

CI-M-11

Classification Internationale des Maladies

Guide de référence

Onzième Révision



World Health
Organization

.....	1
0 CIM-11 Guide de référence.....	9
0.1 Page de droits d'auteur.....	10
0.2 Comment utiliser ce guide de référence.....	12
0.3 Tableau des acronymes et abréviations.....	13
0.4 Glossaire.....	14
1 Partie 1 - Introduction à la CIM-11.....	18
1.1 Classification internationale des maladies (CIM).....	19
1.1.1 Utilisations prévues.....	20
1.1.2 Classification.....	20
1.1.3 La CIM dans le contexte de la famille des classifications internationales de l'OMS (OMS-FCI).....	21
1.1.4 OMS-FCI : Classifications de référence.....	23
1.1.5 Utilisation de la CIM dans les systèmes d'information en santé.....	26
1.1.6 Liens avec d'autres classifications et terminologies.....	28
1.2 Structure et taxonomie de la CIM.....	31
1.2.1 Taxonomie.....	31
1.2.2 Structure des chapitres de la CIM.....	33
1.2.3 Principes directeurs pour la classification des concepts spéciaux.....	34
1.2.4 Caractéristiques générales de la CIM-11.....	35
1.2.5 Fondation et listes tabulaires de la CIM-11.....	37
1.2.6 Entités CIM indépendantes de la langue.....	38
1.3 Principales utilisations de la CIM : Mortalité.....	39
1.3.1 Ce qui est codé : Causes du décès.....	39
1.4 Principales utilisations de la CIM : Morbidité.....	40
1.4.1 Ce qui est codé : les affections du patient.....	40
1.5 Médecine traditionnelle.....	41
1.6 Maintenance de la CIM.....	42
1.6.1 Principes directeurs du processus de rédaction.....	42
1.6.2 Améliorer l'orientation des utilisateurs.....	43
1.6.3 Introduction au processus de mise à jour de la CIM-11.....	44
1.6.4 Modifications nationales pour le codage de la morbidité.....	44
2 Partie 2 - Utilisation de la CIM-11.....	46
2.1 Lignes directrices de base pour le codage et les rapports.....	47
2.2 Liste tabulaire, listes tabulaires spéciales, qualificatifs et modificateurs.....	48
2.3 Index.....	49
2.4 Guide de référence.....	50
2.5 Navigateur et outil de codage.....	51
2.6 Codage pas à pas - terme clinique.....	52
2.7 Les conventions de la CIM-11.....	53
2.7.1 Inclusions.....	53
2.7.2 Exclusions.....	53
2.7.3. "NCA" et "SAI".....	54
2.7.4 "Certain".....	55

2.7.5 Catégories résiduelles - "Autres" et "Non précisé"	55
2.7.6 Utilisation de "Et" et «Ou».....	55
2.7.7 "dû à" et "associé à".....	56
2.7.8 Orthographe, parenthèses, grammaire et autres conventions.....	56
2.7.9 Caractéristiques générales.....	56
2.8 Codes racines.....	59
2.9 Codes d'extension	60
2.10 Précoordination et postcoordination.....	62
2.10.1 Ajout de détails - postcoordination et codage en regroupement avec des codes racines et des codes d'extension multiples	63
2.10.2 Combinaison de codes racines et de codes d'extension, et comment les ordonner dans un regroupement complexe de codes.....	64
2.10.3 Moment du diagnostic - "Présent à l'admission" ou "Apparu après l'admission".	66
2.11 Section Fonctionnement.....	68
2.11.1 Évaluation du fonctionnement.....	68
2.11.2 Entité générique du fonctionnement.....	70
2.12 Enregistrements et rapports électroniques.....	72
2.13 Composant de la fondation et listes tabulaires.....	73
2.14 Principales utilisations de la CIM : Mortalité.....	75
2.15 Statistiques de mortalité	76
2.15.1 Ce qui est mis en tableau : cause initiale de décès.....	76
2.15.2 Source des données : Le formulaire international du certificat médical de la cause du décès (CMCD).....	77
2.15.3 Utilisation courante et cas particuliers.....	79
2.16 Concepts de base.....	81
2.16.1 Cause terminale du décès.....	81
2.16.2 Relation causale et enchaînement.....	82
2.16.3 Point de départ.....	84
2.16.4 Durée.....	85
2.16.5 Premier enchaînement mentionné.....	85
2.16.6 Cause initiale du décès (CI).....	89
2.16.7 Cause initiale prioritaire.....	89
2.16.8 Modification.....	90
2.17 Instructions de codage pour la mortalité.....	92
2.17.1 Directives pour le codage de base et le codage des causes multiples.....	92
2.17.2 Sélection de la cause initiale du décès.....	92
2.17.3 Identifier le point de départ (Étapes SP1 à SP8).....	95
2.17.4 Étape SP1 - Cause unique sur le certificat.....	95
2.17.5 Étape SP2 - Première affection sur la seule ligne utilisée.....	95
2.17.6 Étape SP3 - Première cause sur la ligne la moins utilisée entraînant toutes les entrées ci-dessus.....	96
2.17.7 Étape SP4 - Point de départ du premier enchaînement mentionné.....	97
2.17.8 Étape SP5 - Cause terminale du décès en l'absence de séquence.....	98
2.17.9 Étape SP6 - Cause évidente.....	99
2.17.10 Étape SP7 - Affections mal définies.....	101
2.17.11 Étape SP8 - Affections peu susceptibles d'entraîner le décès.....	102
2.18 Vérification des modifications du point de départ (Étapes M1 à M4)	105
2.18.1 Étape M1 - Instructions spéciales.....	105
2.18.2 Étape M2 - Spécificité.....	107

2.18.3	Étape M3 - Revérification des étapes SP6, M1 et M2	109
2.18.4	Étape M4 - Instructions sur les procédures médicales, les traumatismes principaux, les empoisonnements et les décès maternels	110
2.19	Instructions spéciales sur la sélection de la cause initiale du décès	112
2.19.1	Instructions spéciales sur les séquences acceptées et rejetées (étapes SP3 et SP4)	112
2.19.2	Instructions spéciales sur la cause évidente (étape SP6)	120
2.19.3	Instructions spéciales sur les liens et autres dispositions (étape M1)	133
2.19.4	Instructions spéciales sur la chirurgie et autres procédures médicales (Étape M4)	168
2.19.5	Instructions spéciales sur la blessure principale dans les décès dus à des causes externes (étape M4)	171
2.19.6	Instructions spéciales sur l'empoisonnement par des drogues, des médicaments et des substances biologiques (Étape M4)	173
2.19.7	Instructions spéciales sur la mortalité maternelle (Étape M4)	179
2.20	Instructions de codage pour la mortalité : codage de causes multiples et autres instructions spécifiques	182
2.21	Règles de mortalité - Base de connaissances	183
2.21.1	Diagnostic incertain	183
2.21.2	Effet des termes de liaison	186
2.21.3	Durée	190
2.21.4	Instructions "Coder aussi" dans le cas d'utilisation de la mortalité	190
2.21.5	Tumeurs malignes	191
2.21.6	Séquelles	215
2.21.7	Cohérence entre le sexe du patient et le diagnostic	217
2.21.8	Instructions spécifiques sur d'autres catégories de la CIM	218
2.22	Solution numérique complète pour la mortalité (formulaires, outils et modules de formation)	225
2.23	Principales utilisations de la CIM : Morbidité	227
2.23.1	Utilisation de la CIM dans le cadre des soins cliniques	227
2.23.2	Utilisation de la CIM à des fins épidémiologiques	227
2.23.3	Utilisation de la CIM pour la qualité des soins et la sécurité des patients	228
2.23.4	Ce qui est codé : Affections du patient	232
2.23.5	Recommandations de documentation par le praticien clinicien pour le codage de la morbidité	233
2.23.6	Recommandations de codage pour la sélection de l'"affection principale" et des "autres affections" à des fins de codage	238
2.23.7	Codage utilisant la postcoordination dans la morbidité	241
2.23.8	Codage à partir de la documentation du praticien de santé sur les "relations causales"	243
2.23.9	Codage des affections ou symptômes suspectés, des résultats anormaux et des situations non pathologiques	243
2.23.10	Codage à l'aide de catégories de combinaison	244
2.23.11	Codage utilisant les causes externes de morbidité	244
2.23.12	Codage des affections aiguës et chroniques enregistrées comme affection principale	245
2.23.13	Codage des blessures ou dommages résultant de soins chirurgicaux ou médicaux	246
2.23.14	Codage des événements et circonstances indésirables survenant au cours des soins de santé et ne causant ni blessure ni préjudice réel	246
2.23.15	Codage des affections chroniques post-interventionnelle	246
2.23.16	Codage de 'Antécédents de' et 'Antécédents familiaux de'	246
2.23.17	Codage d'une affection "exclue"	247
2.23.18	Codage des affections documentées comme séquelles (effet tardif)	248
2.23.19	Normes et instructions de codage pour les blessures	249
2.23.20	Modèle conceptuel pour la qualité et la sécurité des patients	257
2.23.21	Notes spécifiques au chapitre	273
2.23.22	Affections de médecine traditionnelle - Module 1 (TM1)	282

2.23.23 Utilisation en médecine traditionnelle.....	282
2.23.24 Instructions de codage pour les affections de la médecine traditionnelle - Module 1 (MT1).....	284
2.24 Recommandations statistiques générales.....	286
2.24.1 Qualité des données.....	286
2.24.2 Spécificité par rapport aux codes mal définis.....	286
2.24.3 Problèmes concernant une population de faible effectif.....	286
2.24.4 "Cellules vides" et cellules à fréquence faible.....	287
2.24.5 Précautions à prendre lorsque les listes de tabulation comprennent des sous-totaux.....	287
2.24.6 Aspects éthiques.....	288
2.24.7 Prévention des dommages potentiels.....	288
2.24.8 Sécurité de la vie privée - Confidentialité.....	289
2.25 Recommandations relatives aux tableaux statistiques pour les comparaisons internationales.....	290
2.25.1 Les listes de tabulation spéciales recommandées.....	290
2.25.2 Rapports internationaux sur la morbidité.....	292
2.25.3 Présentation des tableaux statistiques.....	293
2.25.4 Normes et exigences de déclaration de la mortalité en période périnatale et néonatale.....	294
2.25.5 Normes et exigences de rapport relatives à la mortalité maternelle.....	303
3 Partie 3 - Nouveautés dans la CIM-11.....	305
3.1 Nouvelles conventions et terminologie de la CIM-11.....	306
3.1.1 Description courte.....	310
3.1.2 Informations supplémentaires.....	310
3.1.3 Structure du code.....	311
3.2 Structure des chapitres de la CIM-11.....	312
3.2.1 Chapitre 01 - Certaines maladies infectieuses ou parasitaires.....	312
3.2.2 Chapitre 02 - Tumeurs.....	314
3.2.3 Chapitre 03 - Maladies du sang ou des organes hématopoïétiques.....	315
3.2.4 Chapitre 04 - Maladies du système immunitaire.....	316
3.2.5 Chapitre 05 - Maladies endocriniennes, nutritionnelles ou métaboliques.....	316
3.2.6 Chapitre 06 - Troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux.....	318
3.2.7 Chapitre 07 - Troubles du cycle veille-sommeil.....	321
3.2.8 Chapitre 08 - Maladies du système nerveux.....	322
3.2.9 Chapitre 09 - Maladies de l'appareil visuel.....	323
3.2.10 Chapitre 10 - Maladies de l'oreille ou de l'apophyse mastoïde.....	323
3.2.11 Chapitre 11 - Maladies de l'appareil circulatoire.....	323
3.2.12 Chapitre 12 - Maladies de l'appareil respiratoire.....	325
3.2.13 Chapitre 13 - Maladies de l'appareil digestif.....	326
3.2.14 Chapitre 14 - Maladies de la peau.....	328
3.2.15 Chapitre 15 - Maladies du système musculosquelettique ou du tissu conjonctif.....	329
3.2.16 Chapitre 16 - Maladies de l'appareil génito-urinaire.....	329
3.2.17 Chapitre 17 - Affections liées à la santé sexuelle.....	331
3.2.18 Chapitre 18 - Grossesse, accouchement ou puerpéralité.....	331
3.2.19 Chapitre 19 - Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale.....	332
3.2.20 Chapitre 20 - Anomalies du développement.....	332
3.2.21 Chapitre 21 - Symptômes, signes ou résultats d'examen clinique, non classés ailleurs.....	334
3.2.22 Chapitre 22 - Lésions traumatiques, empoisonnements ou certaines autres conséquences de causes externes.....	334
3.2.23 Chapitre 23 - Causes externes de morbidité ou de mortalité.....	336
3.2.24 Chapitre 24 - Facteurs influant sur l'état de santé ou motifs de recours aux services de santé.....	340
3.2.25 Chapitre 25 - Codes d'utilisation particulière.....	341
3.2.26 Chapitre 26 - Chapitre supplémentaire Affections de la médecine traditionnelle - Module 1.....	341
3.2.27 Chapitre X - Codes d'extension.....	345

3.3 Parentalité multiple.....	346
3.4 Modèle de contenu.....	347
3.6 Innovation dans le codage de la mortalité dans la CIM-11.....	351
3.7 Innovation dans le codage de la morbidité dans la CIM-11	357
3.8 Section de fonctionnement.....	358
3.9 Caractéristiques générales de la CIM-11	359
3.10 Affections de la médecine traditionnelle - Module 1 (MT1).....	360
3.11 Préparatifs de la onzième révision	361
3.12 Annexe A : Mise à jour et maintenance de la CIM-11	362
3.12.1 Applicabilité et propriété intellectuelle.....	372
3.13 Annexe B : Histoire du développement de la CIM	375
3.13.1 Début de l'histoire.....	375
3.13.2 Adoption de la Liste internationale des causes de décès	376
3.13.3 La cinquième conférence de révision décennale.....	378
3.13.4 Classifications antérieures des maladies pour les statistiques de morbidité	379
3.13.5 Comité des États-Unis sur les causes communes de décès	381
3.13.6 Sixième révision des Listes internationales	382
3.13.7 Les septième et huitième révisions	383
3.13.8 La neuvième révision.....	384
3.13.9 La dixième révision.....	385
3.13.10 La famille des classifications internationales de l'OMS.....	386
3.13.11 Mise à jour de la CIM entre deux révisions.....	389
3.13.12 Principales étapes de la révision de la CIM-11	389
3.13.13 Préparatifs de la onzième révision.....	389
3.13.14 Références pour les antécédents de la CIM.....	390
3.14 Annexe C Annexes pour le codage de la mortalité	392
3.14.1 Formulaire international de certificat médical de cause de décès	392
3.14.2 Guide de référence rapide pour le formulaire international de certificat médical de cause de décès (dépliant de la CMCD).....	394
3.14.3 Détails supplémentaires suggérés pour les décès périnataux	397
3.14.4 Diagramme de Processus décisionnel pour le codage de la mortalité.....	399
Classement prioritaire des codes de nature du traumatisme	400
3.14.6 Liste des affections mal définies.....	422
3.14.7 Liste des affections qui peuvent causer une maladie du VIH	422
3.14.8 Liste des affections qui peuvent causer le diabète sucré	427
3.14.9 Liste des affections à considérer comme des conséquences évidentes de la chirurgie et d'autres procédures médicales invasives.....	429
10 Liste des affections peu susceptibles de causer un décès.....	442
3.14.11 Liste des catégories limitées aux, ou plus susceptibles de se produire chez les personnes de sexe féminin	452
3.14.12 Liste des catégories limitées à, ou plus susceptibles de se produire chez les personnes de sexe masculin	456
3.15 Annexe D : Différences entre la CIM-10 et la CIM-11.....	459
3.15.1 Chapitre 01 - Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 dans le chapitre 01	459
3.15.2 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 dans le chapitre 02	461
3.15.3 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 dans le chapitre 03	461
3.15.4 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 04	462
3.15.5 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 05	463

3.15.6 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 06	464
3.15.7 Le chapitre 07 est un nouvel ajout à la CIM-11 et ne figurait pas dans les éditions précédentes.	465
3.15.8 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 08	466
3.15.9 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 09	468
3.15.10 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 10	469
3.15.11 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 11	470
3.15.12 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 12	472
3.15.13 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 13	473
3.15.14 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 14	474
3.15.15 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 15	475
3.15.16 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 16	476
3.15.17 Le chapitre 17 est un nouvel ajout à la CIM-11 et ne figurait pas dans les éditions précédentes.	478
3.15.18 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 18	478
3.15.19 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 19	479
3.15.20 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 20	480
3.15.21 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 21	482
3.15.22 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 22	485
3.15.23 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 23	487
3.15.24 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 24	488
3.15.25 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 25	489

0 CIM-11 Guide de référence

0.1 Page de droits d'auteur

Classification internationale des maladies, onzième révision (CIM-11)

Organisation mondiale de la santé 2022

Certains droits réservés. Ce travail est disponible sous la licence Creative Commons Attribution-No Derivatives 3.0 IGO (CC BY-ND 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/igo/>).

Cette licence ne vous permet pas de produire des adaptations de l'ouvrage (y compris des traductions) sans l'autorisation de l'OMS.

Selon les termes de cette licence, vous pouvez copier et redistribuer l'ouvrage, à condition que celui-ci soit cité de manière appropriée, comme indiqué ci-dessous. Dans toute utilisation de ce travail, il ne doit pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services spécifiques. L'utilisation du logo de l'OMS n'est pas autorisée.

Toute médiation relative aux litiges découlant de la licence sera menée conformément aux règles de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Cette version PDF de la CIM-11 a été créée pour répondre à la préférence des utilisateurs qui souhaitent visualiser la CIM-11 dans un format imprimable. La version définitive de la CIM-11 est disponible sur <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.

Citation suggérée

Classification internationale des maladies onzième révision (CIM-11). Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2022. Licence : [CC BY-ND 3.0 IGO](#).

Les *mappings* ou liens croisés entre d'autres classifications et terminologies et la CIM-11 et/ou les traductions ne sont pas couverts par la licence CIM-11 et font l'objet d'un accord écrit distinct de l'OMS.

Documents tiers

Si vous souhaitez réutiliser des éléments de ce travail qui sont attribués à un tiers, tels que des tableaux, des figures ou des images, il vous incombe de déterminer si une autorisation est nécessaire pour cette réutilisation et d'obtenir l'autorisation du détenteur des droits d'auteur. Le risque de réclamations résultant de la violation de tout élément appartenant à un tiers dans l'ouvrage incombe uniquement à l'utilisateur.

Avis de non-responsabilité générale

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillés et en tirets sur les cartes représentent des lignes frontalières approximatives pour lesquelles il peut ne pas y avoir encore d'accord complet.

La mention de sociétés spécifiques ou de produits de certains fabricants n'implique pas que ces derniers soient approuvés ou recommandés par l'OMS en préférence à d'autres de nature similaire qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, les noms des produits de marque déposée sont distingués par des majuscules initiales.

Toutes les précautions raisonnables ont été prises par l'OMS pour vérifier les informations contenues dans cette publication. Toutefois, le matériel publié est distribué sans garantie d'aucune sorte, explicite ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation de ce matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne pourra être tenue responsable des dommages résultant de son utilisation.

Utilisation correcte de la CIM-11

Veillez consulter le guide de référence pour l'utilisation correcte de la CIM-11 (<https://icdcdn.who.int/icd11referenceguide/en/html/index.html>).

Pour le codage, les API doivent être utilisés. Pour l'utilisation des API ou de l'outil de codage, (voir <https://icd.who.int>).

Afin d'éviter le détournement de l'objectif de la CIM de fournir une norme définitive pour l'identification des informations de santé, la CIM-11 ne peut être utilisée dans le but de développer ou de promouvoir une norme différente.

L'utilisation de la CIM-11 dans les produits logiciels est soumise à la licence suivante : <https://icd.who.int/en/docs/ICD11-license.pdf>. Selon les termes de cette licence, les utilisateurs ne peuvent pas :

- reproduire la CIM-11 en partie ou en totalité et la distribuer sous un autre nom ou sans attribution ;
- reproduire et distribuer la CIM-11 en partie ou en totalité sans les codes CIM-11 ;
- reproduire la CIM-11 en partie ou en totalité sans les URI de la CIM-11 (non applicable aux publications imprimées).

Les *mappings* ou liens croisés entre d'autres classifications et terminologies et la CIM-11 et/ou les traductions ne sont pas couverts par la licence CIM-11 et font l'objet d'un accord écrit distinct de l'OMS.

L'ajout de champs de données aux concepts de la CIM-11 est autorisé, à condition que ces ajouts soient clairement identifiés comme des ajouts qui ne proviennent pas de l'OMS.

Les suggestions de modifications de la CIM-11 doivent être soumises sous forme de proposition à la plateforme de maintenance de la CIM-11 (<https://icd.who.int/en>).

0.2 Comment utiliser ce guide de référence

Le présent Guide de référence pour la CIM-11 est divisé en trois parties. Bien que chaque partie contienne des informations utiles à la compréhension et à l'utilisation de la CIM-11, chacune d'entre elles a été conçue pour être pertinente par rapport à l'objectif premier de votre consultation du guide.

Si vous cherchez à acquérir une **compréhension générale et étendue de la CIM-11**, avec peu ou pas d'expérience préalable de la CIM, nous vous suggérons de commencer par la **partie 1**.

Si vous cherchez à **comprendre comment les codes sont créés**, et les détails de l'organisation derrière la CIM-11, nous vous suggérons de commencer par la **partie 2**.

Si vous êtes déjà familiarisé avec la CIM, en particulier si vous avez utilisé la CIM-10, nous vous suggérons de commencer par la **partie 3** pour voir **ce qui est nouveau (et ce qui n'a pas changé) dans la CIM-11**.

0.3 Tableau des acronymes et abréviations

Acronyme	Dans son intégralité
RAM	Résistance aux antimicrobiens
ATC/DQD	La classification anatomique, thérapeutique et chimique avec doses quotidiennes définies
DRG	Groupes liés au diagnostic
DSAP	Durée indiquée, développée après l'intervention
DSM-(5 ou V)	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (cinquième édition)
CIM	Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes
CIM-O	Classification internationale des maladies pour l'oncologie
ICECI	Classification internationale des causes externes de traumatisme
CIF	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
ICHI	Classification internationale des interventions de santé
ICNP	Classification internationale de la pratique infirmière
CISP (<i>ICPC</i>)	Classification internationale des soins primaires
INN	Dénominations communes internationales
ISO9999	Organisation internationale de normalisation pour les produits d'assistance pour les personnes handicapées
SMM	Statistiques de mortalité et de morbidité
NCA	dans une catégorie de la CIM, signifie "Non classé ailleurs"
SAI	dans une catégorie de la CIM, signifie Sans autre indication
OCPR	Autre cause de la procédure requise
PCL	Soins primaires, milieux à faibles ressources
SMoL	Liste simple de mortalité
TAG	Groupe consultatif thématique
MT	Médecine traditionnelle
URI	Identifiant uniforme de ressource
WHODAS	Echelle d'évaluation du handicap de l'Organisation mondiale de la santé
OMS-FCI	Organisation mondiale de la santé - Famille des classifications internationales
MO	Médecine occidentale
WONCA	Organisation mondiale des collèges, académies et associations académiques nationaux de médecins généralistes et de médecins de famille

0.4 Glossaire

Terme	Description
Limites d'activité	Le niveau de fonctionnement d'un individu dans l'exécution de ses activités.
Fonctions du corps	Les fonctions physiologiques des systèmes corporels (y compris les fonctions psychologiques).
Structures du corps	Les parties anatomiques du corps telles que les organes, les membres et leurs composants.
Casemix (éventail de cas/ groupe de cas/ groupes clients)	Système qui regroupe les patients en utilisant des informations sur le patient, ses diagnostics, ses procédures, sa complexité et ses besoins. Utilisé pour l'allocation des ressources.
Relation de cause à effet (codage)	Relation qui existe si une affection est causée par une autre affection (par exemple, sur le même certificat de décès ou dans une situation de codage de morbidité où une affection ou un facteur cause une autre affection).
Classification	Ensemble exhaustif de catégories mutuellement exclusives permettant de regrouper des données à un niveau de spécialisation préétabli dans un but précis.
Regroupement (<i>Cluster</i>)	Un regroupement est constitué d'entités postcoordonnées qui sont jointes à l'aide d'une barre oblique (/) ou d'une esperluette (&).
Modèle de contenu	Cadre structuré qui regroupe les connaissances qui sous-tendent la définition d'une entité.
Classification dérivée	Classifications, souvent adaptées pour une utilisation au niveau national ou international, ou pour une utilisation dans une spécialité, sur la base de classifications de référence.
Double codage	Processus utilisé dans les situations où des termes cliniques sont codés dans deux systèmes ou versions différentes de classification à des fins de comparaison, de transition, de mappage, de regroupement de <i>casemix</i> ou de compréhension des implications du changement d'un système à l'autre.
Durée (codage)	Période de temps entre l'apparition de la maladie et le moment de l'admission pour des soins ou le décès.
Facteurs environnementaux	Environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie.

Code d'extension	Les codes d'extension sont des listes d'informations supplémentaires qui peuvent être ajoutées à un code racine lorsque les utilisateurs et les paramètres sont intéressés par la déclaration de plus de détails. Les codes d'extension ne sont pas mutuellement exclusifs et ne doivent pas être utilisés seuls dans le contexte de la classification statistique, mais doivent être ajoutés à un code racine. Les codes d'extension peuvent être utilisés seuls dans un autre contexte, par exemple pour la documentation du dispositif. Tous les codes d'extension ne peuvent pas être utilisés avec tous les codes racines. Les codes d'extension ne peuvent jamais apparaître en première position dans un regroupement.
Composant de la fondation	Grande collection de termes et leurs relations, qui décrivent la santé et les domaines liés à la santé. Contenu de la base de données sous-jacente qui contient toutes les informations nécessaires pour générer des versions imprimées de la liste tabulaire et de l'index alphabétique ainsi que des informations supplémentaires qui sont nécessaires pour générer des linéarisations spécialisées de la CIM-11 et des modifications spécifiques à chaque pays. La mention d'un terme ou d'une entité dans la base sert exclusivement à des fins ontologiques et d'indexation. La mention d'un terme ou d'une entité dans la fondation ne signifie pas l'approbation ou le soutien d'une condition particulière.
Déficiences	Problèmes de fonction ou de structure corporelle tels qu'une anomalie ou une perte significative.
Codage intégré	Utilisation complète de tous les chapitres de la CIM-11 (y compris, les codes des chapitres de la médecine occidentale et de la médecine traditionnelle (MT1)) pour la classification des termes cliniques.
Règle de modification	Lors du codage de la mortalité à partir des certificats de décès, la procédure par laquelle un code CIM pour le point de départ est remplacé par un autre code, en raison d'instructions spéciales.
Précoordination	Codes racines qui contiennent toutes les informations pertinentes sur un concept clinique documenté de manière pré-combinée.
Postcoordination	L'utilisation de plusieurs codes (c.-à-d. les codes racines et/ou les codes d'extension) ensemble pour décrire entièrement un concept clinique documenté. La postcoordination est autorisée par principe avec tous les codes, à condition qu'au moins un code racine soit utilisé.

Parent principal	Une entité de niveau supérieur qui couvre la gamme ou la portée complète d'une autre entité.
Classifications de référence	Des classifications qui couvrent les principaux paramètres du système de santé - la maladie (CIM), le handicap, le fonctionnement et la santé (CIF), et les interventions de santé (ICHI).
Parents secondaires	La possibilité de relier une entité spécifique au sein de la classification à plus d'un parent.
Enchaînement (codage)	Dans le contexte du codage de la mortalité, un ensemble d'affections rapportées ligne par ligne avec une relation de cause à effet entre chaque élément.
Point de départ (codage)	Dans le contexte du codage de la mortalité, il s'agit normalement de l'affection ou de l'événement déclaré qui a amorcé la séquence de relations causales acceptables se terminant par la cause terminale du décès, ou lorsqu'un certificat de décès est correctement rempli, l'affection déclarée sur la ligne la plus basse utilisée dans la partie 1 du certificat de décès.
Code racine	Codes de la liste tabulaire de la CIM-11 qui peuvent être utilisés seuls. Les codes racines peuvent être des entités ou des groupements très pertinents dans l'un des cas d'usage ou d'affections cliniques qui devraient toujours être décrits comme une seule catégorie. Les codes racines sont conçus pour garantir que dans les cas d'usage qui ne nécessitent qu'un seul code par cas, des informations significatives seront collectées.
Cause terminale du décès (codage)	La première affection inscrite sur la première ligne utilisée de la partie 1 du certificat de décès. Également connue sous le nom de cause immédiate du décès.
Cause initiale du décès	La maladie ou la blessure qui a conduit aux événements morbides menant directement au décès, ou les circonstances de la blessure non intentionnelle ou de la violence qui a produit la lésion mortelle.
Autopsie verbale	Méthode utilisée pour déterminer la cause d'un décès sur la base d'un entretien avec le plus proche parent ou d'autres soignants lorsqu'aucun médecin ne peut évaluer le défunt.

1 Partie 1 - Introduction à la CIM-11

1.1 Classification internationale des maladies (CIM)

La Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM) est un outil permettant d'enregistrer, de signaler et de regrouper les affections et les facteurs qui influencent la santé. Elle contient des catégories pour les maladies et les troubles, les affections liées à la santé, les causes externes de maladie ou de décès, l'anatomie, les localisations, les activités, les médicaments, les vaccins et plus encore.

L'objectif de la CIM est de permettre l'enregistrement, l'analyse, l'interprétation et la comparaison systématiques des données de mortalité et de morbidité recueillies dans différents pays ou régions et à différents moments.

La CIM-11 a été conçue pour servir l'interopérabilité sémantique des données individuelles, la réutilisabilité des données enregistrées, pour des cas d'usage autres que les statistiques de santé, notamment l'aide à la décision, l'allocation des ressources, le remboursement, les recommandations, etc.

Le rôle de l'OMS dans le maintien et le soutien à la mise en œuvre de la CIM est décrit dans la constitution de l'OMS. En outre, la mise en œuvre et l'utilisation de la révision la plus récente de la CIM dans tous les États membres sont légalement imposées par le Règlement de la nomenclature internationale de l'OMS et réitérées avec les révisions de la CIM adoptées par l'Assemblée mondiale de la santé. Cela comprend un mécanisme de mise à jour entre les révisions et le développement et la mise en œuvre continus de la famille de classifications des maladies et des problèmes de santé (OMS-FCI). La CIM en tant que classification de base est liée à d'autres classifications, versions spécialisées et terminologies connexes.

Dans les systèmes d'information de santé, les données doivent être réutilisables pour l'analyse épidémiologique, l'allocation des ressources ou la recherche, ainsi que pour des utilisations au niveau individuel comme la documentation sur la santé, l'aide à la décision ou le remboursement. La CIM fournit des informations très détaillées, bien au-delà du niveau des catégories statistiques, en utilisant des identifiants uniques. Ainsi, par exemple, s'agissant des maladies rares, les résultats spécifiques ou les médicaments individuels peuvent être enregistrés et rapportés.

La CIM est utilisée pour traduire les diagnostics de maladies et autres problèmes de santé en codes alphanumériques, permettant le stockage, la recherche et l'analyse des données. La CIM est la classification diagnostique internationale standard pour tous les objectifs épidémiologiques généraux et pour de nombreux objectifs de gestion de la santé. Ces objectifs comprennent l'analyse des situations sanitaires générales dans les groupes de population, la surveillance de l'incidence et de la prévalence des maladies, et l'examen d'autres problèmes de santé en relation avec d'autres variables, telles que les caractéristiques et les situations des personnes concernées. La CIM convient également aux études des aspects financiers d'un système de santé, comme la facturation ou l'allocation des ressources.

La CIM a évolué au cours des 150 dernières années, passant d'une liste internationale des causes de décès à un système complet de classification et de terminologie. La conception de la CIM-11 basée sur l'ontologie et la migration de ses classifications apparentées CIF et ICHI

vers la même infrastructure ontologique ont permis l'intégration complète de la terminologie et de la classification dans une plateforme commune. Ainsi, une documentation clinique sans perte est possible (codage de tous les détails nécessaires), l'agrégation statistique est une fonctionnalité intégrée, des solutions numériques de bout en bout sont fournies et des liens vers d'autres terminologies pour d'autres utilisations sont possibles.

La CIM est utilisée pour allouer la majorité des ressources mondiales en matière de santé. Les utilisateurs de la CIM sont des médecins, des infirmiers, d'autres prestataires de soins de santé, des chercheurs, des professionnels de la gestion de l'information en santé, des codeurs, des travailleurs des technologies de l'information en santé, des analystes, des décideurs politiques, des assureurs, des organisations de patients et bien d'autres encore.

La CIM est utilisée dans divers contextes à différents niveaux de détail. Elle comprend donc un cadre d'information qui contient un ensemble entièrement spécifié de concepts de santé, ainsi que leurs caractéristiques et leurs relations, à partir duquel des ensembles de codes appropriés peuvent être sélectionnés. La CIM11 assure la cohérence avec les cas d'usage traditionnels des versions antérieures de la CIM, car elle a été construite en tenant compte des révisions antérieures. Les analyses de données antérieures basées sur les anciennes versions de la CIM peuvent être liées aux analyses de données basées sur la CIM11.

La CIM peut donc être utilisée pour enregistrer, classer et utiliser d'autres données enregistrées sous des rubriques telles que la cause du décès, le diagnostic, le motif d'admission, les affections traitées, les diagnostics supplémentaires, les facteurs de risque et le motif de consultation, qui figurent sur une grande variété de dossiers et de documents de santé à partir desquels sont établies les statistiques.

1.1.1 Utilisations prévues

La CIM a été conçue pour répondre aux besoins d'un large éventail de cas d'usage, tels que : les causes de décès, la morbidité, l'épidémiologie, le *casemix* (groupes liés au diagnostic (DRG)), la qualité et la sécurité des soins, les soins primaires, l'évaluation du fonctionnement, la recherche, la prévention, la sécurité des substances (médicaments) ou des dispositifs, la surveillance spécifique comme la résistance aux antimicrobiens (RAM), l'enregistrement des cancers, la recherche sur les blessures, ainsi que la garantie de l'interopérabilité sémantique pour la documentation clinique, l'aide à la décision et les consignes ou recommandations.

Des informations détaillées et des instructions pour les utilisateurs sur les différents cas d'usage sont disponibles dans d'autres sections du guide, relatives à l'utilisation de la mortalité et aux différentes utilisations pour la morbidité. Lorsque des utilisations innovantes de la CIM sont envisagées, il est recommandé de consulter l'OMS afin d'utiliser au mieux la flexibilité et les caractéristiques de la CIM-11.

1.1.2 Classification

Une classification est "un ensemble exhaustif de catégories mutuellement exclusives permettant de regrouper des données à un niveau de spécificité préétabli dans un but précis" (ISO 17115). Une classification implique la catégorisation de concepts pertinents à des fins d'enregistrement ou d'analyse systématique. La catégorisation est basée sur une ou

plusieurs règles logiques. L'objectif d'une classification de santé varie. Par exemple, elle peut être utilisée dans l'analyse des causes de décès (mortalité), de la morbidité ou du fonctionnement humain. Les concepts de faible fréquence ont tendance à être regroupés, mais les concepts rares peuvent être classés individuellement.

Le codage est le processus d'attribution d'un code issu d'une classification pour représenter un concept clinique dans un but précis. Les règles de codage doivent être incorporées dans la classification afin d'assurer la cohérence du codage et la comparabilité des données codées dans le temps et l'espace. Les classifications sont complémentaires aux terminologies, car elles sont conçues pour être utilisées pour le codage standardisé des informations à des fins statistiques.

La CIM-11 combine les éléments de la classification et de la terminologie et est conçue pour être reliée à d'autres terminologies qui peuvent fournir des détails supplémentaires ou servir des objectifs différents. Le codage dans la CIM-11 peut s'inspirer des codes statistiques et des identifiants de ressources uniformes (URI).

1.1.3 La CIM dans le contexte de la famille des classifications internationales de l'OMS (OMS-FCI)

La famille des classifications internationales de l'OMS (OMS-FCI) comprend des classifications qui ont été approuvées par l'OMS pour décrire divers aspects de la santé et du système de santé de manière cohérente.

L'OMS-FCI fournit des éléments de base normalisés pour les systèmes d'information en santé et se compose de trois grands groupes : Classifications de référence, Classifications dérivées et Classifications connexes.

Les classifications de référence et dérivées sont basées sur la fondation, qui est une grande collection de concepts (avec des synonymes et des termes préférés) et leurs relations, qui décrivent la santé et les domaines liés à la santé.

Les termes et entités relatifs aux maladies et aux problèmes liés à la santé sont organisés dans la CIM, ceux relatifs au fonctionnement dans la CIF, et ceux relatifs aux interventions dans ICHI (Classification Internationale des Interventions en santé). Les termes de la fondation peuvent être utilisés dans plus d'une classification de référence.

Les classifications dérivées s'appuient sur des termes qui peuvent provenir d'une ou plusieurs des classifications de référence. Au sein de la famille OMS-FCI, les classifications connexes sont considérées comme complémentaires aux classifications de référence et dérivées. Les classifications connexes ont leurs propres ensembles de termes, mais peuvent également partager des termes dans le cadre de la Famille OMS-FCI.

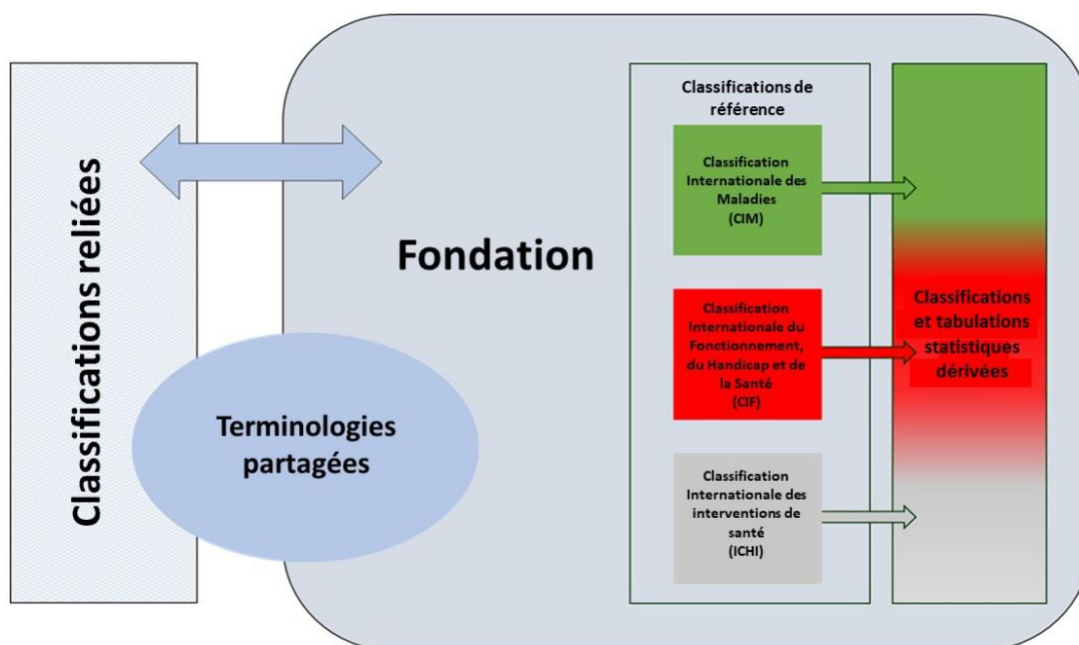


Figure 1 : Relations entre la famille des classifications internationales de l'OMS (OMS-FCI) et les classifications connexes, la fondation et les termes partagés.

L'objectif de l'OMS-FCI est d'aider au développement de systèmes de données statistiques et autres fiables aux niveaux local, national et international, dans le but d'améliorer l'état de santé et les soins de santé. Les informations relatives à la santé peuvent parfois nécessiter des détails supplémentaires par rapport à ceux contenus dans la CIM. Un groupe ou une "famille" de classifications relatives à la santé couvre ces besoins à la fois par la classification de domaines différents de ceux de la CIM et par la fourniture de plus de détails pour des utilisations spécifiques, par exemple l'enregistrement du cancer. L'OMS-FIC désigne une série de produits de classification intégrés qui partagent des caractéristiques similaires et peuvent être utilisés seuls ou conjointement pour fournir des informations sur différents aspects de la santé et des systèmes de soins de santé. Par exemple, la CIM en tant que classification de référence est principalement utilisée pour saisir des informations sur la mortalité et la morbidité. Le fonctionnement est classé dans la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) et les interventions de santé dans la Classification internationale des interventions en santé (ICHI).

L'OMS-FCI fournit un cadre conceptuel des aspects de l'information qui sont liées à la santé et à la gestion de la santé. Elle fournit ainsi un langage commun qui améliore la communication et permet de comparer les données au sein des pays, entre les pays, les disciplines, les services et le temps consacrés aux soins de santé. L'OMS et le réseau OMS-FCI (y compris les centres collaborateurs, les organisations non gouvernementales (ONG) et certains experts) ([<https://www.who.int/standards/classifications/who-fic-maintenance>]) s'efforcent de construire la Famille des classifications internationales sur la base de principes scientifiques et taxonomiques solides, de veiller à ce qu'elle soit à jour, culturellement appropriée et applicable au niveau international, et de répondre aux besoins

de ses différents utilisateurs en se concentrant sur les aspects multidimensionnels de la santé.

1.1.4 OMS-FCI : Classifications de référence

Les classifications de référence couvrent les principaux paramètres du système de santé, tels que la mortalité et la morbidité (CIM), le handicap, le fonctionnement et la santé (CIF) et les interventions en santé (ICHI). Les classifications de référence OMS-FCI sont le produit d'accords internationaux. Elles ont été largement acceptées et leur utilisation a fait l'objet d'un accord officiel. Elles sont approuvées et recommandées comme normes pour les rapports internationaux sur la santé. Elles peuvent être utilisées comme modèles pour le développement ou la révision d'autres classifications. Les trois classifications de référence sont :

1. Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM)
2. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)
3. Classification internationale des interventions en santé (ICHI)

Les classifications de référence sont basées sur le même composant de base et partagent des ensembles de codes d'extension.

1.1.4.1 Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)

La CIF est le référentiel de l'OMS pour mesurer la santé et le fonctionnement/le handicap au niveau des individus et des populations. Alors que la CIM classe les maladies et les causes de décès, la CIF classe la santé et les domaines liés à la santé. La CIM et la CIF fournissent ensemble un ensemble de données permettant de dresser un tableau complet de la santé.

La CIF classe la santé et les états liés à la santé en deux parties. La première partie traite du fonctionnement et du handicap, décrits du point de vue du corps, de l'individu et de la société. Elle est composée de deux éléments : Fonctions et structures corporelles, et Activités et participation. La deuxième partie couvre les facteurs contextuels et comporte également deux composantes : Facteurs environnementaux et Facteurs personnels, puisque le fonctionnement d'un individu se produit dans un contexte. Le travail se poursuit sur l'élaboration d'une classification des facteurs personnels à inclure dans les facteurs contextuels.

Le fonctionnement est un terme générique qui désigne les fonctions corporelles (par exemple, la mémoire), les structures corporelles (par exemple, le lobe occipital), ainsi que les activités et la participation (par exemple, marcher, exercer un travail rémunéré). Il désigne les aspects positifs de l'interaction entre un individu (liés à la santé de l'individu) et les facteurs contextuels de cet individu (facteurs environnementaux et personnels).

Le handicap est un terme générique qui désigne les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation. Il désigne les aspects négatifs de l'interaction entre un individu (avec un problème de santé) et les facteurs contextuels de cet individu (facteurs environnementaux et personnels). Les handicaps sont envisagés comme un continuum et, par conséquent, la CIF et les codes qu'elle contient ne confèrent pas un statut binaire

international de personne en situation de handicap/personne non en situation de handicap. Les niveaux de handicap peuvent être utilisés de manière descriptive dans les milieux cliniques lors de la présentation d'un dossier. Les décideurs de programmes et de politiques peuvent appliquer la CIF et spécifier leurs propres normes pour le niveau de handicap en tant que critères d'éligibilité pertinents à des fins spécifiques.

L'ICF comprend d'autres descriptions pertinentes :

- *Les fonctions corporelles* sont les fonctions physiologiques des systèmes corporels (y compris les fonctions mentales).
- *Les structures corporelles* sont des parties anatomiques du corps telles que les organes, les membres et leurs composants.
- *Les déficiences* sont des problèmes liés à une fonction ou une structure du corps, comme une anomalie ou une perte significative.
- *L'activité* est l'exécution d'une tâche ou d'une action par un individu.
- *Les limitations d'activité* sont des difficultés qu'une personne peut rencontrer dans l'exécution de ses activités.
- *La participation* est l'implication dans une situation de vie.
- *Les restrictions de participation* sont des problèmes qu'un individu peut rencontrer dans sa participation aux situations de la vie.
- *Les facteurs environnementaux* constituent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie.

La CIF comprend des codes pour les fonctions corporelles (b), les structures corporelles (s), les activités et la participation (d) et les facteurs environnementaux (e).

Les codes de la CIF ne sont complets qu'en présence d'un qualificatif, qui indique le niveau de santé (c'est-à-dire la gravité du problème, de "aucun problème" à "problème complet"). Sans qualificateur, les codes n'ont aucune signification intrinsèque. La CIF reconnaît que tout être humain peut connaître une dégradation de sa santé et, par conséquent, un certain handicap. Les handicaps peuvent être temporaires et de courte durée (par exemple, rester à la maison pendant quelques jours à cause d'une grippe) ; ils peuvent également être chroniques ou permanents et leur gravité peut fluctuer dans le temps.

Les facteurs personnels sont inclus dans le modèle de fonctionnement et de handicap de la CIF, mais n'ont pas été classés dans la CIF en raison des grandes variantes sociales et culturelles qui leur sont associées. La taxonomie n'a pas été davantage développée en raison des défis liés à son applicabilité transculturelle, des contraintes de ressources et des considérations éthiques.

1.1.4.2 La classification internationale des interventions en santé (ICHI)

La classification ICHI comprend des interventions dans tous les secteurs fonctionnels du système de santé, couvrant les soins aigus, les soins primaires, la réadaptation, l'aide au fonctionnement, la prévention, la santé publique et les services auxiliaires. Les interventions délivrées par tous les types de prestataires ont été incluses. L'importance de la description et de la classification des interventions de santé est comprise depuis longtemps. Une

classification internationale des interventions en médecine (ICPM) a été publiée par l'OMS en 1978 mais n'a pas été maintenue. La classification ICHI est beaucoup plus large que l'ancienne ICPM car elle inclut la gamme complète des interventions de santé. L'élaboration d'ICHI a commencé en 2007, dans le cadre d'un effort conjoint du réseau de la famille des classifications internationales de l'OMS (OMS-FCI) et de l'OMS, sur la base de l'expérience acquise lors de l'élaboration de plusieurs classifications nationales des interventions de santé.

Tableau 1 : *Descriptions et termes utilisés dans la création d'ICHI.*

Axes	Inclusions	Exemple
L' axe Cible contient les entités sur lesquelles l'action est exécutée.	Anatomie, Fonctions, Personne ou client, Groupe ou population	estomac, activités de la vie quotidienne
L' axe Action est défini comme un acte qui est fait par un acteur à une cible lors d'une intervention de soins de santé.	Diagnostiquer, Traiter, Surveiller, Informer, Assister, Prévenir	biopsie, vaccination
L' axe Moyens contient les entités décrivant les processus et les méthodes par lesquels l'action est réalisée.	Approche : le processus par lequel on accède à la cible de l'action. Technique utilisée dans le cadre de l'action Méthode décrivant comment l'action est entreprise	Abord ouvert, endoscopique rayonnement, résonance magnétique application de la réglementation, méthode de transport.

Le contenu des axes a été limité aux attributs qui sont communs à de nombreuses interventions. En particulier :

- Les dispositifs n'ont pas été inclus comme axe car la plupart des interventions n'impliquent pas de dispositif et les dispositifs changent rapidement, cependant les dispositifs peuvent être inclus comme codes d'extension
- Les médicaments ou autres substances administrés par le biais d'une intervention sont classés ailleurs (par exemple, dans la CIM, la Classification anatomique thérapeutique chimique avec doses quotidiennes définies (ATC/DDD), la DCI).

Le système de codage comprend une structure de catégories à sept caractères pour les trois axes :

- Trois lettres pour la Cible
- Deux lettres pour l'Action
- Deux lettres pour les Moyens

Les codes ICHI comprennent les combinaisons valides de sept lettres des trois axes. Pour chaque intervention incluse dans ICHI, la combinaison appropriée de sept lettres est identifiée. Toute combinaison possible des trois axes ne représente pas un domaine ICHI valide.

1.1.4.3 OMS-FCI : Classifications dérivées

Les classifications dérivées sont souvent adaptées pour une utilisation au niveau national ou international ou pour une utilisation dans une spécialité particulière. Elles sont basées sur des classifications de référence (c'est-à-dire CIM, CIF, ICHI). Les classifications dérivées peuvent être élaborées :

- en adoptant la structure de classification et des classes de référence
- en fournissant des détails supplémentaires au-delà de ceux fournis par la classification de référence
- en réarrangeant ou en agrégeant des éléments provenant d'une ou plusieurs classifications de référence.

La CIM-11 possède des linéarisations de spécialités qui sont dérivées de la base commune. Celles-ci comprennent une version pour la dermatologie, une pour les soins primaires et une pour la santé mentale. D'autres pourraient suivre.

1.1.4.4 Classifications connexes

Les classifications connexes sont incluses dans la famille des classifications internationales de l'OMS pour décrire des aspects importants de la santé ou du système de santé qui ne sont pas couverts par les classifications de référence ou dérivées. Les classifications apparentées sont :

- Classification internationale des soins primaires (CISP)
- Classification internationale des causes externes de traumatismes (ICECI)
- Aides techniques pour les personnes handicapées (ISO9999)
- La Classification Anatomique Thérapeutique Chimique avec Doses Journalières Définies (ATC/DDD)
- La classification internationale de la pratique infirmière (ICNP)

1.1.5 Utilisation de la CIM dans les systèmes d'information en santé

Les systèmes d'information en santé comprennent une série de composants différents pour la collecte, l'analyse et l'utilisation des données de santé. Les sources d'information peuvent, par exemple, être basées sur la population, sur les établissements de santé ou se concentrer sur des maladies particulières. Les principales sources d'informations sanitaires basées sur la population sont les systèmes d'enregistrement des données d'état civil, les données de recensement et les enquêtes sur les ménages.

Les sources de données liées aux établissements de santé comprennent la surveillance de la santé publique, les données sur les services de santé (qui peuvent être appelées systèmes d'information sur la gestion de la santé ou systèmes d'information sanitaire de routine et les données de suivi du système de santé (par exemple, les ressources humaines, l'infrastructure sanitaire, le financement).

Les comptes nationaux de la santé (CNS) sont conçus pour fournir une image complète du financement de la santé. Le codage permet d'enregistrer les informations de santé d'une manière indépendante de la langue. La standardisation du codage permet de comparer les données au niveau national et international. Par exemple, les données codées avec la CIM peuvent être comparées entre différents secteurs du système de santé - si les mêmes règles de codage sont appliquées.

Les systèmes d'information en santé reposent de plus en plus sur des rapports et des codages numériques (électroniques). La CIM-11 est conçue pour être utilisée dans de tels environnements. Le contenu de ce Guide de référence est le seul document supplémentaire requis lors du codage avec la CIM-11.

Dans de nombreux endroits, la collecte d'informations est basée sur la déclaration sur papier, de manière traditionnelle et analogique. La CIM-11 peut également être produite en version imprimée pour être utilisée dans des systèmes basés sur le papier si nécessaire (voir 1.1.5.2).

1.1.5.1 Utilisation de la CIM-11 dans un environnement numérique et avec des services web

La CIM-11 est utilisée pour le codage des diagnostics, dans les dossiers médicaux électroniques ou dans les certificats de décès électroniques, ou dans d'autres bases de données numériques. Des outils spéciaux comme l'outil de codage CIM-11 facilitent la recherche de codes CIM-11 spécifiques pour l'un des nombreux aspects qui définissent une entité ou une catégorie CIM-11. Des détails supplémentaires peuvent être ajoutés en utilisant plusieurs codes pour une même affection. La conservation de l'identifiant unique de l'entité CIM-11 codée permet de réutiliser les mêmes informations dans différentes traductions. L'OMS a développé des services web CIM (<https://icd.who.int/icdapi>) ; conçus pour permettre une interaction interopérable de machine à machine.

1.1.5.2 Utilisation de la CIM-11 dans un environnement papier analogique

La CIM-11 peut être utilisée comme une version imprimée analogique, si nécessaire. Les informations sont rapportées sur des documents papier, puis codées manuellement avec la CIM-11. Il convient de noter que l'enregistrement sur papier nécessite une transcription manuelle des informations dans les systèmes électroniques et qu'il faut envisager de passer à la déclaration électronique le plus tôt possible dans la chaîne d'information. L'enregistrement sur papier peut entraîner des problèmes de lisibilité et d'actualité des données codées. La CIM-11 prend en charge de nombreuses méthodes de codage assisté par ordinateur, y compris l'intégration d'instructions pour les combinaisons de codes et d'autres contrôles possibles de vraisemblance. L'objectif à long terme pour tous les utilisateurs devrait être le codage à l'aide de la CIM-11 dans un environnement électronique.

Dans la version imprimée, les informations sont divisées en 3 volumes, la liste tabulaire, le guide de référence et l'index. Ces trois volumes sont nécessaires pour utiliser correctement la CIM.

1.1.5.3 Version électronique

Dans la version de navigation de la CIM, la plupart des informations sont reliées entre elles et visibles dans le contexte approprié. L'OMS fournit cette version pour naviguer dans la CIM-11 en plusieurs langues (lien à partir de <https://icd.who.int>). Cet outil permet à l'utilisateur de retrouver des concepts en recherchant des termes, une anatomie ou tout autre élément du modèle de contenu. Avec le navigateur, les utilisateurs peuvent également contribuer à la mise à jour et à l'amélioration continue de la CIM par des commentaires et des suggestions. Ces contributions sont examinées chaque année en vue de leur inclusion.

Il est également possible d'accéder à la CIM-11 en utilisant des services web avec un logiciel spécifique à l'utilisateur. Le guide informatique de la CIM fournit plus de détails sur les exigences de compatibilité à la page suivante : <https://icd.who.int/icdapi>. Les services web et le navigateur en ligne permettent tous deux d'accéder à toutes les listes tabulaires de la CIM et d'y effectuer des recherches, y compris pour les statistiques de mortalité et de morbidité, les soins primaires ou les linéarisations spécialisées pour certains domaines spécifiques.

1.1.6 Liens avec d'autres classifications et terminologies

Les entités ou catégories codées par la CIM peuvent être utilisées conjointement avec d'autres classifications et terminologies de santé pertinentes pour documenter entièrement un épisode de soins, ou un cas pour la recherche.

1.1.6.1 Utilisation intégrée avec les terminologies

La classification consiste à regrouper les informations selon des règles logiques. La terminologie permet de rapporter des informations à n'importe quel niveau de détail souhaité : par exemple, les parties du corps, les résultats ou d'autres éléments qui constituent une maladie. Seuls les éléments définis dans une terminologie peuvent être rapportés (c'est-à-dire que les terminologies n'ont aucun mécanisme permettant de rapporter de nouvelles informations qui n'ont pas été préalablement ajoutées à la terminologie). En revanche, une classification comporte des classes résiduelles ("autre précisé" et "sans précision") qui garantissent que tous les cas peuvent toujours être classés. Dans une terminologie, similaire à une classification moderne, une maladie peut être définie, par exemple en établissant des liens entre ses éléments, tels que l'anatomie ou les résultats. Les terminologies conservent les informations sans privilégier un quelconque aspect de l'information enregistrée.

En revanche, les classifications permettent d'identifier les "parties pertinentes" du contenu, par exemple, à des fins de santé publique. Un accord international sur ces parties pertinentes garantit que les informations agrégées sont comparables au niveau international. L'utilisation normalisée de la logique d'agrégation d'une classification et l'utilisation normalisée des informations détaillées d'une terminologie visent le même résultat : la

comparabilité. Des processus d'accords internationaux transparents sont nécessaires dans les deux cas. Avec l'intégration des listes d'index et des listes tabulaires, la CIM s'est orientée vers la création de sa propre composante terminologique.

Les terminologies et les classifications doivent être considérées comme complémentaires. La fondation CIM-11 est la partie terminologique de la CIM-11 dérivée de l'ancien index CIM-10 et d'autres sources. Les terminologies tierces sont idéalement liées à la fondation de la CIM-11 dans des relations 1:1 ou " indiquées à partir de la fondation de la CIM-11 dans des relations 1:n ". Ces liens doivent suivre les recommandations du document des tables de correspondances.

1.1.6.2 Le fonctionnement dans la CIM et son utilisation conjointe avec la CIF

Historiquement, la CIM a utilisé certains concepts de handicap en tant qu'entités communes de maladies ou de troubles, comme la cécité, la surdité, les difficultés d'apprentissage ou la paraplégie, ainsi que certains concepts de handicap à d'autres fins, comme le "handicap en tant que séquelle d'une blessure" et la "limitation des activités en raison d'un handicap". La CIF a été élaborée après la publication de la CIM-10.

Dans la CIM-11, des liens avec la CIF ont été créés en termes d'alignement des concepts de maladie et de fonctionnement et de facilitation de l'utilisation conjointe.

L'alignement conceptuel entre la CIM-11 et la CIF a eu lieu dans plusieurs domaines.

- Les signes et symptômes de la CIM sont alignés sur les fonctions corporelles de la CIF, et les "facteurs influençant l'état de santé" de la CIM sont alignés sur les facteurs contextuels de la CIF.
- Les catégories de la CIM-11 liées à la déficience visuelle dans le chapitre de l'ophtalmologie (chapitre 09) ont été alignées sur la taxonomie et les définitions respectives de la CIF pour les fonctions visuelles.

D'autres catégories sélectionnées de la CIF sont tirées de la composante Activités et participation et aident à décrire les limitations fonctionnelles généralement associées à des affections spécifiques dans un modèle de fonctionnement. L'impact d'une maladie ou d'un trouble sur les activités quotidiennes d'une personne peut varier en fonction de la gravité de l'affection ainsi que des facteurs contextuels (par exemple, les facteurs environnementaux) et des éventuelles comorbidités. La CIM adopte une approche qui identifie la "gravité" comme une propriété de la maladie/du trouble et décrit l'impact de l'état de santé sur la vie quotidienne d'une personne avec un ensemble de codes de fonctionnement.

Une section facultative sur le fonctionnement a été intégrée à la CIM-11 pour permettre la classification et la mesure de l'impact des affections de santé en termes de fonctionnement.

La section fonctionnement de la CIM-11 offre deux options pour l'évaluation et la documentation de l'impact :

- utilisation d'un instrument d'évaluation générique basé sur la CIF (c'est-à-dire le WHODAS (*World Health Organization Disability Assessment Schedule*) 2.0) et le MDS (*Model Disability Survey*) pour générer un score de fonctionnement global et spécifique

à un domaine. Afin d'obtenir ces scores, le WHODAS 2.0 (comme les autres échelles d'évaluation clinique) doit être utilisé dans son ensemble (c'est-à-dire la liste complète de questions). Des instructions supplémentaires sur l'utilisation du WHODAS 2.0 sont fournies dans le Manuel WHODAS.

- utilisation d'une liste restreinte de catégories de fonctionnement dérivées de l'annexe 9 de la CIF. Ces catégories doivent être utilisées avec un indicateur de gravité en 5 points traduisant la gravité pour le codage du fonctionnement dans les systèmes d'information en santé.

Dans l'ensemble, le lien entre la CIM-11 et la CIF peut aider dans les cas d'usage suivants :

- évaluation en médecine générale (par exemple, évaluation de la capacité de travail)
- évaluation pour les prestations sociales (par exemple, pension d'invalidité)
- à des fins de paiement ou de remboursement
- évaluation des besoins (par exemple pour la réadaptation, l'assistance professionnelle, les soins de longue durée)
- évaluation des résultats des interventions

Partout où un rapport de *fonctionnement* complet est souhaité et requis, la CIF doit être utilisée. (voir section 2.11 pour plus d'informations)

1.2 Structure et taxonomie de la CIM

La structure en chapitres et en blocs de la CIM a évolué au cours des 11 itérations de la classification sur une période de 150 ans. La rédaction de la CIM suit un ensemble de règles qui garantissent l'intégrité fonctionnelle et structurelle de la classification. L'évolution de la CIM concilie attentivement le besoin de catégories conformes aux connaissances actuelles et la comparabilité statistique dans l'espace et dans le temps.

La structure des chapitres de la CIM reflète les principaux aspects des maladies. Les chapitres ne sont pas destinés à délimiter des domaines d'expertise médicale ou des domaines de spécialités. Le lien avec une spécialité ou un système de remboursement est secondaire. La CIM comporte des catégories pour les maladies, les troubles, les syndromes, les signes, les symptômes, les résultats, les blessures, les causes externes de morbidité et de mortalité, les facteurs influençant l'état de santé, les raisons de recours au système de santé et la médecine traditionnelle. La CIM-11 les complète en permettant la saisie de détails supplémentaires tels que l'anatomie, les substances, les médicaments, les dispositifs médicaux, les agents infectieux, le lieu de la blessure, et bien d'autres encore. La CIM-11 est également accompagnée d'un ensemble de règles et d'explications relatives à son utilisation et aux métadonnées nécessaires. Les formats de transmission requis sont également inclus.

L'utilisation la plus répandue de la CIM dans le monde au cours du temps concerne les statistiques sur les causes de décès (mortalité). La CIM est également utilisée pour la structuration du dossier clinique, afin de fournir des informations normalisées et indépendantes de la langue pour l'utilisation de la morbidité, pour l'allocation des ressources, le *casemix*, la sécurité des patients et la qualité des soins, ainsi que les soins primaires et la recherche. La CIM et ses descriptions sont également utilisées comme référence réglementaire.

1.2.1 Taxonomie

Une classification statistique des maladies doit se limiter à un nombre limité de catégories mutuellement exclusives capables d'englober une variété complète d'états morbides. Les catégories sont choisies pour faciliter l'étude statistique des pathologies. Chaque maladie ou état morbide doit avoir une place bien définie dans la liste des catégories. Par conséquent, dans l'ensemble de la classification, il existe des catégories résiduelles pour des affections autres et diverses qui n'ont pas leur catégorie unique propre ou qui ne peuvent pas être attribuées à des catégories plus spécifiques. Cependant, les identificateurs de ressources uniformes (URI) de la CIM-11 permettent de conserver ces détails pour des analyses ultérieures. Les mesures suivantes s'appliquent pour déterminer si une entité est admissible à devenir une catégorie unique :

1. Données épidémiologiques : analyses de fréquence des données codées de mortalité et de morbidité
2. Données cliniques : informations sur les maladies apportées par les spécialités médicales
3. Granularité : niveau de détail renseigné utile en matière de mortalité ou de soins primaires
4. Continuité : préservation du niveau de détail préexistant dans la CIM
5. Parcimonie : la nécessité de limiter le nombre de catégories pour les rapports internationaux obligatoires

Une classification statistique peut permettre différents niveaux de détail si elle possède une structure hiérarchique et des subdivisions. Une classification statistique des maladies doit conserver la capacité à la fois d'identifier des entités pathologiques spécifiques et de permettre la présentation statistique de données pour des groupes plus larges, permettant ainsi d'obtenir des informations utiles et compréhensibles. Les mêmes principes généraux s'appliquent à la classification des autres problèmes de santé et des motifs de contact avec les services de soins, qui sont également intégrés dans la CIM. La CIM a été développée comme une classification pratique, plutôt que purement théorique, dans laquelle il existe un certain nombre de compromis entre la classification basée sur l'étiologie, le site anatomique, les circonstances d'apparition ou d'autres critères.

