de cette rubrique.

Section 2.2 : Utiliser Folio Views

Introduction

La CCI est présentée en version électronique dans le logiciel Folio Views (infobase), ce qui permet notamment d'accélérer et de faciliter les recherches de codes. Cette section explique essentiellement comment trouver un code à l'aide de cet outil.

Effectuer des recherches à l'aide de Folio Views

Icônes de requête

La principale méthode de recherche d'un code est l'utilisation des quatre icônes de requête (sous forme de jumelles) situées dans la partie inférieure gauche de l'écran dans Folio Views.

Icône	Description
	Requête avancée
	1 — Requête de la table analytique
	2 — Requête de l'index alphabétique
	3 — Requête du tableau des agents

La fonction de **requête avancée** est représentée par la première icône de jumelles de grande taille, non numérotée. Il est également possible d'accéder à cette fonction à l'aide de la touche **F2**. La requête avancée permet de rechercher le ou les termes entrés (p. ex. « réparation peau bras ») **à la fois** dans la table analytique et dans l'index alphabétique (d'abord dans la table, puis dans l'index).

La fonction de **requête de la table analytique** est représentée par les jumelles portant le chiffre **1**. Il est également possible d'accéder à cette fonction à l'aide des touches **Ctrl + 1**. Elle permet de rechercher le ou les termes entrés dans toute la **table analytique uniquement**. La fonction permet également de faire une recherche dans les directives de codification (inclusions, exclusions, à codifier aussi, notes et ne pas utiliser); toutefois, il n'est possible de consulter qu'une seule directive à la fois.

La fonction de **requête de l'index alphabétique** est représentée par les jumelles portant le chiffre **2**. Il est également possible d'accéder à cette fonction à l'aide des touches **Ctrl + 2**. Elle permet de rechercher le ou les termes entrés dans **l'index alphabétique uniquement**.

La fonction de **requête du tableau des agents** est représentée par les jumelles portant le chiffre **3**. Il est également possible d'accéder à cette fonction à l'aide des touches **Ctrl + 3**. Elle permet de rechercher le ou les termes entrés (p. ex. « ampicilline ») dans **l'annexe D** — Agents pharmacologiques, biologiques et autres : Tableau des conversions des composants de code de la CCI en code ATC.



Remarque importante

Contrairement à la CIM-10-CA, la CCI contient autant d'entrées ou plus dans la table analytique que dans l'index alphabétique. Les recherches dans la CCI devraient donc d'abord être effectuées dans la table analytique (tandis que dans la CIM-10-CA, c'est l'index alphabétique qui est interrogé en premier).

Dans la CCI, les recherches se font d'abord dans la table analytique avec les fonctions de **requête avancée** ou de **requête de la table analytique**.

Limiter la recherche

La clé d'une recherche efficace de codes dans la classification réside dans la détermination du ou des termes de recherche les plus appropriés. Pour ce faire, il faut bien connaître et comprendre la CCI en général, ainsi que les définitions des interventions et tout particulièrement le concept d'**intention générique**.

Remarque : L'intention générique et les définitions des interventions sont explorées plus longuement à la section 3.3 : Intention générique (interventions génériques).

Idéalement, lors de la recherche d'un terme, il est préférable d'obtenir moins de cinq résultats (un résultat constitue un enregistrement [endroit] qui contient le ou les termes voulus). Afin de raffiner ou limiter la recherche, entrez un terme pilote et deux ou trois sous-termes seulement. Plus les termes entrés sont précis et se rapprochent de ceux de la classification, plus la recherche sera fructueuse. Par exemple, une recherche dans le premier champ (Requête pour) des termes *excision intestin* à l'aide de la fonction de requête de la table analytique donne **18** résultats, *excision gros intestin* donne **9** résultats et *excision partielle gros intestin* donne **4** résultats.

Navigation

Il existe différentes façons de se déplacer dans Folio Views (infobase).

Icônes de Folio Views

Icône	Action	Icône	Action
	Passer à la partition précédente contenant le résultat de la requête		Passer à la partition suivante contenant le résultat de la requête
	Passer au résultat précédent de la requête dans la fenêtre du document		Passer au résultat suivant de la requête dans la fenêtre du document
	Revenir depuis un lien		Avancer à partir d'un lien
	Afficher l'historique		Aller à (passer à un code précis)

- i) Utilisez l'icône **Partition suivante** (petite flèche double pointant vers la droite) ou la touche **F5** pour aller à la **rubrique suivante** contenant l'un des termes de recherche. Cette fonction passe directement d'une rubrique à l'autre, sans s'arrêter à chaque occurrence des termes de recherche se trouvant à même la rubrique. Utilisez l'icône **Partition précédente** (petite flèche double pointant vers la gauche) ou les touches **Maj + F5** pour revenir à la rubrique précédente.

Utilisez l'icône **Résultat suivant** (grosse flèche double pointant vers la droite) ou la touche **F4** pour aller à l'**endroit suivant** où figurent le ou les termes de recherche. Cette fonction s'arrête à chaque ligne d'une rubrique contenant un terme de recherche, puis passe à la rubrique suivante, ligne par ligne. Utilisez l'icône **Résultat précédent** (grosse flèche double pointant vers la gauche) ou les touches **Maj + F4** pour revenir à l'endroit précédent où figurent le ou les termes.

- ii) Utilisez l'icône **Retour** (grosse flèche simple pointant vers la gauche) ou la touche **F6** pour revenir là où l'action précédente vous a mené, et l'icône **En avant** (grosse flèche simple pointant vers la droite) ou les touches **Maj + F6** pour vous rendre là où l'action subséquente vous a mené.
- iii) Utilisez l'icône **Afficher l'historique** (ressemble à des traces de pas) pour visualiser la liste des recherches effectuées durant la session en cours et consulter l'une des recherches antérieures. **Remarque** : L'historique s'efface lorsque vous quittez la classification.
- iv) Lorsque vous savez déjà où vous voulez vous rendre dans la table analytique, utilisez la boîte **Aller à** (flèche verte articulée) ou les touches **Ctrl + G** pour vous rendre directement à l'endroit voulu.

Par exemple, en entrant « 1QT » dans la boîte de dialogue **Aller à**, puis en cliquant sur le bouton **Aller à**, vous arriverez directement au début des interventions thérapeutiques (1) pratiquées sur la prostate (QT). Si vous entrez « 1QT26 », vous parviendrez directement à la rubrique concernant la brachythérapie (26) de la prostate.



Conseil

Il n'est pas nécessaire d'utiliser des signes de ponctuation dans la fonction **Aller à**. Par exemple, en saisissant « 1OT80LA », vous irez directement au code 1.OT.80.LA.

- v) L'infobase peut également être interrogée au moyen du **Sommaire** (situé dans l'onglet Sommaire dans Folio Views). Le sommaire peut être développé ou réduit à l'aide des symboles **+** (plus) ou **-** (moins), respectivement. Il est possible d'accéder à l'endroit voulu dans la CCI à partir du sommaire en double-cliquant sur n'importe quelle ligne, car chacune d'elle est un hyperlien qui mène à la section en question dans la CCI.

Par exemple, double-cliquer sur **1.EB.74.^** *Fixation, apophyse zygomatique* dans la liste développée de la section 1 — Interventions thérapeutiques physiques et physiologiques, la liste étendue de la Table analytique des interventions thérapeutiques, la liste étendue des Interventions thérapeutiques sur le tissu musculo-squelettique de la tête, des fosses nasales et des sinus (1EA-1EY), et la liste étendue des Interventions thérapeutiques sur l'apophyse zygomatique vous mèneront à la rubrique **1.EB.74.^** dans la table analytique.

Orthographe des termes

Le genre grammatical, soit le féminin ou le masculin, peut représenter une difficulté selon les termes recherchés. Par exemple, greffe *cutanée* et lambeau *cutané*. La même règle s'applique pour des termes au singulier ou au pluriel. Autant que possible, la forme au singulier est privilégiée. Cependant, il arrive que des termes doivent être inscrits au pluriel selon le cas. Ce sont donc différentes possibilités qui doivent être considérées lors de la recherche de termes dans la classification.



Conseil

Si vous n'êtes pas certain de l'orthographe employée dans la classification, remplacez par un astérisque (*), soit le caractère de remplacement, la partie du terme recherché dont vous n'êtes pas sûr. Le moteur de recherche trouvera toutes les occurrences du terme dans la classification, peu importe la façon dont il est orthographié. Par exemple, une recherche du terme « vésical* » trouvera les occurrences de « vésical » et de « vésicale ».

L'astérisque peut également servir à trouver toutes les terminaisons possibles d'un terme. Par exemple, une recherche avec « ajust* » donnera les résultats « ajustable » et « ajustement ».

Les termes comportant un **trait d'union** représentent également une difficulté de taille pour l'outil de recherche Folio, car celui-ci est considéré comme un signe booléen. Pour pallier cette difficulté, les mots comportant un trait d'union sont inscrits sans le trait d'union dans l'index alphabétique. En ce qui concerne les termes inscrits dans la table analytique, ceux-ci devraient comporter un trait d'union. En utilisant les fonctions « requête de la table analytique » ou « requête avancée », l'utilisateur doit saisir le terme avec le trait d'union. Si la recherche est infructueuse, vous pouvez essayer de nouveau en omettant le trait d'union. La **liste déroulante** située dans la partie supérieure gauche de la boîte de dialogue peut également se révéler utile pour trouver un terme. Surveillez les termes de la CCI qui défilent à mesure que vous saisissez des lettres dans la boîte de dialogue. Par exemple, en entrant les lettres f-i-x, les termes « fixateur », « fixation », « fixe », « fixé », « fixée », « fixées » et « fixer » apparaissent. Vous pouvez sélectionner le terme

voulu à partir de cette liste au lieu de le taper en entier. Il est à noter aussi que les termes que contient la liste déroulante correspondent aux seules désinences de ce terme dans la CCI.

Caractères génériques

Un caractère générique est un caractère de remplacement dont la valeur varie. Dans la CCI, l'astérisque peut remplacer une partie du terme ou du code recherché afin de trouver toutes les valeurs possibles.

L'emploi de l'astérisque pour la recherche de termes est décrit à la section 2.2 : Orthographe des termes. La présente section traite de son utilisation pour la recherche de codes.

À des fins de déclaration, un utilisateur pourrait vouloir trouver tous les pontages réalisés dans une région sanitaire pendant une période donnée. En entrant « 1.**.76 » dans la boîte de dialogue de la fonction de requête avancée, il obtiendra rapidement toutes les rubriques relatives au pontage (intervention générique 76) pratiqué sur tous les sites anatomiques (correspondant à ** dans le champ du site anatomique). À partir de cette recherche, les rubriques ou les codes pertinents peuvent être sélectionnés et les statistiques, extraites et déclarées.



Conseil

Souvenez-vous de ceci lorsque vous effectuez une recherche à l'aide de caractères génériques pour remplacer un ou plusieurs champs dans un code de la CCI :

- 1) La ponctuation correcte doit être respectée.
 - 2) La majorité des recherches effectuées à l'aide de caractères génériques ne peuvent dépasser le septième caractère (qualificateur 1), par exemple 1.**.**.LA.
 - 3) Un caractère générique peut être constitué d'un astérisque simple ou double; par exemple 1*.76 et 1**.76 donnent les mêmes résultats.
-

Questionnaire d'évaluation

Répondez aux questions ci-dessous, puis vérifiez vos réponses à l'annexe A. Nous vous conseillons de passer en revue cette section chaque fois que vous avez donné une réponse incorrecte à une question.

Question 1

Lisez l'énoncé suivant et choisissez V pour « vrai » ou F pour « faux ».

- V** **F** Pour chercher un terme dans la CCI à l'aide de Folio Views, il est préférable d'interroger d'abord la table analytique, puisqu'elle contient davantage d'entrées que l'index alphabétique.

Question 2

Lisez l'énoncé suivant et choisissez V pour « vrai » ou F pour « faux ».

- V** **F** L'icône **Résultat suivant** (grosse flèche double pointant vers l'avant) permet de passer d'une rubrique contenant l'un des termes de recherche à l'autre, sans s'arrêter aux occurrences du ou des termes figurant à même la rubrique.

Question 3

Lisez l'énoncé suivant et choisissez V pour « vrai » ou F pour « faux ».

- V** **F** Si vous connaissez le code à attribuer ou une partie de celui-ci, il suffit d'entrer les caractères du code, sans ponctuation, dans la boîte de dialogue de la fonction **Aller à** (flèche verte à angle droit) pour y parvenir directement.

Question 4

Lisez l'énoncé suivant et choisissez V pour « vrai » ou F pour « faux ».

- V** **F** La recherche de **1.AN.**** à l'aide de la fonction de **requête avancée** trouvera toutes les rubriques concernant les interventions thérapeutiques pratiquées sur le cerveau. *Indice* : Le qualificateur du groupe anatomique « cerveau » est AN.

Chapitre 3 : Utilisation de la CCI — champ par champ

Aperçu du chapitre

Ce chapitre traite séparément de chacune des composantes des codes de la CCI (champs) présentés au chapitre 2. Il vous sera ainsi possible de les examiner plus en profondeur et d'explorer certains problèmes qui y sont liés. De même, vous serez invité à évaluer vos connaissances tout au long du module.

Le chapitre 3 est composé des sections suivantes :

- Section 3.1 : Champ 1 — section
- Section 3.2 : Champ 2 — site anatomique (groupe)
- Section 3.3 : Champ 3 — intervention
- Section 3.4 : Champ 4 — qualificateur 1 : approche ou technique
- Section 3.5 : Champ 5 — qualificateur 2 : agent ou dispositif
- Section 3.6 : Champ 6 — qualificateur 3 : tissu
- Section 3.7 : Attributs

Section 3.1 : Champ 1 — section

Introduction

La table analytique est composée de sept sections fondées sur la nature des interventions qu'elles contiennent. Le numéro de la section, qui consiste en un caractère numérique, constitue le premier champ d'un code de la CCI. Par exemple :

1.YG.80.JA-XX-P Réparation, peau du cou, utilisation de tissu cultivé

Habituellement, les utilisateurs n'ont pas à déterminer expressément la section appropriée de la CCI lors de l'attribution d'un code : en suivant les étapes de recherche d'un code, ils arriveront à la section pertinente. Ils doivent toutefois connaître suffisamment bien la structure globale des sections pour **confirmer** que le code sélectionné appartient à la section appropriée et **appliquer** correctement les normes de codification aux sections données.

Aperçu

Les sept sections de la CCI sont les suivantes :

- **Section 1** — Interventions thérapeutiques physiques et physiologiques
- **Section 2** — Interventions diagnostiques
- **Section 3** — Interventions d'imagerie diagnostique
- **Section 5** — Interventions obstétricales et fœtales
- **Section 6** — Interventions diagnostiques et thérapeutiques cognitives, psychosociales et sensorielles
- **Section 7** — Autres interventions des soins de santé
- **Section 8** — Interventions thérapeutiques renforçant le système immunitaire et/ou la composition génétique

La différence entre les sections repose sur la nature des interventions que chacune contient : certaines interventions visent à traiter une maladie (section 1); d'autres à diagnostiquer le problème devant être traité (sections 2 et 3); d'autres encore sont propres aux soins prodigués durant la grossesse et l'accouchement (section 5); certaines interventions touchent le corps et l'esprit dans leur ensemble (section 6); certaines sont des interventions de soutien (section 7); et enfin, d'autres visent à protéger contre les maladies (section 8).

La CCI est fondée entre autres sur le principe de la neutralité par rapport au dispensateur de services et au milieu de soins. Elle a été élaborée de façon à ce que les modes de pratique ne soient pas reflétés dans la structure du code. Par conséquent, tous les codes de chaque section sont applicables à n'importe quel dispensateur de soins pratiquant l'intervention (p. ex. un médecin, une infirmière ou un inhalothérapeute) et à n'importe quel milieu (p. ex. une salle d'opération, un service d'urgence, une clinique, un cabinet de médecin ou même le domicile du patient).



Ressources supplémentaires

À partir du sommaire de la CCI, cliquez sur *Intervention médicale — Définition* sous *Présentation de la CCI* pour consulter les définitions des interventions (c.-à-d. interventions thérapeutiques, diagnostiques, obstétricales et fœtales et autres interventions). Les renseignements sur la structure des codes de la CCI se trouvent à l'annexe A — Structure du code de la CCI (y compris l'arbre de décision de la CCI pour la répartition des interventions dans les différentes sections).

Critères d'attribution des codes (éléments obligatoires et facultatifs)

Les normes de codification *Sélection des interventions à codifier pour les soins ambulatoires* et *Sélection des interventions à codifier pour les soins de courte durée aux patients hospitalisés* indiquent les interventions qu'il est obligatoire de saisir régulièrement à l'échelle nationale pour les soins ambulatoires et les soins de courte durée aux patients hospitalisés. Les interventions qui doivent être codifiées dépendent de la section de la CCI : des critères déterminés sont précisés dans les normes de codification pour les sections 1, 2, 3 et 5. Ces critères sont basés sur plusieurs facteurs, incluant la hiérarchie de codes (numéro d'intervention) à l'intérieur d'une section; le lieu d'intervention (l'endroit où l'intervention est pratiquée) et l'approche opératoire (méthode d'accès au site d'opération). Une liste de codes obligatoires supplémentaires a été établie en fonction de l'impact général de certains types d'intervention.

Outre les critères nationaux obligatoires (indiqués dans les normes de codification susmentionnées), les établissements ou les provinces et territoires peuvent aussi imposer la saisie systématique d'autres codes de la CCI afin de répondre à leurs propres besoins en matière de déclaration de données. Le cas échéant, les établissements sont encouragés à consigner ces exigences et à les rendre facilement accessibles aux codificateurs et aux autres utilisateurs de la CCI.



Avertissement

Nous recommandons aux codificateurs de ne pas saisir les codes de la CCI qui ne font pas partie des critères obligatoires ou des critères propres aux établissements. En effet, l'incohérence des méthodes de codification donne lieu à des données inutilisables.

Interventions thérapeutiques et interventions diagnostiques

Définition de la CCI : intervention thérapeutique

Service apporté pour ou dans l'intérêt du patient, dont l'objectif principal est d'améliorer la santé, de modifier l'évolution d'une maladie ou d'un état de santé, ou de favoriser le bien-être. Bien qu'une intervention thérapeutique puisse contenir un composant diagnostique, l'intention première de l'intervention est de soulager ou de traiter la maladie ou l'état de santé sous-jacent.

Définition de la CCI : intervention diagnostique

Service apporté pour ou dans l'intérêt du patient, dont l'objectif principal est d'évaluer la présence, l'absence ou l'état d'évolution d'un processus morbide ou d'un état de santé.

De façon générale, lorsqu'une intervention diagnostique de la section 2 est pratiquée en même temps qu'une intervention thérapeutique de la section 1 **et sur le même site anatomique**, l'intervention thérapeutique prime. La codification de cette dernière est **obligatoire**, tandis que la codification de l'intervention diagnostique est facultative.

Exemple : Un patient est admis pour une cystoscopie de suivi six mois après l'excision d'une lésion de la vessie. Lors de la cystoscopie, le médecin remarque une lésion suspecte, fait une biopsie puis pratique une fulguration de la lésion à l'aide d'un laser.

1.PM.59.BA-AG Destruction, vessie, approche endoscopique par voie naturelle, utilisation d'un laser

Explication : Dans ce scénario, le seul code obligatoire de la CCI est l'intervention thérapeutique, soit la fulguration (destruction) de la lésion. La cystoscopie (l'inspection) et la biopsie constituent toutes deux des interventions diagnostiques qui ont mené à l'intervention thérapeutique. Lorsque le médecin demande au patient de revenir pour un suivi, son intention est d'examiner la vessie et, selon les résultats de l'examen, de pratiquer d'autres interventions. Dans cet exemple, une lésion est détectée, d'où la décision de pratiquer une biopsie puis une fulguration (destruction ou suppression) de la lésion. Si l'intervention thérapeutique (destruction) est effectuée au cours du même épisode d'intervention que la cystoscopie et la biopsie, la destruction est la seule intervention du continuum qu'il importe de codifier. Les codes relatifs à la cystoscopie et à la biopsie, le cas échéant, sont facultatifs. Ils ne doivent être consignés que si l'établissement l'exige.



Conseil

Une endoscopie peut être soit pratiquée expressément à des fins d'inspection (« admis pour une cystoscopie »), laquelle peut mener à une intervention thérapeutique, soit utilisée comme approche opératoire, laquelle suppose toujours également une inspection (« admis pour une bursectomie arthroscopique du genou droit »). Lorsqu'une endoscopie est réalisée à des fins d'inspection et donne lieu à une intervention thérapeutique, l'endoscopie devient alors l'approche opératoire (qualificateur 1) de cette dernière.

Il n'est pas nécessaire de lui attribuer un code distinct. Lorsqu'une approche endoscopique est prévue, mais qu'on doit lui substituer une approche ouverte, le code de l'intervention thérapeutique reflète alors une approche ouverte et l'attribut « converti »

(conversion d'une approche endoscopique en approche ouverte) est sélectionné.

Il n'est pas nécessaire d'attribuer un code distinct à l'endoscopie dans ces circonstances.

Exceptions

- i) Il arrive que l'intervention diagnostique réalisée parallèlement à l'intervention thérapeutique soit pertinente; il est donc **obligatoire de les codifier séparément**. À l'heure actuelle, cette exigence s'applique dans deux circonstances :
1. Une intervention thérapeutique effectuée au cours d'une sigmoïdoscopie ou d'une coloscopie
Dans ce cas, il est obligatoire de codifier également l'intervention diagnostique
2.NM.70.BA^^ *Inspection, gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement...)*.
 2. Une intervention thérapeutique et une biopsie des ganglions sentinelles
Dans ce cas, il est obligatoire de codifier également l'intervention diagnostique
2.M^.71.^^ *Biopsie, ganglion(s) lymphatique(s), tout site, avec l'attribut d'étendue SN*.
- ii) Il peut arriver que l'attribut *converti*, indiquant que l'approche endoscopique prévue a dû être remplacée par une approche ouverte, ne soit pas disponible. Dans ce cas, l'intervention diagnostique peut également être saisie afin d'en rendre compte.

Exemple : Une patiente a été admise pour une suspension de l'utérus par laparoscopie, qui a été convertie en approche ouverte après que l'approche endoscopique n'eut pas donné les résultats escomptés.

- 1.RM.74.LA Fixation, utérus et structures environnantes, approche ouverte
2.RM.70.DA Inspection, utérus et structures environnantes, approche endoscopique (laparoscopie) [facultatif]

Explication : L'attribut *converti* n'est pas disponible sous la rubrique 1.RM.74.^^. Un code peut également être attribué à la laparoscopie pour indiquer que la première approche tentée était endoscopique.



Autres ressources

Pour de plus amples renseignements, consultez les normes de codification *Interventions diagnostiques et thérapeutiques combinées*, *Biopsie des ganglions sentinelles* et *Interventions endoscopiques*.

Interventions de la section 5

Définition de la CCI : intervention obstétricale et fœtale

Service apporté pour ou dans l'intérêt d'une femme enceinte, et qui concerne uniquement la grossesse ou le fœtus. Les interventions pratiquées au cours de la grossesse touchant à la fois la mère et le(s) fœtus ont été traitées séparément des autres interventions diagnostiques et thérapeutiques.

La section 5 — Interventions obstétricales et fœtales consiste essentiellement en des interventions pratiquées exclusivement sur des patientes en obstétrique ou sur le ou les fœtus qu'elles portent (c.-à-d. les interventions propres à l'obstétrique). Cette section est divisée en différentes catégories d'interventions : celles réalisées avant l'accouchement (antepartum), celles pratiquées au cours du travail et de l'accouchement (intrapartum), celles réalisées après l'accouchement (postpartum) et, enfin, celles pratiquées directement sur le fœtus.

Certaines interventions de la section 5, comme la dilatation et le curetage, ne sont pas exclusives à l'obstétrique. Les codes relatifs à ces interventions se trouvent à la fois dans les sections 1 et 5. Les codes de la section 5 sont utilisés lorsque les interventions sont effectuées au cours de l'expérience obstétricale ou immédiatement après (avortement ou accouchement). Cette pratique facilite la déclaration de toutes les interventions obstétricales pertinentes.

Exemple : La rubrique 1.RM.87.^ Excision partielle, utérus et structures environnantes comprend la dilatation et le curetage de l'utérus. À cette rubrique, les exclusions ci-dessous mènent à une rubrique de la section 5 si la dilatation et le curetage sont effectués au cours de l'expérience obstétricale ou après celle-ci.

À l'exclusion de : Dilatation et curetage après l'accouchement (voir 5.PC.91.^)
 Dilatation et curetage en vue de l'interruption d'une grossesse (voir 5.CA.89.^)
 en vue de l'interruption d'une grossesse (voir 5.CA.89.^)

Attribuer des codes d'autres sections à des cas d'obstétrique

Lorsqu'une intervention non obstétricale est pratiquée sur une patiente en obstétrique pour un problème qui n'est pas exclusif à la grossesse ou au fœtus, un code d'une section autre que la section 5 de la CCI est alors sélectionné. La section à laquelle appartient le code choisi dépend de la nature de l'intervention réalisée (p. ex. intervention thérapeutique ou d'imagerie diagnostique).

Exemple : On diagnostique une appendicite aiguë chez une patiente à 28 semaines de grossesse. Une appendicectomie par laparoscopie est réalisée.

1.NV.89.DA Excision totale, appendice, approche endoscopique [laparoscopie]

Interventions sur les nouveau-nés

Après l'accouchement, les interventions pratiquées sur le nouveau-né (patient néonatal) sont sélectionnées à partir d'une section autre que la section 5 de la CCI. La section à laquelle appartient le code choisi dépend de la nature de l'intervention réalisée (p. ex. intervention thérapeutique ou d'imagerie diagnostique). Les interventions de la section 5 comprennent celles réalisées sur le fœtus, mais pas celles pratiquées sur le nouveau-né, à l'exception des cas suivants :

- 5.MD.11.^ ^ Échantillonnage de sang du cordon
- 5.PB.01.AC Soins postpartum, visite postpartum (de suivi)

Questionnaire d'évaluation

Répondez aux questions ci-dessous, puis vérifiez vos réponses à l'annexe A. Nous vous conseillons de passer en revue cette section chaque fois que vous avez donné une réponse incorrecte à une question.