La CIM-11 s'inspire largement de la méthode consistant à combiner plusieurs codes pour décrire une affection clinique au niveau de détail souhaité. Son architecture électronique permet l'attribution d'identifiants uniques à toute affection répertoriée - indépendamment du fait que l'affection est regroupée dans une classe statistique ou qu'elle constitue une classe à part entière. Les deux approches permettent ensemble de garder le codage simple lorsque les détails du diagnostic sont limités, et alternativement d'ajouter des détails lorsque le recueil des diagnostics exige un haut niveau d'exhaustivité et de précision.

1.2.1.1 Modèle de contenu et définition de la maladie

Modèle de contenu

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section [3.4 Le modèle de contenu](#).

Définition de la maladie

Une maladie est généralement définie à l'aide d'un ensemble d'aspects pertinents tirés du modèle ci-dessous. Une maladie est un ensemble de dysfonctionnements d'un système corporel défini par :

Propriété	Description
Symptomatologie ou manifestations	Schéma connu de signes, de symptômes et de résultats connexes
Étiologie	Un mécanisme explicatif sous-jacent
Evolution et résultat	Un schéma précis de développement au fil du temps
Réponse au traitement	Un schéma connu de réponse aux interventions
Lien avec les facteurs génétiques	Par exemple, les génotypes, les modèles d'expression génétique, etc.
Lien avec les facteurs environnementaux	Facteurs d'environnement qui favorisent la présence d'une maladie

1.2.2 Structure des chapitres de la CIM

La CIM est une classification à axe variable. La structure a été développée à partir de celle proposée par William Farr au début des discussions internationales sur la structure de la classification : maladies épidémiques, maladies constitutionnelles ou générales, maladies localisées classées par site, maladies liées au développement, blessures.

Ces groupes restent dans les chapitres de la CIM-11. La structure a résisté à l'épreuve du temps et, bien qu'à certains égards arbitraires, elle est toujours considérée comme plus utile à des fins d'épidémiologie générale que toutes les alternatives testées. La conservation de sa structure répond au besoin de stabilité tout en permettant l'incorporation de sections supplémentaires.

Les groupes spéciaux rassemblent des affections qui seraient peu adaptées pour les études épidémiologiques si elles étaient dispersées, par exemple dans une classification organisée principalement par site anatomique. **Ces affections forment les chapitres "groupes spéciaux" :**

Chapitre	Titre
1	Certaines maladies infectieuses ou parasitaires
2	Tumeurs
3	Maladies du sang ou des organes hématopoïétiques
4	Maladies du système immunitaire
18	Grossesse, accouchement ou puerpéralité
19	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
20	Anomalies du développement
22	Lésions traumatiques, empoisonnements ou certaines autres conséquences de causes externes

La distinction entre les chapitres "groupes spéciaux" et les chapitres "systèmes organiques" a des implications pratiques, pour comprendre la structure de la classification, pour la codifier et pour interpréter les statistiques basées sur celle-ci. Il faut se rappeler qu'en

général, les affections sont principalement classées dans l'un des chapitres "groupes spéciaux".

En cas de doute sur le classement d'une affection, les chapitres "groupes spéciaux" sont prioritaires. Ce principe est appliqué dans les notes "Termes exclus" au début de chaque chapitre de la CIM.

1.2.3 Principes directeurs pour la classification des concepts spéciaux

1. Les résultats cliniques se trouvent au chapitre 21 "Symptômes, signes ou résultats d'examens cliniques, non classés ailleurs". (par exemple, "Taux anormaux d'enzymes sériques" ou "Résultats des explorations fonctionnelles du système circulatoire").
2. Les manifestations des maladies, élément essentiel pour l'intervention en santé, sont des "manifestations cliniques" situées dans le chapitre du système corporel où elles se manifestent. L'affection sous-jacente doit également être codée. (par exemple, la myocardite)
3. Les syndromes, dont l'étiologie est inconnue, sont attribués au système corporel le plus pertinent. (par exemple, le syndrome de Costen se trouve dans le chapitre "Maladies de l'appareil digestif").
4. Le nombre de catégories comportant la mention "due à" dans le titre est limité à certaines exceptions. (par exemple, bronchiolite aigüe due au virus respiratoire syncytial)
5. Les affections très spécifiques, chroniques et postinterventionnelles sont regroupées à la fin du chapitre du système corporel où elles se manifestent. (par exemple, le lymphoedème dû à une chirurgie ou à une radiothérapie). Il n'existe pas de catégories résiduelles pour ces groupes.
6. Les complications aigües postinterventionnelles sont identifiées par des combinaisons de codes provenant des chapitres sur les systèmes corporels ou les lésions et du chapitre sur les causes externes (par exemple, la ponction non intentionnelle d'un organe au cours d'une intervention est classée avec un code pour l'organe lésé (préjudice), un code décrivant l'intervention chirurgicale qui a causé la blessure (cause) et un code identifiant la ponction non intentionnelle comme le mode/mécanisme de la blessure).
7. Les catégories avec la mention "multiple" sont limitées aux exceptions et nécessitent le codage des différentes affections individuellement (par exemple, les blessures multiples doivent être codées individuellement lorsque cela est possible).
8. Les catégories avec mention de "séquelles" sont limitées aux exceptions. L'affection spécifique résultant d'une séquelle doit être codée avec la cause sous-jacente. Dans certains cas, elles subsisteront avec l'étiquette "effets tardifs de..." (par exemple, les effets tardifs d'une maladie cérébrovasculaire ou d'une syphilis tardive). Les "séquelles" comprennent les effets résiduels de maladies ou de troubles, de blessures ou

d'empoisonnements précisés en tant que tels, ou en tant qu'effet tardif d'un état arrêté, guéri, inactif, ancien ou quiescent, à moins qu'il n'y ait des preuves de maladie active.

9. Les catégories comportant la mention "antécédents de" sont limitées aux exceptions (par exemple, les antécédents personnels de tumeurs malignes ne mentionnent que les sites anatomiques les plus fréquents).
10. Les regroupements de haut niveau doivent être significatifs.
11. Les catégories résiduelles n'existent que lorsqu'elles sont pertinentes. (par exemple, lorsque les affections sont soit congénitales, soit acquises, il n'y a pas de catégorie résiduelle "autre", mais il y aura une option "sans précision").

1.2.4 Caractéristiques générales de la CIM-11

La principale innovation structurelle de la CIM-11 est qu'elle est construite sur une composante de base à partir de laquelle sont dérivées les listes tabulaires (telles que la classification pour les statistiques de morbidité et de mortalité).

1.2.4.1 Structure du code

Les codes de la CIM-11 sont alphanumériques et couvrent l'intervalle de 1A00.00 à ZZ9Z.ZZ. Ils sont appelés codes racines. La structure des codes racines est décrite ci-dessous :

- Le premier caractère du code concerne toujours le numéro du chapitre. Il peut s'agir d'un chiffre ou d'une lettre.
- Les codes commençant par "X" indiquent un code d'extension (voir 2.9).
- Il y a toujours une lettre en deuxième position pour différencier les codes de la CIM-11 des codes de la CIM-10.
- L'inclusion d'un chiffre obligatoire à la troisième position de caractère permet d'éviter d'épeler des "mots indésirables".
- Les lettres "O" et "I" sont omises pour éviter toute confusion avec les chiffres "0" et "1".

Par exemple, **1A00** est un code du chapitre 01, et **BA00** est un code du chapitre 11.

Par exemple : ED1E.EE

- E correspond à un "numéro en base 34" (0-9 et A-Z ; sauf O, I) ;
- D correspond au "numéro en base 24" (A-Z ; à l'exclusion de O, I) ; et
- 1 correspond aux "nombres entiers en base 10" (0-9).
- Le premier E commence par '1' et est attribué au chapitre. (c'est-à-dire que 1 est pour le premier chapitre, 2 : chapitre 02, ... A chapitre 10, etc...)

La lettre terminale Y est réservée à la catégorie résiduelle 'autre précisé' et la lettre terminale 'Z' est réservée à la catégorie résiduelle 'sans précision'. Pour les chapitres comportant plus de 240 blocs, les lettres 'F' ('autre précisé') et 'G' ('sans précision') sont également utilisées pour indiquer les catégories résiduelles (en raison des limitations de l'espace de codage).

1.2.4.2 Identifiants de ressources uniformes

Toutes les entités ont un identifiant de ressource uniforme (URI) qui est une chaîne de caractères qui identifie de manière unique une entité particulière de la CIM-11. Chaque entité a une place spécifique dans la hiérarchie des groupes et des catégories.

1.2.4.3 Codes de blocs

Les entités de niveau supérieur dans la CIM-11 (appelées "blocs") peuvent être utilisées pour établir des statistiques agrégées. Cependant, les blocs n'ont pas de codes de catégorie car ils ne sont pas censés être utilisés dans le codage. Les blocs ont leurs propres URI (par exemple, l'URI pour les tumeurs est <http://id.who.int/icd/entity/1630407678>). Les blocs peuvent également être désignés par des ID de bloc.

La structure de code pour les ID de bloc comporte 11 caractères (par exemple, "BlockL1-1A0").

1.2.4.4 Codes racines

Codes de la liste tabulaire de la CIM-11 qui peuvent être utilisés seuls. Les codes racines peuvent être des entités ou des groupements appropriés à tous les cas d'usage, ou des affections cliniques qui devraient toujours être décrites comme une seule catégorie. Les codes racines sont conçus pour garantir que soit recueillie une information pertinente dans les cas d'usage ne nécessitant qu'un seul code par cas.

1.2.4.5 Codes d'extension et postcoordination

Les codes d'extension sont constitués de groupes de codes, par exemple anatomie, agent pathogène, histopathologie et tout autre aspect susceptible d'apporter des détails à un code racine. Les codes d'extension ne doivent pas être utilisés seuls dans le contexte de la classification statistique mais doivent être ajoutés à un code racine. Les codes d'extension peuvent être utilisés dans un autre contexte, par exemple pour la description d'un dispositif médical. Tous les codes d'extension ne peuvent pas être utilisés avec tous les codes racines. Voir 2.9.

La postcoordination est une nouvelle caractéristique notable de la CIM-11 qui crée la possibilité de lier des concepts de diagnostic de base (c'est-à-dire des concepts de code racine+code racine) lorsque cela est souhaité, et/ou d'ajouter au code racine des concepts cliniques saisis dans des codes d'extension. Les concepts de diagnostic liés sont appelés un regroupement. Il convient de souligner que la capacité de postcoordination inhérente à la CIM-11 est l'un des changements importants par rapport à la CIM-10. Un regroupement décrit un concept clinique tel que décrit par le praticien de santé. La postcoordination est par principe autorisée avec tous les axes, à condition qu'au moins un code racine soit utilisé. L'API, le navigateur et l'outil de codage facilitent la postcoordination dans certains domaines. D'autres domaines de postcoordination doivent être codés individuellement, mais pourront être pris en charge par les futures mises à jour de la CIM-11, le cas échéant.

1.2.4.6 Autres caractéristiques générales

- Les catégories de la CIM-11 ont des **descriptions courtes** et des descriptions longues intitulées "informations complémentaires". La description courte est constituée d'un maximum de 100 mots relatifs à l'entité, qui énonce des informations qui sont toujours vraies à propos d'une maladie ou d'une affection et qui sont nécessaires pour comprendre la portée de la rubrique. Elle apparaît dans la liste tabulaire de la classification. L'information complémentaire plus longue est la description complète, sans restriction de longueur.
- **Les listes de tabulation spéciales** (voir section 2.25) continuent d'exister dans la CIM-11, mais avec trois listes supplémentaires : la liste simplifiée de mortalité (SMoL), la liste pour l'autopsie verbale et la liste pour les maladies infectieuses par agent infectieux. Les linéarisations par spécialité permettent de représenter le contenu par spécialité, telle que la dermatologie ou la neurologie, par la création de sous-ensembles, et par la précoordination de plus de détails, si nécessaire.

1.2.5 Fondation et listes tabulaires de la CIM-11

La fondation est une collection multidimensionnelle de toutes les entités de la CIM. Il s'agit d'une base de données sous-jacente qui contient toutes les informations nécessaires pour générer des versions imprimées de la liste tabulaire et de l'index alphabétique, ainsi que des informations supplémentaires qui sont nécessaires pour générer des linéarisations spécialisées de la CIM-11 et des modifications spécifiques à chaque pays. Les entités peuvent être des maladies, des troubles, des blessures, des causes externes, des signes et des symptômes. Certaines entités peuvent être très générales, par exemple "blessure du bras", tandis que d'autres sont plus détaillées, par exemple "lacération de la peau du pouce". La fondation contient également les informations nécessaires pour utiliser les entités afin de construire une liste tabulaire. La fondation comprend des informations sur l'endroit et la manière dont une certaine entité est représentée dans une liste tabulaire, qu'elle devienne un regroupement, une catégorie avec un code racine, ou qu'elle soit mentionnée comme terme d'index dans une catégorie particulière.

Plusieurs listes tabulaires différentes peuvent être construites à partir de la fondation. En s'appuyant sur le même composant de base, il est possible de créer un ensemble de listes tabulaires reposant sur la même structure arborescente hiérarchique - ce qui produit des listes tabulaires congruentes. La fondation comprend des instructions sur la façon de combiner certains codes dans une liste tabulaire pour obtenir plus de détails dans le codage. Ces règles aident les codeurs et les systèmes informatiques à visualiser les combinaisons de codes autorisées lorsqu'ils utilisent une liste tabulaire.

Dans une liste tabulaire, les entités de la fondation deviennent des catégories. Les catégories sont mutuellement exclusives et conjointement exhaustives et liées à un arbre mono hiérarchique (c'est-à-dire qu'elles n'ont qu'un seul parent). Les informations relatives à une entité qui est devenue une catégorie et qui a plusieurs parents sont toujours disponibles dans la fondation. Ces informations peuvent être utilisées pour visualiser cette catégorie à plusieurs endroits dans la liste tabulaire, par exemple en les affichant en police noire à son

emplacement pour la tabulation de référence et en police grise à tout autre endroit pour la navigation ou les tabulations alternatives. La CIM-11 comporte plusieurs listes tabulaires congruentes avec différents niveaux de détail.

1.2.5.1 Précoordination et postcoordination dans la CIM-11

Un problème de santé peut être décrit à n'importe quel niveau de détail, en appliquant plus d'un code ou en effectuant une "postcoordination" (c'est-à-dire une combinaison) :

- deux ou plusieurs codes racines, (par exemple, code1/code2)
- les codes racines avec un ou plusieurs codes d'extension. (par exemple, code racine&code d'extension1&code d'extension2)

De cette manière, la classification peut aborder un grand nombre de concepts cliniques avec un éventail limité de catégories.

Les codes racines contiennent toutes les informations pertinentes de manière précombinée. C'est ce qu'on appelle la "précoordination". Lorsque des détails supplémentaires relatifs à une affection sont décrits en combinant plusieurs codes, on parle de "postcoordination". La combinaison de codes s'appelle un regroupement. Voir [2.10](#).

1.2.5.2 Parentalité multiple

Une entité peut être correctement classée à deux endroits différents, par exemple par localisation ou par étiologie. Pour une maladie, telle que le cancer de l'œsophage, cela signifierait qu'elle pourrait être classée avec les cancers (tumeurs malignes) ou avec les affections du système digestif. De la même manière, les affections ischémiques cérébrales pourraient être classées dans le système vasculaire ou dans le système nerveux. La décision concernant la place d'une affection dépend d'un accord international et des habitudes.

1.2.6 Entités CIM indépendantes de la langue

Les entités de la CIM-11 sont indépendantes de la langue. La maintenance de la CIM-11 au niveau international est assurée en langue anglaise, mais le modèle de contenu de la CIM-11 est indépendant de la langue et permet de lier n'importe quelle langue souhaitée aux éléments de sa fondation. De cette façon, une base de traduction internationale facilite les traductions ou la navigation multilingue. (Voir [3.12 Annexe A : Mise à jour et maintenance de la CIM-11](#))

1.3 Principales utilisations de la CIM : Mortalité

Les statistiques de mortalité sont largement utilisées pour la recherche médicale, la surveillance de la santé publique, l'évaluation des interventions sanitaires, ainsi que la planification et le suivi des soins de santé. Les règles adoptées par l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) concernant la sélection d'une cause ou d'une affection unique, à partir des certificats de décès, pour l'enregistrement de routine des statistiques de mortalité sont prévues pour standardiser la production de données sur la mortalité. La mise en œuvre de la CIM pour la mortalité nécessite la mise en place d'une infrastructure pour la déclaration et le stockage des informations, la conception des flux d'informations, l'assurance qualité et le retour d'information, ainsi que la formation des utilisateurs de la classification travaillant à la saisie ou à la production des données.

1.3.1 Ce qui est codé : Causes du décès

La description d'une seule cause initiale de décès, et des approches sélectionnées pour saisir des informations supplémentaires sur les causes de décès également rapportées sur un certificat de décès, permet d'identifier les tendances en matière de santé pour une population donnée.

Les interventions efficaces en santé publique préviennent les préjudices ou les décès en brisant la chaîne des événements qui conduisent aux préjudices. À cette fin, la cause initiale du décès a été définie comme "(a) la maladie ou la blessure qui a déclenché le processus morbide conduisant directement au décès, ou (b) les circonstances de l'accident ou de la violence qui a produit le traumatisme mortel", et est sélectionnée pour la mise en tableau systématique des statistiques de mortalité par cause unique. (Voir la section 2.20 pour plus d'informations).

1.4 Principales utilisations de la CIM : Morbidité

Les données de morbidité sont utilisées pour les rapports statistiques, principalement au niveau national ou local. Bien que certains de ces rapports statistiques soient réalisés dans un contexte de recherche universitaire, ils sont généralement réalisés pour guider la prise de décision des systèmes de santé et des agences de santé publique. Les données codées par la CIM constituent également la base de différents systèmes de *casemix*, tels que différentes variétés de groupes liés au diagnostic (DRG). Les données de morbidité codées peuvent également être utilisées, grâce à la fondation, pour éclairer diverses recommandations cliniques sur la charge que constitue une maladie.

1.4.1 Ce qui est codé : les affections du patient

La définition de l'affection principale se rapporte à la description d'un épisode de soins hospitalier. Le praticien de soins de santé doit enregistrer et identifier comme affection principale la seule affection qui est déterminée comme étant la raison de l'admission, établie à la fin de l'épisode de soins.

Le praticien de santé responsable du traitement du patient est également chargé de documenter les affections du patient. Ces informations doivent être organisées systématiquement en utilisant des méthodes d'enregistrement standard. Un dossier correctement rempli est essentiel pour une bonne prise en charge du patient. C'est également une condition préalable essentielle à la création d'un dossier codé valide des diagnostics du patient, obtenu par un processus de codage à partir des informations écrites décrivant l'état de santé du patient. Lorsqu'on dispose d'un dossier écrit précis sur l'état des patients, le codage réussi de ces informations dans la CIM et les classifications connexes produit une source précieuse de données épidémiologiques et autres données statistiques sur la morbidité et les autres problèmes de santé. La personne qui transforme les informations sur l'état déclaré en codes (le "codeur") peut être le praticien de santé ou un codeur clinique (qui n'est pas responsable du traitement du patient). Dans cette dernière situation, qui est courante dans les pays membres, le codeur est dépendant de l'adéquation de la documentation clinique de l'état du patient par les praticiens de soins dans le dossier médical. L'importance de la documentation clinique par les praticiens comme point de départ des données de santé codées n'est pas surévaluée et doit être soulignée comme étant une question d'importance capitale au sein des pays et au niveau international. Cela a des répercussions sur l'enseignement de l'information médicale et de la documentation clinique dans le cadre des programmes de formation des praticiens. (Voir la section 1.4 pour plus d'informations).

1.5 Médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle (MT) fait partie intégrante des services de santé fournis dans de nombreux pays. La normalisation internationale par l'inclusion de la médecine traditionnelle dans la CIM permet de mesurer, compter, comparer, formuler des questions et assurer un suivi dans le temps. Bien que certains pays disposent depuis de nombreuses années de systèmes nationaux de classification de la médecine traditionnelle, les informations issues de ces systèmes n'ont pas été normalisées ou rendues disponibles au niveau mondial.

Il est recommandé d'utiliser le codage des cas avec le chapitre de la CIM-11 sur les troubles et schémas de la médecine traditionnelle (MT1) conjointement avec les concepts de la médecine occidentale des chapitres 1 à 25 de la CIM.

Comme les autres chapitres de la CIM, le chapitre MT1 n'est pas conçu pour évaluer la pratique de la MT ou l'efficacité de toute intervention de MT. Cependant, en tant qu'outil de classification, de diagnostic, de comptage, de communication et de comparaison des affections de MT, il aide la recherche et l'évaluation à mesurer la sécurité et l'efficacité de la MT.

Voir [3.12 Annexe A : Mise à jour et maintenance de la CIM-11](#) pour des informations plus détaillées.

1.6 Maintenance de la CIM

Le processus de maintenance de la CIM permet la mise à jour de la CIM suite à l'évolution de la compréhension des maladies, des traitements et de la prévention. Il assure également les améliorations et les clarifications provenant de l'utilisation quotidienne de la CIM, et des demandes des États membres ou de toute autre partie intéressée.

Un processus ouvert standardisé a été établi pour garantir que les mises à jour proposées soient collectées, transmises, examinées et dûment prises en compte avant d'être mises en œuvre. Un mécanisme de proposition et de révision sur une plateforme en ligne rend le processus transparent. Des processus de travail garantissent que les changements proposés sont examinés tant d'un point de vue médical et scientifique que de leur valeur et de leur place dans un cas d'usage particulier (voir [3.12 Annexe A : Mise à jour et maintenance de la CIM-11](#)).

1.6.1 Principes directeurs du processus de rédaction

La répartition des entités dans la classification suit un ensemble de règles qui servent à maintenir l'intégrité structurelle et fonctionnelle de la classification. L'ensemble des règles de base énumérées ici est complété par des règles supplémentaires qui traitent de cas particuliers ou servent à assurer une orientation cohérente des utilisateurs. Elles sont énumérées par ordre de priorité.

1. Aucune modification de la classification n'est possible, y compris le déplacement de catégories ou de groupes entre les chapitres, sans justification et changement documenté de la méthode liée à l'étiologie ou à la prévention. (Par exemple, le chapitre 04 - "Maladies du système immunitaire" a été ajouté en tant que nouveau chapitre car il y avait suffisamment de preuves scientifiques pour justifier ce changement). Il a également été suggéré de déplacer les "plaies de la peau" vers les "maladies de la peau". La plaie de la peau, étant une blessure, elle reste regroupée avec les blessures car la prévention se concentrera sur la cause de la blessure.
2. Les affections sont classées principalement en fonction de leur étiologie.
 - Les manifestations locales des "étiologies" importantes se trouvent dans le chapitre étiologie (par exemple, l'hépatite virale se trouve dans "Certaines maladies infectieuses ou parasitaires").
 - Lorsqu'une affection peut être due à plusieurs étiologies différentes, et qu'il est plus pertinent de conserver le système corporel affecté, elle est généralement

- classée avec le système corporel (par exemple, certains ulcères gastriques sont causés par des bactéries, mais ils restent dans le chapitre "Système digestif").
- Lorsque l'étiologie de l'affection est inconnue, elle est attribuée au système d'organe le plus pertinent (par exemple, le syndrome de Costen se trouve dans le chapitre "Système digestif").
 - Les "étiologies" systémiques se trouvent principalement dans le chapitre correspondant à leur étiologie (par exemple, la myopathie inflammatoire idiopathique se trouve dans "Maladies du système immunitaire").
3. Les affections qui pourraient possiblement se trouver à deux ou plusieurs endroits de la classification restent à leur emplacement d'origine.
 - Par exemple, les blessures de l'œil sont tout aussi importantes pour l'œil et leur prévention. Malgré la suggestion de les inclure dans le chapitre sur l'œil, elles sont restées là où elles étaient, dans le chapitre sur les blessures.
 - Lorsque l'étiologie et le système d'organe sont d'égale importance, la localisation habituelle reste inchangée (par exemple, les paralysies du nerf moteur oculaire).
 4. Le maintien d'un groupe de sous-types au même endroit peut l'emporter sur des considérations anatomiques ou étiologiques (par exemple, les maladies humaines à prions - certaines ont une composante génétique, d'autres une composante transmissible).

1.6.2 Améliorer l'orientation des utilisateurs

Les règles suivantes servent à guider l'utilisateur. Les utilisateurs peuvent s'attendre à trouver des affections à certains endroits lorsqu'ils parcourent l'arborescence. Les groupes d'utilisateurs peuvent avoir besoin de regrouper des données ou de créer des sous-ensembles pour d'autres raisons. Le parentage multiple dans la fondation sert à résoudre ce problème. 1. Lorsqu'une affection peut se trouver à deux endroits ou plus, identifiez ces autres endroits et ajoutez-les en tant que parents secondaires, par exemple, la tumeur maligne du côlon est codée au chapitre des tumeurs, mais figure également au chapitre des maladies de l'appareil digestif. Si un ensemble d'affections doit être affiché à plusieurs endroits et qu'il n'existe aucun regroupement correspondant à cet ensemble, créez une fenêtre (sans codes fils primaires, termes, ni catégories résiduelles) à l'endroit approprié. 2. Lorsqu'une affection peut être confondue avec une autre affection portant un nom similaire, ajoutez une note d'exclusion (par exemple, "Grippe due au virus de la grippe saisonnière" a une note "Termes exclus : Méningite à *Haemophilus influenzae* [*H. influenzae*]"). 3. Lorsque d'autres façons de présenter les données sont nécessaires, créez une liste de linéarisation spéciale comme second parent (par exemple, maladies infectieuses par agent infectieux). Le schéma de codage des entrées individuelles restera celui utilisé pour toute la classification internationale. 4. Lorsque les maladies de certains systèmes de l'organisme sont réparties sur différents chapitres, il convient de prévoir une linéarisation des maladies pertinentes par spécialité. Le système de codage des entrées individuelles restera celui utilisé pour toute la classification internationale. Il existe actuellement des linéarisations de spécialité pour les soins primaires, la dermatologie, la neurologie, l'ophtalmologie, et dans des cas particuliers tels que la Classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-O) et la Classification internationale des causes externes de traumatisme (ICECI).

1.6.3 Introduction au processus de mise à jour de la CIM-11

Des versions officielles de la classification CIM-11 sont produites chaque année pour une utilisation internationale dans le domaine de la mortalité et de la morbidité (c'est ce qu'on appelle le "navigateur bleu"). En revanche, la fondation de la CIM-11 est continuellement mise à jour. Un processus standardisé a été établi pour garantir que les mises à jour proposées soient collectées, acheminées, examinées et dûment prises en compte avant d'être mises en œuvre.

La mise à jour est effectuée à différents niveaux avec des fréquences différentes. Les mises à jour qui ont un impact sur les codes à quatre et cinq caractères sont publiées tous les cinq ans. Les mises à jour à un niveau plus détaillé sont publiées plus fréquemment. Les ajouts à l'index sont effectués sur une base continue. Les règles de mortalité et de morbidité qui ont un impact significatif sur la production statistique seront mises à jour dans des cycles à long terme de tous les 10 ans.

Tout utilisateur individuel de la classification peut soumettre une proposition de mise à jour de la CIM. Ces mises à jour peuvent porter sur une ou plusieurs entités de la CIM. Elles peuvent porter sur la position des entités dans une liste tabulaire, dans la fondation, et sur tout élément du modèle de contenu. La plateforme de maintenance de la CIM-11 (connue sous le nom de "navigateur orange") est utilisée pour les propositions et les commentaires. Toute contribution à la CIM-11 et à ses composants nécessite un référencement correct des sources, des détails sur les preuves scientifiques et l'autorisation du propriétaire de tout matériel protégé par le droit d'auteur (le cas échéant).

1.6.4 Modifications nationales pour le codage de la morbidité

L'utilisation de la CIM dans le contexte spécifique du système de santé d'un pays peut nécessiter des détails qui ne font pas actuellement partie de la CIM-11, par exemple, en raison de contextes spécifiques ou des exigences du système de remboursement. De telles modifications seront soumises au même processus international que toutes les autres modifications de la CIM et feront ensuite partie de la fondation et éventuellement des statistiques de mortalité et de morbidité (SMM), idéalement avant leur mise en œuvre dans le pays demandeur.

Une situation peut se présenter, dans laquelle un gouvernement national ou une institution nationale connexe a besoin d'une modification à mettre en œuvre immédiatement. Dans de telles circonstances, les discordances avec la fondation actuelle doivent être évitées, et les modifications pertinentes seront soumises à des mécanismes spéciaux pour le processus de mise à jour international. Tous les pays qui prévoient de produire des modifications nationales doivent prendre les dispositions contractuelles adéquates avec l'OMS. Cela inclut les règlements sur la distribution à l'intérieur et à l'extérieur du pays respectif et les ressources nécessaires à l'OMS pour ajouter ces modifications à la fondation.

Pour développer une modification nationale de la CIM-11, les règles suivantes doivent être respectées :

1. Idéalement, les modifications seront approuvées par les organismes de maintenance de la CIM-11 avant d'être mises en œuvre au niveau national.
2. Les modifications ne doivent pas avoir d'impact sur les statistiques de morbidité et de mortalité, et ne doivent pas entrer en conflit avec la fondation.
3. L'approbation de toutes les modifications nationales sera soumise à la considération de savoir si des détails supplémentaires appropriés existent déjà dans la fondation.
4. Si un changement est apporté à la version internationale de la CIM-11, la modification nationale respective doit intégrer le changement dès que possible.

Exemple

Le "diabète sucré de type 1" dans la version OMS de la CIM-11 est classé dans la catégorie [5A10](#). Une modification nationale peut nécessiter l'ajout de détails supplémentaires aux codes de la CIM-11. Par exemple, le "diabète sucré de type 1, non contrôlé" pourrait être ajouté comme sous-catégorie à [5A10](#), en tant que 5A10.1 Diabète sucré de type 1, non contrôlé. Cependant, lorsque le mécanisme de postcoordination fournit les détails nécessaires, l'ajout d'une nouvelle sous-catégorie ne serait pas nécessaire.

2 Partie 2 - Utilisation de la CIM-11

2.1 Lignes directrices de base pour le codage et les rapports

Le codage est l'attribution d'un ou de plusieurs codes afin de représenter la nature d'une affection de manière aussi détaillée que nécessaire. Avant de tenter de coder, le codeur doit se familiariser avec les principes de la classification et du codage. Dans certains cas, l'utilisation d'un seul code fournira suffisamment de détails. Dans d'autres cas, il peut être nécessaire d'utiliser plusieurs codes ensemble pour exprimer le niveau de détail requis par le cas d'usage, le cadre ou les lois.

Pour le codage, il est recommandé d'utiliser l'outil de codage intelligent de la CIM-11 Smart qui peut être utilisé en ligne et hors ligne. Il fournit aux utilisateurs un moyen simple et automatisé de trouver et de sélectionner les catégories nécessaires. Lorsque la recherche fait apparaître un groupe de codes, plutôt qu'un seul code racine, l'outil peut générer le regroupement.

Le logiciel ne doit pas inclure de listes ou autres instructions pour guider la saisie ou le codage, car celles-ci limitent nécessairement l'éventail des diagnostics et ont donc un effet négatif sur la précision et l'exactitude et la pertinence de la saisie et du résultat du codage.

Une autre solution consiste à utiliser la version imprimée de la CIM-11, mais cette option n'est pas recommandée car elle prend du temps et peut entraîner une certaine confusion dans la recherche et la sélection des codes ou des combinaisons corrects de codes sans les indications fournies par l'outil de codage électronique. Dans le cas où aucun environnement électronique n'est disponible, une solution spécifique peut être recherchée en collaboration avec l'OMS.

2.2 Liste tabulaire, listes tabulaires spéciales, qualificatifs et modificateurs

La liste tabulaire est une liste alphanumérique de maladies et de groupes de maladies, de notes d'inclusion et d'exclusion, et de certaines règles de codage. Les chapitres 1 à 25 de la CIM contiennent environ 15 000 entités à quatre, cinq ou six niveaux de caractères.

En outre, il existe une section sur les codes d'extension (2.9) et une autre sur la médecine traditionnelle (1.5). Les listes tabulaires spéciales sont présentées à la fin de la liste tabulaires. Les listes tabulaires spéciales ne sont pas conçues pour le codage mais uniquement pour la compilation et de restitution (2.25).

2.3 Index

L'index alphabétique est une liste de plus de 120 000 termes cliniques (y compris des synonymes ou des expressions). L'index est utilisé pour trouver les codes ou combinaisons pertinentes de codes CIM pour les termes cliniques. La mention d'un terme dans l'index sert exclusivement au codage. La mention d'un terme dans l'index ne signifie pas l'approbation ou le cautionnement d'une affection donnée.

2.4 Guide de référence

Le Guide de référence contient une introduction au contexte, aux composantes et à l'usage prévu de la CIM. Il décrit les diverses composantes de la CIM-11, fournit des conseils pour la validation, la saisie, les règles de codage de la mortalité (c'est-à-dire les statistiques sur les causes de décès) et de la morbidité (c'est-à-dire les statistiques hospitalières) et des listes pour la compilation des données statistiques.

2.5 Navigateur et outil de codage

L'OMS fournit un navigateur et un outil de codage ("navigateur bleu") pour la CIM-11 en plusieurs langues <https://icd.who.int>. Cet outil permet à l'utilisateur de retrouver des concepts en recherchant des termes, de l'anatomie ou tout autre élément trouvé dans le contenu de la CIM-11 (voir 1.2.5 Composante de la fondation et liste tabulaire de la CIM-11).

L'OMS fournit également une plateforme de maintenance ("navigateur orange"), (voir [3.12 Annexe A : Mise à jour et maintenance de la CIM-11](#)). Cet outil permet aux utilisateurs de contribuer à la mise à jour et à l'amélioration continue de la CIM-11. Cette contribution est soumise sous la forme d'une proposition avec une justification détaillée, des preuves scientifiques et des références revues par des pairs pour justifier l'inclusion sur une base annuelle. (Voir [3.12 Annexe A : Mise à jour et maintenance de la CIM-11](#))

Pour le codage, l'OMS fournit l'outil de codage intelligent de la CIM-11, un moyen simple et automatisé de trouver et de sélectionner les catégories nécessaires.

Il est également possible d'accéder à la CIM-11 à l'aide de services web avec un logiciel spécifique à l'utilisateur. Le guide informatique de la CIM fournit plus de détails sur les exigences de compatibilité.

Les services web et le navigateur en ligne permettent d'accéder à toutes les listes tabulaires de la CIM, pour les statistiques de mortalité et de morbidité, les soins primaires, ou pour une linéarisation par spécialité à utiliser dans certains domaines spécialisés.

2.6 Codage pas à pas - terme clinique

Le tableau ci-dessous compare les étapes du codage dans un environnement papier et électronique. Le principal élément du codage est de trouver une correspondance avec le terme clinique indiqué - il est nécessaire de disposer d'un bon dictionnaire dans la langue concernée et de vérifier le code résultant en fonction de règles supplémentaires. Dans un environnement électronique, des instructions programmées permettent de vérifier la conformité des règles de codage.

Électronique	Papier
1. Saisissez l'énoncé ou le terme dans l'outil de codage	1. Recherchez le terme principal dans l'index alphabétique et les termes secondaires applicables.
2. Sélectionnez le terme correspondant, ou celui qui se rapproche le plus de ce que vous recherchez parmi les options affichées	2. Sélectionnez le terme approprié, ou celui qui se rapproche le plus de ce que vous recherchez, parmi les options listées
3. Vérifiez le résultat dans la vue du navigateur de liste tabulaire en ce qui concerne les exclusions, les inclusions et les notes de cette catégorie, de ses niveaux de regroupement et au niveau du chapitre.	3. Vérifiez le résultat dans la liste tabulaire (Volume 1) pour les exclusions, les inclusions et les notes au niveau de cette catégorie, de ses niveaux de regroupement et au niveau du chapitre.

Le navigateur en ligne et l'outil de codage de l'OMS sont disponibles à l'adresse <https://icd.who.int>.

2.7 Les conventions de la CIM-11

La CIM-11 a des conventions pour la présentation de son contenu. Les conventions décrivent le contenu textuel et s'appliquent également à la structure du codage.

2.7.1 Inclusions

Au sein des catégories codées, il existe généralement d'autres termes de diagnostic facultatifs. Ils sont connus sous le nom de "termes d'inclusion" et sont indiqués, en plus du titre, comme exemples de diagnostics à classer dans cette catégorie. Ils peuvent se référer à des affections différentes ou être des synonymes. Ils ne constituent pas une sous-classification de la catégorie.

Les termes d'inclusion sont listés principalement comme guide du contenu de la catégorie, en plus des descriptions. De nombreux éléments listés se rapportent à des termes importants ou courants appartenant à la catégorie. D'autres sont des affections ou des localisations frontières énumérés pour distinguer la limite entre une sous-catégorie et une autre. Les listes de termes d'inclusion ne sont en aucun cas exhaustives.

Les noms alternatifs des entités diagnostiques (synonymes) sont inclus et indiqués dans l'outil de codage électronique et l'index alphabétique.

Il est parfois nécessaire de lire les termes d'inclusion en même temps que les titres. Notamment lorsque les termes d'inclusion décrivent des listes de localisations anatomiques ou de produits pharmaceutiques, où les mots appropriés du titre (par exemple, "tumeur maligne de ...", "lésion de ...", "effets toxiques de ...") doivent être bien compris. Les descriptions diagnostiques générales communes à une série de catégories ou à toutes les sous-catégories d'une catégorie à quatre caractères se trouvent dans la rubrique "Inclusions" des notes, immédiatement après le titre d'un chapitre, d'un groupe ou d'une catégorie.

2.7.2 Exclusions

Certaines catégories contiennent des listes d'affections précédées du mot "Termes exclus". Il s'agit de termes qui sont classés ailleurs. Par exemple, *5A60 Hypersécrétion de l'hypophyse* exclut le syndrome de Cushing.

Les exclusions servent de référence croisée dans la CIM et permettent de délimiter les frontières d'une catégorie.

Les exclusions générales pour une série de catégories ou pour toutes les sous-catégories se trouvent dans la rubrique "Exclusions" des notes, immédiatement après le titre d'un chapitre, d'un groupe ou d'une catégorie.

La parenté multiple dans la CIM-11 se rapporte aux catégories de la fratrie de codes qui sont placés ailleurs dans la classification. C'est aussi l'indication d'une exclusion qui signifie "un code de la fratrie est codé ailleurs". Dans la version imprimée et électronique, cela est indiqué par le libellé "codé ailleurs".

2.7.2.1 Instructions "Coder aussi" et " Utiliser, au besoin, un code supplémentaire ".

Les instructions "Coder aussi" informent l'utilisateur sur les informations étiologiques supplémentaires requises qui doivent obligatoirement être codées dans un regroupement à l'aide de certaines catégories parce que ces informations supplémentaires sont pertinentes pour la liste tabulaire primaire. La mention "Coder aussi" indique les catégories qui doivent être utilisées en conjonction avec le(s) deuxième(s) code(s) indiqué(s). Cependant, dans certains cas, l'étiologie peut être inconnue bien que l'affection nécessite un traitement à part entière. Dans cette circonstance, le code peut être déclaré seul.

Par exemple, la catégorie cataracte diabétique indique « coder aussi le type de diabète ». Cela signifie que le code pour le type de diabète doit être attribué en même temps que le code pour la 'cataracte diabétique'. Les deux codes racines pour le type de diabète et la cataracte diabétique sont toujours déclarés dans un regroupement.

Les instructions « Utiliser, au besoin, un code supplémentaire » informent l'utilisateur des détails supplémentaires facultatifs qui peuvent être codés.

2.7.3. "NCA" et "SAI"

2.7.3.1 « NCA » (NON CLASSÉ AILLEURS)

La mention "non classé ailleurs", lorsqu'elle est utilisée dans un titre de catégorie, sert à avertir que certaines variantes précisées des affections énumérées peuvent apparaître dans d'autres parties de la classification. Par exemple, *NF09 Effets indésirables, non classés ailleurs*. Les codes auxquels la mention « NCA » est apposée ne doivent être utilisés que si aucune des autres options disponibles dans la classification ne convient.

2.7.3.2 « SAI » (SANS AUTRE INDICATION)

Les lettres SAI sont une abréviation de l'expression "sans autre indication", ce qui implique que la description utilisée pour la classification ne fournit pas plus de détails que le terme fourni. Cela signifie "non précisé", "incomplètement précisé" ou "non qualifié". Un terme imprécis est parfois néanmoins classé dans une rubrique correspondant à un type plus spécifique de l'affection. Cela s'explique par le fait que, dans la terminologie médicale, la forme la plus courante d'une affection est souvent connue par le nom générique de l'affection elle-même et que seuls les types moins courants sont précis. Par exemple, "pharyngite" est couramment utilisé pour signifier "pharyngite aiguë". Ces hypothèses intrinsèques ont été prises en compte afin d'éviter une classification incorrecte.

Une lecture minutieuse des notes d'inclusion révélera les cas où un sous-entendu étiologique a été prise en compte. Les codeurs doivent veiller à ne pas coder un terme imprécis, sauf s'il est tout à fait clair qu'aucune information n'est disponible ailleurs qui permettrait une information plus spécifique. De même, dans l'interprétation des statistiques basées sur la CIM, certaines affections réunies dans une catégorie apparemment précise n'auront pas été ainsi spécifiées sur le compte-rendu sur lequel s'est basé le codage. Lors de la comparaison des tendances dans le temps et de l'interprétation des statistiques, il est important d'être conscient que les sous-entendus étiologiques peuvent changer d'une révision de la CIM à une

autre. Par exemple, avant la huitième révision, un anévrisme aortique sans précision était supposé être dû à la syphilis (ce n'est plus le cas depuis l'introduction de la CIM-10). Dans la CIM-11, dans la plupart des cas, la terminologie "SAI" indique des catégories imprécises, de sorte que l'analyse future des données pourra prendre en compte les principes relatifs à leur signification linguistique.

Termes supplémentaires autorisés dans le codage CIM :

- Certains
- Autre
- Sans précision
- Et
- Ou
- Dû à
- Avec
- Causé par
- Attribué à
- Secondaire à
- Associé à

2.7.4 "Certain"

Le terme "certain" est utilisé lorsque certaines entités qui pourraient être regroupées à un endroit spécifique de la classification sont regroupées ailleurs, en dehors du chapitre ou du bloc en question. Par exemple, *8B22 Certaines maladies cérébrovasculaires précisées* signifie que seules certaines maladies cérébrovasculaires précisées sont codées ici, alors que d'autres types spécifiques de maladies cérébrovasculaires sont situés ailleurs dans la classification.

2.7.5 Catégories résiduelles - "Autres" et "Non précisé"

Le codage de la CIM-11 doit toujours être complété pour inclure le niveau de détail le plus spécifique possible avec l'utilisation d'un code ou de plusieurs codes comme décrit ci-dessus. Il y a cependant des circonstances où cela n'est pas possible et c'est pour cette raison que la CIM-11 inclut des catégories intitulées "autre" et "sans précision". Dans certains cas, les informations nécessaires pour sélectionner une catégorie précise peuvent ne pas être disponibles dans le dossier source. Lorsque c'est le cas, la catégorie résiduelle "sans précision" est sélectionnée. Inversement, il y a des cas où les informations dans le dossier source sont très spécifiques, mais la liste tabulaire ne comprend pas de catégorie spécifique. Dans ce cas, les utilisateurs identifient la catégorie la plus proche, et codent dans la catégorie résiduelle intitulée "autres".

2.7.6 Utilisation de "Et" et «Ou»

Les mots "et" et "ou" dans la CIM-11 sont utilisés dans leur signification en logique formelle. Un terme qui comprend une déclaration du type "A et B" signifie que A et B doivent tous deux

être présents pour pouvoir utiliser cette catégorie. Un terme qui inclut une déclaration du type "A ou B" signifie que la catégorie peut être utilisée si A ou B sont présents.

2.7.7 "dû à" et "associé à".

Le terme "due à" est le terme préféré pour les catégories dans lesquelles deux affections sont mentionnées, et une séquence causale existe entre elles. D'autres termes, tels que "causé par" ou "attribué à" sont des synonymes autorisés. L'expression "secondaire à" est équivalente et peut également être incluse comme synonyme. L'expression "associé à" est le terme préféré pour les catégories où deux affections sont mentionnées mais où aucune séquence causale n'est impliquée.

2.7.8 Orthographe, parenthèses, grammaire et autres conventions

L'orthographe et la grammaire de la CIM-11 suivent les règles francophones avec des exceptions et des modifications conformes aux règles orthographiques de l'OMS. Les conventions détaillées sont énumérées ci-dessous. La terminologie de la CIM-11 utilise les conventions suivantes :

- Les termes sont répertoriés au singulier. Par exemple, "Lésion superficielle du cuir chevelu" au lieu de "Lésions superficielles du cuir chevelu".
- Pas d'utilisation d'apostrophes avec les éponymes. Par exemple, "lymphome de Hodgkin" (au lieu de "lymphome d'Hodgkin").
- Les entités sont décrites en utilisant le langage naturel. Par exemple, "infarctus du myocarde" (au lieu de "infarctus myocardique").
- Les abréviations sont imprimées en majuscules et suivies du titre complet en toutes lettres. Par exemple, "IDM - [infarctus du myocarde]".
- Les parenthèses sont utilisées dans la liste tabulaire pour encadrer le code auquel se réfère un terme d'exclusion. Par exemple, *9A01.3 Blépharite infectieuse* à l'exclusion de: Blépharoconjonctivite (*9A60.4*)

2.7.9 Caractéristiques générales

La principale innovation structurelle de la CIM-11 est qu'elle est construite sur un composant de base à partir duquel les listes tabulaires (telles que la classification pour les statistiques de morbidité et de mortalité) sont dérivées. Voir [1.2.5 Fondation et listes tabulaires de la CIM-11](#).

Tableau 1 : *Terminologie de la CIM-11*

Terme CIM-11	Explication
Composant de la fondation	Contenu de la base de données sous-jacente qui contient toutes les informations nécessaires pour générer des versions imprimées de la liste tabulaire et de l'index alphabétique, ainsi que des informations supplémentaires nécessaires pour générer des linéarisations spécialisées de la CIM-11 et des modifications spécifiques aux pays.
Code racine	Les codes racines sont des codes qui peuvent être utilisés seuls. On les trouve dans la liste tabulaire de la CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité. Les codes racines peuvent être des entités ou des groupements de haute pertinence, ou des affections devant toujours être décrites dans une seule catégorie. La conception des codes racines garantit que dans les cas d'usage qui ne nécessitent qu'un seul code par cas, un minimum significatif d'informations est recueilli.
Code d'extension	Les codes d'extension sont des listes d'informations supplémentaires qui peuvent être ajoutées à un code racine lorsque les utilisateurs et les paramètres sont intéressés par la déclaration de plus de détails. Les codes d'extension ne sont pas mutuellement exclusifs. Ils ne sont pas conçus pour être une classification mais peuvent indiquer des niveaux hiérarchiques et ne peuvent jamais être utilisés sans un code racine dans le contexte d'une classification statistique. Les codes d'extension ne peuvent jamais apparaître en première position dans un regroupement. Les codes d'extension peuvent être utilisés seuls dans un autre contexte, par exemple pour la description d'un dispositif médical.
Précoordination	<p>Les codes racines peuvent contenir toutes les informations pertinentes sur un concept clinique de manière précombinée. C'est ce qu'on appelle la "précoordination".</p> <p>Exemple : <i>BD50.40 Anévrisme de l'aorte abdominale avec perforation</i></p> <p>Exemple : <i>CA40.04 Pneumonie due à Mycoplasma pneumoniae</i></p>

Postcoordination	<p>Utilisation de plusieurs codes (c.-à-d. codes racines et/ou codes d'extension) ensemble pour décrire complètement un concept clinique documenté. La postcoordination est par principe autorisée avec tous les axes, à condition qu'au moins un code racine soit utilisé. L'API, le navigateur et l'outil de codage facilitent la postcoordination dans certains domaines. D'autres domaines de postcoordination doivent être codés individuellement, mais pourront être pris en charge par les futures mises à jour de la CIM-11, le cas échéant.</p>
Regroupement (<i>Cluster</i>)	<p>Un regroupement(<i>cluster</i>) est constitué des entités postcoordonnées qui sont jointes à l'aide d'une barre oblique (/) ou d'une esperluette (&).</p> <p>Exemple :</p> <p>Diagnostic : Ulcère duodéal avec hémorragie aigüe</p> <p>Regroupement : DA63.Z/ME24.90</p> <p>Affection - DA63 <i>Ulcère du duodénum, non précisé</i></p> <p>A pour manifestation (utiliser un code supplémentaire, si besoin) - ME24.90 <i>Saignements gastro-intestinaux aigus, non classés ailleurs</i></p>
Codes parents primaires et secondaires	<p>La hiérarchie de la CIM-11 est définie de la même manière que dans les versions précédentes de la CIM. La possibilité de connecter des maladies et des concepts spécifiques au sein de la classification à un autre code parent a été introduite pour permettre des extraits précis de la liste tabulaire pour les spécialités médicales ou pour des cas d'usage spécifiques.</p> <p>Exemple : Un code pour une tumeur maligne de la peau se trouve dans le chapitre des tumeurs malignes. Le parent primaire de ce code est un code ou un bloc de ce chapitre. Cependant, un médecin traitant uniquement des maladies de la peau pourrait vouloir voir uniquement les codes de la classification qui sont pertinents pour son objectif clinique spécifique. Par conséquent, un parent secondaire a été défini dans le chapitre sur la peau qui ne montrera le code de ce chapitre que si l'extrait de codes spécifique à son cas d'usage est sélectionné.</p>

2.8 Codes racines

Les codes racines de la CIM-11 sont des codes dans une liste tabulaire particulière qui peuvent être utilisés seuls. Les codes racines peuvent être des entités ou des groupements de grande pertinence, ou des entités cliniques devant toujours être décrites comme une seule entité. La conception des codes racines garantit que dans les cas d'usage qui ne nécessitent qu'un seul code par cas, un minimum significatif d'informations est recueilli.

Les codes racines de la CIM-11 sont organisés en 26 chapitres qui suivent le schéma traditionnel de la CIM, relatifs à l'étiologie, au système organique concerné, au statut maternel, au statut périnatal, aux causes externes et aux facteurs influençant l'état de santé.

2.9 Codes d'extension

Les codes d'extension sont prévus pour être utilisés comme des codes supplémentaires ou additionnels lorsque l'on souhaite ajouter plus de détails à d'autres entités de la classification. L'inclusion des nouveaux codes d'extension dans la CIM-11 permet de coder des informations complémentaires et ces codes d'extension sont reliés aux codes racines. Les codes d'extension ont été conçus pour standardiser la manière dont les informations supplémentaires sont ajoutées aux codes racines, et l'adoption d'un codage multidimensionnel entraîne une réduction substantielle de la quantité de codes racines. Les codes d'extension peuvent être utilisés seuls dans d'autres contextes, par exemple la description des dispositifs médicaux.

Les codes d'extension ne sont pas mutuellement exclusifs. Ils ne constituent pas une classification et ne peuvent jamais être utilisés à des fins statistiques sans un code racine. Les codes d'extension ne doivent jamais apparaître en première position dans un regroupement. Un ou plusieurs codes d'extension peuvent être rattachés au codage d'une affection donnée.

Il existe deux principaux types de codes d'extension :

- Les codes d'extension de type 1 permettent à l'utilisateur d'ajouter des détails à un code racine en termes de gravité, de temporalité, d'anatomie, d'histopathologie de l'affection ou d'autres caractéristiques comme les substances et les dispositifs médicaux. Par exemple, pour un diagnostic tel que "prolapsus du disque cervical C5-C6", le code d'extension anatomique *XA1X49 Disque ou espace intervertébral cervical C5-C6* peut être ajouté au code racine *FA80.1 Dégénérescence discale intervertébrale de la colonne cervicale avec prolapsus discal* afin de saisir les détails du diagnostic clinique.
- Les codes d'extension de type 2 représentent des descripteurs de code de diagnostic qui indiquent comment le diagnostic doit être utilisé et/ou interprété. Ce code fait référence à la même affection, mais modifie son interprétation. Par exemple, pour la déclaration des événements indésirables, il est important de coder le moment du diagnostic c'est à dire *XY6M Présent à l'admission*, *XY69 Développé après l'admission*, ou *XY85 Période de survenue des symptômes incertaine par rapport à l'admission*.

Liste des catégories de codes d'extension de type 1

- Valeur de l'échelle de gravité
- Temporalité (évolution de l'affection)
- Étiologie
- Valeur de l'échelle de topologie
- Anatomie et topographie
- Histopathologie
- Dimensions de la blessure
- Dimensions des causes externes
- Conscience
- Substances
- CIM-O
- Dispositifs, équipements et fournitures de santé

Liste des catégories de codes d'extension de type 2 - Descripteurs de codes de diagnostic

- Types de diagnostic à la sortie de l'hôpital
- Moment du diagnostic
- Moment du diagnostic par rapport à l'intervention chirurgicale
- Méthode de diagnostic de confirmation
- Certitude du diagnostic
- Moments des diagnostics obstétricaux
- Descripteurs de la visite
- Capacité ou contexte

2.10 Précoordination et postcoordination

Certains codes racines contiennent toutes les informations pertinentes sur un concept clinique, de manière précombinée. C'est ce qu'on appelle la "précoordination".

Un problème de santé peut être plus précisément décrit en utilisant plusieurs codes ou en combinant les codes :

- deux ou plusieurs codes racines, (c'est-à-dire code1/code2)
- des codes racines avec un ou plusieurs codes d'extension. (c.-à-d. code racine&code d'extension1&code d'extension2)

Un groupe de codes qui ont été postcoordonnés est appelé "regroupement". Une barre oblique (/) ou une esperluette (&) sont utilisées pour montrer le lien entre les codes postcoordonnés. De cette manière, la classification peut aborder de nombreux concepts cliniques avec une gamme limitée de catégories.

Exemple

Précoordination de concepts dans un code unique : *2C25.2 Carcinome épidermoïde des bronches ou du poumon* a une précoordination, la localisation et l'anatomopathologie sont combinées dans un seul code *racine* précoordonné.

Exemple

Postcoordination de concepts combinés dans un regroupement : l'affection "infection des voies urinaires due à *Escherichia coli* producteur de bêta-lactamase à spectre étendu" est exprimée par une combinaison de deux codes racines liés ou postcoordonnés. Affection : *GC08.0 Infection des voies urinaires, localisation non précisée, à Escherichia coli* ; Associé à (utiliser un code supplémentaire, si besoin) : *MG50.27 Escherichia coli produisant des bêta-lactamases à spectre étendu* Code de regroupement: *GC08.0/MG50.27*

Axe de postcoordination

Description

« A une affection causale" - ce champ indique l'affection causale qui doit être codée lorsqu'elle est connue. L'affection causale peut être comparée au code à « dague » de la CIM-10. Cette option concerne les entités généralement causées par une variété d'affections différentes et est appelée postcoordination obligatoire dans l'outil de codage.

« A une manifestation" - invite l'utilisateur à coder toute manifestation. Les manifestations peuvent être comparées aux codes "astérisque" de la CIM-10. Cette option se trouve sur les entités qui peuvent développer des manifestations.

« Associé à" - lorsque les affections sont saisies ensemble pour obtenir une image complète mais ne constituent pas nécessairement un scénario de cause à effet.

Il est obligatoire de coder l'affection causale de la tabulation primaire lorsqu'elle est connue. « A une affection causale » est ajoutée aux catégories qui sont causées par une maladie sous-jacente. Par exemple, la rétinopathie a pour « affection causale» le diabète. Les affections causales doivent être considérées comme requises dans presque toutes les situations, et doivent être utilisées pour les affections qui sont des manifestations.

Il est facultatif de coder les manifestations d'une maladie. Par exemple, le diabète « a pour manifestation » la rétinopathie. Ce codage doit être considéré comme "Autorisé" dans presque toutes les situations. Les manifestations énumérées sont généralement un échantillon de celles qui résultent fréquemment de l'affection.

Ce champ est utilisé lorsque plusieurs codes sont nécessaires pour décrire complètement une affection. Par exemple, « Associé à » est utilisé pour relier les codes de résistance aux antimicrobiens aux codes de l'infection. Ce codage peut être soit « Autorisé » soit « Obligatoire » selon la situation.

Cas particuliers pour la postcoordination :

1. Les codes de cause externe sont "autorisés" pour identifier la cause d'une blessure et sont "associés" aux blessures.
2. Le code de cause externe pour identifier un médicament spécifique est "autorisé" avec les entités commençant par ou incluant l'expression "d'origine médicamenteuse".
3. Les codes de cause externe pour le mode et le mécanisme du préjudice lié aux soins de santé sont "associés" aux codes du préjudice.

2.10.1 Ajout de détails - postcoordination et codage en regroupement avec des codes racines et des codes d'extension multiples

Les informations relatives à l'étiologie et à la manifestation de l'affection en question doivent être codées. Dans certains cas, la catégorie de la CIM se réfère aux deux (c'est-à-dire qu'elle

est précoordonnée), alors que dans d'autres cas, il faut utiliser plus d'un code racine (et/ou un code d'extension) pour exprimer un détail pertinent. Cela nécessite une postcoordination.

Exemple : Ulcère duodéal hémorragique aigu.

Code racine : [DA63.Z](#) Ulcère du duodénum, sans précision, a pour manifestation (utiliser un code supplémentaire, si besoin) : [ME24.90](#) Saignements gastrointestinaux aigus, non classés ailleurs. Regroupement : [DA63.Z/ME24.90](#)

Cependant, la postcoordination ne doit jamais être utilisée pour dupliquer la signification d'une affection qui est un concept précoordonné. Le code pré-coordonné doit alors être utilisé.

Exemple : Bronchiolite aigüe à VRS

Code : [CA41.0](#) Bronchiolite aigüe due au virus respiratoire syncytial. Explication : Puisque la bronchiolite due au virus respiratoire syncytial est un concept précoordonné dans la CIM-11, il est incorrect/interdit de reproduire la signification de l'énoncé diagnostique en utilisant un code racine et un code d'extension (c'est-à-dire ne pas coder : [CA41.Z] Bronchiolite aigüe, sans précision & [XN275](#) *Virus respiratoire syncytial humain*)

Exemple : Fracture de la diaphyse de l'ulna

Code : [NC32.2](#) Fracture de la diaphyse de l'ulna Explication : Puisque la fracture de la diaphyse de l'ulna est un concept précoordonné dans la CIM-11, il est incorrect/interdit de reproduire la signification de l'énoncé diagnostique en utilisant un code racine et un code d'extension (c'est-à-dire ne pas coder : [NC32.Z](#) Fracture de l'avant-bras, sans précision & [XA8U33](#) Diaphyse de l'ulna)

Il peut y avoir des cas moins évidents à travers la CIM. Dans un environnement électronique, des instructions programmées intégrées permettront d'éviter ce genre d'erreur. À des fins de déclaration, tous les codes associés sont liés en utilisant une barre oblique (/) entre les codes racines et une esperluette (&) pour séparer les codes racine des codes d'extension.

2.10.2 Combinaison de codes racines et de codes d'extension, et comment les ordonner dans un regroupement complexe de codes

Les codes racines d'autres parties de la CIM et les codes d'extension peuvent être reliés entre eux pour décrire en détail un concept clinique. Ils doivent être regroupés lors de la transmission et du contrôle des données afin de ne pas perdre l'information contenue par ce groupe commun de codes. Un tel groupe de codes s'appelle un regroupement. Le codage par regroupement nécessite l'utilisation d'une syntaxe spécifique pour indiquer quels codes sont associés lorsque la postcoordination est utilisée. Cette syntaxe doit respecter les règles suivantes :

1. Si un seul code racine est attribué, aucun mécanisme de regroupement ne doit être observé.

Par exemple : Affection : Infarctus aigu du myocarde avec *sus-décalage du segment ST* [BA41.0](#) *Infarctus du myocarde aigu avec sus-décalage du segment ST*

2. Lors de la postcoordination pour former un regroupement, les codes racines sont toujours attribués avant les codes d'extension. (Notez toutefois le scénario de regroupement complexe décrit dans l'exemple 5 ci-dessous, où une combinaison de

plusieurs codes racines et de codes d'extension liés sont réunis en un seul regroupement complexe).

3. Si un code racine est postcoordonné avec un ou plusieurs codes d'extension, la syntaxe de combinaison utilisée est l'esperluette (&).

Exemple 1 : Infarctus du myocarde aigu avec sus-décalage du segment ST, paroi antérieure, LAD

Affection (code) - Infarctus du myocarde aigu avec *sus-décalage du segment ST* Localisation spécifique - [XA7RE3](#)
Paroi antérieure du cœur Localisation spécifique - [XA7NQ7](#) *Artère coronaire descendante antérieure gauche*
Regroupement : [BA41.0&XA7RE3&XA7NQ7](#)

Exemple 2 : Pyélonéphrite aiguë, côté gauche, E. coli Affection (code) - [GB51](#) *Pyélonéphrite aiguë*

Latéralité - [XK8G](#) *Gauche* Agent infectieux - [XN6P4](#) *Escherichia coli, cause de maladies classées dans d'autres chapitres*
Regroupement : [GB51&XK8G&XN6P4](#)

4. Si deux codes racines sont postcoordonnés pour fournir des détails supplémentaires, il est important de respecter l'ordre (à l'intérieur d'un regroupement) en fonction du cas d'usage (par exemple, mortalité ou morbidité). Le premier code racine sera séparé du deuxième code racine par une barre oblique (/).

Si un seul code peut être retenu lors de l'analyse des données de mortalité (Cause initiale du décès) et de prévention en santé publique, la priorité de l'ordre doit être donnée au code qui décrit le mieux l'étiologie d'une affection. Si un seul code doit être retenu pour l'analyse des données de morbidité, la priorité doit être donnée à l'affection principale (raison de l'admission après étude établie à la fin de l'épisode de soins).

Exemple 3 : Ordre des codes de mortalité (Cause initiale du décès) au sein d'un regroupement

Le patient est décédé à cause de son coma diabétique. Le patient avait un diabète sucré de type 2. Affection (cause terminale du décès) : [5A23](#) *Coma diabétique* Affection (Cause initiale du décès) : [5A11](#) *Diabète de type 2* **Ordre des groupes de mortalité** : [5A11/5A23](#)

Exemple 4 : Ordre des codes de morbidité (affection principale) au sein d'un regroupement (si un seul code doit être retenu lors de l'analyse des données)

Patient admis à l'hôpital pour coma diabétique. Le patient souffrait de diabète sucré de type 2. Affection principale : [5A23](#) *Coma diabétique* Autre affection : [5A11](#) *Diabète de type 2* **Ordre des groupes de morbidité** : [5A23/5A11](#)

5. Si un code racine est postcoordonné avec des codes d'extension et qu'un autre code racine, avec quelques codes d'extension supplémentaires, est également attribué au sein d'un regroupement, la syntaxe spécifique doit être conçue de manière à distinguer clairement quels codes d'extension du regroupement appartiennent à quels codes racines. La syntaxe suivante doit être respectée : Le premier code racine est indiqué, suivi de '&' puis d'un ou plusieurs codes d'extension, chacun d'entre eux étant séparé par '&'. Ensuite, une barre oblique '/' sépare cette première section du groupe du code

racine suivant, suivi de '&' et des codes d'extension pour ce code racine spécifique, chacun étant à nouveau séparé par '&'.

Exemple 5 : code racine & code extension / code racine & code extension & code extension

Hernie inguinale gauche avec occlusion aigüe Affection (code) - [DD51](#) *Hernie inguinale* Latéralité - [XK8G](#) *Gauche* Associé à (utilisez un code supplémentaire, si besoin) - [ME24.2](#) *Obstruction du système digestif Evolution*
- [XT5R](#) *Aigu* **Regroupement:** [DD51& XK8G/ME24.2& XT5R](#)

La postcoordination ne doit être utilisée que pour combiner des codes afin de décrire et de caractériser pleinement un concept clinique documenté. Si le dossier décrit deux concepts cliniques distincts qui sont représentés par des codes racines séparés, ils ne doivent pas être rapportés ensemble dans un regroupement postcoordonné.