Question 1

Lisez l'énoncé suivant et choisissez V pour « vrai » ou F pour « faux ».

- V** **F** Le premier caractère d'un code de la CCI indique si l'intervention pratiquée est une intervention médicale ou chirurgicale.

Question 2

Lisez l'énoncé suivant et choisissez V pour « vrai » ou F pour « faux ».

- V** **F** Un code de la section 1 — Interventions thérapeutiques physiques et physiologiques, est attribué pour une biopsie de la peau.

Question 3

Lisez l'énoncé se rapportant au scénario ci-dessous et choisissez V pour « vrai » ou F pour « faux ».

Scénario : Un patient subit une coloscopie durant laquelle un polype est détecté dans le côlon sigmoïde et retiré.

- V** **F** Dans ce scénario, la codification de l'ablation du polype est obligatoire, tandis que celle de la coloscopie est facultative.

Question 4

Choisissez la bonne réponse.

Une patiente à 30 semaines de grossesse subit un drainage du sac amniotique pour diminuer le volume de liquide. À quelle section de la CCI appartient le code attribué au drainage du sac amniotique?

Section 1 — Interventions thérapeutiques physiques et physiologiques

Section 2 — Interventions diagnostiques

Section 3 — Interventions d'imagerie diagnostique

Section 5 — Interventions obstétricales et fœtales

Section 3.2 : Champ 2 — site anatomique (groupe)

Introduction

Chaque section de la CCI est divisée en groupes homogènes fondés sur l'aspect le plus pertinent des interventions qu'elle contient, par exemple les sites anatomiques pour des interventions thérapeutiques (section 1) ou le stade de la grossesse pour les interventions en obstétrique ou fœtales (section 5). Aux fins du présent guide, cette section sera axée sur les groupes de sites anatomiques (utilisés dans les sections 1, 2 et 3), puisqu'il s'agit des regroupements les plus souvent utilisés. Les groupes de sites anatomiques sont représentés par le deuxième champ du code de la CCI et consistent en deux caractères alphabétiques. Par exemple :

1.YG.80.JA-XX-P Réparation, peau du cou, utilisation de tissu cultivé

Aperçu

Voici les groupes servant à diviser chaque section de la CCI :

- **Section 1** — Sites anatomiques
- **Section 2** — Sites anatomiques
- **Section 3** — Sites anatomiques
- **Section 5** — Stades de la grossesse (et développement du fœtus)
- **Section 6** — Interventions psychiatriques, psychosociales et sensorielles
- **Section 7** — Autres interventions des soins de santé
- **Section 8** — Interventions thérapeutiques renforçant le système immunitaire et/ou la composition génétique

Ce champ du code de la CCI est toujours formé de deux caractères alphabétiques, toutefois, sa signification dépend de la section de la CCI. Par exemple, **WA** représente l'articulation de la cheville dans les sections 1, 2 et 3; **AB** représente les interventions diagnostiques antepartum dans la section 5 et **SP** représente les interventions de promotion de la santé et de prévention des maladies dans la section 7.



Autres ressources

Reportez-vous à la section Groupes de l'annexe A — Structure du code de la CCI dans Folio Views pour consulter la liste complète des groupes de chaque section de la CCI. Il s'agit uniquement d'une liste de référence (résumé); un groupe peut être valide (disponible) ou non pour une intervention donnée.

Vue d'ensemble des sites anatomiques

Le groupe de sites anatomiques du code de la CCI correspond à une valeur formée de deux caractères alphabétiques qui décrit **où** (sur quel site) l'intervention a été pratiquée. S'agissait-il, par exemple, de la main, du cerveau, de l'artère sous-clavière, de la poche de Kock ou du canal para-urétral (de Skène)?

En se familiarisant avec certaines caractéristiques de base des groupes de sites anatomiques de la CCI, les utilisateurs sont en mesure de les attribuer et de s'en servir avec plus d'assurance à différentes fins (p. ex. la codification, l'analyse de données et la production de rapports).

Structure

- i) Les rubriques des sections 1, 2 et 3 sont structurées par site anatomique, suivant l'ordre « **de la tête aux pieds** », en commençant par « Cerveau et moelle épinière (A-) » jusqu'à « Cheville et pied (W-) ». Les deux derniers sites anatomiques de chaque section sont « Peau, tissus sous-cutanés et sein (Y-) » et « Corps entier (Z-) ». Bien qu'il ait été impossible de reprendre exactement la structure des sites anatomiques de la classification des maladies (CIM-10-CA), on a tenu compte de cette dernière lors de l'établissement des groupes de sites anatomiques de la CCI.
- ii) La structure des sites anatomiques **propre à la CCI** est essentiellement fondée sur la pertinence clinique. Il n'existe pas de structure unique (ventilation) qui permettrait de répondre aux besoins de l'ensemble des utilisateurs. Ceux-ci doivent se familiariser avec les règles de la classification afin de mieux comprendre quels sites sont inclus où, et pourquoi.

Par exemple, la « jonction cardio-œsophagienne » est classée au groupe de sites anatomiques NA *Œsophage* et non au groupe de sites anatomiques NF *Estomac*.

Remarque : De plus amples renseignements sur la structure des sites anatomiques sont fournis ailleurs dans la présente section.

Sélectionner le site anatomique approprié

Aucune classification ne peut raisonnablement décomposer les sites anatomiques le plus finement possible; ce ne serait d'ailleurs pas souhaitable. Il n'est pas non plus possible ni souhaitable d'établir la liste de toutes les inclusions relatives à un site donné. Les utilisateurs doivent parfois se servir de leur connaissance de l'anatomie pour mener à bien une tâche.

Par exemple, le terme « pyramide de Malpighi » ne figure pas dans la CCI. Parce qu'il sait (ou fait des recherches pour l'apprendre) que les pyramides de Malpighi sont des éléments constitutifs de la substance médullaire du rein, l'utilisateur classera le drainage percutané de la pyramide de Malpighi sous 1.PC.52.^[^] *Drainage, rein* et non sous 1.PE.52.^[^] *Drainage, bassinot du rein*, parce que la substance médullaire du rein fait partie du groupe de sites anatomiques PC.

Remarque : De plus amples renseignements sur la sélection d'un site dans des circonstances particulières sont fournis ailleurs dans la présente section.

Sites spécifiques et sites génériques

- i) Certains sites anatomiques sont décomposés de façon détaillée parce que cela est pertinent sur le plan clinique (p. ex. lorsque différents types d'interventions sont pratiquées sur certaines parties de ce site). Ainsi, le larynx est divisé en cinq sites distincts :
- GA : glotte
 - GB : région sus-glottique (supraglottique)
 - GC : région sous-glottique
 - GD : cartilage laryngé
 - GE : larynx NCA



Conseil

Vous ne savez pas si la corde vocale inférieure dont il est question dans la documentation fait partie du site anatomique GA (glotte), GB (région supraglottique) ou GC (région sous-glottique)?

Rendez-vous au début du groupe de sites anatomiques GA, GB et GC et consultez les termes d'inclusion pour voir la liste des sites du corps inclus dans ce site;

Ou

Vérifiez la liste des sites corporels classés sous un groupe de sites anatomiques dans Folio Views, à l'annexe A — Structure du code de la CCI, Groupes : (G) Appareil respiratoire :

- (GA) Glotte — Comprend : musculature intrinsèque du larynx, commissure laryngée, cordes vocales vraies, cordes vocales inférieures, cordes vocales SAI, cordes vocales
- (GB) Région supraglottique — Comprend : région de l'épiglotte, région de la glotte antérieure, larynx extrinsèque, aspect laryngé du repli aryténo-épiglottique, bande ventriculaire du larynx, fausse corde vocale, épiglotte SAI, vestibule de la glotte
- (GC) Région sous-glottique — Comprend : région de la glotte postérieure

ii) En revanche, certains groupes de sites anatomiques sont beaucoup plus larges. Par exemple, un groupe de la section 2 peut inclure plusieurs sites anatomiques parce que ceux-ci sont souvent examinés ensemble ou qu'une décomposition plus poussée ne serait pas pertinente sur le plan clinique. Par exemple, il y a seulement un groupe de sites anatomiques relatif aux nerfs de la main dans la section 2 :

- 2.BP.^.^ Interventions diagnostiques sur les nerfs de la main
Comprend : Nerf digital SAI, nerf médian

Toutefois, il y a 2 groupes pour les nerfs de la main à la section 1, soit :

- 1.BP.^.^ Interventions thérapeutiques sur les nerfs de la main
Comprend : Nerf médian de la paume, nerfs de la paume
- 1.BQ.^.^ Interventions thérapeutiques sur les nerfs des doigts de la main
Comprend : Nerf digital, nerf médian, nerf radial

De manière générale, les sections 2 et 3 comptent moins de groupes de sites anatomiques que la section 1.

- iii) Dans d'autres cas, un site très précis peut parfois être pertinent sur le plan clinique, parfois non. La précision anatomique est alors indiquée uniquement par le biais d'un **attribut de lieu**.

Par exemple, 1.NK.^.^ *Interventions thérapeutiques sur l'intestin grêle* comprend le duodénum, le jéjunum et l'iléon. Pour la plupart des interventions pratiquées sur l'intestin grêle, il n'est pas nécessaire de préciser la partie exacte concernée. Toutefois, dans le cas de la rubrique 1.NK.87.^ *Excision partielle, intestin grêle*, ce l'est. En effet, le duodénum est en grande partie responsable de la digestion chimique (par opposition à la digestion mécanique) des aliments, tandis que le jéjunum et l'iléon sont en grande partie responsables de l'absorption des nutriments. Les conséquences sur le patient sont donc différentes selon la ou les parties excisées. Ainsi, à la rubrique 1.NK.87.^ figure une boîte d'attribut de lieu obligatoire avec une option pour le duodénum (D Duodénum) et une option pour un site autre que le duodénum (Z Autres sites de l'intestin grêle [p. ex. jéjunum, iléon, sans autre indication]).

Une autre rubrique portant sur une intervention pratiquée sur l'intestin grêle, soit 1.NK.80.^ *Réparation, intestin grêle*, comporte la même boîte d'attribut de lieu; celui-ci est toutefois facultatif. Dans le cas d'une réparation, il n'est pas aussi important de distinguer entre le duodénum et d'autres parties de l'intestin concernées, mais les utilisateurs ont tout de même la possibilité de sélectionner un attribut de lieu en fonction de leurs besoins en matière de collecte de données.

Sites combinés

Différents types d'interventions touchent plus d'un site de façon équivalente. Dans ces cas-là, il faut sélectionner un groupe de sites anatomiques combinés (p. ex. FR *Amygdales et végétations adénoïdes* ou RD *Ovaire avec trompe de Fallope*). Prenez note qu'il existe aussi des groupes anatomiques se rapportant exclusivement à l'ovaire (RB) et à la trompe de Fallope (RF) pour les interventions pratiquées sur l'une de ces structures uniquement.



Avertissement

Il est important de remarquer les termes utilisés dans le titre du groupe de sites anatomiques avant de faire une sélection. Par exemple, le groupe FR *Amygdales et végétations adénoïdes* comprend le terme « et » ce qui signifie « et/ou », donc amygdales seules, adénoïdes seules ou amygdales et adénoïdes ensemble. D'un autre côté, le groupe CE *Cornée avec sclère* comprend le terme « avec », ce qui signifie la cornée et la sclère ensemble seulement.

NCA et SAI

Les expressions « non classé ailleurs » (NCA) et « sans autre indication » (SAI) figurant dans les groupes de sites anatomiques ont la même signification qu'ailleurs dans la CCI.

Il est à noter qu'un groupe de sites anatomiques portant la mention NCA inclut parfois aussi des sites sans autre indication. Par exemple, le retrait d'un corps étranger d'un œil (site sans autre indication) correspond à 1.CZ.56.^{^^} *Retrait d'un corps étranger, œil NCA*. Si la documentation précise qu'il s'agit de la conjonctive, l'intervention correspond alors à 1.CS.56.^{^^} *Retrait d'un corps étranger, conjonctive*.



Remarque importante

On s'attend à ce que dans la plupart des cas, les codificateurs soient en mesure de déterminer le site anatomique le plus précis à partir de la documentation. Dans le cas contraire, ils doivent examiner les options et faire le meilleur choix possible en fonction de l'information disponible.

Meilleur choix (site anatomique non disponible)

Lorsque l'intervention pratiquée (p. ex. retrait d'un corps étranger) n'existe pas pour le site anatomique sur lequel elle a été réalisée (p. ex. paupière supérieure), le codificateur doit prendre une décision réfléchie quant à la meilleure codification de l'intervention.

Par exemple, la classification ne contient pas de rubrique propre au retrait d'un corps étranger de la paupière supérieure (1.CV.^{^^.^^} *Interventions thérapeutiques sur la paupière supérieure*). L'examen de la liste sous le groupe Œil et ses annexes (C-) révèle que les seuls choix appropriés sont CX *Paupière NCA* et CZ *Œil NCA*. Il est logique d'opter pour le site *paupière NCA*, qui a au moins l'avantage de renvoyer spécifiquement à la paupière.



Point clé

Il n'existe pas de règle tranchée pour toutes les situations où il s'agit de déterminer « au mieux » où classer une intervention; certains cas sont tout simplement plus délicats que d'autres. Le meilleur choix pour un cas donné *dépend* du cas en question. Quelle est la structure du groupe de sites anatomiques en question? Que dit exactement la documentation? Une inclusion ou un terme de remplacement a-t-il été négligé? Le site anatomique concerné correspond-il à l'un des groupes disponibles, mais le terme spécifique n'est pas indiqué? Quelles sont les options disponibles à la rubrique en question et aux autres rubriques? En cas de doute, il vaut mieux soumettre une question de codification pour obtenir de l'aide.

Sites anatomiques : situations particulières

Dans certains cas, la sélection du site anatomique approprié est très épineuse. Les sections qui suivent décrivent quelques-uns de ces cas particuliers.

Sites contigus

Les sites contigus sont des sites anatomiques où il y a chevauchement (sites adjacents). Par exemple, les lobes frontal et temporal du cerveau sont contigus, mais pas les lobes frontal et occipital. De même, la peau est un organe continu; celui-ci comporte donc de nombreux sites contigus (p. ex. le cou et le visage ou la main et le bras). Une maladie (p. ex. une tumeur maligne) ou une blessure peut toucher des sites anatomiques voisins.

Afin d'éviter l'attribution de plus d'un code à des sites contigus, la classification prévoit des dispositions pour les interventions effectuées sur de nombreux sites anatomiques contigus. Ces dispositions prennent différentes formes :

- un groupe de sites anatomiques donné peut comprendre des sites contigus;
- les exclusions peuvent mener au code approprié pour le site contigu; ou
- les sites contigus peuvent être pris en compte dans les attributs de lieu.

Il arrive qu'il ne soit pas nécessaire de prévoir une disposition pour les sites contigus puisqu'il n'existe qu'un seul groupe de sites anatomiques relatif à cet organe ou à cette partie du corps dans la CCI; les sites contigus en feraient donc partie.

Au moment d'attribuer des codes aux sites contigus, il importe de prêter attention aux inclusions et aux exclusions et de prendre en considération les directives de base et les conventions de la classification.



Point clé

La CCI prévoit des dispositions concernant les sites contigus. En suivant les directives et en appliquant les règles de base de la classification, vous parviendrez à sélectionner le groupe de sites anatomiques approprié pour l'intervention pratiquée sur des sites contigus. Voir aussi la section 3.2 : Site le plus profond et risque fonctionnel.

Exemple 1 : Un patient a subi l'excision d'une lésion qui s'étend de la peau de la main jusqu'à la peau du bras. Comme l'indique une inclusion à la rubrique concernant l'excision partielle de la peau de la main, la peau de la main avec le bras est comprise.

1.YU.87.^ **Excision partielle, peau de la main**

Comprend : Excision partielle, peau de la main avec sites contigus ou multiples du bras
Libération [excision] de la cicatrice de rétraction, main
Résection, peau (lésion) de la main (avec le bras)

Exemple 2 : Un patient a subi une excision partielle de l'estomac ainsi qu'une excision partielle du duodénum. Aux rubriques concernant respectivement l'excision partielle de l'estomac (1.NF.87.^) et l'excision partielle de l'intestin grêle (1.NK.87.^) figurent des exclusions qui mènent à la rubrique relative à l'excision radicale de l'estomac (1.NF.91.^), qui serait utilisée si les excisions étaient pratiquées sur ces sites contigus au cours du même épisode d'intervention.

1.NF.87.^ **Excision partielle, estomac**

Comprend : Antrectomie avec vagotomie
Gastrectomie partielle (avec ou sans splénectomie)
Polypectomie, estomac

À l'exclusion de : Gastrectomie (manchon) en vue d'une perte de poids (voir 1.NF.78.^)
Gastrectomie partielle en vue de la réparation du diverticule gastrique (voir 1.NF.80.^)
Gastrectomie proximale avec œsophagectomie (voir 1.NA.91.^)
Gastrectomie subtotale avec résection concomitante des organes adjacents (voir 1.NF.91.^)

1.NK.87.^ **Excision partielle, intestin grêle**

Comprend : Diverticulectomie, diverticule de Meckel
Diverticulectomie, intestin grêle
Duodénectomie
Entérectomie SAI
Iléectomie
Jéjunectomie
Polypectomie, intestin grêle
Réparation, anomalie du canal omphalo-mésentérique entraînant une entérectomie
Résection subtotale, intestin grêle (avec ou sans atteinte du cæcum)
Résection, intestin grêle pour le retrait d'un corps étranger

À l'exclusion de : Duodénectomie avec gastrectomie (voir 1.NF.91.^)
 Duodénectomie avec pancréatectomie (voir 1.OK.87.^)
 Entérectomie pratiquée en vue de la réparation d'une atrésie
 duodénale [ou intestinale] (voir 1.NK.80.^)
 Résection iléo-cæcale (voir 1.NM.87.^)

Exemple 3 : Un patient a subi une réparation de l'œsophage qui touchait aux parties cervicale (supérieure) et thoracique (médiane) de celui-ci. Comme le groupe de sites anatomiques NA porte sur **tout** l'œsophage, la rubrique 1.NA.80.^ *Réparation, œsophage* est utilisée dans le cas de la réparation de ces sites contigus.

1.NA.^.^ Interventions thérapeutiques sur l'œsophage

Comprend : Site d'anastomose pour la continuité entre l'œsophage et l'estomac
 Cardia, ostium, échancrure
 Jonction cardio-œsophagienne
 Œsophage [cervical, thoracique et abdominal]

Exemple 4 : Un patient a subi le drainage d'un abcès au cerveau qui touchait des lobes contigus. À la rubrique relative au drainage du cerveau (1.AN.52.^), la boîte d'attribut de lieu facultatif comprend une valeur pour les lobes contigus du cerveau.

1.AN.52.^ Drainage, cerveau

Attribut de lieu :

- F Lobe frontal
- M Lobes multiples (contigus)
- O Lobe occipital
- P Lobe pariétal
- T Lobe temporal
- Z Autre NCA (p. ex. corps calleux)



Remarque

La rubrique 1.AN.52.^ comprend les lobes contigus parce que tous les lobes du cerveau sont inclus dans le groupe de sites anatomiques AN *Cerveau*. Les utilisateurs peuvent, s'ils le souhaitent, sélectionner l'attribut M *Lobes multiples (contigus)*.



Conseil

L'ensemble des organes et des parties du corps peuvent être décomposés en unités anatomiques de plus en plus petites. La CCI recourt à une certaine décomposition des sites anatomiques (fondée sur la pertinence clinique), mais il se peut que la documentation fasse état d'unités anatomiques plus petites que dans la CCI. L'objectif de l'utilisateur est de faire correspondre ces petites unités à la structure de la CCI.

Sites multiples

Une maladie ou une blessure peut également toucher de multiples sites anatomiques faisant partie du même organe ou de la même partie du corps sans être contigus; ce serait le cas, par exemple, de fragments de verre logés dans des sites non contigus de la peau de la jambe. La CCI s'appuie sur des stratégies similaires à celles des sites contigus pour l'attribution d'un seul code dans les cas de sites anatomiques multiples.

Exemple 1 : Un patient a subi la destruction de tissus mous de sites non contigus du pied et de la cheville. Comme l'indique une inclusion de la rubrique portant sur la destruction de tissus mous du pied et/ou de la cheville, les sites multiples sont compris.

Cette inclusion constitue en fait une redondance. En effet, le groupe **WV Tissus mous du pied et de la cheville** comprend tous les tissus mous du pied et de la cheville; ainsi, les sites multiples en feraient partie même en l'absence de cette inclusion. L'exclusion au niveau du groupe (voir ci-dessous) concerne la partie inférieure de la jambe (par opposition au pied et à la cheville).

1.WV.59.^ Destruction, tissus mous du pied et de la cheville

Comprend : Ablation, tissus mous [tumeur] du pied
Découpe, moignon d'amputation, pied et cheville
Destruction, plusieurs sites ou sites contigus des tissus mous du pied et de la cheville (s'étendant au fascia, au muscle ou au tendon)
Myoclasie, pied
Parage (débridement) impliquant les tissus mous (fascia, muscle ou tendon) du pied et de la cheville
Parage (débridement), moignon d'amputation, pied et cheville

1.WV.^.^.^ Interventions thérapeutiques sur les tissus mous du pied et de la cheville

Comprend : Fascia plantaire
Muscle abducteur des orteils
Muscle pédieux
Muscle plantaire grêle [muscle accessoire du long fléchisseur commun des orteils]
Muscles abducteur et adducteur du gros orteil
Muscles interosseux, intrinsèques et extrinsèques du pied
Muscles jambier postérieur, fléchisseur commun des orteils, long fléchisseur propre du gros orteil
Muscles péroniers [long latéral, court latéral, antérieur]
Plaie, tissus mous du pied et de la cheville
Tissus mous [tumeur] provenant du pied ou l'atteignant

À l'exclusion de : Muscles jumeaux de la jambe et muscles soléaires (voir 1.VS.^.^.^)

Exemple 2 : Un patient a subi la destruction de nerfs non contigus de la partie inférieure de la jambe. Comme le groupe de sites anatomiques **BT** comprend tous les nerfs de la partie inférieure de la jambe, la rubrique 1.BT.59.^.^ *Destruction, nerfs de la partie inférieure de la jambe* est utilisée lorsque l'intervention consiste en la destruction de sites multiples de la partie inférieure de la jambe, même si aucune inclusion de cette rubrique ne le dit expressément.

1.BT.^.^.^ Interventions thérapeutiques sur les nerfs de la partie inférieure de la jambe

Comprend : Canal tarsien
Nerf péronier NCA
Nerf saphène externe
Nerf saphène interne
Nerf sciatique au niveau du tibia
Nerf sciatique poplité interne NCA
Nerfs de la cheville
Nerfs du genou

1.BT.59.^.^ Destruction, nerfs de la partie inférieure de la jambe

Comprend : Lesioning du nerf calcanéen ou des branches calcanéennes

Exemple 3 : Un patient a subi la destruction de lésions du dôme, de la paroi postérieure et du trigone de la vessie. À la rubrique relative à la destruction de la vessie, la boîte d'attribut de lieu facultatif comprend une valeur pour les sites multiples ou contigus.

1.PM.59.^.^ Destruction, vessie

Attribut de lieu :

AN	Paroi antérieure
DM	Dôme
LT	Paroi latérale
M	Sites multiples/contigus
PS	Paroi postérieure
TR	Trigone
U	Sans précision
UO	Orifice urétéral
UR	Ouraque



Point clé

Examinez attentivement les inclusions et les exclusions avant d'attribuer plusieurs codes pour classer une même intervention générique pratiquée sur des sites multiples.



Avertissement

Dans les cas où la classification ne permet **pas** d'attribuer un seul code à la même intervention générique pratiquée sur des sites multiples, des codes distincts sont attribués.

Par exemple, si, lors d'un même épisode d'intervention, un patient a subi une destruction au laser du cristallin et de la rétine, ces interventions seraient codifiées séparément parce qu'aucune inclusion, exclusion, directive ou convention ne prévoit le contraire.

Une « destruction au laser de la cataracte membraneuse secondaire avec réparation au laser du décollement de la rétine » serait classée comme suit :

1.CL.59.LA-AG Destruction, cristallin, approche ouverte et utilisation d'un laser

1.CN.59.LA-AG Destruction, rétine, utilisation d'un laser

Site le plus profond et risque fonctionnel

Les concepts de site le plus profond et de risque fonctionnel sont utilisés dans la CCI afin de classer les interventions pratiquées pour des problèmes s'étendant à d'autres sites anatomiques. Le site le plus profond correspond au site le plus éloigné de la surface externe sur lequel l'intervention est pratiquée. Le risque fonctionnel a trait à la perte de la capacité d'un organe ou d'une partie du corps de remplir sa ou ses fonctions.

Lorsqu'une même intervention touche des sites anatomiques qui appartiennent à des groupes de sites anatomiques distincts, respectez les inclusions et les exclusions à la lettre et tenez compte des concepts de site le plus profond et de risque fonctionnel.

Site le plus profond

La sélection du groupe de sites anatomiques en vue de la classification d'une intervention réalisée pour un problème qui s'étend à un ou plusieurs autres sites anatomiques peut être fondée sur le site anatomique le plus profond sur lequel l'intervention est pratiquée. Ce site peut différer de celui d'où le problème émane.

Risque fonctionnel

La sélection du groupe de sites anatomiques en vue de la classification d'une intervention réalisée pour un problème qui s'étend à un ou plusieurs autres sites anatomiques peut également s'appuyer sur le site comportant le risque fonctionnel le plus élevé. Ce dernier peut différer du site d'où le problème émane.

Exemple : Un patient a subi une résection d'une lésion intracrânienne qui touche le cervelet et le tronc cérébral.