Exemple 6 : Blessure par chute d'un piéton

Commotion et fracture ouverte de la diaphyse de l'ulna gauche due à une chute sur un trottoir irrégulier :

Affection (code) 1 - [NA07.0](#) *Commotion*

A une affection causale (coder aussi) - [PA60](#) *Chute accidentelle de plain-pied ou d'une hauteur de 1 mètre ou moins*

Objets appartenant à des êtres vivants, impliqués dans la cause - [XE1DA](#) *Surface inégale, non classée ailleurs*

Lieu de survenue - [XE53A](#) *Trottoir* Regroupement - [NA07.0/ PA60& XE1DA& XE53A](#)

Affection (code) 2 - [NC32.2](#) *Fracture de la diaphyse de l'ulna*

Latéralité - [XK8G](#) *Gauche*

Fracture ouverte ou fermée - [XJ7YM](#) *Fracture ouverte*

Associé à : [PA60](#) *Chute accidentelle de plain-pied ou d'une hauteur de 1 mètre ou moins*

Objets appartenant à des êtres vivants, impliqués dans la cause - [XE1DA](#) *Surface inégale, non classée ailleurs*

Lieu de survenue - [XE53A](#) *Trottoir*

Regroupement : [NC32.2 & XK8G& XJ7YM /PA60 & XE1DA & XE53A](#)

Des instructions programmées intégrées dans la fondation de la CIM-11 faciliteront l'usage des combinaisons de codes les plus fréquentes. Les combinaisons de codes ne sont pas limitées à celles indiquées dans ces instructions. Des instructions complémentaires sont ajoutées, à la demande des utilisateurs.

2.10.3 Moment du diagnostic - "Présent à l'admission" ou "Apparu après l'admission".

Parmi les nouveaux descripteurs de code diagnostic de type 2, on trouve un ensemble particulièrement important de codes d'extension qui permettent de distinguer les diagnostics présents à l'admission des diagnostics apparaissant après l'admission, c'est-à-dire pendant la période d'hospitalisation.

Cette dernière distinction est particulièrement importante, car elle permet l'identification ciblée d'un certain nombre de diagnostics hospitaliers qui peuvent représenter des événements indésirables associés aux soins. La majorité des concepts codés dans un dossier hospitalier sont des affections présentes à l'admission. Ceci dit, il sera très intéressant de signaler un diagnostic qui s'est manifesté après l'admission.

Exemple 1 :

Un patient atteint de diabète de type 1 de longue durée, admis à l'hôpital en raison d'un infarctus du myocarde.
Affection principale : Infarctus du myocarde Autre affection : Diabète sucré, type 1

Dans ce cas, les deux affections sont présentes à l'admission, mais l'une d'entre elles (infarctus du myocarde) ne doit pas être codée comme étant "présente à l'admission" car il s'agit de l'affection principale, désignée dans cet exemple comme étant "l'affection qui est déterminée comme étant la raison de l'admission, établie à la fin de l'épisode de soins". Le codage approprié de ce scénario comprend donc une combinaison de deux entités de codage groupées, dont chacune implique un code racine lié à un code d'extension d'accompagnement, c'est-à-dire :

- Code de l'infarctus aigu du myocarde « & » 'Code d'extension du type de diagnostic de sortie pour l'affection principale' ; [BA41&XY0Y](#)
- Code racine pour le diabète sucré de type 1 « & » Code d'extension du moment du diagnostic pour présence à l'admission " ; [5A10&XY6M](#)

Notez que pour les deux entités codées dans l'exemple ci-dessus, une esperluette (&) est utilisée. Dans le premier groupe, le code racine pour l'infarctus du myocarde est lié à un code d'extension de type d'affection principale. Dans le deuxième groupe, le code racine pour le diabète sucré de type 1 est lié à un code d'extension de moment de diagnostic pour présence à l'admission.

Exemple 2 :

Un patient avec un diabète de type 1 de longue date, admis à l'hôpital en raison de douleurs thoraciques. Après évaluation, on lui diagnostique un infarctus du myocarde. Le patient développe une thrombose veineuse profonde dans le membre inférieur droit comme complication des soins à l'hôpital. Affection principale : Infarctus du myocarde Autres affections : Diabète sucré, type 1 ; Thrombose veineuse profonde (survenue après le début du séjour à l'hôpital)

Dans cet exemple, un code d'extension du moment de diagnostic "survenu après l'admission" est lié par un codage par regroupement à un code racine "thrombose veineuse profonde". Les deux premiers concepts diagnostiques, quant à eux, sont codés exactement comme dans l'exemple précédent, à savoir

- 'Code de l'infarctus aigu du myocarde « & » Code d'extension du type de diagnostic de sortie pour l'affection principale' ; [BA41&XY0Y](#)
- code racine pour le diabète sucré de type 1 "&" code d'extension du moment du diagnostic pour présence à l'admission " ; [5A10&XY6M](#)
- Code pour la thrombose veineuse profonde '&' Droit'& Code d'extension du moment du diagnostic pour survenue après l'admission' ; [BD71.4&XK9K&XY69](#)

Là encore, chacune des trois entités du regroupement utilise une esperluette '&' car le deuxième code (et le troisième code) du regroupement est un code d'extension.

2.11 Section Fonctionnement

La section Fonctionnement de la CIM-11 permet de coder et d'évaluer le fonctionnement conformément à la CIF, mais à un niveau opérationnel. Pour un codage et une analyse détaillés, il convient d'utiliser la CIF complète. Les concepts de cette section sont alignés sur la CIF et permettent une transition facile vers la CIF. La section fonctionnement dans la CIM-11 concerne la description et l'évaluation du niveau de fonctionnement des personnes, pour

- la pratique médicale générale, comme l'évaluation de l'incapacité de travail
- les prestations sociales comme pour l'invalidité, ou la pension d'accident
- le paiement ou le remboursement
- l'évaluation des besoins en matière de réadaptation, d'assistance professionnelle ou de soins de longue durée
- l'évaluation des résultats d'un traitement

La section fonctionnement de la CIM-11 fournit des outils conviviaux pour les cliniciens, permettant une évaluation et une description standardisées du fonctionnement. La section fonctionnement de la CIM-11 permettra d'ajouter ultérieurement des outils d'évaluation supplémentaires.

2.11.1 Évaluation du fonctionnement

2.11.1.1 WHODAS 2.0 : caractéristiques et cas d'usage

Le programme d'évaluation de l'invalidité de l'OMS (WHO DAS 2.0 : *WHO Disability Assessment Schedule*) est l'instrument générique d'évaluation du fonctionnement, validé au niveau international, culturel et socio-économique pour une population adulte. Le WHO DAS 2.0 est axé sur les domaines d'activité et de participation de la CIF et permet de calculer un score de fonctionnement global et spécifique à un domaine couvrant les domaines suivants :

- Cognition - comprendre et communiquer
- Mobilité- se déplacer et se mouvoir
- Soins personnels - hygiène, habillage, alimentation et rester seul
- S'entendre - interagir avec d'autres personnes
- Activités de la vie - responsabilités domestiques, loisirs, travail et école
- Participation - se joindre aux activités de la communauté, participer en société

Le WHO DAS tient compte de plusieurs niveaux de difficulté pour chaque item de WHO DAS 2.0 (c'est-à-dire une notation basée sur la théorie de réponse aux Items (TRI)). Ce type de notation pour WHODAS 2.0 permet des analyses plus fines qui utilisent toute l'information des catégories de réponse pour une analyse comparative entre populations ou sous-populations. Il considère le codage de chaque réponse d'item comme "absent", "léger", "modéré", "sévère" et "extrême" séparément, puis utilise un calcul pour déterminer le score récapitulatif en pondérant de manière différentielle les items et les niveaux de sévérité.

La cotation se fait en trois étapes :

- Étape 1 - Somme des scores des items codés dans chaque domaine.
- Étape 2 - Somme des scores des six domaines.
- Étape 3 - Conversion du score récapitulatif en une mesure allant de 0 à 100 (où 0 = aucun handicap ; 100 = handicap complet).

La syntaxe de la cotation WHO DAS 2.0 (énumérée à l'annexe 01) est fournie en ligne via le lien partagé ci-dessous.

Les principales caractéristiques du WHO-DAS 2.0 sont les suivantes :

- Échelle clinique dérivée de la CIF dont les propriétés psychométriques de validité, de fiabilité et de sensibilité aux changements dans le temps sont bien établies.
- Mesure essentielle qui est applicable à toutes les affections de santé et permet de générer un score de fonctionnement global et spécifique à un domaine.
- Normes de population établies.

La combinaison de ces caractéristiques distingue le WHO DAS 2.0 des autres instruments cliniques.

Le WHO DAS 2.0 peut être utilisé pour l'évaluation du fonctionnement dans de nombreux cas d'usage :

- Les cliniciens peuvent quantifier l'efficacité de leur intervention au sein de leur population clinique et par rapport à la population générale.
- Les évaluateurs de l'invalidité peuvent déterminer le statut d'invalidité de manière équitable, transparente, impartiale et comparable.
- Les experts en remboursement peuvent mesurer la qualité (résultat de fonctionnement) des groupes *Casemix*/DRG.

Le WHO DAS 2.0 a été développé pour être utilisé dans la population adulte et ne permet actuellement pas d'évaluer les déficiences des fonctions corporelles ni les facteurs environnementaux. Les utilisateurs qui souhaitent évaluer les déficiences des fonctions corporelles peuvent utiliser les items de l'enquête modèle de l'OMS sur le handicap (MDS)[1] qui sont également inclus dans la partie évaluation des fonctions du chapitre V.

Le WHO DAS 2.0 dans ces trois formats différents (par exemple, administré par un clinicien, auto-administré et administré par un tiers) peut être retrouvé via le lien ci-dessous.

Le manuel du WHO DAS. 2.0., y compris des informations sur l'algorithme de notation simple et complexe (théorie de réponse aux Items, TRI) et les normes de population pour la version WHO DAS 12 et la version à 36 items. . Le manuel WHO DAS 2.0 peut être téléchargé à partir du lien du site de l'OMS - Programme d'évaluation des handicaps de l'OMS WHO DAS 2.0 - <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health/who-disability-assessment-schedule> avec d'autres langues du WHO DAS 2.0.

[1] Le MDS est une enquête de population générale basée sur la CIF, développée par l'OMS et la Banque mondiale, qui fournit des informations détaillées et nuancées sur la vie des

personnes handicapées. Il permet une comparaison directe entre des groupes présentant des niveaux et des profils de handicap différents.

2.11.1.2 WHO DAS 2.0 : représentation et structure de codage

Pour faciliter la recherche d'informations, un code alphanumérique a été attribué à chaque élément du WHO DAS 2.0 pour représenter les concepts saisis de l'élément en question. Le code commence par les lettres "VD" suivies d'un numéro attribué au hasard. Des informations et des valeurs supplémentaires spécifiques à l'item (c'est-à-dire la question de l'item, l'échelle de réponse en cinq points) sont incluses dans les API de la CIM-11 pour permettre une intégration facile de l'instrument et le calcul automatisé de la cotation dans n'importe quelle application logicielle (par exemple, l'intégration du WHO DAS 2.0 comme mesure des résultats de santé dans un logiciel EMR). Les six domaines du WHO DAS 2.0 sous lesquels sont regroupés les 36 items de l'instrument sont représentés sous forme de bloc d'en-tête. Comme les autres blocs d'en-tête de la CIM-11, un URI leur est attribué, mais pas un code. Le tableau 1 ci-dessous montre un exemple de représentation d'un item WHO DAS 2.0.

Item du WHO DAS 2.0	Code CIM-11	URI
Fonctions de l'attention	VD00	http://id.who.int/icd/entity/532448599
Question sur la description de l'item	Jeu de valeurs de l'échelle de réponse à l'item	Catégorie ICF correspondante
En raison de votre état de santé, au cours des 30 derniers jours, à quel point avez-vous eu du mal à vous concentrer sur quelque chose pendant dix minutes ?	1=aucune difficulté, 2=légère difficulté, 3=difficulté modérée, 4= difficulté sévère 5= difficulté extrême	d160 Concentrer son attention

2.11.2 Entité générique du fonctionnement

2.11.2.1 Entités fonctionnelles : caractéristiques et cas d'usage

Le principal outil pour documenter le fonctionnement est une liste de domaines de fonctionnement génériques dérivés de l'annexe 9 de la CIF et de l'ensemble de base générique de la CIF.

La liste générique permet aux cliniciens de générer un profil de fonctionnement codé d'un individu qui peut être utilisé à des fins multiples comme - la fixation d'objectifs - le suivi des changements - la communication dans le cadre du parcours de soin.

Comme la liste est directement liée à la CIF, elle peut - faciliter l'utilisation conjointe de la CIM et de la CIF (coder une fois - utiliser plusieurs fois) - servir de point d'entrée pour l'utilisation de la CIF complète.

2.11.2.2 Entité fonctionnelle : représentation et structure de codage

Conformément au modèle de contenu de la CIF de l'OMS, une entité fonctionnelle possède deux composantes, à savoir une catégorie et un qualificatif. Tous deux ont un code alphanumérique attribué et un URI pour représenter les concepts capturés. Le code commence par les lettres "VV" suivies d'un numéro attribué de façon aléatoire. La catégorie de fonctionnement et le descripteur sont liés par la postcoordination.

Voir [3.16 Annexe E Liste des affections liés à la réadaptation pour lesquels est disponible un ensemble personnalisé de propriétés de fonctionnement.](#)

2.12 Enregistrements et rapports électroniques

La documentation électronique suivra le principe du recueil sans perte d'informations à la source. Les bonnes pratiques consistent à déclarer :

1. Un champ de texte qui recueille le terme clinique ou la cause du décès avec la formulation exacte rapportée par le prestataire de santé, et
2. Un champ de données qui retient l'identifiant (URI) de l'entité choisie de la CIM-11 (index, titre de code ou autre élément) qui représente la correspondance la plus exacte pour ce texte.
3. Un champ de données pour le code CIM-11 pertinent.

De cette façon, la qualité du codage peut être vérifiée à tout moment. En outre, des affections spécifiques peuvent être identifiées et analysées, indépendamment du fait qu'elles soient liées à un code CIM individuel ou regroupées dans un code avec d'autres affections.

Le codage doit être effectué à l'aide d'outils basés sur l'API de la CIM-11, comme l'outil de codage de la CIM-11. Les logiciels ne doivent pas inclure de listes ou autres invites pour guider l'enregistrement ou le codage, car celles-ci limitent nécessairement l'éventail des diagnostics et ont donc un impact négatif sur la précision et la pertinence de la saisie et du rapport.

2.13 Composant de la fondation et listes tabulaires

Le composant de la fondation est une collection multidimensionnelle de toutes les entités de la CIM. Les entités peuvent être des maladies, des troubles, des blessures, des causes externes, des signes et des symptômes. Certaines entités peuvent être très globales, par exemple "blessure du bras", tandis que d'autres sont plus détaillées, par exemple "lacération de la peau du pouce". La fondation contient également les informations nécessaires pour utiliser les entités afin de construire une liste tabulaire. La fondation comprend des informations sur l'endroit et la manière dont une entité donnée est présentée dans une liste tabulaire, qu'elle devienne un regroupement, une catégorie avec un code racine, ou qu'elle soit mentionnée comme terme d'inclusion dans une catégorie particulière.

Plusieurs listes tabulaires différentes peuvent être construites à partir de la fondation. En s'appuyant sur le même composant de base, il est possible de créer un ensemble de listes tabulaires reposant sur la même structure arborescente hiérarchique - ce qui produit des listes tabulaires congruentes. La fondation comprend des instructions sur la façon de combiner certains codes dans une liste tabulaire pour obtenir un codage plus détaillé. Ces règles aident les codeurs et les systèmes informatiques à visualiser les combinaisons de codes autorisées lorsqu'ils utilisent une liste tabulaire.

Listes de tableaux de base à usage international :

- Statistiques de mortalité et de morbidité (SMM)
- Soins primaires dans des milieux à faibles ressources (PCL)
- Autopsie verbale (VA)
- Liste simple de mortalité (SMoL)

Le nom complet d'une telle liste tabulaire comprendra toujours "CIM-11", par exemple CIM-11 SMM.

Dans une liste tabulaire, les entités de la fondation deviennent des catégories. Les catégories sont mutuellement exclusives et conjointement exhaustives et liées à un arbre mono hiérarchique (elles n'ont qu'un seul parent). Les informations relatives à une entité qui est devenue une catégorie et qui a plusieurs parents sont toujours disponibles dans la fondation. Ces informations peuvent être utilisées pour visualiser cette catégorie à plusieurs endroits dans la liste tabulaire par exemple en les affichant en noir à sa place pour la tabulation de référence et en gris à tout autre endroit pour la navigation ou les tabulations alternatives. La CIM-11 comporte plusieurs listes tabulaires congruentes avec différents niveaux de détail.

La fondation est également la source de données pour la production et la maintenance des listes tabulaires, de l'index et du guide de référence. Il comprend également un contenu supplémentaire (voir 'modèle de contenu') qui va au-delà de l'utilisation traditionnelle d'une classification sur papier. En fonction du contexte dans un pays, il peut être décidé d'utiliser l'intégralité de la fondation ou de se concentrer sur les parties essentielles à la production et à la maintenance de l'index et de la liste tabulaire.

La fondation sert à aligner le contenu des différentes listes tabulaires et à définir leurs catégories. En tant que telle, il permet une utilisation standardisée de la CIM-11,

indépendamment du contexte dans lequel elle est utilisée. La fondation comprend, par exemple, des liens vers d'autres classifications ou terminologies qui peuvent être étendues à l'avenir. Ce n'est que si elles sont pertinentes pour un pays que ces informations, ou des sous-ensembles de celles-ci, sont utilisées dans l'application de la CIM-11. Veuillez noter que la mention d'un terme ou d'une entité dans la fondation sert exclusivement à des fins ontologiques. La mention d'un terme ou d'une entité dans la fondation ne signifie pas l'approbation ou la validation d'une affection particulière.

2.14 Principales utilisations de la CIM : Mortalité

Cette section concerne les règles et les directives adoptées par l'Assemblée mondiale de la santé concernant la sélection d'une cause ou d'une affection unique pour la mise en tableau en routine à partir des certificats de décès. Des directives sont également fournies pour l'application des règles et pour le codage de l'affection choisie pour la mise en tableau. La mise en œuvre de la CIM pour la mortalité nécessite la mise en place d'une infrastructure pour la déclaration et le stockage des informations, la conception des flux d'information, l'assurance qualité et le retour d'information, ainsi que la formation des utilisateurs de la classification travaillant à la production des données.

Après les informations introductives de cette section et de la section 2.15, la section 2.16 explique les concepts de base utilisés dans le codage de la mortalité. Les sections 2.17 - 2.20, complétées par les annexes de la section 3.14, indiquent comment coder et identifier la cause initiale de décès, et la section 2.25 explique les descriptions utilisées dans la tabulation statistique et la déclaration internationale de la mortalité.

2.15 Statistiques de mortalité

Les statistiques de mortalité sont largement utilisées pour la recherche médicale, la surveillance de la santé publique, l'évaluation des interventions sanitaires, l'allocation des ressources sanitaires et la planification et le suivi des soins de santé. L'analyse des données de mortalité implique généralement la comparaison d'ensembles de données, par exemple ceux qui représentent différentes régions géographiques ou différents moments dans le temps. Si les données n'ont pas été produites par les mêmes méthodes et selon les mêmes normes, ces comparaisons donneront des résultats biaisés.

Pour standardiser la production des données de mortalité, l'OMS publie des instructions internationales sur la collecte des données, le codage et la classification, et la présentation statistique des causes de décès. Il est de la plus haute importance que la production des données de mortalité suive les procédures détaillées ci-après, car tout écart par rapport aux instructions internationales nuira à la comparabilité internationale. La description d'une seule cause initiale de décès, et des approches choisies pour saisir des informations supplémentaires sur les causes de décès également déclarées sur un certificat, permet d'identifier les tendances en matière de santé pour une population donnée. Les sections suivantes contiennent des informations sur le codage des causes de décès pour les statistiques de mortalité. Elles expliquent les concepts de base, comment coder les affections rapportées sur les certificats de décès, et comment sélectionner et mettre sous forme de tableau la cause initiale de décès.

Le but de ces instructions est d'optimiser les statistiques de mortalité d'un point de vue de santé publique. Certaines de ces instructions peuvent sembler erronées ou discutables d'un point de vue purement médical. Elles ne doivent pas pour autant être écartées, car elles peuvent être motivées par des principes épidémiologiques et de santé publique bien fondés. Si une erreur apparente est constatée, elle doit être signalée à l'OMS par une proposition faite en ligne. L'OMS expliquera la raison ou prendra des mesures pour corriger l'erreur au niveau international. Les pays individuels ne doivent pas corriger ce qui est supposé être une erreur, car les changements au niveau national conduiront à des données moins comparables à celles d'autres pays, et donc moins utiles pour l'analyse.

2.15.1 Ce qui est mis en tableau : cause initiale de décès

Les interventions de santé publique efficaces préviennent les dommages ou les décès en brisant l'enchaînement des événements amenant au décès. À cette fin, la cause initiale de décès a été définie comme "(a) la maladie ou le traumatisme qui a initié le processus morbide conduisant directement au décès, ou (b) les circonstances de l'accident ou de la violence qui a produit le traumatisme mortel", et est sélectionnée pour la mise en tableau systématique des statistiques de mortalité par cause unique. Voir les sections [2.17.2 Sélection de la cause initiale de décès](#) et [2.17 Instructions de codage en mortalité](#) pour les instructions de codage spécifiques permettant d'identifier la cause initiale du décès.

2.15.2 Source des données : Le formulaire international du certificat médical de la cause du décès (CMCD)

Les instructions de codage international de la mortalité présupposent que les données ont été collectées avec un certificat de décès conforme au formulaire international de certificat médical de cause de décès tel que recommandé par l'OMS. Le cadre A, la partie des données médicales du formulaire international, est divisé en deux parties : La partie 1 renseigne la succession d'événements conduisant directement au décès, et la partie 2 concerne les autres affections importantes ayant contribué au décès. D'autres informations contenues dans le formulaire sont également utilisées pour identifier la cause initiale de décès pour la mise en tableau.

Afin d'aligner la manière dont ces informations sont collectées au niveau international, le formulaire doit être suivi le plus fidèlement possible. Sinon, les causes de décès ne pourront pas être codées et sélectionnées selon la norme internationale et les données ne seront pas comparables au niveau international. Par exemple, certaines instructions de codage s'appliquent à des affections rapportées comme étant causées par certaines autres affections, et dans de tels cas, il est important d'avoir une distinction claire entre les causes rapportées dans la partie 1 et dans la partie 2 du certificat de décès. De plus, les informations rapportées ailleurs sur le certificat, telles que la manière dont le décès est survenu ou si la grossesse a contribué au décès, sont essentielles lors de l'attribution de codes de causes multiples aux affections déclarées sur le certificat et de la sélection d'une cause initiale pour la mise en tableau.

Il incombe au médecin ou à tout autre certificateur qualifié à signer le certificat de décès d'indiquer quelles affections morbides ont conduit directement au décès et de mentionner toute affection préexistante à l'origine de cette cause. Le certificateur doit utiliser son jugement clinique pour remplir le certificat médical de cause du décès. Les systèmes automatisés ne doivent pas inclure de listes ou d'autres instructions pour guider le certificateur, car celles-ci limitent nécessairement l'éventail des diagnostics et ont donc un effet négatif sur la précision et l'utilité du rapport.

Informations administratives (peuvent être spécifiées par le pays)											
Sexe			<input type="checkbox"/> Femme			<input type="checkbox"/> Homme			<input type="checkbox"/> Inconnu		
Date de naissance						Date de décès					
Encadré A: Informations médicales : Parties 1 et 2											
1 Indiquer la maladie ou l'état ayant directement entraîné le décès sur la ligne a Indiquer l'enchaînement morbide dans l'ordre chronologique (le cas échéant) Indiquer la cause initiale de décès sur la dernière ligne				Cause de décès				Intervalle entre le début du processus morbide et le décès			
		a									
		b		Due à:							
		c		Due à:							
d		Due à:									
2 Autres états morbides ayant contribué au décès (les intervalles de temps peuvent être inclus entre parenthèses après l'affection)											
Encadré B: Autres informations médicales											
Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée au cours des ces 4 dernières semaines? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas											
Si oui, veuillez préciser la date de l'opération											
Si oui, veuillez préciser la raison de l'opération (maladie ou état)											
Une autopsie a-t-elle été demandée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu											
Si oui, les résultats ont-ils été utilisés pour établir le certificat de décès? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu											
Circonstances apparentes de décès:											
<input type="checkbox"/> Maladie			<input type="checkbox"/> Atteinte volontaire à la vie d'autrui			<input type="checkbox"/> Indéterminées					
<input type="checkbox"/> Accident			<input type="checkbox"/> Interventions légales			<input type="checkbox"/> Investigations en cours					
<input type="checkbox"/> Suicide			<input type="checkbox"/> Faits de guerre			<input type="checkbox"/> Inconnues					
Si cause externe ou intoxication						Date de l'événement					
Veuillez décrire la cause externe (en cas d'intoxication veuillez préciser la substance à l'origine de l'intoxication).											
En cas de mort violente, veuillez préciser le lieu de survenue de l'événement déclencheur:											
<input type="checkbox"/> Domicile		<input type="checkbox"/> Hébergement institutionnel		<input type="checkbox"/> Ecole, autre institution, établissement de l'administration publique				<input type="checkbox"/> Lieu de sport			
<input type="checkbox"/> Voie publique		<input type="checkbox"/> Commerce et lieu d'échanges de service		<input type="checkbox"/> Zone industrielle, chantier				<input type="checkbox"/> Exploitation agricole			
<input type="checkbox"/> Autre lieu (Veuillez préciser):						<input type="checkbox"/> Inconnu					
Mort foetale ou infantile											
Grossesse multiple						<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Inconnu	
Enfant mort-né ?						<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Inconnu	
Si le décès a eu lieu dans les 24 premières heures, précisez le nombre d'heures de vie						Poids (en grammes)					
Age gestationnel (en semaine complète d'aménorrhées)						Age de la mère (en années)					
Si le décès est perinatal, indiquez les affections maternelles qui ont affecté le fœtus ou le nouveau-né											
Pour les femmes, la personne décédée était elle enceinte? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas											
<input type="checkbox"/> Au moment du décès						<input type="checkbox"/> Dans les 42 jours précédents le décès					
<input type="checkbox"/> Entre 43 jours et 1 ans avant le décès						<input type="checkbox"/> Ne sait pas					
La grossesse a-t-elle contribué au décès? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas											

Le formulaire international 2016 du certificat médical de cause de décès

Voir 3.14 Annexe C Annexes pour le codage de la mortalité pour plus de détails et de conseils.

2.15.3 Utilisation courante et cas particuliers

2.15.3.1 Systèmes de déclaration systématique des causes de décès

Dans les systèmes de déclaration de routine de la cause du décès, chaque décès est certifié par un médecin qualifié qui effectue un examen post-mortem précis, recueille les antécédents auprès des proches et a accès à toutes les informations médicales préexistantes au sujet du défunt. La rédaction du certificat de décès incombe généralement au médecin qui a traité le patient et doit être conforme aux recommandations internationales. Les procédures administratives doivent garantir la confidentialité des données provenant des certificats de décès ou d'autres dossiers médicaux.

Dans le cas de décès certifiés par des légistes ou d'autres autorités légales, les preuves médicales fournies au certificateur doivent être mentionnées sur le certificat en plus des conclusions légales.

La rédaction du certificat de décès est généralement intégrée au processus de certification du décès. Les certificats de décès sont une exigence légale pour l'enterrement et pour l'héritage.

2.15.3.2 Autopsie verbale

L'autopsie verbale (AV) est une méthode utilisée pour déterminer la cause d'un décès sur la base d'un entretien avec le plus proche parent ou d'autres soignants lorsqu'aucun certificat médical n'est disponible. Elle est réalisée à l'aide d'un instrument standardisé qui permet d'obtenir des informations sur les signes, les symptômes, les antécédents médicaux et les circonstances précédant le décès. La cause du décès, ou l'enchaînement des causes ayant conduit au décès, est attribuée sur la base des données recueillies par l'instrument et d'autres informations disponibles. Des règles et des directives, des algorithmes ou des programmes informatiques, peuvent aider à évaluer les informations pour déterminer la cause du décès.

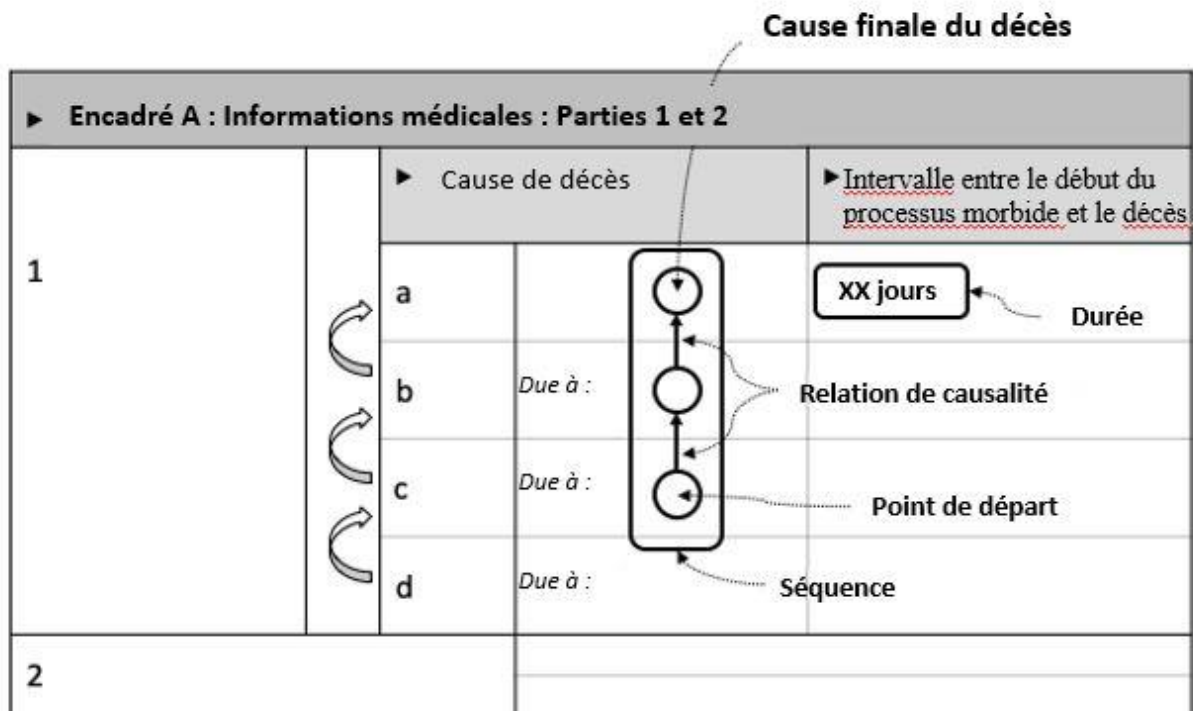
L'objectif principal de l'AV est de décrire les causes de décès au niveau de la communauté ou de la population dans les zones où les systèmes d'enregistrement de l'état civil et de certification des décès sont faibles et où la plupart des gens meurent à domicile sans avoir eu de contact avec le système de santé. Un instrument standard d'AV comprend un questionnaire d'AV, un système de classification des causes de décès ou de mortalité, et des critères de diagnostic (algorithmes dérivés d'experts ou de données) pour trouver les causes de décès.

Le processus AV consiste en des entretiens, l'enregistrement des données et l'identification de la cause du décès à partir des rapports. À chaque étape, des facteurs peuvent influencer les chiffres de mortalité par cause estimés tout au long du processus. Outre la recherche, l'AV est une méthode fiable pour l'identification des causes de décès dans les milieux où aucun médecin ne peut évaluer la cause de la mort du défunt. Vous trouverez de plus amples informations sur la page Web de l'OMS consacrée à l'autopsie verbale [2].

[2] <https://www.who.int/standards/classifications/other-classifications/verbal-autopsy-standards-ascertaining-and-attributing-causes-of-death-tool>

2.16 Concepts de base

Les codeurs en mortalité doivent être familiarisés avec les concepts de base présentés dans cette section.



Concepts de base

Concepts de base pour le codage de la mortalité dans le formulaire international du certificat médical de cause de décès

2.16.1 Cause terminale du décès

La maladie ou l'affection inscrite en premier sur la première ligne utilisée de la partie 1 du certificat de décès est la cause qui conduit directement au décès. C'est ce qu'on appelle la cause terminale ou immédiate du décès.

Exemple 1

-
- 1 (a) Infarctus du myocarde
 Due à
 (b) Athérosclérose coronarienne
 Due à

(c)

Due à

(d)

2

L'infarctus du myocarde est la cause terminale du décès, puisqu'il est saisi en premier sur la première ligne du certificat.

Exemple 2

1 (a) Infarctus du myocarde et œdème pulmonaire

Due à

(b) Athérosclérose coronarienne

Due à

(c)

Due à

(d)

2

L'infarctus du myocarde est la cause terminale du décès, puisqu'il est saisi en premier sur la première ligne du certificat.

2.16.2 Relation causale et enchaînement

Une relation causale existe si une affection mentionnée sur le certificat de décès peut être causée par une autre affection également mentionnée sur le certificat. Le terme "enchaînement" concerne une suite ou une succession d'évènements médicaux dans lesquelles chaque étape est une complication de ou est causée par l'étape précédente. Une relation de cause à effet peut exister entre deux affections quelconques, y compris pour des affections relatives au même code CIM-11, quel que soit le lieu où chaque affection a été déclarée. Dans un certificat de décès correctement rempli, un enchaînement est un ensemble de affections rapportées ligne par ligne avec une relation causale entre chaque élément. Quatre lignes sont prévues dans la partie 1 du certificat pour enregistrer l'enchaînement des événements ayant conduit au décès. Un certificateur ne peut utiliser que le nombre de lignes nécessaire pour décrire un enchaînement.

Une relation causale est considérée comme acceptable pour le codage de la mortalité si elle est fondée non seulement sur une évaluation médicale mais aussi sur des considérations épidémiologiques et de santé publique. Par conséquent, une relation médicalement acceptable peut être répertoriée comme inacceptable dans les instructions de codage parce

qu'une étape ultérieure de l'enchaînement est plus importante du point de vue de la santé publique.

En outre, un enchaînement rapporté qui semble improbable doit être accepté si une ou plusieurs étapes intermédiaires expliquaient la relation de cause à effet, même si elles n'ont pas été rapportées. Toutefois, ces causes intermédiaires supposées ne doivent pas être codées, car il s'agit d'hypothèses et non d'affections déclarées.

Pour décider si une relation causale déclarée est acceptable, appliquez toujours les instructions de la section [2.19.1 Instructions spéciales sur les enchaînements acceptés et rejetés \(étapes SP3 et SP4\)](#). Les relations déclarées qui ne figurent pas dans la section [2.19.1](#) doivent être acceptées dans la mesure du possible, car il ne faut pas négliger l'opinion du certificateur sur les causes conduisant au décès.

Exemple

1

1 (a) Infarctus du myocarde

Due à

(b) Thrombose
coronarienne

Due à

(c) Athérosclérose
coronarienne

Due à

(d)

2

La cause terminale du décès est l'infarctus du myocarde. Il est causé par la thrombose coronarienne, qui, à son tour, est causée par l'athérosclérose coronarienne. Par conséquent, l'enchaînement est : infarctus du myocarde dû à une thrombose coronaire due à une athérosclérose coronaire.

Exemple 2

1 (a) Hémorragie étendue

Due à

(b) Amputation traumatique de la jambe droite

Due à

(c) Écrasé par un bus

Due à

(d)

2

La cause terminale du décès est une hémorragie. Il s'agit d'une complication de l'amputation traumatique de la jambe droite, qui, à son tour, est causée par l'accident de bus. Par conséquent, l'enchaînement est le suivant : hémorragie étendue due à une amputation traumatique de la jambe droite suite à l'écrasement par un bus.

2.16.3 Point de départ

Le point de départ est l'affection ou l'événement qui a débuté l'enchaînement causale acceptable finissant par la cause terminale du décès. Dans un certificat de décès correctement rempli, l'affection mentionnée en premier sur la ligne la plus basse de la partie 1 est le point de départ de l'enchaînement. Les instructions sur la façon d'identifier le point de départ sont fournies à la section [2.17.3 Trouver le point de départ \(étapes SP1 à SP8\)](#).

Si le certificat de décès n'est pas correctement rempli, le point de départ peut être signalé ailleurs, et des instructions sont données pour identifier le point de départ également pour ces cas de manière standardisée. Il est donc important d'appliquer pas à pas les instructions de la section [2.17.3](#).

L'affection provisoirement considéré comme le point de départ lors de l'application des instructions est appelée "point de départ provisoire (PDP)" et peut changer plusieurs fois au fur et à mesure de l'application des instructions.

Exemple 1

1 (a) Infarctus du myocarde et œdème pulmonaire

Due à

(b) Athérosclérose coronarienne

Due à

0

Due à

(d)

2

L'athérosclérose coronarienne est le point de départ, puisqu'elle a conduit à l'infarctus du myocarde.

Exemple 2

1 (a) Pneumonie

Due à

(b) Fracture de la hanche

Due à

(c) Trébuché sur le tapis

Due à

(d)

2

Le fait “d’avoir trébuché sur un tapis” est le point de départ, car il a déclenché l’enchaînement d’évènements ayant conduit au décès.

2.16.4 Durée

Sur les certificats de décès, chaque affection mentionnée doit également comporter des informations sur la durée. La durée fait référence à l'intervalle entre l'apparition de la maladie ou de l'affection et le moment du décès. A noter que l'apparition de la maladie n'est pas toujours la même que le moment du diagnostic de la maladie, qui peut se situer en même temps que l'apparition des symptômes ou après.

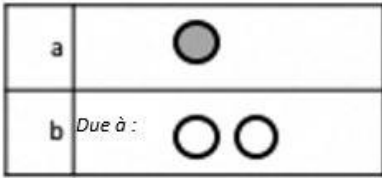
2.16.5 Premier enchaînement mentionné

Un certificat de décès peut contenir plusieurs enchaînements acceptables se terminant par la cause terminale du décès. Les instructions de codage sont données pour identifier le point de départ du premier enchaînement mentionné dans la partie 1 (voir également l'étape SP4).

Les figures ci-dessous illustrent des exemples de certificats où chaque affection rapportée est représentée par un cercle. Le point de départ du premier enchaînement mentionné est en gris, et la relation de cause à effet du premier enchaînement mentionné est indiqué par une flèche.

Pour identifier le premier enchaînement causal mentionné, commencez par la cause terminale du décès (première affection mentionnée sur la ligne la plus haute en partie 1). Vérifier si les affections figurant sur la ligne suivante de la partie 1 peuvent entraîner la cause terminale du décès. Si plusieurs affections sont signalées sur la même ligne, vérifiez de gauche à droite à tour de rôle jusqu'à ce que vous trouviez une affection susceptible de provoquer la cause terminale.

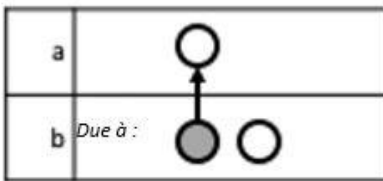
Si aucune affection sur la ligne suivante ne peut causer la cause terminale du décès, alors il n'y a pas d'enchaînement se terminant par la cause terminale du décès. La cause terminale du décès est le point de départ provisoire. Des instructions spécifiques sont également données lorsque vous ne trouvez aucun enchaînement causal (voir l'étape SP5).



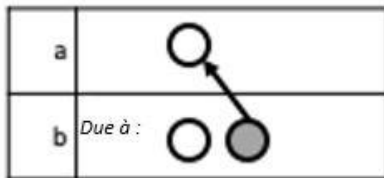
Absence d'enchaînement

Aucun enchaînement se terminant par la cause terminale du décès

S'il existe une affection qui peut causer la cause terminale du décès, la première affection trouvée comme pouvant causer la cause terminale du décès est le point de départ provisoire. Si aucune affection n'est signalée sur les lignes inférieures, la séquence entre ce point de départ provisoire et la cause terminale est la première séquence mentionnée.

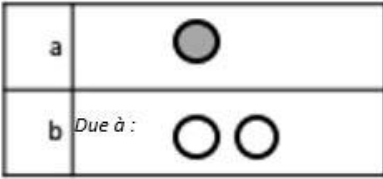


Enchaînement A mentionné en premier

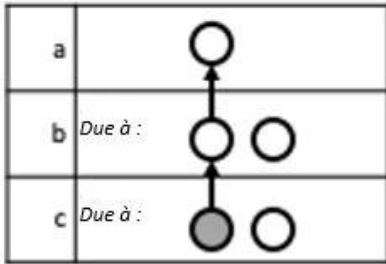


Enchaînement B mentionné en premier

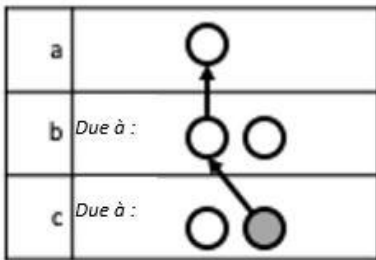
Si des affections sont signalées sur des lignes inférieures dans la partie 1, répétez la procédure pour la ligne inférieure suivante. Commencez par le point de départ provisoire identifié à l'étape précédente. Vérifiez les affections sur la ligne inférieure suivante de la partie 1, de gauche à droite, pour déterminer si elles peuvent causer le point de départ provisoire. Continuez jusqu'à ce que vous ayez trouvé une affection qui peut causer le point de départ provisoire. Ceci est le nouveau point de départ provisoire.



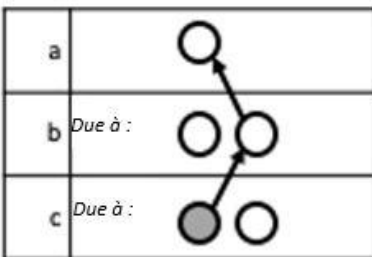
Enchaînement C mentionné en premier



Enchaînement D mentionné en premier



Enchaînement E mentionné en premier



Enchaînement mentionné en premier F

Si des affections sont encore signalées sur les lignes inférieures de la partie 1, répétez la procédure jusqu'à ce qu'un nouveau point de départ provisoire puisse être identifié. Lorsque aucune affection ne peut être trouvée qui pourrait causer le point de départ provisoire, le dernier point de départ provisoire identifié est également le point de départ de la première séquence mentionnée.

Exemple 1

1 (a) Pneumonie

- Due à
- (b) Fracture de la hanche et insuffisance cardiaque
- Due à
- (c) Trébuché sur un tapis, athérosclérose coronaire
- Due à
- (d)

2

La pneumonie peut être due à une fracture de la hanche, et la fracture de la hanche est donc le point de départ provisoire. La fracture de la hanche peut être due à un trébuchement, ce qui constitue le nouveau point de départ provisoire. Puisqu'aucune cause n'est signalée sous la ligne 1(c), trébucher sur un tapis est le point de départ du premier enchaînement mentionné.

Exemple 2

- 1 (a) Pneumonie
- Due à
- (b) Insuffisance cardiaque et fracture de la hanche
- Due à
- (c) Athérosclérose coronaire et trébuchement sur un tapis
- Due à
- (d)

2

La pneumonie peut être due à une insuffisance cardiaque, et l'insuffisance cardiaque est donc le point de départ provisoire. L'insuffisance cardiaque peut être due à l'athérosclérose coronaire, qui est le nouveau point de départ provisoire. Puisqu'aucune cause n'est signalée sous la ligne 1(c), l'athérosclérose coronaire est le point de départ du premier enchaînement mentionné.

Exemple 3

- 1 (a) Pneumonie
- Due à
- (b) Fracture de la hanche et insuffisance cardiaque
- Due à
- (c) Athérosclérose coronaire et trébuchement sur un tapis

Due à

(d)

2

La pneumonie peut être due à une fracture de la hanche, et la fracture de la hanche est donc le point de départ provisoire. Cependant, la fracture de la hanche ne peut pas être due à l'athérosclérose coronaire, mais la fracture de la hanche peut être due à un trébuchement, ce qui constitue le nouveau point de départ provisoire. Puisqu'aucune cause n'est signalée sous la ligne 1(c), trébucher sur un tapis est le point de départ du Premier enchaînement mentionné.

2.16.6 Cause initiale du décès (CI)

La cause initiale du décès (CI), telle que définie dans la section 2.15.1, est l'affection choisie pour la mise en tableau d'une cause unique pour les statistiques de mortalité.

Une affection qui est provisoirement considérée comme la cause initiale du décès lors de l'application des instructions étape par étape est appelée "cause initiale provisoire du décès (CIDP)" et peut changer plusieurs fois lors de l'application des instructions au certificat de décès.

Exemple 1

1 (a) Infarctus du myocarde

Due à

(b) Athérosclérose coronaire

Due à

(c) Athérosclérose généralisée

Due à

(d)

2

L'athérosclérose généralisée a déclenché la séquence d'événements menant au décès, elle est donc le point de départ. Il existe des instructions de modification spéciales relatives à l'athérosclérose et à la maladie coronarienne dans la CIM, et, à l'étape suivante, l'athérosclérose coronarienne est sélectionnée comme cause initiale provisoire du décès. Mais il existe d'autres instructions relatives à l'athérosclérose coronaire et à l'infarctus du myocarde, et à l'étape finale, l'infarctus du myocarde est sélectionné comme cause initiale provisoire, et est la cause initiale du décès dans ce cas.

2.16.7 Cause initiale prioritaire

Certaines instructions de codage de la mortalité (par exemple, les étapes SP6, M1) font référence à la "cause initiale prioritaire". Il s'agit d'un concept permettant d'établir un ordre

de priorité donnant la priorité à la cause initiale, lorsque les exigences spécifiques de chaque instruction s'appliquent à plusieurs affections du certificat de décès.

Pour identifier la cause initiale prioritaire, commencez par la première affection signalée sur la ligne la plus basse utilisée de la partie 1. S'il y a plusieurs affections signalées, cherchez à partir de la ligne la plus basse utilisée, et de la ligne suivante au-dessus à tour de rôle, et de gauche à droite pour chaque ligne. Si vous ne trouvez pas la cause initiale prioritaire dans la partie 1, cherchez dans la partie 2, toujours de gauche à droite.

a		5	6	
b	Due à :	3	4	
c	Due à :	1	2	
2		7	8	

Affection sous-jacente prioritaire

2.16.8 Modification

Des instructions de codage spéciales sur des enchaînements spécifiques et des catégories CIM peuvent avoir pour effet qu'une affection autre que le point de départ soit sélectionnée comme cause initiale du décès pour être utilisée dans les statistiques. Dans ce cas, le code de la cause initiale exprime souvent une combinaison du point de départ avec une autre affection déclarée, ou une complication ou conséquence du point de départ qui revêt une importance particulière pour la santé publique. La procédure par laquelle le code CIM du point de départ est remplacé par un autre code est appelée modification. Les instructions sur la manière d'appliquer ces instructions spéciales pour identifier la cause initiale du décès sont données dans la section [2.18 Vérifier les modifications du point de départ \(étapes M1 à M4\)](#).

Exemple 1

-
- 1 (a) Cardiopathie
 Due à
 (b) Athérosclérose généralisée
 Due à
 (c)
 Due à
 (d)

L'athérosclérose généralisée a déclenché l'enchaînement d'événements menant au décès, elle est donc le point de départ. Cependant, selon une instruction spéciale sur l'athérosclérose généralisée, l'athérosclérose généralisée conduisant à une cardiopathie est attribuée à la cardiopathie athérosclérotique dans les statistiques de mortalité. En raison de cette modification, la cardiopathie athérosclérotique est la cause initiale du décès.

2.17 Instructions de codage pour la mortalité

Lors du codage des causes de décès, commencez par attribuer des codes CIM à toutes les affections mentionnées sur le certificat de décès. De nombreuses instructions de codage sont basées sur des codes CIM spécifiques, et pour déterminer si l'une des instructions s'applique ou non, toutes les affections figurant sur le certificat doivent être codées. D'autres affections rapportées sur le certificat peuvent affecter le codage de n'importe quelle affection. L'attribution de codes pour toutes les affections rapportées et l'application de tout effet d'un code sur un autre s'appelle le codage des causes multiples.

2.17.1 Directives pour le codage de base et le codage des causes multiples

Pour commencer le codage, référez-vous aux directives de codage de base données dans les sections au début de la partie 2 (par exemple les sections 2.1, 2.6, et 2.10.1. Lorsque des causes multiples sont déclarées, reportez-vous également à la section 2.20 [Instructions de codage pour la mortalité : codage des causes multiples et autres instructions spécifiques](#). Le codage des causes multiples permet une analyse approfondie des causes de décès, par exemple des complications graves mais évitables de certaines causes initiales, et de l'impact des affections coexistantes sur l'issue d'un processus pathologique. Par conséquent, dans le codage de la mortalité, il convient d'enregistrer à la fois la cause initiale et les causes multiples. Un codage complet des causes multiples est essentiel pour une application correcte des instructions de la CIM pour la sélection et la modification de la cause initiale du décès.

Une fois les codes CIM attribués à chaque maladie ou affection figurant sur le certificat, appliquez les instructions pour sélectionner la cause sous-jacente du décès.

2.17.2 Sélection de la cause initiale du décès

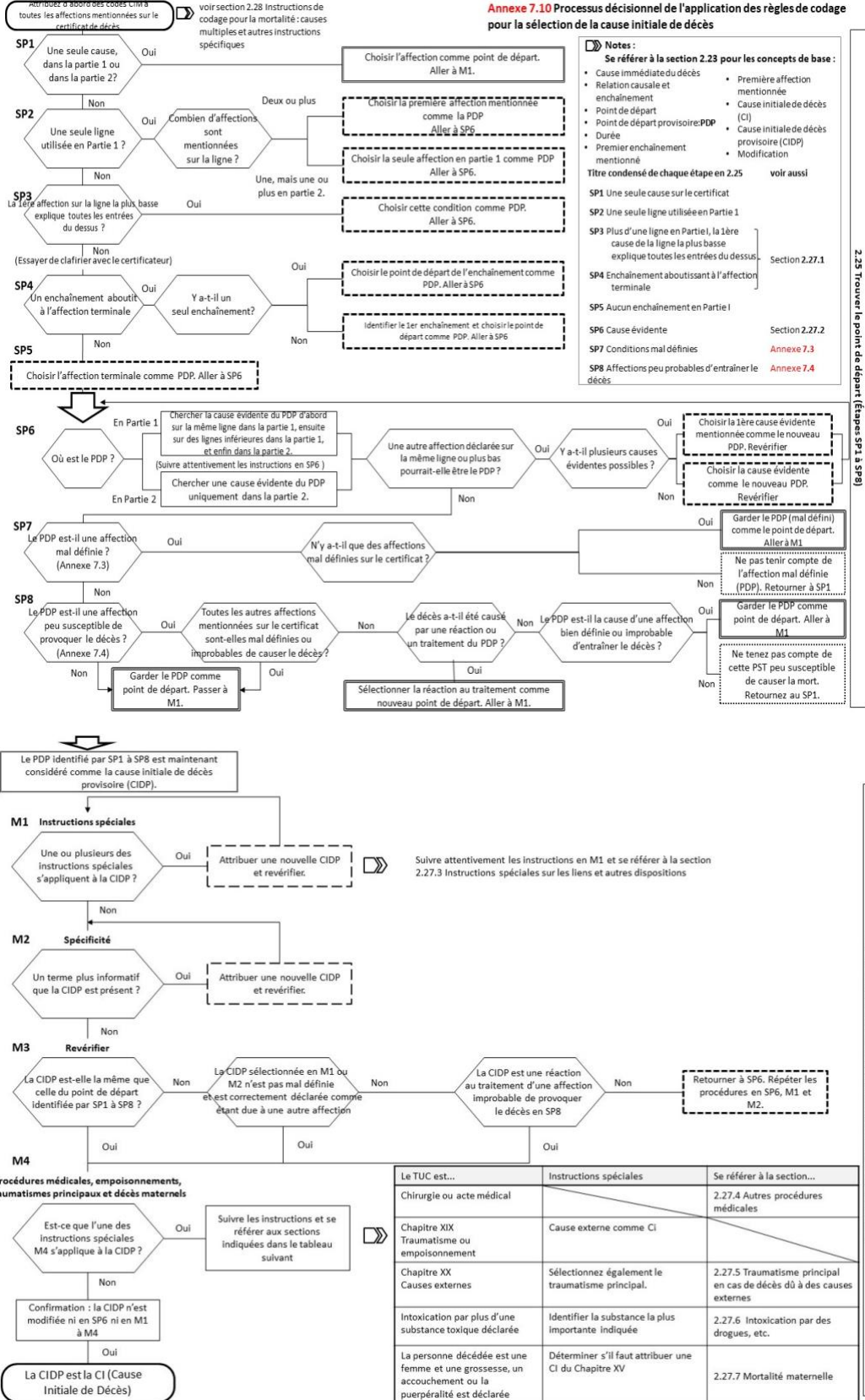
Pour la plupart des certificats de décès, la sélection de la cause initiale du décès est une procédure simple. Il existe cependant de nombreux cas où la cause initiale n'est pas immédiatement évidente. Pour s'assurer que les cas simples et complexes sont codés conformément aux règles de mortalité de la CIM, il est important de suivre attentivement les instructions de codage, étape par étape. Sinon, les statistiques de mortalité qui en résultent ne seront pas comparables au niveau international, ce qui réduit sérieusement la valeur des données à des fins de santé publique.

La sélection de la cause initiale du décès comporte deux étapes distinctes. La première étape consiste à identifier le point de départ (étapes SP1 à SP8 ci-dessous). L'étape suivante consiste à modifier le point de départ, si l'une des instructions de modification s'applique, pour refléter les informations supplémentaires fournies sur le certificat de décès (étapes M1 à M4 ci-dessous). Voir les sections 2.18 - 2.19 pour les instructions spécifiques. En outre, l'annexe 3.14.4 sur la mortalité comprend un processus décisionnel pour illustrer les instructions de codage pour la sélection de la cause initiale du décès. Il s'agit d'un supplément destiné à aider les codeurs à suivre les instructions de codage.

Notez que le but de la procédure de sélection est de produire les statistiques de mortalité les plus utiles possibles. Ainsi, les instructions suivantes peuvent refléter l'importance de certaines affections pour la santé publique plutôt que ce qui est correct d'un point de vue purement médical. Les instructions suivantes s'appliquent toujours, qu'elles puissent être considérées comme médicalement correctes ou non.

Dans les exemples de codage qui suivent, la mention "dû à" entre les lignes de la partie 1 n'est pas incluse. Mais il est important de garder à l'esprit que tout ce qui est rapporté sur une ligne supérieure de la partie 1 est censé être dû à ce qui est rapporté sur la ligne inférieure.

Annexe 7.10 Processus décisionnel de l'application des règles de codage pour la sélection de la cause initiale de décès



Processus décisionnel

Processus décisionnel des étapes SP1 à SP8, et aux étapes M1 à M4 pour le codage en mortalité.

2.17.3 Identifier le point de départ (Étapes SP1 à SP8)

Pour identifier le point de départ, suivez les huit étapes spécifiées dans cette section. Les étapes sont nommées SP1 à SP8 (règle de point de départ 1 à règle de point de départ 8). Chaque étape contient une règle de sélection. À chaque étape, il y a une description de la règle de sélection elle-même et une instruction sur ce qu'il faut faire ensuite.

2.17.4 Étape SP1 - Cause unique sur le certificat

S'il n'y a qu'une seule affection signalée sur le certificat, que ce soit dans la partie 1 ou la partie 2, il s'agit du point de départ. Vérifier ensuite si l'étape M1 ou M4 s'applique. Ensuite, passez à la section [2.18 Vérifier les modifications du point de départ \(étapes M1 à M4\)](#).

S'il y a deux affections ou plus sur le certificat, passez à l'étape SP2.

2.17.5 Étape SP2 - Première affection sur la seule ligne utilisée

Si le certificateur a utilisé une seule ligne dans la partie 1 et :

- n'a déclaré qu'une seule cause sur cette ligne, mais a déclaré une ou plusieurs affections dans la partie 2, alors l'affection unique de la partie 1 est le point de départ provisoire. Ensuite, passez à l'étape SP6.
- a déclaré deux affections ou plus sur cette ligne, alors la première affection est le point de départ provisoire. Ceci s'applique qu'une ou plusieurs affections soient déclarées ou non dans la partie 2. Ensuite, passez à l'étape SP6.

Si le certificateur a utilisé plus d'une ligne dans la partie 1, passez à l'étape SP3.

Si le certificateur n'a utilisé que la partie 2, mais qu'il y a indiqué deux affections ou plus, la première affection est le point de départ provisoire.

Exemple 1

- 1 (a) Infarctus du myocarde et diabète sucré
(b)
(c)
(d)

2

L'infarctus du myocarde est mentionné en premier sur le certificat et constitue le point de départ provisoire. Ensuite, passez à l'étape SP6, pour vérifier si d'autres règles de sélection et de modification s'appliquent.

Exemple 2

- 1 (a) Infarctus du myocarde
 - (b)
 - (c)
 - (d)
- 2 Diabète sucré

L'infarctus du myocarde est mentionné en premier sur le certificat et constitue le point de départ provisoire. Ensuite, passez à l'étape SP6, pour vérifier si d'autres règles de sélection et de modification s'appliquent.

2.17.6 Étape SP3 - Première cause sur la ligne la moins utilisée entraînant toutes les entrées ci-dessus

Si des affections sont signalées sur plus d'une ligne dans la partie 1, vérifiez si chacune des affections signalées sur la ou les lignes au-dessus de la ligne la plus basse de la partie 1 peut être causée par la première affection mentionnée sur la ligne la plus basse.

- Si oui, alors cette affection est le point de départ provisoire. Ensuite, passez à l'étape SP6.
- Sinon, passez à l'étape SP4.

Pour évaluer la relation causale, reportez-vous à la section [2.16.2 Relation causale et séquence](#), et à la section [2.19.1 Instructions spéciales sur les séquences acceptées et rejetées \(étapes SP3 et SP4\)](#).

Exemple 1

- 1 (a) Bronchopneumonie
 - (b) Hémiplégie
 - (c) Infarctus cérébral
 - (d)
- 2

La bronchopneumonie et l'hémiplégie peuvent toutes deux être causées par un infarctus cérébral. Cela signifie que l'infarctus cérébral est le point de départ provisoire.

Exemple 2

- 1 (a) Métastases hépatiques 2 mois

- (b) Bronchopneumonie 4 jours
- (c) Cancer de l'estomac 6 mois
- (d)

2

Les métastases hépatiques et la bronchopneumonie peuvent toutes deux être causées par un cancer de l'estomac. Cela signifie que le cancer de l'estomac est le point de départ provisoire, même si la bronchopneumonie ne peut pas causer de métastases hépatiques et que la bronchopneumonie a une durée plus courte que les métastases hépatiques.

Exemple 3

- 1 (a) Métastases hépatiques
- (b) Bronchopneumonie
- (c) Cancer de l'estomac et infarctus cérébral
- (d)

2

Les métastases hépatiques et la bronchopneumonie peuvent toutes deux être causées par le cancer de l'estomac, qui est la première affection mentionnée sur la ligne la plus basse dans la première partie. Cela signifie que le cancer de l'estomac est le point de départ provisoire.

Exemple 4

- 1 (a) Métastases hépatiques
- (b) Bronchopneumonie et cancer de l'estomac
- (c)
- (d)

2

Les métastases hépatiques ne peuvent pas être dues à une bronchopneumonie. Cela signifie qu'aucun point de départ provisoire ne peut être identifié à l'étape SP3. Par conséquent, passez à l'étape SP4.

2.17.7 Étape SP4 - Point de départ du premier enchaînement mentionné

Le premier enchaînement mentionné se trouve toujours dans la partie 1 (voir section 2.16.5).

- Si un ou plusieurs enchaînements d'affections ou d'événements aboutissant à l'affection terminale, sont signalés dans la partie 1, identifiez le premier enchaînement mentionné

(voir section 2.16.5). Le point de départ de cette séquence est le point de départ provisoire. Passez ensuite à l'étape SP6.

Si aucun enchaînement n'aboutit à l'affection terminale, dans la partie1, allez à l'étape SP5.

Pour évaluer la relation causale, reportez-vous à la section 2.16.2 Relation causale et séquence, et à la section 2.19.1 Instructions spéciales sur les séquences acceptées et rejetées (étapes SP3 et SP4).

Exemple 1

- 1 (a) Métastases hépatiques
 - (b) Bronchopneumonie et cancer de l'estomac
 - (c)
 - (d)
- 2

La bronchopneumonie ne peut pas provoquer de métastases hépatiques (l'étape SP3 ne s'applique pas), mais les métastases hépatiques peuvent être dues à un cancer de l'estomac. Il s'agit du premier enchaînement mentionné se terminant par l'affection terminale du décès, le cancer de l'estomac est donc le point de départ provisoire.

Exemple 2

- 1 (a) Bronchopneumonie
 - (b) Infarctus cérébral et métastases hépatiques
 - (c) Athérosclérose et cancer de l'estomac
 - (d)
- 2

L'athérosclérose ne peut pas provoquer de métastases hépatiques (l'étape SP3 ne s'applique pas). Il y a trois enchaînements acceptables sur le certificat : (1) bronchopneumonie causée par un infarctus cérébral, à son tour causée par une athérosclérose ; (2) bronchopneumonie causée par un infarctus cérébral, à son tour causée par un cancer de l'estomac ; et (3) bronchopneumonie causée par des métastases hépatiques, à son tour causée par un cancer de l'estomac. Le premier enchaînement mentionné est la bronchopneumonie causée par un infarctus cérébral, lui-même causé par l'athérosclérose. Par conséquent, l'athérosclérose est le point de départ provisoire.

2.17.8 Étape SP5 - Cause terminale du décès en l'absence de séquence

Si aucun enchaînement en partie 1 n'aboutit à l'affection terminale, alors l'affection terminale est aussi le point de départ provisoire. Ensuite, aller à l'étape SP6.

Exemple 1

- 1 (a) Métastases hépatiques

(b) Infarctus cérébral

(c) Athérosclérose

(d)

2 Cancer de l'estomac

L'athérosclérose ne peut pas provoquer de métastases hépatiques (l'étape SP3 ne s'applique pas). L'infarctus cérébral ne peut pas causer de métastases hépatiques (l'étape SP4 ne s'applique pas). En l'absence d'enchaînement aboutissant à l'affection terminale, dans la partie 1, l'affection terminale elle-même - les métastases hépatiques - sont le point de départ provisoire.

2.17.9 Étape SP6 - Cause évidente

Si le point de départ provisoire sélectionné aux étapes SP1 à SP5 était manifestement causé par une autre affection du certificat, sélectionnez la cause évidente comme nouveau point de départ provisoire. Les affections qui sont considérées comme ayant une relation causale "évidente" sont spécifiées dans la section [2.19.2 Instructions spéciales sur la cause évidente \(étape SP6\)](#). Pour identifier quelle partie du certificat vous devez rechercher, appliquez les règles suivantes :

- Si le point de départ provisoire se trouve dans la partie 1, la cause évidente doit se trouver soit sur la même ligne, soit sur une ligne inférieure, dans la partie 1 ou dans la partie 2. Ne cherchez pas de causes évidentes sur les lignes supérieures au point de départ provisoire.
- Si le point de départ provisoire se trouve dans la partie 2, la cause évidente doit également se trouver dans la partie 2. Ne cherchez pas de causes évidentes dans la partie 1.

Ensuite, appliquez de nouveau l'étape SP6 au nouveau point de départ provisoire. Continuez à chercher un nouveau point de départ provisoire jusqu'à ce que vous trouviez un point de départ provisoire qui n'est pas manifestement causé par une affection signalée sur la même ligne ou plus bas sur le certificat. Passez ensuite à l'étape SP7.

Si aucune affection sur le certificat n'a manifestement causé le point de départ provisoire sélectionné aux étapes SP2 à SP5, allez à l'étape SP7. Une relation causale évidente est un type de relation causale (voir section 2.18.2) et un enchaînement rejeté à la section 2.21.1 doit également être rejeté lors de l'examen d'une relation "évidente" entre des affections. Toutefois, lors de l'examen des enchaînements acceptés, le mot "manifestement" est important, et il ne doit y avoir aucun doute sur la relation entre les affections. Il ne suffit pas que la séquence aurait été acceptée si le point de départ provisoire avait été signalé comme étant dû à l'autre affection. En appliquant l'étape SP6, référez-vous toujours à la section [2.19.2](#).

N'appliquez pas l'étape SP6 si le point de départ provisoire a une durée plus longue que la cause évidente.

Si plusieurs affections peuvent être des causes évidentes du point de départ provisoire, choisir la cause initiale prioritaire (voir section 2.16.7).

Exemple 1

- 1 (a) Sepsis
- (b) Péritonite
- (c)
- (d)
- 2 Appendicite avec rupture

Le sepsis peut être causé par une péritonite, et la péritonite est le point de départ provisoire (étape SP3). L'appendicite avec rupture est une cause évidente de péritonite, et l'appendicite avec rupture est le nouveau point de départ provisoire.

Exemple 2

- 1 (a) Métastases hépatiques
- (b) Infarctus cérébral
- (c)
- (d)
- 2 Cancer de l'estomac

L'infarctus cérébral ne peut pas causer de métastases hépatiques, et les métastases hépatiques sont le point de départ provisoire (étape SP5). Le cancer de l'estomac est une cause évidente de métastases hépatiques, et le cancer de l'estomac est le nouveau point de départ provisoire.

Exemple 3

- 1 (a) Sepsis
- (b) Péritonite, embolie mésentérique
- (c)
- (d)
- 2

Le sepsis peut être causé par une péritonite, et la péritonite est le point de départ provisoire (étape SP3). L'embolie mésentérique est une cause évidente de péritonite, et l'embolie mésentérique est le nouveau point de départ provisoire.

Exemple 4

- 1 (a) Sepsis
(b) Péritonite
(c)
(d)
- 2 Embolie mésentérique, rupture de l'appendicite

Le sepsis peut être causé par une péritonite, et la péritonite est le point de départ provisoire (étape SP3). Ensuite, l'embolie mésentérique et l'appendicite rompue sont toutes deux des causes évidentes de péritonite. Comme l'embolie mésentérique est mentionnée en premier et qu'elle est l'affection initiale prioritaire, elle constitue le nouveau point de départ provisoire.

Exemple 5

- 1 (a) Sepsis
(b) Péritonite
(c)
(d)
- 2 Nécrose de l'intestin, infarctus mésentérique

Le sepsis peut être causé par une péritonite, et la péritonite est le point de départ provisoire (étape SP3). La nécrose de l'intestin est une cause évidente de péritonite, la nécrose de l'intestin est donc le nouveau point de départ provisoire. Ensuite, l'infarctus mésentérique est une cause évidente de la nécrose de l'intestin, et l'infarctus mésentérique est le point de départ définitif.

2.17.10 Étape SP7 - Affections mal définies

Si le point de départ provisoire sélectionné aux étapes SP1 à SP6 se trouve dans la [liste des affections mal définies](#), et :

- S'il existe au moins une affection qui n'est pas mal définie, alors ne tenez pas compte de l'affection mal définie. Passez à l'étape SP1 et sélectionnez un autre point de départ, comme si l'affection mal définie n'avait pas été mentionnée sur le certificat.
- Si toutes les autres affections rapportées sur le certificat, sont mal définies, passez à l'étape M1.

Si le point de départ provisoire n'est pas mal défini, passez à l'étape SP8.

Notez que les éléments suivants ne sont pas considérés comme mal définis :

- Choc septique
- Syndrome de la mort subite du nourrisson

Exemple 1

-
- 1 (a) Insuffisance respiratoire
 - (b)
 - (c)
 - (d)
 - 2 Embolie mésentérique

L'insuffisance respiratoire est la seule affection mentionnée dans la partie 1 et c'est le point de départ provisoire selon les étapes SP2. L'insuffisance respiratoire est dans le tableau des affections mal définies, et il y a une affection non mal définie, l'embolie mésentérique, donc ne tenez pas compte de l'insuffisance respiratoire et recommencez la procédure de sélection. L'embolie mésentérique est le nouveau point de départ selon l'étape SP1.

2.17.11 Étape SP8 - Affections peu susceptibles d'entraîner le décès

Si le point de départ provisoire sélectionné aux étapes SP1 à SP7 se trouve dans la [liste des affections peu susceptibles de causer le décès](#) (voir l'annexe sur la mortalité 3.14.10 et :

- Si toutes les autres affections mentionnées sur le certificat sont également peu susceptibles de causer le décès ou mal définies, gardez cette affection "peu susceptible de causer le décès" comme point de départ. Ensuite, passez à l'étape M1.
- Si cette affection est à l'origine d'une autre affection qui n'est pas "non susceptible de causer la mort" et qui n'est pas mal définie, gardez cette affection non susceptible de causer la mort comme point de départ. Ensuite, passez à l'étape M1.
- Si le décès a été causé par une réaction au traitement de l'affection peu susceptible de causer le décès, sélectionnez la réaction au traitement comme point de départ. Ensuite, passez à l'étape M1
- Si aucune de ces trois affections ne s'applique et qu'il y a au moins une affection qui n'est pas "peu probable de causer le décès" et qui n'est pas "mal définie", alors ne tenez pas compte de l'affection peu probable de causer le décès. Passez à l'étape SP1 et sélectionnez un autre point de départ, comme si l'affection peu susceptible de causer le décès n'avait pas été mentionnée sur le certificat.

Si le point de départ provisoire ne figure pas dans la "Liste des affections peu susceptibles d'entraîner le décès", conservez cette affection comme point de départ et passez à l'étape M1.

Si le certificat mentionne plus d'un traitement pour l'affection peu susceptible d'entraîner le décès, sélectionnez le premier traitement mentionné.

Exemple 1

- 1 (a) Perte auditive
 - (b)
 - (c)
 - (d)
- 2 Cardiopathie ischémique

La perte auditive est le point de départ provisoire (étape SP2), mais elle figure sur la "Liste des affections considérées comme peu susceptibles de provoquer le décès". Il y a une autre affection sur le certificat, une cardiopathie ischémique, qui n'est pas dans la « Liste des affections peu susceptibles d'entraîner le décès ». Ne tenez pas compte de la perte auditive et recommencez la procédure de sélection à partir de l'étape SP1. La cardiopathie ischémique est le nouveau point de départ (étape SP1).

Exemple 2

- 1 (a) Insuffisance hépatique
 - (b) Usage excessif de paracétamol
 - (c) Maux de tête de type migraine
 - (d)
- 2

Le mal de tête de type migraineux est le point de départ provisoire (étape SP3), mais il figure dans la "Liste des affections peu susceptibles d'entraîner le décès". Les maux de tête de type migraine ont été traités avec du paracétamol et il y a eu une réaction au traitement, une insuffisance hépatique. Sélectionnez la réaction au traitement, l'insuffisance hépatique, comme point de départ.

Exemple 3

- 1 (a) Sepsis
 - (b) Abscess submandibulaire
 - (c) Caries
 - (d)
- 2

La carie est le point de départ provisoire (étape SP3), mais elle figure dans la "Liste des affections peu susceptibles d'entraîner le décès ". Dans ce cas, les caries ont causé un abcès submandibulaire, une affection qui n'est pas improbable pour causer la mort et qui n'est pas mal définie. Pour cette raison, gardez la carie comme point de départ.

Exemple 4

- 1 (a) Maux de tête
- (b) Caries
- (c)
- (d)
- 2 Cardiopathie ischémique

La carie est le point de départ provisoire (étape SP3), mais elle figure dans la "Liste des affections peu susceptibles d'entraîner le décès ". Dans ce cas, les caries ont provoqué des maux de tête, une affection qui figure dans la liste des affections mal définies. Ne tenez pas compte à la fois de la carie (étape SP8) et du mal de tête (étape SP7) et recommencez la procédure de sélection à partir de l'étape SP1. La cardiopathie ischémique est le nouveau point de départ (étape SP1).

2.18 Vérification des modifications du point de départ (Étapes M1 à M4)

Le point de départ identifié à l'aide des étapes SP1 à SP8 est maintenant considéré comme la cause initiale provisoire de décès. Il peut y avoir des instructions de codage spéciales sur cette cause initiale provisoire, ou d'autres raisons de modifier la cause sous-jacente provisoire. Vérifiez si la cause initiale provisoire doit être modifiée en appliquant les règles de modification décrites aux étapes M1 à M3 (Règle de modification 1 à Règle de modification 3). Chaque étape contient une règle de modification. À chaque étape, vous trouverez une description de la règle de modification elle-même et de ce qu'il faut faire ensuite. Il existe également des puces contenant des instructions et des explications plus détaillées.

2.18.1 Étape M1 - Instructions spéciales

Si la cause initiale provisoire (CIDP) sélectionnée aux étapes SP1 à SP8 s'applique à une instruction spéciale répertoriée dans la section [2.19.3 Instructions spéciales sur les liens et autres dispositions \(étape M1\)](#), attribuez une nouvelle cause initiale provisoire conformément à l'instruction.

Ensuite, appliquez de nouveau l'étape M1 à la nouvelle cause initiale provisoire. Répétez jusqu'à ce que vous ayez trouvé une cause initiale provisoire qui n'est pas affectée par une autre instruction de codage spécial. Ensuite, passez à l'étape M2.

Si la cause initiale provisoire ne s'applique pas aux instructions de la section [2.19.3](#), passez à l'étape M2.

Si plus d'une instruction de la section [2.19.3](#) s'applique à la cause initiale provisoire, sélectionnez l'instruction relative à l'affection sous-jacente prioritaire (voir section [2.16.7](#)).

Notez qu'il existe deux types de combinaisons de codes, "avec mention de" et "lorsque signalé comme cause de". Reportez-vous à la section [2.19.3](#) pour plus de détails.

Parfois, la classification elle-même indique un code pour une combinaison de la cause initiale provisoire avec une autre cause mentionnée sur le certificat. Utilisez le code de combinaison, sauf si une instruction sur le codage de la mortalité dans la section [2.19.3](#) indique le contraire.

Exemples de "avec mention de" :

Exemple 1

- 1 (a) Infarctus du myocarde
- (b) Cardiopathie ischémique
- (c)
- (d)

La cardiopathie ischémique est le point de départ provisoire (étape SP3). Il existe une instruction spéciale sur les cardiopathies ischémiques signalées avec mention de l'infarctus du myocarde et, selon cette instruction, l'infarctus du myocarde est la nouvelle cause initiale provisoire.

Exemple 2

- 1 (a) Cardiopathie ischémique
 - (b) Athérosclérose
 - (c)
 - (d)
- 2 Infarctus cérébral

L'athérosclérose est le point de départ provisoire (étape SP3). Il existe une instruction spéciale sur "l'athérosclérose signalée avec une cardiopathie ischémique", et une autre sur "l'athérosclérose signalée avec un infarctus cérébral". La cardiopathie ischémique est la cause initiale prioritaire, appliquez donc l'instruction sur 'l'athérosclérose signalée avec cardiopathie ischémique' et sélectionnez la cardiopathie ischémique comme nouvelle cause initiale provisoire.

Exemple 3

- 1 (a) Infarctus cérébrovasculaire
 - (b) Athérosclérose
 - (c) Hypertension artérielle
 - (d)
- 2 Infarctus du myocarde

L'hypertension est le point de départ provisoire (étape SP3). Il existe des instructions spéciales sur "l'hypertension rapportée avec mention d'infarctus cérébrovasculaire" et avec infarctus du myocarde. L'infarctus cérébrovasculaire est la cause initiale prioritaire, donc appliquez l'instruction sur 'l'hypertension rapportée avec mention d'infarctus cérébrovasculaire' et sélectionnez l'infarctus cérébrovasculaire comme nouvelle cause initiale provisoire.

Exemple 4

- 1 (a) Maladie cardiaque ischémique
 - (b) Athérosclérose
 - (c)
 - (d)
- 2 Infarctus du myocarde

L'athérosclérose est le point de départ provisoire (étape SP3). Il existe une instruction spéciale sur "l'athérosclérose signalée avec mention de cardiopathie ischémique", et une autre sur "l'athérosclérose signalée avec mention d'infarctus du myocarde". La cardiopathie ischémique est l'affection initiale prioritaire, appliquez donc l'instruction sur "l'athérosclérose signalée avec mention de la cardiopathie ischémique" et sélectionnez la cardiopathie ischémique comme nouveau point de départ. Ensuite, il existe une instruction spéciale sur la "cardiopathie ischémique déclarée avec mention d'infarctus du myocarde". Appliquez cette instruction et sélectionnez l'infarctus du myocarde comme nouvelle cause initiale provisoire.

Exemples de "lorsqu'il est signalé qu'il est la cause de" :

Exemple 5

- 1 (a) Maladie rénale chronique
 - (b) Athérosclérose
 - (c)
 - (d)
- 2

L'athérosclérose est le point de départ provisoire (étape SP3). Il existe une instruction spéciale sur "l'athérosclérose déclarée comme cause de la « maladie rénale chronique ». Appliquez cette instruction et sélectionnez maladie rénale hypertensive (BA02) comme nouvelle cause initiale provisoire.

Exemple 6

- 1 (a) Athérosclérose
 - (b)
 - (c)
 - (d)
- 2 Maladie rénale chronique

L'athérosclérose est le point de départ provisoire (étape SP2). Bien qu'il existe une instruction spéciale sur "l'athérosclérose rapportée comme cause de « maladie rénale chronique », cette instruction ne s'applique pas ici car la maladie rénale chronique est rapportée dans la partie 2 et non comme causée par l'athérosclérose. Dans ce cas, l'athérosclérose reste le point de départ provisoire.

2.18.2 Étape M2 - Spécificité

Si la cause initiale provisoire décrit une affection en termes généraux et qu'un terme fournissant des informations plus précises sur le site ou la nature de cette affection est indiqué sur le certificat, attribuez ce terme plus informatif comme nouvelle cause initiale provisoire.

Ensuite, appliquez de nouveau l'étape M2 à la nouvelle cause initiale provisoire. Répétez l'opération jusqu'à ce que vous ayez trouvé une cause initiale provisoire qui ne peut être précisée davantage.

S'il n'y a pas de terme qui précise davantage la cause initiale provisoire, passez à l'étape M3.

La description plus spécifique doit se référer à la même affection que la cause initiale provisoire. N'ignorez pas une affection généralisée telle que l'athérosclérose parce qu'une affection plus spécifique mais sans rapport avec celle-ci est indiquée sur le certificat (voir également l'exemple 2).

S'il existe plusieurs autres expressions qui fournissent des informations plus précises sur la cause initiale provisoire, sélectionnez la cause initiale prioritaire (voir section 2.16.7).

Notez que la nouvelle cause initiale provisoire elle-même est parfois précisée davantage par le terme général (voir exemple 3).

Exemple 1

- 1 (a) Accident vasculaire cérébral
- (b) Athérosclérose
- (c)
- (d)
- 2 Embolie artérielle du tronc cérébral

L'athérosclérose est le point de départ provisoire (étape SP3). Il existe une instruction spéciale sur 'l'athérosclérose rapportée avec un accident vasculaire cérébral' ; appliquez cette instruction et sélectionnez l'accident vasculaire cérébral comme nouveau point de départ selon l'étape M1. Le type d'accident vasculaire cérébral est décrit plus précisément dans la partie 2 comme une embolie artérielle au tronc cérébral. Il s'agit de la nouvelle cause initiale provisoire.

Exemple 2

- 1 (a) Accident vasculaire cérébral
- (b) Athérosclérose
- (c)
- (d)
- 2 Cancer à petites cellules du lobe supérieur droit

L'athérosclérose est le point de départ provisoire (étape SP3). Il existe une instruction spéciale sur 'l'athérosclérose rapportée avec un accident vasculaire cérébral' ; appliquez cette instruction et sélectionnez l'accident vasculaire cérébral comme nouvelle cause initiale provisoire conformément à l'étape M1. Il n'y a pas de description plus spécifique du type d'accident vasculaire cérébral sur le certificat, donc l'accident vasculaire cérébral reste la cause initiale provisoire.

Exemple 3

- | | | |
|---|-----|-----------------|
| 1 | (a) | Méningite |
| | (b) | Tuberculose |
| | (c) | |
| | (d) | |
| 2 | | Cancer du côlon |

La tuberculose est le point de départ provisoire (étape SP3). La manifestation est décrite comme une méningite, et les deux termes se combinent en méningite tuberculeuse, qui est la cause initiale provisoire.

2.18.3 Étape M3 - Revérification des étapes SP6, M1 et M2

Si, à ce stade, la cause initiale provisoire n'est pas la même que le point de départ que vous avez sélectionné aux étapes SP1 à SP8, retournez à l'étape SP6. Répétez les procédures décrites aux étapes SP6, M1 et M2.

Si la cause initiale provisoire est la même que le point de départ sélectionné aux étapes SP1 à SP8, passez à l'étape M4.

- Ne revenez pas à l'étape SP6 si la cause sélectionnée à l'étape M1 ou M2 est correctement signalée comme étant due à une autre affection, sauf lorsque cette affection est mal définie.
- De même, ne revenez pas à l'étape SP6 si la cause initiale provisoire est une réaction au traitement d'une affection peu susceptible de provoquer le décès, comme sélectionné à l'étape SP8.

Exemple 1

- | | | |
|---|-----|--|
| 1 | (a) | Sepsis |
| | (b) | Artériopathie, embolie artérielle de la jambe gauche |
| | (c) | |
| | (d) | |
| 2 | | Cancer du côlon |

La maladie artérielle est le point de départ provisoire selon l'étape SP3. L'embolie artérielle de la jambe gauche, signalée comme deuxième affection à la ligne 1(b), est un type spécifique de maladie artérielle. Par conséquent, sélectionner l'embolie artérielle de la jambe gauche comme cause sous-jacente provisoire à l'étape M2. Appliquer à

nouveau l'étape SP6, car le point de départ provisoire n'est pas le même que celui sélectionné aux étapes SP1 à SP8. Mais le cancer du côlon est une cause évidente d'embolie artérielle, et le cancer du côlon est le nouveau point de départ. Aucune autre modification ne s'applique. Coder le cancer du côlon (2B90.Z), Tumeurs malignes du côlon, sans précision) comme cause sous-jacente du décès.

Exemple 1

- 1 (a) Sepsis
 - (b) Artériopathie, embolie artérielle de la jambe gauche
 - (c) Athérosclérose
 - (d)
- 2 Cancer du côlon

L'athérosclérose est le point de départ provisoire (étape SP3). Il existe une instruction spéciale sur "l'athérosclérose déclarée comme cause d'artériopathie" et, selon cette instruction, l'artériopathie est le nouveau point de départ de l'étape M1. L'embolie artérielle de la jambe gauche, déclarée comme deuxième affection à la ligne 1(b), est une description plus spécifique du type de maladie artérielle et est sélectionnée comme point de départ provisoire à l'étape M2. Ne pas réappliquer l'étape SP6, car l'embolie artérielle de la jambe gauche est déclarée comme étant due à l'athérosclérose, et il s'agit d'une relation de cause à effet acceptable. Aucune autre modification ne s'applique. Coder « embolie artérielle de la jambe gauche », comme cause initiale du décès.

2.18.4 Étape M4 - Instructions sur les procédures médicales, les traumatismes principaux, les empoisonnements et les décès maternels

Enfin, appliquez les instructions suivantes à la cause sous-jacente provisoire sélectionnée en appliquant les étapes SP1 à SP8 et les étapes M1 à M3.

Si la cause initiale provisoire est :

- Une chirurgie, un autre type d'intervention médicale, une complication ou un état postinterventionnel, appliquez les instructions de la section [2.19.4 Instructions spéciales sur la chirurgie et les autres procédures médicales \(étape M4\)](#).
- Au chapitre 22 "Blessures, empoisonnements ou certaines autres conséquences de causes externes", codez d'abord la cause externe de la blessure ou de l'empoisonnement comme Cause initiale du décès. Ajoutez également la blessure principale au

regroupement en suivant les instructions de la section [2.19.5 Instructions spéciales sur le traumatisme principal de décès dus à des causes externes \(étape M4\)](#).

- Au chapitre 23 'Causes externes de morbidité et de mortalité', ajoutez également le traumatisme principal au regroupement en suivant les instructions de la section [2.19.5 Instructions spéciales sur le traumatisme principal de décès dus à des causes externes \(étape M4\)](#).
- Pour coder l'empoisonnement, utiliser un code d'extension du chapitre X, s'il y a lieu, pour identifier le nom spécifique de la drogue ou de la substance toxique déclarée. Si plus d'une drogue ou substance toxique est signalée sur le certificat, appliquez les instructions de la section [2.19.6 Instructions spéciales sur l'empoisonnement par des drogues, médicaments et substances biologiques \(étape M4\)](#), pour identifier la drogue, le médicament ou la substance la plus susceptible d'avoir causé le décès.

Si la personne décédée est une femme et que le certificat fait état d'une grossesse, d'un accouchement ou d'une puerpéralité, déterminez si vous devez coder la cause initiale provisoire au chapitre 18 'Grossesse, accouchement et puerpéralité' conformément aux instructions de la section [2.19.7 Instructions spéciales sur la mortalité maternelle \(étape M4\)](#).

Lorsque vous créez un regroupement à l'étape M4, placez toujours le code de la cause initiale du décès au début du regroupement.

Après avoir appliqué l'étape M4, la cause initiale provisoire, modifiée ou non, devient la cause initiale du décès.

Si l'étape M4 ne s'applique pas, la cause initiale provisoire devient la cause initiale du décès.

Notez que d'autres restrictions peuvent s'appliquer, par exemple que la cause est limitée à l'un des sexes (voir également les sections [2.21.7](#) et [3.14](#)) ou à une tranche d'âge spécifique, ou que la cause du décès est improbable, compte tenu du contexte géographique. Par conséquent, vérifiez toujours si de telles restrictions s'appliquent à la cause initiale que vous avez sélectionnée.

2.19 Instructions spéciales sur la sélection de la cause initiale du décès

Les sections suivantes doivent être consultées lors de l'application de chaque instruction de la Section 2.17.3 et de la section 2.18 (Étapes M1 à M4).

2.19.1 Instructions spéciales sur les séquences acceptées et rejetées (étapes SP3 et SP4)

Cette section énumère les enchaînements de causes de décès qui doivent être acceptées ou rejetées lors de la sélection de la cause initiale du décès. Comme décrit dans la section 2.16.2 *Relation et séquence causales*, ces instructions sont établies dans le but de produire les statistiques de mortalité les plus utiles. Les pays individuels ne doivent pas corriger ce qui est supposé être une erreur, car les changements au niveau national conduiront à des données moins comparables à celles d'autres pays, et donc moins utiles pour l'analyse.

Une relation causale signalée qui n'est pas répertoriée comme rejetée dans cette section doit être acceptée, dans la mesure du possible, car l'opinion du certificateur sur les causes ayant conduit au décès ne doit pas être ignorée.

Lorsque vous appliquez les étapes SP3 et SP4, rejetez les relations énumérées dans cette section. Les exceptions sont indiquées par la mention "accepter" dans le tableau qui suit chaque instruction.

Notez que toutes les informations sur le lien de causalité fournies sur le certificat doivent être prises en compte. Cela s'applique également si l'information apparaît au "mauvais" endroit du certificat. Par exemple, si l'enchaînement de la partie 1 commence par une maladie "A", et que des informations figurant ailleurs sur le certificat indiquent que la maladie "A" est due à une maladie "B", considérez "B" comme le point de départ provisoire. Cela s'applique également si la maladie "A" et la maladie "B" sont codées avec le même code CIM-11 et déclarées sur des lignes distinctes de la partie 1.

2.19.1.1 Durées contradictoires

Ne pas accepter une affection dont la durée est indiquée comme étant due à une affection dont la durée est plus courte.

Conséquence	Causée par
Une affection avec une durée déterminée	Ne pas accepter une affection dont la durée est plus courte

2.19.1.2 Maladies infectieuses dues à d'autres affections

Choléra et certaines maladies infectieuses dues à d'autres affections

Ne pas accepter que les maladies infectieuses et parasitaires suivantes soient dues à d'autres causes, **pas même la** maladie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les néoplasmes malins ou les affections altérant le système immunitaire :

Code	Affection
1A00	Choléra
1A11	Botulisme
1B20	Lèpre
1B50	Fièvre scarlatine
1B91	Leptospirose
1B93	Peste
1B94	Tularémie
1B95	Brucellose
1B97	Anthrax
1C11.1	La fièvre des tranchées
1C12	Coqueluche
1C13	Tétanos
1C14	Tétanos obstétrical
1C15	Tétanos néonatal
1C17	Diphthérie
1C1C	Maladie à méningocoques
1C22	Infections dues à Chlamydia psittaci
1C23.Z	Trachome
1C3Z	Rickettsioses
1C80-1C8Z	Infections virales du système nerveux central
1D20-1D2Z	Dengue
1D47	Fièvre jaune
1D40	La maladie du virus du chikungunya
1D42	La fièvre O'nyong-nyong
1D44	Fièvre de la vallée du Rift
1D46	Infection par le virus du Nil occidental
1D48	La maladie du virus Zika
1D49	Fièvre hémorragique de Crimée-Congo
1D4A	Fièvre hémorragique d'Omsk
1D4B	Maladie de la forêt de Kyasanur
1D4C	Fièvre hémorragique d'Alkhurma
1D40-1D4Z	Certaines fièvres virales transmises par des arthropodes
1D60.0	La maladie d'Ebola
1D60.1	La maladie de Marburg
1D61.0	Fièvre hémorragique argentine

1D61.1	Fièvre hémorragique de Bolivie
1D61.2	Fièvre de Lassa
1D62.0	Fièvre hémorragique avec syndrome rénal
1D65	Syndrome respiratoire aigu sévère
1D80	Oreillons
1D86	Fièvre hémorragique virale, non classée ailleurs
1E31	Grippe due à un virus grippal zoonotique ou pandémique identifié
1E50.1	Hépatite B aigüe
1E50.2	Hépatite C aigüe
1E51.0	Hépatite B chronique
1E51.1	Hépatite chronique C
1E51.2	Hépatite chronique D
1E70	Variole
1E71	Monkeypox
1F02	Rubéole
1F03	Rougeole
1F40-1F4Z	Paludisme
1F51	Trypanosomiase africaine
1F53	Maladie de Chagas
1F54	Leishmaniose
8A45.01	Panencéphalite sclérosante subaigüe
8E02.0	La maladie génétique de Creutzfeldt-Jakob
RA01	COVID-19

Affection conséquente

Affection causale

Choléra, etc., énumérés ci-dessus **Ne pas accepter** d'autres causes

Typhoïde et certaines maladies infectieuses dues à d'autres affections

Ne pas accepter que les maladies infectieuses suivantes soient dues à d'autres causes, à **l'exception de l'infection** par le VIH, des néoplasmes malins et des affections altérant le système immunitaire :

- [1A02](#) Infections intestinales dues à Shigella
- [1A07](#) Fièvre typhoïde
- [1A08](#) Fièvre paratyphoïde
- [1A09](#) Infections dues à d'autres Salmonella
- [1B10-1B1Z](#) Tuberculose

Affection conséquente	Affection causale
Infections intestinales dues à Shigella	Accepter l'infection par le VIH, les néoplasmes malins et les affections altérant le système immunitaire
Fièvre typhoïde	Ne pas accepter d'autres causes
Fièvre paratyphoïde	
Infections dues à d'autres Salmonella	
Tuberculose	

VIH dû à d'autres affections

Ne pas accepter la maladie du VIH (1C60 - 1C62) comme étant due à d'autres affections, **sauf** :

- les affections nécessitant une transfusion sanguine, telles que l'hémophilie, l'anémie et les blessures graves
- des procédures invasives, telles que la chirurgie
- l'abus de drogues

Des exemples de telles affections sont donnés dans l'annexe de mortalité [3.14](#) . Notez que la liste de l'annexe de mortalité [3.14](#) n'est pas complète et doit être considérée comme indicative.

Affection conséquente	Affection causale
VIH	<p>Accepter</p> <ul style="list-style-type: none"> - les affections nécessitant une transfusion sanguine, telles que l'hémophilie, l'anémie et les blessures graves - des procédures invasives, telles que la chirurgie - l'abus de drogues <p>(pour des exemples, voir l'annexe 3.14 sur la mortalité).</p> <p>Ne pas accepter d'autres causes</p>

Maladies infectieuses non répertoriées ci-dessus en raison d'autres affections

Les maladies infectieuses qui ne figurent pas dans la liste ci-dessus sont acceptées comme étant causées par d'autres affections.

Affection conséquente

Affection causale

Maladies infectieuses non répertoriées ci-dessus **Accepter** d'autres causes

2.19.1.3 Tumeurs malignes dues à d'autres affections

Ne pas accepter un néoplasme malin comme étant dû à une autre cause, à l'exception des néoplasmes malins suivants comme étant dus à une maladie liée au VIH (1C60 - 1C62) :

- 2A60.5 Tumeur blastique des cellules dendritiques plasmacytoïdes, *spécifiée comme* primaire dans le cerveau
- 2A80 Lymphome folliculaire, *spécifié comme* primaire dans le cerveau
- 2A81 Lymphomes diffus à grandes cellules B, *spécifiés comme* immunoblastiques
- 2A85.5 Lymphome à cellules du manteau, *spécifié comme* primaire dans le cerveau
- 2A85.6 Lymphome de Burkitt, y compris leucémie de Burkitt
- 2A86 Lymphome à cellules B, caractéristiques mixtes, *spécifié comme* primaire dans le cerveau
- 2A8Z Tumeurs à cellules B matures, non spécifiées, *spécifiées comme* primaires dans le cerveau
- 2A90-2B2Z Tumeurs matures des cellules T ou NK, *spécifiées comme* primaires dans le cerveau
- 2B30 Lymphome hodgkinien, *spécifié comme* primaire dans le cerveau
- 2B57 Sarcome de Kaposi, site primaire
- 2B6A Tumeurs malignes de l'oropharynx
- 2C00 Tumeurs malignes de l'anus ou du canal anal
- 2C70 Tumeurs malignes de la vulve
- 2C71 Tumeurs malignes du vagin
- 2C77 Tumeurs malignes du col de l'utérus, *spécifiées comme* invasives
- 2C81 Tumeurs malignes du pénis

Affection conséquente

Affection causale

Tumeur maligne de l'oropharynx etc., énumérée ci-dessus

Accepter les maladies liées au VIH

Ne pas accepter d'autres causes

Tumeurs malignes non répertoriées ci-dessus

Ne pas accepter d'autres causes

2.19.1.4 État hémorragique congénital ou constitutionnel dû à d'autres affections

Ne pas accepter l'état hémorragique congénital ou constitutionnel [3B10-3B1Z](#) comme étant dû à une autre cause.

Affection conséquence	Affection causale
Affection hémorragique congénitale ou constitutionnelle	Ne pas accepter d'autres causes

2.19.1.5 Anaphylaxie due à des causes externes

Ne pas accepter l'anaphylaxie ([4A84](#)) comme étant due à d'autres causes, sauf la lésion auto-infligée intentionnelle ([PB80-PD3Z](#)) ou l'agression ([PD50-PF2Z](#)).

Conséquence	Due à
Anaphylaxie	Accepter la lésion auto-infligée ou l'agression intentionnelle Ne pas accepter d'autres causes

2.19.1.6 Diabète dû à d'autres affections

Ne pas accepter que le diabète sucré de type 1 soit dû à une autre cause, à l'exception des affections provoquant une destruction auto-immune des cellules bêta.

Ne pas accepter que le diabète sucré de type 2 soit dû à une autre cause, à l'exception des affections provoquant une résistance à l'insuline.

Ne pas accepter le "diabète sucré autre et non spécifié" comme étant dû à toute autre cause, à l'exception des affections causant des dommages au pancréas.

Voir l'annexe [3.14](#) sur la mortalité pour une liste des affections qui peuvent causer le diabète.

Affection conséquence	Affection causale
Diabète sucré de type 1	Accepter les affections provoquant la destruction auto-immune des cellules bêta Ne pas accepter d'autres causes
Diabète sucré de type 2	Accepter les affections provoquant une résistance à l'insuline Ne pas accepter d'autres causes

Autre et diabète sucré non Accepter les affections causant des dommages au pancréas spécifié

Ne pas accepter d'autres causes

2.19.1.7 Rhumatisme articulaire aigu dû à d'autres affections

Ne pas accepter Rhumatisme articulaire aigu (1B40-1B42), Maladies des valves cardiaques (BB60-BC0Z) avec le cinquième caractère .0 rhumatismal (si le cinquième caractère est disponible), et BC20 Cardiopathies rhumatismales chroniques, non classées ailleurs en raison d'une autre cause, sauf :

- 1B50 Scarlatine
- 1B51 Pharyngite à streptocoques
- CA03.0 Amygdalite à streptocoques

Affection conséquente

Fièvre rhumatismale aiguë

Maladies rhumatismales des valves cardiaques

Cardiopathies rhumatismales chroniques NEC

Affection causale

Accepter

- Fièvre scarlatine

- Pharyngite à streptococciques

- Amygdalite aiguë

Ne pas accepter d'autres causes

2.19.1.8 Hypertension due à d'autres affections

Ne pas accepter les états hypertensifs comme étant dus à un néoplasme, **sauf** :

- tumeurs endocriniennes
- tumeurs rénales
- tumeurs carcinoïdes

Affection conséquente Affection causale

Maladie hypertensive

Accepter

- les néoplasmes endocriniens

- néoplasmes rénaux

- tumeurs carcinoïdes

Ne pas accepter d'autres néoplasmes

2.19.1.9 Certaines cardiopathies ischémiques dues à d'autres pathologies

Ne pas accepter l'angine de poitrine (BA40) et la cardiopathie ischémique chronique (BA50-BA5Z) ou l'athérosclérose coronaire (BA52) comme étant dues à un néoplasme.

Affection conséquent	Affection causale
Angine de poitrine	Accepter d'autres causes
Cardiopathie ischémique chronique	
Athérosclérose coronaire	Ne pas accepter les néoplasmes

2.19.1.10 Athérosclérose due à d'autres affections

Ne pas accepter un état athérosclérotique comme étant dû à une tumeur.

Affection de conséquent	Affection causale
Une maladie athérosclérotique	Accepter d'autres causes
	Ne pas accepter les néoplasmes

2.19.1.11 Anomalies du développement dues à d'autres affections

Ne pas accepter les anomalies du développement comme étant dues à toute autre cause, y compris l'immaturité, sauf :

- anomalies du développement dues à une anomalie chromosomique ou à un syndrome de malformation congénitale
- Hypoplasie congénitale du poumon (LA75.2) due à une anomalie congénitale

Affection conséquent	Affection causale
Une anomalie du développement	Accepter une anomalie chromosomique, un syndrome de malformation congénitale Ne pas accepter d'autres causes , y compris l'immaturité
Hypoplasie congénitale du poumon	Accepter une anomalie du développement Ne pas accepter d'autres causes , y compris l'immaturité

2.19.1.12 Cause non intentionnelle de morbidité ou de mortalité due à d'autres affections

Ne pas accepter une cause non intentionnelle de morbidité ou de mortalité comme étant due à des causes codées dans d'autres chapitres, sauf :

- Chute ou fracture due à "Certains troubles spécifiés de la densité ou de la structure osseuse" ou "Troubles de la masse osseuse".
- Chute due à une fracture (pathologique) causée par "certains troubles spécifiés de la densité ou de la structure osseuse" ou "troubles de la faible masse osseuse".
- Asphyxie ou aspiration due à d'autres causes

Affection conséquente	Affection causale
Cause non intentionnelle de morbidité ou de mortalité PA00-PB6Z non listée ci-dessous Chute PA60-PA6Z	Ne pas accepter de causes dans d'autres chapitres Accepter FB80 ou FB83 Accepter une fracture (pathologique) causée par FB80 ou FB83 . Ne pas accepter d'autres causes dans d'autres chapitres Accepter FB80] ou FB83]]
PB6Z , spécifié comme fracture	Ne pas accepter d'autres causes dans d'autres chapitres
PB00-PB0Z , spécifié comme asphyxie ou aspiration	Accepter d'autres causes

2.19.1.13 Suicide dû à d'autres affections

Ne pas accepter le suicide ([PB80- PD3Z](#)) comme étant dû à une autre cause.

Affection conséquente	Affection causale
Suicide	Ne pas accepter d'autres causes

2.19.2 Instructions spéciales sur la cause évidente (étape SP6)

Cette section énumère les affections qui doivent être considérées comme une cause évidente des affections sélectionnées comme point de départ provisoire dans les étapes SP1 à SP5.

2.19.2.1 Complications du VIH

Maladies infectieuses et VIH

Considérer la maladie du VIH (1C60-1C62) et (MA14.0 Mise en évidence par des examens de laboratoire du virus de l'immunodéficience humaine) comme une cause évidente de maladies infectieuses :

- 1A32 Cryptosporidiose
- 1A33 Cystoisosporose
- 1B21 Infections dues à des mycobactéries non tuberculeuses
- EA5Y Atteinte cutanée par une autre infection bactérienne spécifiée
- 8A45.02 Leucoencéphalopathie multifocale progressive
- Infection à l'herpès simplex, de la peau ou des muqueuses (1F00.0), disséminée (1F00.3), autre (1F00.Y) ou non spécifiée (1F00.Z), *spécifiée comme* ulcères chroniques, bronchite, pneumonie ou œsophagite
- 1D82 Maladie cytomégalo virale, **sauf** hépatite cytomégalo virale (1D82.0), et **sauf pour** le foie, la rate, les ganglions lymphatiques
- 1F23.2 Candidose du tractus gastro-intestinal, *spécifiée comme* œsophage
- 1F23.31 Candidose pulmonaire
- 1F25 Coccidioidomycose
- 1F2A Histoplasmosis
- 1F27 Cryptococcose
- CA40.20 Pneumonie due à la pneumocystose

Considérer la maladie du VIH La maladie du VIH (1C60 - 1C62), mais pas la [Mise en évidence par des examens de laboratoire du virus de l'immunodéficience humaine]. (MA14.0), comme cause évidente de maladies infectieuses (Chapitre 01) non répertoriées ci-dessus, à l'exception de celles énumérées dans la section (2.19.1.2 Maladies infectieuses dues à d'autres affections).

Tumeurs malignes et VIH

Considérez à la fois la maladie du VIH (1C60-(1C62) et les preuves de laboratoire du VIH (MA14.0) comme des causes évidentes des néoplasmes malins suivants :

- [2A80](#) Lymphome folliculaire, *spécifié comme* primaire dans le cerveau
- [2A81](#) Lymphomes diffus à grandes cellules B, *spécifiés comme* immunoblastiques
- [2A85.5](#) Lymphome à cellules du manteau, *spécifié comme* primaire dans le cerveau
- [2A85.6](#) Lymphome de Burkitt, y compris leucémie de Burkitt
- [2A86](#) Lymphome à cellules B, caractéristiques mixtes, *spécifié comme* primaire dans le cerveau
- [2A8Z](#) Tumeurs à cellules B matures, non spécifiées, *spécifiées comme* primaires dans le cerveau
- [2B30](#) Lymphome hodgkinien, *spécifié comme* primaire dans le cerveau
- [2B57](#) Sarcome de Kaposi, site primaire
- [2C77](#) Tumeurs malignes du col de l'utérus, *spécifiées comme* invasives

Déficit immunitaire et VIH

Considérez la maladie du VIH ([1C60-1C62](#)) comme une cause évidente de déficience immunitaire.

Pneumonie et VIH

Considérez la maladie du VIH ([1C60-1C62](#)) comme une cause évidente de pneumonie ([CA40](#)).

Cachexie et VIH

Considérez la maladie du VIH ([1C60-1C62](#)) comme une cause évidente de Cachexie, non spécifiée ([MG20.Z](#)).

2.19.2.2 Entérocologie due à Clostridium difficile

Considérer l'entérocologie due à Clostridium difficile ([1A04](#)) comme une conséquence évidente de ([Médicaments, préparations médicamenteuses ou substances biologiques associées à une blessure ou à un préjudice en utilisation thérapeutique] ([PL00](#)), *spécifiée comme une* antibiothérapie.

2.19.2.3 Sepsis

Considérez les éléments suivants comme des causes évidentes de sepsis ([1G40-1G41](#)) :

- les affections qui altèrent le système immunitaire
- les maladies de dépérissement (telles que les tumeurs malignes et la malnutrition)
- les maladies provoquant une paralysie (telles que l'hémorragie cérébrale et la thrombose)
- des problèmes respiratoires graves
- blessures graves (grade 1-4 selon la liste de priorité des blessures de l'annexe sur la mortalité (3.14.5)).

2.19.2.4 Complications du diabète

Considérez le diabète sucré (5A10-5A14) comme une cause évidente des affections suivantes :

- 5C73 Acidose
- 8C0Z Polyneuropathie, sans précision
- 8C12 Certaines mononeuropathies précisées
- 8C7Y Autres troubles primaires spécifiés des muscles, *spécifiés comme* amyotrophie mais sans spécification de l'étiologie
- 8D8Z Troubles du système nerveux autonome, sans précision
- 9A96.Z Uvéite antérieure, non spécifiée
- 9B10.Z Cataracte, non spécifiée
- 9B65.2 Inflammation chorio-rétinienne
- 9B74 Occlusions vasculaires rétiniennes
- 9B78.1 Rétinopathie de fond et modifications vasculaires rétiniennes
- 9B78.2 Autre rétinopathie proliférante
- 9B78.5 Hémorragie rétinienne
- 9B7Z Affections de la rétine, sans précision
- BD40.0 Athérosclérose des membres inférieurs
- BD4Z Maladie artérielle occlusive chronique, sans précision
- EE80.1 Nécrobiose lipoïdique
- ME60.2 Ulcère de la peau de nature incertaine, *spécifié comme* membre inférieur
- FA2Z Arthropathies inflammatoires, sans précision
- MG30.5Z Douleur neuropathique chronique, sans précision
- GB40 Syndrome néphritique
- GB41 Syndrome néphrotique
- GB42 Protéinurie ou albuminurie persistante
- GB61 Maladie rénale chronique
- GB6Z Insuffisance rénale, sans précision
- MF54.0 Rein scléreux
- GC2Z Maladies de l'appareil urinaire, non précisées, *spécifiées comme* affections rénales
- MC85 Gangrène
- MB20.1 Coma
- MA18.Y Autres résultats anormaux spécifiés de la chimie du sang, *spécifiés comme* acétonémie, azotémie ou affections connexes

2.19.2.5 Déshydratation

Considérez toute maladie infectieuse intestinale comme une cause évidente hypovolémie (5C70).

2.19.2.6 Démence

Considérez les affections qui entraînent généralement des lésions cérébrales irréversibles comme des causes évidentes de démence si aucune autre cause de démence n'est indiquée.

Considérez la trisomie 21 (syndrome de Down) ([LD40.0](#)) comme une cause évidente de démence due à la maladie d'Alzheimer ([6D80](#)), de démence de cause inconnue ou non précisée ([6D8Z](#)) ou de maladie d'Alzheimer ([8A20](#)).

2.19.2.7 Troubles du développement intellectuel

Considérez les affections suivantes comme des causes évidentes de troubles du développement intellectuel ([6A00](#)) :

- 8D64.2 Hydrocéphalie post-hémorragique, *spécifiée comme néonatale*
- KA00-KA0Z Fœtus ou nouveau-né affecté par des facteurs maternels ou par des complications de la grossesse, du travail ou de l'accouchement
- KA20 Troubles du nouveau-né liés à une croissance fœtale lente ou à une malnutrition fœtale
- KA21 Troubles du nouveau-né liés à une gestation courte ou à un faible poids de naissance, non classés ailleurs
- KA40.0 Lacération ou hémorragie intracrânienne due à un traumatisme obstétrical
- KA40.1 Œdème cérébral dû à un traumatisme obstétrical
- KA40.Z Lésion congénitale du système nerveux central, sans précision
- KA4Z Lésion à la naissance, non spécifiée
- KA61 Autres infections bactériennes du nouveau-né
- KA62 Infection virale chez le fœtus ou le nouveau-né
- KA63 Infection fongique du fœtus ou du nouveau-né
- KA64 Maladies parasitaires chez le fœtus ou le nouveau-né
- KA6Y Autres infections spécifiées du fœtus ou du nouveau-né
- KA6Z Infections du fœtus ou du nouveau-né, sans précision
- KB20 Hypoxie intra-utérine
- KB21 Asphyxie à la naissance
- KA82 Hémorragie intracrânienne non traumatique du fœtus ou du nouveau-né
- KA86 Ictère nucléaire néonatal
- KB00 Ischémie cérébrale néonatale
- KB01 Kystes périventriculaires du nouveau-né
- KB02 Leucomalacie cérébrale néonatale
- KB03 Encéphalopathie néonatale
- KB04 Encéphalopathie ischémique hypoxique du nouveau-né
- KB05 Hydrocéphalie néonatale
- KB06 Convulsions néonatales

2.19.2.8 Insuffisance cardiaque et cardiopathie non spécifiée

Considérez les autres affections cardiaques comme des causes évidentes de Maladies du myocarde ou des cavités cardiaques, sans précision (BC4Z) et Insuffisance cardiaque (BD10-BD1Z).

2.19.2.9 Embolie

Considérez la thrombose veineuse, la phlébite ou la thrombophlébite, la cardiopathie valvulaire, l'accouchement ou toute opération comme des causes évidentes de maladies décrites comme "emboliques". Cependant, il doit y avoir un trajet clair entre l'endroit où le thrombus s'est formé et le lieu de l'embolie.

2.19.2.10 Varices œsophagiennes

Considérez les maladies hépatiques suivantes comme des causes évidentes de varices œsophagiennes (DA26.0) :

- 1E51 Hépatite virale chronique
- DB92 Maladie du foie gras non alcoolique
- DB93 Fibrose ou cirrhose hépatique
- DB94 Maladie alcoolique du foie
- DB96.1 Cholangite biliaire primaire
- DB97.2 Hépatite chronique, non classée ailleurs
- DB98.0 Infarctus du foie
- DB98.1 Péliose hépatique
- DB98.6 Maladie veino-occlusive hépatique
- DB98.7 Hypertension portale
- DB98.8 Congestion passive du foie
- DB99.2 Syndrome hépatorénal
- DB99.Y Autres maladies du foie
- DB9Z Maladies du foie, non précisées

2.19.2.11 Pneumonie

Considérez les éléments suivants comme des causes évidentes de pneumonie (CA40) ou de pneumonie due aux solides et aux liquides (CA71), à l'exception de celles dues aux huiles ou aux essences (CA71.1) :

- les affections qui altèrent le système immunitaire
- les maladies cachectisantes (telles que les tumeurs malignes et la malnutrition)
- les maladies provoquant une paralysie (telles que l'hémorragie cérébrale et la thrombose)
- affections respiratoires graves
- les affections qui affectent le processus de déglutition

Autres maladies qui limitent la capacité à prendre soin de soi, y compris la démence et les maladies dégénératives du système nerveux, l'empoisonnement et les blessures graves (grade 1-4 selon la liste de priorités des blessures dans l'annexe sur la mortalité (3.14.10).

2.19.2.12 Œdème pulmonaire

Considérez les affections suivantes comme des causes évidentes d'œdème pulmonaire (CB01) :

- maladie cardiaque (y compris maladie cardiopulmonaire)
- les affections affectant le parenchyme pulmonaire, telles que :
 - infections pulmonaires
 - aspiration et inhalation
 - syndrome de détresse respiratoire
 - haute altitude
 - toxines circulantes
- des affections provoquant une surcharge en fluides, telles que :
 - insuffisance rénale
 - hypoalbuminémie
- anomalies congénitales affectant la circulation pulmonaire, telles que :
 - sténose congénitale des veines pulmonaires

2.19.2.13 Syndrome néphritique

Considérez toute infection streptococcique (scarlatine, angine streptococcique, etc.) comme la cause évidente du syndrome néphritique (GB40) ou du syndrome néphrotique (GB41).

2.19.2.14 Pyélonéphrite

Considérez toute obstruction urinaire due à des affections telles que l'hyperplasie de la prostate ou la sténose urétérale comme la cause évidente des maladies tubulo-interstitielles rénales suivantes :

- GB50 Néphrite tubulo-interstitielle aiguë
- GB51 Pyélonéphrite aiguë
- GB54 Néphrite tubulo-interstitielle, non spécifiée comme aiguë ou chronique
- GB55.Y Autres néphrites tubulo-interstitielles chroniques spécifiées
- GB55.Z Néphrite tubulo-interstitielle chronique, non spécifiée

2.19.2.15 Insuffisance rénale aiguë

Considérez une infection des voies urinaires comme une cause évidente d'insuffisance rénale aiguë (GB60), à condition que rien n'indique que l'insuffisance rénale était présente avant le développement de l'infection des voies urinaires.

2.19.2.16 Atélectasie primaire du nouveau-né

Considérez les affections rénales congénitales suivantes, le fœtus ou le nouveau-né affecté par une rupture prématurée des membranes (KA01.1) ou par un oligohydramnios (KA01.2) comme des causes évidentes d'atélectasie primaire du nouveau-né (KB2B) :

- [GB82](#) Maladie tubulo-interstitielle autosomique dominante
- [GB8Y](#) Autre maladie rénale kystique ou dysplasique spécifiée
- [GB8Z](#) Maladie rénale kystique ou dysplasique, non spécifiée
- [LB31.8](#) Atrésie ou sténose de l'uretère
- [LB31.9](#) Agénésie de l'uretère
- [LB31.Y](#) Autres anomalies de développement structurel spécifiées de l'appareil urinaire
- [LD2F.13](#) Syndrome de Meckel-Gruber

2.19.2.17 Rupture prématurée des membranes et oligohydramnios

Considérez les affections rénales congénitales suivantes comme des causes évidentes de fœtus ou de nouveau-né affecté par une rupture prématurée des membranes ([KA01.1](#)) ou par un oligohydramnios ([KA01.2](#)) :

- [GB82](#) Maladie tubulo-interstitielle autosomique dominante
- [GB8Y](#) Autre maladie rénale kystique ou dysplasique spécifiée
- [GB8Z](#) Maladie rénale kystique ou dysplasique, non spécifiée
- [LB31.8](#) Atrésie ou sténose de l'uretère
- [LB31.9](#) Agénésie de l'uretère
- [LB31.Y](#) Autres anomalies de développement structurel spécifiées de l'appareil urinaire
- [LD2F.13](#) Syndrome de Meckel-Gruber

2.19.2.18 Hémorragie

Considérez l'empoisonnement ou le surdosage d'anticoagulants comme des causes évidentes d'hémorragie. Cependant, ne considérez pas le traitement anticoagulant, sans mention d'empoisonnement ou de surdosage, comme une cause évidente d'hémorragie. En outre, considérez le traitement par stéroïdes, aspirine et anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) comme des causes évidentes d'hémorragie gastrique. Considérez l'hémorragie gastro-intestinale comme une cause évidente d'anémie secondaire ou non spécifiée.

2.19.2.19 Aspiration et inhalation

Considérez les affections énumérées à la section [2.19.2.11 Pneumonie](#), comme des causes évidentes d'aspiration et d'inhalation.

2.19.2.20 Chirurgie et autres interventions médicales invasives

Considérez la chirurgie ou d'autres interventions médicales invasives, effectuées dans les quatre semaines précédant le décès, comme des causes évidentes de affections qui sont considérées comme des complications post-interventionnelles courantes. Cela s'applique également si la chirurgie ou l'intervention est signalée dans un espace séparé sur le certificat et non dans la partie 1 ou la partie 2.

Une liste de ces affections, avec des instructions spécifiques, est donnée dans l'annexe sur la mortalité (3.14.9 [Liste des affections à considérer comme des conséquences évidentes de la chirurgie et d'autres interventions médicales invasives](#)). Si une affection pouvant être traitée par une intervention chirurgicale ou d'autres procédures médicales invasives est signalée sur le certificat et qu'une intervention chirurgicale ou une procédure du même site est également signalée sur le certificat, supposez que cette affection a été la cause de l'intervention chirurgicale ou de la procédure.

2.19.2.21 Affections secondaires courantes

Considérez les éléments suivants comme la cause évidente des affections secondaires courantes énumérées dans le tableau ci-dessous :

- les maladies cachectisantes (telles que les tumeurs malignes et la malnutrition)
- les maladies provoquant une paralysie (telles que l'hémorragie cérébrale ou la thrombose)
- autres maladies qui limitent la capacité à prendre soin de soi
- y compris la démence et les maladies dégénératives du système nerveux
- blessures graves (grade 1-4 selon la liste de priorité des blessures dans l'annexe sur la mortalité (3.14.5))

Cependant, il ne faut pas considérer les affections respiratoires comme la cause évidente de ces affections secondaires..

Les affections dans les catégories marquées d'un 'M'(Peut-être) doivent être considérées comme des conséquences évidentes d'amaigrissement et des affections paralysantes uniquement si elles remplissent les affections préalables à l'attribution du code indiquées dans la dernière colonne du tableau.

Affections secondaires courantes

Conséquence	Affection	Critère de qualification
-------------	-----------	--------------------------

3A00.0	Anémie ferriprive acquise secondaire à une perte de sang
3A9Z	Anémies ou autres troubles érythrocytaires, non spécifiés
5B51	Amaigrissement chez les nourrissons, les enfants ou les adolescents
5B52	Malnutrition aigüe chez les nourrissons, les enfants ou les adolescents
5B71	Carence en protéines
5B7Z	Dénutrition non spécifiée
5C70	Hypovolémie
8B40	Syndrome de la queue de cheval
8E45	Le syndrome de désafférentation motrice
BB00	Thromboembolie pulmonaire
BD30.0	Occlusion artérielle aigüe d'un membre supérieur
BD30.2	Occlusion artérielle aigüe des membres inférieurs
BD71.4	Thrombose veineuse profonde des membres inférieurs
BD71.Y	Autre thrombose veineuse profonde spécifiée
BD72	Thromboembolie veineuse
DA91.31	Entérolithe de l'intestin grêle
DB30.3	Impaction du gros intestin
DB30.2	Occlusion veineuse mésentérique aigüe
EH90	Ulcération de pression

GB50	Néphrite tubulo-interstitielle aiguë	M	Maladies à l'origine d'une paralysie ou une incapacité à contrôler la vessie
GB51	Pyélonéphrite aiguë	M	Maladies à l'origine d'une paralysie ou une incapacité à contrôler la vessie
GB55.Y	Autres néphrites tubulo-interstitielles chroniques spécifiées	M	Maladies à l'origine d'une paralysie ou une incapacité à contrôler la vessie
GB55.Z	Néphrite tubulo-interstitielle chronique, non précisée	M	Maladies à l'origine d'une paralysie ou une incapacité à contrôler la vessie
GB54	Néphrite tubulo-interstitielle, non spécifiée comme aiguë ou chronique	M	Maladies à l'origine d'une paralysie ou une incapacité à contrôler la vessie
GB60-GB6Z	Insuffisance rénale	M	Maladies à l'origine d'une paralysie ou une incapacité à contrôler la vessie
GB90.3	Ischémie ou infarctus du rein	M	L'affection dans GB90.3 doit être spécifiée comme une embolie de l'artère rénale
GC00.1	Cystite infectieuse	M	Maladies à l'origine d'une paralysie ou une incapacité à contrôler la vessie
GC00.3	Cystite interstitielle	M	Maladies à l'origine d'une paralysie ou une incapacité à contrôler la vessie
GC00.Z	Cystite, non spécifiée	M	Maladies à l'origine d'une paralysie ou une incapacité à contrôler la vessie
GC01.4	Dysfonctionnement neuromusculaire de la vessie, non classé ailleurs		
GC02.0	Abcès urétral	M	Maladies à l'origine d'une paralysie ou une incapacité à contrôler la vessie
GC02.1	Urétrite non spécifique	M	Maladies à l'origine d'une paralysie ou une incapacité à contrôler la vessie
GC02.Y	Autres urétrites spécifiées et syndrome urétral	M	Maladies à l'origine d'une paralysie ou une incapacité à contrôler la vessie

GC03	Sténose urétrale	M	Maladies à l'origine d'une paralysie ou une incapacité à contrôler la vessie ; exclure les sténoses urétrales post-traumatiques.
GC08	Infection des voies urinaires, site non spécifié	M	Maladies à l'origine d'une paralysie ou une incapacité à contrôler la vessie
MB50- MB5Z	Symptômes paralytiques		
ME05.0	Constipation		
MG20.Z	Cachexie, non spécifiée		

2.19.3 Instructions spéciales sur les liens et autres dispositions (étape M1)

Utilisez la liste de cette section à l'étape M1.

La cause initiale provisoire est indiquée dans la colonne de gauche. Si les affections spécifiées dans la colonne de droite s'appliquent, utilisez alors le code en gras comme nouvelle cause initiale provisoire. Il existe deux types de combinaison :

L'expression "avec mention de" signifie que l'autre affection peut figurer n'importe où sur le certificat ; lorsqu'elle est mentionnée comme étant la cause de" signifie que l'autre affection doit apparaître dans une relation causale correcte ou être autrement indiquée comme étant due à la cause initiale provisoire.

Pour certaines affections, il existe des exigences supplémentaires, par exemple qu'un terme spécifique ait été utilisé soit pour la cause initiale provisoire, soit pour l'affection susceptible de modifier le code de la cause sous-jacente.

Chapitre 01 Certaines maladies infectieuses ou parasitaires

La CIP est :	lorsqu'il est signalé comme la cause de :	coder :
Chapitre 1 "Certaines maladies infectieuses ou parasitaires".	2A00-2A0Z Tumeurs du cerveau ou du système nerveux central	2A00-2A0Z
	2A20-2B3Z Tumeurs des tissus hématopoïétiques ou lymphoïdes	2A20-2B3Z
	2B50-2E2Z Tumeurs malignes, sauf des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques, du système	2B50-2E2Z

nerveux central ou des tissus
connexes

Exception :	lorsqu'il est signalé comme la cause de :	coder :
La maladie du VIH	Tumeurs malignes énumérées à la section 2.19.1 "Tumeurs malignes et VIH".	1C60-1C62 Maladie du virus de l'immunodéficience humaine, avec 5e caractère 3 (stade 4 de la maladie du VIH = SIDA)
La CIP est : 1A61 Syphilis précoce	avec mention de : 1A62 Syphilis tardive	coder : 1A62
La CIP est : 1B10 Tuberculose du système respiratoire	avec mention de : CA60 Pneumoconiose	coder : CA60.3 Pneumoconiose associée à la tuberculose
La CIP est : 1B11 Tuberculose du système nerveux	avec mention de : 1B10 Tuberculose du système respiratoire	coder : 1B10, sauf si 1B12 est signalé comme étant la cause de 1B10 et avec une durée spécifiée dépassant celle de l'affection dans 1B10
1B12 Tuberculose d'autres systèmes et organes		
La CIP est : 1C1C.2 Méningococcémie	avec mention de : 1C1C.0 Méningite à méningocoques 1C1C.1 Syndrome de Waterhouse-Friderichsen	coder : 1C1C.0 1C1C.1

La CIP est :

1E50 Hépatite virale
aigüe, **sauf** 1E50.0

lorsqu'il est signalé comme la
cause de :

DB93 Fibrose ou cirrhose
hépatique
DB99.8 Insuffisance hépatique
chronique

coder :

1E51 Hépatite virale chronique

2.19.3.2 La maladie du virus de l'immunodéficience humaine

La CIP est :	avec mention de :	code à :
1A33 Cystoisosporiose	1C60-1C62 Maladie du virus de l'immunodéficience humaine	1C60-1C62
1D82 Maladie cytomégalovirale	MA14.0 Preuve de laboratoire du VIH	
1B21 Infections dues à des mycobactéries non tuberculeuses		Utilisez un code supplémentaire si vous le souhaitez, pour spécifier l'affection associée rapportée.
1B2Y Autres maladies mycobactériennes spécifiées		
1B2Z Maladies mycobactériennes, non précisées		
1F00 Infections à Herpes simplex, sauf 1F00.Z		
1F23.2 Candidose du tractus gastro-intestinal		
1F23.31 Candidose pulmonaire		
1F25 Coccidioidomycose		
1F27 Cryptococcose		
1F2A Histoplasmosse		
1F2G Pneumocystose		
1F57 Toxoplasmose		
2A60.5 Tumeur blastique des cellules dendritiques plasmacytoïdes, <i>spécifiée comme</i> cérébrale primaire		

2A80 Lymphome
folliculaire, *spécifié
comme* cérébral
primaire

2A81 Lymphomes
diffus à grandes
cellules B, *spécifiés
comme*
immunoblastiques

2A85 Autres
néoplasmes ou
lymphomes à cellules
B matures spécifiés,
spécifiés comme
cérébraux primaires

2A85.6 Lymphome de
Burkitt, y compris
leucémie de Burkitt

2A86 Lymphome à
cellules B,
caractéristiques
mixtes, *spécifié comme*
primitif cérébral

2A90-2B2Z Tumeurs
des cellules T ou NK
matures, *spécifiées
comme* cérébrales
primaires (**sauf 2B03**)

2B30 Lymphome
hodgkinien, *spécifié
comme* cérébral
primaire

2B33 Tumeurs
hématopoïétiques
malignes sans autre
spécification,
spécifiées comme
cérébrales primaires

2B57 Sarcome de
Kaposi, site primaire

2C77 Tumeurs
malignes du col de
l'utérus

8A45.02

Leucoencéphalopathie
multifocale
progressive

8E47

Encéphalopathie, non
classée ailleurs

CA40.20 Pneumonie
due à la
pneumocystose

MG20.Z Cachexie, non
spécifiée

La CIP est :

1C60-1C62 Maladie du
virus de
l'immunodéficience
humaine

Remarque : Les modes
de décès, les affections
mal définies et les
affections peu
susceptibles de causer
le décès ne doivent
pas être liés aux
catégories de 1C60-
1C62 Maladie du virus
de l'immunodéficience
humaine, sauf si l'outil
de codage vous guide.

Note : Utilisez un code
supplémentaire si
vous le souhaitez,
pour spécifier
l'affection associée
rapportée.

La CIP est :

avec mention de :

coder :

1C60-1C62 Maladie du virus de
l'immunodéficience humaine

1C60-1C62, d'un stade
plus grave

1C60-1C62,
d'un stade
plus grave

La CIP est :

avec mention de :

Code à :

1B10-1B1Z
Tuberculose

1C62 Maladie du virus de l'immunodéficience humaine sans mention de la tuberculose ou du paludisme

1C60 Maladie du virus de l'immunodéficience humaine associée à la tuberculose

1G80 Séquelles de la tuberculose

MA14.0 Preuve en laboratoire du virus de l'immunodéficience humaine

La CIP est :

1F40-1F4Z Malaria

avec mention de :

1C62 Maladie du virus de l'immunodéficience humaine sans mention de la tuberculose ou du paludisme

MA14.0 Preuve de laboratoire du virus de l'immunodéficience humaine

coder :

1C61 Maladie du virus de l'immunodéficience humaine associée au paludisme

La CIP est :	lorsqu'il est signalé comme la cause de :	coder :
Chapitre 3 "Maladies du sang ou des organes hématopoïétiques".	1C60-1C62 Maladie du virus de l'immunodéficience humaine, et lorsque le certificat indique que la maladie du VIH résulte d'une transfusion sanguine donnée dans le cadre du traitement de l'affection d'origine	1C60-1C62

4A00-4A0Z

Immunodéficiences primaires

4A20

Immunodéficiences acquises

4B00-4B0Z Troubles du système

immunitaire

impliquant les lignées de globules blancs

4B20-4B2Y Certains troubles impliquant le système immunitaire

4B4Y Autres maladies spécifiées du système immunitaire

4B4Z Maladies du système immunitaire, non précisées

2.19.3.3 Chapitre 02 Tumeurs

La CIP est :	lorsqu'il est signalé comme la cause de :	coder :
2E60-2E6Z Tumeurs in situ, sauf des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques, du système nerveux central ou des tissus connexes	une propagation métastatique, ou s'il est clair, d'après d'autres informations figurant sur le certificat, que le néoplasme in situ a provoqué une propagation métastatique. S'il n'y a aucune indication que le néoplasme in situ a provoqué une propagation métastatique,	La tumeur maligne primitive correspondante Considérez que la tumeur in situ n'est pas susceptible de causer le décès, et suivez les instructions de l'étape SP8 Affections non susceptibles de causer le décès.