1.AJ.87.^ ^ **Excision partielle, cervelet**

Comprend : Chirurgie de réduction [tumeur], cervelet

Cortectomie, cérébelleuse

Résection [tumeur, kyste], cervelet

Résection, fosse postérieure [tumeur], cervelet

À l'exclusion de : Résection de la tumeur de la fosse postérieure avec atteinte du cervelet et extension à l'angle ponto-cérébelleux (voir 1.AK.87.^ ^)

Résection de la tumeur de la fosse postérieure avec atteinte du cervelet et extension au 4^e ventricule (voir 1.AC.87.^ ^)

Résection de la tumeur de la fosse postérieure avec atteinte du cervelet et extension au tronc cérébral (voir 1.AP.87.^ ^)

À codifier aussi : Tout guidage stéréotaxique peropératoire (voir 3.AN.94.^[^])
Toute télémanipulation robotisée d'outils (voir 7.SF.14.^[^])

Note : Utilisez ce code pour définir une tumeur provenant de la fosse postérieure mais ne s'étendant pas au-delà du cervelet. Lorsque l'atteinte tumorale concerne plusieurs sites, reportez-vous aux remarques relatives aux termes exclus afin de déterminer le code le plus approprié. (Utilisez un seul code pour identifier une résection de la fosse postérieure. L'ordre de priorité est le suivant : atteinte du tronc cérébral, atteinte ventriculaire, atteinte de l'angle ponto-cérébelleux, atteinte du cervelet.)

Explication : La résection d'une lésion intracrânienne qui touche le cervelet **et** le tronc cérébral est classée sous le groupe de sites anatomiques se rapportant au tronc cérébral uniquement (1.AP.87.^[^]*Excision partielle, tronc cérébral*). Les inclusions et exclusions de la rubrique 1.AJ.87.^[^]*Excision partielle, cervelet* contribuent à orienter ce choix. Une hiérarchie de codification a été établie dans la CCI; selon cette hiérarchie, le code le plus approprié pour le type de résection en question est déterminé en fonction de la gravité de l'atteinte neurologique et de la complexité de l'intervention.



Autres ressources

Reportez-vous à la norme de codification *Classement hiérarchique des résections de lésions intracrâniennes* pour en savoir davantage. Elle comprend notamment un diagramme qui aide à la sélection de codes relatifs à la résection de lésions intracrâniennes.

Lésions volumineuses

Une lésion volumineuse peut être définie comme une lésion physique (matière) qui prend de la place. Les conséquences seront d'autant plus importantes si la lésion est située dans un espace restreint par des os (p. ex. le cerveau). Les lésions volumineuses s'opposent aux lésions non volumineuses, c'est-à-dire celles qui ne prennent pas de place (p. ex. un nerf endommagé). Lorsqu'une lésion volumineuse s'étend à un autre site anatomique, les concepts de site le plus profond et de risque fonctionnel s'appliquent à la sélection du code.

Pour en savoir plus, voir la section 3.2 : Site le plus profond et risque fonctionnel.



Autres ressources

Reportez-vous à la norme de codification *Résection d'une lésion nasale (polypes)* pour en savoir davantage au sujet de l'excision de polypes nasaux. Elle comprend notamment un diagramme qui permet de comprendre rapidement comment ceux-ci sont classés.

Os d'une articulation

Il arrive qu'une intervention soit pratiquée sur la partie d'un os qui forme une articulation. Un code est alors attribué au groupe de sites anatomiques de l'articulation, et non à celui de l'os.



Conseil

L'extrémité proximale (extrémité supérieure) et distale (extrémité inférieure) de chaque os possède une surface articulaire ou celle-ci forme une articulation avec l'os adjacent. La mention d'une extrémité « proximale » ou « distale » d'un os est un indice que ceci appartient à la surface articulaire de l'articulation comme telle et non de l'os.

Exemple 1 : Les interventions thérapeutiques sur le fémur qui touchent l'articulation de la hanche sont classées sous *Interventions thérapeutiques sur l'articulation de la hanche* (1.VA.^{^^.^^}) et non sous *Interventions thérapeutiques sur le fémur* (1.VC.^{^^.^^}), conformément aux inclusions et aux exclusions du groupe de sites anatomiques applicable.

1.VC.^{^^.^^} Interventions thérapeutiques sur le fémur

- Comprend :*
- Fémur [épiphyse, périoste]
 - Région intertrochantérienne du fémur
 - Région pertrochantérienne du fémur
 - Trochanter [grand et petit] du fémur
- À l'exclusion de :*
- Condyle fémoral (externe et interne) (voir 1.VG.^{^^.^^})
 - Épicondyle fémoral (médial, latéral) (voir 1.VG.^{^^.^^})
 - Surface articulaire du fémur (hanche) (voir 1.VA.^{^^.^^})
 - Surface articulaire du fémur distal (genou) (voir 1.VG.^{^^.^^})
 - Surface articulaire du fémur proximal (hanche) (voir 1.VA.^{^^.^^})
 - Tête du fémur (voir 1.VA.^{^^.^^})
 - Tubercule prétrochantérien (adducteur) (voir 1.VG.^{^^.^^})

1.VA.^^.^^ Interventions thérapeutiques sur l'articulation de la hanche

Comprend : Acétabulum avec tête et col du fémur et leurs structures articulaires de soutien (bourse, capsule, cartilage, synoviale, bourrelets (labrum), ligament, ligament rond de l'articulation coxo-fémorale)
Articulation de la hanche SAI

À l'exclusion de : Acétabulum uniquement (voir 1.SQ.^^.^^)
Articulation de la hanche avec bassin dans sa totalité (voir 1.SQ.^^.^^)
Articulation sacro-iliaque (voir 1.SI.^^.^^)
Trochanter du fémur uniquement (voir 1.VC.^^.^^)

Exemple 2 : La fixation d'une fracture du radius qui touche l'articulation du coude est classée sous 1.TM.74.^^ *Fixation, articulation du coude* et non sous 1.TV.74.^^ *Fixation, radius et cubitus*, conformément aux inclusions et aux exclusions du groupe de sites anatomiques applicable.

1.TM.74.^^ Fixation, articulation du coude

Comprend : Fixation, condyle de l'humérus, épicondyle, trochlée
Fixation, olécrane
Fixation, tête et col du radius
Fixation, apophyse coronoïde du cubitus et tubercule
Réduction avec fixation, articulation du coude

1.TV.74.^^ Fixation, radius et cubitus

Comprend : avec irrigation, plaie de fracture ouverte, radius et cubitus en vue de l'arrêt de la croissance osseuse, radius et cubitus (par exemple, arrêt épiphysaire)
en vue de la réparation d'une absence de solidification, radius et cubitus
Épiphysiodèse, radius et cubitus
Parage (débridement) avec fixation, radius et cubitus
Réduction avec fixation, radius et cubitus

À l'exclusion de : Fixation, col et tête du radius ou apophyse coronoïde du cubitus (voir 1.TM.74.^^)



Autres ressources

Reportez-vous à la norme de codification *Réduction, fixation et fusion de fracture d'une articulation* pour en savoir davantage. Elle comprend notamment un diagramme qui facilite la sélection de codes relatifs aux interventions visant les fractures d'une articulation.

Les diagrammes de la CCI portant sur les articulations facilitent également la sélection du groupe de sites anatomiques approprié.

Résection de marges

Au moment d'exciser la portion atteinte d'un organe ou d'une partie du corps, il est possible que le chirurgien retire une portion plus grande que nécessaire afin de s'assurer que tout le tissu anormal est enlevé. Si la portion élargie est contiguë à un autre site anatomique, il ne faut pas codifier l'excision des deux sites anatomiques puisqu'il n'est pas nécessaire de saisir le code relatif aux « marges » (tissu normal). L'intervention avait pour but la résection de la portion atteinte intégrale d'un organe ou d'une partie du corps, et seul le site anatomique en question doit être codifié.

Tissu aberrant (ectopique)

Un tissu aberrant (ou ectopique) est un tissu normal associé à un organe ou à une partie du corps qui se trouve à un endroit anormal (c.-à-d. à une certaine distance du site d'origine). Ce serait le cas par exemple d'un tissu surrénal qui se trouverait à une certaine distance de la glande surrénale.

Le prélèvement d'un tissu aberrant est classé en fonction du site anatomique d'origine (p. ex. 1.PB.87.^ Excision partielle, glande surrénale). Le code d'intervention peut être accompagné d'un attribut de lieu indiquant que le tissu est aberrant (**AT Tissu aberrant uniquement**).



Autres ressources

Pour obtenir de plus amples renseignements et consulter un autre exemple, reportez-vous à la norme de codification *Destruction ou excision de tissu aberrant ou ectopique*.

Fistules, pontages et shunts

La présente section porte sur les fistules, les pontages et les shunts, qui ont un point commun : ils surviennent ou sont pratiqués « entre » organes ou parties du corps.

Descriptions

Une **fistule** est une **affection médicale** qui se caractérise par la formation d'un canal entre deux organes ou parties du corps internes (fistule interne) ou entre un organe ou une partie du corps interne et la surface de la peau (fistule externe).

Une fistule colo-vésicale, qui se caractérise par la formation d'un canal allant du côlon jusqu'à la vessie, constitue un exemple de **fistule interne**. En effet, ces deux sites ne communiquent normalement pas l'un avec l'autre. Une fistule interne est généralement associée à un terme composé, comme *fistule bucco-sinusienne* (située entre la cavité orale et le sinus maxillaire) ou *fistule colo-vésicale* (située entre le côlon et la vessie, comme ci-dessus).

Une fistule branchiale, caractérisée par la formation d'un canal allant de l'extérieur de la face latérale du cou jusqu'au pharynx, constitue un exemple de **fistule externe**. Une anatomie normale ne présente pas ce canal. Une fistule externe peut également être appelée « fistule cutanée » parce qu'elle sort par la peau pour atteindre la surface du corps. Ce type de fistule est souvent associé à un terme anatomique unique, comme fistule anale (située entre le canal anal et la peau) ou fistule branchiale (les plus courantes étant situées entre le pharynx et la peau de la face latérale du cou, comme ci-dessus). Une fistule externe peut également être décrite à l'aide d'un terme composé (p. ex. néphro-cutanée ou vésico-cutanée).

Les termes « fistule simple » et « fistule complexe » sont également utilisés pour décrire les fistules. Les **fistules simples** sont parfois décrites comme étant « petites » ou « faciles à détecter », ou encore selon leur « niveau » anatomique (niveau inférieur ou intermédiaire, comparativement à supérieur). Elles peuvent également être décrites comme des « fistules cutanées » qui s'étendent entre un organe ou une partie du corps et la peau. Les **fistules complexes** sont quant à elles parfois décrites comme étant « grosses » ou « ayant plus d'un tractus fistuleux », ou encore selon leur étiologie (p. ex. causée par une infection ou une maladie inflammatoire, un cancer ou la radiation). Ce sont aussi des fistules qui ont déjà été plusieurs fois réparées, sans succès. Le type d'intervention pratiquée pour réparer la fistule dépend en partie du caractère simple ou complexe de la fistule.

Un **pontage** et un **shunt**, en revanche, sont des **fistules créées par chirurgie**. Au moyen d'une reconstruction chirurgicale ou d'un tube synthétique, un canal de remplacement (ou supplémentaire) est ouvert, par lequel les liquides corporels et les excréments, notamment, sont déviés de leur trajectoire normale. C'est le cas par exemple du pontage auriculopulmonaire, qui consiste à dévier le flux sanguin depuis l'entrée de l'oreillette droite directement dans les artères pulmonaires (évitant l'oreillette droite et le ventricule droit). La ventriculo-péritonéostomie constitue un exemple de *shunt*. Dans cette intervention, un petit tube est placé à l'intérieur du ventricule cérébral et dirigé sous la peau vers le péritoine, où le liquide céphalo-rachidien est drainé depuis le cerveau jusqu'à la cavité péritonéale.

Codification

i) Fistule externe

La fermeture d'une fistule externe est toujours classée au site interne seulement. Par exemple, la fermeture d'une fistule néphro-cutanée est classée à *fermeture de fistule, rein*.

ii) Pontage, shunt et fistule complexe

La structure des codes de la CCI servant à codifier les pontages, les shunts et les interventions de réparation de fistules complexes repose sur le principe du site d'origine et du site d'arrivée à l'aide de deux composantes du code de la CCI :

1. Le **groupe de sites anatomiques** reflète le site d'origine, c'est-à-dire là où la fistule est apparue, où le blocage est dévié par pontage ou le site où le shunt est inséré (p. ex. **NM Gros intestin** pour une fistule dont l'origine est dans le côlon);
2. Le **qualificateur 1** (approche ou technique) reflète le site d'arrivée, c'est-à-dire là où la fistule se termine, où le pontage arrête ou le site vers où le shunt est dirigé (p. ex. **MR** pour une *fistule se terminant dans l'appareil urinaire*).

La classification n'a désigné qu'un seul groupe de sites anatomiques pour classer une fistule, un pontage ou un shunt donné, qui s'étend toujours entre deux sites anatomiques. Le groupe de sites anatomiques désigné est notamment basé sur le concept de *risque fonctionnel* (le site ayant les conséquences les plus importantes sur le patient).



Avertissement

Le principe du site d'origine et du site d'arrivée décrit la structure de base de ces codes. Comme l'illustrent les exemples ci-dessous, d'autres éléments sont à prendre en considération dans l'attribution de codes, particulièrement lorsqu'il est question de fistules.

Exemple 1 : Intervention réalisée : fermeture d'une fistule trachéo-œsophagienne

La saisie des termes « fermeture fistule trachéo-œsophagienne » (ou de formes abrégées comme « fermeture trachéo-œsophagienne » ou « fistule trachéo-œsophagienne ») dans la boîte de dialogue de la fonction de requête avancée mène à la rubrique *Fermeture de fistule, trachée*.

Explication : Sous la rubrique 1.GJ.86.^^ *Fermeture de fistule, trachée* figurent deux options relatives au qualificateur 1 pour le site d'arrivée : **ME** pour les fistules se terminant dans l'œsophage (p. ex. fistule trachéo-œsophagienne) et **MB** pour celles se terminant à la peau. Dans ce cas-ci, sélectionnez ME puis complétez le code en déterminant l'approche et le moyen

utilisés pour fermer la fistule : avec technique d'apposition simple, avec technique d'apposition simple et fibrine (colle), avec autogreffe ou avec lambeau local (p. ex. muscle suspenseur du larynx). Si la fistule a été fermée par approche ouverte au moyen d'une autogreffe, le code complet est celui-ci :

1.GJ.86.ME-XX-A Fermeture de fistule, trachée, approche ouverte, fistule se terminant dans l'œsophage [par exemple, fistule trachéoœsophagienne], avec autogreffe

Le qualificateur **ME** a été sélectionné en raison de la description de la fistule (trachéo-œsophagienne). Le groupe de sites anatomiques **GJ** détermine le site d'origine (trachée) et le qualificateur **ME**, le site d'arrivée (œsophage). Le qualificateur **MB** pour *fistule se terminant à la peau* n'est pas sélectionné puisque la fistule se termine dans l'œsophage et non à la peau. Une fistule commençant dans la trachée et se terminant à la peau serait probablement appelée « fistule trachéale » dans la documentation. Prenez note que les termes « œso-trachéale » et « trachéo-œsophagienne » sont tous deux compris dans cette rubrique, ce qui signifie qu'elle comprend les fistules qui commencent dans la trachée et se terminent dans l'œsophage ainsi que celles qui commencent dans l'œsophage et se terminent dans la trachée. Aux fins de l'attribution de codes, les points de départ et d'arrivée n'ont pas d'importance. Ce détail peut même être inconnu (sur le plan clinique ou autre). La CCI classe les deux sous la rubrique concernant la trachée (1.GJ.86.^[^] *Fermeture de fistule, trachée*) et non sous celle concernant l'œsophage (1.NA.86.^[^] *Fermeture de fistule, œsophage*). Le codificateur n'a qu'à suivre la structure de la CCI et à attribuer **GJ** comme site d'origine (que ce soit le cas ou non) et **ME** comme site d'arrivée (que ce soit le cas ou non).



Point clé

Les termes servant à décrire une fistule peuvent être inversés tout en conservant la même signification. Ainsi, « fistule œso-trachéale » et « fistule trachéo-œsophagienne » indiquent que la fistule survient **entre** ces deux parties du corps. La réparation de ces deux types de fistule est classée sous 1.GJ.86.^[^] *Fermeture de fistule, trachée*. Les termes « fistule vulvo-rectale » et « fistule recto-vulvaire » constituent un autre exemple : dans les deux cas, la fistule survient **entre** ces deux parties du corps. La réparation de ces deux types de fistule est classée sous 1.NQ.86.^[^] *Fermeture de fistule, rectum*. Souvent, les deux termes sont inclus dans la classification (table analytique ou index alphabétique), ce qui facilite la codification.

Exemple 2 : Intervention réalisée : fermeture d'une fistule vagino-vésicale, approche ouverte, fermeture par lambeau pédiculé

La saisie des termes « fermeture fistule vaginovésicale » ou « vagino vésicale » dans la boîte de dialogue de la fonction de requête avancée ne donne aucun résultat. Il existe pourtant plusieurs autres variantes qui mènent effectivement au code approprié. Il s'agit notamment des termes « vésico vaginale ». Une recherche au moyen de ces termes mène à la rubrique 1.PM.86.^[^] *Fermeture de fistule, vessie*.

Explication : La réparation a été effectuée par approche ouverte au moyen d'une fermeture par lambeau pédiculé. Par conséquent, le code pertinent est celui-ci :

1.PM.86.MH-XX-G Fermeture de fistule, vessie, approche ouverte, fermeture par lambeau pédiculé, fistule se terminant dans l'appareil génital

La fistule **vagino-vésicale** ne figure pas sous la rubrique 1.PM.86, mais la réparation d'une fistule qui survient **entre** le vagin et la vessie est classée sous cette dernière. Aux fins de l'attribution de codes, les points de départ et d'arrivée n'ont pas d'importance. Ce détail peut même être inconnu (sur le plan clinique ou autre). La CCI classe les fistules qui commencent dans le vagin et se terminent dans la vessie ainsi que celles qui commencent dans la vessie et se terminent dans le vagin sous la rubrique concernant la vessie (1.PM.86.^[^] *Fermeture de fistule, vessie*) et non sous la rubrique concernant le vagin (1.RS.86.^[^] *Fermeture de fistule, vagin*). Le codificateur suit la directive de la CCI et attribue PM comme site d'origine (que ce soit le cas ou non) et MH comme site d'arrivée (que ce soit le cas ou non).



Point clé

La CCI comporte certaines variantes des termes et de la ponctuation décrivant les fistules, mais pas toutes. L'objectif est donc d'effectuer la recherche à l'aide de diverses formes afin de trouver celle figurant dans la classification. Les fistules « colo-vésicale » ou « vésico-colique » constituent un autre exemple. La classification les désigne au moyen du terme « vésico-intestinale ». La fermeture d'une fistule vésico-intestinale est classée sous 1.NP.86.^[^] *Fermeture de fistule, intestin grêle et gros intestin*. Prenez note que les fistules commençant ou se terminant dans l'intestin grêle et celles commençant ou se terminant dans le gros intestin appartiennent toutes à la même rubrique.

Exemple 3 : Intervention réalisée : fermeture d'une fistule cornéenne

1.CC.80.^ **Réparation, cornée**

Comprend : avec empiètement dans la sclère
avec excision ou fermeture d'une bulle de filtration
avec mise en place de sutures de compression
avec ou sans restauration de la chambre antérieure par injection d'air ou de solution saline
dans le cadre d'un décollement de la membrane de Descemet
Fermeture, fistule cornéenne ou cornéosclérale
Remise en place, prolapsus de l'iris
Réparation d'une plaie traumatique impliquant la cornée (et la sclère)
Réparation, déhiscence de plaie cornéenne (après opération de la cataracte)
Réparation, fistule cornéenne ou cornéosclérale
Suture d'une macro-perforation de la cornée

À l'exclusion de : Fermeture ou révision d'une bulle de filtration (après opération d'un glaucome) uniquement (voir 1.CS.80.^)
Kératoplastie endothéliale (voir 1.CC.85.^)
Kératoplastie perforante (voir 1.CC.85.^)
Kératoplastie réfractive (voir 1.CC.84.^)
Ponction, cornée (voir 1.CC.09.^)
Réparation d'une bulle de filtration avec greffe de cornée (voir 1.CC.85.^)

1.CC.80.LA par simple fermeture [suture]
1.CC.80.LA-W4 par utilisation de colle
1.CC.80.LA-XX-A par autogreffe [par exemple, recouvrement conjonctival]
1.CC.80.LA-XX-K par homogreffe [p. ex., pièce du plancher orbitaire, greffe ou transplantation de membrane amniotique]
1.CC.80.LA-XX-Q par source combinée de tissus

Explication : La fermeture d'une fistule cornéenne est classée sous la rubrique 1.CC.80.^ *Réparation, cornée*, où la fermeture et la réparation d'une fistule cornéenne font partie des inclusions. Il est à noter que sous cette rubrique, l'intervention générique *fermeture de fistule* est comprise dans la rubrique relative à la *réparation* (1.CC.80.^). Notez aussi que les options de codes n'y sont pas aussi complexes que celles des autres sites qu'une fistule peut toucher.



Conseil

L'index alphabétique présente une liste considérable sous le terme pilote **Fermeture** et le sous-terme **fistule**. Des renvois vers d'autres sections de l'index y figurent également.

Fermeture (voir aussi Réparation, par site)

- fistule (voir aussi Réparation, fistule, par site)
- – abdominoutérine 1.NP.86.^
- – anale 1.NT.86.^
- – anorectale 1.NQ.86.^
- – anovaginale 1.NQ.86.^
- – anus 1.NT.86.^
- ... etc.

Réparation (avec ou sans greffes ou lambeaux de remplacement)

- fistule (voir aussi Fermeture, fistule, par site ou par type)
- – anale 1.NT.86.^
- – aortobronchique 1.ID.86.^
- – aortoduodénale 1.ID.86.^
- – aortoentérique 1.ID.86.^
- – aortopulmonaire 1.IA.86.^
- ... etc.

Sites construits chirurgicalement et sites d'anastomoses

La CCI prévoit des groupes de sites anatomiques spéciaux pour les voies construites par chirurgie dans les appareils digestif et urinaire.

- **(OW) Sites construits chirurgicalement dans le tube digestif et les voies biliaires**
Comprend : poche gastrique, poche pelvienne, réservoir iléal, poche de Kock, anse en Y [anastomose], œsophagostomie, gastrostomie, duodénostomie, jéjunostomie, iléostomie, entérostomie, colostomie, néo-œsophage, néopharinx, néorectum
- **(PV) Appareil urinaire construit chirurgicalement**
Comprend : appareil construit par pyélostomie, par néphrostomie, par urétérostomie, cystostomie, urétrostomie, conduit iléal

Un **site construit chirurgicalement** dans l'appareil gastrointestinal ou urinaire consiste en un site dont l'anatomie normale a été reconfigurée de façon à ce que la circulation habituelle des substances dans l'appareil soit déviée par pontage, détournement ou stomie. Les lambeaux d'interposition intestinaux et les poches créées en vue de remplacer des structures excisées, comme l'œsophage, la vessie et le rectum, sont également considérés comme des sites construits chirurgicalement.

Exemples de sites construits chirurgicalement

- Pontage gastrique (anse en Y, diversion biliopancréatique, commutation duodénale)
- Dérivation urinaire (au moyen du conduit iléal)
- Œsophagectomie avec lambeau intestinal d'interposition
- Canal de la stomie
- Réservoir iléal (poches de Kock, poche iléoanale, poche en J, poche en S)
- Néorectum, néovessie



Point clé

Les groupes de sites anatomiques OW et PV sont sélectionnés lorsque l'intervention est pratiquée pour évaluer ou traiter un **site construit chirurgicalement**. Ceci comprend l'anastomose à un site construit chirurgicalement et le canal d'une stomie. Notez toutefois qu'ils excluent l'ouverture externe d'une stomie à la surface de la peau. Dans le cas des interventions réalisées à la surface de la peau uniquement (stomie externe), comme un débridement ou une réparation, le groupe de sites anatomiques approprié est YY *Peau de sites construits chirurgicalement*. À noter que les groupes de sites anatomiques OW et PV ne comprennent pas l'anastomose à la suite d'une résection partielle avec anastomose.



Remarque importante

La résection partielle d'un segment des appareils gastrointestinal et urinaire avec simple anastomose des extrémités sans « reconfiguration » (c.-à-d. par pontage, détournement, construction d'un nouveau rectum ou d'une nouvelle vessie ou remplacement du segment par greffe avec interposition) n'est **pas** considérée comme un site construit chirurgicalement.

Lorsqu'une intervention est pratiquée sur une anastomose gastrointestinale dont le site n'est pas construit chirurgicalement, sélectionnez le groupe de sites anatomiques approprié à partir du guide ci-dessous.

Type d'anastomose	Groupe de sites anatomiques de la CCI
De l'œsophage à l'estomac	NA : Œsophage
De l'estomac à l'intestin grêle	NK : Intestin grêle
De l'intestin grêle à l'intestin grêle	NK : Intestin grêle ou NP : Intestin grêle et gros intestin
De l'intestin grêle au gros intestin	NM : Gros intestin ou NP : Intestin grêle et gros intestin
De l'intestin grêle au rectum	NQ : Rectum
Du gros intestin au rectum	NQ : Rectum
Du rectum à l'anus	NQ : Rectum

Inspection d'une stomie et inspection par l'intermédiaire d'une stomie

Lorsqu'une intervention, comme une inspection, est effectuée sur le **canal d'une stomie**, le groupe de sites anatomiques approprié est OW ou PV. Toutefois, si la stomie est uniquement utilisée comme porte d'entrée pour l'inspection du gros intestin, par exemple, le groupe de sites anatomiques approprié est NM *Gros intestin*.