Chapitre 04 Maladies du système immunitaire

La CIP est :	avec mention de :	coder :	
4A84.Z Anaphylaxie, non spécifiée	Exposition à des drogues, des médicaments ou des substances biologiques ou effets nocifs de ceux-ci :	NE60 Effets nocifs PB20-29 Intention non intentionnelle PH40-PH49 Intention indéterminée, ou PL00-PL01 Substances associées à des blessures ou à des dommages dans l'usage thérapeutique	4A84.1 Anaphylaxie induite par un médicament. Utilisez un code d'extension supplémentaire si vous le souhaitez, pour identifier l'agent source.
	Exposition à ou effets nocifs de substances autres ou non spécifiées, principalement non médicinales quant à la source :	NE61 Effets nocifs PB36 Non intentionnel PH56 Intention indéterminée	4A84.0 Anaphylaxie due à une réaction allergique à un aliment, 4A84.4 Anaphylaxie due à des allergènes inhalés, 4A84.5 Anaphylaxie due à un contact avec des allergènes, ou 4A84.Y Autre anaphylaxie spécifiée
	Piqué ou envenimé par un animal :	PA78 Non intentionnel PG68 Intention indéterminée	4A84.2 Anaphylaxie due au venin d'insecte

Chapitre 05 Maladies endocriniennes, nutritionnelles ou métaboliques

La CIP est :	avec mention de :	coder :
5C70 Hypovolémie	1A00-1A40 Gastro-entérite ou colite d'origine infectieuse	1A00-1A40

Chapitre 06 Troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux

La CIP est :	avec mention de :	coder :
6C40-6C4Z Troubles dus à la consommation de substances psychoactives	PB20-PB36 Exposition involontaire à des substances ou effets nocifs de celles-ci	PB20-PB36
6D72.1 Trouble amnésique dû à des substances psychoactives, y compris des médicaments	PC90-PD05 Autodestruction intentionnelle par exposition à des substances ou effets nocifs de substances	PC90-PD05
	PE80-PE95 Agression par exposition à des substances ou effets nocifs de celles-ci	PE80-PE95
	PH40-PH56 Exposition à des substances ou effets nocifs de substances, intention indéterminée	PH40-PH56

La CIP est :	avec mention de :	coder :
6C40-6C4Z Troubles dus à la consommation de substances, avec le cinquième caractère .1 (si le cinquième caractère est disponible) (mode de consommation nocif)	6C40-6C4Z, avec le cinquième caractère .2 (dépendance) (si le cinquième caractère est disponible)	6C40-6C4Z, avec le cinquième caractère .2 (si le cinquième caractère est disponible)
	6C40-6C4Z, avec le cinquième caractère .5 (délire induit par une substance) (si le cinquième caractère est disponible)	6C40-6C4Z, avec le cinquième caractère .5 (si le cinquième caractère est disponible)
	6D72.1 Trouble amnésique dû à	6D72.1

	des substances psychoactives, y compris des médicaments	
La CIP est :	avec mention de :	coder :
6C40-6C4Z Troubles dus à la consommation de substances, avec cinquième caractère .2 (dépendance) (si le cinquième caractère est disponible)	6C40-6C4Z, avec le cinquième caractère .5 (délire induit par une substance) (si le cinquième caractère est disponible)	6C40-6C4Z, avec le cinquième caractère .5 (si le cinquième caractère est disponible)
	6D72.1 Trouble amnésique dû à des substances psychoactives, y compris des médicaments	6D72.1
La CIP est :	avec mention de :	coder :
6C40-6C4Z Troubles dus à la consommation de substances, cinquième caractère .6 (trouble psychotique induit par la substance) (si le cinquième caractère est disponible)	6C40-6C4Z, avec le cinquième caractère .2 (dépendance) (si le cinquième caractère est disponible)	6C40-6C4Z, avec le cinquième caractère .2 (si le cinquième caractère est disponible)
	6C40-6C4Z, avec le cinquième caractère .5 (délire induit par une substance) (si le cinquième caractère est disponible)	6C40-6C4Z, avec le cinquième caractère .5 (si le cinquième caractère est disponible)
	6D72.1 Trouble amnésique dû à des substances psychoactives, y compris des médicaments	6D72.1

La CIP est :	avec mention de :	coder :
6C40 Troubles dus à la consommation d'alcool, cinquième caractère .1 (mode de consommation nocif), .2 (dépendance) ou .6 (trouble psychotique induit par la substance)	6D84.0 Démence due à la consommation d'alcool	6D84.0
La CIP est :	avec mention de :	coder :
6C44 Troubles dus à l'utilisation de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques, cinquième caractère .1 (mode d'utilisation nocif), .2 (dépendance) ou .6 (trouble psychotique induit par la substance)	6D84.1 Démence due à l'utilisation de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques	6D84.1
La CIP est :	avec mention de :	coder :
6C4B Troubles dus à l'utilisation de substances volatiles inhalées, avec le cinquième caractère .1 (mode d'utilisation nuisible), .2 (dépendance) ou .6 (trouble psychotique induit par la substance)	6D84.2 Démence due à l'utilisation de substances volatiles inhalées	6D84.2
La CIP est :	avec mention de :	coder :
6C40 Troubles dus à la consommation d'alcool	5A70.2 Syndrome de Pseudo-Cushing	5A70.2
	8D44 Troubles neurologiques liés à l'alcool	8D44
	BC43.01 Cardiomyopathie dilatée non familiale, spécifiée comme alcoolique	BC43.01

	DA42.80 Gastrite alcoolique	42,80 DA
6C40 Troubles dus à la consommation d'alcool	DB91.Z Insuffisance hépatique aigüe ou subaigüe, non spécifiée	DB94.Z Maladie alcoolique du foie, non spécifiée
	DB94.Z Maladie alcoolique du foie, non spécifiée	
	DB99.7 Insuffisance hépatique sans mention, aigüe ou chronique	
	DB99.8 Insuffisance hépatique chronique	
	DB9Z Maladies du foie, non précisées	
6C40 Troubles dus à la consommation d'alcool	DB92.Y Autre stéatose hépatique non alcoolique, non spécifiée comme non alcoolique	DB94.0 Foie gras alcoolique
	DB92.Z Stéatose hépatique non alcoolique, sans précision, non spécifiée comme non alcoolique	
6C40 Troubles dus à la consommation d'alcool	DB93.0 Fibrose hépatique	DB94.2 Fibrose alcoolique du foie
6C40 Troubles dus à la consommation d'alcool	DB93.1 Cirrhose hépatique	DB94.3 Cirrhose alcoolique du foie sans hépatite
6C40 Troubles dus à la consommation d'alcool	DB97.2 Hépatite chronique, non classée ailleurs	DB94.1 Hépatite alcoolique
	DB97.Z Maladie inflammatoire du foie, non spécifiée	

6C40 Troubles dus à la consommation d'alcool	DC31.1 Pancréatite aiguë induite par l'alcool	DC31.1
	DC31.Z Pancréatite aiguë, non spécifiée	DC31.1 Pancréatite aiguë induite par l'alcool
	DC32.Z Pancréatite chronique, non spécifiée, sauf lorsqu'elle est spécifiée comme étant due à d'autres causes que l'alcool	DC32.3 Pancréatite chronique induite par l'alcool
	DC32.3 Pancréatite chronique induite par l'alcool	DC32.3
	JA85.Y Soins maternels pour une autre anomalie ou lésion fœtale spécifiée connue ou suspectée, <i>spécifiée comme alcoolique</i>	JA85.Y

La CIP est :	lorsqu'il est signalé comme la cause de :	coder :
6C40 Troubles dus à la consommation d'alcool	BC43.4 Cardiomyopathie due à des médicaments ou à d'autres agents externes	BC43.01 Cardiomyopathie dilatée non familiale

Chapitre 08 Maladies du système nerveux

La CIP est :	lorsqu'il est signalé comme la cause de :	coder :
8B00-8B2Z Maladies cérébrovasculaires	6D81 Démence due à une maladie cérébrovasculaire 6D8Z Démence, cause inconnue ou non précisée	6D81

Chapitre 11 Maladies du système circulatoire

La CIP est :	avec mention de :	coder :
BA00 Hypertension essentielle	8B00-8B2Z Maladies cérébrovasculaires	8B00-8B2Z
	BA01 Cardiopathie hypertensive	BA01
	BA02 Maladie rénale hypertensive	BA02
	BA40-BA6Z Maladies cardiaques ischémiques	BA40-BA6Z
	BA52 Athérosclérose coronaire	BA52
	BD10-BD1Z Insuffisance cardiaque, BC42.Z Myocardite, non spécifiée, BC45 Cardiomégalie, ou BC4Z Maladies du myocarde ou des chambres cardiaques, non spécifiées, sauf lorsqu'elles sont spécifiées comme terminales ou aiguës, soudaines, ou expressions similaires de courte durée (moins de 24 heures)	BA01 Cardiopathie hypertensive
La CIP est :	lorsqu'il est signalé comme la cause de :	coder :
BA00 Hypertension essentielle	9B78.1 Rétinopathie de fond et modifications vasculaires rétiniennes	9B78.1
	BB60-BC0Z Maladies des valves cardiaques, sauf le cinquième caractère .0 (rhumatismal) (si le cinquième caractère est disponible) ou spécifié comme rhumatismal	BB60-BC0Z, sauf le cinquième caractère .0 (rhumatismal) (si le cinquième caractère est disponible) ou spécifié comme rhumatismal
	GB40 Syndrome néphritique ; GB41 Syndrome néphrotique ; GB4Z Maladies glomérulaires, sans précision ; GB61 Maladie rénale chronique ; GB6Z Insuffisance rénale, sans précision ; ou MF54.0 Rein lisse contracté	BA02 Maladie rénale hypertensive

La CIP est :	avec mention de :	coder :
BA01 Cardiopathie hypertensive	BA40-BA8Z Maladies cardiaques ischémiques	BA40-BA8Z

BA02 Maladie rénale hypertensive	BA52 Athérosclérose coronaire	BA52
--	---	----------------------

La CIP est :	avec mention de :	coder :
BA40 Angine de poitrine	BA41 Infarctus aigu du myocarde	BA41 Infarctus aigu du myocarde

BA4Z Cardiopathie ischémique aiguë, sans précision	BA42 Infarctus du myocarde ultérieur	
--	--	--

[BA50-BA5Z](#) Cardiopathie ischémique chronique

[BA6Z](#) Cardiopathies ischémiques, non spécifiées

[BA52](#) Athérosclérose coronaire

[BA81](#) Anévrisme de l'artère coronaire

La CIP est :	avec mention de :	coder :
BC20.0 Maladies rhumatismales de l'endocarde, valve non spécifiée	BB60-BC0Z Maladies des valves cardiaques, avec le cinquième caractère .0 (rhumatismal) (si le cinquième caractère est disponible)	BB60-BC0Z, avec le cinquième caractère .0 (si le cinquième caractère est disponible)

[BC20.1](#) Cardiopathie rhumatismale, non spécifiée

La CIP est :	avec mention de :	coder :
BC60-BC9Z Arythmie cardiaque	1F53 Maladie de Chagas	1F53

BC42.Z Myocardite, non spécifiée	BA40-BA6Z Maladies cardiaques ischémiques	BA40-BA6Z
--	---	-----------

BC45 Cardiomégalie	BA52 Athérosclérose coronaire	BA52
------------------------------------	---	----------------------

[BC4Z](#) Maladies du myocarde ou des chambres cardiaques, non précisées

[BD10-BD1Z](#) Insuffisance cardiaque

La CIP est :	avec mention de :	coder :
BD10-BD1Z Insuffisance cardiaque, sauf lorsqu'elle est spécifiée comme terminale ou aiguë, soudaine, ou expressions similaires de courte durée (moins de 24 heures)	BA00 Hypertension essentielle	BA01 Cardiopathie hypertensive
BC4Z Maladies du myocarde ou des chambres cardiaques, non spécifiées, sauf lorsqu'elles sont spécifiées comme terminales ou aiguës, soudaines, ou expressions similaires de courte durée (moins de 24 heures)	BA01 Cardiopathie hypertensive	BA01
La CIP est :	avec mention de :	coder :
BD1Z Insuffisance cardiaque, non spécifiée	CB01 Œdème pulmonaire	BD11.Z Insuffisance ventriculaire gauche, non spécifiée
BC4Z Maladies du myocarde ou des chambres cardiaques, non spécifiées		
La CIP est :	avec mention de :	coder :
BD40 Maladie occlusive artérielle chronique athérosclérotique	BA00 Hypertension essentielle	BA00
	BA01 Cardiopathie hypertensive	BA01
	BA02 Maladie rénale hypertensive	BA02
	BA03 Crise hypertensive	BA03
	BA40-BA6Z Maladies cardiaques ischémiques	BA40-BA6Z
	BA81-BA8Z Maladies de l'artère coronaire	BA81-BA8Z
	BD10-BD1Z Insuffisance cardiaque	BD10-BD1Z

La CIP est :	lorsqu'il est signalé comme la cause de :	coder :
BC42.Z Myocardite, non spécifiée	8B00-8B2Z Maladies cérébrovasculaires	BC42.Y Autre myocardite spécifique 8B00-8B2Z
BD40 Maladie occlusive artérielle chronique athérosclérotique	BB60-BC0Z Maladies des valves cardiaques, sauf cinquième caractère .0 (rhumatismales) (si le cinquième caractère est disponible)	BB60-BC0Z, sauf le cinquième caractère .0 (si le cinquième caractère est disponible)
	BC4Z Maladies du myocarde ou des chambres cardiaques, non précisées	BA52.Z Athérosclérose coronaire, site non spécifié
	BD30-BD5Z Maladies des artères ou artérioles, sauf BD41 Maladie occlusive artérielle chronique non athérosclérotique ou BD53 Troubles secondaires des artères et artérioles	BD30-BD5Z, sauf BD41 ou BD53
	DD30-DD3Z Troubles vasculaires ischémiques de l'intestin	DD30-DD3Z
	MF54.0 Rein lisse contracté	BA02 Maladie rénale hypertensive

La CIP est :	lorsqu'il est signalé comme la cause de :	coder :
BD40.2 Athérosclérose de l'artère rénale	GB40 Syndrome néphritique ; GB41 Syndrome néphrotique ; GB4Z Maladies glomérulaires, sans précision ; GB61 Maladie rénale chronique ; GB6Z Insuffisance rénale, sans précision ; ou MF54.0 Rein lisse contracté	BA02 Maladie rénale hypertensive
La CIP est :	avec mention de :	coder :
BD40.Z Maladie occlusive artérielle chronique athérosclérotique, non spécifiée	MC85 Gangrène	BD40.0Z Athérosclérose des membres inférieurs, non spécifiée
La CIP est :	lorsqu'il est signalé comme la cause de :	coder :
BD40.Z Maladie occlusive artérielle chronique athérosclérotique, non spécifiée	6D81 Démence due à une maladie cérébrovasculaire	6D81 Démence due à une maladie cérébrovasculaire
	6D8Z Démence, cause inconnue ou non précisée	6D81
	8A00.0 Maladie de Parkinson	8A00.23 Parkinsonisme vasculaire
	8A00.2Z Parkinsonisme secondaire, non spécifié	8A00.23
	8A00.Z Parkinsonisme, non spécifié	8A00.23
	GB40 Syndrome néphritique ; GB41 Syndrome néphrotique ; GB4Z Maladies glomérulaires, sans précision ; GB61 Maladie rénale chronique ; GB6Z Insuffisance rénale, sans précision ; ou MF54.0 Rein lisse contracté	BA02 Maladie rénale hypertensive

La CIP est :	avec mention de :	coder :
BD50.3 Anévrisme de l'aorte thoracique	BD50.4 Anévrisme aortique abdominal	BD50.5 Anévrisme de l'aorte thoraco-abdominale avec le 6ème caractère correspondant (perforation, rupture ou sans mention de perforation et de rupture)
BD50.4 Anévrisme aortique abdominal	BD50.3 Anévrisme de l'aorte thoracique	BD50.5 Anévrisme de l'aorte thoraco-abdominale avec le 6ème caractère correspondant (perforation, rupture ou sans mention de perforation et de rupture)

La CIP est :	avec mention de :	coder :
BD55 Sténose asymptomatique d'une artère intracrânienne ou extracrânienne	8B00-8B2Z Maladies cérébrovasculaires	8B00-8B2Z

La CIP est :	lorsqu'il est signalé comme la cause de :	coder :
BD55 Sténose asymptomatique d'une artère intracrânienne ou extracrânienne	6D8Z Démence, cause inconnue ou non précisée	6D81 Démence due à une maladie cérébrovasculaire
	8A00.0 Maladie de Parkinson	8A00.23 Parkinsonisme vasculaire
	8A00.2Z Parkinsonisme secondaire, non spécifié	8A00.23 Parkinsonisme vasculaire

Chapitre 12 Maladies du système respiratoire

La CIP est :	avec mention de :	coder :
CA00 Rhinopharyngite aiguë	MB44.3 Immobilité	CA40.Z Pneumonie, organisme non spécifié
CA07 Infections aiguës des voies respiratoires supérieures de sites multiples et non spécifiés		
La CIP est :	lorsqu'il est signalé comme la cause de :	coder :
CA00 Rhinopharyngite aiguë	1D01.Y Autres méningites infectieuses spécifiées non classées ailleurs	1D01.Y
CA07 Infections aiguës des voies respiratoires supérieures de sites multiples et non spécifiés	1D03.3 Abscès intracrânien	1D03.3
	1D04.1 Granulome intracrânien	1D04.1
	1E30-1E32 Influenza	1E30-1E32
	AA80-AB0Z Otite moyenne	AA80-AB0Z
	AB11 Mastoïdite ou affections connexes	AB11
	CA20 Bronchite	CA20
	CA22 Maladie pulmonaire obstructive chronique	CA22
	CA27 Trachéobronchite	CA27
	CA40 Pneumonie	CA40
	CA41 Bronchiolite aiguë	CA41
	CA42 Bronchite aiguë	CA42
	GB40 Syndrome néphritique	GB40

La CIP est avec
:
mention de : coder :

[CA42](#) [CA20.1](#) [CA20.1](#)

Bronchite
aigüe

Bronchite
chronique

[CA22](#) [CA22](#)

Maladie
pulmonaire
obstructive
chronique

La CIP est avec
:
mention de : coder :

[CA20](#) [CA21](#) [CA22](#)

Bronchite

Emphysème
Maladie
pulmonaire
obstructive
chronique

[CA22](#) [CA22](#)

Maladie
pulmonaire
obstructive
chronique

La CIP est :	lorsqu'il est signalé comme la cause de :		code à :
CA20 Bronchite	CA23 Asthme	CA22 Maladie pulmonaire obstructive chronique	

Note : voir également la note ci-dessous à [CA23](#)

La CIP est :	avec mention de :	coder :
CA22.Z Maladie pulmonaire obstructive chronique, non spécifiée	CA40 Pneumonie	CA22.1 Certaines maladies pulmonaires obstructives chroniques spécifiées
	CA41 Bronchiolite aiguë	
	CA42 Bronchite aiguë	

La CIP est :	avec mention de :	coder :
CA60 Pneumoconiose	1B10 Tuberculose du système respiratoire	CA60.3 Pneumoconiose associée à la tuberculose

La CIP est :	avec mention de :	coder :
CB01 Œdème pulmonaire	BD1Z Insuffisance cardiaque, non spécifiée	BD11.Z Insuffisance ventriculaire gauche, non spécifiée
	BC4Z Maladies du myocarde ou des chambres	

cardiaques,
non
précisées

Chapitre 13 Maladies du système digestif

La CIP est :	avec mention de :	coder :
DB91.Z Insuffisance hépatique aigüe ou subaigüe, non spécifiée	6C40 Troubles dus à la consommation d'alcool	DB94 Maladie alcoolique du foie
DB95 Maladie hépatique toxique ou induite par un médicament	DB94 Maladie alcoolique du foie	
DB99.7 Insuffisance hépatique sans mention, aigüe ou chronique	NE61 Effets nocifs ou exposition à des substances nocives, principalement non médicinales quant à la source, non classées ailleurs, <i>spécifiées en tant qu'alcool</i> .	
DB99.8 Insuffisance hépatique chronique		
DB9Z Maladies du foie, non précisées		
La CIP est :	avec mention de :	coder :
DB92 Stéatose hépatique non alcoolique, sauf DB92.1 Stéatohépatite non alcoolique	6C40 Troubles dus à la consommation d'alcool	DB94.0 Foie gras alcoolique
	DB94 Maladie alcoolique du foie	
	NE61 Effets nocifs ou exposition à des substances nocives, principalement non médicinales quant à la source, non classées ailleurs, <i>spécifiées en tant qu'alcool</i> .	

La CIP est : avec mention de : coder :

DB92.1
Stéatohépatite non
alcoolique

6C40 Troubles dus à la consommation d'alcool

DB94.1
Hépatite
alcoolique

DB97.2 Hépatite
chronique, non
classée ailleurs

DB94 Maladie alcoolique du foie

DB97.Z Maladie
inflammatoire du
foie, non spécifiée

NE61 Effets nocifs ou exposition à des
substances nocives, principalement non
médicinales quant à la source, non classées
ailleurs, *spécifiées en tant qu'alcool.*

La CIP est :

avec mention de :

coder :

DB93 Fibrose ou
cirrhose hépatique,
sauf DB93.0 Fibrose
hépatique

6C40 Troubles dus à la
consommation d'alcool

DB94.3 Cirrhose alcoolique
du foie sans hépatite

DB94 Maladie alcoolique du foie

NE61 Effets nocifs ou exposition à
des substances nocives,
principalement non médicinales
quant à la source, non classées
ailleurs, *spécifiées en tant
qu'alcool.*

La CIP est :

avec mention de :

coder :

DB93.0 Fibrose hépatique

6C40 Troubles dus à la
consommation d'alcool

DB94.2 Fibrose
alcoolique du
foie

DB94 Maladie alcoolique du
foie

NE61 Effets nocifs ou
exposition à des substances
nocives, principalement non
médicinales quant à la source,
non classées ailleurs,
spécifiées en tant qu'alcool.

La CIP est : DC31.Z Pancréatite aigüe, non spécifiée	avec mention de : 6C40 Troubles dus à la consommation d'alcool	coder : DC31.1 Pancréatite aigüe induite par l'alcool
DC32.Z Pancréatite chronique, non spécifiée, sauf lorsqu'elle est spécifiée comme étant due à d'autres causes que l'alcool	6C40 Troubles dus à la consommation d'alcool	DC32.3 Pancréatite chronique induite par l'alcool

Chapitre 14 Maladies de la peau

La CIP est :	lorsqu'il est signalé comme la cause de :	coder :
EH90 Ulcération de pression	EH90 Ulcération de pression, d'un stade plus avancé	EH90 Ulcération de pression, d'un stade plus avancé

Chapitre 16 Maladies du système génito-urinaire

La CIP est :	lorsqu'il est signalé comme la cause de :	coder :
GB61 Maladie rénale chronique	GB61 Maladie rénale chronique, à un stade plus avancé	GB61 Maladie rénale chronique, à un stade plus avancé
La CIP est :	avec mention de :	coder :
GB61 Maladie rénale chronique	BA00.Z Hypertension essentielle, non spécifiée	BA02 Maladie rénale hypertensive
GB6Z Insuffisance rénale, non spécifiée	BA02 Maladie rénale hypertensive	BA02
MF54.0 Rein lisse contracté		

Chapitre 18 Grossesse, accouchement ou puerpéralité

La CIP est :	avec mention de :	code à :
JA24 Prééclampsie	JA25 Eclampsie	JA25
La CIP est :	avec mention de :	coder :
JA82 Soins maternels en cas de mauvaise présentation connue ou suspectée du fœtus	JA83 Soins maternels en cas de disproportion connue ou soupçonnée	JA83
La CIP est :	avec mention de :	coder :
JA83.Z Soins maternels pour disproportion connue ou soupçonnée, sans précision	JA83.0 Soins maternels pour disproportion due à une malformation du bassin de la mère	JA83.0
	JA83.1 Soins maternels pour disproportion due à un bassin maternel généralement rétréci	JA83.1
	JA83.2 Soins maternels pour disproportion due à un rétrécissement du détroit inférieur	JA83.2
	JA83.3 Soins maternels pour disproportion due à un rétrécissement du détroit supérieur	JA83.3
La CIP est :	avec mention de :	coder :
JB04 Travail obstrué en raison d'une malposition ou d'une mauvaise présentation du fœtus	JB05 Dystocie due à une anomalie pelvienne de la mère	JB05

Chapitre 20 Les anomalies du développement

La CIP est :	avec mention de :	code à :
LB20.00 Maladie fibropolykystique du foie	GB81 Maladie polykystique rénale autosomique dominante	GB81
	GB8Y Autre maladie rénale kystique ou dysplasique spécifiée	GB8Y

Chapitre 21 Symptômes, signes ou résultats cliniques, non classés ailleurs

La CIP est :	lorsqu'il est signalé comme la cause de :	coder :
MA14.0 Preuve de laboratoire du virus de l'immunodéficience humaine	1A00-1H0Z Chapitre 01 Certaines maladies infectieuses ou parasitaires	1C60-1C62 Maladie du virus de l'immunodéficience humaine

Chapitre 23 Causes externes de morbidité ou de mortalité

La CIP est :		avec mention de :	coder :
PA00-PB6Z Cause non intentionnelle de morbidité ou de mortalité		1C13 Tétanos	1C13

2.19.3.4 Codes à ne pas utiliser pour la cause initiale du décès

Les catégories indiquées dans la colonne de gauche de cette section ne doivent pas être utilisées comme cause sous-jacente du décès. Sélectionnez la catégorie dans la colonne de droite comme il convient.

La CIP est :	
2D50-2E2Z Métastases d'un néoplasme malin	<p>Ne doit pas être utilisé pour la cause initiale du décès.</p> <p>Coder : 2D40-2D4Z Tumeurs malignes de sites primitifs mal ou non spécifiés, si le site primitif de la tumeur maligne n'est pas connu ou n'est pas indiqué.</p>

La CIP est :

5D40-5D46 Troubles endocriniens ou métaboliques postinterventionnels

8E60-8E66 Troubles postinterventionnels du système nerveux

9D20-9D25 Troubles postinterventionnels de l'œil ou des annexes oculaires

AB90-AB93 Troubles postinterventionnels de l'oreille ou de l'apophyse mastoïde

BE10-BE1F.Z Troubles postinterventionnels du système circulatoire

CB60-CB64 Troubles postinterventionnels du système respiratoire

DE10-DE12.Y Troubles postinterventionnels du système digestif

FC01 Troubles postinterventionnels x du système musculosquelettique

GC70-GC7B Troubles postinterventionnels du système génito-urinaire

La CIP est :

6C40-6C4Z Troubles dus à la consommation de substances, avec cinquième caractère .3 (intoxication) (si le cinquième caractère est disponible)

Ne doit pas être utilisé pour la cause initiale du décès.

Voir section 2.18.4 Étape M4 - Instructions sur les interventions médicales, lésions principales, empoisonnements et décès maternels

Ne doit pas être utilisé pour la cause initiale du décès.

Coder : PB20-PB36 Exposition involontaire à des substances ou effets nocifs de celles-ci

PC90-PD05 Autodestruction intentionnelle par exposition à des substances ou par leurs effets nocifs

PE80-PE95 Agression par exposition à des substances ou effets nocifs de celles-ci

PH40-PH56 Exposition à des substances ou effets nocifs de substances, intention indéterminée

La CIP est :

[BA42](#) Infarctus du myocarde ultérieur

Ne doit pas être utilisé pour la cause initiale du décès.

[BA60](#) Certaines complications actuelles après un infarctus aigu du myocarde

Coder : [BA41](#) Infarctus aigu du myocarde

La CIP est :

[BA43](#) Thrombose coronaire n'entraînant pas d'infarctus du myocarde

Ne doit pas être utilisé pour la cause initiale du décès.

Coder : [BA41](#) Infarctus aigu du myocarde Pour la mortalité, on suppose la survenue d'un infarctus du myocarde.

La CIP est :

[BA50](#) Infarctus du myocarde ancien

Ne doit pas être utilisé pour la cause initiale du décès.

Coder : [BA5Z](#) Cardiopathie ischémique chronique, non spécifiée, si la cause n'est pas précisée

La CIP est :

[BD55](#) Sténose asymptomatique d'une artère intracrânienne ou extracrânienne

Ne doit pas être utilisé pour la cause initiale du décès.

[BD56](#) Occlusion asymptomatique d'une artère intracrânienne ou extracrânienne

Coder : [8B11](#) Accident ischémique cérébral Pour la mortalité, on suppose la survenue d'un infarctus cérébral.

La CIP est :

[JA05](#) Complications suite à un avortement, une grossesse extra-utérine ou molaire

Ne doit pas être utilisé pour la cause initiale du décès.

Coder : Résultat avorté d'une grossesse de JA00-JA04

La CIP est :

[JB65](#) Séquelles d'une complication de la grossesse, de l'accouchement ou de la puerpéralité

Ne doit pas être utilisé pour la cause initiale du décès.

Coder : [JB62](#) Décès dû à des séquelles de causes obstétricales

La CIP est :

KB60-KB6Z Troubles endocriniens ou métaboliques transitoires spécifiques au fœtus ou au nouveau-né, à l'exception de [KB60.0](#) Syndrome du nourrisson de mère diabétique gestationnelle ; [KB60.1](#) Syndrome du nourrisson de mère diabétique, type 1 ou 2, non gestationnel, insulino-dépendant ; [KB60.2](#) Diabète sucré néonatal ; ou [KB62.0](#) Hyperthyroïdie néonatale transitoire

Ne doit pas être utilisé pour la cause initiale du décès si une autre cause périnatale est connue.

Coder : autre cause périnatale. Si aucune autre cause périnatale n'est signalée, **coder :** [KD5Z](#) Affections ayant leur origine dans la période périnatale ou néonatale, non précisées

La CIP est :

[MA13.1](#) Recherche d'alcool dans le sang

Ne doit pas être utilisé pour la cause initiale du décès.

Coder : [MH14](#) Autres causes de mortalité mal définies et non précisées

La CIP est :

[MA15.Y](#) Autres résultats microbiologiques spécifiés dans le sang, les organes hématopoïétiques ou le système immunitaire

Ne doit pas être utilisé pour la cause initiale du décès.

Coder : la maladie infectieuse d'origine du chapitre 01 "Certaines maladies infectieuses ou parasitaires", ou à [1G40](#) Sepsis sans choc septique-1G41 Sepsis avec choc septique.

La CIP est :

[MG20.0](#) Cachexie maligne

Ne doit pas être utilisé pour la cause initiale du décès.

Coder : [2D4Z](#) Tumeurs malignes non spécifiées de sites mal définis ou non spécifiés

La CIP est :

[MG48](#) Causes de morbidité inconnues et non spécifiées

Ne doit pas être utilisé pour la cause initiale du décès.

Coder : MH10-MH14 Causes de mortalité mal définies et inconnues

La CIP est :

Chapitre 22 Blessures, empoisonnements ou certaines autres conséquences de causes externes

Ne pas utiliser pour la cause initiale du décès, sauf comme code supplémentaire à la catégorie pertinente du chapitre 23 (voir aussi l'étape M4).

Considérez une fracture comme pathologique lorsqu'une maladie de la densité osseuse est signalée à côté ou comme cause de la fracture, et **coder :** [FB80.B](#) Fracture pathologique, non classée ailleurs

La CIP est :

24 Facteurs influençant l'état de santé ou le contact avec les services de santé

Ne doit pas être utilisé pour la cause initiale du décès.

Coder : [MH14](#) Autres causes de mortalité mal définies et non précisées

La CIP est :

Chapitre X Codes d'extension, **sauf** agents infectieux

Ne doit pas être utilisé pour la cause initiale du décès.

Coder : [MH14](#) Autres causes de mortalité mal définies et non précisées

La CIP est :

Agents infectieux du chapitre X Codes d'extension

Ne doit pas être utilisé pour la cause initiale du décès.

Coder : l'infection de l'agent infectieux de localisation non précisée.

2.21.3.2 Codes à ne pas utiliser si la cause initiale est connue ou si d'autres affections spécifiques s'appliquent

Pour les affections spécifiées dans la colonne de gauche de cette section, si l'affection spécifiée dans la colonne de droite **ne s'applique pas**, gardez l'affection comme cause initiale provisoire.

La CIP est :

2D43 Tumeurs malignes de sites primitifs indépendants et multiples

Ne doit pas être utilisé pour la cause initiale du décès, si les néoplasmes multiples sont déclarés séparément.

Coder : 2A00-2A0Z Tumeurs de l'encéphale ou du système nerveux central ; 2A20-2B3Z Tumeurs des tissus hématopoïétiques ou lymphoïdes ; ou 2B50-2D3Z Tumeurs malignes, déclarées ou présumées primaires, de sites spécifiés, à l'exception des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques, du système nerveux central ou des tissus connexes.

La CIP est :

6A00 Troubles du développement intellectuel **6A01** Troubles du développement de la parole ou du langage **6A03** Trouble du développement de l'apprentissage **6A40-6A4Z** Catatonie **6E60-6E6Z** Syndromes mentaux ou comportementaux secondaires associés à des troubles ou maladies classés ailleurs

Ne doit pas être utilisé pour la cause initiale du décès, si l'affection physique sous-jacente est connue.

Coder : l'affection physique sous-jacente.

La CIP est :

6C4A Troubles dus à l'utilisation de la nicotine

Ne doit pas être utilisé pour la cause initiale du décès, si l'affection physique résultante est connue.

Coder : l'affection physique qui en résulte.

La CIP est :

6D70-6E0Z Troubles neurocognitifs

Ne doit pas être utilisé pour la cause initiale du décès, si l'affection physique sous-jacente est connue.

Coder : l'affection physique sous-jacente. La classification indique les affections sous-jacentes communes pour chaque catégorie

sous l'instruction "A causé l'affection (codez également)".

La CIP est :

[9D90](#) Troubles de la vision, y compris la cécité

Ne doit pas être utilisé pour la cause initiale du décès, si la cause de la déficience visuelle est connue.

Coder : la cause de la déficience visuelle

La CIP est :

[AB50-AB5Z](#) Troubles avec déficience auditive

Ne doit pas être utilisé pour la cause initiale du décès, si la cause de la perte auditive est connue.

Coder : la cause de la perte auditive

La CIP est :

[BA04](#) Hypertension secondaire

Ne doit pas être utilisé pour la cause initiale du décès, si la cause de l'hypertension est connue ou peut être déduite par l'application des règles de sélection.

Coder : la cause de l'hypertension.

La CIP est :

[BC00](#) Maladie valvulaire multiple

A ne pas utiliser pour la cause initiale du décès, si les valvulopathies multiples sont déclarées séparément et d'origine non rhumatismale.

Coder : chaque maladie valvulaire spécifiée par l'outil de codage, et sélectionnez la cause sous-jacente en appliquant les règles de sélection et de modification de manière normale.

La CIP est :

[GA31](#) Infertilité féminine [GB04](#) Infertilité masculine

Ne doit pas être utilisé pour la cause initiale du décès, si la cause de l'infertilité est connue.

Coder : la cause de l'infertilité

La CIP est :

[JA80](#) Soins maternels liés à la gestation multiple

Ne doit pas être utilisé pour la cause initiale du décès, si une complication plus spécifique est signalée.

Coder : la complication plus spécifique.

La CIP est :

[KA21](#) Troubles du nouveau-né liés à une gestation courte ou à un faible poids de naissance, non classés ailleurs [KA22](#)
Troubles du nouveau-né liés à une gestation longue ou à un poids de naissance élevé

Ne doit pas être utilisé pour la cause initiale du décès, si une autre cause de mortalité périnatale est signalée.

Coder : l'autre cause de mortalité périnatale. Ceci ne s'applique pas si la seule autre cause de mortalité périnatale déclarée est [KB2D](#) Insuffisance respiratoire du nouveau-né ou [KB2E](#) Arrêt respiratoire du nouveau-né.

La CIP est :

[KD3B](#) Mort fœtale, cause non spécifiée

Ne doit pas être utilisé pour la cause initiale du décès des naissances vivantes.

Coder : [KD5Z](#) Affections ayant leur origine dans la période périnatale ou néonatale, non précisées, si l'enfant est né vivant mais que la cause du décès est inconnue. Voir aussi : 2.22.8.4 Instructions spéciales sur la mort fœtale

La CIP est :

[KD3B](#) Mort fœtale, cause non spécifiée

Ne doit pas être utilisé pour la cause initiale de la mort fœtale, si une autre cause de mortalité fœtale est connue.

Coder : l'autre cause de mortalité fœtale.

La CIP est :

MB50-MB5Z Symptômes paralytiques

Ne doit pas être utilisé pour la cause initiale du décès, si la cause de la paralysie est connue.

Coder : la cause de la paralysie

La CIP est :

NF0A Certaines complications précoces de traumatismes, non classées ailleurs

Ne doit pas être utilisé pour la cause initiale du décès, si la blessure initiale est connue.

Coder : la blessure initiale

2.19.4 Instructions spéciales sur la chirurgie et autres procédures médicales (Étape M4)

2.19.4.1 Motif de la chirurgie ou de l'intervention indiqué

Si la cause sous-jacente provisoire sélectionnée en appliquant les étapes SP1 à SP8 et M1 à M3 est une opération chirurgicale ou une autre intervention médicale et que le certificat indique la raison pour laquelle l'opération ou l'intervention a été effectuée, sélectionnez alors la raison de l'opération ou de l'intervention comme nouvelle cause initiale provisoire du décès. Ensuite, appliquez de nouveau les instructions des étapes SP7 et M1 à M4.

2.19.4.2 Motif de la chirurgie ou de l'intervention non indiquée, complication signalée

Si la raison de la chirurgie ou de l'intervention n'est pas indiquée et qu'une complication est signalée, procédez comme indiqué ci-après.

- a) La chirurgie indique un organe spécifique : D'abord, si le type de chirurgie ou d'intervention indique un organe ou un site spécifique, utilisez alors le code de la catégorie résiduelle pour l'organe ou le site opéré comme nouvelle cause sous-jacente provisoire du décès. Ensuite, appliquez de nouveau les instructions des étapes SP7 et M1 à M4.
- b) Si ce qui précède ne s'applique pas, utilisez alors le code approprié de :
 - *JB0C Complications de l'anesthésie au cours du travail ou de l'accouchement*
 - *JB0D.3 Autres complications d'un acte obstétrical, chirurgical ou interventionnel ou*
 - *PK80-PK8Z Intervention chirurgicale ou soins médicaux associés à une blessure ou à un préjudice pendant un diagnostic ou un soin thérapeutique*
 - *PL11 Moyen de blessure ou de préjudice associé à une intervention chirurgicale ou à une autre procédure médicale*

Lorsque **PK80-PK8Z** et **PL11** s'appliquent tous deux, codez d'abord le mode de blessure ou de dommage (**PL11**) et ajoutez le type de chirurgie ou d'intervention **PK80-PK8Z** au groupe.

2.19.4.3 Motif de la chirurgie ou de l'intervention non indiquée, aucune complication signalée

Si la raison de la chirurgie ou de l'intervention n'est pas indiquée et qu'aucune complication n'est signalée, procédez comme indiqué ci-après :

- a) La chirurgie indique un organe spécifique : Si le type de chirurgie ou d'intervention indique un organe ou un site spécifique, utilisez alors le code de la catégorie résiduelle pour l'organe ou le site opéré comme nouveau point de départ. Ensuite, appliquez de nouveau les instructions des étapes SP7 et M1 à M4.
- b) Enfin, si ce qui précède ne s'applique pas, codez à *MH14 Autres causes de mortalité imprécises et non précisées*.

Exemple 1

- | | | |
|---|-----|---------------------------|
| 1 | (a) | Hémorragie postopératoire |
| | (b) | Césarienne |
| | (c) | |
| | (d) | |
| 2 | | |

Motif de l'opération Travail prolongé

Le certificat indique le motif pour lequel la chirurgie a été effectuée. Codez le motif de l'opération, travail prolongé, comme cause initiale du décès *JB03.Z Travail prolongé, sans précision*.

Exemple 2

- | | | |
|---|-----|--------------------|
| 1 | (a) | Embolie pulmonaire |
| | (b) | Appendicectomie |
| | (c) | |
| | (d) | |
| 2 | | |

Le certificat ne précise pas le motif de l'opération, mais une complication de l'opération, l'embolie pulmonaire, est signalée. Le terme appendicectomie indique que l'appendice est l'organe opéré. Code *DB1Z Maladies de l'appendice, sans précision* comme cause initiale du décès.

Exemple 3

- | | | |
|---|-----|-------------------------------------|
| 1 | (a) | Perforation accidentelle de l'aorte |
| | (b) | Laparotomie |

(c)

(d)

2

Le certificat ne précise pas le motif de l'opération et le terme laparotomie n'indique pas un organe spécifique. Cependant, il y a une mention d'un mode de blessure au moment de la chirurgie. Codez le mode de blessure, perforation accidentelle pendant la laparotomie comme cause initiale du décès [PL11.0 Coupure, perforation ou déchirure comme moyen de lésion ou de blessure](#).

Exemple 4

1 (a) Laparotomie

(b)

(c)

(d)

2

Le certificat ne précise pas pourquoi l'opération a été réalisée et le terme laparotomie n'indique pas un organe spécifique. Il n'y a aucune mention d'une complication. Code [MH14 Autres causes de mortalité imprécises et non précisées](#), comme cause sous-jacente du décès.

2.19.4.4 Dispositifs médicaux associés à des incidents indésirables dus à des causes externes

Si un décès est causé par un incident impliquant un dispositif médical, mais que l'incident est dû à une cause externe et non à une panne ou un dysfonctionnement du dispositif lui-même, codez la cause externe comme cause initiale du décès.

Si la cause externe de l'incident n'est pas spécifiquement classée, codez [[PB6Z Causes non intentionnelles de morbidité ou de mortalité, sans précision](#)]. (Voir exemple 3).

Exemple 1

1 (a) Pneumonie par inhalation

(b) Hémorragie de la trachée

(c) Est tombé du lit alors qu'il était attaché à un respirateur

(d)

2 Traitement respiratoire après une transplantation hépatique

Il n'y a aucune mention de panne ou de mauvais fonctionnement du respirateur ou du tube trachéal. Code [PL14.E Chute dans les soins de santé, l'accident qui a causé l'hémorragie](#), comme cause initiale du décès, et code supplémentaire, si désiré, pour [XE8PK Lit, literie ou accessoires de literie](#).

Exemple 2

- 1 (a) Œdème pulmonaire
 - (b) Arrêt de la pompe à ballonnet intra-aortique
 - (c) Coupure de courant due à l'ouragan
 - (d) Infarctus du myocarde récent avec insuffisance mitrale
- 2

La pompe à ballons a cessé de fonctionner, non pas à cause d'un dysfonctionnement ou d'une panne, mais à cause d'une coupure de courant. Code la raison de la coupure de courant, tempête cataclysmique, comme cause initiale du décès, (PJO6).

Exemple 3

- 1 (a) Insuffisance cardiaque et respiratoire
 - (b) Arrêt de l'administration de médicaments inotropes
 - (c) Retrait accidentel d'une voie sous-clavière
 - (d)
- 2 Chirurgie pour rupture aigüe de la vésicule biliaire

Il n'est pas fait mention d'un mauvais fonctionnement ou d'une panne de l'équipement. Puisque l'accident qui a causé le retrait de la voie sous-clavière n'est pas décrit, codez à [PB6Z Causes non intentionnelles de morbidité ou de mortalité, sans précision

2.19.5 Instructions spéciales sur la blessure principale dans les décès dus à des causes externes (étape M4)

Si la cause initiale sélectionnée en appliquant les règles de sélection et de modification des étapes SP1 à SP8 et M1 à M3 est une blessure, codez la cause externe de la blessure comme cause initiale du décès.

En plus de la cause initiale du chapitre 23 "Causes externes de morbidité et de mortalité", codez également une blessure principale. Ceci s'applique aussi bien aux blessures corporelles qu'aux intoxications. Pour des instructions spéciales sur la manière d'identifier la cause sous-jacente et la blessure principale dans les décès par intoxication, voir la section [2.19.6 Instructions spéciales sur les empoisonnements par drogues, médicaments et substances biologiques \(étape M4\)](#).

Si plus d'une blessure est signalée sur le certificat de décès, appliquez les instructions suivantes :

- (a) Lorsque les blessures déclarées comprennent des blessures banales (celles figurant dans la liste de l'annexe [3.14.10 Liste des affections n'entraînant pas le décès](#)), que ce

soit dans la partie 1 ou la partie 2, sélectionnez la blessure principale comme si les blessures de la liste de l'annexe [3.14.10](#) n'avaient pas été déclarées.

Exemple 1

- 1 (a) Contusion du bras et fracture du crâne
 - (b) Chute d'un échafaudage
 - (c)
 - (d)
- 2

La chute d'un échafaudage est la cause initiale du décès. Codez la cause initiale à [PA61](#) *Chute accidentelle d'une hauteur de 1 mètre ou plus* et utilisez un code supplémentaire, si vous le souhaitez, pour l'échafaudage [XE7RK](#). Comme lésion principale, coder [NA02.Z](#) *Fracture du crâne et des os de la face, partie non précisée*. Ne pas tenir compte de la contusion du bras (Lésion superficielle du membre supérieur, niveau non précisé), car elle figure dans l'annexe [3.14.10](#) *Liste des affections peu susceptibles de provoquer la mort*.

- (b) Lorsque des blessures importantes sont signalées à la fois dans la partie 1 et la partie 2, sélectionnez la blessure principale de la partie 1. Cela s'applique même si les blessures mentionnées dans la partie 2 ont un rang plus élevé dans l'annexe [3.14.5](#) *Classement prioritaire des codes de nature de la blessure*, que les blessures mentionnées dans la partie 1.

Exemple 2

- 1 (a) Blessures intrathoraciques multiples
 - (b) Automobiliste, collision avec un bus
 - (c)
 - (d)
- 2 Lésions cérébrales

Code à [PA04](#) *Accident de circulation terrestre blessant un occupant d'une automobile*, et utiliser un code supplémentaire, si désiré, pour [XE5LJ](#) *Autobus ou autocar comme partie-prenante dans un accident de transport terrestre*. Comme lésion principale, codez [NB35](#) *Lésions traumatiques multiples du thorax*. Une lésion cérébrale non spécifiée a un rang plus élevé dans l'annexe [3.14.5](#) *Classement par priorité des codes de nature de la lésion* que les lésions traumatiques multiples du thorax, mais les lésions traumatiques multiples du thorax sont mentionnées dans la partie 1 et ont la priorité sur les lésions mentionnées dans la partie 2.

- (c) Lorsque des blessures non graves ne sont signalées que dans la partie 2, sélectionnez une blessure principale dans la partie 2.
- (d) Lorsque plus d'une blessure grave est signalée dans la partie pertinente du certificat, sélectionnez la blessure principale conformément à l'annexe [3.14.5](#) *Classement par ordre de priorité des codes de nature de la blessure*. Notez que 1 est le rang de priorité le plus élevé et que 6 est le plus bas.

Exemple 3

- 1 (a) Blessures intrathoraciques multiples et lésions cérébrales
 - (b) Automobiliste, collision avec un bus
 - (c)
 - (d)
- 2

Code à [PA04](#) *Accident de circulation terrestre blessant un occupant d'une automobile* comme cause sous-jacente du décès. Comme lésion principale, codez lésion cérébrale [NA07.Z](#) *Blessure intracrânienne, sans précision*, qui a un rang plus élevé sur la liste des priorités que [NB35](#) *Lésions traumatiques multiples du thorax*.

- (e) Lorsque plus d'une des blessures graves signalées dans la partie pertinente du certificat ont le même rang et le rang le plus élevé, sélectionnez la première mentionnée de ces blessures. Toutefois, sélectionnez une blessure spécifique plutôt qu'une blessure du groupe [ND30-ND37](#) *Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps* ayant le même rang de priorité.

Exemple 4

- 1 (a) Blessures multiples avec rupture de l'aorte
 - (b) Automobiliste, collision avec un bus
 - (c)
 - (d)
- 2

Code à [PA04](#) *Accident de circulation terrestre blessant un occupant d'une automobile* comme cause initiale du décès. Comme blessure principale, code [NB30.01](#) *Lacération majeure de l'aorte thoracique*. Les blessures multiples et la rupture de l'aorte ont le même rang sur la liste des priorités, mais une blessure spécifique a la priorité sur une blessure du groupe Blessures impliquant plusieurs régions du corps.

2.19.6 Instructions spéciales sur l'empoisonnement par des drogues, des médicaments et des substances biologiques (Étape M4)

Si l'empoisonnement est la cause initiale provisoire à l'étape M4 et que plusieurs substances sont signalées, suivez les instructions de cette section.

2.19.6.1 La drogue la plus susceptible d'avoir causé le décès est spécifiée

Si l'une des substances est spécifiée comme étant la substance la plus susceptible d'avoir causé le décès, codez le code de cause externe pour cette substance comme cause initiale du décès. Utilisez le code supplémentaire du chapitre X, le cas échéant, pour identifier la substance spécifique signalée, et ajoutez la blessure principale du chapitre 22 au groupe.

Exemple 1

- 1 (a) Overdose accidentelle d'héroïne
 - (b)
 - (c)
 - (d)
- 2 Présence de diazépam et d'amitriptyline

En plaçant l'overdose accidentelle d'héroïne seule dans la partie 1 et en déclarant les autres substances comme causes contributives du décès dans la partie 2, le certificateur a identifié l'héroïne comme la substance la plus susceptible d'avoir causé le décès. Sélectionnez [PB20 Effets nocifs ou exposition accidentelle à des opioïdes ou à des analgésiques apparentés](#) comme cause initiale. Utilisez le code supplémentaire [XM05B3 Diamorphine](#) pour identifier la substance spécifique signalée. Ajouter la lésion principale du chapitre 22 [NE60 Effets nocifs de médicaments, préparations médicamenteuses ou substances biologiques, non classés ailleurs](#), NEC au regroupement. Le regroupement est [PB20& XM05B3/NE60](#).

Exemple 2

- 1 (a) Intoxication par amphétamine
 - (b)
 - (c)
 - (d)
- 2 Doses toxiques d'héroïne et de flunitrazépam

En plaçant l'intoxication à l'amphétamine seule dans la partie 1 et en déclarant les autres substances comme causes contributives du décès dans la partie 2, le certificateur a identifié l'amphétamine comme la substance la plus susceptible d'avoir causé le décès. Sélectionnez [PB22 Effets nocifs ou exposition accidentelle à des psychostimulants](#) comme cause initiale. Utilisez le code supplémentaire [XM48Z9](#) pour identifier la substance spécifique rapportée. Et ajoutez [NE60 Effets nocifs de médicaments, préparations médicamenteuses ou substances biologiques, non classés ailleurs](#) au regroupement. Le regroupement est [PB22& XM48Z9/NE60](#).

Exemple 3

- 1 (a) Intoxication à l'alcool
 - (b)
 - (c)
 - (d)
- 2 Doses toxiques d'héroïne et de flunitrazépam

En plaçant l'intoxication à l'alcool seul dans la partie 1 et en déclarant les autres substances comme causes contributives du décès dans la partie 2, le certificateur a identifié l'alcool comme la substance la plus susceptible

d'avoir causé le décès. Sélectionnez [PB30 Effets nocifs ou exposition accidentelle à des alcools](#) comme cause initiale. Et ajoutez [NE61 Effets nocifs ou exposition à des substances nocives, principalement d'origine non médicale, non classées ailleurs](#) au regroupement. Le regroupement est [PB30/NE61](#).

Exemple 4

- 1 (a) Intoxication à l'alcool
(b)
(c)
(d)
- 2 Présence de diazépam et d'amitriptyline

En plaçant l'intoxication à l'alcool seul dans la partie 1 et en déclarant les autres substances comme causes contributives du décès dans la partie 2, le certificateur a identifié l'alcool comme la substance la plus importante dans la survenue du décès. Sélectionnez [PB30 Effets nocifs ou exposition accidentelle à des alcools](#) comme cause initiale. Et ajoutez [NE61 Effets nocifs ou exposition à des substances nocives, principalement d'origine non médicale, non classées ailleurs](#) au regroupement. Le regroupement est [PB30/NE61](#)

2.19.6.2 Le médicament le plus susceptible d'avoir causé le décès n'est pas précisé

Si plusieurs substances sont déclarées comme ayant contribué au décès mais qu'aucune d'entre elles n'est spécifiée comme étant la substance la plus susceptible d'avoir causé le décès, suivez ces instructions :

- (a) Coder les combinaisons d'alcool avec une drogue à la drogue

Exemple 5

- 1 (a) Doses toxiques d'alcool et de flunitrazépam
(b)
(c)
(d)
- 2 Présence de diazépam et d'amitriptyline

En plaçant les doses toxiques d'alcool et de flunitrazépam dans la partie 1 et en déclarant les autres substances comme causes contributives du décès dans la partie 2, le certificateur a identifié l'alcool et le flunitrazépam comme les substances les plus importantes dans la survenue du décès. Parmi ces deux substances, sélectionnez l'intoxication par le flunitrazépam, car les combinaisons d'alcool avec un médicament sont codées au médicament. Sélectionnez [PB27 Effets nocifs ou exposition accidentelle à des antiépileptiques ou des médicaments antiparkinsoniens](#) comme cause initiale. Utilisez le code supplémentaire [XM9W71 Flunitrazépam](#) pour identifier la substance spécifique signalée. Et ajoutez [NE60 Effets nocifs de médicaments, préparations médicamenteuses ou substances biologiques, non classés ailleurs, NEC](#). Le regroupement est [PB27& XM9W71/NE60](#).

(b) Codez les combinaisons de plusieurs médicaments, comme suit :

- Si la cause externe des multiples médicaments rapportés est la même, sélectionnez-la comme cause initiale du décès.
- Si la cause externe des multiples médicaments déclarés n'est pas la même, codez *PB29 Effets nocifs ou exposition accidentelle à de multiples médicaments, à des préparations médicamenteuses ou substances biologiques* comme cause initiale du décès.

Utilisez un code supplémentaire du chapitre X, le cas échéant, pour identifier la substance la plus susceptible d'avoir causé le décès en vous référant à la section [2.19.6.3 Identification de la drogue la plus susceptible d'avoir causé le décès](#).

Notez que lorsque vous ajoutez plus d'un médicament dans les cas d'utilisation facultative, la substance la plus susceptible d'avoir causé le décès identifié comme ci-dessus doit être codée en premier.

Exemple 6

1 (a) Doses toxiques d'héroïne et d'amphétamine

(b)

(c)

(d)

2

Ni l'héroïne ni l'amphétamine ne sont identifiées comme la substance la plus susceptible d'avoir causé le décès et la cause externe de ces médicaments n'est pas la même. Code à *PB29 Effets nocifs ou exposition accidentelle à de multiples médicaments, à des préparations médicamenteuses ou substances biologiques* comme cause initiale du décès. Passez à la section [2.19.6.3](#) pour identifier le médicament le plus susceptible d'avoir causé le décès.

Exemple 7

1 (a) Intoxication involontaire par l'alcool, l'héroïne et le diazépam

(b)

(c)

(d)

2

Aucune des substances n'est identifiée comme la substance la plus susceptible d'avoir causé le décès. Les empoisonnements par des combinaisons d'alcool et de drogues sont codés aux drogues. Parce qu'aucune des drogues n'est identifiée comme la plus importante, et que le code de cause externe est différent, codez à *PB29 Effets nocifs ou exposition accidentelle à de multiples médicaments, à des préparations médicamenteuses ou substances biologiques* comme cause initiale du décès. Et passez à la section [2.19.6.3](#) pour identifier la substance la plus susceptible d'avoir causé le décès.

2.19.6.3 Identification du médicament le plus susceptible d'avoir causé le décès

Utilisez l'ordre de priorité ci-dessous pour identifier la substance la plus susceptible d'avoir causé le décès (1 = priorité la plus élevée) :

1. Agonistes opioïdes et agonistes partiels et autres et narcotiques non spécifiés. Les décès qui comprennent plusieurs opioïdes classables doivent être classés par ordre de priorité comme :
 - 1a. Héroïne
 - 1b. Méthadone
 - 1c. Opium
 - 1d. Autres opioïdes
 - 1e. Autres stupéfiants synthétiques
 - 1f. Autres et stupéfiants non spécifiés
2. Agents anesthésiques inhalés et intraveineux, Comprend : Propofol
3. Antidépresseurs tricycliques et tétracycliques
4. Barbituriques
5. Dérivés de l'aminophène 4 Comprend : APAP, acétaminophène, paracétamol
6. Antipsychotiques et neuroleptiques Comprend : antipsychotiques et neuroleptiques à base de phénothiazine, neuroleptiques à base de butyrophénone et de thioxanthène, antipsychotiques et neuroleptiques divers et non spécifiés.
7. Antiépileptiques, antiparkinsoniens et sédatifs non spécifiés
8. Cocaïne
9. Psychostimulants présentant un potentiel d'abus Comprend : Amphétamines et dérivés
10. Antidépresseurs inhibiteurs de la monoamine oxydase (MAO) et antidépresseurs divers et non spécifiés. Comprend : Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), venlafaxine
11. Benzodiazépines
12. Drogues et substances non énumérées ci-dessus

S'il y a plus d'un médicament dans le même groupe de priorité, codez au premier mentionné.

Exemple 8

- 1 (a) Doses toxiques de cocaïne, d'héroïne, de diazépam et d'amitriptyline
 - (b)
 - (c)
 - (d)
- 2

Aucun des médicaments n'est identifié comme la substance la plus susceptible d'avoir causé le décès, et le code de cause externe n'est pas le même pour ces substances. Code à [PB29 Effets nocifs ou exposition accidentelle à de multiples médicaments, à des préparations médicamenteuses ou substances biologiques](#) comme cause initiale du décès. Sur la liste prioritaire ci-dessus, la cocaïne est dans le groupe 8, l'héroïne dans le groupe 1a, le diazépam dans le groupe 11 et l'amitriptyline dans le groupe 3. Utilisez le code supplémentaire [XM05B3 Diamorphine](#) pour le médicament identifié ([PB29 Effets nocifs ou exposition accidentelle à de multiples médicaments, à des préparations médicamenteuses ou substances biologiques](#) & [XM05B3](#)). Ajoutez, si vous le souhaitez, les codes du chapitre X pour énumérer les autres médicaments signalés. Enfin, ajoutez [NE60 Effets nocifs des drogues, médicaments ou substances biologiques, non classés ailleurs](#), au groupe ([PB29](#) & [XM05B3/NE60](#)).

Exemple 9

- 1 (a) Overdose en héroïne, cocaïne, diazépam et amitriptyline
 - (b)
 - (c)
 - (d)
- 2

Aucun des médicaments n'est identifié comme la substance la plus susceptible d'avoir causé le décès, et le code de cause externe n'est pas le même pour ces substances. Code à [PB29 Effets nocifs ou exposition accidentelle à de multiples médicaments, à des préparations médicamenteuses ou substances biologiques](#) comme cause initiale du décès. Sur la liste prioritaire ci-dessus, l'héroïne est dans le groupe 1a, la cocaïne dans le groupe 8, le diazépam dans le groupe 11 et l'amitriptyline dans le groupe 3. Utilisez le code supplémentaire [XM05B3 Diamorphine](#) pour le médicament identifié. Ajoutez, si vous le souhaitez, des codes du chapitre X pour énumérer les autres drogues déclarées. Enfin, ajoutez [NE60 Effets nocifs de médicaments, préparations médicamenteuses ou substances biologiques, non classés ailleurs](#) au groupe. ([PB29](#) & [XM05B3/NE60](#))

Exemple 10

- 1 (a) Intoxication involontaire par l'alcool, l'héroïne et le diazépam
 - (b)
 - (c)
 - (d)
- 2

L'intoxication par une combinaison d'alcool et de drogue(s) est codé selon la ou les drogues, voir les instructions de la section [2.19.6.2](#), ci-dessus. Aucune des drogues déclarées dans la partie 1 n'est identifiée comme la substance la plus susceptible d'avoir causé le décès, et le code de cause externe n'est pas le même pour ces substances. Code à [PB29 Effets nocifs ou exposition accidentelle à de multiples médicaments, à des préparations médicamenteuses ou substances biologiques](#) comme cause initiale du décès. Sur la liste prioritaire ci-dessus, l'héroïne est dans le groupe 1a et le diazépam dans le groupe 11. Utilisez le code supplémentaire [XM05B3 Diamorphine](#) identifiée comme étant la cause la plus probable du décès. Ajoutez le code [XM8P99 Diazépam](#), si désiré. Enfin, ajoutez [NE60 Effets nocifs de médicaments, préparations médicamenteuses ou substances biologiques, non classés ailleurs](#) au groupe. ([PB29](#) & [XM05B3](#) & [XM8P99/NE60](#)).

2.19.7 Instructions spéciales sur la mortalité maternelle (Étape M4)

Si la grossesse, l'accouchement ou la puerpéralité sont mentionnés quelque part sur le certificat, dans la plupart des cas, la cause initiale est codée au chapitre 18 "Grossesse, accouchement ou puerpéralité". C'est soit parce que la cause initiale sélectionnée en appliquant les étapes SP1 à SP8 et M1 à M3 est classée au chapitre 18 selon l'outil de codage, soit parce qu'il existe un code spécial au chapitre 18 pour l'affection si elle apparaît pendant la grossesse, l'accouchement ou la puerpéralité.

Appliquez les instructions suivantes pour déterminer si une cause initiale qui est indexée à d'autres parties de la CIM doit être classée au chapitre 18. Notez que ces instructions ne s'appliquent pas aux affections qui sont indexées au chapitre 18.

Si la grossesse, l'accouchement ou la puerpéralité sont signalés à un endroit quelconque du certificat mais qu'il n'est pas clairement indiqué que la grossesse, l'accouchement ou la puerpéralité ont contribué au décès, contactez d'abord le certificateur et demandez des informations complémentaires.

- Si le certificateur déclare que le décès est une complication de la grossesse, de l'accouchement ou de la puerpéralité, codez la cause initiale au chapitre 18 "Grossesse, accouchement ou puerpéralité".
- Si le certificateur déclare que le décès n'est pas une complication de la grossesse, de l'accouchement ou de la puerpéralité, ne codez pas la cause initiale au chapitre 18.
- Si vous ne pouvez pas obtenir d'informations supplémentaires, mais que la grossesse, l'accouchement ou la puerpéralité sont mentionnés dans la partie 1 ou la partie 2 du certificat, codez la cause initiale au chapitre 18.

Si la cause initiale sélectionnée est classable dans *JB63.Z Maladies infectieuses de la mère classées ailleurs, mais compliquant la grossesse, l'accouchement ou la puerpéralité, sans précision* et *JB64 Certaines maladies maternelles classées ailleurs compliquant la grossesse, l'accouchement ou la puerpéralité*, alors ajoutez au regroupement le code correspondant du chapitre 01-19 comme cause multiple de décès. Ceci est important car, sinon, les informations pertinentes sur la cause spécifique du décès ne seront pas récupérables.