Remarque importante

Dans le cas des interventions pratiquées sur le groupe de sites anatomiques OW *Sites construits chirurgicalement dans le tube digestif et les voies biliaires*, il n'est pas nécessaire de saisir le code supplémentaire 2.NM.70.^ Inspection, gros intestin pour faire la distinction entre une coloscopie et une sigmoïdoscopie.

Poches sous-cutanées

Le groupe de sites anatomiques YY *Peau de sites construits chirurgicalement* comprend également les poches sous-cutanées. Si l'intervention est réalisée au site de la poche sous-cutanée uniquement, le groupe de sites anatomiques approprié est YY. Par exemple, le remplacement d'une pile de stimulateur cardiaque ou d'un générateur d'impulsions est classé sous le bloc 1.YY.^ Interventions thérapeutiques sur la peau de sites construits chirurgicalement plutôt que sous 1.HZ.^ Interventions thérapeutiques sur le cœur NCA.



Conseil

Le remplacement d'un générateur et de la pile d'un stimulateur cardiaque (c.-à-d. pacemaker) vont ensemble. Le générateur et les piles sont tous deux remplacés, même si seulement un « changement de piles » est mentionné. Étant donné que la pile est scellée à l'intérieur du générateur d'un stimulateur cardiaque, le remplacement de la pile exige le remplacement complet du générateur.

Questionnaire d'évaluation

Répondez aux questions ci-dessous, puis vérifiez vos réponses à l'annexe A. Nous vous conseillons de passer en revue cette section chaque fois que vous avez donné une réponse incorrecte à une question.

Question 1

Lisez l'énoncé suivant et choisissez V pour « vrai » ou F pour « faux ».

V **F** Les mêmes groupes de sites anatomiques sont disponibles pour toutes les rubriques des sections 1, 2 et 3 de la CCI.

Question 2

Lisez l'énoncé suivant et choisissez V pour « vrai » ou F pour « faux ».

V **F** Si la même intervention générique (p. ex. excision d'une lésion) est pratiquée sur différents sites anatomiques, un code d'intervention doit être attribué pour chacun des sites anatomiques en question.

Question 3

Lisez l'énoncé suivant et choisissez V pour « vrai » ou F pour « faux ».

V **F** La fermeture d'une fistule œsophago-cutanée est classée sous la fermeture d'une fistule de l'œsophage et non sous la fermeture d'une fistule de la peau.

Question 4

Lisez l'énoncé se rapportant au scénario ci-dessous et choisissez V pour « vrai » ou F pour « faux ».

Scénario : Un patient a subi une réduction d'une fracture du radius.

V **F** La réduction d'une fracture du radius est classée sous la rubrique 1.TV.73.^[^]
Réduction, radius et cubitus.

Question 5

Lisez l'énoncé se rapportant au scénario ci-dessous et choisissez V pour « vrai » ou F pour « faux ».

Scénario : L'intervention que vous codifiez est « Résection d'un ostéosarcome de la diaphyse du fémur gauche ».

V **F** La résection de la diaphyse du fémur est classée sous le groupe de sites anatomiques **VA** *Articulation de la hanche*.

Question 6

Choisissez la bonne réponse.

Le prélèvement de tissu ectopique thyroïdien à l'arrière de la langue est classé sous :

- 1.FJ.87.^ Excision partielle, langue
- 1.FU.87.^ Excision partielle, glande thyroïde

Question 7

Choisissez la bonne réponse.

Un patient a subi la dilatation d'un rétrécissement du conduit de sa colostomie permanente. Le groupe de sites anatomiques approprié de cette intervention est :

- NM** Gros intestin
- OW** Sites construits chirurgicalement dans le tube digestif et les voies biliaires
- YY** Peau de sites construits chirurgicalement

Section 3.3 : Champ 3 — intervention

Introduction

Il existe des rubriques relatives aux types d'interventions pratiquées sur chaque groupe de la CCI (p. ex. le groupe de sites anatomiques). Cette composante du code désigne **quelle** intervention a été effectuée sur le groupe de sites anatomiques en question, par exemple une tomodensitométrie (du cerveau) ou le déclenchement du travail (durant le stade antepartum d'une grossesse). Le champ 3 représente toujours les types génériques d'interventions en soins de santé. Le type d'intervention correspond au troisième champ (quatrième et cinquième caractères) du code de la CCI et consiste en une valeur numérique de deux caractères. Par exemple :

1.YG.80.JA-XX-P Réparation, peau du cou, utilisation de tissu cultivé

Aux fins du présent guide, cette section portera sur les interventions thérapeutiques (interventions comprises dans la section 1 — Interventions thérapeutiques physiques et physiologiques.



Remarque

Puisque le type générique d'intervention pratiqué correspond au troisième champ du code de la CCI, l'intervention comme telle (p. ex. « amputation » ou « réparation ») est la composante centrale du code. En d'autres mots, l'intervention est la composante du code à partir de laquelle tous les autres champs dépendent. Le codificateur, à partir de la documentation, sait qu'une intervention a eu lieu et commence à rassembler les informations concernant cette intervention qui permettront la sélection du code approprié.

Déterminer les interventions à codifier

La plupart des utilisateurs de la CCI n'attribuent pas de codes à toutes les interventions. Pour des pratiques de codification efficaces, les codificateurs doivent déterminer quelles interventions pour lesquelles il existe un code de la CCI et qui sont consignées au dossier clinique doivent être codifiées. L'établissement des interventions pour lesquelles la codification est obligatoire (ou facultative) repose essentiellement sur les normes de codification et les exigences de l'établissement.

Intention générique (interventions génériques)

Survol

Le champ d'intervention du code de la CCI correspond à une valeur de deux caractères numériques qui décrit **ce qui a été réalisé**. La CCI regroupe les interventions en soins de santé en fonction du **type d'action générique** effectué. Les interventions similaires sont ainsi réunies sous une même « intervention générique », à laquelle est attribuée une valeur composée de deux caractères numériques. Par exemple, les traitements similaires comme les shunts, les greffes et les anastomoses visant à modifier la voie de circulation des liquides corporels, des gaz ou des excréments, notamment, dans une partie du corps ou entre parties du corps, sont classés sous l'intervention générique Pontage (76).

Les interventions génériques de chaque section de la CCI visent à être **faciles à différencier** les unes des autres par leur titre et leur description. Prenons par exemple les interventions génériques se rapportant aux conseils (10) et la formation (50) de la section 6. La première se rapporte aux « conseils médicaux donnés au patient », tandis que la seconde porte sur l'« enseignement de compétences nouvelles ou différentes ».

Définitions des interventions

Pour utiliser la CCI de façon optimale, il est essentiel de se familiariser avec les titres et les définitions des interventions génériques. Il est ainsi plus facile de délimiter les termes de recherche les plus pertinents pour trouver un code et de faire un choix entre différents groupes d'interventions.



Autres ressources

La section Définitions des interventions de l'annexe A — Structure du code de la CCI présente la liste de toutes les interventions génériques de chaque section de la CCI, ainsi que leur définition et des exemples d'utilisation.

Par exemple :

Pontage (76) Opération destinée à établir une voie de circulation des liquides organiques, tissus, gaz, influx nerveux et excréments, dans ou entre les sites corporels. Exclut la voie permettant de drainer une région du corps (par exemple la ventriculo-péritonéostomie).

- Shunt systémo-pulmonaire
- Pontage coronarien
- Cholécystojéjunostomie

Établissement de l'intention

L'*établissement de l'intention* consiste à faire correspondre l'intervention décrite dans la documentation aux interventions génériques utilisées dans la CCI. La personne qui a consigné l'intervention ne l'a pas fait en ayant la codification ou la déclaration de données en tête. Elle décrit l'intervention en termes cliniques, et non en termes de collecte de données. L'établissement de l'intention de l'intervention facilite la codification.

Pour « traduire » la description figurant dans la documentation dans les termes propres à la CCI, demandez-vous quel est le **plan ou l'objectif** de l'intervention réalisée. Quelle est son **intention** globale? Quel est le **résultat** final visé? Par exemple, dans le cas d'un patient qui reçoit un traitement pour traiter une tumeur, l'intention peut être de retirer ou de détruire la lésion. Ces interventions seraient classées sous *Excision — partielle, totale ou radicale* ou *Destruction*. Dans le cas d'une fracture, l'intention peut simplement consister à remettre l'os en place et à le laisser guérir (*Réduction*), ou à remettre l'os en place et à le maintenir chirurgicalement dans cette position (*Fixation*). Un patient présentant une hydrocéphalie peut subir une ventriculo-péritonéostomie (shunt ventriculopéritonéal) afin de faciliter le *drainage* des ventricules du cerveau.

Il est possible que l'intention ne soit pas aussi évidente et que vous deviez creuser un peu plus loin.

Exemple : Voici un énoncé tiré du protocole opératoire d'un patient présentant une blessure traumatique sur la partie inférieure de la jambe : « le fascia a été imbriqué à l'aide d'une technique en pan de chemise ».

Certaines mesures permettent d'établir l'intention et de trouver le code approprié pour « imbriquer » :

- Chercher la signification de « imbriquer » (soit chevaucher, à la manière de tuiles de toit).
- Vérifier la signification de « en pan de chemise » (il s'agit d'un modèle de suture selon lequel les tissus à suturer sont superposés au lieu d'être mis bout à bout; les points séparés traversent les deux couches des deux côtés).
- Faire une recherche dans Folio Views à partir du terme « imbriquer » (la CCI ne contient pas d'occurrence de « imbriquer », mais une recherche à l'aide de l'astérisque (imbri*) ou de la liste déroulante dans la partie supérieure gauche de la boîte de dialogue révèle qu'elle contient le terme « imbrication »). En passant d'une partition où figure le terme « imbrication » à l'autre, on constate que cinq des six résultats concernent une *réparation*.
- Faire une recherche dans Folio Views à partir du terme « en pan de chemise » (les deux résultats mènent à des rubriques relatives à une réparation de muscles, mais pas sur la partie inférieure de la jambe).

- Passer en revue les interventions de l'annexe A et leur description (certaines interventions génériques seront rapidement exclues en raison de leur titre, comme Acupuncture, Contrôle d'une hémorragie et Implantation d'un appareil interne). Il suffit ensuite de lire rapidement la définition de celles qui pourraient s'appliquer (p. ex. Destruction ou Incision) pour limiter les possibilités. À cet endroit, on peut lire qu'une réparation consiste en une « restauration d'une partie du corps par régénération des tissus ou par apposition chirurgicale ».

Vous disposez maintenant de quelques termes à partir desquels vous pouvez effectuer vos recherches; ils ne correspondent pas tous à des interventions génériques, mais il peut s'agir d'inclusions à l'intervention générique du code que vous cherchez. Les termes pilotes de recherche concernant ce cas sont « réparation », « suture » et « suture aponévrotique ». Ajoutez les termes mis en retrait pour trouver le code. Par exemple, la recherche avec « suture fascia partie inférieure de la jambe » vous mène au code approprié : 1.VR.80.LA *Réparation, muscles de la partie inférieure de la jambe [entourant le genou], approche ouverte et technique d'apposition simple [sutures, agrafes]*.



Conseil

Le formulaire de consentement donne parfois un indice de l'intention de l'intervention. Prenons par exemple un cas où la documentation indique que l'intervention pratiquée est une « opération de Halsted ». Il se peut que le formulaire de consentement révèle que l'intervention à laquelle le patient a consenti consiste en la « réparation d'une hernie ». Vous pouvez également vous imaginer dans le cabinet du médecin, discutant de l'intervention qui sera réalisée. Le médecin dirait : « J'ai l'intention de... » ou « Le résultat visé est... ».

Différences entre certaines interventions génériques

Les interventions génériques de chaque section de la CCI doivent être faciles à différencier les unes des autres par leur titre et leur description, mais la réalité est parfois plus complexe. Cette section traite des difficultés à distinguer certaines interventions génériques.

Drainage (52) et dilatation (50)

Un *drainage* (52) consiste à extraire du corps un liquide comme de l'eau, du sang ou du pus présent dans une blessure ou une partie du corps, habituellement à l'aide d'un tube. La *dilatation* (50) consiste, quant à elle, à rétablir la perméabilité (c.-à-d. état ouvert, débouché) d'une partie corporelle afin de restaurer la circulation normale des liquides dans le corps.

Par exemple, la rubrique 1.PE.50.^[^] *Dilatation, bassinnet du rein* comprend des interventions comme l'insertion d'un stent ou la dilatation au ballonnet dont l'intention est de rétablir le flux urinaire du bassinnet vers la vessie. En revanche, 1.PE.52.^[^] *Drainage, bassinnet du rein* comprend des interventions telles que l'insertion d'une sonde de pyélostomie dont l'intention est de dévier (rediriger) le flux urinaire du bassinnet jusqu'à l'extérieur du corps.



Remarque

La dilatation et le drainage vont parfois de pair : l'intention première est de dilater et un drainage (temporaire) est effectué. Par exemple, sous la rubrique 1.PV.52.^[^] *Drainage, appareil urinaire construit chirurgicalement* figurent la note d'exclusion suivante : *À l'exclusion de* : avec insertion concomitante d'une endoprothèse [stent, tuteur] à l'intérieur de l'abouchement (voir 1.PV.50.^[^]). Lorsque l'intervention pratiquée comprend une dilatation et un drainage, il faut sélectionner un code de la rubrique 1.PV.50.^[^] *Dilatation, appareil urinaire construit chirurgicalement*, qui inclut les deux.

Réparation de réduction (78) et excision partielle (87)

La différence fondamentale entre ces deux interventions génériques est le résultat visé (ou l'intention!). La *réparation de réduction* (78) consiste en la résection de tissus (souvent normaux) dans l'intention de corriger un problème connexe ou d'améliorer l'apparence. Le prélèvement en soi ne constitue qu'un moyen d'arriver au résultat visé; il est effectué dans un autre but. En revanche, une *excision partielle* (87) consiste à prélever des tissus atteints. Le prélèvement de ces tissus représente le résultat visé.

Par exemple, la rubrique 1.CX.78.^[^] *Réparation de réduction, paupière NCA* comprend la blépharoplastie dont l'intention est de retirer l'excès de tissus normaux (poches), habituellement associé au vieillissement, de la paupière supérieure ou inférieure afin d'en améliorer l'apparence. La rubrique 1.GT.78.^[^] *Réparation de réduction, poumon NCA*, quant à elle, comprend la réduction du volume pulmonaire, une chirurgie pratiquée sur les patients souffrant d'emphysème grave, qui consiste à prélever une partie du poumon emphysémateux afin de permettre aux tissus restants de se gonfler plus pleinement et de rétablir une partie de la capacité respiratoire du patient. En revanche, la rubrique 1.CX.87.^[^] *Excision partielle, paupière NCA* comprend l'excision des chalazions (kystes de la paupière), dont l'unique intention est de prélever les tissus atteints.



Avertissement

Il ne faut pas confondre le terme *réduction* utilisé dans le contexte de certaines interventions de réparation de réduction (p. ex. la *gastroplastie de réduction* visant la perte de poids) avec l'intervention générique *Réduction* (73), qui correspond aux interventions dont le but est de remettre une partie du corps en place (p. ex. la réduction d'une fracture).

Excision : partielle (87), totale (89) et radicale (91)

La terminologie médicale décrit le concept d'excision de nombreuses façons. Les utilisateurs de la CCI doivent s'appuyer sur les définitions génériques fournies pour déterminer le type d'excision pratiqué. De façon générale, l'intervention *excision partielle* (87) est sélectionnée lorsqu'une **portion** d'un organe ou d'une partie du corps est prélevée; l'intervention *excision totale* (89) est sélectionnée lorsque la **totalité** de l'organe ou de la partie du corps est prélevée et l'intervention *excision radicale* (91) est sélectionnée lorsqu'une portion ou la totalité (plus courant) d'un organe ou d'une partie du corps **et des tissus adjacents** est prélevée. Les tissus adjacents se rapportent aux structures d'un autre système ou appareil de l'organisme.

Excision radicale

Le concept d'excision « radicale » est présent dans la CCI seulement s'il est pertinent sur le plan clinique. Des notes précisant le type de tissus adjacents habituellement prélevés figurent aux rubriques relatives à l'excision radicale. L'excision de certains ou de tous les tissus indiqués (plus ou moins les tissus supplémentaires à proximité) consiste en une excision radicale.



Remarque

La dissection des ganglions lymphatiques régionaux concomitants peut faire partie du code d'excision radicale ou non. Les codificateurs doivent s'appuyer sur les inclusions, les notes et les directives *À codifier aussi* de la rubrique.

Exemple : Sous la rubrique 1.PC.91.^[^] *Excision radicale, rein* figure la note suivante : « Implique l'ablation du rein, de la glande surrénale, de l'artère et de la veine rénales, et de tous les tissus périnéphrétiques du fascia de Gerota ». S'y trouve également la directive *À codifier aussi* suivante : « Toute excision de ganglions lymphatiques (voir 1.MH.89.^[^]) ».

Scénario : Un patient a subi une « néphrectomie radicale ouverte » avec conservation de la glande surrénale. Le protocole opératoire ne fait pas mention d'un prélèvement de ganglion lymphatique. Tous les tissus adjacents indiqués dans la note ont été retirés à l'exception de la glande surrénale. Le fait que la glande surrénale ait été conservée n'empêche pas l'utilisation du code relatif à l'excision radicale du rein, dans ce cas-ci. En outre, puisqu'il n'y a pas eu excision de ganglion lymphatique, un code additionnel n'est pas requis.



Point clé

Une excision radicale n'a pas besoin d'être pratiquée systématiquement sur **tous** les tissus adjacents indiqués dans la note. Les excisions décrites comme *radicales modifiées* constituent des exemples d'interventions classées sous une rubrique relative à une excision radicale, même si certains organes ou tissus sont conservés. En outre, dans une excision radicale, l'organe ou la partie du corps n'est pas nécessairement prélevé en entier. Il peut arriver qu'une excision partielle considérable touche des structures adjacentes et comprenne la réparation complexe d'un défaut chirurgical important. L'intervention générique *Excision radicale* est souvent sélectionnée dans le cas d'une intervention chirurgicale définitive visant une tumeur maligne de grande taille.

Réinterventions

Lorsqu'un organe ou une partie du corps ont déjà été prélevés et que le patient subit l'excision du reste de cet organe ou de cette partie du corps, l'intervention est classée comme une excision totale. En effet, le résultat visé est l'ablation complète de cet organe ou de cette partie du corps, qui peut entraîner des conséquences fonctionnelles différentes de celles liées à la conservation d'une partie.

Exemple : Une patiente qui a déjà subi la résection d'un quadrant du sein retourne pour une nouvelle intervention visant l'ablation du reste du sein. Celle-ci est codifiée sous la rubrique 1.YM.89.^[^] *Excision totale, sein*.

Codes d'intervention multiples

La CCI est conçue de façon à limiter le nombre de codes nécessaires pour saisir adéquatement les données d'intervention. À cette fin, elle prévoit de nombreux codes composés, qui intègrent au moins deux interventions potentiellement indépendantes généralement pratiquées en même temps. Il existe toutefois certaines circonstances où plusieurs codes peuvent et doivent être attribués, et d'autres où il ne faut clairement pas utiliser de code additionnel.

Circonstances d'attribution de codes d'intervention multiples

Plusieurs codes de la CCI doivent être attribués pour un même épisode d'intervention dans les circonstances ci-dessous.

a) Plusieurs interventions génériques pratiquées sur un même groupe de sites anatomiques

Lorsque différentes interventions génériques sont réalisées sur divers sites faisant partie du même groupe de sites anatomiques, des codes multiples sont attribués.

Exemple : Extraction d'un corps étranger de la peau d'un orteil et suture d'une lacération de la peau du pied

- | | |
|------------|--|
| 1.YW.80.LA | Réparation, peau du pied, par technique d'apposition (suture) |
| 1.YW.56.LA | Retrait d'un corps étranger, peau du pied, approche ouverte (incision) |

Explication : La peau de l'orteil et la peau du pied constituent deux sites anatomiques distincts faisant partie du groupe YW. Les deux interventions génériques effectuées — retrait d'un corps étranger (56) et réparation (80) — ne sont pas les mêmes; elles doivent donc être toutes deux codifiées.

b) Interventions touchant différents groupes de sites anatomiques

Lorsqu'une même intervention générique est réalisée sur des sites faisant partie de groupes de sites anatomiques différents, des codes multiples sont attribués.

Exemple : Suture d'une lacération de la peau du pied et de la peau du bras

- | | |
|------------|---|
| 1.YW.80.LA | Réparation, peau du pied, par technique d'apposition (suture) |
| 1.YT.80.LA | Réparation, peau du bras, par technique d'apposition (suture) |

Explication : L'intervention générique *réparation* (80) est la même pour les deux sites anatomiques. Toutefois, la peau du pied fait partie du groupe de sites anatomiques YW et la peau du bras, du groupe YT; la réparation est donc saisie pour les deux sites.



Remarque

Un même type d'intervention pratiqué simultanément sur un autre site est parfois accompagné d'une directive *À codifier aussi*. Par exemple :

1.OJ.87.LA Excision partielle, pancréas, approche ouverte

À codifier aussi : Toute résection concomitante du gros intestin [par exemple, angle gauche du côlon] (voir 1.NM.87.^.)

c) Différentes interventions génériques pratiquées sur des groupes de sites anatomiques distincts

Lorsque différentes interventions génériques sont réalisées sur des sites faisant partie de groupes de sites anatomiques distincts, des codes multiples sont attribués.

Exemple : Suture d'une lacération de la peau du pied et réduction fermée d'une fracture de l'humérus

1.YW.80.LA Réparation, peau du pied, par technique d'apposition (suture)

1.TK.73.JA Réduction, humérus, approche fermée [externe]

Explication : Deux interventions génériques différentes — réparation (80) et réduction (73) — ont été pratiquées sur des sites faisant partie de groupes de sites anatomiques distincts — peau du pied (YW) et humérus (TK). Des codes multiples sont donc attribués.



Remarque

Une intervention additionnelle pratiquée simultanément sur un autre site est parfois accompagnée d'une directive *À codifier aussi*. Par exemple :

1.OT.13.LA-NP Contrôle d'une hémorragie, cavité abdominale, approche ouverte, conservation du paquetage in situ

À codifier aussi : Toute fermeture temporaire de l'abdomen afin de faciliter le retrait ultérieur du paquetage (voir 1.SY.80.^^)

d) Interventions réalisées sur des sites bilatéraux pour lesquelles une composante du code de la CCI varie

Lorsque les mêmes interventions génériques sont pratiquées sur des sites bilatéraux et qu'une composante du code de la CCI varie, des codes multiples sont attribués (avec ou sans l'attribut d'unilatéralité, qui est obligatoire lorsque disponible). Lorsque la même intervention générique est pratiquée sur des sites bilatéraux, un seul code est attribué (avec ou sans l'attribut de bilatéralité, qui est obligatoire lorsque disponible).

Exemple 1 : Réduction fermée d'une fracture de l'humérus droit et réduction ouverte avec fixation par vis de l'humérus gauche

1.TK.74.LA-NW Fixation, humérus, approche ouverte sans utilisation de tissu, utilisation de plaque, vis

Attribut de lieu : L Gauche [diaphyse ou SAI] (facultatif)

1.TK.73.JA Réduction, humérus, approche fermée [externe]

Attribut de lieu : R Droit (facultatif)

Explication : Deux interventions génériques différentes — réduction (73) et fixation (74) — ont été pratiquées sur des sites bilatéraux — humérus gauche et humérus droit. Des codes multiples sont donc attribués. L'attribut de lieu de ces rubriques (L pour *gauche* et R pour *droit*) est facultatif parce qu'il s'agit de deux interventions génériques différentes.

Exemple 2 : Réduction fermée d'une fracture de l'humérus droit et réduction ouverte d'une fracture de l'humérus gauche

1.TK.73.JA Réduction, humérus, approche fermée [externe]
Attribut de lieu : R Droit (obligatoire)

1.TK.73.LA Réduction, humérus, approche ouverte
Attribut de lieu : L Gauche (obligatoire)

Explication : La même intervention générique — réduction (73) — a été réalisée sur les humérus gauche et droit, mais l'approche n'était pas la même. Des codes multiples sont donc attribués. L'attribut de lieu obligatoire décrit l'intervention spécifique de réduction qui a été pratiquée sur chacun des sites et indique que les interventions ont été pratiquées différemment pour chaque site.

Exemple 3 : Réduction fermée d'une fracture de l'humérus droit et réduction fermée d'une fracture de l'humérus gauche

1.TK.73.JA Réduction, humérus, approche fermée [externe]
Attribut de lieu : B Bilatéral (obligatoire)

Explication : La même intervention générique — réduction d'une fracture de l'humérus à l'aide d'une approche fermée — a été pratiquée sur les humérus gauche et droit. Un seul code est donc attribué. L'attribut de lieu obligatoire indique que la réduction telle que décrite a été pratiquée bilatéralement.

e) Rubrique contenant diverses interventions au sein du regroupement de l'intervention générique

Certaines rubriques renferment différentes interventions. Lorsque plus d'un type d'intervention faisant partie de l'une de ces rubriques est effectuée, des codes d'intervention multiples sont attribués.

Exemple 4 : Un patient a subi une œsophagogastroduodénoscopie (par la cavité buccale) et une iléoscopie (par le rectum).

2.NK.70.BA-BL Inspection, intestin grêle, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et gastroscope

2.NK.70.BD-BK Inspection, intestin grêle, approche endoscopique rétrograde par voie naturelle (via le rectum) et entéroscopie à (double) ballonnet

Explication : Deux interventions différentes — œsophagogastroduodénoscopie (par la bouche) et iléoscopie (par le rectum) — ont été effectuées. Elles font toutes deux partie de la rubrique 2.NK.70.^[^] *Inspection, intestin grêle*. Des codes multiples sont donc attribués.

f) Rubrique contenant une directive de codifier toutes les interventions qui s'appliquent

Une autre possibilité est lorsque l'attribution de codes multiples de la même rubrique est appropriée, car une directive indique de « codifier toutes les interventions qui s'appliquent ». Consultez la section 2.1 : Codifier toutes les interventions qui s'appliquent pour en savoir plus à ce sujet.

Circonstances de non-attribution de codes d'intervention multiples

Les interventions multiples d'un même épisode ne sont pas codifiées dans les circonstances suivantes :

- il existe un code composé relatif aux interventions ou aux sites anatomiques;
- il y a présence d'une directive d'omission de code (directive *Ne pas utiliser*);
- au moins deux techniques, dispositifs, agents ou tissus sont utilisés pour une même intervention; et
- une même intervention est pratiquée sur des sites bilatéraux.

Questionnaire d'évaluation

Répondez aux questions ci-dessous, puis vérifiez vos réponses à l'annexe A. Nous vous conseillons de passer en revue cette section chaque fois que vous avez donné une réponse incorrecte à une question.

Question 1

Lisez l'énoncé suivant et choisissez V pour « vrai » ou F pour « faux ».

- V** **F** L'établissement de l'intention d'une intervention aide à la codification en facilitant la mise en correspondance de l'intervention décrite dans la documentation avec les interventions génériques utilisées dans la CCI.

Question 2

Lisez l'énoncé suivant et choisissez V pour « vrai » ou F pour « faux ».

- V** **F** L'intervention générique *Drainage* (52) se rapporte au rétablissement de la perméabilité d'une partie du corps afin de restaurer la circulation normale des liquides **dans le corps**, tandis que l'intervention générique *Dilatation* (50) se rapporte à l'évacuation **à l'extérieur du corps** de liquide présent dans une blessure ou une partie du corps.

Question 3

Lisez l'énoncé se rapportant au scénario ci-dessous et choisissez V pour « vrai » ou F pour « faux ».

Scénario : Un patient a subi la réparation de hernies inguinales bilatérales au cours du même épisode d'intervention. Les deux ont été réparées par laparoscopie en passant par des incisions distinctes au niveau de l'aîne; le côté gauche a nécessité des mailles et le côté droit, une suture simple.

- V** **F** Deux codes sont requis pour classer les interventions pratiquées : un pour la réparation avec mailles (côté gauche) et un autre pour la réparation sans utilisation de tissu (côté droit).

Question 4

Choisissez la bonne réponse.

La description « ablation d'une portion d'un organe ou d'une partie du corps et des tissus adjacents » se rapporte à l'intervention générique :

- Excision partielle (87)
- Excision radicale (91)
- Excision totale (89)

Section 3.4 : Champ 4 — qualificateur 1 : approche ou technique

Introduction

Le qualificateur 1 décrit comment (ou pourquoi) l'intervention a été réalisée. Le qualificateur de l'approche ou de la technique correspond au quatrième champ (sixième et septième caractères) du code de la CCI et consiste en deux caractères alphabétiques. Par exemple :

1.YG.80.**JA**-XX-P Réparation, peau du cou, utilisation de tissu cultivé

Aperçu

Le qualificateur 1 (champ 4) est la composante du code de la CCI qui décrit **comment** l'intervention a été pratiquée. Il est composé de deux caractères alphabétiques dont la nature dépend de la section. Dans les sections 1, 2 et 3, le qualificateur 1 sert à saisir l'approche et la technique employées durant une intervention. Dans la section 5, il désigne l'approche et la technique ou la méthode. Dans la section 6, il permet de saisir la technique ou la raison. Dans la section 7, il représente la raison ou la méthode et finalement, dans la section 8, il désigne la méthode d'administration. La présente section porte sur l'utilisation du qualificateur 1 dans les sections 1, 2 et 3 de la CCI.



Avertissement

Pour être complet, un code de la CCI doit comprendre un qualificateur 1.
Un code complet est composé d'un minimum de 7 caractères et d'un maximum de 10 caractères.

Exemple 1

1.VA.74.LA-NW Fixation, articulation de la hanche, approche ouverte, dispositif de fixation uniquement, utilisation de plaque, vis

Explication : Le qualificateur **LA** représente une approche ouverte utilisée au cours de l'intervention.

Exemple 2

1.ZZ.35.HA-C1 Pharmacothérapie, corps entier, agents du sang et des organes hématopoïétiques, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique], utilisation d'un agent antithrombotique

Explication : Le qualificateur **HA** représente une approche percutanée à l'aiguille (injection) utilisée au cours de l'intervention.

Approche plus ou moins technique

Le qualificateur 1 comprend *habituellement* toujours l'approche opératoire, mais il précise aussi souvent l'approche et la ou les techniques utilisées lors de l'intervention.



Conseil

La plupart du temps, le qualificateur 1 indique l'approche (plus ou moins la technique) qui a été utilisée pour l'intervention; toutefois, il y a quelques qualificateurs « 1 » qui ne le sont pas. Par exemple. « HZ » indique la présence d'un dispositif à élution qui est implanté : 1.IL.35.HZ-M8 *Pharmacothérapie (locale), vaisseaux cardiaques, élution par un dispositif implanté, agent immunosuppresseur*. La présence d'un dispositif implanté à élution HZ qui est implanté décrit la technique relevant de la pharmacothérapie.

Exemple 1

1.VA.74.LA-NW Fixation, articulation de la hanche, approche ouverte, dispositif de fixation uniquement, utilisation de plaque, vis

Explication : Dans cet exemple, le qualificateur d'approche **LA** indique seulement qu'une approche ouverte a été pratiquée au cours de cette intervention.

Exemple 2

1.NF.78.BN Réparation de réduction, estomac, approche endoscopique par voie naturelle, technique avec agrafage circulaire ou suture circulaire [plicature]

Explication : Le qualificateur d'approche **BN** dénote le fait que l'intervention a été pratiquée à l'aide d'une approche endoscopique par voie naturelle et d'une technique avec agrafage ou suture circulaire.

Description générique et description détaillée

Les valeurs du qualificateur 1 sont génériques (normalisées). Leur signification est donc constante tout au long de la classification. La description générique peut toutefois être modifiée pour créer une description détaillée propre à une rubrique ou à un code afin de refléter plus précisément la nature de l'intervention en question et d'aider le codificateur. Par exemple, la description générique du qualificateur d'approche **DA** est *approche endoscopique*, mais au code 1.AC.53.**DA**-PL *Implantation d'un appareil interne, ventricules cérébraux, dispositif de mesure/surveillance de la pression, approche endoscopique [ventriculoscopie]*, la description de l'approche précise également le type d'endoscope utilisé sur ce site.



Autres ressources

Consultez l'annexe A — Structure du code de la CCI, Qualificateur 1 dans Folio Views pour obtenir la liste complète des valeurs du qualificateur 1 et leur description générique pour les différentes sections de la CCI. Il s'agit uniquement d'une liste de référence (résumé); un qualificateur peut être valide (disponible) ou non pour une intervention donnée.

Approche

L'approche opératoire correspond au moyen par lequel le dispensateur de soins accède au site de l'intervention et expose suffisamment le site chirurgical sur lequel est pratiquée l'intervention. Une approche opératoire peut comporter de longues incisions ou n'en comporter aucune, et nombreuses sont les variations utilisées pour une intervention donnée.

Caractère effractif

Les approches opératoires utilisées pour accéder au site d'intervention sont de moins en moins effractives. Des termes comme « non effractive », « à effraction minimale » et « mini invasive » sont courants. On voit même l'expression « minimiser la chirurgie à effraction minimale ». En comprenant la façon dont les approches opératoires sont classées dans la CCI, les codificateurs seront en mesure d'attribuer l'approche appropriée avec assurance en toutes circonstances.



Conseil

Une source, qui rappelle que la chirurgie de la vésicule biliaire est passée d'une grande incision de 30 cm sous la cage thoracique du côté droit à quatre petites incisions laparoscopiques, puis à une seule incision cachée dans le nombril, s'étonne de l'extraordinaire rapidité de l'évolution de la chirurgie à effraction minimale¹. Une autre source fait état d'un orifice d'accès à instruments multiples destiné aux endoscopies : « Le SILS Port est un dispositif flexible qui peut être inséré après une petite incision dans le nombril. Le chirurgien peut ensuite introduire jusqu'à trois instruments laparoscopiques, comme des ciseaux ou une pince, par les trous du dispositif². »

Principaux types d'approches

De nombreuses méthodes (et combinaisons de méthodes) permettent d'accéder aux sites d'intervention et de les exposer. Celles-ci dépendent de certains facteurs tels que le type d'intervention pratiquée, l'ampleur de l'exposition du site chirurgical nécessaire et la préférence du dispensateur de soins.

Le tableau qui suit présente les principaux types d'approches que comprend la CCI.

Type d'approche	Qualificateur de base*	Méthode d'accès	Exemples	Remarques
Approche ouverte[†]	LA	Par incision	Suture de la trachée au moyen d'une incision du cou (sur le devant) afin d'exposer la lacération de la trachée	L'incision (ouverture chirurgicale) peut passer à travers tout type de tissu, par exemple un os (craniotomie) pour permettre l'accès au cerveau.
Approche endoscopique	DA	Par endoscope	Drainage arthroscopique de l'articulation de l'épaule	Un endoscope peut être inséré de deux façons : par voie naturelle ou par une ou plusieurs petites incisions. Dans ce dernier cas, l'approche est aussi appelée « endoscopique percutanée ». Si l'endoscope est introduit de cette façon, on attribue le qualificateur d'approche de base DA.
Approche par voie naturelle	CA	Par une ouverture corporelle naturelle	Retrait d'un stent de la trompe d'Eustache par voie nasale	Une fois à l'intérieur de l'ouverture naturelle, les « approches supplémentaires » correspondent aux techniques (p. ex. à l'aiguille, avec incision).
Approche externe	JA	Effectuée à l'extérieur du corps	Retrait de sutures cornéennes; radiation de l'hypophyse au moyen d'un faisceau externe	Parfois appelée « approche fermée ».

Type d'approche	Qualificateur de base*	Méthode d'accès	Exemples	Remarques
Approche percutanée	HA	Par la peau	Drainage de la glande parotide par aspiration percutanée; injection locale ou systémique d'un agent (p. ex. injection d'un agent antihémorragique dans l'artère afin de contrôler une hémorragie)	L'approche percutanée comprend les interventions réalisées par l'intermédiaire du site (une fois l'accès initial obtenu pour commencer l'intervention). Exemples : par cathéter ou transcathéter (p. ex. infusion d'un agent pharmacologique); à l'aiguille (p. ex. injection d'un agent pharmacologique); à distance par les vaisseaux sanguins (p. ex. transartérielle, transluminale, angioplastie coronaire).

Remarques

* Essentiellement, un qualificateur d'approche de base est sélectionné lorsqu'une seule méthode a été utilisée pour accéder au site de l'intervention. Lorsque des approches sont combinées, la valeur du qualificateur change. Par exemple, le qualificateur DA correspond à l'approche arthroscopique (endoscope inséré dans une articulation au moyen d'une incision). Or, si l'approche est endoscopique par voie naturelle, le qualificateur devient BA (p. ex. dans le cas d'une coloscopie, lors de laquelle un endoscope est introduit dans le côlon par une ouverture naturelle). Il se peut aussi qu'une approche combinée très précise soit utilisée, comme l'approche combinée endoscopique et thoracoabdominale (approches endoscopique et ouverte, deux cavités), dont la désignation est FA.

† L'approche ouverte (LA) a parfois une signification différente; LA n'est pas la méthode utilisée pour avoir accès, mais plutôt la technique utilisée pour accomplir l'intervention. Par exemple, au code 1.YE.52.^*Drainage, lèvre*, il y a l'option LA comme qualificateur 1. Celui-ci est utilisé lorsque la lèvre est incisée pour effectuer le drainage (par opposition à HA, par exemple, qui est une aspiration à l'aiguille).

Faire la distinction entre les approches

Il est parfois difficile d'établir la différence entre les approches disponibles pour une intervention donnée. Un examen attentif des options vous permettra d'y arriver.

Exemple 1 : À la rubrique 1.ET.56.^*Retrait d'un corps étranger, nez* figurent trois options d'approches qui peuvent servir à retirer un corps étranger du nez :

- 1.ET.56.CA approche par voie naturelle
- 1.ET.56.JA approche externe (extraction simple)
- 1.ET.56.LA approche ouverte (incision)

Le qualificateur d'approche CA — approche par voie naturelle — signifie que le dispensateur de soins a atteint l'intérieur de l'une des narines (ouvertures nasales) pour retirer un corps étranger qui s'y logeait ou qui se trouvait dans la cavité nasale, et ce, sans toucher aux tissus. Le corps étranger peut être retiré par extraction mécanique (pince), par irrigation ou succion, ou les deux.

Le qualificateur d'approche JA — approche externe (extraction simple) — signifie que le dispensateur de soins n'a pas eu à accéder au corps étranger par les narines ou en faisant une incision. Celui-ci était visible de l'extérieur du corps et a été retiré manuellement ou mécaniquement (p. ex. à l'aide d'une pince).

Le qualificateur d'approche LA — approche ouverte (incision) — signifie que le dispensateur de soins a dû pratiquer une incision pour exposer adéquatement le corps étranger et le retirer. Ce serait le cas par exemple d'un corps étranger enclavé parce qu'il était logé dans le nez depuis un certain temps. Il pourrait alors être nécessaire d'utiliser une approche par voie naturelle et de faire une incision pour l'atteindre et le retirer.

Exemple 2 : À la rubrique 1.TA.52.^^ *Drainage, articulation de l'épaule* figurent quatre options de qualificateurs pour décrire la méthode de drainage de l'articulation de l'épaule :

1.TA.52.DA approche endoscopique [arthroscopie]

1.TA.52.HA par aspiration percutanée (à l'aiguille)

1.TA.52.WJ approche ouverte par excision [par exemple, bursectomie]

1.TA.52.WK approche ouverte par incision [par exemple, bursotomie]

Le qualificateur d'approche DA — approche endoscopique [arthroscopie] — signifie que le dispensateur de soins a inséré un arthroscope dans l'épaule par une ou plusieurs petites incisions et qu'à l'aide d'instruments également introduits par une ou plusieurs petites incisions, il a drainé l'articulation de l'épaule, laissant le tissu intact.

Le qualificateur d'approche HA — par aspiration percutanée (à l'aiguille) — signifie que le dispensateur de soins a fait pénétrer une seringue (aiguille reliée à un cylindre étroit muni d'un piston) dans l'articulation de l'épaule en passant à travers la peau et d'autres structures afin d'aspirer le liquide.

Le qualificateur d'approche WJ — approche ouverte par excision — signifie que le dispensateur de soins a pratiqué une incision dans l'articulation de l'épaule et qu'il y a excisé des tissus afin de procéder au drainage.

Le qualificateur d'approche WK — approche ouverte par incision — signifie que le dispensateur de soins a pratiqué une incision dans l'articulation de l'épaule et qu'il y a incisé des tissus afin de procéder au drainage.



Conseil

Pour vous aider à faire la distinction entre les options d'approches disponibles, imaginez le médecin (ou vous-même) réaliser l'intervention. Que fait-il à l'aide de cette approche? Fait-il une incision? Se sert-il d'une pince pour atteindre l'intérieur d'une ouverture naturelle? Ne va-t-il pas du tout à l'intérieur du corps?

Approche percutanée et approche ouverte

La frontière est mince entre, d'une part, une ponction ou une (très) petite incision qui peut être décrite comme percutanée et, d'autre part, ce qui constitue une approche ouverte, de sorte qu'il n'existe pas de règle stricte permettant de les distinguer (c.-à-d. qu'on ne peut dire à quel moment une approche percutanée devient ouverte). L'approche ouverte se décline également sous différentes formes. Ainsi, une approche « mini invasive » se caractérise par une incision plus petite (approche ouverte) que l'approche classique. Chaque spécialité chirurgicale recourt à diverses approches — et à une terminologie — en constante évolution.

De façon générale, les codificateurs doivent se baser sur la documentation. Si cette dernière contient le terme « percutanée », codifiez l'approche en tant que telle; de même, si le terme « ouverte » est employé, codifiez-la comme une approche ouverte. En cas de doute, le mieux est de demander au médecin.



Conseil

Prenez garde de ne pas associer systématiquement la mention d'un **fil-guide** (ou fil guide) à un type d'approche opératoire donné. Un fil-guide est un fil mince, généralement flexible, qui peut être introduit dans un espace restreint ou sinueux afin de servir de guide pour une intervention subséquente. Les fils-guides sont destinés à plusieurs usages, notamment pour mettre en place un cathéter intraveineux, une voie intraveineuse centrale ou une sonde gastrique pour gavage, ou encore pour localiser une tumeur du sein en vue d'une chirurgie. Ce sont tous là des exemples d'approches percutanées : par la peau pour accéder à un vaisseau sanguin (transluminale percutanée), à l'estomac ou à une tumeur. Les fils-guides peuvent également servir dans le cadre d'autres types d'approches opératoires. Ils peuvent par exemple être utilisés en chirurgie orthopédique ouverte, où ils sont être aussi parfois appelés « **broches-guides** ». Une broche-guide peut être d'abord installée sur la partie centrale du col du fémur lors d'une arthroplastie de la hanche afin d'établir la voie en vue du resurfaçage de l'os et de l'insertion de l'implant.

Approches combinées

Il arrive souvent que le dispensateur de soins ait recours à plus d'une approche opératoire pour pratiquer une même intervention. Dans ce cas, un seul qualificateur d'approche doit être sélectionné à partir des options disponibles à la rubrique en question. La CCI contient de nombreux qualificateurs propres à des combinaisons d'approches précises, disponibles pour les interventions où elles sont courantes.



Point clé

Un seul code à un seul qualificateur d'approche, indiquant l'approche unique ou combinée, peut être attribué à **chaque intervention distincte** réalisée. Si un qualificateur d'approche n'est pas disponible pour l'approche pratiquée, attribuez celui qui convient le mieux au cas. Vous pouvez donner suite en soumettant une question de codification demandant l'ajout d'un qualificateur d'approche à la rubrique en question. Faites également parvenir la documentation faisant mention de l'approche utilisée.



Conseil

Prenez garde de ne pas confondre « même intervention » et « même épisode d'intervention ». Au cours d'un épisode d'intervention, plus d'un type d'intervention peut être pratiquée. Un qualificateur d'approche sera attribué à chaque code de chaque intervention selon la ou les approches opératoires employées.

Technique

La technique opératoire représente la méthode utilisée par le dispensateur de soins pour effectuer l'intervention. Elle est parfois combinée à l'approche dans le qualificateur 1. Par exemple, le qualificateur 1 WU correspond à *approche ouverte avec technique de ténodèse*. La technique peut également être incluse au code de la CCI d'autres façons.

Exemple

1.TC.80.WU-NW-A Réparation, coiffe des rotateurs, approche ouverte, par ténodèse avec fixation de vis [par exemple, tendon avec cheville osseuse fixée à l'os à l'aide d'une vis], avec autogreffe [par exemple, tendon, fascia]

Explication : Le qualificateur 1 (WU) — approche ouverte, par ténodèse — inclut à la fois l'approche (ouverte) et la technique (ténodèse). La fixation par vis est définie par le qualificateur 2 (NW) et l'autogreffe, par le qualificateur 3 (A).

Façons d'inclure la technique aux codes de la CCI

Le dispensateur de soins utilise toujours une technique ou une autre (ou une combinaison de techniques) pour pratiquer l'intervention. Dans la CCI, la technique est parfois précisée à l'aide du qualificateur 1 et, parfois, avec le qualificateur 2. Il arrive aussi qu'un aspect de la technique (le tissu utilisé) soit indiqué dans le qualificateur 3 ou qu'une technique soit incluse sous un autre code. D'autres fois, elle est intégrée au titre du code ou n'est pas exprimée du tout.

Exemple 1

1.FX.50.WK *Dilatation, oropharynx, approche par voie naturelle, par technique d'incision*

Explication : Dans cet exemple, le qualificateur 1 (WK) définit l'approche (par voie naturelle) et la technique (incision).

Exemple 2

1.FX.50.BA-BP *Dilatation, oropharynx, approche endoscopique par voie naturelle, par dilatateur rigide*

Explication : Dans cet exemple, l'approche (endoscopique par voie naturelle) et la technique (utilisation d'un dilatateur rigide) sont indiquées séparément dans le qualificateur 1 (BA) et 2 (BP), respectivement.

Exemple 3

1.FX.87.LA-XX-G *Excision partielle, oropharynx, approche ouverte et lambeau pédiculé [p. ex., lambeau deltopectoral, ou lambeau de front, de muscle grand pectoral ou de langue] (pour fermer le défaut)*

Explication : Dans cet exemple, le qualificateur 1 (LA) représente uniquement l'approche (ouverte). Il n'y a pas de qualificateur 2 (la valeur du champ est remplacée par XX). Le qualificateur 3 (G) indique que la technique utilisée dans le cadre de l'intervention globale d'excision partielle de l'oropharynx a nécessité l'utilisation d'un tissu (en l'occurrence un lambeau pédiculé). Cela signifie que la technique principale ayant servi à l'excision était la résection (couper et enlever) d'une partie de l'oropharynx.

Exemple 4

1.FX.87.BA *Excision partielle, oropharynx, approche endoscopique par voie naturelle (et technique d'apposition simple ou sans fermeture)*

Dans cet exemple, le qualificateur 1 (BA) reflète l'approche uniquement (endoscopique par voie naturelle). Le titre du code indique que soit aucune technique de fermeture n'a été requise (p. ex. si une partie de l'oropharynx a été excisée, mais que seule une cautérisation a été nécessaire pour fermer la plaie), soit une simple technique de suture a été appliquée. Les techniques « simples » ou « courantes » sur lesquelles s'appuie une intervention donnée sont souvent intégrées au titre du code.

Exemple 5

La rubrique 1.GJ.26.^[^] *Brachythérapie, trachée* contient quatre choix de qualificateur :

- 1.GJ.26.BA approche endoscopique par voie naturelle
- 1.GJ.26.CA approche par voie naturelle
- 1.GJ.26.HA approche percutanée (cathéter ou aiguille)
- 1.GJ.26.LA approche ouverte (incision)

Explication : Les quatre codes de la rubrique relative à la brachythérapie de la trachée ne reflètent que l'approche opératoire permettant d'accéder au site chirurgical et de l'exposer. La technique ayant servi à transférer le matériel radioactif dans le contenant ou l'organisme ne fait pas du tout partie du code.

Exemple 6

- 1.NM.87.DF Excision partielle, gros intestin, approche endoscopique [laparoscopie, laparoscopie assistée, laparoscopie assistée manuellement], anastomose par colocolostomie
- 7.SF.14.ZX Télémanipulation robotisée d'outils, service, utilisation d'un système NCA

Explication : La sigmoïdectomie par laparoscopie avec assistance d'un système robotisé nécessite l'attribution de deux codes. Dans le premier, le qualificateur 1 (DF) indique l'approche (endoscopique) et la technique (anastomose par colocolostomie). Le deuxième code indique que l'intervention a été pratiquée à l'aide d'un système robotisé.

Exemple 7

- 1.NF.86.MR-XX-A Fermeture de fistule, estomac, par autogreffe [par exemple, greffe de peau, fascia], fistule se terminant dans l'appareil urinaire

Explication : Dans l'exemple ci-dessus, le qualificateur 1 (MR) reflète l'approche (ouverte) et le fait que la fistule excisée se termine dans l'appareil urinaire. (Comme indiqué dans la liste de qualificateurs 1 de l'annexe A de la CCI, la description complète du qualificateur 1 MR est *approche ouverte dans le cas d'une fistule se terminant dans l'appareil urinaire.*) Cet exemple démontre que le qualificateur 1 sert également à préciser le point d'arrivée d'une fistule.



Remarque importante

Une bonne compréhension de la structure de la CCI permet certes de codifier les interventions avec assurance. Toutefois, la façon dont la technique est intégrée aux codes n'a pas d'importance aux fins de l'attribution de ceux-ci. Il est en revanche essentiel d'examiner attentivement les options de codes figurant à la rubrique et de sélectionner celui qui décrit l'intervention pratiquée.

Qualificateur ZZ : technique NCA

Le qualificateur d'approche ZZ (*technique NCA*) est parfois disponible à une rubrique. Il est sélectionné lorsque la technique utilisée ne figure pas parmi les options disponibles (elle n'est pas classée ailleurs).

Exemple

- 1.GZ.12.JA-UE Thérapie, appareil respiratoire NCA, utilisation d'un dispositif à vibrations
- 1.GZ.12.JJ Thérapie, appareil respiratoire NCA, utilisation d'une technique manuelle
[par exemple, percussion, clapping]
- 1.GZ.12.ZZ Thérapie, appareil respiratoire NCA, utilisation d'une technique NCA

Explication : Dans l'exemple ci-dessus, si la technique servant à la thérapie de l'appareil respiratoire n'est pas un dispositif à vibrations ou une technique manuelle, comme la percussion ou le clapping, sélectionnez 1.GZ.12.ZZ *Thérapie, appareil respiratoire NCA, utilisation d'une technique NCA*.

Techniques multiples et technique non disponible

Il arrive que plus d'une technique soit utilisée dans le cadre d'une même intervention. Si c'est le cas, un seul code peut être sélectionné, même si ce dernier ne prend pas en compte toutes les techniques employées. Par ailleurs, si la ou les techniques ayant servi à réaliser l'intervention à codifier ne sont pas disponibles, attribuez le code qui convient le mieux au cas.

Questionnaire d'évaluation

Répondez aux questions ci-dessous, puis vérifiez vos réponses à l'annexe A. Nous vous conseillons de passer en revue cette section chaque fois que vous avez donné une réponse incorrecte à une question.

Question 1

Lisez l'énoncé suivant et choisissez V pour « vrai » ou F pour « faux ».

V **F** Pour être complet, un code de la CCI doit toujours comporter un qualificateur 1.

Question 2

Lisez l'énoncé suivant et choisissez V pour « vrai » ou F pour « faux ».

V **F** Le qualificateur 1 comprend toujours l'approche opératoire et la technique utilisées lors d'une intervention.

Question 3

Lisez l'énoncé suivant et choisissez V pour « vrai » ou F pour « faux ».

V **F** La différence entre une approche percutanée et une approche ouverte est la suivante : une approche percutanée se fait par ponction, tandis qu'une approche ouverte se fait par incision.