Notez que certaines affections ne sont pas codées au chapitre 18, même si elles sont survenues pendant la grossesse, l'accouchement ou la puerpéralité, voir la note 'Exclusions' au début du chapitre 18.

Exemple 1

-
- 1 (a) Embolie de liquide amniotique JB42.1
 - (b)
 - (c)
 - (d)

2

La cause initiale, l'embolie de liquide amniotique, est indexée au chapitre 18 [JB42.1](#).

Exemple 2

- 1 (a) Œdème pulmonaire [CB01](#)
- (b) Régurgitation mitrale, grossesse [JB64.4/BB61.Z](#)
- (c)
- (d)

2

La cause initiale, régurgitation mitrale, est codée au chapitre 18 car la grossesse est mentionnée dans la partie 1. Codez la cause initiale à [JB64.4 Maladies de l'appareil circulatoire compliquant la grossesse, l'accouchement ou la puerpéralité](#). Pour plus de spécificité, ajoutez également le code pour [BB61.Z Insuffisance de la valve mitrale, sans précision](#) au regroupement ([JB64.4/BB61.Z](#)).

Exemple 3

- 1 (a) Hémorragie [MG27](#)
 - (b) Cancer du col de l'utérus [JB64/2C77.Z](#)
 - (c)
 - (d)
- 2 Traitement retardé en raison d'une grossesse --

La cause initiale, le cancer du col de l'utérus, est codée au chapitre 18 car la grossesse est mentionnée dans la partie 2. Coder la cause initiale à [JB64.Y Autres maladies maternelles précisées classées ailleurs compliquant la grossesse, l'accouchement ou la puerpéralité](#). Pour une plus grande spécificité, ajoutez également le code [2C77.Z Tumeurs malignes du col utérin, sans précision](#) au regroupement. ([JB64.Y/2C77.Z](#))

Exemple

4

- 1 (a) Insuffisance hépatique [DB99.7](#)
 - (b) Fièvre hémorragique de la dengue 5 jours [JB63.5/1D21](#)
 - (c)
 - (d)
- 2 Informations supplémentaires : 40 jours en post-partum

Codez la cause initiale à *JB63.5 Autres maladies virales compliquant la grossesse, l'accouchement ou la puerpéralité*. Pour une plus grande spécificité, ajoutez également le code pour *1D21 Dengue avec signes avant-coureurs* au regroupement. (*JB63.5/1D21*)

2.20 Instructions de codage pour la mortalité : codage de causes multiples et autres instructions spécifiques

Le codage des causes multiples (voir également les Sections 2.21.1 – 2.21.8) permet une analyse approfondie des causes de décès, par exemple des complications graves mais évitables de certaines causes initiales, et de l'impact des affections co-existantes sur l'issue d'un processus pathologique. Par conséquent, dans le codage de la mortalité, il convient d'enregistrer à la fois la cause initiale et les causes multiples. De plus, un codage complet des causes multiples est essentiel pour une application correcte des instructions de la CIM pour la sélection et la modification de la cause initiale du décès (voir sections 2.17 - 19).

Tous les détails possibles doivent être conservés dans le codage des causes multiples, car les enregistrements contenant toutes les affections de causes multiples permettent une analyse plus approfondie que les enregistrements ne comportant qu'une sélection d'affections rapportées sur le certificat de décès. En particulier :

- la position des codes individuels dans l'enregistrement des données doit refléter l'endroit où, sur le certificat, les expressions diagnostiques correspondantes ont été saisies par le certificateur, car certaines analyses peuvent se concentrer sur la cause terminale du décès, ou sur les affections déclarées dans la partie 2
- Les codes relatifs aux affections courantes, ou aux affections considérées comme symptomatiques ou moins informatives, ne doivent pas être supprimés ou laissés de côté, car ils peuvent présenter un intérêt particulier dans l'analyse des complications évitables et servir de marqueurs de la gravité d'autres affections signalées sur le certificat de décès ;
- Les données relatives aux causes multiples doivent être stockées dans deux formats :
 1. un format qui indique aussi clairement que possible quel terme le certificateur a utilisé sur le certificat et où sur le certificat chaque terme a été reporté
 2. un format qui prend en considération les relations déclarées ou implicites entre les affections rapportées, et où les codes ont été harmonisés selon les instructions des volumes de la CIM.

Il convient de noter que la syntaxe d'une chaîne de codes permettant de conserver les codes CIM fournis dans un certificat de décès doit pouvoir être distinguée de la syntaxe utilisée pour le codage des groupes dans la CIM (c'est-à-dire la barre oblique (/), l'esperluette (&)), la syntaxe spécifique pouvant différer selon les différents paramètres. Une telle chaîne de code pourrait être par exemple, **BD10|BA5Z*5A11/9B710Z**, où une barre verticale (|) exprime le séparateur entre les lignes de la partie 1, et un astérisque exprime le séparateur entre la partie 1 et la partie 2, et la barre oblique (/) montre le regroupement comme séparateur entre les tiges suivant la convention de la CIM.

2.21 Règles de mortalité - Base de connaissances

La base de données de connaissances sur la mortalité sera une collection de règles utilisées pour déterminer la cause initiale du décès à partir des certificats de décès. Ces règles seront basées sur les directives de codage de la mortalité de la CIM. Les règles couvriront les enchaînements autorisés, tels que la maladie "a" due à la maladie "b", et les cas où la cause sélectionnée peut être modifiée pour fournir des informations plus pertinentes pour la santé publique. De brefs résumés décriront la portée d'une règle, et les tables de décision spécifieront explicitement et indépendamment de la langue l'utilisation de la règle avec les codes de la liste tabulaire de mortalité. Les "ensembles de codes" des tables de décision regrouperont les codes CIM qui apparaissent souvent ensemble dans la base de connaissances ou qui sont traités de manière similaire par les règles de sélection et de modification ; par exemple, en tant que causes ou conséquences de maladies ayant une caractéristique commune. Les informations sur les règles seront conservées dans une base de données, de sorte que les données du tableau des codes de règles puissent être facilement validées par rapport aux modifications de la classification, et vice versa.

Les tables de décision peuvent être utilisées pour le codage manuel et la sélection de la cause initiale du décès, ou pour la programmation d'un logiciel d'aide à cette tâche. Dans le passé, de telles bases de règles ont été développées par les utilisateurs du codage de la mortalité selon la CIM-10 dans le cadre d'une approche internationale, en s'appuyant sur la décision de modification des tables par un groupe international accrédité par l'OMS.

2.21.1 Diagnostic incertain

Ignorez les expressions indiquant un doute quant à la certitude du diagnostic, par exemple "apparemment", "vraisemblablement", "probablement" ou "peut-être". Un diagnostic provisoire, bien qu'incertain, est plus utile aux statistiques de mortalité que l'absence totale de diagnostic.

2.21.1.1 Soit ... ou

Le certificateur peut signaler des diagnostics alternatifs, "soit le diagnostic A, soit le diagnostic B". Dans ce cas, procédez comme suit.

2.21.1.2 Une affection, soit d'une localisation ou d'une autre

(a) Si les sites sont dans le même système anatomique, codez à la catégorie résiduelle pour le groupe ou le système anatomique dans lequel les sites déclarés sont classés.

Exemple 1

- 1 (a) Cancer du rein ou de la vessie
- (b)
- (c)
- (d)

Coder [2C9Z](#) *Tumeurs malignes des voies urinaires, sans précision*.

- (b) Si les sites déclarés se trouvent dans des systèmes anatomiques différents, ou s'il n'existe pas de catégorie résiduelle pour le groupe ou le système anatomique, codez à la catégorie résiduelle pour la maladie ou l'affection spécifiée.

Exemple 2

-
- 1 (a) Cancer de la glande surrénale ou du rein
 (b)
 (c)
 (d)

2

Codez comme [2D42](#) *Tumeurs malignes de localisations imprécises*, puisque la glande surrénale et le rein se trouvent dans des systèmes anatomiques différents.

2.21.1.3 Un site ou un système, soit une affection, soit une autre affection

- (a) Si les affections déclarées peuvent être classées dans différentes sous-catégories, et que la CIM fournit un groupe ou une catégorie pour la maladie en général, codez à la catégorie résiduelle de ce groupe/catégorie.

Exemple

1

-
- 1 (a) Volvulus sigmoïde [DB30.1](#) ou adhérences du gros intestin avec obstruction [DB30.2](#) [DB30](#)
 (b)
 (c)
 (d)

2

Puisque le volvulus sigmoïde ([DB30.1](#)) et l'adhérence du gros intestin avec obstruction ([DB30.2](#)) sont dans le même groupe, codez à la catégorie résiduelle [DB30.Z](#) *Obstruction du gros intestin, sans précision*

Exemple

2

-
- 1 (a) Dissection des artères cérébrales [8B22.0](#) ou infarctus cérébral [8B11.5Z](#) [8B00-8B2Z](#)
 (b)
 (c)

(d)

2

Puisque la dissection des artères cérébrales (8B22.0) et l'infarctus cérébral (8B11.5Z) sont dans le même groupe, coder la catégorie résiduelle 8B2Z *Maladies cérébrovasculaires, sans précision*.

(b) S'il n'y a pas de groupe ou de catégorie pour la maladie en général, codez à la catégorie résiduelle de la maladie du site/système anatomique commun aux affections rapportées.

Exemple 3

1 (a) Tuberculose ou cancer du poumon

(b)

(c)

(d)

2

Coder comme CB40.Y *Certaines autres maladies du système respiratoire*. Ces deux affections concernent le poumon.

Exemple 4

1 (a) Accident vasculaire cérébral ou crise cardiaque

(b)

(c)

(d)

2

Code comme BE2Z *Maladies de l'appareil circulatoire, sans précision*. Bien que l'accident vasculaire cérébral soit classé au chapitre du système nerveux, les deux affections sont des maladies de l'appareil circulatoire.

2.21.1.4 Soit une affection ou une autre, différents systèmes anatomiques

Lorsque différentes maladies de différents systèmes anatomiques sont signalées par la mention "soit ... soit", coder MG9Y *Autres symptômes généraux, signes ou résultats cliniques*.

Exemple 1

1 (a) Colique biliaire ou thrombose coronaire

(b)

(c)

(d)

2

Coder comme *MG9Y Autres symptômes généraux, signes ou résultats cliniques.*

2.21.1.5 Soit une maladie ou une blessure

Lorsque le décès est déclaré comme étant dû soit à une maladie, soit à une blessure, coder *MH14 Autres causes de mortalité imprécises et non précisées.*

Exemple 1

1 (a) Occlusion coronaire ou blessures de guerre

(b)

(c)

(d)

2

Code as *MH14 Autres causes de mortalité imprécises et non précisées.*

2.21.2 Effet des termes de liaison

Lorsque le certificateur utilise un terme de liaison, les codes attribués doivent être disposés de manière à refléter l'intention du certificateur. Il existe deux types de termes de liaison : ceux qui impliquent une relation causale et ceux qui n'impliquent pas de relation causale entre les causes de décès déclarées.

2.21.2.1 Relier les termes impliquant une relation de causalité

Une relation de causalité peut être exprimée de deux manières : "due à" écrit ou sous-entendu par un terme similaire ; ou "à pour effet" écrit ou sous-entendu par un terme similaire. Ceci s'applique à d'autres termes ou signes de liaison qui indiquent une relation "due à", tels que "causée par", "en raison de", ou similaires.

"Due à" écrit ou sous-entendu par un terme similaire

Lorsqu'une cause est certifiée avec un terme de liaison impliquant qu'elle est due à une autre cause, inscrivez le code de la première cause sur la ligne où elle est déclarée et le code de l'autre cause sur la ligne inférieure suivante. Codez toutes les causes déclarées sur les lignes restantes de la partie 1 sur les lignes inférieures suivantes.

Exemple 1

1 (a) Insuffisance cardiaque due à une cardiopathie ischémique

(b) Diabète

(c)

(d)

2

L'insuffisance cardiaque est la première cause sur la ligne (a), codez-la donc à la ligne (a). Elle est déclarée comme étant due à une cardiopathie ischémique, codez donc cardiopathie ischémique à la ligne (b). Déplacez le diabète, qui est écrit sur la ligne (b), à la ligne (c).

Exemple 2

1 (a) Insuffisance cardiaque due à un carcinome hépatocellulaire

(b) Maladie cardiaque ischémique

(c) Diabète

(d)

2

L'insuffisance cardiaque est la première cause sur la ligne 1(a), donc codez-la à la ligne (a). Elle est déclarée comme étant due à un carcinome hépatocellulaire, codez donc le carcinome hépatocellulaire à la ligne 1(b). Déplacez la cardiopathie ischémique, qui est déclarée à la ligne 1(b), à la ligne 1(c). Déplacez également le diabète, qui est déclaré à la ligne 1(c), à la ligne 1(d).

"À l'origine de" écrit ou sous-entendu par un terme similaire

Lorsqu'une cause est certifiée avec un terme de liaison impliquant qu'elle a entraîné une autre cause, inscrivez le code de la cause qui suit le terme de liaison sur la ligne où elle est rapportée, et le code de la cause qui précède le terme de liaison sur la ligne inférieure suivante. Codez toutes les causes déclarées sur les lignes restantes de la partie 1 sur les lignes inférieures suivantes.

Exemple 1

1 (a) Cardiopathie ischémique entraînant une insuffisance cardiaque

(b) Diabète

(c)

(d)

2

Coder l'insuffisance cardiaque, qui suit le terme de liaison "à l'origine de", à la ligne (a). Coder la cardiopathie ischémique, qui est déclarée avant le terme de connexion, est déplacé à la ligne (b). Déplacez le diabète, déclaré à la ligne (b), d'une ligne vers le bas et codez-le à la ligne (c).

Exemple 2

- 1 (a) Carcinome hépatocellulaire causant une insuffisance cardiaque
 - (b) Maladie cardiaque ischémique
 - (c) Diabète
 - (d)
- 2

Coder l'insuffisance cardiaque déclarée après le terme de connexion "causant", à la ligne 1(a). Codez le carcinome hépatocellulaire, qui est déclaré avant le terme de liaison, à la ligne 1(b). Déplacez la cardiopathie ischémique, déclarée à la ligne 1(b), à la ligne 1(c), et déplacez le diabète, qui est déclaré à la ligne 1(c), à la ligne 1(d). Ceci s'applique à d'autres termes ou signes de liaison qui indiquent une relation "à l'origine de", tels que "causant", "menant à", "évoluant en", et similaires.

2.21.2.2 Relier des termes n'impliquant pas de relation de causalité

Et" écrit ou sous-entendu par un terme similaire en premier ou en dernier sur une ligne

Le terme de liaison 'et' n'implique pas une relation causale, mais il indique que les termes qui le précèdent et le suivent doivent être comptés. Par conséquent, lorsqu'une ligne se termine par 'et', codez la ou les causes mentionnées sur la ligne immédiatement inférieure pour cette ligne, de sorte que le codage reflète l'énumération impliquée par le terme de connexion. De même, lorsqu'une ligne commence par 'et', considérez-la comme la continuation d'une énumération commençant sur la ligne précédente, et codez la ou les causes de cette ligne en dernier sur la ligne précédente. Codez toutes les causes signalées sur les lignes restantes de la partie 1 lorsqu'elles sont signalées. Ceci s'applique aux autres termes ou signes de connexion qui indiquent une énumération mais n'impliquent pas de relation de cause à effet, tels que "également", "plus", "en plus", "en plus", "+" ou la virgule.

Exemple 1

- 1 (a) Insuffisance cardiaque et
 - (b) Maladie cardiaque ischémique
 - (c) Diabète
 - (d)
- 2

La ligne 1(a) se termine par 'et', considérez donc que la 'cardiopathie ischémique', déclarée à la ligne (b), fait partie de l'énumération 'insuffisance cardiaque et cardiopathie ischémique'. Codez en conséquence et placez les codes pour l'insuffisance cardiaque et la cardiopathie ischémique sur la ligne 1(a). Coder le diabète à la ligne (b).

Exemple 2

- 1 (a) Insuffisance cardiaque
 - (b) Maladie cardiaque ischémique
 - (c) et le diabète
 - (d)
- 2

La ligne 1(c) commence par "et". Considérez que le diabète, déclaré à la ligne (c), fait partie de l'énumération "cardiopathie ischémique et diabète". Coder en conséquence, et placer les codes pour la cardiopathie ischémique et le diabète à la ligne 1(b).

Et" écrit ou sous-entendu par un terme similaire mais pas en premier ou dernier lieu sur une ligne

Si un terme de connexion qui n'implique pas de relation causale est écrit sur une ligne mais pas en première ni en dernière position, traitez-le comme une virgule. Ne reformatez pas le texte et ne déplacez aucune partie des causes rapportées sur une autre ligne.

Les termes de diagnostic qui ne s'arrêtent pas à la fin de la ligne

Si un terme de diagnostic commence sur une ligne de la partie 1 et se poursuit sur la ligne suivante, codez comme si le terme de diagnostic entier avait été écrit sur la ligne où le terme de diagnostic commence. Codez toutes les causes signalées sur les lignes restantes de la partie 1 où elles sont signalées.

Exemple 1

- 1 (a) Ischémique
 - (b) Cardiopathie
 - (c) Diabète de type 2
 - (d)
- 2

'Cardiopathie ischémique' est un terme de diagnostic rapporté sur deux lignes. Codez comme si le terme complet avait été écrit sur la ligne (a). Codez le diabète là où il est rapporté, sur la ligne (c).

Exemple 2

- 1 (a) Pneumonie
- (b) Maladie rénale chronique
- (c) Diabète de type 2

(d)

2

Le terme 'maladie rénale chronique' est un terme de diagnostic rapporté sur deux lignes. Reformatez le certificat et codez le terme complet 'maladie rénale chronique' sur la ligne (b). Codez également le diabète sur la ligne (b), puisqu'il continue la ligne où 'maladie rénale chronique' a été écrit.

2.21.3 Durée

2.21.3.1 Durée unique pour des affections multiples

Lorsque plus d'une affection est rapportée dans la même ligne avec une seule durée, considérez que chaque affection rapportée avait la même durée.

2.21.3.2 Modifier la temporalité des affections par la durée

La durée ne doit généralement pas être utilisée pour qualifier une affection d'aigüe ou de chronique, à moins que le terme indexé ne fournisse une durée spécifique ou que le guide de référence ne donne d'autres instructions (par exemple, la section [2.21.8.1 Maladies cardiaques rhumatismales aigües ou chroniques](#)). Notez que la description dans la classification ne doit pas être utilisée pour le codage (Section [3.4](#)).

2.21.4 Instructions "Coder aussi" dans le cas d'utilisation de la mortalité

En général, l'instruction "coder aussi" (voir également la section [2.7.2.1 "Coder aussi" et "Utiliser un code supplémentaire, si vous le souhaitez"](#)) n'est pas utilisée dans le codage des causes multiples puisque les informations sur l'étiologie sont fournies séparément sur le certificat de décès et seront codées séparément, ou ne sont pas fournies du tout.

Appliquez l'instruction "Codez aussi" lorsque les informations sur la manifestation et l'étiologie apparaissent dans un seul terme diagnostique rapporté par le certificateur, et que les informations sur l'étiologie ne sont pas rapportées séparément. Lorsque vous appliquez l'instruction "Codez aussi", placez le code de l'étiologie au début du groupe et ajoutez le code de la manifestation.

Exemple 1 : Insuffisance cardiaque

BD10-BD1Z Insuffisance cardiaque a une instruction de "coder aussi" l'affection causale. Cependant, dans le terme de diagnostic rapporté par le certificateur, aucune information n'est donnée sur cette affection causale. N'appliquez pas l'instruction 'Coder aussi'.

Exemple 2 : Acidose du diabétique de type 1

5A22 Acidose diabétique a pour instruction de "coder aussi" l'affection causale. L'affection causale est déclarée, qui dans ce cas est *5A10 Diabète sucré de type 1*. L'affection étiologique Diabète sucré de type 1 est considérée comme l'affection causale pour la tabulation primaire et est codée en premier (*5A10 Diabète sucré de type 1/5A22 Acidose diabétique*).

Exemple 3 : Sepsis à Salmonelle

Le sepsis à Salmonelle est un terme indexé de [1G40 Sepsis sans choc septique](#) qui a une instruction de 'coder aussi' l'affection causale complétée par une note de codage pour coder le type d'infection en premier. Le type d'infection dans ce cas est [1A09 Infections dues à d'autres Salmonella](#) et est codé en premier ([1A09/1G40](#)).

2.21.5 Tumeurs malignes

Pour attribuer le code de cause multiple correct à une tumeur, il y a deux concepts à prendre en compte : le fait que la tumeur signalée soit primitive ou secondaire, et son comportement.

La localisation primitive est l'emplacement anatomique où la tumeur a pris naissance. Une tumeur maligne peut se propager à d'autres parties du corps, et ces sites sont qualifiés de secondaires ou de métastases.

Le comportement (malin, in situ, bénin, incertain ou inconnu) d'une tumeur est la façon dont elle se propage dans le corps :

- Maligne – la tumeur envahit les tissus environnants ou se dissémine à partir de son point d'origine et commence à se développer sur une autre localisation.
- In situ – la tumeur est maligne mais reste entièrement confinée au tissu dans lequel il a pris naissance.
- Bénigne - la tumeur se développe dans son lieu d'origine sans risque de propagation.
- Comportement incertain - Tumeur présentant des caractéristiques morphologiques, phénotypiques ou génotypiques qui ne sont manifestement pas bénignes mais ne permettent pas d'établir un diagnostic définitif de malignité.
- Comportement inconnu - on ne sait pas si la tumeur est bénigne ou maligne.

La structure générale du chapitre 02 "Tumeurs" ci-dessous peut être comprise à partir de ces concepts comme suit :

- Tumeurs du cerveau ou du système nerveux central ([2A00-2A0Z](#))
- Tumeurs des tissus hématopoïétiques ou lymphoïdes ([2A20-2B3Z](#))
- Tumeurs, à l'exception des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques, du système nerveux central ou des tissus connexes ([2B50-2F9Z](#))

Les néoplasmes originaires du cerveau ou du système nerveux central, classés en [2A00-2A0Z](#), sont ensuite classés par site, histopathologie ou comportement.

Les néoplasmes originaires des tissus hématopoïétiques ou lymphoïdes, classés en [2A20-2B3Z](#), sont ensuite classés par histopathologie.

En d'autres termes, [2A00-2A0Z](#) ou [2A20-2B3Z](#) comprend les tumeurs primitives, qui peuvent être soit malignes soit bénignes.

Les néoplasmes provenant d'autres sites sont classés dans ([2B50-2F9Z](#)) et ce groupe est encore classé par comportement (c'est-à-dire malin, in situ, bénin, incertain ou inconnu), site ou histopathologie. Notez que les néoplasmes provenant d'autres sites et se disséminant

dans le cerveau, le système nerveux central, les tissus lymphoïdes, hématopoïétiques, sont inclus ici sous le bloc des métastases de tumeurs malignes.

Dans le codage de la mortalité, il est très important de déterminer la localisation primitive de la tumeur. Lorsque le certificat de décès est ambigu quant à la localisation primitive, tous les efforts doivent être faits pour obtenir une clarification de la part du certificateur. Les instructions qui suivent ne doivent être appliquées que lorsque la clarification ne peut être obtenue.

Dans les exemples de cette section, les codes ICD sont fournis à droite du certificat de décès. Ces codes représentent les codes de causes multiples attribués à chaque entrée. Ces codes de causes multiples peuvent être différents d'un code attribué lorsque l'entrée de diagnostic donnée a été rapportée seule sur le certificat (codage direct). Dans ce cas, le code de codage direct est indiqué entre crochets '}' à côté de l'expression diagnostique. L'explication de chaque exemple décrit que les codes entre crochets seront modifiés par d'autres informations sur le certificat (application du codage de cause multiple) et pour coder au code de cause multiple indiqué à droite.

Utilisation de l'outil de codage des tumeurs

À l'aide de l'outil de codage CIM, recherchez le terme rapporté sur le certificat pour décrire la tumeur. Si l'histopathologie et la localisation sont tous deux indiqués, entrez les deux dans l'outil de codage. Si l'histopathologie est incompatible avec la localisation déclarée de la tumeur (c'est-à-dire que la tumeur ne peut pas être primaire du site déclaré selon les manuels et autres ouvrages de référence), attribuez alors un code pour une tumeur de localisation non précisée pour l'histopathologie indiquée. Si l'histopathologie n'est pas indiquée, coder par localisation et par comportement, si signalé.

Ne pas attribuer *2D43 Tumeurs malignes de localisations primitives multiples indépendantes* lorsque plusieurs tumeurs sont mentionnées. Codez chaque tumeur maligne à l'aide de l'outil de codage, et sélectionnez la cause initiale en appliquant les règles de sélection et de modification de manière usuelle.

2.21.5.1 Comportement : malin, in situ, bénin, comportement incertain ou inconnu

Pour attribuer le code de cause multiple correct pour une tumeur, déterminez d'abord le comportement (malin, in situ, bénin, incertain ou inconnu) pour chacune des tumeurs rapportées sur le certificat de décès. Pour les tumeurs malignes, déterminez également s'il faut les coder comme primitives ou secondaires. À cette fin, appliquez les instructions qui suivent.

Le terme lui-même indique un comportement

Tout d'abord, utilisez l'outil de codage pour attribuer un code aux termes utilisés pour décrire les tumeurs. Une histopathologie ou un terme spécifique peut être attribué à un certain groupe de comportements.

Pour les tumeurs codées dans les catégories suivantes, présumez que le comportement est malin, sauf indication contraire, et passez à la section [2.21.5.2 Tumeurs malignes : primitives ou secondaires ?](#) :

- [2A00-2A0Z](#) Tumeurs du cerveau ou du système nerveux central
- [2A20-2B3Z](#) Tumeurs de tissus hématopoïétiques ou lymphoïdes
- [2A02.3](#) Tumeur bénigne des nerfs crâniens

Notez que le comportement donné par l'outil de codage pour un terme spécifique peut être modifié par d'autres informations sur le certificat. Suivez les instructions de cette section pour décider du comportement correct dans le codage des causes multiples.

D'autres informations sur le certificat indiquent un comportement

Si le terme utilisé pour décrire la tumeur n'indique pas un comportement spécifique, recherchez alors d'autres informations sur le certificat indiquant le comportement. Codez une tumeur de comportement non précisée, une tumeur décrite comme "in situ", ou une excroissance qui n'est pas codée au chapitre 02 (par exemple, certains polypes), comme maligne si l'une des affections ci-dessous s'applique :

- elle est signalée comme étant la cause d'une propagation secondaire (termes tels que infiltration, métastases, secondaires ou similaires) ou d'une cachexie (maligne), ou encore ;
- elle est signalée immédiatement à côté d'une mention de propagation secondaire, ou ;
- toutes les autres tumeurs signalées sont spécifiés comme étant une propagation secondaire, ou ;
- il n'y a aucune mention d'une autre tumeur sur la même partie du certificat, mais d'autres indications de malignité sont signalées n'importe où sur le certificat (par exemple, carcinose, cachexie maligne, transformation maligne), ou ;
- il est signalé comme étant dû à une tumeur maligne.

Si une tumeur est codée dans la catégorie du chapitre 02 pour les tumeurs bénignes mais qu'il est déclaré comme étant la cause de métastases ou d'infiltration, vérifiez s'il existe un code pour une variété maligne dans l'outil de codage et dans la liste tabulaire. S'il est trouvé, codez-la comme maligne. S'il n'y a pas de code pour une variété maligne, essayez d'abord d'obtenir des précisions auprès du certificateur. Si aucune autre information n'est disponible, acceptez alors la déclaration sur le certificat et codez la tumeur comme bénigne.

Si d'autres informations sur le certificat indiquent qu'une tumeur est maligne, passez à la section [2.21.5.2 Tumeurs malignes : primitives ou secondaires ?](#) pour attribuer le code correct.

S'il n'y a pas d'autres informations sur le certificat qui indiquent un comportement, codez comme comportement inconnu.

Exemple 1

1 (a) Métastases hépatiques [2D80.0](#)

(b) Tumeur du côlon {2F90} 2B90.Z

(c)

2

La tumeur du côlon est signalée comme étant la cause des métastases hépatiques ; il faut donc la coder comme Tumeur maligne du côlon, non spécifiée (2B90.Z).

Exemple 2

1 (a) Cachexie cancéreuse MG20.0

(b) Tumeur du côlon {2F90} 2B90.Z

(c)

2

La tumeur du côlon est signalée comme étant la cause de la cachexie maligne ; il faut donc la coder comme Tumeur maligne du côlon, non spécifiée (2B90.Z).

Exemple 3

1 (a) Métastases hépatiques et pulmonaires 2D80.0, 2D70

(b) Insuffisance respiratoire CB41.2Z

(c) Tumeur du côlon {2F90} 2B90.Z

2

Les métastases et l'insuffisance respiratoire peuvent toutes deux être dues à une tumeur du côlon. Selon les instructions sur la façon d'interpréter les relations de cause à effet dans la partie 1 (étape SP3), cela signifie que deux relations causales valides sont rapportées sur ce certificat, 1) métastases hépatiques et pulmonaires dues à une tumeur du côlon, et 2) insuffisance respiratoire due à une tumeur du côlon. Ces relations sont valides même si les métastases hépatiques et pulmonaires ne peuvent être dues à une insuffisance respiratoire. La tumeur du côlon est déclarée comme étant la cause de la propagation secondaire ; il faut donc la coder comme Tumeur maligne du côlon, non spécifiée (2B90.Z).

Exemple

4

1 (a) Tumeur du côlon {2F90} avec métastases hépatiques 2B90.Z,
2D80.0

(b)

(c)

2

La tumeur du côlon est signalée sur la même ligne que les métastases hépatiques et à côté d'elles ; il faut donc la coder comme Tumeur maligne du côlon, non spécifiée (2B90.Z).

Exemple 5

- | | | | |
|---|-----|--|---------------------------------|
| 1 | (a) | Tumeur mammaire, athérosclérose généralisée, cancer du côlon avec métastases hépatiques. | 2F95, BD40.Z,
2B90.Z, 2D80.0 |
| | (b) | | |
| | (c) | | |
| 2 | | | |

La tumeur du sein est signalée sur la même ligne que la propagation secondaire, mais pas à côté. Ne pas la considérer comme maligne. Coder comme Tumeurs de comportement inconnu du sein (2F95).

Exemple 6

- | | | | |
|---|-----|---------------------------------|--------------|
| 1 | (a) | Insuffisance respiratoire | CB41.2Z |
| | (b) | Tumeur du côlon {2F90} | 2B90.Z |
| | (c) | | |
| 2 | | Métastases du foie et du poumon | 2D80.0, 2D70 |

Tous les autres néoplasmes sont spécifiés en tant que propagation secondaire ; codez donc la tumeur du côlon comme Tumeur maligne du côlon, non spécifiée (2B90.Z).

Exemple 7

- | | | | |
|---|-----|------------------------|--------|
| 1 | (a) | Tumeur du côlon {2F90} | 2B90.Z |
| | (b) | | |
| | (c) | | |
| 2 | | Cachexie cancéreuse | MG20.0 |

Il n'y a pas de mention d'une autre tumeur mais la cachexie cancéreuse, une autre indication de malignité, est signalée dans la partie 2. Il faut donc coder la tumeur du côlon comme Tumeur maligne du côlon, non spécifiée (2B90.Z).

Exemple 8

- | | | | |
|---|-----|---------------------|--------|
| 1 | (a) | Tumeur de la vessie | 2F98 |
| | (b) | Tumeur du poumon | 2F91.1 |
| | (c) | | |
| 2 | | | |

Aucune information sur le certificat n'indique le comportement, codez la tumeur de la vessie comme Tumeur de comportement inconnu des organes urinaires (2F98) et la tumeur du poumon comme Tumeur de comportement inconnu de la trachée, des bronches ou du poumon (2F91.1).

2.21.5.2 Tumeurs malignes : primitives ou secondaires ?

Si une tumeur est codée comme maligne ou si son comportement est présumé malin par la section 2.21.5.1 Comportement : malin, in situ, bénin, incertain ou comportement inconnu ci-dessus, décidez ensuite si elle est primitive ou secondaire.

Parfois, les tumeurs malignes sont décrites comme 'métastatiques', ce qui peut faire référence soit à une tumeur maligne primitive qui a métastasé vers une autre localisation, soit à des tumeurs malignes secondaires provenant d'un autre endroit. Pour savoir comment coder les tumeurs décrites comme 'métastatiques', voir la section 2.21.5.6 Cancer 'métastatique'.

Localisations fréquentes de métastases

Lorsque vous choisissez entre les codes pour les tumeurs malignes primitives et secondaires, référez-vous à la liste suivante des sites courants de métastases :

- os
- cerveau
- diaphragme
- site mal défini
- foie
- poumon
- les ganglions lymphatiques
- médiastin
- méninges
- péritoine
- plèvre
- rétropéritoine
- la moelle épinière

Voir ci-dessous pour des instructions supplémentaires sur la façon de coder les néoplasmes des sites de cette liste.

Tumeur maligne déclarée comme primitive

Codez une tumeur maligne indiquée comme "primitive", "primitive dans", "originaire de", ou avec des termes similaires comme primitive.

Autre indication de tumeur maligne primitive

Codez une tumeur maligne comme primitive, bien qu'il n'ait pas été décrit comme primitive par le certificateur, si :

- toutes les autres tumeurs malignes figurant sur le certificat sont spécifiés comme secondaires ou comme métastases. Ceci s'applique même si le site non spécifié comme secondaire ou comme métastase figure sur la liste des localisations fréquentes de métastases.
- il est compris dans la plage de codes *2A20-2B3Z Tumeurs de tissus hématopoïétiques ou lymphoïdes* : Codez toutes les tumeurs malignes des tissus hématopoïétiques ou lymphoïdes comme primitives, sauf si le certificateur les spécifie comme secondaires ;
note : Une tumeur primitive des tissus hématopoïétiques et lymphoïdes peut se produire simultanément avec une autre tumeur primitive dans la même gamme de codes.
- le site ne figure pas sur la liste des localisations fréquentes de métastases.

Si le site figure sur la liste des localisations fréquentes de métastases, codez la tumeur maligne comme primitive si :

- l'histopathologie indique qu'elle est primitive de la localisation signalée ;
- elle est décrite comme étant causée par un facteur de risque connu de tumeurs malignes de la localisation indiquée (pour déterminer si l'affection signalée comme étant à l'origine de la tumeur est un facteur de risque connu, vérifiez si elle est mentionnée comme facteur de risque de la localisation concernée dans les manuels ou autres sources fiables) ;
- c'est la seule tumeur maligne mentionnée sur le certificat de décès, et elle n'est pas spécifiée comme "métastatique" :
exception : codez la tumeur maligne des ganglions lymphatiques comme secondaire, même s'il s'agit de la seule tumeur signalée sur le certificat, sauf si elle est spécifiée comme primitive ;
remarque : si la seule tumeur maligne signalée sur le certificat est une tumeur maligne du foie, et qu'elle n'est pas spécifiée comme primitive ou secondaire, codez-la comme primitive ;
- il s'agit d'une tumeur maligne du poumon, et toutes les autres tumeurs malignes mentionnées sur le certificat figurent sur la liste des localisations fréquentes de métastases ;
exception : codez le poumon comme secondaire si une autre tumeur maligne est déclarée dans la même partie du certificat (partie 1 ou partie 2) et que cette autre tumeur maligne est codée comme une tumeur maligne primitive ;
- il s'agit d'une tumeur maligne du poumon spécifiée comme bronchogène ou des bronches.

Codez une tumeur de comportement autre que malin comme maligne primitive si elle est signalée comme provoquant une propagation secondaire ou métastatique. Voir '**Autres informations sur le certificat indiquant le comportement**' ci-dessus.

- *exception* : Si des durées sont indiquées, les tumeurs secondaires ne doivent pas avoir une durée plus longue que la tumeur maligne primitive présumée ;
- *exception* : Si les morphologies sont indiquées, les tumeurs malignes secondaires et primitives présumées doivent avoir la même histopathologie.

Ne codez pas une tumeur de comportement autre que maligne comme maligne primitive s'il est déclaré comme la cause d'une autre tumeur qui ne serait pas codée comme maligne. Ne présumez pas de la malignité ou de la propagation métastatique. Codez les deux tumeurs selon l'outil de codage.

Exemple 1

1	(a)	Métastases cérébrales	2D50
	(b)	Tumeur du poumon {2F91.1}	2C25.Z
	(c)		
	(d)		
2			

La tumeur pulmonaire a provoqué des métastases cérébrales et est donc codée comme maligne. Les autres tumeurs malignes figurant sur le certificat sont décrites comme des métastases ; ils sont donc codés comme primaires au point [2C25.Z](#)].

Exemple 2

1	(a)	Cancer du pancréas	2C10.Z
	(b)	Cancer de l'estomac	2B72.Z
	(c)		
	(d)		
2			

Le pancréas et l'estomac ne figurent pas sur la liste des localisations fréquentes de métastases. Il faut donc coder les deux comme primitives aux rubriques Tumeur maligne du pancréas, sans précision ([2C10.Z](#)) et Tumeur maligne de l'estomac, sans précision ([2B72.Z](#)).

Exemple 3

1	(a)	Cancer du foie et du poumon {2C25.Z}	2C12.02 2D70
	(b)	Hépatite chronique	DB97.2
	(c)		
	(d)		

2

L'hépatite chronique augmente le risque de cancer primitif du foie. Il faut donc coder le cancer du foie comme primitif à Carcinome hépatocellulaire du foie (2C12.02). Codez le cancer du poumon comme secondaire à Métastase de tumeur maligne dans le poumon (2D70), car l'autre tumeur maligne signalée dans la même partie du certificat est codée comme primitive.

Exemple 4

1 (a) Cancer du rein et cancer du poumon {2C25.Z} [2C90], 2D70

(b)

(c)

(d)

2

Codez le cancer du rein comme primitif (2C90.Z) puisqu'il ne figure pas sur la liste des localisations fréquentes de métastases. Codez le cancer du poumon comme secondaire à Métastase d'une tumeur maligne dans le poumon (2D70) puisqu'elle est déclarée dans la même partie du certificat que le cancer du rein et que le cancer du rein est considéré comme primitif.

Exemple 5

1 (a) Tumeur du foie {2F90.Y} 2C12.02

(b)

(c)

(d)

2 Tumeur du poumon, probablement secondaire 2D70

Codez les deux tumeurs comme malignes, puisque le certificateur a décrit l'une des deux comme secondaire, ce qui est une preuve de comportement malin. Coder la tumeur du foie comme primitive, puisque l'autre tumeur maligne figurant sur le certificat est décrite comme secondaire. La qualification 'probablement' est ignorée ; voir section 2.21.1 Diagnostic incertain.

Exemple 6

1 (a) Atteinte métastatique de la paroi thoracique 2E0Y

(b) Carcinome in situ du sein {2E65.Z} 2C6Z

(c)

(d)

2

Codez le carcinome in situ du sein comme malin parce qu'il est signalé comme la cause de la propagation secondaire, et codez comme primaire à Tumeurs malignes du sein, non spécifiées (2C6Z) car l'autre tumeur maligne est décrite comme secondaire.

Exemple 7

- 1 (a) Tumeur maligne secondaire du poumon et du cerveau 2D70, 2D50
 - (b) Polype de l'estomac {DA44.Z} 2B72.Z
 - (c)
 - (d)
- 2

Codez le polype de l'estomac comme malin car il est signalé comme la cause de la propagation secondaire, et codez comme primitives à Tumeurs malignes de l'estomac, non spécifiées (2B72.Z) car toutes les autres tumeurs malignes sont décrites comme secondaires.

Exemple 8

- 1 (a) Cancer du cerveau (gliome) 2A00.OZ
 - (b)
 - (c)
 - (d)
- 2 Cancer du rein 2C90.Z

Le cerveau figure sur la liste des localisations fréquentes de métastases, mais l'histopathologie du gliome indique qu'elle est primitive dans le cerveau. Codez le cancer du cerveau comme primitif à Gliomes du cerveau, non spécifiés (2A00.OZ). Le rein n'est pas sur la liste des localisations fréquentes, codez donc comme primitif à Tumeurs malignes du rein, sauf bassin rénal, sans précision (2C90.Z).

Exemple 9

- 1 (a) Cancer des os (ostéosarcome) 2B51.Z
 - (b) Cancer du côlon
 - (c)
 - (d) 2B90.Z
- 2

L'os figure sur la liste des localisations fréquentes de métastases, mais l'ostéosarcome histopathologique indique qu'il est primitif dans l'os. Codez le cancer de l'os comme primitif à Ostéosarcome de l'os et du cartilage articulaire de sites non spécifiés (2B51.Z). Le côlon ne figure pas sur la liste des localisations fréquentes, il faut donc coder comme primitif à Tumeurs malignes du côlon, non précisées (2B90.Z).

Exemple 10

- 1 (a) Cancer du cerveau [2A00.5](#)
 - (b)
 - (c)
 - (d)
- 2

Le cerveau figure sur la liste des localisations fréquentes de métastases, mais c'est la seule tumeur maligne mentionnée sur le certificat et il n'est pas décrit comme métastatique. Codez le cancer du cerveau comme primitif à Tumeur primitive du cerveau de type inconnu ou non spécifié (2A00.5).

Exemple 11

- 1 (a) Cancer des ganglions lymphatiques cervicaux [2D60.0](#)
 - (b)
 - (c)
 - (d)
- 2

Les ganglions lymphatiques figurent sur la liste des localisations fréquentes de métastases, et c'est la seule tumeur maligne mentionnée sur le certificat, mais elle n'est pas décrite comme primitive. Codez le cancer des ganglions lymphatiques cervicaux comme secondaire à Métastase de tumeur maligne dans les ganglions lymphatiques de la tête, du visage ou du cou (2D60.0).

Exemple 12

- 1 (a) Cancer primitif dans la prostate [2C82.Z](#)
 - (b)
 - (c)
 - (d)
- 2

Le cancer est décrit comme primitif dans la prostate. Codez à Tumeurs malignes de la prostate, non spécifiés (2C82.Z).

Tumeur maligne rapportée comme secondaire

Si le certificateur décrit une tumeur comme secondaire, codez comme une tumeur maligne secondaire à Métastases de tumeur maligne (2D50-2E2Z). Utilisez l'outil de codage pour trouver le code approprié.

Autre indication de tumeur maligne secondaire

Codez une tumeur maligne non spécifiée comme primitive ou secondaire comme secondaire si :

- le site figure sur la liste des localisations fréquentes de métastases :
 - *exception* : si une seule tumeur maligne est mentionnée et qu'elle n'est pas spécifiée comme "métastatique", codez la tumeur comme primitive. *Note* : ceci ne s'applique pas aux ganglions lymphatiques, qui sont toujours codés comme secondaires, même si c'est la seule tumeur rapportée sur le certificat, à moins qu'elle ne soit spécifiée comme primitive.
 - *exception* : codez le poumon comme primitif si toutes les autres localisations de la même partie du certificat (partie 1 ou partie 2) figurent sur la liste des localisations fréquentes de métastases. Cependant, codez le poumon comme secondaire si l'une des localisations fréquentes de métastases rapportées dans la même partie du certificat est considéré comme primitive, de par son histopathologie ou en étant décrit comme causé par un facteur de risque connu pour les tumeurs malignes de ce site.
 - *exception* : codez une tumeur maligne figurant sur la liste des localisations fréquentes de métastases comme primitive, si toutes les autres tumeurs malignes figurant sur le certificat sont spécifiés comme secondaires ou comme métastases. Ceci s'applique que ces autres tumeurs malignes figurent ou non sur la liste des localisations fréquentes de métastases.
 - *exception* : coder comme primitive une tumeur maligne figurant sur la liste des localisations fréquentes de métastases, si l'histopathologie est indiquée et est compatible avec la localisation. (Pour déterminer si une histopathologie mentionnée est compatible avec la localisation, se référer aux manuels ou autres sources fiables).
- non spécifié, qu'elle soit primitive ou secondaire, et le certificateur déclare que le cancer est primitive dans une autre localisation. Ceci s'applique que la localisation figure ou non sur la liste des localisations fréquentes de métastases :
 - Quel que soit la localisation, ne pas coder une tumeur comme secondaire si elle est d'une histopathologie différente d'une autre tumeur déclaré primitive. Voir également la section '[2.21.5.3 Plus d'une tumeur maligne primitive](#)'.
- non spécifié, qu'elle soit maligne, in situ ou bénigne, et elle est déclarée comme étant due à une tumeur maligne :
 - *exception* : si les durées sont indiquées, ne codez pas la tumeur non spécifié comme secondaire si elle a une durée plus longue que les durées de la tumeur maligne déclarée comme cause du néoplasme non spécifié.
- l'histopathologie indique que la tumeur ne peut pas être primitive de la localisation indiquée. Dans ce cas, utilisez à la fois le code par défaut pour une tumeur primaire de

l'histopathologie concernée et un code pour une tumeur maligne secondaire de la localisation indiquée.

Si toutes les localisations figurent sur la liste des localisations fréquentes de métastases, codez toutes les localisations comme secondaires. Il est recommandé d'ajouter un code pour le primitif inconnu. Coder 2D4Z Tumeurs malignes non précisées de localisations mal définies ou non précisées, si aucune histopathologie n'est indiquée. Si l'histopathologie est indiquée, il faut alors coder le code 'site non spécifié' pour l'histopathologie concernée. - *exception* : Si tous les sites figurent sur la liste des sites communs de métastases mais que l'un d'entre eux est le poumon, alors coder le poumon comme primaire.

Si le certificat indique que le site primaire était inconnu, codez alors tous les sites de néoplasme mentionnés sur le certificat comme secondaires. (Voir également la section [2.21.5.5 Localisation primitive inconnue](#)).

Ne pas utiliser l'ordre d'entrée pour déterminer si un néoplasme spécifié comme malin est primaire ou secondaire. Codez un néoplasme malin signalé comme étant dû à un autre néoplasme malin comme secondaire uniquement s'il est décrit comme secondaire, propagation métastatique ou similaire, ou s'il figure sur la liste des sites courants de métastases.

Ne confondez pas "primaire" et "primaire dans". Alors que "primaire dans" identifie une des nombreuses tumeurs malignes de la même histopathologie ou non spécifiée que la tumeur primaire, "primaire" signifie simplement que le néoplasme malin n'était pas secondaire. Il ne signifie pas nécessairement que tous les autres néoplasmes malins mentionnés sur le certificat étaient secondaires.

Exemple 1

- | | | | |
|---|-----|---|--------|
| 1 | (a) | Carcinome des glandes surrénales {2D11.Z} | 2E07 |
| | (b) | | |
| | (c) | | |
| | (d) | | |
| 2 | | Primitif dans le rein | 2C90.Z |

La tumeur maligne des glandes surrénales est considérée comme secondaire puisque le certificat indique que le cancer était primitif dans le rein. Codez le carcinome des glandes surrénales comme secondaire à Métastase de tumeur maligne dans la glande surrénale (2E07) et le primitif dans le rein comme primitif à Tumeurs malignes du rein, à l'exception du bassin rénal, non précisé (2C90.Z).

Exemple 2

- | | | | |
|---|-----|--------------------------------|------|
| 1 | (a) | Cancer de la prostate {2C82.Z} | 2E06 |
| | (b) | Site primitif inconnu | |

(c)

(d)

2

La localisation primitive est décrite comme inconnue. Codez à Tumeurs malignes non précisées de localisations mal définies ou non précisées (2D4Z). Coder le cancer de la prostate comme secondaire à Métastases de tumeurs malignes dans les organes génitaux masculins (2E06) puisque la tumeur maligne primitive était clairement dans une autre localisation.

Exemple 3

- 1 (a) Tumeur cérébrale {2A00.5} 2D50
(b) Cancer du sein 2C60-2C6Z
(c)
(d)

2

Codez la tumeur cérébrale comme maligne, puisqu'elle est déclarée comme étant due à une tumeur maligne : le cancer du sein. Coder aussi comme secondaire au 2D50, puisqu'elle figure sur la liste des localisations fréquentes de métastases. Codez le cancer du sein comme Tumeurs malignes du sein, non précisées (2C6Z).

Exemple 4

- 1 (a) Tumeur cérébrale {2A00.5} 2D50
(b) Cancer du poumon 2C25.Z
(c)
(d)

2

Codez la tumeur cérébrale comme maligne, car elle est déclarée comme étant due à une tumeur maligne cancer du poumon. Codez également comme secondaire à Métastase d'une tumeur maligne dans le cerveau (2D50)), puisqu'il figure sur la liste des localisations fréquentes de métastases et qu'il est déclaré avec le cancer du poumon. Coder le cancer du poumon comme primitif à Tumeur maligne des bronches ou du poumon, non précisée (2C25.Z), puisque la seule autre tumeur signalé figure sur la liste des localisations fréquentes de métastases.

Exemple

5

- 1 (a) Croissance du cancer dans le foie {2C12.02} et les ganglions lymphatiques 2D80.0, 2D6Z
(b)

(c)

(d)

2 Tumeur maligne de l'estomac

2B72.Z

Codez la croissance du cancer dans le foie et les ganglions lymphatiques comme secondaires, respectivement à Métastase d'une tumeur maligne dans le foie (2D80.0) et à Métastase d'une tumeur maligne dans un ganglion lymphatique non spécifié (2D6Z), puisqu'ils figurent tous deux sur la liste des localisations fréquentes de métastases. Codez également l'estomac comme primitif à Tumeurs malignes de l'estomac, non précisées (2B72.Z).

Exemple

6

1 (a) Cancer du poumon, de la plèvre {2C26.Z} et de la paroi thoracique {2D4Z} 2C25.Z, 2D72, 2E0Y

(b)

(c)

(d)

2

Coder le cancer du poumon comme primitif à Tumeurs malignes des bronches ou du poumon, non précisées (2C25.Z), puisque les autres localisations mentionnées sur le certificat, plèvre et paroi thoracique, figurent sur la liste des localisations fréquentes de métastases. Coder le cancer de la plèvre et de la paroi thoracique comme secondaire au 2D72 et les métastases de tumeurs malignes dans d'autres localisations précisées (2E0Y), respectivement.

Exemple 7

1 (a) Mésothéliome de la plèvre 2C26.0, 2D60.Z

(b)

(c)

(d)

2

La plèvre figure sur la liste des localisations courantes de métastases mais l'histopathologie du mésothéliome indique qu'elle est primitive dans la plèvre. Codez comme primitive à Mésothéliome de la plèvre (2C26.0). Codez la tumeur maligne des ganglions lymphatiques comme secondaire à 2D60.Z, puisque les ganglions lymphatiques figurent sur la liste des localisations fréquentes de métastases.

Exemple 8

1 (a) Cancer de la vessie 2C94.Z

(b) Cancer du rein 2C90.Z

(c)

(d)

2

La vessie et le rein ne figurent pas sur la liste des localisations fréquentes de métastases, et ni l'un ni l'autre n'est décrit comme primitif. Il faut donc coder les deux comme primitives aux rubriques Tumeurs malignes de la vessie, sans précision (2C94.Z) et *2C90.Z Tumeurs malignes du rein, à l'exception du bassin, sans précision*.

Exemple 9

1 (a) Ostéosarcome du sacrum [2B51.2](#)

(b) Cancer à cellules claires du rein [2C90.Y](#)

(c)

(d)

2

Codez les deux tumeurs malignes comme primitives. L'os figure sur la liste des localisations fréquentes de métastases mais l'ostéosarcome histopathologique indique qu'elle est primitive au sacrum. Codez comme primitive à Ostéosarcome de l'os ou du cartilage articulaire du bassin (2B51.2). De plus, l'histopathologie est différente de celle du cancer à cellules claires du rein.

Exemple 10

1 (a) Ostéosarcome du poumon [2B51.Z, 2D70](#)

(b)

(c)

(d)

2

L'histopathologie (ostéosarcome) indique une tumeur primitive de l'os, et la localisation signalée (poumon) est incompatible avec l'histopathologie. Codez comme primitive à Ostéosarcome de l'os et du cartilage articulaire de localisations non précisées (2B51.Z), et ajoutez un code pour Métastase de tumeur maligne dans le poumon (2D70).

2.21.5.3 Plus d'une tumeur maligne primitive

Si plus d'une tumeur maligne primitive est signalée sur le même certificat, codez chaque tumeur maligne primitive comme primitive. Les indications de plus d'une tumeur maligne primitive sont :

- différentes histopathologies ;
- une histopathologie spécifique à la localisation rapportée avec une tumeur maligne d'une autre localisation qui ne figure pas sur la liste des localisations fréquentes de métastases ;
- les localisations ne figurent pas sur la liste des localisations fréquentes de métastases :

Si un terme histopathologique est plus spécifique et qu'il est un exemple d'un terme histopathologique plus général également rapporté sur le certificat, alors considérez que les deux font référence à la même tumeur.

Ne considérez pas le terme "cancer" comme un terme histopathologique, mais comme un synonyme de "tumeur maligne". Au contraire, le terme "carcinome" est un terme histopathologique qui décrit une tumeur maligne d'origine épithéliale.

Exemple 1

-
- | | | |
|---|--|------------------------|
| 1 | (a) Carcinome à cellules transitionnelles de la vessie | 2C94.2 |
| | (b) | |
| | (c) | |
| | (d) | |
| 2 | Ostéosarcome, primitif dans le genou | 2B51.1 |

La vessie à la ligne (a) ne figure pas sur la liste des localisations fréquentes de métastases. La tumeur maligne signalé dans la partie 2 est spécifié comme primitif dans le genou, mais comme les deux tumeurs sont d'histopathologie différente, coder les deux comme primitives au carcinome urothélial de la vessie (2C94.2) et à l'ostéosarcome de l'os ou du cartilage articulaire des membres (2B51.1), respectivement.

Exemple 2

-
- | | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| 1 | (a) Hépatome | 2C12.02 |
| | (b) Cancer du sein | 2C6Z |
| | (c) | |
| | (d) | |
| 2 | | |

Coder l'hépatome comme primitive dans Carcinome hépatocellulaire du foie (2C12.02), car l'histopathologie "hépatome" indique une tumeur maligne primitive du foie. Coder le cancer du sein comme primitive à Tumeur maligne du sein, non précisée (2C6Z), car le sein ne figure pas sur la liste des localisations fréquentes de métastases.

Exemple 3

-
- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------|
| 1 | (a) Glioblastome du cerveau | 2A00.00 |
|---|-----------------------------|-------------------------|

(b) Cancer du sein 2C6Z

(c)

(d)

2

Le cerveau figure sur la liste des localisations fréquentes de métastases, mais l'histopathologie du glioblastome indique qu'elle est primitive dans le système nerveux central, généralement dans le cerveau. Codez le glioblastome du cerveau comme primitif à Glioblastome du cerveau (2A00.00). Codez également le cancer du sein comme primitif à Tumeurs malignes du sein, non précisées (2C6Z), puisque le sein ne figure pas sur la liste des localisations fréquentes de métastases.

2.21.5.4 Site non clairement indiqué

Si une tumeur maligne est décrite comme étant dans la "zone" ou la "région" d'une localisation, ou si la localisation est préfixée par "péri", "para", "pré", "supra", "infra" ou des expressions semblables, vérifiez d'abord si ce terme composé est inclus dans l'outil de codage.

Si le terme composé ne figure pas dans l'outil de codage, il faut coder en fonction de l'histopathologie appropriée de la localisation mal définie non précisée. Autres tumeurs malignes précisées de localisations fréquentes mal définies ou non précisées (2D4Y) est utilisé pour les histopathologies précisées mais non classables ailleurs.

Si aucun de ces cas ne s'applique, ou si l'histopathologie n'est pas indiquée, coder 2D42 *Tumeurs malignes de localisations imprécises*.

Lorsque la localisation d'une tumeur maligne primitive n'est pas spécifiée, ne faites aucune supposition quant à la localisation primitive à partir de la localisation d'autres affections rapportées telles que la perforation, l'obstruction ou l'hémorragie. Ces affections peuvent survenir dans des localisations sans rapport avec la tumeur. Par exemple, une obstruction intestinale peut être causée par la propagation d'une tumeur maligne de l'ovaire.

Exemple 1

1 (a) Léiomyosarcome dans la région du pancréas 2B58.Z

(b)

(c)

(d)

2

Coder comme Léiomyosarcome, localisation primitive non précisée (2B58.Z).

Exemple 2

- 1 (a) Carcinome dans la région du poumon [2C29.Z](#)
 - (b)
 - (c)
 - (d)
- 2

Coder comme Tumeurs malignes d'autres localisations ou de localisations mal définies dans le système respiratoire ou les organes intrathoraciques, sans précision (2C29.Z)

Exemple 3

- 1 (a) Obstruction des intestins [DB30.Z](#)
 - (b) Carcinome [2D4Z](#)
 - (c)
 - (d)
- 2

Codez le carcinome comme Tumeurs malignes non précisées de localisations mal définies ou non précisées (2D4Z).

2.21.5.5 Localisation primitive inconnue

Si le certificat indique que la localisation primitive est inconnue et ne mentionne pas de localisation primitive possible, codez dans la catégorie de la localisation non précisée pour le type histopathologique concerné. Par exemple, codez l'adénocarcinome en Adénocarcinome de localisation non précisée (2D40), et l'ostéosarcome en Ostéosarcome des os et du cartilage articulaire de localisations non précisées (2B51.Z).

Si le certificat mentionne une localisation primitive probable ou possible, ne tenez pas compte de l'expression indiquant le doute et codez à cette localisation. Voir également la section [2.21.1 Diagnostic incertain](#).

Si le certificat mentionne plusieurs localisations primitives possibles, sélectionnez un code conformément aux instructions de la section [2.21.1.2 Une affection, soit une localisation ou une autre](#) ci-dessus.

Exemple 1

- 1 (a) Carcinome secondaire du foie [2D80.0](#)
- (b) Localisation primitive inconnue [2D41](#)

(c)

(d)

2

Le certificat indique que le site primaire est inconnu. Pour la ligne 1(b), coder comme Carcinome non spécifié de site non spécifié (2D41).

Exemple 2

-
- | | | | |
|---|-----|---------------------------------|--------|
| 1 | (a) | Métastases généralisées | 2E2Z |
| | (b) | Mélanome | 2C30.Z |
| | (c) | Localisation primitive inconnue | 2D41 |
| | (d) | | |

2

Le certificat indique que la localisation primitive est inconnue. Codez comme Mélanome de la peau, non précisée (2C30.Z).

Exemple

3

-
- | | | | |
|---|-----|---|--|
| 1 | (a) | Carcinome secondaire du foie | 2D80.0 |
| | (b) | Localisation primitive inconnue, probablement à l'estomac | 2B72.Z Tumeurs malignes de l'estomac, sans précision |
| | (c) | | |
| | (d) | | |

2

Le certificat indique que la localisation primitive est inconnue, mais il mentionne également l'estomac comme localisation primitive possible. Ignorez 'possible' et codez la ligne 1(b) comme Tumeurs malignes de l'estomac, non précisées (2B72.Z).

Exemple

4

-
- | | | | |
|---|-----|---|--------|
| 1 | (a) | Carcinome secondaire du foie | 2D80.0 |
| | (b) | Localisation primitive inconnue, probablement à l'estomac {2B72.Z} ou au côlon {2B90.Z} | 2C11.Z |
| | (c) | | |
| | (d) | | |

Le certificat indique que la localisation primitive est inconnue, mais il mentionne également l'estomac ou le côlon comme localisation primitive possible. Codez la ligne 1(b) comme Tumeurs malignes d'autres organes digestifs ou d'organes mal définis, sans précision (2C11.Z).

2.21.5.6 Cancer métastatique

Remarque : L'expression "métastatique" pose souvent un problème dans la langue anglaise. Les pays utilisant des langues autres que l'anglais ne doivent traduire que la partie nécessaire de cette section.

Les tumeurs qualifiées de métastatiques sont toujours malignes. L'adjectif "métastatique" peut être utilisé de deux façons : le plus souvent pour décrire une tumeur primitive qui s'est propagée = métastasée à un autre site ou organe (par exemple, cancer du sein métastatique), et parfois pour décrire le site secondaire ou l'emplacement où la tumeur primitive s'est propagée = métastasée (par exemple, cancer métastatique du foie). Dans la Fondation CIM-11, l'adjectif "métastatique" suivi d'un site/organe (sans préposition) est toujours utilisé dans le sens d'un néoplasme primaire de ce site/organe particulier qui s'est propagé dans un autre site.

Pour le codage de la mortalité à causes multiples, suivez toujours les instructions de cette section. Ceci s'applique même si l'outil de codage indique un code CIM pour un néoplasme "métastatique" ou une maladie "métastatique" autre que le code auquel vous arriveriez en suivant ces instructions. Par exemple, la recherche peut conduire à un code dans la section 'métastases de néoplasme malin', mais les instructions de codage des causes multiples peuvent vous indiquer de coder le néoplasme comme primitive. Si tel est le cas, suivez les instructions et codez le néoplasme comme primitive.

Tumeur maligne "métastatique" à partir d'une localisation précisée

Si une tumeur maligne est décrite comme 'métastatique à partir' d'une localisation précisée, ou si une relation 'due à' implique une propagation à partir d'une localisation précisée, coder au primitif de ce site. Ceci s'applique également aux localisations figurant sur la liste des localisations communes de métastases. Voir la section 2.21.5.2 pour les blocs utilisés pour les tumeurs malignes primitives.

Tumeur maligne "métastatique" sur une localisation déterminée

Si une tumeur maligne est décrite comme 'métastatique à' une localisation précisée, ou si une relation 'due à' implique une propagation à une localisation précisée, coder secondairement cette localisation, que la localisation figure ou non sur la liste des localisations fréquentes de métastases. Utilisez un code dans 2D50-2E2Z 'Métastases de tumeur maligne' pour cette localisation secondaire. Cependant, si une histopathologie est rapportée, coder dans la sous-catégorie 'localisation non précisée' de ce type histopathologique.

Tumeur maligne métastatique de la localisation A à la localisation B

Une tumeur maligne décrite comme étant métastatique de la localisation A à la localisation B doit être interprétée comme étant primaire du site A et secondaire du site B.

Tumeur "métastatique" d'une histopathologie spécifique.

Si le certificat fait état d'une tumeur maligne précisée comme 'métastatique' d'un type histopathologique classable dans une catégorie de cancer qui ne mentionne qu'une histopathologie spécifique, et que la localisation rapportée est cohérente avec le type histopathologique, alors codez pour une tumeur maligne primitive du type histopathologique précisée. Utilisez la sous-catégorie la localisation appropriée pour le type histopathologique ou la localisation précisée.

Si le cancer "métastatique" indiqué sur le certificat et la localisation ne correspondent pas au type histopathologique, codez alors pour une tumeur maligne secondaire de la localisation précisée. Ajoutez également un code pour une tumeur maligne primitive de localisation non précisée pour le type histopathologique indiqué.

Lors de l'application des instructions restantes sur les "métastatiques", ne changez pas les codes dans *2A00-2A0Z Tumeurs du cerveau ou du système nerveux central*, *2B50-2B5Z Tumeurs mésoenchymateuses malignes*, *2C30-2C3Z Tumeurs malignes de la peau*, *2C40-2C4Z Tumeurs malignes des nerfs périphériques ou du système nerveux autonome*, ou affectés selon les instructions de cette sous-section Tumeur "métastatique" d'une histopathologie spécifique, aux codes des tumeurs malignes secondaires (2D50-2E2Z).

Exemple 1

- 1 (a) Ostéosarcome du sacrum, métastatique 2B51.2
 - (b)
 - (c)
 - (d)
- 2

La localisation du sacrum est cohérente avec un cancer primitif de l'os. Codez comme Ostéosarcome de l'os ou du cartilage articulaire du bassin (2B51.2).

Une tumeur maligne "métastatique" sur la liste des localisations fréquentes de métastases

Si le certificat mentionne une seule tumeur maligne, qu'il figure sur la liste des localisations fréquentes de métastases et qu'il est précisé comme 'métastatique', codez alors la tumeur comme secondaire, même si aucune autre tumeur n'est mentionnée sur le certificat. Ajoutez également un code pour la tumeur maligne primitive non précisée (2D4Z).