Question 4

Lisez l'énoncé se rapportant au scénario ci-dessous et choisissez V pour « vrai » ou F pour « faux ».

Scénario : Un patient a subi une résection du rectum pour laquelle une endoscopie (par l'abdomen) et une incision (au niveau du périnée) ont été pratiquées.

V **F** Dans ce cas-ci, le code d'intervention pour la résection du rectum doit être attribué deux fois afin de saisir l'approche endoscopique et l'approche ouverte.

Question 5

Lisez l'énoncé suivant et choisissez V pour « vrai » ou F pour « faux ».

V **F** La technique employée pour pratiquer une intervention est parfois saisie à l'aide du qualificateur 2 plutôt que du qualificateur 1.

Section 3.5 : Champ 5 — qualificateur 2 : agent ou dispositif

Introduction

Le qualificateur 2 décrit les outils (dispositifs), les agents ou les modes (pharmacothérapie) employés pendant l'intervention. Le qualificateur désignant l'agent ou le dispositif correspond au cinquième champ (huitième et neuvième caractères) du code de la CCI et consiste en deux caractères. Par exemple :

1.YG.80.JA-**XX**-P Réparation, peau du cou, utilisation de tissu cultivé

La présente section porte sur l'utilisation du qualificateur 2 pour les dispositifs.

Aperçu

Le qualificateur 2 (champ 5) est composé de deux caractères dont la nature dépend de la section. Dans les sections 1, 2 et 5, le qualificateur 2 sert à saisir le dispositif ou l'agent utilisé pendant l'intervention. Le qualificateur d'un dispositif est composé de deux caractères alphabétiques. Par exemple, AE désigne une curette. Le qualificateur d'un agent est composé d'un caractère alphabétique et d'un caractère numérique. Par exemple, 1C désigne un agent thrombolytique et M1 désigne un agent alcoylant. Dans la section 6, le qualificateur 2 sert à saisir la méthode ou l'outil utilisé dans le cadre des interventions diagnostiques et thérapeutiques cognitives, psychosociales et sensorielles. Dans la section 8, le qualificateur 2 permet de saisir l'agent utilisé pour renforcer le système immunitaire.



Autres ressources

Consultez l'annexe A — Structure du code de la CCI, Qualificateur 2 dans Folio Views pour obtenir la liste complète des valeurs du qualificateur 2 pour les différentes sections de la CCI. Il s'agit uniquement d'une liste de référence (résumé); un qualificateur peut être valide (disponible) ou non pour une intervention donnée.

Bien que les champs 1 à 4 (section, groupe, intervention et approche ou technique) de la CCI soient obligatoires pour former un code complet, le qualificateur 2 — agent ou dispositif (champ 5) doit être inclus seulement s'il est disponible et s'il s'applique à une intervention donnée. Comme pour le qualificateur 1 — approche ou technique (champ 4), les valeurs du qualificateur 2 sont génériques. Leur signification est donc la même dans l'ensemble de la classification, même si leur description peut être modifiée selon la rubrique ou le code pour décrire avec davantage de précision la nature d'une intervention donnée.

Dispositifs

Certains aspects de l'utilisation du qualificateur 2 sont décrits dans la présente section.

Double usage

Lorsque le qualificateur 2 désigne un dispositif (et non un agent), il peut être appliqué au dispositif utilisé **pour pratiquer** une intervention ou au dispositif qui a **été implanté**.

Exemple 1

1.RM.59.DA-**AG** Destruction, utérus et structures environnantes, approche endoscopique [laparoscopie], utilisation d'un laser

Explication : Dans l'exemple ci-dessus, un laser (AG) a été utilisé pour pratiquer, par exemple, l'ablation de l'endomètre. Lorsque le qualificateur 2 est appliqué de cette façon, il décrit l'utilisation d'un appareil dans la pratique de l'intervention.

Exemple 2

1.RM.53.CA-**EM** Implantation d'un appareil interne, utérus et structures environnantes, applicateur de curiethérapie (brachythérapie), approche endoscopique par voie naturelle (vaginale)

Explication : Dans l'exemple ci-dessus, un dispositif de brachythérapie (EM) a été implanté dans l'utérus et/ou les structures environnantes. Lorsque le qualificateur 2 est appliqué de cette façon, il décrit le type d'appareil qui a été implanté.

Noms de marque

La documentation peut tout simplement faire référence au nom de la marque (au nom d'un produit précis fabriqué par une entreprise donnée) d'un dispositif, et c'est parfois ce nom qui est inclus dans la CCI. Bon nombre de noms de marque ne sont pas inclus dans la CCI en raison de leur nature changeante. Il est donc plus difficile pour le codificateur de déterminer si certains dispositifs sont génériques et de sélectionner le bon qualificateur. Par exemple, le traitement par stimulation cérébrale profonde (SCP) Activa^{MD} est le nom de la marque d'un type de stimulateur utilisé pour le cerveau. Il existe quatre qualificateurs de dispositifs distincts pour le code 1.AN.09.^ ^ *Stimulation, cerveau* :

- **DV** *stimulation électrique externe (pour choc ou convulsion)*
- **ED** *activation manuelle externe (de l'implant)*
- **LZ** *application externe d'une spirale magnétique (pour SMT)*
- **QQ** *activation (de l'implant) par un émetteur radio situé à distance*

Quel qualificateur doit être sélectionné? La connaissance du dispositif et de son fonctionnement révèle qu'il faut choisir le qualificateur **ED activation manuelle externe (de l'implant)**.



Avertissement

Les codificateurs ne devraient pas tenter de deviner le qualificateur de dispositif à sélectionner en se fiant uniquement au nom de la marque. Cherchez des indices dans la documentation (p. ex. « au moyen d'un aspirateur ultrasonique, je... » ou « l'aspiration ultrasonique a été pratiquée ») et effectuez quelques recherches pour en apprendre davantage au sujet du dispositif (p. ex. naviguez sur Internet ou discutez avec des membres du bloc opératoire).

Qualificateur GX : dispositif NCA

La plupart des interventions sont pratiquées à l'aide d'un dispositif quelconque, qu'il soit (hautement) technique ou non (p. ex. une sonde émettrice de radiofréquences par rapport à une tige de coton), et toutes les interventions relatives à un « implant » impliquent l'installation *in situ* d'un dispositif de complexité variable (p. ex. un implant cochléaire à plusieurs canaux par rapport à un drain). Le dispositif utilisé peut être codé au moyen d'un qualificateur de dispositif très précis ou du qualificateur général GX *dispositif NCA*. Il se peut aussi qu'il n'existe aucun qualificateur pour le dispositif.

Les dispositifs couramment utilisés qui n'ont aucune incidence sur l'utilisation des ressources ne sont pas nécessairement représentés par un qualificateur; une fois l'approche et la technique choisies, le code de la CCI est complet. Par ailleurs, certains dispositifs employés couramment sont désignés par le qualificateur GX *dispositif NCA*. Ce dernier peut aussi être disponible pour désigner les dispositifs autres que ceux qui sont classés ailleurs.

Exemple 1 : La rubrique 1.CS.56.^[^] *Retrait d'un corps étranger, conjonctive* contient cinq choix de qualificateur :

- 1.CS.56.JA par technique manuelle externe [par exemple, coton, aiguille, curette]
- 1.CS.56.JA-D2 approche externe et utilisation d'une solution d'irrigation [saline, eau]
- 1.CS.56.JA-LZ approche externe et utilisation d'un aimant
- 1.CS.56.LA approche ouverte (incision) et utilisation d'un dispositif NCA
- 1.CS.56.LA-LZ approche ouverte (incision) et utilisation d'un aimant

Explication : Dans l'exemple ci-dessus, le coton et les aiguilles constituent des dispositifs couramment utilisés pour retirer un corps étranger de la conjonctive. Ils n'ont aucune incidence sur l'utilisation des ressources et, bien qu'ils soient donnés en exemple, aucun qualificateur précis ne leur est attribué. L'attribution du qualificateur d'approche et de technique JA complète le code. Dans cet exemple, la mention « et utilisation d'un dispositif NCA » est utilisée dans le titre du code 1.CS.56.LA pour indiquer qu'on a eu recours à une approche ouverte (incision) avec un dispositif autre qu'un aimant. Prenez note qu'il n'y a pas de qualificateur précis pour le dispositif NCA.

Exemple 2 : La rubrique 1.HZ.56.^[^] *Retrait d'un corps étranger, cœur NCA* contient deux choix de qualificateur :

- 1.HZ.56.GP-GX approche transluminale percutanée avec dispositif NCA [p. ex., anse en queue de cochon, anse en col de cygne, panier]
- 1.HZ.56.LA approche ouverte

Explication : Dans cette rubrique, l'anse en queue de cochon, l'anse en col de cygne et le panier, des dispositifs couramment utilisés, ont été regroupés sous le même qualificateur (*GX dispositif NCA*) pour indiquer qu'un dispositif a été utilisé sans préciser lequel, puisqu'il est considéré sans importance pour cette intervention. Ces dispositifs sont peut-être toutefois précisés dans d'autres rubriques (p. ex. 1.PG.57.LA-AM *Extraction, uretère, approche ouverte et utilisation d'un dispositif muni d'un panier (Dormia)*, où la valeur AM désigne précisément un panier).

Exemple 3 : La rubrique 1.PE.50.^[^] *Dilatation, bassinnet du rein* contient les options suivantes concernant les dispositifs utilisés pour la dilatation par approche endoscopique [rétrograde] par voie naturelle :

- 1.PE.50.BA-BD dilatateur à ballonnet [avec ou sans fil coupant]
- 1.PE.50.BA-BJ dilatateur flexible [par exemple, cathéter, endoprothèse (stent, tuteur)]
- 1.PE.50.BA-BF incision au laser et ballonnet
- 1.PE.50.BA-BI incision au laser et dilatateur flexible [p. ex., cathéter, endoprothèse (stent, tuteur)]
- 1.PE.50.BA-GX dispositif NCA [par exemple, endoshears]

Explication : Dans cet exemple, le qualificateur *GX dispositif NCA* peut être utilisé pour les dispositifs autres que le dilatateur à ballonnet (BD), le dilatateur flexible (BJ), l'incision au laser et ballonnet (BF) et l'incision au laser et dilatateur flexible (BI).

Le qualificateur *GX dispositif NCA* peut aussi être employé dans les rubriques où un dispositif implanté est toujours utilisé par défaut pour désigner un dispositif précis qui n'est pas offert en option ailleurs.

Exemple 4 : La rubrique 1.SH.55.^[^] *Retrait d'un appareil, tissus mous du dos* contient les options suivantes pour les dispositifs :

- 1.SH.55.JA-EB implant radioactif, approche externe
- 1.SH.55.JA-FF dispositif de fermeture [p. ex., sutures], approche externe
- 1.SH.55.JA-GX dispositif NCA, approche externe
- 1.SH.55.JA-TS drain de plaie ou cathéter de drainage, approche externe
- 1.SH.55.LA-EB implant radioactif, approche ouverte

Explication : Dans cet exemple, un dispositif est toujours utilisé, car la rubrique englobe les interventions visant à retirer un dispositif. Si le dispositif retiré par approche externe n'est pas un implant radioactif (EB), un dispositif de fermeture (FF), ou un drain de plaie ou un cathéter de drainage (TS), il faut sélectionner 1.SH.55.JA-GX *Retrait d'un appareil, tissus mous du dos, dispositif NCA, approche externe*.

Enfin, le qualificateur GX *dispositif NCA* s'applique aussi aux cas où un nouveau type de dispositif n'est pas décrit dans les options disponibles.

Plusieurs dispositifs

Il arrive parfois que l'intervention ait été pratiquée avec plus d'un des dispositifs énumérés en option. La sélection du qualificateur dépend alors de la disponibilité de l'option « utilisation de plusieurs dispositifs ».

Le qualificateur à plusieurs dispositifs est disponible

Le qualificateur GY *utilisation de plusieurs dispositifs* est parfois offert.

Exemple

La rubrique 1.CN.59.^[^] *Destruction, rétine* contient les options suivantes pour les dispositifs :

- 1.CN.59.LA-AD utilisation d'une cryosonde [cryothérapie]
- 1.CN.59.LA-AG utilisation d'un laser
- 1.CN.59.LA-GX utilisation d'un dispositif NCA
- 1.CN.59.LA-GY utilisation de plusieurs dispositifs
Comprend : laser et cryothérapie

Dans l'exemple ci-dessus, si le laser et la cryosonde sont tous deux utilisés, ou si le laser (ou la cryosonde) est utilisé avec un autre type de dispositif, il faut sélectionner 1.CN.59.LA-GY *Destruction, rétine, utilisation de plusieurs dispositifs*.

Le qualificateur à plusieurs dispositifs n'est pas disponible

Il arrive parfois que le qualificateur GY *utilisation de plusieurs dispositifs* ne soit pas offert.

Exemple : La rubrique 1.AF.59.^[^] *Destruction, région pituitaire* contient les options suivantes pour les dispositifs dans le cadre d'une approche crânienne :

- 1.AF.59.SZ-AD avec cryosonde
- 1.AF.59.SZ-GX avec dispositif NCA
- 1.AF.59.SZ-AW avec sonde émettrice de radiofréquences

Explication : Dans l'exemple ci-dessus, si une cryosonde et une sonde émettrice de radiofréquences sont utilisées, ou si une cryosonde (ou une sonde émettrice de radiofréquences) est utilisée avec un autre type de dispositif, il faut sélectionner un seul qualificateur. Le choix peut être basé sur le qualificateur (dispositif) qui nécessite le plus de ressources ou encore sur le qualificateur (dispositif) le plus utile à des fins de collecte pour votre établissement. Il ne faut pas attribuer le code d'une rubrique à plusieurs reprises pour saisir chaque dispositif, car cette méthode gonfle le nombre d'interventions pratiquées. Voir également la section Hiérarchie pour les dispositifs orthopédiques ci-dessous.



Remarque importante

La norme de codification *Codes multiples dans la CCI* stipule que des codes multiples de la même rubrique **ne sont pas** attribués pour préciser différents dispositifs utilisés au même site d'intervention.

Hiérarchie pour les dispositifs orthopédiques

Dans de nombreuses interventions orthopédiques, le chirurgien peut utiliser plus d'un dispositif. Les codificateurs devraient faire leur sélection en se basant sur la hiérarchie des dispositifs suivante (de l'importance la plus élevée à la plus faible).

Hiérarchie des dispositifs utilisés pour **stabiliser un os** :

- Endoprothèse
- Clou centromédullaire
- Vis et plaques
- Broches et clous
- Fil, agrafes et mailles
- Aucun dispositif

Hiérarchie des dispositifs utilisés pour **la réparation d'un ligament ou des tissus mous** :

- Dispositif ou matériel de fixation biodégradable (p. ex. Biostinger, système d'ancrage biodégradable)
- Vis (et rondelle)
- Endobutton ou agrafe
- Sutures, ancres de réinsertion

Par exemple, dans le cas où un clou centromédullaire et des vis ont été utilisés pour stabiliser un os, le qualificateur de dispositif approprié selon l'information sur la hiérarchie ci-dessus serait **LQ** (clou centromédullaire), étant donné que ce type de dispositif nécessite davantage de ressources que les vis.



Autres ressources

Reportez-vous à la norme de codification *Codes multiples dans la CCI*.

Classification des broches de Kirschner

Il peut être difficile de classer les broches de Kirschner. Doivent-elles être saisies comme des broches ou des fils? Le problème provient de leurs caractéristiques et de la documentation. La broche de Kirschner peut se présenter sous la forme d'un fil mince ou d'une broche plus épaisse, son diamètre variant de 0,6 mm à 3 mm, et les termes « broche » et « fil » sont souvent utilisés de façon interchangeable par les médecins. Les codificateurs doivent se baser sur la documentation et sur le type d'intervention effectuée. Dans les cas où une broche de Kirschner est placée à l'**intérieur de l'os** (insérée à travers) pour maintenir en place les fragments d'une fracture (approche percutanée avec broche), le qualificateur choisi doit être « broche ». Dans les cas où une broche de Kirschner est utilisée (comme cerclage) pour **encercler** les fragments d'une fracture afin de les contenir, le qualificateur utilisé doit être « fil ».

Dans les cas où les termes « broche » et « fil » sont utilisés de façon interchangeable dans le même protocole opératoire, il existe une hiérarchie pour les dispositifs de fixation et la broche a préséance sur le fil pour la sélection du qualificateur approprié.

Meilleur choix (dispositif non disponible)

Si le dispositif utilisé pendant une intervention donnée n'est pas inclus dans la liste des dispositifs, le qualificateur choisi doit être celui qui se rapproche le plus du dispositif utilisé. Le meilleur choix est celui qui est le plus semblable en ce qui a trait à l'utilisation des ressources. Si vous ne savez pas quel dispositif répond à ce critère, demandez conseil auprès de l'équipe du bloc opératoire.

Questionnaire d'évaluation

Répondez aux questions ci-dessous, puis vérifiez vos réponses à l'annexe A. Nous vous conseillons de passer en revue cette section chaque fois que vous avez donné une réponse incorrecte à une question.

Question 1

Lisez l'énoncé suivant et choisissez V pour « vrai » ou F pour « faux ».

- V** **F** Dans la section 1 de la CCI, le qualificateur 2 représente *soit* un dispositif utilisé pendant une intervention, *soit* un agent pharmacologie administré, mais pas une combinaison des deux.

Question 2

Lisez l'énoncé suivant et choisissez V pour « vrai » ou F pour « faux ».

- V** **F** Lorsque le qualificateur 2 représente un dispositif, il s'applique seulement aux dispositifs qui ont été implantés dans le corps du patient.

Question 3

Lisez l'énoncé suivant et choisissez V pour « vrai » ou F pour « faux ».

- V** **F** La broche de Kirschner est toujours classée dans la catégorie des fils.

Question 4

Choisissez la réponse appropriée pour le scénario suivant.

Un patient subit une fixation du coude. Le chirurgien utilise un fil et une broche pour fixer le coude. Quels qualificateurs de dispositif doivent être sélectionnés?

KD utilisation de fil, d'agrafes, de maille et NV utilisation d'une broche, d'un clou

KD utilisation de fil, d'agrafes, de maille

NV utilisation d'une broche, d'un clou

NW utilisation de plaque, vis

Section 3.6 : Champ 6 — qualificateur 3 : tissu

Introduction

Le qualificateur 3 est activé uniquement à la section 1 pour décrire le type de tissu utilisé pendant l'intervention. Le qualificateur de tissu correspond au sixième champ (dixième caractère) du code de la CCI et consiste en une lettre.

Par exemple :

1.YG.80.JA-XX-**P** Réparation, peau du cou, utilisation de tissu cultivé

Aperçu

La dernière composante du code de la CCI est un qualificateur à un caractère alphabétique servant à désigner tout tissu utilisé pendant l'intervention. Le champ du qualificateur 3 est seulement utilisé pour les tissus dans la section 1 — Interventions thérapeutiques. Dans les rubriques où des tissus peuvent être requis pour réparer ou reconstruire un défaut (à la suite d'un traumatisme ou d'une chirurgie antérieure), ou encore pour procéder à une fermeture complète, les options disponibles sont offertes en fonction des types de tissus habituellement employés sur le site anatomique en question.

On utilise des tissus et des qualificateurs de tissus pour différents types d'interventions génériques, soit la réparation (80), l'excision (87 à 92), la reconstruction et la construction (84), le pontage (76), la fermeture d'une fistule (86), la fixation (74), la transplantation (85) et le transfert (83).

Options relatives aux tissus

Différents types de tissus sont utilisés pendant une intervention, comme la peau, le gras, les os, le cartilage, l'épiploon, la dure-mère, les muscles, les nerfs et les tissus synthétiques. Le choix de tissu ne se fait pas en fonction du type de tissu utilisé, mais bien selon sa **provenance** (p. ex. le propre corps du patient, un animal, une source synthétique, une culture) et si le tissu est **une greffe ou un lambeau**.

Greffes

Voici les principales caractéristiques d'une greffe (par opposition à un lambeau) :

- le tissu peut provenir de n'importe quelle source (p. ex. autogreffe, animal, source synthétique); et
- la greffe ne possède pas son propre système d'approvisionnement en sang.

i) Autogreffe (A, B)

Une autogreffe est l'utilisation d'un tissu prélevé sur le patient et déplacé (greffé) sur ce **même patient**.

Les autogreffes comportent deux valeurs de tissu : **A autogreffe** et **B autogreffe d'épaisseur partielle**. L'autogreffe est parfois appelée « greffe de tissu autologue ».



Conseil

La valeur de tissu **A autogreffe** peut être décrite de façon plus détaillée comme une autogreffe d'épaisseur totale dans une rubrique donnée. À moins d'avis contraire, une autogreffe est une autogreffe d'épaisseur totale.

ii) Homogreffe (I, J, K, M)

Une homogreffe consiste en un organe ou du tissu prélevé sur un **donneur humain** et déplacé (greffé) sur un **receveur humain**. Une homogreffe doit être rapidement utilisée après le prélèvement ou après conservation dans une banque de tissus. Les homogreffes comportent quatre valeurs de tissu : **I homogreffe d'un donneur apparenté**, **J homogreffe d'un donneur vivant**, **K homogreffe** et **M homogreffe épurée** visant à détruire les cellules malignes. L'homogreffe peut aussi être appelée « allogreffe », « organe allogénique » ou « tissu homologue ».

iii) Xénogreffe (L)

Une xénogreffe est la greffe d'un organe ou d'un tissu prélevé sur un **animal** (p. ex. valvules d'origine porcine, tissu osseux bovin) et déplacé (greffé) sur un **être humain**. Une xénogreffe peut aussi être appelée « hétérogreffe », « organe hétérologue » ou « greffe hétéroplastique ».

iv) Tissu cultivé (P)

Le tissu cultivé désigne les cellules ou les tissus qui se sont **multipliés in vitro** (qui ont grandi dans un environnement extérieur propice à leur croissance) et qui ont ensuite été transférés pour servir à une intervention. La peau cultivée et greffée pour traiter les brûlures constitue un exemple de **tissu** cultivé. La culture et la transplantation (injection) de cellules hépatiques (cellules du foie) pour traiter les patients atteints d'une maladie du foie constituent un exemple de **cellules** cultivées.

v) Matériel synthétique (N)

Le matériel synthétique est un **matériel créé par l'homme** et qui sert à remplacer un tissu (corriger un défaut ou adjoindre des sites); il est souvent utilisé pour favoriser la régénération des tissus. Le matériel utilisé et sa forme dépendent du tissu à remplacer et de la fonctionnalité désirée. Le matériel synthétique comprend notamment les tubes en silicone qui servent de conduit pour combler le vide d'un nerf sectionné, le ciment à os (un substitut osseux ostéoconducteur utilisé pour remplir les trous et corriger les défauts d'un os) ainsi que les treillis (un matériel tissé ou tricoté, en plastique ou en métal, qui sert par exemple à renforcer la réparation d'une hernie).

vi) Greffe composée (D)

Ce qualificateur de tissu se rapporte précisément à une xéngreffe avec tissu synthétique.

**Conseil**

Il ne faut pas confondre les **sutures appuyées** avec une greffe de tissu. Les sutures appuyées sont des sutures renforcées par un tissu biologique (p. ex. le péricarde) ou un tissu synthétique (p. ex. du feutre ou du téflon) pour empêcher la déchirure du site réparé. Elles sont également utilisées pour renforcer les sutures et les tissus faibles, mais on ne considère pas ces sutures comme du tissu pour l'attribution d'un qualificateur de tissu.

Lambeaux

Voici les principales caractéristiques d'un lambeau (par opposition à une greffe) :

- le tissu provient toujours du patient lui-même; et
- le lambeau conserve son propre système d'approvisionnement en sang.

i) Lambeau local (E)

Pour l'utilisation d'un lambeau local, le tissu **adjacent** (contigu) à la zone à recouvrir est incisé sur trois côtés, le quatrième restant irrigué. Le tissu prélevé est ensuite mis en place, et le quatrième côté est laissé intact. Les types de lambeau local dépendent de la technique utilisée pour les transférer et comprennent notamment les lambeaux d'avancement en V-Y, les lambeaux de transposition, les plasties en Z et les lambeaux de rotation.

ii) Lambeau pédiculé (à distance ou régional) (G)

Le lambeau pédiculé **ne provient pas de l'entourage immédiat** de la zone à recouvrir. Le tissu reste attaché à son site de prélèvement par un pédicule (base) qui lui fournit son apport sanguin. Le lambeau pédiculé doit souvent être divisé pour atteindre le site à distance où il doit être mis en place. La documentation source peut faire référence au

« recouvrement » du lambeau, qui consiste à faire passer le lambeau dans un canal à partir du point de prélèvement (où le pédicule est intact) jusqu'à l'endroit où il sera transposé. Une fois la vascularisation rétablie à l'endroit où le lambeau a été posé, le pédicule peut être sectionné. Un pontage aortocoronarien par greffe pour lequel on utilise une artère mammaire interne pédiculée constitue un exemple d'utilisation de lambeau pédiculé.

iii) Lambeau libre (F)

Un lambeau libre est un tissu que l'on décolle des tissus avoisinants en le laissant associé à son pédicule vasculaire (avec ses principaux vaisseaux sanguins), que l'on **détache** du site de prélèvement et que l'on relocalise vers la zone à recouvrir. Les vaisseaux sanguins du lambeau sont ensuite liés au site récepteur par anastomoses microvasculaires en vue de la revascularisation. L'utilisation d'un lambeau tarsoconjunctival (de la paupière opposée) dans le cadre d'une reconstruction de la paupière constitue un exemple d'utilisation de lambeau libre.



Conseil

Il ne faut pas confondre « l'élévation d'un lambeau » ou le « découpage » de routine effectué pour avoir accès au site d'intervention avec une intervention pratiquée pour prélever du tissu sur un site et le transposer sur un autre site. L'élévation de routine d'un lambeau fait partie intégrante de nombreuses interventions, tandis que le découpage constitue un type d'approche (qualificateur 1) utilisé pour certaines interventions (p. ex. les interventions sur le cerveau).

Sources combinées de tissus (Q)

Cette valeur est sélectionnée lorsqu'une réparation consiste en l'utilisation d'une combinaison des différents types de tissus énumérés ci-dessus (p. ex. tout lambeau avec toute greffe; greffe osseuse [A] avec pâte à os [N]).



Autres ressources

Consultez l'annexe A — Structure du code de la CCI, Qualificateur 3, Section 1, Tissus dans Folio Views pour obtenir la liste complète des qualificateurs de tissus. Il s'agit uniquement d'une liste de référence (résumé); un qualificateur de tissu peut être valide (disponible) ou non pour une rubrique précise.

Prélèvement d'un tissu

Le prélèvement de tissus et d'organes est saisi à l'aide du code d'intervention générique Prélèvement (58) au site sur lequel le tissu ou l'organe a été prélevé. Le prélèvement peut être pratiqué sur un donneur décédé ou un donneur vivant. Le prélèvement des propres tissus d'un patient pour leur utilisation pendant l'épisode d'intervention en cours est saisi seulement lorsqu'une incision distincte est requise pour obtenir le tissu à greffer. Le site de prélèvement devient alors un autre site d'intervention nécessitant des soins et présentant des risques de complications.

Par exemple, il se peut que la veine saphène soit requise pour un patient subissant un pontage aortocoronarien. Comme une incision distincte est nécessaire, l'utilisation du code de prélèvement de la veine (1.KR.58.^[^] *Prélèvement, veines de la jambe NCA*) est requise. Par contre, dans le cas d'un lambeau local (p. ex. une plastie en Z), le tissu utilisé provient de la même zone. Comme aucune incision distincte n'est pratiquée, seul le qualificateur de tissu pour le lambeau local (qualificateur E) est requis.



Conseil

Lorsque le qualificateur de tissu est E, le code de prélèvement n'est habituellement pas nécessaire.



Remarque importante

Il est nécessaire d'attribuer un code de prélèvement dans tous les cas où un segment de l'intestin est prélevé. Cette intervention se produit essentiellement dans les cas de réparation et de reconstruction des voies urinaires et de l'œsophage. Comme la création d'un défaut le long de l'appareil digestif nécessite toujours un suivi post-chirurgical très attentif, le prélèvement de l'intestin doit être codifié.



Autres ressources

Consultez la norme de codification *Prélèvement de tissu en vue d'une fermeture, d'une réparation ou d'une reconstruction* pour obtenir de plus amples renseignements.

Meilleur choix

Il se peut que le qualificateur de tissu approprié ne soit pas disponible pour l'intervention qui doit être codifiée. Dans cette situation, sélectionnez le qualificateur de tissu qui se rapproche le plus du cas à codifier.

Questionnaire d'évaluation

Répondez aux questions ci-dessous, puis vérifiez vos réponses à l'annexe A. Nous vous conseillons de passer en revue cette section chaque fois que vous avez donné une réponse incorrecte à une question.

Question 1

Lisez l'énoncé suivant et choisissez V pour « vrai » ou F pour « faux ».

V **F** L'une des caractéristiques distinctives de la greffe est que le tissu utilisé est toujours prélevé sur le patient lui-même.

Question 2

Lisez l'énoncé suivant et choisissez V pour « vrai » ou F pour « faux ».

V **F** Le prélèvement de tissu sur le patient lui-même doit être saisi seulement en cas d'incision distincte, sauf si une portion de l'intestin du patient est prélevée pour être utilisée au cours d'une chirurgie. Un code de prélèvement doit alors être attribué.

Question 3

Lisez l'énoncé suivant et sélectionnez le type de lambeau pertinent parmi la liste ci-dessous.

Le lambeau _____ est prélevé à distance de la zone à réparer. Le tissu demeure partiellement attaché au site de prélèvement au moment de sa mise en place sur le site récepteur.

libre

local

pédiculé

Section 3.7 : Attributs

Introduction

Il est impossible d'intégrer toutes les caractéristiques pertinentes d'une intervention dans un code d'intervention. La CCI recourt également à des attributs qui peuvent être inscrits sur l'abrégié pour décrire plus en détail l'intervention.

Aperçu

Dans la CCI, les attributs sont des composants distincts qui peuvent être associés au code de la CCI sélectionné. Ces attributs décrivent plus en détail l'intervention et peuvent être utilisés à des fins d'analyse, de mesure de l'utilisation et de recherche. Il existe de nombreuses combinaisons d'attributs adaptées aux rubriques d'intervention dans la CCI.

Il y a trois types (catégories) d'attributs basés sur les descripteurs relatifs à la **situation** (S), au **lieu** (L) et à l'**étendue** (E) de l'intervention. Le champ de l'attribut de lieu comprend l'attribut de la **méthode utilisée**, qui sert à indiquer la méthode utilisée pour pratiquer une intervention dans certaines rubriques.

Les attributs valides pour chaque catégorie pouvant être attribués à une rubrique donnée sont présentés dans de petites boîtes cliquables si elles sont actives (jaunes ou roses) ou non cliquables si elles sont inactives (grises).



Conseil

Vous êtes-vous déjà demandé ce que signifie le petit chiffre situé dans le coin supérieur droit de certaines boîtes d'attribut? Il s'agit d'un code de référence attribué à un regroupement précis d'attributs. Par exemple, une boîte d'attribut de lieu portant le code de référence L72 comprend quatre valeurs d'attribut : B pour bilatéral, L pour gauche, R pour droit et U pour unilatéral sans précision. Le code de regroupement L72 contient toujours ces quatre mêmes valeurs d'attribut, **et** il est obligatoire d'attribuer une de ces valeurs lorsque la boîte d'attributs apparaît dans une rubrique. (La description de référence pour cette boîte en particulier est Bilatéralité Attribut Obligatoire.) Une liste de tous les regroupements d'attributs de la CCI et des valeurs qu'ils contiennent se trouve à l'annexe C — Attributs de la CCI, sous le titre Codes de référence pour les attributs de la CCI. Il s'agit uniquement d'une liste de référence (résumé); un regroupement d'attributs peut être valide (disponible) ou non pour une rubrique précise.

Types d'attributs

Les attributs individuels sont classés en fonction de l'aspect de l'intervention qu'ils décrivent, soit la situation, le lieu ou l'étendue.

Attribut de situation

L'attribut de situation décrit les **circonstances particulières** relatives à une intervention, comme une intervention abandonnée ou une intervention pratiquée par étape.

Attribut de lieu

L'attribut de lieu donne des détails sur le **site anatomique** de l'intervention, par exemple pour indiquer que l'intervention a été pratiquée sur le côté gauche, le côté droit ou les deux côtés du corps. En plus de donner des précisions sur la latéralité, l'attribut de lieu peut fournir plus de détails sur la direction anatomique (p. ex. latérale ou médiale) ou encore sur des parties du corps précises (p. ex. le corps utérin ou l'endomètre).

Le champ de l'attribut de lieu comprend l'**attribut de méthode utilisée**, qui sert à indiquer la méthode utilisée pour pratiquer une intervention dans certaines rubriques. Par exemple, l'attribut de méthode utilisée est obligatoire avec 7.SC.08.PM *Autres soins personnels, pour l'aide à mourir*.

Attribut d'étendue

L'attribut d'étendue précise la **mesure quantitative** ou la **portée** liée à l'intervention, comme le nombre de spirales utilisées pour l'occlusion de vaisseaux, le nombre d'artères où un pontage a été pratiqué ou la longueur de la lacération réparée.



Conseil

Les utilisateurs peuvent rechercher toutes les occurrences d'un attribut dans Folio Views au moyen de la fonction de requête avancée (F2). Par exemple, si vous cherchez à trouver toutes les rubriques où l'attribut de lieu AT *Tissu aberrant* apparaît (est disponible), tapez le mot « aberrant » dans le champ de recherche de la requête avancée. Folio Views relèvera toutes les occurrences du terme « aberrant » dans la classification, y compris dans les boîtes d'attributs.

Attributs valides et invalides

Seuls les attributs qui apparaissent à côté du titre d'une rubrique peuvent être utilisés avec les codes de cette rubrique. Il y a toujours trois boîtes à côté du titre d'une rubrique (une pour la situation, une pour le lieu et une pour l'étendue), mais il se peut qu'une seule, que deux ou que les trois soient actives. Les boîtes d'attributs actives sont cliquables et peuvent être facultatives (**jaunes**) ou obligatoires (**roses**). Les boîtes d'attribut inactives (**grises**) ne sont pas cliquables. Seuls les attributs indiqués dans les boîtes actives peuvent être utilisés pour la rubrique donnée.

Attributs obligatoires et facultatifs

À l'échelle du Canada, seuls certains attributs doivent être obligatoirement recueillis; tous les autres sont facultatifs.

Attributs obligatoires

Les attributs peuvent être obligatoires pour les raisons suivantes : ils ont une incidence sur l'attribution aux divers regroupements; ils fournissent des détails essentiels, qui ne sont pas présents dans le code de la CCI, à des fins d'analyse, de mesure de l'utilisation et de recherche; ou ils fournissent des détails pertinents à l'échelle nationale. Les attributs obligatoires sont indiqués à l'aide d'une boîte d'attribut rose au niveau de la rubrique dans Folio Views ou d'indications dans les normes de codification.

Boîte d'attribut obligatoire (rose)

La majorité des attributs obligatoires sont indiqués à l'aide d'une boîte d'attribut cliquable (rose) dans Folio Views. En présence d'une boîte d'attribut obligatoire, **un** des attributs de la boîte **doit être sélectionné**. Un message d'erreur s'affiche si aucun attribut n'est sélectionné.

Normes de codification

Trois valeurs d'attribut de situation sont **toujours** obligatoires **si elles s'appliquent et lorsqu'elles sont disponibles**, qu'elles soient associées ou non à une boîte d'attribut obligatoire (rose) à côté de la rubrique. Les normes de codification stipulent que les attributs **abandon**, **convertie** et **reprise** doivent être consignés pour toutes les interventions qui répondent au critère d'assignation de ces attributs. N'oubliez pas que la boîte de l'attribut de situation de la rubrique doit être active et inclure l'attribut requis.

Ces trois attributs sont désignés comme étant obligatoires selon les normes de codification et non par une boîte d'attribut obligatoire (rose) principalement pour réduire le fardeau pour les codificateurs. La plupart du temps, ces caractéristiques (abandon, convertie, reprise) ne s'appliquent pas aux interventions, mais il est important de les consigner lorsqu'elles s'appliquent. Si, par exemple, le codificateur devait toujours choisir entre « abandon » et « non applicable » pour indiquer les interventions abandonnées, beaucoup de temps et d'efforts seraient consacrés à ce choix pour relever les rares occasions où une intervention a été abandonnée.



Avertissement

Les attributs obligatoires sont définis par l'ICIS (normalisés). Les codificateurs doivent utiliser les valeurs d'attribut selon la définition et les directives énoncées et ils ne doivent pas changer la signification des attributs obligatoires ni les utiliser à d'autres fins.

Exemple

La boîte d'attribut de situation obligatoire de la rubrique 1.NV.89.^{^^} *Excision totale, appendice* contient les valeurs d'attribut suivantes :

0 Non applicable

A Abandon en cours d'intervention

B Secondaire (à une autre intervention)

C Convertie (d'une approche endoscopique en opération ouverte)

Explication : Les valeurs d'attribut de situation pour cette rubrique doivent être appliquées selon l'utilisation prévue. La signification des valeurs d'attribut de situation ne peut pas être changée. Par exemple, la valeur 0 ne peut pas être modifiée pour déclarer autre chose; elle signifie toujours « non applicable ».



Remarque

Il est intéressant de souligner que la CCI ne comptait à l'origine que quatre attributs obligatoires se rapportant à quatre rubriques, et qu'elle compte aujourd'hui 150 rubriques présentant au moins un attribut obligatoire. Cette augmentation est attribuable aux demandes provenant des utilisateurs finaux des données. La plupart des attributs obligatoires se rapportent aux rubriques de la section 1 — Interventions thérapeutiques, mais il y en a également quelques-uns dans la section 2 — Interventions diagnostiques, dans la section 3 — Interventions d'imagerie diagnostique, dans la section 5 — Interventions obstétricales et fœtales, dans la section 6 — Interventions diagnostiques et thérapeutiques cognitives, psychosociales et sensorielles, ainsi que dans la section 7 — Autres interventions des soins de santé.



Autres ressources

Consultez l'annexe D — Attributs obligatoires de la CCI dans les normes de codification pour obtenir une liste complète des attributs obligatoires.

Attributs facultatifs

Dans la plupart des cas, l'utilisation des attributs est facultative. Les attributs facultatifs sont choisis et utilisés en fonction des exigences de déclaration internes. Une boîte d'attribut facultative (jaune) indique qu'il est facultatif de sélectionner l'un des attributs de la boîte (sauf si l'attribut de situation est abandon, convertie ou reprise, tel que décrit précédemment).



Remarque importante

Les utilisateurs devraient établir la liste des attributs facultatifs qui seront utilisés de façon systématique (ou pour une période donnée) et en définir les raisons afin de normaliser les pratiques de collecte de données locales.

Interventions abandonnées, interventions annulées, changements de plan au cours d'une intervention et échecs d'intervention

Les sections suivantes traitent de certains attributs qui comportent des difficultés.

Interventions abandonnées, interventions annulées, changements de plan au cours d'une intervention et échecs d'intervention

La différence entre une intervention abandonnée, une intervention annulée, un échec d'intervention et un changement de plan peut être difficile à saisir. Les attributs s'appliquent uniquement aux interventions abandonnées. Toutefois, les sections suivantes fournissent des explications claires sur la signification de chacun de ces quatre cas et la manière de les saisir.

Type d'intervention	De quoi s'agit-il?	Comment la saisir?
Intervention abandonnée	Une « intervention abandonnée » correspond à une intervention qui a commencé et à laquelle on a mis un terme passé une étape préliminaire (anesthésie, incision, inspection ou biopsie) pour une raison imprévue. Les interventions abandonnées ne peuvent se rapporter qu'aux sections 1 et 5.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Attribution d'un code à l'étape où l'intervention a pris fin (anesthésie, incision, inspection ou biopsie). 2) Attribution d'un code à l'intervention planifiée (facultatif). Si ce code est attribué, appliquer l'attribut de situation A (obligatoire).
Intervention annulée	Une « intervention annulée » correspond à une intervention prévue qui n'a pas eu lieu. L'intervention a été annulée avant même qu'elle ne commence.	<p>Aucun code ne doit être attribué lors d'une intervention annulée.</p> <p>Lorsqu'un patient se présente dans une unité de chirurgie d'un jour, dans une clinique ou au service d'urgence pour subir une intervention prévue ou planifiée qui n'a pas lieu, il est facultatif d'inscrire le terme « CANCELLED » (annulée) dans le champ d'intervention de l'abrégié.</p>
Changement de plan	Un « changement de plan » correspond à la réalisation d'une intervention différente de celle initialement prévue.	Il faut codifier seulement l'intervention qui a été pratiquée.
Échec d'intervention	Un « échec d'intervention » correspond à une intervention qui a franchi les étapes préliminaires, mais qui ne peut pas être entièrement réalisée (le résultat attendu [désiré] n'est pas [entièrement] atteint).	<p>Le code doit être attribué de la même façon que pour les interventions réussies. Il n'est pas possible d'indiquer qu'une intervention a échoué au moyen d'un code ou d'un attribut de la CCI.</p> <p>Il s'agit d'une circonstance clinique, et non d'une situation de codification.</p>

Exemple : intervention abandonnée

Résection planifiée d'un poumon

Un patient atteint d'un cancer du poumon s'est présenté pour une résection du poumon. Il a subi une anesthésie, une thoracotomie ouverte, une inspection de la cavité thoracique et une biopsie de l'arc aortique. Le chirurgien a alors conclu qu'il est impossible de procéder à la résection de la tumeur et a décidé de mettre fin à l'intervention.

Ce scénario correspond à la définition d'une intervention abandonnée, car l'intervention initialement prévue n'a pas commencé. Codifiez la biopsie de l'arc aortique (obligatoire) et, si vous le désirez, la résection du poumon. Si cette dernière est saisie, l'attribut de situation A — Abandon en cours d'intervention doit être appliqué.

Exemple : intervention annulée

Le traitement de chimiothérapie est remis à plus tard

Un patient s'est présenté dans une clinique pour subir un traitement de chimiothérapie. Ses résultats d'analyse en laboratoire indiquent toutefois que la chimiothérapie est contre-indiquée (déconseillée); son traitement de chimiothérapie a donc été remis à un autre jour.

L'intervention prévue n'a pas eu lieu; par conséquent, aucun code d'intervention n'est attribué. Il est facultatif d'inscrire « CANCELLED » (annulée) dans le champ du code d'intervention de l'abrégié.

Exemple : changement de plan

Une cholécystostomie plutôt qu'une cholécystectomie

Un patient a été admis pour une cholécystectomie non urgente. Pendant l'intervention, il est apparu que la vésicule biliaire ne pouvait pas être retirée, car elle était adhérente aux structures environnantes. Le chirurgien a donc décidé de pratiquer plutôt une cholécystostomie.

Ce scénario est un exemple de changement de plan, car une intervention différente (cholécystostomie) (toujours liée au problème) a été pratiquée plutôt que l'intervention prévue (cholécystectomie). On ne considère pas qu'il s'agit de l'abandon de l'intervention prévue, car une autre intervention a été réalisée. En outre, on ne peut parler d'échec de l'intervention prévue, puisqu'elle n'a pas été tentée. Dans ce cas-ci, seule la cholécystostomie est saisie.

Exemple : échec d'intervention

Tentative d'angioplastie de l'artère fémorale superficielle gauche (AFS)

Le protocole opératoire de ce patient comporte le passage suivant : « J'ai essayé de trouver l'origine de l'AFS avec une sonde à extrémité recourbée, puis avec une sonde droite, mais je n'y suis pas parvenu. Après plusieurs tentatives, j'ai décidé de mettre fin à l'intervention. »

Il s'agit d'un exemple d'échec d'intervention, car celle-ci a franchi les étapes préliminaires : anesthésie, incision, inspection ou biopsie. Le chirurgien n'a pas été capable d'atteindre le résultat désiré (dilatation de l'AFS). Dans ce cas, l'angioplastie (dilatation) de l'AFS est codifiée comme si elle avait été réussie.



Conseil

S'il y a **tentative** de pratiquer l'intervention planifiée, mais que celle-ci n'est pas entièrement réalisée, il s'agit d'un échec de l'intervention et non d'une intervention abandonnée.



Autres ressources

Consultez les normes de codification *Interventions abandonnées*, *Interventions annulées*, *Changement de plan au cours d'une intervention* et *Échecs d'intervention* pour obtenir de plus amples renseignements.

Interventions reprises

Déterminer si l'attribut obligatoire de reprise s'applique à une intervention donnée peut se révéler délicat. Les paragraphes suivants clarifient le but des attributs de reprise et leur application (ou non) lors d'une intervention afin que les codificateurs puissent les appliquer avec plus de certitude.

a) Objectif et utilisation d'un attribut de reprise

L'attribut de situation R est utilisé lorsque l'intervention en question est une reprise complète ou partielle résultant d'un problème prévu ou non d'une intervention précédente.

L'objectif de l'attribut de reprise consiste à signaler les interventions qui sont des reprises et qui sont pertinentes à des fins de surveillance des résultats et d'amélioration de la qualité. Cet indicateur permet notamment de répondre aux questions suivantes : Combien de fois l'intervention initiale doit-elle être reprise en raison d'un problème? À quelle fréquence l'intervention initiale est-elle (généralement) reprise? Des mesures peuvent-elles être prises pour réduire le nombre de reprises? L'attribut de reprise signale que **cette** intervention est un retour à un site d'intervention **antérieur**.



Point clé

Une intervention signalée comme une reprise signifie qu'un retour à l'intervention **initiale** était nécessaire.



Remarque importante

L'intervention signalée comme une reprise ne doit pas nécessairement être identique à l'intervention initiale. Par rapport à l'intervention initiale, il peut s'agir d'une intervention complètement différente (résolution d'un problème), légèrement différente (utilisation d'une technique différente) ou exactement pareille (répétition identique).

Arthroplasties

La reprise d'une arthroplastie a une signification particulière. Lorsque l'attribut de situation R est attribué avec une arthroplastie qui comprend l'implantation d'une prothèse (p. ex. 1.VA.53.^{^^} *Implantation d'un appareil interne, articulation de la hanche*), cela signifie que le patient a déjà subi une arthroplastie avec implantation d'une prothèse à ce site et qu'un composant, ou plus, a été retiré et remplacé par de nouveaux composants ou un spacer temporaire en ciment.

b) Exceptions

Certains types d'interventions ne sont jamais considérées comme des reprises, alors que d'autres le sont, mais ne sont jamais signalées comme telles. Pour de telles interventions, il est possible qu'un attribut de reprise ne soit pas disponible à la rubrique ou qu'il soit disponible, mais qu'il ne s'applique pas à une intervention particulière de la rubrique.

Certaines interventions ne sont pas considérées comme des reprises ou ne sont pas signalées en tant que reprises, car le retour au site d'intervention initial pour pratiquer une intervention ne présente **aucun intérêt**, la situation **ne s'applique pas** au cas ou la codification d'une reprise serait **redondante**. En d'autres mots, le retour au site ou la reprise d'une intervention où la répétition est courante ne présente aucun intérêt à des fins de surveillance; l'intervention ne peut pas être considérée comme une reprise en raison de sa nature et n'est donc pas applicable; ou l'intervention est considérée comme une reprise en raison de sa nature et la signaler en tant que révision est redondant.



Point clé

L'attribut de révision est disponible lorsque la saisie de cette information présente de l'intérêt. Dans la plupart des cas, l'attribut de reprise ne sera pas disponible dans les rubriques où il ne présente pas d'intérêt. Par contre, en raison de la nature des différentes rubriques (qui comprennent plus d'un type d'intervention), l'attribut peut être disponible sans toutefois pouvoir être utilisé en toutes circonstances.

Exemple 1 : Remplacement d'un tube de néphrostomie

La réinsertion de stents, de cathéters et de systèmes de dérivation **qui sont mentionnés aux rubriques portant sur le drainage** (1.^52) ne présente pas d'intérêt, car elle est habituelle. On peut raisonnablement s'attendre à ce que ces réinsertions soient pratiquées, et leur surveillance ne présente aucun intérêt. L'attribut de reprise n'est donc pas disponible à la rubrique 1.PE.52.^ Drainage, bassinnet du rein.



Remarque importante

L'attribution d'un code pour la révision d'un système de dérivation du liquide céphalo-rachidien (LCR) (comprenant le changement de cathéter) est différente. La norme de codification *Révision des systèmes de dérivation du liquide céphalorachidien (LCR) (ventricule, tronc cérébral, canal rachidien)* décrit l'attribution de codes pour une révision partielle et une révision complète d'un système de dérivation du LCR.



Conseil

Les « stents » apparaissent plus souvent dans l'intervention générique « dilatation » (1.^^.50) que dans l'intervention « drainage » (1.^^.52). Il peut arriver que l'attribut de reprise soit disponible dans les rubriques sur la dilatation (1.^^.50).

Exemple 2 : Allongement de cathéters associés au shunt ventriculopéritonéal

La **gestion** d'un appareil interne (1.^^.54) entraîne toujours un retour au site de l'implant initial. Il est donc redondant de saisir ces interventions comme des reprises. L'attribut de reprise n'est donc pas disponible à la rubrique 1.AC.54.^.^ *Gestion d'un appareil interne, ventricules cérébraux*.

Exemple 3 : Contrôle d'une hémorragie dans un poumon à la suite de la résection du poumon au moyen d'un électrocautère

Les méthodes de **contrôle d'hémorragie** qui ne requièrent **pas** de réapposition (deuxième rapprochement de sites anatomiques ou rapprochement subséquent de sites anatomiques [p. ex. sutures]) ne sont pas signalées comme des reprises, car elles ne présentent aucun intérêt du fait qu'elles sont habituelles (pour le contrôle des hémorragies) et ne constituent pas des interventions complexes (p. ex. pansement occlusif, compression directe, électrocautérisation). L'attribut de reprise n'est donc pas disponible à la rubrique 1.GT.13.^.^ *Contrôle d'une hémorragie, poumon NCA*.

Exemple 4 : Retour en salle d'opération pour la réparation d'une lacération des bronches au moyen d'un lambeau local à la suite d'une bronchorraphie initiale qui a échoué

Les méthodes de **contrôle d'hémorragie** qui *requièrent* une réapposition (deuxième rapprochement de sites anatomiques ou rapprochement subséquent de sites anatomiques [p. ex. sutures]) présentent un intérêt, car elles ne sont pas habituelles (pour le contrôle des hémorragies) et constituent des interventions complexes. L'attribut de reprise est disponible à la rubrique 1.GM.80.^.^ *Réparation, bronches NCA* et est appliqué dans cet exemple.

Exemple 5 : Retour en salle d'opération pour le débridement d'une plaie opératoire nécrosée sur la paroi thoracique

Les interventions visant à gérer les **plaies opératoires** ne présentent pas d'intérêt. L'attribut de reprise est disponible à la rubrique 1.SZ.59.^.^ *Destruction, tissus mous du thorax et de l'abdomen*, mais il n'est **pas** appliqué dans cet exemple. La prise en charge des plaies opératoires est considérée comme une intervention distincte par rapport à l'intervention initiale. Il s'agit d'une complication liée à la plaie, et non à l'intervention qui a été pratiquée par incision.

Exemple 6 : Retour en salle d'opération pour une atticotomie afin de retirer un choléstéatome récurrent dans la cavité laissée par la mastoïdectomie

Une **deuxième résection** au même site anatomique est considérée comme une nouvelle résection. L'attribut de reprise est disponible à la rubrique 1.DL.87.^[^] *Excision partielle, mastoïde (apophyse)*, mais il n'est **pas** appliqué dans cet exemple, puisqu'il ne s'agit pas d'une reprise (non applicable).