- *exception* : Codez comme primitive une tumeur, même si elle est décrite comme "métastatique", d'une localisation figurant sur la liste des localisations fréquentes de

métastases, lorsqu'elle est signalée comme étant due à une affection qui augmente le risque de tumeur maligne de ce site ou de ce tissu.

- *exception* : Si la seule tumeur maligne mentionnée sur le certificat est une tumeur "métastatique" du poumon, coder Tumeurs malignes des bronches ou du poumon, non précisées (2C25.Z). Si une autre tumeur maligne est mentionnée qui ne figure pas sur la liste des localisations communes de métastases, alors codez une tumeur maligne 'métastatique' du poumon comme Métastase de tumeur maligne dans le poumon (2D70). Ceci s'applique que le poumon soit mentionné ou non dans la même partie du certificat que l'autre tumeur maligne.
- *exception* : Pour les tumeurs "métastatiques" d'une histopathologie spécifique et sur la liste des localisations fréquentes de métastases, voir "**Tumeur métastatique d'une histopathologie spécifique**" ci-dessus.

Notez qu'une tumeur maligne d'une localisation figurant sur la liste des localisations fréquentes de métastases est codée comme primitive s'il s'agit de la seule localisation mentionnée et qu'elle n'est pas décrite comme 'métastatique'. Voir également '**Autre indication de tumeur maligne primitive**' ci-dessus.

Exemple 1

-
- | | | | |
|---|-----|--|--------|
| 1 | (a) | Cancer métastatique du poumon (adénocarcinome) | 2C25.0 |
| | (b) | | |
| | (c) | | |
| | (d) | | |
- 2

L'adénocarcinome peut être primitif dans le poumon. Le poumon est la seule localisation mentionnée ou sous-entendu sur le certificat. Codez comme tumeur maligne primitive du poumon à Adénocarcinome des bronches ou du poumon (2C25.0).

Si le certificat mentionne plusieurs tumeurs malignes qui figurent sur la liste des localisations fréquentes de métastases et qu'un ou plusieurs d'entre elles sont spécifiés comme 'métastatiques', codez-les tous comme des tumeurs malignes secondaires. Ajoutez également un code pour la tumeur maligne primitive non précisée 2D4Z.

- *exception* : Codez une "tumeur métastatique du poumon" comme un tumeur maligne primitive du poumon. Tumeurs malignes des bronches ou du poumon, non précisées (2C25.Z) si toutes les autres localisations de tumeurs indiquées sur le certificat de décès

figurent sur la liste des localisations fréquentes de métastases, qu'elles soient décrites comme "métastatiques" ou non.

- *exception* : Pour les tumeurs 'métastatiques' d'une histopathologie spécifique' qui figurent sur la liste des localisations fréquentes de métastases, voir la sous-section '**Tumeur maligne métastatique d'une histopathologie spécifique**' ci-dessus.

Tumeur maligne "métastatique" ne figurant pas sur la liste des localisations fréquentes de métastases

Si le certificat ne mentionne qu'une seule tumeur maligne et que cette tumeur ne figure pas sur la liste des localisations fréquentes de métastases mais qu'elle est spécifiée comme "métastatique", codez alors comme tumeur maligne primitive cette localisation particulière.

Si le certificat mentionne plusieurs tumeurs malignes qui ne figurent pas sur la liste des localisations fréquentes de métastases et que tous sont spécifiés comme "métastatiques", codez toutes les tumeurs comme primitives.

Si le certificat mentionne plusieurs tumeurs malignes, qu'aucune d'entre elles ne figure sur la liste des localisations fréquentes de métastases et que certaines, mais pas toutes, sont spécifiées comme "métastatiques", codez alors une tumeur non spécifiée comme "métastatique" comme primitive et une tumeur spécifiée comme "métastatique" comme secondaire.

Voir la section [2.21.5.2 Tumeurs malignes : primitives ou secondaires ?](#) pour les blocs utilisés pour les primitives ou les secondaires.

Tumeur maligne "métastatique", certaines figurant sur la liste des localisations fréquentes de métastases et d'autres non.

Si le certificat mentionne plusieurs tumeurs malignes et que certaines, mais pas toutes, figurent sur la liste des localisations fréquentes de métastases et que certaines, mais pas toutes, sont spécifiées comme 'métastatiques', alors codez une tumeur figurant sur la liste des localisations fréquentes de métastases comme secondaire ([2D50-2E2Z](#)). De même, codez une tumeur ne figurant pas sur la liste des localisations fréquentes de métastases et spécifiée comme 'métastatique' comme secondaire, et une tumeur ne figurant pas sur la liste des localisations fréquentes de métastases et non spécifiée comme 'métastatique' comme primitive (voir section [2.21.5.2](#) pour les blocs utilisés pour les tumeurs malignes primitives).

- *exception* : Codez les tumeurs, même si elles sont décrites comme "métastatiques", comme primitives lorsqu'elles sont déclarées comme étant dues à une affection qui augmente le risque de tumeur maligne de cette localisation ou de ce tissu, que la localisation figure ou non sur la liste des localisations fréquentes de métastases.

Exemple 1

1	(a) Cancer du foie	2D80.0
---	--------------------	--------

(b) Cancer du côlon métastatique 2B90

(c)

(d)

2

Codez comme métastase de tumeur maligne dans le foie (2D80.0) et tumeurs malignes du côlon, sans précision (2B90.Z). Le foie figure sur la liste des localisations fréquentes de métastases, mais pas le côlon.

Exemple 2

1 (a) Cancer de la vésicule biliaire métastatique 2C13.Z

(b) Cancer du côlon métastatique 2B90.Z

(c)

(d)

2

Codez à la fois les Tumeurs malignes de la vésicule biliaire, non précisées (2C13.Z) et les Tumeurs malignes du côlon, non précisées (2B90.Z) comme primitives. L'ordre d'entrée n'affecte pas le codage.

2.21.6 Séquelles

Une séquelle est une affection chronique résultant d'une affection aiguë et qui commence pendant cette affection aiguë. L'affection aiguë elle-même n'est plus présente.

La classification fournit certaines catégories à utiliser lorsque les affections sont déclarées comme des séquelles, des effets tardifs ou d'autres affections précisées dans cette section (par exemple, *1G80-1G8Y Séquelles de maladies infectieuses*). Lorsqu'aucune catégorie spécifique n'est prévue pour l'affection décrite comme une séquelle (par exemple, les effets tardifs des blessures sont codés dans la catégorie résiduelle du chapitre qui peut également inclure des affections aiguës), utilisez le code supplémentaire **XT9C** Cause de l'effet tardif, si vous le souhaitez, pour identifier que la première affection a été déclarée comme cause d'une affection séquellaire (par exemple, Séquelles de traumatisme crânien : NA0Z&XT9C Blessures à la tête, non précisées & Cause d'effet tardif).

2.21.6.1 Affections considérées comme des séquelles

Considérez les catégories suivantes, présentes un an ou plus après l'apparition de l'affection précédente, comme un effet tardif :

- 1G84 Séquelles de l'encéphalite virale
- 1G85 Séquelles de la diphtérie
- 1G8Y Séquelles d'autres maladies infectieuses spécifiées
- 5B63 Séquelles du rachitisme
- 8B25 Effets tardifs des maladies cérébrovasculaires
- Effets tardifs de blessures, d'empoisonnement ou de certaines autres conséquences de causes externes
- Effets tardifs des causes externes de morbidité ou de mortalité

2.21.6.2 Séquelles de la tuberculose

Les séquelles de la tuberculose (1G80) comprennent les affections spécifiées comme telles ou comme étant arrêtées, soignées, guéries, inactives, anciennes ou quiescentes, ou des descriptions similaires, sauf s'il existe des preuves de tuberculose active. Ceci ne comprend pas la tuberculose chronique, qui doit être codée comme une maladie infectieuse active.

2.21.6.3 Séquelles du trachome

Les séquelles du trachome (1G81) comprennent les résidus du trachome spécifiés comme guéris ou inactifs et certaines séquelles spécifiées, telles que la cécité, l'entropion cicatriciel et les cicatrices conjonctivales, à moins qu'il n'y ait des preuves d'infection active. Il ne comprend pas le trachome chronique, qui doit être codé comme une maladie infectieuse active.

2.21.6.4 Séquelles d'encéphalite virale, de diphtérie ou d'autres maladies infectieuses spécifiées

Les séquelles de l'encéphalite virale (1G84), de la diphtérie (1G85) ou d'autres maladies infectieuses (1G8Y) comprennent les affections spécifiées comme telles ou comme étant arrêtées, soignées, guéries, inactives, anciennes ou quiescentes. Les séquelles comprennent également les affections présentes un an ou plus après l'apparition des affections classables dans les catégories de maladies infectieuses, à moins qu'il n'y ait des preuves de maladie active. Cela ne comprend pas les maladies infectieuses chroniques, qui doivent être codées comme des maladies infectieuses actives.

2.21.6.5 Séquelles du rachitisme

Les séquelles du rachitisme (5B63) comprennent les affections déclarées comme étant une séquelle ou un effet tardif du rachitisme, ou le rachitisme antérieur comme cause des affections présentes un an ou plus après l'apparition du rachitisme. Ceci n'inclut pas la malnutrition ou la déficience nutritionnelle chronique, qui doit être codée en malnutrition ou déficience nutritionnelle actuelle.

2.21.6.6 Effets tardifs du chapitre 22 et du chapitre 23

Les effets tardifs de blessures, d'intoxications ou de certaines autres conséquences de causes externes ou les effets tardifs de causes externes de morbidité ou de mortalité comprennent ceux qui sont spécifiés comme tels, ou comme des séquelles, et ceux qui sont présents un an

ou plus après la blessure aiguë ou l'événement d'origine. Coder l'état actif ou à la cause externe d'origine et utiliser le code supplémentaire [XT9C](#) si désiré au regroupement pour conserver l'information qu'il a été déclaré comme effet tardif.

2.21.7 Cohérence entre le sexe du patient et le diagnostic

La plupart des catégories de la CIM-11 s'appliquent à toutes les personnes sans référence au sexe. Cependant, certaines maladies sont plus susceptibles de se produire dans un sexe biologique. Une liste de ces maladies est donnée en 3.14 Annexe C : Annexes pour le codage de la mortalité (3.14.11 Liste des catégories limitées aux personnes de sexe féminin ou plus susceptibles de se produire chez elles).

Lorsque l'on aborde les cas d'incohérence entre le sexe du patient et le diagnostic déclaré, il est important d'être conscient des questions relatives à l'identité de genre. La législation nationale peut réglementer la reconnaissance de l'identité de genre ou la réassignation sexuelle (changement de sexe), y compris la protection de la vie privée. S'il existe des obligations particulières de respect de la confidentialité autour des cas de changement de sexe, celles-ci doivent être prises en compte dans les décisions de codage et la diffusion ultérieure des données codées.

Voici la recommandation générale pour gérer la situation où il existe une incohérence apparente entre le sexe et le diagnostic déclaré. Cependant, il s'agit d'une recommandation générale qui peut ne pas toujours être applicable car les exigences légales varient selon les pays.

S'il peut y avoir une incohérence entre le sexe du défunt et la cause du décès déclarée : - vérifiez les informations et assurez-vous qu'aucune erreur de déclaration n'a eu lieu. Des informations supplémentaires peuvent être obtenues auprès du certificateur ou des responsables de l'enregistrement. Si la vérification montre que le sexe ou le diagnostic est une erreur, corrigez celui qui est considéré comme erroné.

Si aucune autre information n'est disponible et : - il est impossible de déterminer s'il s'agit d'une erreur ou lequel des deux éléments de données (sexe et diagnostic) est erroné, conservez le sexe enregistré et le code vers [MH14](#) Autres causes de mortalité mal définies et non spécifiées. - *il semble qu'il s'agisse d'un cas de changement de sexe ou d'une situation similaire, conservez le sexe enregistré et codez, si possible, un code de substitution similaire au diagnostic déclaré mais non spécifique à l'un ou l'autre sexe. Par exemple, un néoplasme des organes génitaux spécifique au sexe pourrait être codé en [2D4Y](#) Autres néoplasmes malins spécifiés de sites primaires mal définis ou non spécifiés. S'il n'existe pas de code de substitution approprié, coder [MH14](#) Autres causes de mortalité mal définies et non précisées.*

Envisagez d'ajouter une note aux statistiques, précisant le nombre de cas recodés en raison d'incohérences apparentes entre le sexe et la cause, tout en tenant compte de la confidentialité requise dans chaque pays.

2.21.8 Instructions spécifiques sur d'autres catégories de la CIM

2.21.8.1 Cardiopathies rhumatismales aiguës ou chroniques

Les cardiopathies rhumatismales sont classées dans la catégorie Rhumatisme articulaire aigu avec atteinte cardiaque (1B41) ou dans les affections chroniques au cinquième caractère 0 de *BB60-BC0Z Valvulopathies*, ou *BC20 Cardiopathies rhumatismales chroniques*, non classées ailleurs, *selon que le processus rhumatismal décrit est actif ou inactif. S'il n'est pas précisé que le processus rhumatismal était actif ou inactif au moment du décès, coder les affections cardiaques suivantes comme actives (1B41 Rhumatisme articulaire aigu avec atteinte cardiaque) :*

- une affection cardiaque déclarée comme étant due au rhumatisme articulaire aigu, à l'exception de l'arrêt cardiaque, de l'insuffisance cardiaque aiguë et de l'endocardite bactérienne ;
- une affection cardiaque spécifiée comme rhumatismale et décrite comme aiguë ou subaiguë ;
- une cardite, une endocardite, une cardiopathie, une myocardite ou une pancardite, décrites comme rhumatismales ou déclarées comme étant dues à une maladie rhumatismale, et dont la durée est inférieure à un an ;
- une cardite, une endocardite, une cardiopathie, une myocardite ou une pancardite, décrites comme rhumatismales ou déclarées comme dues à une maladie rhumatismale, et le défunt a moins de 15 ans.

2.21.8.2 Décès obstétricaux de cause non précisée, décès obstétricaux 42 jours-1 an après l'accouchement, séquelles de causes obstétricales

Les catégories *JB60*, *JB61* et *JB62* classent les décès obstétricaux en fonction du temps écoulé entre l'événement obstétrical et le décès de la femme. La catégorie *JB60* doit être utilisée lorsqu'une femme meurt pendant la grossesse, le travail, l'accouchement ou la puerpéralité et que la seule information fournie est le décès "maternel" ou "obstétrique". Si la cause obstétricale du décès est spécifiée, n'utilisez pas *JB60* mais codez dans la catégorie appropriée. La catégorie *JB61* est utilisée pour classer les décès de toute cause obstétricale survenant plus de 42 jours mais moins d'un an après l'interruption de la grossesse. La catégorie *JB62* est utilisée pour classer les décès dus à toute cause obstétrique survenant un an ou plus après l'interruption de la grossesse.

2.21.8.3 Décès dus à Certaines affections ayant leur origine dans la période périnatale

Le chapitre 19 "Certaines affections ayant leur origine dans la période périnatale" comprend les affections qui ont leur origine dans la période périnatale, même si le décès ou la morbidité survient plus tard.

Pour les défunts âgés de moins de 28 jours, supposez qu'une affection déclarée s'est développée au cours de la période périnatale, à moins que la durée ne soit précisée, et que son apparition a eu lieu après la première semaine complète de vie.

Utilisez un code du chapitre 19, si :

- l'affection est incluse dans le chapitre 19.
- l'affection est spécifiée comme congénitale/périnatale/nouveau-né.
- la durée de l'affection indique que l'affection s'est développée au cours de la période néonatale ou périnatale. Cela s'applique même si l'affection n'est pas spécifiée comme étant néonatale ou périnatale sur le certificat.

Certaines affections ayant pour origine la période périnatale sont exclues du chapitre 19, telles que :

- Maladies infectieuses intestinales ([1A00-1A40.Z](#))
- Syphilis congénitale ([1A60](#))
- Infection gonococcique congénitale ([1A70-1A70-1A7Z](#))
- Tétanos néonatal ([1C15](#))
- Maladie du VIH ([1C60-1C62.Z](#))
- Maladies infectieuses ([1A00-\[1H0Z\]](#)), acquises après la naissance
- Tumeurs ([2A00-2F9Z](#))
- Anémie hémolytique héréditaire ([3A10](#))
- Hypogammaglobulinémie transitoire du nourrisson ([4A01.03](#))
- Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques ([5A00-5D46](#))
- Certaines maladies congénitales du système nerveux ([8A00-8E7Z](#))
- Fibroélastose endocardique ([BC43.3](#))
- Obstruction intestinale ou iléus paralytique ([DA93.0](#))
- Pemphigus néonatal et syndrome d'épidermolyse staphylococcique ([EA50](#))
- Dermatite séborrhéique du nouveau-né ([EH40.00](#))
- Dermite du siège (dermatite de couches) ([EH40.10](#))
- Anomalies du développement ([LA00-LD9Z](#))
- Blessure, intoxication et certaines autres conséquences de causes externes ([NA00-NF2Z](#))

Pour certaines affections diagnostiquées avant un âge spécifique, on suppose que l'affection était congénitale. Voir la section suivante, "Anomalies du développement".

Fœtus ou nouveau-né affecté par des facteurs maternels ou par des complications de la grossesse, du travail ou de l'accouchement.

Les affections de la mère affectant le fœtus ou le nouveau-né doivent être notifiées dans la partie 1 ou la partie 2 du certificat de décès et doivent, dans la mesure du possible, être codées [KA00-KA0Z](#) Fœtus ou nouveau-né affecté par des facteurs maternels ou par des complications de la grossesse, du travail ou de l'accouchement.

Lorsqu'une affection maternelle spécifique affectant le fœtus ou le nouveau-né est initialement codée en dehors du chapitre 19 par l'outil de codage, coder [KA00-KA0Z](#). Utilisez également un code supplémentaire si vous le souhaitez pour identifier l'état maternel spécifique signalé.

Considérez une affection comme maternelle si elle est spécifiée comme telle, ou si le terme lui-même indique qu'il s'agit d'une affection maternelle (par exemple, hémorragie obstétricale), ou si des informations supplémentaires rapportées dans le cadre B : Autres données médicales, suggèrent que l'affection est maternelle.

Exemple 1

-
- 1 (a) Prématurité
 - (b) Incompétence cervicale [GA15.6](#)
 - (c)
 - (d)
- 2

L'affection maternelle, l'incompétence cervicale, a affecté le nouveau-né en causant la prématurité. Le code fourni par l'outil de codage est [GA15.6](#) qui est en dehors du chapitre 19. Codez [KA01.0](#) *Fœtus ou nouveau-né affecté par une incompétence du col utérin*.

Le tableau suivant fournit les codes de certaines affections maternelles et les codes correspondants à ces affections lorsqu'elles affectent le fœtus ou le nouveau-né. Notez qu'il y a des affections qui ne figurent pas dans la liste mais qui sont quand même codées à [KA00-KA0Z](#). Par exemple, la chimiothérapie maternelle ou une intervention chirurgicale sur la mère peuvent ne pas se voir attribuer de code mais peuvent tout de même être classées respectivement dans [[KA00.9](#)] et [KA00.A](#).

Affections maternelles	Coder :
JA20-JA2Z Œdème, protéinurie ou troubles hypertensifs au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de la puerpéralité, sauf JA22	KA00.0 Fœtus ou nouveau-né affecté par des affections hypertensives maternelles
JA22 Œdème gestationnel ou protéinurie sans hypertension	KA00.1 Fœtus ou nouveau-né affecté par un œdème gestationnel ou une protéinurie sans hypertension
GB40-GC2Z Maladies de l'appareil urinaire	KA00.2 Fœtus ou nouveau-né affecté par des maladies maternelles des voies rénales ou urinaires
Chapitre 01 Certaines maladies infectieuses ou parasitaires	KA00.3 Fœtus ou nouveau-né affecté par des maladies infectieuses maternelles
/DA0C Maladie périodontale	KA00.4 Fœtus ou nouveau-né affecté par une maladie parodontale chez la mère
/Chapitre 12 Maladies du système respiratoire, ou LA70-LA7Z Anomalies structurelles du développement du système respiratoire	KA00.5 Fœtus ou nouveau-né affecté par des maladies respiratoires de la mère
/5B50-5C3Z Troubles nutritionnels	KA00.6 Fœtus ou nouveau-né affecté par des troubles nutritionnels maternels

/Chapitre 22 Lésions traumatiques, empoisonnement ou certaines autres conséquences de causes externes/KA00.8 Fœtus ou nouveau-né affecté par une blessure maternelle /JB64.0 Anémie compliquant la grossesse, l'accouchement ou la puerpéralité/KA00.B Fœtus ou nouveau-né affecté par une anémie maternelle /GA15.6 Béance du col de l'utérus/KA01 Fœtus ou nouveau-né affecté par des complications de la grossesse chez la mère /JA01 Grossesse extrautérine/ /JA40-JA4Z Hémorragie obstétricale/ /JA80 Soins maternels liés à une grossesse multiple/ /JA87 Soins maternels liés à un hydramnios/ /JA88.0 Oligoamnios/ /JA89 Soins maternels liés à une rupture prématurée des membranes/ /JA8A Soins maternels liés à des anomalies du placenta - JA8C Soins maternels liés au décollement prématuré du placenta/KA02 Fœtus ou nouveau-né affecté par des complications du placenta /JB08 Travail ou accouchement compliqué d'une complication du cordon ombilical/KA03 Fœtus ou nouveau-né affecté par des complications du cordon ombilical /JA88 Soins maternels liés d'autres anomalies précisées du liquide amniotique ou des membranes, sauf JA88.0/KA04 Fœtus ou nouveau-né affecté par d'autres anomalies des membranes /JB00-JB0Z Complications lors du travail ou de l'accouchement/KA05 Fœtus ou nouveau-né affecté par certaines complications du travail ou de l'accouchement*

2.21.8.4 Instructions spéciales sur les morts fœtales

Certaines agences internationales exigent des données à la fois sur les naissances vivantes et les décès fœtaux, mais d'autres n'incluent pas les décès fœtaux dans leurs statistiques de mortalité. Par conséquent, si les décès fœtaux sont inclus dans le registre national de mortalité, ils doivent être faciles à identifier, de sorte que les données incluent ou non les décès fœtaux selon la demande de l'agence à laquelle les données seront livrées.

Si il n'est pas clair si le certificat de décès concerne un décès fœtal ou un enfant né vivant, renvoyez si possible au certificateur. Si le certificateur confirme qu'il s'agit d'un cas de mort fœtale, ou si d'autres preuves indiquent une mort fœtale, alors marquez le décès comme mort fœtale dans les statistiques de mortalité. Si aucune cause de décès n'est indiquée, coder **KD3B.Z** Mort fœtale à un moment indéterminé, cause non précisée.

Si le certificateur indique que l'enfant est né vivant mais ne déclare pas la cause du décès, codez alors sur **KD5Z** Affections ayant pour origine la période périnatale ou néonatale, non précisées.

Reportez-vous à **2.25.4.2** pour les définitions de naissance vivante et de mort fœtale.

2.21.8.5 Anomalies de développement

Les affections classées comme anomalies du développement doivent être codées comme congénitales si la durée de l'affection indique qu'elle existait dès la naissance, même si l'affection n'est pas spécifiée comme congénitale sur le certificat de décès. Ceci s'applique à toutes les affections pour lesquelles un code congénital spécifique est disponible, que le code soit ou non dans le chapitre 20. Consultez l'outil de codage pour trouver le code approprié pour l'affection avec le modificateur "congénital".

En outre, les affections suivantes doivent être codées comme congénitales aux âges indiqués, à condition qu'il n'y ait aucune indication qu'elles aient été acquises après la naissance :

- Moins d'un an
 - anévrisme
 - sténose aortique
 - atrésie
 - atrophie du cerveau
 - kyste du cerveau
 - déformation
 - déplacement d'un organe
 - ectopie
 - hypoplasie d'un organe
 - malformation
 - sténose pulmonaire
 - cardiopathie valvulaire
- Moins de 4 semaines d'âge
 - cardiopathie SAI
 - hydrocéphalie SAI

2.21.8.6 Blessures multiples dans la même région du corps et Blessures impliquant plusieurs régions du corps

Dans le codage des causes multiples, n'utilisez pas les codes pour les blessures multiples de la même région du corps "Blessures multiples de sites spécifiques" (NA00-ND1Z) ou les codes pour les *ND30-ND37 Blessures impliquant plusieurs régions du corps*, si des informations précises sur les blessures impliquées sont disponibles. Codez chaque blessure séparément et utilisez des codes de blessures aussi précis que possible. Les informations sur les blessures multiples sont obtenues dans le regroupement de codes de causes multiples comme un ensemble de codes de blessures spécifiques.

2.21.8.7 Complications des soins chirurgicaux et médicaux

Il existe une courte liste de complications spécifiques non classées ailleurs au chapitre 22, (NE8Z). Les complications précoces et les affections résultant de dispositifs, d'implants ou de greffes sont codées ici. Codez les complications tardives et les complications de longue durée de la fonction des organes à la section de complications postinterventionnelles dans le chapitre du système approprié.

2.21.8.8 Intention des causes externes

Intention indéterminée

Le bloc pour intention indéterminée (PF40-PH8Z) couvre les événements pour lesquels les informations disponibles sont insuffisantes pour permettre à une autorité médicale ou juridique de faire la distinction entre les causes non intentionnelles, l'automutilation intentionnelle ou l'agression ([PA00-PF2Z]). Les cas suivants sont inclus :

- Lorsque des causes externes sont signalées car l'intention n'a pu être déterminée
- Lorsque des blessures auto-infligées sont signalées sans précision de l'intention

Notez que les intoxications auto-infligées déclarées sans précision d'intention sont supposées être non intentionnelles et sont codées sous *PB20-PB36 Effets nocifs ou exposition accidentelle à des substances*.

Notez que la déclaration d'intention peut être affectée par les dispositions légales de chaque pays ou région - l'attribution des codes doit suivre ces dispositions le cas échéant.

2.21.8.9 Codage des événements de blessures de transport

Voir la section 2.23.19 pour des descriptions sur les événements de blessures de transport.

1. *Lorsqu'un accident de transport terrestre ne précise pas s'il s'agit d'un accident de la route ou d'un accident non routier :*
 - *Considérez-le comme un événement lié aux accidents de la route, sauf si :*
 - a. un lieu autre qu'une rue ou une voie publique est précisé
 - b. seuls des véhicules tout-terrain, des piétons ou des animaux ont été impliqués
 - Si un tel événement répond à l'un des critères a. ou b. ci-dessus, il est considéré comme un événement hors route sans accident de la circulation, sauf indication contraire.
2. *Lorsque des blessures involontaires impliquant plus d'un type de transport sont signalées, utilisez l'ordre de préséance suivant :*
 - avions et engins spatiaux
 - motomarine
 - autres modes de transport
3. *Lorsque la description d'un événement de blessure de transport terrestre ne précise pas le rôle de la personne blessée :*
 - *Considérez la personne blessée comme un piéton, si elle est décrite comme écrasée, traînée, frappée, blessée, tuée, renversée ou renversée par un véhicule quelconque.*
 - *Si ce n'est pas le cas, considérez la personne blessée comme un occupant ou un passager du véhicule mentionné.*
4. *Lorsque plus d'un véhicule est mentionné, ne faites aucune supposition quant au véhicule qui était occupé par la personne blessée, à moins que les véhicules soient du même type. Au lieu de cela, codez aux catégories appropriées, en tenant compte de l'ordre de préséance donné dans la note 2 ci-dessus.*

2.21.8.10 Facteurs influençant l'état de santé ou le contact avec les services de santé

Ce chapitre ne doit pas être utilisé pour des comparaisons internationales ou pour le codage primaire de la mortalité (c'est-à-dire comme cause initiale du décès). Les codes de ce chapitre peuvent être ajoutés comme codes de causes multiples.

2.21.8.11 Agents infectieux déclarés seuls sur un certificat de décès

Lorsqu'un agent infectieux est déclaré seul sur un certificat de décès et si aucun terme de l'index n'est trouvé pour l'infection de l'agent infectieux, se référer au chapitre X et coder l'infection de localisation non précisée du parent le plus détaillé de l'agent infectieux.

Exemple 1

1 (a) Adénovirus 1D90

(b)

(c)

(d)

2

L'adénovirus est un agent infectieux classé en XN000. Code à **1D90 Infection à adénovirus de localisation non précisée**.

Exemple 2

1 (a) Staphylococcus aureus 1C41& XN6BM

(b)

(c)

(d)

2

Le Staphylococcus aureus est un agent infectieux classé dans la catégorie XN6BM. Il n'y a pas de terme index pour l'infection par le staphylocoque doré. Coder l'infection de son parent le plus détaillé Staphylococcus, **1C41 Infection bactérienne de localisation non précisée** et ajouter XN6BM pour identifier l'agent infectieux spécifique rapporté.

Exemple 3

1 (a) Escherichia Coli 1C41& XN6P4

(b)

(c)

(d)

2

Escherichia Coli est un agent infectieux classé dans la catégorie XN6P4. Il n'existe pas de terme index pour l'infection par 'Escherichia Coli', ni pour ses parents XN4WC Escherichia et XN5PZ Bactéries à Gram négatif. Coder l'infection de sa parente Bactérie la plus détaillée à **1C41 Infection bactérienne de localisation non précisée**, et ajouter XN6P4 pour identifier l'agent infectieux spécifique signalé.

2.22 Solution numérique complète pour la mortalité (formulaire, outils et modules de formation)

Certificat médical électronique de décès

Le certificat médical de cause de décès est la base de la collecte d'informations sur les causes de décès. Le formulaire est conçu pour recueillir tous les aspects pertinents à l'attribution de la cause du décès et est indépendant de la révision de la CIM. En plus du modèle de formulaire papier présenté à la section 3.14, les spécifications techniques d'un formulaire numérique sont mises à disposition. Les spécifications servent à normaliser la saisie conformément au formulaire standard et comprennent un dictionnaire de données pour les noms de champs et le codage du contenu qui permet de traiter le contenu avec l'API pour le codage, ainsi qu'avec le logiciel pour la sélection de l'unique cause initiale de décès.

Outils numériques pour la cause du décès

Le logiciel de codage de la mortalité consiste en des programmes qui aident à coder, à sélectionner la seule cause initiale du décès et à évaluer la qualité du codage ou la qualité des données au niveau de la population.

Le logiciel *Digital Open Rule Integrated cause of death Selection* de l'OMS aide à la sélection de la cause initiale du décès. Il peut être utilisé en ligne et hors ligne. Les règles de mortalité de la CIM détaillées dans la section 2.21 ont été converties en format numérique pour être traitées par ce logiciel. L'OMS vise à faire converger les différents efforts de programmation de ce logiciel.

Analyse de la mortalité et des causes de décès 3 (ANACOD-3)

Ce logiciel effectue une analyse complète et systématique des données sur la mortalité et les causes de décès. ANACoD3 analyse les données au niveau sous-national afin d'informer des problèmes potentiels d'équité en matière de santé ou des modèles d'épidémies ; il analyse également les données sur plusieurs périodes pour des analyses de tendances et permet l'analyse des données sur les causes de décès codées dans les formats CIM-10 et CIM-11. Il est disponible en plusieurs langues. Pour obtenir de l'aide sur l'utilisation de l'outil, veuillez envoyer un e-mail à mortality@who.int.

CodEdit

Logiciel qui aide les producteurs de statistiques sur les causes de décès à renforcer leur capacité à effectuer des contrôles de plausibilité de routine sur leur codage des données. Permet l'analyse des données sur les causes de décès codées dans les formats CIM-10 et ICD-11.

Outil interactif d'auto-apprentissage de l'OMS

L'outil de formation électronique de l'OMS est conçu pour l'auto-apprentissage et l'utilisation en classe. La structure modulaire de cette formation permet aux groupes d'utilisateurs de personnaliser les cours en fonction des parcours individuels, s'ils le souhaitent. L'outil de formation comporte deux modules liés à la mortalité.

Module d'auto-apprentissage de la certification

Un module de formation utilisant la version du certificat de cause de décès pour les personnes qui remplissent les causes de décès sur un certificat de décès.

Recommandations pour effectuer une inspection externe d'un module corporel et comment remplir un certificat de décès

Un document fournissant des recommandations pour effectuer une inspection externe d'un corps et remplir le certificat médical de cause de décès (CMD) en utilisant le certificat médical international de cause de décès de l'OMS 2016.

D'autres logiciels ou outils sont accessibles via <https://www.who.int/standards/classifications> ou <https://icd.who.int>.

2.23 Principales utilisations de la CIM : Morbidité

Les données de morbidité sont utilisées pour les rapports statistiques, principalement au niveau national ou local. Bien que certains de ces rapports statistiques soient réalisés dans un contexte de recherche universitaire, ils sont généralement réalisés dans des contextes appliqués afin d'éclairer la prise de décision des systèmes de santé et des agences de santé publique. Les données codées par la CIM constituent également la base de différents systèmes de *casemix* tels que différentes variétés de groupes liés au diagnostic (DRG). Les données de morbidité codées peuvent également être utilisées pour documenter certaines recommandations cliniques en fournissant des informations fondamentales sur la charge de morbidité. Les règles données ici sont principalement destinées à des fins de déclaration et d'analyse internationales, mais sont également recommandées comme norme pour une utilisation nationale.

2.23.1 Utilisation de la CIM dans le cadre des soins cliniques

Les soins cliniques comprennent différents niveaux de traitement, qui impliquent tous un niveau de compétence diagnostique plus élevé que dans les soins primaires. La CIM aborde ce niveau de détail principalement par le biais du codage multidimensionnel. Les soins secondaires font référence aux services de soins fournis par les médecins spécialistes et autres professionnels de la santé qui ne sont généralement pas les acteurs du premier contact avec les patients, par exemple les cardiologues, les urologues ou les dermatologues. Ils comprennent les soins aigus, c'est-à-dire le traitement requis, pendant une courte période de temps, pour une maladie, une blessure ou un autre problème de santé ponctuel mais grave, comme dans le service d'urgence d'un hôpital. Ils comprennent également les soignants qualifiés pour l'accouchement, les soins intensifs et les services d'imagerie médicale. Les "soins secondaires" sont parfois considérés comme synonymes de "soins hospitaliers". Cependant, de nombreux prestataires de soins secondaires ne travaillent pas nécessairement dans les hôpitaux, comme les psychiatres, les psychologues cliniciens ou les physiothérapeutes, et certains services de soins primaires sont dispensés dans les hôpitaux. Selon l'organisation et les politiques du système de santé national, les patients peuvent être tenus de consulter un prestataire de soins primaires pour obtenir une orientation avant de pouvoir accéder aux soins secondaires. Les soins tertiaires font référence à des soins de santé de consultation spécialisée, généralement pour des patients hospitalisés et suite à l'orientation d'un professionnel de santé primaire ou secondaire, dans un établissement qui dispose de personnel et d'installations pour des investigations et des traitements médicaux avancés, comme un hôpital de référence tertiaire.

2.23.2 Utilisation de la CIM à des fins épidémiologiques

L'épidémiologie est l'étude de la distribution et des déterminants des états ou événements de santé (y compris les maladies) et l'application de cette étude au contrôle des maladies et autres problèmes de santé. Diverses méthodes peuvent être utilisées pour mener des enquêtes épidémiologiques : la surveillance et les études descriptives sont utilisées pour étudier la distribution et les études analytiques sont utilisées pour étudier les déterminants.

Les données codées par la CIM, qu'elles proviennent de la morbidité ou de la mortalité, contribuent à la compréhension de la santé d'une population.

2.23.3 Utilisation de la CIM pour la qualité des soins et la sécurité des patients

Les informations sanitaires codées sont utilisées pour mesurer et rendre compte de divers aspects de la qualité des soins et de la sécurité des patients (par exemple, rendre compte de la mortalité hospitalière ou des taux d'événements indésirables pour diverses affections ou rendre compte des indicateurs de sécurité des soins). Les utilisateurs de ce type d'informations sur la santé sont les financeurs du système de santé (par exemple, les ministères de la santé ou, dans les systèmes de soins de santé financés par le secteur privé, les compagnies d'assurance maladie) et d'autres parties prenantes, telles que les conseils de qualité de la santé, les administrateurs d'hôpitaux, les dirigeants/groupes cliniques ou les organisations de défense du public.

2.23.3.1 Le cas d'usage de la CIM-11 en matière de qualité et de sécurité

Le cas d'usage de la CIM en matière de qualité et de sécurité des soins repose sur la disponibilité d'un grand nombre d'outils méthodologiques initialement basés sur la CIM-10. Parmi les exemples spécifiques, citons les index de comorbidité de Charlson et d'Elixhauser, les indicateurs de sécurité des patients de l'AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*), le ratio de mortalité standardisé des hôpitaux et divers autres indicateurs de qualité des données administratives. Les recommandations de l'OMS sur les règles de codage des épisodes de sortie d'hôpital améliorent la comparabilité des dossiers entre les hôpitaux et les juridictions. Parmi les exemples spécifiques de règles de codage figurent : a) les règles de détermination de l'affection principale, b) le nombre de codes par enregistrement, c) les mécanismes de regroupement des codes, et d) l'utilisation d'un système de représentation du statut qui distingue les diagnostics survenant au cours d'un séjour à l'hôpital de ceux présents à l'admission. Les rapports sur la qualité et la sécurité des soins sont souvent axés non seulement sur les informations diagnostiques disponibles dans la classification internationale des maladies, mais aussi sur les informations relatives aux procédures, qui sont actuellement codées dans divers systèmes de codage des procédures spécifiques à chaque pays. L'harmonisation des concepts ontologiques dans les systèmes internationaux de codage des procédures sera importante à l'avenir. Les codes de complications médicales et chirurgicales disponibles dans la CIM-11 sont conformes aux connaissances actuelles dans le domaine de la sécurité et des événements indésirables.

2.23.3.2 Rapports sur les indicateurs de qualité des soins et de sécurité des patients

Ce cas d'usage concerne l'utilisation d'informations de santé codées pour mesurer et rendre compte de divers aspects de la qualité des soins et de la sécurité des patients (par exemple, rendre compte de la mortalité hospitalière ou des taux d'événements indésirables pour diverses affections, ou rendre compte des indicateurs de sécurité des patients). L'acteur initiateur peut être un conseiller en qualité des soins, des administrateurs d'hôpitaux, des leaders/sociétés professionnelles cliniques, un financeur du système de santé (par exemple, les ministères de la santé ou, dans les systèmes de soins de santé financés par le secteur privé, les compagnies d'assurance maladie) ou une organisation de défense publique. Les

acteurs participants sont les administrateurs d'hôpitaux, les cliniciens, les décideurs du système de santé, les représentants du public, les patients et leurs familles, et parfois même les médias. Les exigences relatives à la déclaration des données sur la qualité et la sécurité sont les suivantes : - Disponibilité de données individuelles sur les épisodes de prestation de soins de santé (par exemple, les hospitalisations, les visites chez le médecin) - Identifiants permettant d'attribuer l'épisode de prestation de soins de santé à un prestataire, un groupe de prestataires ou un établissement de santé/hôpital donné. - Informations cliniques sur les diagnostics présents et les interventions effectuées pendant un épisode de soins. - Des informations cliniques sur les résultats pertinents tels que la mortalité, la durée du séjour et les événements indésirables spécifiques. - Expertise analytique parmi les acteurs initiateurs, de sorte que l'attention soit portée sur les considérations de validité des données, la connaissance des "meilleurs" indicateurs (par exemple, les indicateurs de sécurité des patients les plus valides), la méthodologie d'ajustement des risques, etc.

Les résultats sont des rapports contenant des informations sur les dimensions de la qualité du système. Ils peuvent fournir soit des informations globales sur les performances du système, soit des informations comparatives stratifiées par unité de prestation (par exemple, par médecin, par hôpital, par région).

2.23.3.3 Fonctionnalité :

Un déroulement idéal des événements pour une telle utilisation comprendrait la séquence suivante : - L'acteur initiateur communique son désir de réaliser des mesures et des rapports sur la qualité/sécurité aux parties prenantes concernées. - Des demandes appropriées sont faites pour obtenir l'accès aux données nécessaires à la réalisation du rapport prévu. - L'expertise méthodologique et clinique appropriée est sollicitée pour s'assurer que les meilleures pratiques méthodologiques sont incorporées dans le rapport prévu, et que la validité et l'acceptabilité cliniques sont prises en compte. - L'analyse des données et la rédaction du rapport sont entreprises. - Une large diffusion et une transmission des résultats aux parties prenantes sont entreprises. Un processus d'amélioration continue de la qualité est entrepris en réponse aux rapports (en tenant compte des interventions d'amélioration de la qualité et de la répétition des mesures après l'intervention). - Exceptions : Les rapports de qualité/sécurité qui ne suivent pas la séquence d'étapes décrite ci-dessus peuvent être critiqués. En effet, il existe de nombreux exemples historiques de rapports de qualité/sécurité ratés ou sous-optimaux à partir de données administratives en raison d'étapes négligées. (p. ex. 1. rapports de qualité sans indicateurs valides, ou sans méthodologies appropriées pour l'ajustement des risques, 2. rapports de qualité sans réelle validité clinique, 3. rapports de qualité sans esprit d'amélioration continue de la qualité (ACQ), etc.) - Exemples de cas de sous-utilisation (portant sur les dimensions qualitatives de l'efficacité, de l'efficience, de la sécurité, de l'accès) - rapports sur la mortalité globale par établissement (par exemple, le ratio normalisé de mortalité hospitalière - RNMH) - rapports sur la mortalité par pathologie - rapports sur les indicateurs de sécurité des patients - rapports sur la durée de séjour globale ou par pathologie - rapports sur les taux de réadmission après une hospitalisation - rapports sur les coûts globaux ou par pathologie des soins (par exemple, le coût par hospitalisation) - rapports sur les temps d'attente - rapports sur la variabilité de l'utilisation dans les petites zones.

2.23.3.4 Informations supplémentaires :

Exigences :

Voir la section "Exigences" ci-dessus. Il est nécessaire de développer et d'affiner en permanence les méthodologies de rapport sur la qualité (essentiellement, une recherche continue autour du développement de nouveaux indicateurs de qualité des données administratives et de nouvelles méthodologies d'ajustement des risques dans les rapports sur les résultats/la qualité).

Hypothèses :

L'hypothèse implicite concernant les rapports sur la qualité ou la sécurité des soins issus de données administratives est celle de l'uniformité du format et de la validité des données entre les unités de comparaison (c'est-à-dire entre les fournisseurs, les hôpitaux ou les administrations). L'uniformité du format et de la validité des données n'est pas toujours présente et a été une fréquente raison de critique des rapports sur la qualité ou la sécurité des soins à partir des données administratives. À cet égard, l'OMS encourage les efforts en cours visant à normaliser les règles de codage afin de faciliter l'établissement de rapports comparatifs en réduisant la variabilité des données entre les unités de comparaison (par exemple, les règles relatives à des facteurs tels que la définition de l'"affection principale", le nombre de codes possibles par enregistrement et la mise en œuvre des codes liés à la chronologie du diagnostic). Voir également la description du cas d'usage particulier lié aux rapports de comparaison internationale.

Dans les pays dotés de systèmes d'information sanitaire bien développés, il est tout à fait typique que les épisodes de soins hospitaliers soient enregistrés avec un nombre variable de codes CIM décrivant tous les états médicaux/diagnostics qui ont eu un impact sur un épisode de soins. En outre, certains systèmes permettent de distinguer les diagnostics présents au moment de l'admission des diagnostics apparus *de novo* pendant le séjour à l'hôpital. Dans de tels systèmes, le "résumé de sortie" qui en résulte peut être utilisé pour des rapports de morbidité complets et de routine, dans lesquels les concepts de qualité et de sécurité sont une composante essentielle. Ces concepts comprennent : - les événements indésirables liés de manière causale aux soins médicaux - les problèmes dans le processus de soins (par exemple, une erreur dans l'administration d'un médicament), mais sans événement indésirable réel - les nouveaux diagnostics apparaissant au cours d'un séjour à l'hôpital et dont le lien de causalité avec les soins médicaux est incertain.

Pour enregistrer et analyser la survenue de tels événements, il est crucial que les systèmes d'information en santé disposent de rapports de morbidité de routine, au sein desquels les concepts de qualité et de sécurité sont une composante importante du codage de la morbidité.

2.23.3.5 Recommandations pour l'utilisation et l'interprétation des données codées

Ces recommandations s'appliquent à l'utilisation des enregistrements dans lesquels les données ont été saisies et organisées comme recommandé dans la section précédente : - Sélectionner les enregistrements impliquant un événement de qualité ou de sécurité des

patients : il s'agit de tous les enregistrements avec n'importe quel code de qualité ou d'atteinte à la sécurité des patients. - Résumer les types de problèmes de qualité ou de sécurité des patients représentés dans un ensemble d'enregistrements : sélectionnez les enregistrements avec n'importe quel code de qualité ou de sécurité des patients. - Résumer la répartition des codes d'atteintes à la qualité ou à la sécurité des patients présents dans l'ensemble sélectionné. - Résumer les causes des préjudices liés à la qualité ou à la sécurité des patients dans un ensemble d'enregistrements. - Résumer les mécanismes de qualité ou de sécurité des patients dans un ensemble d'enregistrements. - Résumer les préjudices liés à la qualité ou à la sécurité des patients dans un ensemble d'enregistrements.

2.23.3.6 Utilisation de la CIM à des fins de recherche

Le cas d'usage de la CIM-11 pour la morbidité comprend un certain nombre de situations où l'objectif principal est de travailler dans un paradigme de recherche universitaire pour extraire des informations des données codées en CIM-11 afin d'étudier la charge de morbidité, les groupes de maladies, la distribution géographique des maladies et les impacts sanitaires associés à diverses maladies. Le paradigme de recherche est bien sûr le plus pertinent lorsqu'il a une pertinence translationnelle pour la politique du système de santé ou la politique de santé publique, auquel cas le paradigme de recherche, étiqueté comme tel, devient indiscernable des analyses de morbidité appliquées menées dans le but de planifier la santé. Une mention explicite est faite ici de l'utilisation généralisée des données codées CIM-11 dans un paradigme de recherche, reconnaissant qu'il s'agit d'un moteur important pour le développement d'un système de classification cliniquement riche et détaillé, avec des caractéristiques et des règles de codage nouvelles qui renforcent le potentiel de la classification en tant qu'outil de recherche.

2.23.3.7 Utilisation de la CIM dans les soins primaires

Les soins primaires ont été définis comme des soins de santé essentiels de première ligne, basés sur des méthodes et des technologies pratiques, scientifiquement fondées et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles de la communauté grâce à leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays peuvent se permettre de maintenir. En ce qui concerne les soins primaires, la CIM-11 inclut de nombreuses entités de diagnostic et de maladie qui sont des motifs courants de soins au premier niveau des services de santé. Il peut s'agir de médecins de famille, d'infirmiers de santé communautaire ou, dans d'autres contextes, de spécialistes, comme les ophtalmologues.

La CIM-11 comporte une version simplifiée pour les environnements de soins primaires à faibles ressources diagnostiques. Pour les environnements à ressources diagnostiques élevées, la liste tabulaire des statistiques de mortalité et de morbidité contient tous les éléments pertinents pour les soins primaires et peut donc être utilisée dans des environnements à ressources élevées pour les soins primaires, ainsi que pour les soins secondaires et tertiaires.

La nouvelle version de la classification internationale des soins primaires de la WONCA (*World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General*

Practice/Family Practitioners) et la CIM-11 partageront un sous-ensemble commun de catégories.

La CIM-11 comporte une version simplifiée conçue pour les établissements de soins primaires à faibles ressources. Pour les environnements à ressources élevées, la liste tabulaire des statistiques de mortalité et de morbidité contient des éléments pertinents pour les soins primaires et peut donc être utilisée dans des environnements à ressources élevées pour les soins primaires, ainsi que pour les soins secondaires et tertiaires.

2.23.3.8 Utilisation de la CIM dans les regroupements de *casemix*

Dans les systèmes de regroupement de *casemix*, tels que le système des groupes liés aux diagnostics (DRG), les données basées sur la CIM sont utilisées pour le remboursement et/ou l'allocation des ressources. De tels systèmes sont utilisés de manière systématique à l'échelle nationale.

L'affectation des cas de patients à des groupes est basée sur un algorithme utilisant, en plus des informations codées en lien avec le diagnostic, des procédures codées et un certain nombre d'autres variables. La base scientifique des systèmes *casemix* est fondée sur l'économie de santé et sur la théorie de la médecine. Étant donné que les systèmes *casemix* constituent une partie essentielle de l'administration dans les pays qui les utilisent, un transfert sans difficulté vers la nouvelle révision de la CIM dans ces systèmes est essentiel pour l'approbation et la mise en œuvre de la nouvelle révision.

La CIM-11 a été développée pour s'adapter aux différents niveaux de détail requis dans les regroupements de *casemix* liés aux diagnostics, en étroite collaboration avec les responsables des divers systèmes de *casemix*. L'utilisation conjointe dans un système de *casemix* spécifique est déterminée par les algorithmes de regroupement pertinents, et en partie aussi par la législation nationale.

Pour des questions de comparabilité internationale de l'activité hospitalière, il est recommandé que les pays adoptent la nouvelle définition de l'OMS du diagnostic principal et que les pays mettant en œuvre la CIM-11 appliquent les nouveaux codes d'extension pour les catégories de diagnostics qui sont fournis avec la CIM-11.

Pour les tabulations internationales, compte tenu des différences dans les définitions d'hôpital, d'épisode de soins et de patient hospitalisé, les diagnostics résultants sont répertoriés à l'aide de la liste restreinte internationale pour la tabulation de la morbidité hospitalière (voir section 2.25).

2.23.4 Ce qui est codé : Affections du patient

2.23.4.1 Affection principale

La définition de l'affection principale concerne la description d'un épisode de soins hospitaliers.

Le praticien de soins de santé doit enregistrer et identifier comme affection principale l'affection qui est déterminée comme étant le motif d'admission, établi à la fin de l'épisode

de soins de santé. Cette détermination est étayée par des évaluations et des investigations qui visent à établir le diagnostic responsable de l'admission.

2.23.4.2 Affections multiples contribuant au besoin d'admission

Lorsqu'un épisode de soins de santé comprend plus d'une affection contribuant à la nécessité d'une admission (par exemple, une insuffisance cardiaque congestive et une pneumonie ; une hémorragie cérébrale aiguë et une fracture de la hanche ; des blessures multiples - commotion, fracture des côtes, fracture du fémur droit après un accident de véhicule à moteur ; ou la grippe A et l'acidocétose diabétique de type 1), le praticien de soins doit enregistrer et identifier l'affection principale comme étant l'affection qui est considérée comme la raison la plus significative sur le plan clinique pour l'admission.

2.23.4.3 Autres affections

En plus de l'affection principale, le praticien de santé doit, dans la mesure du possible, répertorier séparément toutes les autres affections ou problèmes traités pendant l'épisode de soins. Les autres affections (également connues sous le nom de diagnostics associés) sont définies comme les affections qui coexistent au moment de l'admission ou qui se développent pendant l'épisode de soins et qui affectent la prise en charge du patient. Les affections liées à un épisode antérieur qui n'ont aucun rapport avec l'épisode actuel ne doivent pas être notées comme autres affections. Il est recommandé, lorsque cela est possible, d'effectuer un codage et une analyse des affections multiples pour compléter les données de routine.

2.23.5 Recommandations de documentation par le praticien clinicien pour le codage de la morbidité

Le praticien clinicien responsable du traitement du patient est également chargé de documenter les affections du patient. Ces informations doivent être organisées systématiquement en utilisant des méthodes de consignation standardisées. Un dossier médical correctement rempli est essentiel pour une bonne prise en charge du patient. C'est également une condition préalable essentielle à la création d'un dossier codé valide des diagnostics du patient, obtenu par un processus de codage à partir des informations écrites décrivant l'état de santé du patient. Lorsqu'on dispose d'un bon dossier écrit sur l'état des patients, le codage réussi de ces informations dans la CIM et les classifications associées produit une source précieuse de données épidémiologiques et autres données statistiques sur la morbidité et d'autres problèmes de santé.

La personne qui traduit les informations sur l'affection indiquée en codes (le "codeur") peut être le praticien de santé ou un codeur clinicien qui n'est pas responsable du traitement du patient mais qui est spécialement formé à l'utilisation de la classification pour attribuer le ou les codes. Dans cette dernière situation, qui est assez courante parmi les pays membres, le codeur dépend de la qualité de la documentation clinique relative à l'état du patient fournie par les praticiens de santé dans le dossier médical. L'importance primordiale de la documentation clinique fournie par les praticiens comme point de départ des données codées sur la santé ne saurait être sous-estimée et doit être soulignée comme étant une

question de première importance au sein des pays et au niveau international - avec des implications pour l'information en santé et l'enseignement de la documentation clinique dans le cadre des programmes de formation des professionnels de santé.

À des fins cliniques et d'allocation de ressources, dans de nombreux cas, la manifestation d'une maladie (type et gravité, par exemple ulcère de grade 3) peut être plus pertinente pendant un épisode de traitement spécifique que la maladie sous-jacente (par exemple diabète sucré). Pour les programmes de prévention au niveau national, la connaissance de l'étiologie sous-jacente peut être plus importante. Les évaluations de la qualité et de la sécurité nécessiteront la communication de détails supplémentaires relatifs au séjour. Pour une analyse et une utilisation complète des données de morbidité, il est crucial de disposer d'un ensemble de données avec de multiples champs permettant la saisie de codes relatifs à tous les aspects ci-dessus.

Les données de morbidité sont de plus en plus utilisées dans la conception des politiques et des programmes de santé, ainsi que dans leur gestion, leur suivi et leur évaluation, dans l'épidémiologie, dans l'identification des populations à risque et dans la recherche clinique (y compris les études sur la fréquence des maladies dans différents groupes socio-économiques).

Dans le contexte de ces règles de codage de la morbidité, le terme praticien est utilisé tout au long des consignes pour désigner le médecin ou tout autre professionnel de santé qualifié qui est légalement responsable d'établir le diagnostic du patient. Ces informations doivent être organisées systématiquement en utilisant des méthodes de consignation standardisées.

Un dossier correctement rempli est essentiel pour une bonne prise en charge du patient et constitue une source précieuse de données épidémiologiques et statistiques sur la morbidité et d'autres problèmes de santé.

Le terme épisode est utilisé pour tous les contextes, y compris les admissions à l'hôpital. Il est reconnu que la définition peut être différente dans chaque pays, bien qu'il soit le plus souvent considéré comme une période de soins hospitaliers continue, qui commence le premier jour de l'admission d'un patient dans un établissement de soins et se termine le jour où il est séparé de cet établissement par une sortie, un transfert ou un décès. Certains pays considèrent les périodes de soins séquentielles dans différents services d'un même hôpital comme des épisodes de soins distincts.

Le praticien de santé responsable du traitement du patient est également chargé de documenter l'état de santé du patient pendant un épisode de soins. Une bonne documentation clinique est essentielle à la continuité et à la qualité des soins du patient, à la communication entre les membres de l'équipe de soins, à la sécurité du patient et constitue le dossier légal de l'épisode de soins. Lorsqu'un dossier écrit bien tenu sur l'état de santé du patient est disponible, le codage réussi de ces informations à l'aide de la Classification internationale des maladies (CIM) et des classifications associées produit une source précieuse de données de morbidité pour soutenir :

- La planification, la gestion, le suivi et l'évaluation des soins de santé
- L'épidémiologie
- L'identification des populations à risque
- La recherche clinique
- Le remboursement et financement des soins de santé.

Le praticien de santé responsable du traitement du patient doit sélectionner et documenter l'affection principale, ainsi que toute autre affection, pour chaque épisode de soins. Il est recommandé, dans la mesure du possible, de documenter toutes les affections afin de permettre le codage et l'analyse d'affections multiples en complément de la collecte et de la communication de données de routine.

2.23.5.1 Recommandations relatives à la documentation impliquant le terme "Multiple" - pour la déclaration d'une affection unique

Dans les cas impliquants, par exemple, des "fractures multiples", des "traumatismes crâniens multiples" ou des "valvulopathies multiples", il est acceptable, selon la documentation, d'enregistrer les diagnostics en utilisant le terme "multiples", puis d'énumérer séparément les affections ou blessures spécifiques. Par exemple, Fractures multiples du bassin : fracture des os du pubis, du sacrum, de l'ilium.

2.23.5.2 Spécificité et détails

Chaque énoncé diagnostique doit être aussi informatif que possible afin que le codeur clinique puisse attribuer à l'affection un code qui reflète au mieux les détails spécifiques fournis par l'énoncé diagnostique. Voici quelques exemples d'énoncés diagnostiques :

- carcinome à cellules transitionnelles du trigone de la vessie
- appendicite aiguë avec péritonite localisée
- péricardite à méningocoque
- hypertension induite par la grossesse
- diplopie due à une réaction à un antihistaminique pris tel que prescrit
- arthrose de la hanche due à une ancienne fracture de la hanche
- fracture du col du fémur suite à une chute à domicile
- Brûlure profonde de la paume de la main gauche due à un accident de grillade
- perforation involontaire du côlon sigmoïde lors d'une coloscopie

2.23.5.3 Diagnostics non confirmés

Si aucun diagnostic définitif n'a été établi à la fin d'un épisode de soins, le professionnel de la santé doit alors documenter les informations qui permettent d'obtenir le plus haut degré de spécificité et de connaissance sur le motif de l'admission qui a été établi à la fin de l'épisode de soins. Il peut s'agir d'un symptôme, d'un résultat anormal ou d'un problème. Plutôt que de qualifier un diagnostic de "possible" ou de "suspect", lorsqu'un diagnostic a été envisagé mais non établi, le cas échéant, il convient de coder le symptôme, le résultat anormal ou le problème.

2.23.5.4 Documentation d'une affection exclue

Le praticien de santé doit documenter comme affection principale une affection "exclue" lorsque l'épisode de soins concerne une personne qui présente certains symptômes ou des preuves d'une affection qui nécessite une exploration, mais qui, après examen et observation, ne montre aucun besoin de traitement supplémentaire, de suivi ou d'autres soins médicaux.

Le professionnel de santé ne doit pas documenter une affection exclue comme affection principale si un traitement a été administré pour un symptôme ou si un suivi est nécessaire pour déterminer la cause du signe ou du symptôme. Dans ce cas, le professionnel de la santé doit documenter le signe ou le symptôme qui a été traité comme étant l'affection principale.

Exemple 1

Admis pour une suspicion de thrombose veineuse profonde de la jambe, qui après examen est exclue et aucun suivi n'est nécessaire.

Affection principale : thrombose veineuse profonde exclue.

Exemple 2

Un enfant est trouvé en train de jouer avec un flacon vide d'acétaminophène. La mère n'est pas sûre qu'il y ait eu des comprimés dans le flacon. L'enfant est amené à l'hôpital et après enquête, il est déterminé que l'enfant n'a pas ingéré de comprimés

Affection principale : ingestion involontaire d'acétaminophène (paracétamol), exclue

Exemple 3

Un patient présentait un taux élevé de PSA et s'est présenté pour une biopsie de la prostate. La biopsie n'a révélé aucune preuve de malignité. Aucun autre suivi n'est prévu pour le patient.

Affection principale : tumeur maligne de la prostate, exclue

Voir la section [2.23.17 Codage d'une affection "exclue"](#) pour plus de détails.

2.23.5.5 Contact avec les services de santé pour des raisons autres que la maladie

Les épisodes de soins ou de recours aux services de santé ne se limitent pas à l'identification, au traitement ou à l'investigation d'une maladie ou d'une blessure. Des épisodes peuvent également se produire lorsqu'une personne qui n'est peut-être pas actuellement malade nécessite ou reçoit des soins ou des services limités. Dans ce cas, le praticien de santé doit documenter les détails des circonstances pertinentes en tant que "affection principale".

Voici quelques exemples :

- suivi d'affections traitées précédemment
- vaccination
- gestion de la contraception, soins prénataux et postnataux
- surveillance des personnes à risque en raison d'antécédents personnels ou familiaux
- examens de personnes en bonne santé, par exemple pour des raisons d'assurance ou professionnelles
- demande de conseils en matière de santé
- demande de conseils par des personnes ayant des problèmes sociaux
- consultation pour le compte d'un tiers
- donneurs d'organes ou de tissus
- circonstances liées à des médicaments, des procédures ou des dispositifs sans blessure ou préjudice documenté pour le patient

Le chapitre 24 Facteurs influant sur l'état de santé ou motifs de recours aux services de santé fournit un large éventail de catégories pour classer ces circonstances. La consultation de ce chapitre donnera une indication du détail requis pour permettre le codage dans la catégorie la plus pertinente.

2.23.5.6 Affections dues à des causes externes

Lorsqu'une affection telle qu'une blessure, un empoisonnement ou tout autre effet d'une cause externe est enregistrée, il est important de documenter complètement à la fois la nature de l'affection et les circonstances qui l'ont provoquée. Par exemple :

- fracture du col du fémur causée par une chute due à une glissade sur un trottoir
- contusion cérébrale causée par une perte de contrôle de la voiture, qui a heurté un arbre.
- empoisonnement involontaire, le patient a bu du désinfectant en le confondant avec une boisson gazeuse".
- hypothermie sévère, le patient est tombé dans son jardin par temps froid".

Voir également la section [2.23.20.2 Lien de causalité dans le contexte de la qualité et de la sécurité](#).

2.23.5.7 Documentation des séquelles

Lorsqu'un épisode de soins concerne le traitement ou l'investigation d'une affection résiduelle (séquelles) d'une maladie qui elle-même n'est plus présente, le praticien de santé doit documenter l'affection résiduelle (séquelles) et son origine, ainsi qu'une indication claire que la maladie originale n'est plus présente. Par exemple :

- septum nasal dévié - fracture du nez dans l'enfance".
- contracture du tendon d'Achille - effet tardif d'une blessure au tendon".
- infertilité due à une occlusion tubaire due à une tuberculose ancienne.

Lorsque des séquelles multiples sont présentes et que le traitement ou l'investigation ne vise pas principalement l'une d'entre elles, une déclaration documentée telle que "séquelles d'un accident vasculaire cérébral" ou "séquelles de fractures multiples" est acceptable.

2.23.6 Recommandations de codage pour la sélection de l'"affection principale" et des "autres affections" à des fins de codage

L'affection principale et la ou les autres affections significatives pour un épisode de soins devraient avoir été identifiées et enregistrées par le praticien de santé responsable, et le codage sera donc généralement simple. L'affection principale enregistrée doit être autorisée pour le codage et la déclaration, sauf s'il est évident que le praticien de santé n'a pas suivi les directives relatives au recueil des informations diagnostiques pour l'analyse des données de morbidité. Dans la mesure du possible, un recueil dont l'affection principale est manifestement incohérente ou incorrecte doit être renvoyé au professionnel de santé pour clarification.

Si la clarification de la documentation potentiellement erronée n'est pas possible, l'une des règles suivantes peut être appliquée par le codeur clinique et l'affection principale resélectionnée aux fins de déclaration. Ces règles sont à utiliser lorsqu'il n'est pas clair quelle affection enregistrée doit être sélectionnée comme affection principale à des fins de déclaration.

- MB1 Plusieurs affections sont enregistrées comme "affection principale" ; ou
- MB2 L'affection enregistrée comme "affection principale" est le symptôme présent d'une affection diagnostiquée et traitée ; ou
- MB3 Signes et symptômes enregistrés comme "affection principale" avec d'autres affections enregistrées comme cause.

Règles du codeur pour la resélection de l'affection principale

2.23.6.1 MB1 - Plusieurs affections enregistrées comme "affection principale".

Si plusieurs affections différentes (qui ne peuvent pas être classées avec un seul code racine) sont enregistrées comme "affection principale", et que d'autres détails du dossier indiquent que l'une d'entre elles est l'"affection principale" (une affection déterminée comme étant le motif d'admission établi à la fin de l'épisode de soins), sélectionner cette affection ; sinon, sélectionner l'affection enregistrée en premier.