Exemple 7 : Retour en salle d'opération pour le retrait et le remplacement d'une allogreffe à la peau du bras due à un rejet

Le **retour** au site d'une intervention antérieure en raison d'un problème est considéré comme une reprise. L'attribut de reprise est disponible à la rubrique 1.YT.80.^[^] *Réparation, peau du bras*, et est appliqué dans cet exemple.



Autres ressources

Consultez la norme de codification *Interventions reprises* pour obtenir la liste complète des types d'interventions qui ne sont pas classées comme des reprises ainsi que pour consulter d'autres exemples.

c) Interventions par étape et interventions reprises

Certaines interventions sont délibérément effectuées en deux épisodes d'intervention ou plus pour des raisons techniques ou pour obtenir les meilleurs résultats possible. Une intervention par étape n'est pas une reprise; elle représente plutôt l'une des étapes requises pour obtenir le résultat désiré et elle doit être classée au moyen de l'attribut « par étape ».

d) Utilisation de l'attribut de reprise pour signaler un remplacement

Le concept de « remplacement » comme type d'intervention n'existe pas dans la CCI. Il y est seulement question d'implantation [1.^[^].53], de gestion [1.^[^].54] et de retrait [1.^[^].55] d'un appareil.

Pour saisir le remplacement d'un appareil à l'aide de l'attribut de reprise, il faut

- attribuer le code pour l'implantation de l'appareil; et
- ajouter l'attribut de reprise.

Il arrive parfois que la codification du retrait de l'appareil soit également exigée (si l'intervention présente un intérêt), mais le plus souvent, il n'en est rien, puisque ce serait redondant (implantation + reprise = remplacement [retiré et implanté]).

Exemple 1 : Ne pas attribuer un code pour le retrait*Remplacement d'une lentille intraoculaire par le même type de prothèse*

Pour classer cette intervention, procédez ainsi : **1)** sélectionnez le code de l'appareil implanté (et qui avait été initialement implanté) sous la rubrique 1.CL.53.^[^] *Implantation d'un appareil interne, cristallin* (p. ex. 1.CL.53.LA-LN pour lentille intraoculaire rigide dans la chambre postérieure), car ce code comprend le retrait de l'autre prothèse et l'insertion de la nouvelle; **2)** sélectionnez ensuite l'attribut de situation R *Reprise*.

Exemple 2 : Attribuer un code pour le retrait*Remplacement d'une lentille rigide dans la chambre postérieure par une lentille pliée dans la chambre postérieure*

Pour classer cette intervention, procédez ainsi : **1)** sélectionnez le code pour l'intervention pratiquée sous la rubrique 1.CL.53.^[^] *Implantation d'un appareil interne, cristallin* (c.-à-d. 1.CL.53.LA-LM pour lentille pliée dans la chambre postérieure); **2)** sélectionnez l'attribut de situation R *Reprise*; **3)** ajoutez le code pour le retrait de la lentille rigide (1.CL.55.LA-LN *Retrait d'un appareil, cristallin, lentille intraoculaire rigide de la chambre postérieure, approche ouverte*), conformément à la note « Si la lentille intraoculaire est retirée et remplacée par une prothèse d'un autre type, vous devez alors codifier ce retrait (voir 1.CL.55.^[^]), ainsi que l'implantation de l'autre prothèse » qui apparaît à la rubrique 1.CL.53.^[^].

**Conseil**

Dans la CCI, les termes « réinsertion » et « remplacement » sont utilisés de façon interchangeable pour désigner le retrait d'un appareil pour en implanter un autre. La méthode de codification de la réinsertion et du remplacement d'un appareil dépend de la nature de l'appareil. La réinsertion et le remplacement d'un dispositif de drainage (endoprothèse, cathéter et système de dérivation) sont classés sous la rubrique 1.^[^].**52** sans attribut de reprise; la réinsertion et le remplacement de la plupart des autres types d'appareils sont classés à la rubrique 1.^[^].**53** avec un attribut de reprise.

Les exceptions comprennent le remplacement d'un appareil interne à l'intérieur d'une poche sous-cutanée existante (1.YY.54.^[^] *Gestion d'un appareil interne, peau de sites construits chirurgicalement*).

e) Utilisation de l'attribut de reprise

Pour déterminer si l'attribut de reprise doit être utilisé ou non, les utilisateurs peuvent suivre les étapes ci-dessous.

- **Étape 1** : L'intervention est-elle pratiquée sur le site d'une intervention antérieure? Dans l'affirmative, passez à l'étape 2. Dans la négative, arrêtez.
- **Étape 2** : L'intervention vise-t-elle à résoudre un problème résultant de l'intervention précédente? Le but est-il de refaire l'intervention précédente? Si la réponse à l'une des deux questions est oui, passez à l'étape 3. Sinon, arrêtez.
- **Étape 3** : Cette situation fait-elle partie des exceptions d'utilisation de l'attribut de reprise? Dans l'affirmative, arrêtez. Dans la négative, passez à l'étape 4.
- **Étape 4** : Codifiez l'intervention en question et utilisez l'attribut de reprise.

Questionnaire d'évaluation

Répondez aux questions ci-dessous, puis vérifiez vos réponses à l'annexe A. Nous vous conseillons de passer en revue cette section chaque fois que vous avez donné une réponse incorrecte à une question.

Question 1

Lisez l'énoncé suivant et choisissez V pour « vrai » ou F pour « faux ».

- V** **F** Au moins un attribut doit être saisi pour chaque intervention de la section 1 — Interventions thérapeutiques de la CCI.

Question 2

Lisez l'énoncé suivant et choisissez V pour « vrai » ou F pour « faux ».

- V** **F** Si une boîte d'attribut est inactive (grise), cela signifie qu'aucune valeur ne peut être entrée dans ce champ de l'abrégié.

Question 3

Lisez l'énoncé suivant et choisissez V pour « vrai » ou F pour « faux ».

- V** **F** Si deux attributs de la même boîte d'attribut active s'appliquent, ils peuvent tous deux être sélectionnés.

Question 4

Choisissez la bonne réponse.

« L'intervention planifiée, qui visait à drainer un abcès pulmonaire, a été interrompue lorsque le patient a commencé à faire de l'arythmie à la suite de l'anesthésie. » À quel type d'intervention correspond cette description?

Intervention abandonnée

Intervention annulée

Changement de plan

Échec d'intervention

Question 5

Choisissez la bonne réponse.

Laquelle des interventions ci-dessous doit être signalée comme une reprise?

Irrigation d'un shunt pour dialyse (1.KY.54.^ ^ *Gestion d'un appareil interne, artère avec veine*)

Neurolyse du nerf médian (poignet) à la suite d'une réparation antérieure sur ce nerf (1.BM.72.^ ^ *Libération, nerfs de la partie supérieure du bras et du coude*)

Réinsertion d'un tube de néphrostomie en vue d'un drainage (1.PE.52.^ ^ *Drainage, bassinnet du rein*)

Étape 1 de la construction d'une oreille externe (1.DA.84.^ ^ *Construction ou reconstruction, oreille externe NCA*)

Chapitre 4 : Utilisation de la CCI — recours au dossier clinique

Aperçu du chapitre

Ce chapitre permet de présenter le dossier clinique comme le document source que les codificateurs utilisent pour la codification des interventions au moyen de la CCI.

Les compétences en codification des interventions s'améliorent avec l'expérience acquise relativement à un type de cas donné et avec l'utilisation de la CCI. Le dossier clinique constitue la source pour codifier les données sur la morbidité, et plus particulièrement pour codifier les interventions.

Interpréter un protocole opératoire

La consultation d'un protocole opératoire peut présenter des difficultés parfois insurmontables. La clé de la codification d'un protocole opératoire complexe réside en l'utilisation d'une approche méthodique qui consiste à diviser le protocole en ses principales composantes, puis, à l'aide de la classification et des normes de codification, à sélectionner les codes d'intervention qui correspondent le mieux à l'intervention ou aux interventions indiquées dans le protocole.

La marche à suivre ci-dessous pourrait vous être utile au moment de codifier un protocole opératoire complexe.

Étape 1 : Renseignez-vous sur la nature générale et l'objectif de l'intervention

Avant de plonger dans le corps du protocole opératoire, commencez par lire le « nom de l'opération », le « titre de l'intervention » ou l'« intervention réalisée » indiqué par le chirurgien au début du protocole. Ces renseignements, ainsi que les diagnostics préopératoire et postopératoire, permettent de définir l'intention globale de l'intervention et vous donnent un aperçu de ce qui a été effectué.



Avertissement

La consultation du formulaire de réservation de la salle d'opération pour connaître le nom de l'intervention pratiquée peut induire en erreur. En effet, il est possible que le chirurgien emploie un terme précis ou un acronyme (p. ex. FESS pour « chirurgie endoscopique fonctionnelle des sinus ») parce qu'il souhaite que la salle d'opération soit mise en place et pourvue d'une certaine façon (p. ex. qu'on y apporte un certain plateau d'instruments). Toutefois, l'intervention pratiquée peut différer de celle inscrite sur ce formulaire.



Remarque importante

Les codificateurs ne doivent pas s'appuyer uniquement sur les interventions inscrites par le chirurgien dans la section du protocole opératoire réservée aux interventions pratiquées. Chaque élément qui y est indiqué ne requiert pas nécessairement un code distinct; inversement, des codes additionnels peuvent être nécessaires pour saisir tout ce qui a été effectué au cours de l'épisode d'intervention.

Étape 2 : Déterminez le quoi, le où et le comment

L'étape suivante consiste à lire attentivement le corps du protocole opératoire, en accordant une attention particulière aux mots-clés et aux énoncés qui sont nécessaires à la codification de l'intervention. Prenez note des termes employés pour décrire **ce qui a été effectué** (excision? dilatation? réparation?). Portez également attention aux termes qui précisent les **sites anatomiques concernés** (s'agit-il, par exemple, d'un os ou d'une artère? lesquels précisément?). La détermination des composantes principales de l'intervention aide à choisir les termes de recherche à entrer dans la CCI. Rappelez-vous que certains termes utilisés devront être remplacés par les termes génériques employés dans la CCI; par exemple, « lancette » peut se rapporter à une incision ou à un drainage.

Relevez aussi les mots-clés qui décrivent **comment l'intervention a été réalisée**, c'est-à-dire l'approche (ouverte? laparoscopie?) ainsi que les techniques ou les dispositifs employés (sutures? mailles? vis?). C'est également à cette étape qu'il faut noter les termes qui vous sont inconnus ou dont vous devez confirmer la définition.

En cours de route, vous établirez aussi si d'autres interventions qui n'avaient pas été indiquées au début du rapport ont été pratiquées et doivent être codifiées. Par exemple, une incision supplémentaire a-t-elle été nécessaire pour prélever du tissu afin de réparer le défaut du site de la chirurgie?

Maintenant que vous savez quelle(s) intervention(s) ont été pratiquées, comment et sur quel(s) site(s), il faut déterminer la façon dont cette intervention est classée dans la CCI.

Étape 3 : Trouvez le ou les codes appropriés de la CCI

Avant de trouver le code approprié, vous devez d'abord définir les termes de recherche (les termes pilotes et les termes mis en retrait) que vous utiliserez. Ils correspondent généralement à l'intervention et au site anatomique, comme *réparation nerf poignet*. Une fois ces termes trouvés, servez-vous de la fonction de requête de la CCI pour connaître les options possibles. Il se peut que plus d'un code ou d'une rubrique doive être examiné attentivement. Ne vous arrêtez donc pas au premier résultat : passez-les tous en revue et procédez par élimination.

Une fois que vous avez circonscrit les rubriques possibles, lisez minutieusement les inclusions et exclusions ainsi que les notes relatives à chaque rubrique dans la table analytique. N'oubliez pas de le faire au niveau du code, de la rubrique et du groupe, ainsi qu'au début de la section. Ces précisions vous aideront à confirmer que vous vous trouvez au bon endroit ou bien vous indiqueront que vous devez modifier votre choix. Lorsque vous êtes certain d'avoir trouvé la bonne rubrique, sélectionnez le ou les qualificateurs appropriés pour compléter le code, puis vérifiez si des attributs doivent être attribués.



Avertissement

Demandez-vous si tous les codes sélectionnés sont vraiment nécessaires. Rapportez-vous à la norme de codification *Codes multiples dans la CCI*, où il est indiqué : « Chaque acte effectué au cours d'une intervention n'a pas besoin d'être codifié. De nombreux actes de moindre importance effectués au cours d'un épisode d'intervention qui font partie intégrante de l'intervention globale n'ont pas à être codifiés séparément. En outre, la fermeture d'un site d'intervention est comprise dans le code d'intervention. » Appuyez-vous sur les inclusions et les exclusions, les directives et les notes de la CCI, ainsi que sur les normes de codification pour vous aider à établir ce qui doit être codifié séparément ou non.

Étape 4 : Vérifiez que tous les éléments ont été pris en compte

En dernier lieu, demandez-vous si vous avez pris en compte tous les éléments. Gardez en tête l'intention de l'intervention et guidez-vous sur la classification et les normes de codification.

Annexes

Annexe A : Corrigé

Section 2.1 : Questionnaire d'évaluation — Structure et règles de la CCI

Question 1

Vrai : Il s'agit d'une intervention thérapeutique (section 1) et, pour les interventions thérapeutiques, le groupe du deuxième champ du code de la CCI désigne le groupe de sites anatomiques. Le groupe **PC** correspond au rein.

1.**PC**.85.LA-XX-J *Transplantation, rein, rein (greffe allogénique ou syngénique) provenant d'un donneur vivant*

Question 2

Faux : Un attribut est un élément de données qui ne fait pas partie du code complet de la CCI. Par exemple, un attribut de lieu facultatif peut être saisi pour le code de transplantation précisé à la question 1 afin d'indiquer que le rein gauche a été transplanté.

1.**PC**.85.LA-XX-J *Transplantation, rein, rein (greffe allogénique ou syngénique) provenant d'un donneur vivant PLUS l'attribut de lieu L Gauche saisi dans le champ approprié de l'abrégié.*

Question 3

Faux : Le terme « et » dans le titre de la rubrique signifie « et/ou ». Cette rubrique comprend donc la brachythérapie sur l'utérus seulement, la brachythérapie sur les structures environnantes seulement ainsi que la brachythérapie sur l'utérus et les structures environnantes.

Question 4

Les bonnes réponses sont **a)**, **b)** et **c)**. Dans la CCI, les parenthèses () délimitent des termes supplémentaires qui peuvent être présents ou non et qui n'influent pas sur la sélection du code. Dans cet exemple, l'endométrectomie ne doit pas nécessairement être accompagnée de dilatation pour être classée sous cette rubrique. L'endométrectomie peut être la seule intervention (qu'on peut aussi nommer « endométrectomie sans dilatation ») ou être accompagnée d'une dilatation.

Question 5

La bonne réponse est **c**). Le retrait d'électrodes d'un stimulateur (pacemaker) du nerf vague fait partie de cette rubrique. Le retrait d'un appareil concernant n'importe quels nerfs de la tête et du cou ne fait pas partie de cette rubrique, car le titre de la rubrique comprend l'abréviation NCA (non classé ailleurs). Cela signifie que le retrait d'un appareil concernant des nerfs précis de la tête et du cou peut être classé ailleurs; cette rubrique ne devrait donc être utilisée que si cette possibilité a été éliminée. Le retrait d'un neurostimulateur implanté à l'intérieur du crâne (tête) ne fait également pas partie de cette rubrique. L'exclusion dirige le codificateur vers une autre rubrique pour cette intervention.

Section 2.2 : Questionnaire d'évaluation — Utiliser Folio Views

Question 1

Vrai : Comme il y a plus d'inclusions dans la table analytique que dans l'index alphabétique dans la CCI, vous avez plus de chances d'y trouver le terme que vous cherchez. Avec les fonctions de requête avancée ou de requête de la table analytique, les interrogations se font d'abord dans la table analytique.

Question 2

Faux : L'icône Résultat suivant (ou F4) permet de passer à la prochaine occurrence du ou des termes de recherche, en s'arrêtant à chaque ligne où ils figurent.

Question 3

Vrai : Lorsque vous savez déjà où vous voulez aller dans la table analytique, servez-vous de l'icône Aller à (ou des touches Ctrl + G) pour vous y rendre directement. La saisie des caractères du code sans ponctuation permet d'obtenir un résultat plus précis.

Question 4

Vrai : Dans la CCI, vous pouvez utiliser l'astérisque pour remplacer une partie du code recherché afin de trouver toutes les valeurs possibles. La recherche de 1.AN.** permettra de localiser tous les types d'interventions thérapeutiques pratiquées sur le cerveau.

Section 3.1 : Questionnaire d'évaluation — Champ 1 — section

Question 1

Faux : La table analytique de la CCI est divisée en sept sections basées sur la nature générale des interventions. Le premier caractère d'un code de la CCI est une valeur numérique qui correspond à la section de la CCI d'où provient le code. Par exemple, la valeur **3** représente une intervention d'imagerie diagnostique.

Question 2

Faux : Une biopsie de la peau est une intervention diagnostique, et non pas thérapeutique. Un code de la section 2 — Interventions diagnostiques, doit être attribué à la biopsie de la peau. Cette section englobe les interventions qui aident à préciser le problème devant être traité.

Question 3

Faux : Dans ce scénario, il est obligatoire de codifier l'intervention thérapeutique (ablation du polype) et l'intervention diagnostique (coloscopie).

Question 4

La bonne réponse est **d**). Un code de la section 5 — Interventions obstétricales et fœtales, doit être attribué à une intervention exclusive à l'obstétrique.

Section 3.2 : Questionnaire d'évaluation — Champ 2 — site anatomique (groupe)

Question 1

Faux : La disponibilité de sites anatomiques plus ou moins détaillés varie selon la pertinence clinique. Ce qui est pertinent pour les interventions thérapeutiques ne l'est pas nécessairement pour les interventions diagnostiques ou d'imagerie diagnostique. De même, ce qui est pertinent pour une rubrique dans une section ne l'est pas nécessairement pour une autre.

Question 2

Faux : L'attribution d'un seul code d'intervention ou de codes d'intervention multiples à la même intervention pratiquée sur différents sites anatomiques dépend d'un certain nombre de variables, comme les sites visés par l'intervention et leur inclusion dans les groupes de sites anatomiques disponibles pour cette intervention.

Question 3

Vrai : La fermeture d'une fistule qui communique avec la peau doit être classée en fonction du site anatomique interne.

Question 4

Vrai : Le terme « et » signifie « et/ou » pour les groupes de sites anatomiques. La rubrique 1.TV.73.^{^^} *Réduction, radius et cubitus* peut donc inclure la réduction du radius seulement, du cubitus seulement ou de ces deux os au cours du même épisode d'intervention.

Question 5

Faux : La résection de la diaphyse du fémur est classée sous la rubrique 1.VC.87.^{^^} *Excision partielle, fémur*, car la diaphyse du fémur ne fait pas partie de l'articulation de la hanche.

Conseil : La recherche des termes « diaphyse du fémur » mène aux rubriques concernant le fémur, et non l'articulation de la hanche.

Question 6

La bonne réponse est **b**). L'excision de tissu aberrant (ectopique) est classée en fonction du site anatomique d'origine.

Question 7

La bonne réponse est **b**). Le groupe de sites anatomiques OW est sélectionné lorsqu'une intervention est pratiquée pour évaluer ou traiter : 1) une anastomose sur un site construit chirurgicalement; 2) le canal d'une stomie; 3) une poche dans le tube digestif et les voies biliaires. Notez toutefois que le groupe de sites anatomiques OW exclut l'ouverture externe d'une stomie à la surface de la peau.

Section 3.3 : Questionnaire d'évaluation — Champ 3 — intervention

Question 1

Vrai : L'établissement de l'intention consiste à faire correspondre l'intervention décrite dans la documentation aux interventions génériques utilisées dans la CCI. Pour « traduire » la description figurant dans la documentation dans les termes propres à la CCI, demandez-vous quel est le **plan ou l'objectif** de l'intervention réalisée. Quelle est son **intention** globale? Quel est le **résultat** visé?

Question 2

Faux : Un *drainage* (52) consiste à extraire du corps du liquide comme de l'eau, du sang ou du pus présent dans une blessure ou une partie du corps, habituellement à l'aide d'un tube. La *dilatation* (50) consiste, quant à elle, à rétablir la perméabilité (c.-à-d. état ouvert, débouché) d'une partie corporelle afin de restaurer la circulation normale des liquides dans le corps.

Question 3

Vrai : Lorsque des interventions sont pratiquées sur des sites bilatéraux et qu'**une composante** du code de la CCI varie, des codes multiples sont attribués (avec ou sans l'attribut d'unilatéralité). Dans cet exemple, la variation concerne le qualificateur de tissu; un des côtés a reçu un tissu synthétique (mailles), l'autre aucun tissu. Lorsque la **même intervention** est pratiquée sur des sites bilatéraux, un seul code est attribué (avec ou sans l'attribut de bilatéralité).

Question 4

La bonne réponse est **b**). L'*excision radicale* (91) est sélectionnée lorsqu'une portion ou la totalité (plus courant) d'un organe ou d'une partie du corps et des tissus adjacents est prélevée.

Section 3.4 : Questionnaire d'évaluation — Champ 4 — qualificateur 1 : approche ou technique

Question 1

Vrai : Pour être complet, un code de la CCI doit comprendre un qualificateur 1. Un code complet est composé de 7 à 10 caractères. Le qualificateur 1 correspond aux sixième et septième caractères d'un code de la CCI.

Question 2

Faux : Le qualificateur 1 comprend *habituellement* l'approche opératoire, mais il ne précise pas toujours la technique employée.

Question 3

Faux : Une approche percutanée peut comprendre de (très) petites incisions permettant d'accéder au site d'intervention.

Question 4

Faux : Lorsque plus d'une approche opératoire est utilisée pour la même intervention, un seul code de l'un des qualificateurs d'approche disponibles peut être utilisé.

Question 5

Vrai : Il existe différentes façons d'intégrer la technique d'intervention dans le code de la CCI. L'une d'elles consiste à l'inclure dans le qualificateur 1, mais la technique peut aussi être saisie dans le qualificateur 2 ou par d'autres moyens.

Section 3.5 : Questionnaire d'évaluation — Champ 5 — qualificateur 2 : agent ou dispositif

Question 1

Vrai : Dans les sections 1, 2 et 5, le qualificateur 2 sert à saisir soit le dispositif, soit l'agent utilisé pendant une intervention.

Question 2

Faux : Lorsque le qualificateur 2 désigne un dispositif, il peut être appliqué soit au dispositif utilisé pour **pratiquer** une intervention, soit à un dispositif qui a **été implanté**.

Question 3

Faux : La broche de Kirschner est classée soit comme une broche, soit comme un fil, selon son utilisation.

Question 4

La bonne réponse est **c)** : *NV utilisation d'une broche, d'un clou*. Dans le cas des interventions orthopédiques, les codificateurs doivent suivre la hiérarchie établie pour les dispositifs, où les broches et les clous ont préséance sur les fils, les agrafes et les mailles.

Section 3.6 : Questionnaire d'évaluation — Champ 6 — qualificateur 3 : tissu

Question 1

Faux : Le tissu d'une greffe peut provenir de diverses sources, comme le patient, un autre donneur ou un animal.

Question 2

Vrai : Le prélèvement d'une portion de l'intestin pour son utilisation au cours d'une chirurgie doit toujours être saisi.

Question 3

La bonne réponse est **c)**. Le tissu utilisé pour un lambeau pédiculé reste attaché à son site de prélèvement par une base qui lui fournit son apport sanguin.

Section 3.7 : Questionnaire d'évaluation — Attributs

Question 1

Faux : Seuls les attributs obligatoires doivent être saisis. Il peut s'agir d'attributs de situation, de lieu ou d'étendue. La plupart des attributs obligatoires se trouvent dans la section 1, mais il y en a quelques-uns dans les autres sections de la CCI.

Question 2

Vrai : Une boîte d'attribut inactif (grise) signifie qu'il n'y a pas d'attribut disponible.

Question 3

Faux : Seulement une valeur peut être sélectionnée parmi les valeurs disponibles dans une boîte d'attribut.

Question 4

La bonne réponse est **a**). L'intervention thérapeutique (section 1) a franchi l'étape préliminaire, soit l'anesthésie, puis a pris fin. On n'a pas tenté de réaliser l'intervention prévue. L'anesthésie doit obligatoirement être saisie. Il est facultatif de saisir le drainage de l'abcès pulmonaire. S'il est saisi, l'attribut de situation « abandon » doit être appliqué.

Question 5

La bonne réponse est **b**). Une neurolyse est requise pour revisiter le même site anatomique afin de résoudre un problème (adhérences). De par sa nature, la gestion d'un appareil (1. ^^54) correspond à une reprise (il y aurait donc redondance). La réinsertion de dispositifs de drainage dans les rubriques 1.^^52 ne présente aucun intérêt. Une intervention par étape ne s'applique pas (elle ne constitue pas une reprise).

Références

1. WebWire. [Single incision \(scarless\) gallbladder surgery](#). Consulté le 15 février 2018.
2. UCSF Medical Center. [UCSF performs city's first single-incision gallbladder removal](#) [communiqué]. Consulté le 15 février 2018.

Bibliographie

Bulstrode C, et al. *Oxford Textbook of Orthopedics and Trauma*. 2003.

Institut canadien d'information sur la santé. Ressources archivées. Dates diverses.

Doherty GM, Way LW (dir.). *Current Surgical Diagnosis & Treatment (12th Edition)*. 2006.

Dorland WA. *Dorland's Illustrated Medical Dictionary (31st Edition)*. 2007.

Fletcher J. *ICD-10-CA/CCI Classification Primer (5th Edition)*. 2009.



ICIS Ottawa

495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ont.)
K2A 4H6
613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge
Bureau 300
Toronto (Ont.)
M2P 2B7
416-481-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas
Bureau 600
Victoria (C.-B.)
V8W 2B7
250-220-4100

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 602
Montréal (Qc)
H3A 2R7
514-842-2226

icis.ca