Si l'on souhaite également déclarer d'autres types de diagnostics de sortie, par exemple l'état de la ressource principale ou la raison initiale de la visite ou de l'admission, il faut alors attribuer le ou les codes d'extension applicables du chapitre X 'Codes d'extension' pour indiquer les différents types de diagnostics de sortie qui sont déclarés.

Exemple 1 :

Un patient a été admis avec une fièvre, des frissons, de céphalées intenses et une raideur de la nuque. Après examen, un diagnostic de méningite staphylococcique a été confirmé. Pendant son séjour à l'hôpital, le patient a développé une pneumonie.

Affection principale : Méningite staphylococcique. Pneumonie

Deux affections ont été enregistrées comme étant l'affection principale et il n'est pas possible d'interroger le professionnel de santé. Les détails de cet exemple indiquent que la méningite staphylococcique est la seule affection qui constitue la raison de l'admission, établie à la fin de l'épisode de soins, le codeur doit donc coder la méningite staphylococcique comme 'affection principale'. La pneumonie est codée comme une "autre affection". Elle répond à la définition d'une 'autre affection' car il s'agit d'un diagnostic survenu pendant l'épisode de soins.

Exemple 2 :

Un patient avec des antécédents de BPCO (MPOC) a été admis pour une biopsie de la prostate. Le patient a été évalué pour la BPCO (MPOC). Une biopsie a été effectuée et le diagnostic final des résultats de la pathologie était une hypertrophie bénigne de la prostate.

Affection principale : Maladie pulmonaire obstructive chronique (BPCO (MPOC)). Hypertrophie de la prostate.

Deux affections ont été enregistrées comme étant l'affection principale et il n'est pas possible d'interroger le professionnel de santé. Les détails de cet exemple indiquent que l'hypertrophie bénigne de la prostate est le motif d'admission établi à la fin de l'épisode de soins ; par conséquent, le codeur doit coder l'hypertrophie de la prostate comme "affection principale". La BPCO (MPOC) est codée comme "autre affection" car le médecin l'a documentée comme coexistante au moment de l'admission et affectant la prise en charge du patient.

Exemple 3 :

Une patiente se présente à l'hôpital à 35 semaines de gestation avec une rupture prématurée spontanée des membranes. Elle n'a pas de contractions. L'examen révèle que le bébé est en présentation par le siège ; par conséquent, l'accouchement par césarienne est recommandé. La mère accouche par césarienne d'un enfant prématuré en bonne santé.

Affection principale : Rupture prématurée des membranes. Présentation par le siège.

Acte : Accouchement par césarienne

Deux affections ont été enregistrées comme affection principale et il n'est pas possible d'interroger le professionnel de santé. Les détails de l'exemple indiquent que la rupture prématurée des membranes est l'affection qui constitue le motif d'admission établi à la fin de l'épisode de soins. Par conséquent, le codeur doit coder la rupture prématurée des membranes comme "affection principale" et la présentation du siège et l'accouchement prématuré comme "autre affection".

Exemple 4 :

Un patient est admis à l'hôpital pour une pneumonie et une insuffisance cardiaque congestive.

Affection principale : Pneumonie et insuffisance cardiaque congestive.

Deux affections ont été enregistrées comme étant l'affection principale et il est impossible d'interroger le professionnel de la santé. Il n'y a pas d'autres détails sur le dossier pour indiquer que l'une des affections est l'affection principale, donc, dans ce cas, le codeur doit coder la première affection listée comme étant l'affection principale. La pneumonie est codée comme l'"affection principale" et l'insuffisance cardiaque congestive est codée comme une "autre affection".

2.23.6.2 MB2 - L'affection enregistrée comme "affection principale" est le symptôme d'une affection diagnostiquée et traitée.

Si un symptôme ou un signe (généralement classé au chapitre 21 Symptômes, signes ou résultats cliniques, non classés ailleurs), ou un problème classé au chapitre 24 Facteurs influant sur l'état de santé ou motifs de recours aux services de santé, est enregistré comme "affection principale", et qu'il s'agit manifestement du signe, symptôme ou problème d'une affection diagnostiquée enregistrée ailleurs et que des soins ont été prodigués à cette dernière, sélectionnez à nouveau l'affection diagnostiquée comme "affection principale".

Exemple 1 :

Un patient se présente à l'hôpital avec une plainte d'hématurie. Les investigations révèlent un papillome dans la paroi postérieure de la vessie comme cause de l'hématurie. Le papillome a été excisé par diathermie.

Affection principale : Hématurie

Autres affections : Papillome de la paroi postérieure de la vessie

L'hématurie (symptôme) est enregistrée comme affection principale ; cependant, il a été déterminé qu'elle était causée par le papillome de la vessie (affection diagnostiquée et traitée). Par conséquent, le codeur doit modifier sa sélection et coder le papillome de la paroi postérieure de la vessie comme "affection principale".

Exemple 2 :

Un patient se présente à l'hôpital avec des douleurs abdominales. Les investigations révèlent une appendicite aigüe et le patient subit une appendicectomie.

Affection principale : Douleur abdominale

Autres affections : Appendicite aigüe

Le symptôme 'douleur abdominale' a été enregistré comme affection principale ; cependant, il a été déterminé qu'il était causé par une appendicite. Par conséquent, le codeur doit modifier sa sélection et coder l'appendicite aigüe comme 'affection principale'.

Exemple 3 :

Un patient avec une BPCO (MPOC) connue est admis à l'hôpital pour une insuffisance respiratoire aiguë qui, après examen, s'avère être causée par une exacerbation aiguë de la BPCO (MPOC).

Affection principale : Insuffisance respiratoire aiguë

Autre affection : Exacerbation aiguë de BPCO (MPOC)

Le symptôme "insuffisance respiratoire aiguë" a été enregistré comme affection principale ; cependant, il a été déterminé qu'il était causé par une exacerbation de la BPCO (MPOC) avec exacerbation aiguë. Par conséquent, le codeur doit modifier sa sélection et coder la BPCO (MPOC) comme 'affection principale'.

2.23.6.3 MB3 - Signes et symptômes enregistrés en tant qu'"affection principale" avec d'autres affections enregistrées comme cause.

Lorsqu'un symptôme ou un signe est enregistré comme « affection principale » avec une documentation indiquant qu'il peut être dû à une affection ou à une autre, sélectionner le symptôme comme étant l'"affection principale".

Exemple 1 :

Affection principale : Céphalées de tension ou due à une sinusite aiguë

Le symptôme 'céphalées' est enregistré comme l'affection principale avec deux causes possibles ; par conséquent, le codeur doit coder les céphalées comme l'affection principale'.

2.23.7 Codage utilisant la postcoordination dans la morbidité

Une nouvelle caractéristique importante de la CIM-11 est une fonctionnalité intégrée pour la postcoordination des détails liés aux concepts diagnostiques ; voir la section [2.10.2 Combinaison de codes racines et des codes d'extension, et comment les ordonner dans un groupe de codes complexes](#), et la section [2.10.1 Ajout de détails - postcoordination et codage en regroupement avec plusieurs codes racines et codes d'extension](#).

Le codage postcoordonné des concepts diagnostiques décrits par le professionnel de santé est illustré dans les exemples suivants :

Exemple 1

Un patient est admis à l'hôpital pour un traitement au laser de sa rétinopathie diabétique due à un diabète sucré de type 2. Pendant l'admission, le traitement du patient pour l'hypertension artérielle a dû être ajusté à plusieurs reprises avant la sortie. Coder comme affection principale la rétinopathie diabétique, sans précision postcoordonnée avec le code racine diabète sucré de type 2 ([9B71.OZ/5A11](#)). Coder l'autre affection, l'hypertension essentielle ([BA00.Z](#)).

Pour le codage de la morbidité, l'ordre des codes dans le premier groupe de l'exemple 1 fait que la rétinopathie diabétique est classée en premier car c'est elle qui répond à la définition de l'affection principale, suivie de l'affection causale, le diabète de type 2. (Remarque : la classification indique de coder également le type de diabète).

Lorsqu'une relation de cause à effet établie n'est pas documentée ou ne peut être déduite, les deux codes racines ne peuvent pas faire partie du même groupe.

Exemple 2

Patient admis pour une chirurgie de la cataracte droite. Le patient souffre également de diabète sucré de type 2 et a été revu par l'endocrinologue et le diététicien pour son régime alimentaire et son plan d'insuline à long terme. Coder la cataracte, sans précision, droite (9B10.Z& XK9K) comme affection principale. Coder l'autre affection comme étant un diabète sucré de type 2 (5A11).

L'exemple 2 démontre une postcoordination où une relation causale entre la cataracte et le diabète de type 2 n'a pas été documentée et ne peut être déduite ; par conséquent, les deux codes racines pour chaque affection sont rapportés séparément. La postcoordination pour la latéralité de la cataracte a été appliquée ici.

2.23.7.1 Consigne de codage pour l'utilisation des codes d'extension

Ajouter des détails aux codes racines à l'aide des codes d'extension

Les codes d'extension de type 2 (une nouvelle section de codes dans la CIM-11) fournissent des codes distincts qui servent de marqueurs pour indiquer la manière dont un diagnostic doit être utilisé et/ou interprété. Voici quelques exemples de ces modificateurs de codes d'extension :

- Types de diagnostic de sortie (affection principale ; affection à ressource principale ; raison initiale de la visite ou de l'admission) ;
- Certitude du diagnostic (Diagnostic provisoire ; Diagnostic différentiel)
- Moment du diagnostic (Présent à l'admission ; Apparu après l'admission ; Moment incertain de l'apparition par rapport à l'admission)

Pour plus de détails sur l'utilisation de tous les codes d'extension disponibles, voir la section

[2.9 Codes d'extension.](#)

Exemple 1

Un patient est admis à l'hôpital pour des douleurs thoraciques et, après examen, on lui diagnostique un infarctus du myocarde. Il développe ensuite un accident vasculaire cérébral qui entraîne une hospitalisation d'un mois. L'infarctus du myocarde est codé comme l'affection principale car c'est la raison de l'admission établie à la fin du séjour. L'accident vasculaire cérébral est codé séparément et peut être postcoordonné avec un indicateur de code d'extension de type de diagnostic indiquant que le diagnostic d'accident vasculaire cérébral est apparu après l'admission.

Un tel système avec des marqueurs de diagnostic répond aux objectifs des pays qui veulent une règle de codage des motifs d'admission, tout en répondant également aux objectifs des pays qui veulent pouvoir faire des inférences concernant les complications des soins et la consommation de ressources (qui sont pertinentes pour les systèmes de *casemix* et les évaluations de la sécurité et de la qualité des soins).

2.23.8 Codage à partir de la documentation du praticien de santé sur les "relations causales".

Parfois, les affections qui ont une relation causale sont clairement documentées par le praticien de santé à l'aide de termes tels que "dû à", "causé par" ou "résultant de". Ces termes de liaison indiquent que le praticien a établi un lien de causalité entre, par exemple, l'état A et l'état B. Cependant, il arrive que les états soient documentés avec des termes de liaison qui sont ambigus pour le codeur, tels que "avec", "après", "dans" et "suivant". Lorsque des termes ambigus sont documentés, et qu'il n'est pas clair si le professionnel de santé indiquait une relation de cause à effet ou non, le codeur clinique doit coder chaque affection séparément et ne pas relier les affections dans un regroupement.

Le regroupement (postcoordination) est une nouvelle caractéristique particulièrement remarquable de la CIM-11 qui a permis l'introduction de nouveaux mécanismes de codage clinique puissants pour saisir les informations cliniques dans des dimensions telles que :

- codage de la qualité et de la sécurité en lien avec les blessures et préjudices liés aux soins (voir le modèle en trois parties décrit à la section [2.23.20.1](#))
- blessure et cause externe de la blessure
- ajout de détails cliniques à l'aide de codes d'extension
- spécification du type de diagnostic et du moment du diagnostic à l'aide de codes d'extension
- description exhaustive des effets tardifs (séquelles) résultant d'affections antérieures (voir section [2.21.6](#))
- description de diagnostics de codes racines interdépendants lorsqu'il existe une relation causale claire entre eux

Pour plus d'informations sur l'inférence causale dans le contexte de la qualité et de la sécurité, reportez-vous à la section [2.23.20.2 Causalité dans le contexte de la qualité et de la sécurité](#).

2.23.9 Codage des affections ou symptômes suspectés, des résultats anormaux et des situations non pathologiques

Si l'épisode de soins concernait un patient hospitalisé, le codeur doit être prudent avant de classer l'affection principale dans les chapitres 21 Symptômes, signes ou résultats cliniques, non classés ailleurs et 24 Facteurs influant sur l'état de santé ou motifs de recours aux services de santé. Si un diagnostic plus spécifique n'a pas été posé à la fin du séjour hospitalier, ou s'il n'y avait vraiment aucune maladie ou blessure actuelle codable, les codes des chapitres ci-dessus sont autorisés. Les catégories peuvent être utilisées de la manière habituelle pour les autres épisodes de recours aux services de santé.

Si, à l'issue d'un épisode de soins, l'état principal est enregistré comme "suspecté", "douteux", etc., et qu'il n'y a pas d'autres informations ou clarifications, le diagnostic suspecté doit être codé comme s'il était établi.

Exemple 1

Affection principale : Cholécystite aiguë présumée Si aucune autre information disponible n'indique qu'un diagnostic définitif a été posé, coder cholécystite aiguë, sans précision ([DC12.0Z](#)) comme "affection principale".

Exemple 2

Affection principale : Épistaxis sévère. Patient hospitalisé un jour. Aucune procédure ou investigation rapportée. Coder l'épistaxis ([MD20](#)). Bien que l'épistaxis soit un signe/symptôme, il est acceptable puisque le patient n'a manifestement été admis que pour traiter l'urgence immédiate.

2.23.10 Codage à l'aide de catégories de combinaison

La CIM prévoit certaines catégories où deux affections ou une affection et un processus secondaire associé peuvent être représentés par un seul code (c'est-à-dire un concept précoordonné). Ces catégories de combinaison doivent être utilisées lorsque les informations appropriées sont enregistrées.

Exemple 1 :

Affection principale : Maladie rénale chronique (MRC), stade 4 secondaire à une maladie rénale hypertensive Autre affection : Hypertension essentielle Coder Maladie rénale chronique, stade 4 ([GB61.4](#)) et ajouter la Néphropathie hypertensive ([BA02](#)) dans un regroupement. Affection principale Regroupement : [GB61.4/BA02](#) Autre affection : [BA00](#) Hypertension essentielle

Exemple 2 :

Affection principale : Glaucome dû à une inflammation oculaire Code pour [9C61.24](#) Glaucome dû à une inflammation oculaire. Il s'agit d'un code précoordonné dans la CIM-11.

Exemple 3 :

Affection principale : Cataracte diabétique. Diabète sucré de type 1 Autres affections : Hypertension Coder la cataracte diabétique ([9B10.21](#)) et "coder aussi" le type de diabète sucré ([5A10](#)). Postcoordonner le code racine pour la cataracte diabétique et le code racine pour le diabète sucré de type 1. Regroupement de l'affection principale : [9B10.21/5A10](#). L'hypertension n'est pas liée à la cataracte ou au diabète, elle ne fait donc pas partie du regroupement. Elle est codée comme une "autre affection".

Exemple 4 :

Affection principale : Polyarthrite rhumatoïde Autres affections : Hypertension, diabète de type 2, cataracte Coder polyarthrite rhumatoïde, sérologie sans précision ([FA20.Z](#)) comme "affection principale". Coder séparément les autres affections (hypertension ([BA00.Z](#)), diabète sucré de type 2 ([5A11](#)), cataracte ([9B10.Z](#))). Si des codes d'extension facultatifs sont ajoutés à l'une des affections, alors un ou plusieurs regroupements sont créés le cas échéant, car les codes d'extension ne peuvent pas être déclarés seuls. Notez que dans cet exemple, le lien (par le biais du regroupement) de la cataracte avec le diabète ne doit pas être fait car la cataracte n'a pas été documentée comme une cataracte diabétique. Dans ce cas, il n'y a pas de combinaison indiquant que le regroupement doit être utilisé.

Affection principale : [FA20.Z](#) Autre affection : [BA00.Z](#) Autre affection : [5A11](#) Autre affection : [9B10.Z](#)

2.23.11 Codage utilisant les causes externes de morbidité

Pour les blessures et autres affections dues à des causes externes, il convient de coder à la fois la nature de l'affection et les circonstances de la cause externe. Le code "affection

principale" préféré est celui qui décrit la nature de l'affection. Celle-ci sera souvent, mais pas toujours, classable au chapitre 22 Lésions traumatiques, empoisonnements ou certaines autres conséquences de causes externes. Le code du Chapitre 23 Causes externes de morbidité ou de mortalité indiquant la cause externe est attribué comme code supplémentaire et il est postcoordonné avec la nature de l'affection car il peut être considéré comme un modificateur. Voir également la section [2.23.20.1](#).

Exemple 1 :

Affection principale : Fracture du col du fémur causée par une chute Autres affections : Contusions du coude et à la partie supérieure du bras Le professionnel de santé a identifié la fracture comme étant l'affection principale et puisqu'il n'y a pas d'autres informations permettant au codeur de remettre en question l'affection principale enregistrée, le codeur doit coder fracture du col du fémur, sans précision ([NC72.2Z](#)) comme "affection principale". Le code de cause externe pour chute involontaire d'une hauteur non précisée ([PA6Z](#)) est utilisé comme code supplémentaire lié au code de fracture par postcoordination. La contusion du coude ([NC30.1](#)) et du bras ([NC10.1](#)) est codée comme un autre groupe d'affections et le code de cause externe de chute accidentelle ([PA6Z](#)) est lié au code de contusion par une postcoordination.

Regroupement d'affections principales : [NC72.2Z/PA6Z](#) Autre regroupement d'affections : [NC30.1/NC10.1](#)

Exemple 2 :

Affection principale : Fracture du col du fémur due à une chute Autre affection : Hypothermie sévère résultant d'une exposition au froid Coder [NC72.2Z](#) *Fracture du col du fémur, sans précision* comme "affection principale" et coordonner en aval le code de cause externe pour [PA6Z](#) *Chute involontaire d'une hauteur indéterminée* . Coder comme "autre affection" l'hypothermie ([NF02](#)) et postcoordonner le code de cause externe [PB16](#). Regroupement d'affections principales : [NC72.2Z/PA6Z](#) Autre regroupement d'affections : [NF02/PB16](#)

Exemple 3 :

Affection principale : Diplopie due à une réaction à un antihistaminique pris tel que prescrit Coder la diplopie [9D46](#) et postcoordonner le code de cause externe pour [PL00](#) *Médicaments, préparations médicamenteuses ou substances biologiques associées à une blessure ou à un préjudice en utilisation thérapeutique* et [PL13.2](#) *Lésion ou dommage lié à un médicament dans le cadre d'une administration ou d'un dosage correct, en tant que mode de blessure ou de dommage*. Un code d'extension facultatif peut être ajouté pour identifier que le médicament spécifique était un antihistaminique [XM4J58](#).

Regroupement principal : [9D46/PL00&XM4J58/PL13.2](#)

2.23.12 Codage des affections aiguës et chroniques enregistrées comme affection principale

Lorsque l'affection principale est enregistrée comme étant à la fois aiguë (ou subaiguë) et chronique, et que la CIM fournit des catégories ou sous-catégories distinctes pour chacune, mais pas pour la combinaison, le code de l'affection aiguë doit être déclaré comme l'affection principale (l'affection déterminée comme étant le motif de l'admission établie à la fin de l'épisode de soins). Lorsqu'un code combiné approprié est fourni pour l'affection aiguë et l'affection chronique, attribuer le code combiné comme affection principale.

Exemple 1 :

Affection principale : Cholécystite aiguë sur cholécystite chronique Coder [DC12.00 Cholécystite aiguë sur cholécystite chronique](#) comme "affection principale". Ceci est un exemple de code combiné pour l'affection aiguë et l'affection chronique dans la CIM-11.

Exemple 2 :

Affection principale : Exacerbation aiguë d'une maladie pulmonaire obstructive chronique Coder [CA22.0 Maladie pulmonaire obstructive chronique avec exacerbation aiguë, sans précision](#) comme "affection principale" car la CIM fournit un code unique précoordonné approprié pour la combinaison.

2.23.13 Codage des blessures ou dommages résultant de soins chirurgicaux ou médicaux

Reportez-vous à la section [2.23.20.1 Vue d'ensemble du jeu de codes dans la CIM-11 pour la qualité et la sécurité des patients](#).

2.23.14 Codage des événements et circonstances indésirables survenant au cours des soins de santé et ne causant ni blessure ni préjudice réel

Reportez-vous à la section [2.23.20.1 Vue d'ensemble du jeu de codes dans la CIM-11 pour la qualité et la sécurité des patients](#).

2.23.15 Codage des affections chroniques post-interventionnelle

La plupart des chapitres consacrés aux systèmes corporels contiennent également des catégories pour les affections permanentes (chroniques) qui surviennent soit à la suite d'interventions et de techniques spécifiques, soit à la suite de l'ablation d'un organe, par exemple le syndrome de lymphoedème postmastectomie, l'hypothyroïdie post-irradiation. Les affections immédiates ou aiguës qui surviennent comme conséquence d'une procédure peuvent nécessiter un codage avec le modèle de qualité et de sécurité en 3 parties. Voir également la section [2.23.20.1 Aperçu du jeu de codes dans la CIM-11 pour la qualité et la sécurité des patients](#). Les catégories d'affections postinterventionnelles ne comportent pas de codes résiduels (c'est-à-dire autres et sans précision). Ceci est intentionnel afin d'éviter que les utilisateurs classent par inadvertance dans ces catégories des affections qui devraient, en fait, être classées ailleurs.

2.23.16 Codage de 'Antécédents de' et 'Antécédents familiaux de'

Le chapitre 24 Facteurs influant sur l'état de santé ou motifs de recours aux services de santé de la classification comprend un certain nombre de codes qui décrivent à la fois des antécédents personnels de diverses affections et des antécédents familiaux de diverses affections. La classification de ce concept documenté peut être codée de l'une des deux manières suivantes.

Option 1 : Attribuer le code racine applicable du chapitre 24 "antécédents de" (ou "antécédents familiaux de") en lui-même.

Option 2 : Attribuer le code racine applicable du chapitre 24 groupé avec un code d'un autre chapitre pour ajouter de la spécificité quant à ce qu'était la "maladie" précédente. L'ordre

des codes racines dans le groupe est toujours le code racine "antécédent de" en premier, suivi de tout autre code qui peut être ajouté pour plus de détails.

Exemple 1 :

Un patient a des antécédents de cancer du côlon sigmoïde qui a été réséqué de façon curative. Code : [QC40.0](#) Antécédents personnels de tumeur maligne des organes digestifs/2B90.3 Tumeur maligne du côlon sigmoïde

Dans l'exemple 1, il est acceptable de coder uniquement [QC40.0](#) car le code recueille simplement la notion que le patient a une histoire personnelle de cancer des organes digestifs. Cependant, le concept clinique documenté (antécédents de cancer du côlon sigmoïde) est entièrement décrit par l'utilisation du mécanisme de regroupement et la liaison des codes souches [QC40.0/2B90.3](#).

Exemple 2 :

Un patient a des antécédents familiaux de dégénérescence maculaire. Code : [QC66](#) Antécédents familiaux de troubles oculaires ou auriculaires/9B78.3Z Dégénérescence de la macula ou du pôle postérieur, non spécifiée

2.23.17 Codage d'une affection "exclue".

De nombreux recours aux services de santé ont pour but d'évaluer des patients pour des affections suspectées, pour ensuite déterminer après des examens que le patient n'est pas atteint de l'affection en question. Dans la documentation médicale, de tels scénarios utilisent souvent le terme "exclu". Il est essentiel que les systèmes d'information en santé soient en mesure de rendre compte de telles recours.

La CIM-11 comprend un certain nombre de codes qui peuvent être utilisés pour décrire les recours aux services de santé où une affection suspectée a été "écartée". Ceux-ci apparaissent au chapitre 24 comme fils de [QA02](#) *Mise en observation ou examen médical pour suspicion de maladies ou d'affections, sans diagnostic retenu*. Certains de ces codes précisent l'affection suspectée en question :

- Observation pour une suspicion de tumeur maligne, exclue.
- Observation pour suspicion de tuberculose, exclue
- Observation en cas de suspicion d'allergie ou d'hypersensibilité, exclue.

Dans de nombreux autres scénarios courants, il n'y a pas de code pour une affection présumée précise, auquel cas, [QA02.Y](#) *Observation ou évaluation médicale pour d'autres maladies ou affections présumées, exclues*], est utilisé. Dans ce cas, la postcoordination peut être utilisée pour préciser l'affection suspectée qui a été exclue. La classification du concept documenté "exclu" peut être codée de l'une des deux manières suivantes. Option 1 : Attribuer le code applicable de [QA02](#) *Mise en observation ou examen médical pour suspicion de maladies ou d'affections, sans diagnostic retenu*, seul. Option 2 : Attribuer le code applicable de [QA02](#) *Mise en observation ou examen médical pour suspicion de maladies ou d'affections, sans diagnostic retenu*, groupé avec un code d'un autre chapitre pour ajouter une spécificité de la maladie suspectée qui a été écartée. L'ordre des codes racines dans le regroupement comprend toujours le code racine [QA02](#) en premier.

Exemple 1

Admis pour une suspicion de thrombose veineuse profonde de la jambe, qui après examen est exclue et aucun suivi nécessaire. Affection principale : Thrombose veineuse profonde exclue. Coder le groupe d'affections principales : [QA02.Y/BD71.4](#)

Explication : [QA02.Y](#) indique qu'une autre affection précisée a été exclue et la postcoordination permet de préciser quelle était l'affection suspectée (thrombose veineuse profonde de la jambe).

Exemple 2

Un enfant est trouvé en train de jouer avec un flacon d'acétaminophène vide. La mère n'est pas sûre qu'il y ait eu des comprimés dans le flacon. L'enfant est amené à l'hôpital et après enquête, il est déterminé que l'enfant n'a pas ingéré de comprimés. Affection principale : Ingestion non intentionnelle d'acétaminophène exclue. Code : [QA02.5](#) *Mise en observation pour suspicion d'effet toxique d'une substance ingérée, sans diagnostic retenu*. Explication : Dans cet exemple, [QA02.5](#) précise l'affection qui a été exclue.

2.23.18 Codage des affections documentées comme séquelles (effet tardif)

Les séquelles comprennent les effets résiduels de maladies ou de troubles, de blessures ou d'empoisonnements précisés comme tels, ou comme effet tardif d'une affection disparue, guérie, inactive, ancienne ou quiescente, à condition qu'il n'y ait pas de preuve d'une maladie active. Les affections documentées comme une séquelle (effet tardif) seront généralement classées en utilisant la postcoordination selon le cas.

Le regroupement doit contenir :

- d'abord, un code racine identifiant la manifestation spécifique (c'est-à-dire la nature de l'effet), et
- deuxièmement, un code racine désignant "l'effet tardif de" (soit un code des chapitres sur les systèmes corporels, soit un code du chapitre 24 Facteurs influant sur l'état de santé ou motifs de recours aux services de santé)
- troisièmement, si nécessaire, un code racine représentant l'état antérieur causant les séquelles

Note : Le codage des séquelles d'une blessure avec tous les détails nécessitera quatre codes dans le regroupement, le quatrième code étant le code de cause externe.

Exemple 1 :

Contracture articulaire présente comme effet tardif d'une Brulure antérieure. Regroupement de codes: [FA34.3](#) *Raideur de l'articulation* [QC50](#) *Effet tardif d'un problème de santé antérieur, non classé ailleurs* [NE11](#) *Brulure d'une partie du corps non précisée*/[PB1Z](#) *Exposition involontaire à un mécanisme thermique, sans précision*].

Exemple 2 :

Hémiplégie présente comme effet tardif d'un ancien accident vasculaire cérébral ischémique. Regroupement de codes: [MB53.Z](#) *Hémiplégie, sans précision*/[8B25.0](#) *Effets tardifs d'infarctus cérébral* Note : Dans l'exemple 2, le concept d'effet tardif et de cause sous-jacente est déjà précoordonné dans le code racine [8B25.0](#).

2.23.19 Normes et instructions de codage pour les blessures

La définition de l'OMS d'une "blessure" est la suivante : "exposition aiguë à des agents physiques tels que l'énergie mécanique, la chaleur, l'électricité, les produits chimiques et les rayonnements ionisants qui interagissent avec le corps en quantités ou à des taux qui dépassent le seuil de tolérance humaine. Dans certains cas (par exemple, la noyade et les gelures), les blessures résultent du manque soudain d'éléments essentiels tels que l'oxygène ou la chaleur". Les blessures peuvent être catégorisées de plusieurs façons. Toutefois, pour la plupart des analyses et pour identifier les possibilités d'intervention, il est particulièrement utile de catégoriser les blessures selon qu'elles ont été délibérément infligées ou non et par qui. Les catégories couramment utilisées sont les suivantes :

- non intentionnel (c'est-à-dire accidentel)
- intentionnel (c'est-à-dire délibéré)
- interpersonnelles (par exemple, les agressions et les homicides)
- automutilation (par exemple, abus de drogues et d'alcool, automutilation, suicide)
- intervention légale (par exemple, action de la police ou d'autres agents chargés de faire respecter la loi)
- guerre, insurrection civile et troubles (par exemple, manifestations et émeutes)
- intention indéterminée

Une série de définitions s'applique à l'ensemble des événements qui causent des blessures. Voir la section "Définition relative aux accidents de transport" ci-dessous.

2.23.19.1 Descriptions liées aux accidents de transport

- (a) Un "accident de transport" est toute blessure non intentionnelle impliquant un dispositif conçu principalement pour transporter des personnes ou des marchandises d'un endroit à un autre ou utilisé principalement à cette fin à ce moment-là
- (b) Une voie publique (voie de circulation) ou une rue est la largeur totale entre les lignes de propriété (ou autres lignes de démarcation). Elle comprend l'espace des terrains publics ouverts utilisés pour le déplacement des personnes ou des biens d'un endroit à un autre. Une chaussée est la partie de la voie publique conçue, améliorée et habituellement utilisée pour la circulation des véhicules.
- (c) Un accident de la route est toute blessure non intentionnelle survenant sur la voie publique [c'est-à-dire qui commence, se termine ou implique un véhicule se trouvant partiellement sur la voie publique]. Une blessure non intentionnelle impliquant un véhicule est supposée avoir eu lieu sur la voie publique, sauf si un autre endroit est précisé, sauf dans le cas de blessures non intentionnelles impliquant uniquement des véhicules à moteur hors route, qui sont classées comme blessures non intentionnelles non causées par la circulation, sauf indication contraire.
- (d) Une blessure non liée à un accident de la route, est toute blessure non intentionnelle qui se produit entièrement dans un endroit autre qu'une voie publique.

(e) Un piéton est toute personne impliquée, blessée involontairement, qui n'était pas, au moment de l'événement, à bord d'un véhicule à moteur, d'un train, d'un tramway ou d'un autobus ou d'un véhicule à traction animale ou autre, ou sur un cycle à pédales ou sur un animal.

• On considère comme piétons les personnes :

- changeant un pneu de véhicule
- effectuant un réglage du moteur d'un véhicule
- utilisant des objets qui aident au transport des piétons, notamment :
 - voiture d'enfant
 - patins à glace
 - déambulateur
 - poussette
 - patins à roulettes
 - scooter
 - planche à roulettes
 - skis
 - traîneau
 - fauteuil roulant (motorisé)

(f) Un conducteur est l'occupant d'un véhicule de transport qui le conduit ou a l'intention de le conduire.

(g) Un passager est tout occupant d'un véhicule de transport autre que le conducteur.

Exclusion : personne voyageant à l'extérieur du véhicule - voir la définition (h) ci-dessous

(h) Une personne "voyageant sur" un véhicule de transport comprend toute personne transportée par un véhicule mais n'occupant pas l'espace normalement réservé au conducteur ou aux passagers, ou l'espace destiné au transport de biens.

- Le terme "Voyageant sur" comprend :
 - carrosserie
 - pare-chocs [aile]
 - accroché à l'extérieur
 - toit (porte-bagages)
 - marchepied
 - plaque de marche

(i) Un cycle à pédales est tout véhicule de transport terrestre actionné uniquement par des pédales.

Inclut : bicyclette, tricycle Exclut : bicyclette motorisée - voir définition (k)

- (j) Un cycliste à pédale est toute personne se déplaçant sur un cycle à pédale ou dans un side-car ou une remorque attachée à un tel véhicule.
- (k) Une motocyclette est un véhicule à moteur à deux roues doté d'une ou deux selles de conduite et parfois d'une troisième roue pour le support d'un side-car. Le side-car est considéré comme faisant partie de la motocyclette.
- Comprend :
 - cyclomoteur scooter moto :
 - SAI
 - combinaison
 - avec side-car
 - bicyclette motorisée
 - cycle motorisé à vitesse limitée
 - Non compris : tricycle à moteur - voir définition (m)
- (l) Un motocycliste est toute personne qui se déplace sur une motocyclette ou dans un side-car ou une remorque attachée à un tel véhicule.
- (m) Un véhicule à moteur à trois roues est un tricycle motorisé conçu principalement pour une utilisation sur route.
- Comprend :
 - tricycle à moteur
 - pousse-pousse motorisé
 - voiture à moteur à trois roues
 - Exclut :
 - motocyclette avec side-car - voir la définition (k)
 - véhicule spécial tout-terrain - voir définition (x)
- (n) Une voiture (automobile) est un véhicule de transport léger à quatre roues ou plus, conçu principalement pour transporter jusqu'à 10 personnes. Une remorque ou une caravane tractée par une voiture est considérée comme faisant partie de la voiture.

Comprend : minibus

- (o) Un véhicule à moteur ou un véhicule peut faire référence à divers véhicules de transport. L'usage local de ces termes doit être établi pour déterminer le code approprié. Si les termes sont utilisés de manière ambiguë, utiliser le code "sans précision". Une remorque ou une caravane tractée par un véhicule est considérée comme faisant partie du véhicule.
- (p) Un véhicule léger de transport de marchandises (camionnette ou fourgonnette) est un véhicule à moteur à quatre roues ou plus conçu principalement pour le transport de biens sur les routes, dont le poids est inférieur à la limite locale pour la classification en

tant que poids lourd (généralement moins de 3500 kg), et qui ne nécessite pas de permis de conduire spécial. Une remorque ou une caravane tractée par un véhicule léger de transport de marchandises est considérée comme faisant partie du véhicule.

- (q) Un poids lourd est un véhicule à moteur conçu principalement pour le transport de biens sur les routes, répondant aux critères locaux de classification en tant que poids lourd en termes de poids à vide (généralement supérieur à 3500 kg), et nécessitant un permis de conduire spécial.
- (r) Un autobus est un véhicule à moteur conçu ou adapté principalement pour transporter plus de 10 personnes et nécessitant un permis de conduire spécial pour être utilisé.
- (s) Un train ou un véhicule ferroviaire est tout dispositif, avec ou sans voitures attelées, conçu pour la circulation sur un chemin de fer.
 - Comprend :
 - en interurbain :
 - voiture électrique
 - tramway (exploité principalement sur sa propre emprise, non ouvert à d'autres circulations) train ferroviaire, toute puissance [diesel] [électrique] [vapeur].
 - funiculaire
 - monorail ou autre véhicule souterrain ou surélevé à deux rails conçu pour circuler sur une voie ferrée
 - Exclut :
 - les voitures électriques interurbaines (tramways) spécifiées pour être exploitées sur une voie faisant partie de la rue ou de la voie publique - voir la définition (t)
- (t) Un tramway est un véhicule conçu et utilisé principalement pour le transport de personnes à l'intérieur d'une collectivité, circulant sur des rails, habituellement soumis à des signaux normaux de contrôle de la circulation et utilisé principalement sur une voie qui fait partie de la chaussée. Une remorque tirée par un tramway est considérée comme faisant partie du tramway.
 - Comprend :
 - voiture électrique interurbaine ou tramway, lorsqu'il est précisé qu'elle circule dans une rue ou sur une voie publique
 - tram (voiture)
 - trolley (voiture)
- (u) Un véhicule spécial utilisé principalement dans des locaux industriels est un véhicule à moteur conçu principalement pour être utilisé dans les bâtiments et locaux d'établissements industriels ou commerciaux.
 - Comprend :
 - alimenté par une batterie :

- véhicule de passagers d'aéroport
 - camion (bagage)(courrier)
 - wagon de charbon d'une mine
 - chariot élévateur (camion)
 - voiture forestière
 - chariot automoteur, industriel
 - camion à bagages de la gare (motorisé)
 - tramway, camion ou bac (à moteur) d'une mine ou d'une carrière
- (v) Un véhicule spécial utilisé principalement dans l'agriculture est un véhicule à moteur conçu spécifiquement pour être utilisé dans l'agriculture et l'élevage (horticulture), par exemple pour travailler la terre, soigner et récolter les cultures et transporter des matériaux sur la ferme.
- Comprend :
 - moissonneuse-batteuse
 - les machines agricoles automotrices
 - tracteur (et remorque)
- (w) Un véhicule spécial de construction est un véhicule à moteur conçu spécifiquement pour être utilisé dans la construction (et la démolition) de routes, de bâtiments et d'autres structures.
- Comprend :
 - bulldozer
 - pelleteuse
 - camion à benne basculante
 - niveleur de terrain
 - pelle mécanique
 - rouleau compresseur
- (x) Un véhicule spécial tout-terrain est un véhicule à moteur de conception spéciale pour lui permettre de négocier des terrains accidentés ou mous ou de la neige. Des exemples de conception spéciale sont une construction haute, des roues et des pneus spéciaux, des chenilles et un support sur un coussin d'air.
- Comprend : - aéroglisseur sur terre ou dans les marais - motoneige
 - Non compris : aéroglisseur sur eau libre - voir définition (y)
- (y) Une embarcation nautique est tout dispositif permettant de transporter des passagers ou des marchandises sur l'eau.

Comprend : aéroglisseur SAI

(z) Un aéronef est tout dispositif permettant de transporter des passagers ou des marchandises dans les airs.

2.23.19.2 Classification et consignes de codage pour les blessures non intentionnelles causées par les transports

Les accidents de transport sont comptabilisés pour les statistiques officielles lorsqu'ils sont non intentionnels.

1. Si un événement ne précise pas s'il s'agit d'un événement lié ou non à la circulation, les définitions suivantes doivent être utilisées :
 - a) Il y a classification en tant qu'accident de la circulation lorsque l'événement peut être classé dans les catégories de la circulation.
 - b) On parle de blessures non liées à la circulation lorsque l'événement peut être classé dans les catégories non liées à la circulation. Pour ces catégories, la victime est soit un piéton, soit l'occupant d'un véhicule conçu principalement pour un usage hors route.
2. Lorsque des blessures involontaires impliquant plus d'un type de transport sont signalées, l'ordre de priorité suivant doit être utilisé :
 - aéronefs et engins spatiaux
 - embarcations nautiques
 - autres modes de transport
3. Lorsque la description d'un accident de transport ne précise pas que la victime est l'occupant d'un véhicule et que la victime est décrite comme écrasée, traînée, heurtée, blessée, tuée, renversée, écrasée par tout véhicule, y compris :

- animal monté
- véhicule à traction animale
- vélo
- bulldozer
- bus
- voiture
- moto
- tricycle motorisé
- pick-up (camion)
- véhicule de loisirs
- tramway
- tracteur
- train
- tramway
- camion
- fourgon

Classer la victime comme un piéton.

4. Lorsque la description de l'accident de transport n'indique pas le rôle de la victime, classer la victime comme un occupant ou un conducteur du véhicule s'il y a mention de véhicules tels que :

- avion
- vélo
- bateau
- bulldozer
- bus
- voiture
- moto
- tricycle motorisé
- pick-up (camion)
- véhicule de loisirs
- engin spatial
- tracteur
- train
- tramway
- camion
- fourgon
- embarcation nautique
- accident
- collision
- crash
- épave
- SAI

Classez la victime comme occupant ou conducteur du véhicule mentionné. Si plus d'un véhicule est mentionné, ne faites aucune supposition quant au véhicule qui était occupé par la victime, à moins que les véhicules soient les mêmes. Au lieu de cela, codez dans les catégories appropriées, en tenant compte de l'ordre de priorité donné dans la note 2 ci-dessus.

5. Lorsqu'un accident de transport, tel que :

- véhicule (moteur) (non-moteur) : - qui devient incontrôlable (à cause de) :
- pneu éclaté (éclatement)
- Endormissement du conducteur
- inattention du conducteur
- vitesse excessive
- défaillance d'une pièce mécanique entraînant une collision

Classifier la blessure non intentionnelle comme une collision. Si une blessure non intentionnelle autre qu'une collision a eu lieu, classer-la comme une blessure sans collision selon le type de véhicule impliqué.

6. Lorsqu'une blessure non intentionnelle implique un véhicule en mouvement, comme par exemple :
- une intoxication involontaire par les gaz d'échappement générés par la rupture d'une partie ou l'explosion d'une partie quelconque
 - chute, saut ou poussée non intentionnelle
 - départ de feu
 - frappé par un objet jeté dans ou sur
 - blessure par projection contre une partie ou un objet
 - blessure causée par une partie mobile
 - objet tombant dans ou sur un véhicule en mouvement
 - entraînant une collision ultérieure

Classer comme une collision.

S'il s'agit d'un accident autre qu'une collision, classer-le comme une blessure hors collision selon le type de véhicule impliqué.

Blessures involontaires dues à un transport terrestre décrites comme suit :

- collision (due à une perte de contrôle) (sur autoroute) entre un véhicule et :
 - culée (pont)(viaduc)
 - pierre tombée
 - garde-corps ou clôture de délimitation
 - séparateur inter-route
 - glissement de terrain (non mobile)
 - objet jeté devant un véhicule à moteur
 - îlot de sécurité
 - arbre
 - panneau ou marqueur de circulation (temporaire)
 - poteau électrique
 - paroi d'une tranchée creusée pour une route
 - autre objet, fixe, mobile ou en mouvement
- renversement (sans collision)
- collision avec un animal (troupeau)(sans surveillance)
- collision avec un véhicule à traction animale ou un animal monté sont inclus.

2.23.20 Modèle conceptuel pour la qualité et la sécurité des patients

L'exposition aux événements liés aux soins de santé a parfois des conséquences involontaires et non souhaitées. Les soins de santé, les personnes à qui ils sont dispensés et les complications qui peuvent survenir au cours des soins sont extrêmement divers et complexes. Les représenter de manière exhaustive dans un système d'information est un défi et dépasse actuellement les limites de la faisabilité pour les systèmes d'information

administratifs de routine des types qui sont destinés à utiliser la CIM. Le modèle conceptuel comporte trois composantes :

1. **Préjudice** pour le patient : Quelle a été la principale conséquence pour la santé du patient ?
2. **Cause** ou source du préjudice : Qu'est-ce qui a causé le préjudice ?
3. **Mode** ou mécanisme : De quelle manière ? Comment la source du préjudice a-t-elle effectivement produit le préjudice ?

2.23.20.1 Aperçu du jeu de codes dans la CIM-11 pour la qualité et la sécurité des patients

Une caractéristique essentielle de la série de codes relatifs à la qualité et à la sécurité des patients dans la CIM-11 est qu'un regroupement de codes est nécessaire pour représenter un cas. L'utilisation du terme "regroupement" est nouvelle dans la CIM-11, tout comme l'étendue et la formalisation de l'exigence de postcoordination. Le cas d'usage de la CIM en matière de qualité et de sécurité repose sur la disponibilité d'un grand nombre d'outils méthodologiques qui sont initialement basés sur la CIM-10. Parmi les exemples spécifiques, citons les index de comorbidité de Charlson et d'Elixhauser, les indicateurs de sécurité des patients de l'AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*), le ratio normalisé de mortalité hospitalière et divers autres indicateurs de qualité des données administratives. Les recommandations de l'OMS sur les règles de codage des épisodes de sortie d'hôpital sont conçues pour améliorer la comparabilité des dossiers entre les hôpitaux et les juridictions. Voici quelques exemples spécifiques de règles de codage :

- règles pour préciser l'affection principale,
- nombre de codes par enregistrement,
- mécanismes de regroupement de codes, et
- utilisation d'un système d'affichage du statut qui distingue les diagnostics survenant au cours d'un séjour hospitalier de ceux présents à l'admission.

Les rapports sur la qualité et la sécurité des patients sont souvent axés non seulement sur les informations diagnostiques disponibles dans la classification internationale des maladies, mais aussi sur les informations relatives aux interventions, qui sont actuellement codées dans divers systèmes de codage des interventions spécifiques aux pays. L'harmonisation des concepts ontologiques dans les systèmes internationaux de codage des interventions sera importante à l'avenir. Les codes de complications médicales et chirurgicales disponibles dans la CIM-11 sont conformes aux connaissances actuelles dans le domaine de la sécurité et des événements indésirables.

Le modèle de qualité et de sécurité comporte trois parties. La première composante, le **préjudice lié à la** qualité et à la sécurité des patients, est généralement représentée par un code de diagnostic standard de la CIM-11, provenant de (presque) n'importe quel chapitre de la classification. Certaines formes de préjudice pouvant résulter d'événements liés à la qualité et à la sécurité ne sont pas représentées de manière adéquate par un code de diagnostic standard de la CIM-11. Un ensemble spécial de catégories pour représenter ces formes de préjudice est fourni dans le chapitre sur les blessures de la CIM-11 (chapitre 22 "Lésions traumatiques, empoisonnements ou certaines autres conséquences de causes

externes"), sous la catégorie intitulée "Lésion ou préjudice provoqués par des soins chirurgicaux ou médicaux, non classés ailleurs". Les causes de la qualité et de la sécurité des patients (sources de préjudice) se répartissent en quatre types de causes au niveau supérieur qui capturent les événements causés par :

1. des substances (drogues et médicaments, etc.),
2. des interventions,
3. Des dispositifs, et
4. une combinaison d'autres types de causes.

Les codes complets des causes externes de qualité et de sécurité se trouvent au chapitre 23 "Causes externes de morbidité ou de mortalité" dans la catégorie intitulée "Causes de lésions ou de blessures liés aux soins".

Le mode ou mécanisme de la qualité et de la sécurité (le terme "mode" est utilisé dans les codes de cause externe de la CIM-11) est la deuxième partie du modèle et fait référence à la manière principale dont la cause de la qualité et de la sécurité conduit au **préjudice** qui est représenté dans le troisième concept, le préjudice de la qualité et de la sécurité. Les **modes de** la qualité et de la sécurité sont spécifiques aux types de **causes de** qualité et de sécurité. En voici quelques exemples :

Tableau 1 : *Exemples de mode ou de mécanisme de qualité et de sécurité correspondant*

Cause ou source du préjudice	Mode ou mécanisme
Substance	Surdosage, sous-dosage, substance incorrecte, ou dommage survenant malgré une administration et un dosage corrects
Procédure	Perforation involontaire d'un organe pendant une intervention
Dispositif	Délogement, dysfonctionnement
Autre cause	Sang incompatible ; Patient tombé pendant le transfert de la table de la salle d'opération

Exemples pour le modèle de codage de la qualité et de la sécurité de la CIM-11

Le modèle de codage de la qualité et de la sécurité de la CIM-11 est démontré par les exemples du tableau suivant.

Tableau 2 : *Démonstration du modèle de qualité et de sécurité à l'aide d'exemples*

Exemple	Critère	Détail
1	Cas	Une femme a été admise à l'hôpital pour la stabilisation de son diabète. On lui prescrit par erreur trois fois la dose habituelle d'un médicament antidiabétique. Une dose anormalement élevée est administrée, et la patiente présente un épisode d'hypoglycémie
	Préjudice	Hypoglycémie au cours du diabète, sans précision (5A21.Z)

	Cause	Médicaments, préparations médicamenteuses ou substances biologiques associés à une blessure ou à un préjudice au cours de leur usage thérapeutique (PL00) ; Médicament (utiliser un code supplémentaire, si besoin) - Antidiabétique (XM8S35)
	Mode	Surdosage de substance, comme mode de blessure ou de préjudice (PL13.0)
	Regroupement	5A21.Z/PL00& XM8S35/PL13.0
2	Cas	Un patient s'est présenté à l'hôpital avec des hallucinations dues à un traitement prophylactique de la malaria avec la méfloquine prescrite et prise à une dose correcte.
	Préjudice	Hallucinations visuelles (MB27.27)
	Cause	Médicaments, préparations médicamenteuses ou substances biologiques associés à une blessure ou à un préjudice au cours de leur usage thérapeutique (PL00) ; Médicament (utiliser un code supplémentaire, si besoin) - Méfloquine (XM50J2)
	Mode	Lésion ou dommage lié à un médicament au cours d'une administration ou d'un dosage correct, comme mode de blessure ou de dommage (PL13.2)
	Regroupement	MB27.27/PL00& XM50J2/PL13.2
3	Cas	Un homme consulte un médecin de soins primaires pour l'ablation d'une masse cutanée, principalement pour exclure la possibilité d'une malignité. La lésion est excisée et la plaie est suturée. On apprend par la suite que le médecin avait l'hépatite C et que le patient a maintenant contracté cette maladie.
	Préjudice	Hépatite C aigüe (1E50.2)
	Cause	Biopsie, non classée ailleurs, associée à une blessure ou à un préjudice au cours de son usage thérapeutique (PK81.5)
	Mode	Défaut de précautions stériles comme mode de blessure ou de préjudice (PL11.4)
	Regroupement	1E50.2/PK81.5/PL11.4
4	Cas	Une femme âgée est admise en raison d'une fracture du col du fémur. Une fixation chirurgicale est réalisée. Le site opératoire saigne abondamment le jour suivant la chirurgie, ce qui nécessite un retour en salle opératoire.
	Préjudice	Hémorragie non classée ailleurs (MG27)
	Cause	Intervention sur le système musculosquelettique associée à une blessure ou un préjudice, abord ouvert (PK80.80) (Les interventions chirurgicales orthopédiques sont incluses ici)

	Mode	Mode de blessure ou de préjudice associé à une intervention chirurgicale ou à une autre intervention médicale, sans précision (PL11.Z) (Remarque : sélectionnez PL11.Z parce que la documentation du cas ne mentionne aucun mode ou mécanisme spécifique par lequel l'hémorragie est survenue).
	Regroupement	MG27/PK80.80/PL11.Z
5	Cas	Un homme de 63 ans a subi une arthroplastie du genou gauche il y a moins d'un an, en raison d'une arthrite. Le dispositif implanté s'est détaché, entraînant des douleurs et une fonction réduite.
	Préjudice	Douleur articulaire (ME82) ; Anatomie spécifique (utiliser un code supplémentaire, si besoin) Articulation du genou (XA8RL1) ; Latéralité (utiliser un code supplémentaire, si besoin) - Gauche (XK8G)
	Cause	Dispositifs orthopédiques associés à une blessure ou à un préjudice, implants prothétiques ou autres, matériels ou accessoires (PK99.2)
	Mode	Délogement, mauvaise connexion ou détachement, comme mode de blessure ou de préjudice (PL12.4)
	Regroupement	ME82& XA8RL1& XK8G/PK99.2/PL12.4
6	Cas	Un homme est atteint d'un cancer de l'intestin. Une chirurgie abdominale a été réalisée il y a plusieurs jours pour réséquer la partie affectée du côlon et relier la partie préservée du côlon. L'anastomose a lâché et a nécessité une reprise chirurgicale.
	Préjudice	Fuite post-chirurgicale (NE81.3) (la fuite d'anastomose est un terme index)
	Cause	Intervention gastrointestinale, abdominale ou de la paroi abdominale associée à une blessure ou à un préjudice au cours d'un usage thérapeutique PK80.3
	Mode	Mode de blessure ou préjudice associé à une intervention chirurgicale ou à une autre intervention médicale, sans précision (PL11.Z). (Remarque : sélectionner [PL11.Z] parce que la documentation du cas ne mentionne aucun mode ou mécanisme spécifique par lequel la fuite anastomotique s'est produite).
	Regroupement	NE81.3/PK80.3/PL11.Z
7	Cas	Infection urinaire réfractaire due à une sonde à demeure
	Préjudice	Infection des voies urinaires, localisation et agent infectieux non précisés (GC08.Z)

	Cause	Dispositifs de gastroentérologie ou d'urologie associés à une blessure ou à un préjudice, cathéter urinaire (PK93.10)
	Mode	Autre mode de blessure ou de préjudice associé à un dispositif chirurgical ou médical, implant ou greffe (PL12.Y) (Remarque : sélectionner PL12.Y parce qu'aucun types de mode plus spécifiques ne semble conduire à une infection du dispositif)
	Regroupement	GC08.Z/PK93.10/PL12.Y
8	Cas	Un patient âgé tombe de son lit dans un hôpital et subit une fracture de la hanche gauche. La documentation décrit que l'infirmière a oublié de mettre les barrières de lit en place, ce qui a entraîné la chute du patient.
	Préjudice	Fracture du col du fémur, sans précision (NC72.2Z ; Latéralité (utiliser un code supplémentaire, si besoin) - Gauche (XK8G)
	Cause	Autres causes de blessure ou de préjudice liées aux soins de santé (PL10)
	Mode	Chute au cours des soins (PL14.E)
	Regroupement	NC72.2Z&XK8G/PL10/PL14.E
9	Cas	Un patient a reçu une perfusion de globules rouges et développe de forts frissons qui disparaissent au bout d'une heure. On découvre qu'il y avait une incompatibilité sanguine (pas d'incompatibilité ABO ou Rh).
	Préjudice	Autres réactions sériques (NE80.3)
	Cause	Autres causes de blessure ou de préjudice liées aux soins de santé (PL10)
	Mode	Sang incompatible utilisé lors d'une transfusion (PL14.3)
	Regroupement	NE80.3/PL10/PL14.3
10	Cas	Pneumothorax du côté droit causé par une ventilation mécanique dans un contexte de soins intensifs
	Préjudice	Pneumothorax, sans précision (CB21.Z) ; Latéralité (utiliser un code supplémentaire, si besoin) - Droit (XK9K)
	Cause	Ventilation associée à une blessure ou à un préjudice au cours d'un usage thérapeutique (PK81.0)
	Mode	Mode de blessure ou préjudice associé à une intervention chirurgicale ou autre intervention médicale, sans précision (PL11.Z)
	Regroupement	CB21.Z& XK9K/PK81.0/PL11.Z

11	Cas	Patient présentant une neutropénie due à un traitement au long cours par la clozapine.
	Préjudice	Neutropénie acquise (4B00.01)
	Cause	Drogues, médicaments ou substances biologiques associés à une blessure ou à un préjudice au cours de leur usage thérapeutique (PL00) ; Médicament (utiliser un code supplémentaire, si besoin) – Clozapine XM8UG6)].
	Mode	Lésion ou préjudice lié à un médicament au cours d'une administration ou d'un dosage correct, comme mode de blessure ou de préjudice (PL13.2)
	Regroupement	4B00.01/PL00& XM86W0/PL13.2

Noter que dans chacun de ces exemples, un mode/mécanisme de préjudice est codé à côté du code de cause du préjudice pour tous les cas. Ceci est vrai, même lorsqu'un mode de préjudice n'est pas apparent. Dans ce cas, un code "mode ou mécanisme de lésion non précisé" doit être sélectionné, pour toute lésion liée à une substance, à une intervention ou à un dispositif. Pour les "autres causes liées aux soins", le préjudice doit être codé (à partir de n'importe quel endroit de la classification) suivi du code *PL10 Autres causes de blessure ou préjudice, liés aux soins de santé* suivi du code approprié de la catégorie *PL14 Mode de blessure ou de préjudice associé à d'autres causes liées aux soins de santé* (lorsqu'il existe plusieurs options de mode).

Considérations sur la distinction entre empoisonnement et surdosage de drogues, médicaments ou substances biologiques dans le contexte clinique

Il est important de faire une distinction entre une overdose dans le contexte de soins cliniques et un empoisonnement qui ne survient pas dans un contexte clinique. La première serait codée à l'aide des codes de la section "Causes de lésions ou de blessures liés aux soins de santé" du chapitre 23, tandis que les empoisonnements seraient codés dans les sections "Causes non intentionnelles" ou "Automutilation intentionnelle" du chapitre 23.

Les scénarios suivants permettront d'illustrer cette distinction :

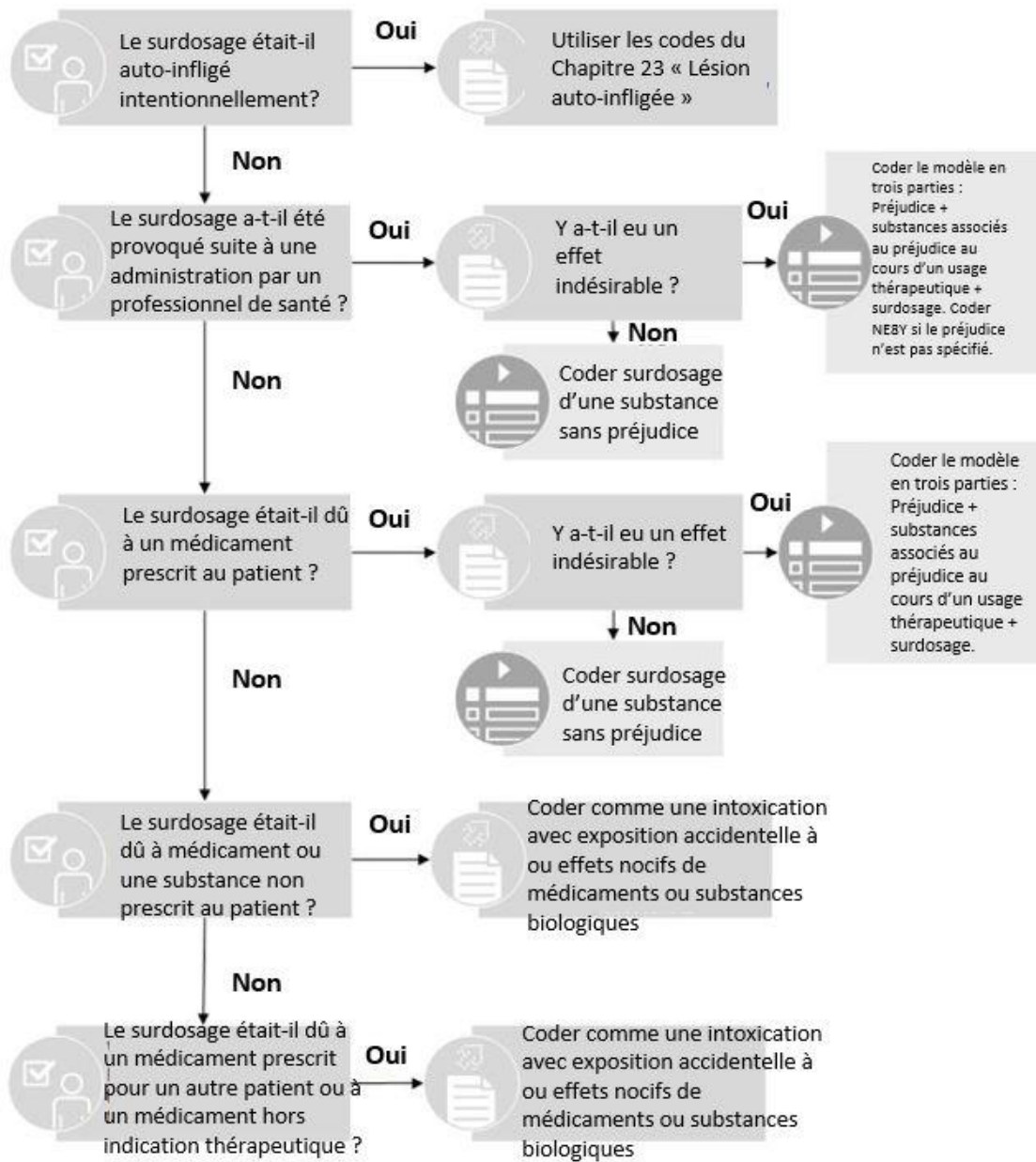
1. Un patient adulte hospitalisé en médecine reçoit une surdose d'un médicament prescrit, car une infirmière lui a injecté une dose excessive par inadvertance.
2. Un adulte prend par inadvertance une surdose de son propre médicament prescrit, parce que le médecin a mal rédigé l'ordonnance.
3. Un adulte prend par inadvertance une surdose de son propre médicament prescrit, parce que le pharmacien lui a donné des instructions incorrectes.
4. Un adulte prend par inadvertance une surdose de ses propres médicaments prescrits, parce qu'il a mal compris les instructions sur le flacon de pilules et les instructions verbales qui lui ont été données par le pharmacien et son médecin.
5. Un adulte prend par inadvertance une surdose de ses propres médicaments prescrits, et la documentation ou l'enquête sur le cas ne permet pas de comprendre pourquoi une erreur a été commise.
6. Un adulte prend une surdose de ses propres médicaments prescrits avec une intention indéterminée.
7. Un adulte prend intentionnellement une surdose de ses propres médicaments prescrits avec l'intention de s'automutiler.
8. Un enfant ingère un certain nombre de pilules du pilulier prescrit pour sa mère et devient somnolent.

Le scénario 1 est clairement une overdose résultant d'une erreur dans un contexte de soins, tandis que le scénario 8 est clairement un empoisonnement d'un enfant qui ne se trouve pas dans un contexte de soins thérapeutiques.

Le scénario 7 doit également être codé comme un épisode d'empoisonnement, car les pilules n'ont pas été prises dans une intention thérapeutique, mais dans une intention d'automutilation (le concept d'"automutilation intentionnelle" prévaut sur toute autre considération).

Les scénarios 2 et 3 sont des surdosages résultant de problèmes au cours des soins (et sont codés à l'aide des codes 'Causes de dommages ou blessures liés aux soins '). Dans les deux scénarios, le contexte est celui d'un traitement médicamenteux, et des actions des professionnels de santé.

Les scénarios 4, 5 et 6 sont moins simples, bien que plutôt courants au cours des soins. Le contexte de l'utilisation des médicaments est toujours clairement celui du traitement d'une affection médicale et le fait que les médicaments aient été prescrits aux patients en fait un contexte d'utilisation thérapeutique (à condition qu'il n'y ait aucune mention d'automutilation intentionnelle). En raison du contexte thérapeutique, ces scénarios doivent être codés à l'aide des codes "Causes de préjudice ou de blessure liés aux soins ", plutôt que des codes d'empoisonnement.



Organigramme du surdosage

Figure 1 : Organigramme pour le codage de l'empoisonnement par rapport au surdosage.

Instructions sur les cas où le modèle de qualité et de sécurité en trois parties s'applique, et ceux où il ne s'applique pas

Les sections et exemples ci-dessus décrivent des scénarios dans lesquels un aspect des soins (un médicament, une intervention, un dispositif ou un autre aspect des soins) a été lié de manière causale à une affection qu'un patient a développée. Dans de nombreux cas, cependant, des affections surviennent dans le cadre des soins sans documentation explicite

suggérant un lien de causalité avec un aspect des soins. Voici quelques exemples spécifiques :

- embolie pulmonaire survenant deux jours après une intervention chirurgicale
- fibrillation auriculaire après une opération
- une faible pression sanguine un jour après l'administration d'un médicament
- pneumonie se développant le quatrième jour d'un séjour à l'hôpital
- infection urinaire survenant à l'hôpital sans aucune mention de cathéters

Dans chacun de ces exemples, le modèle en trois parties pour la qualité et la sécurité ne s'appliquerait PAS s'il n'y a pas de documentation explicite affirmant un lien de causalité avec un autre aspect des soins, qu'il s'agisse d'un médicament, d'une procédure, d'un dispositif ou d'un autre aspect des soins. Il est important de noter que la simple mention d'une procédure chirurgicale ou de l'administration d'un médicament dans les exemples ci-dessus ne signifie PAS que ces facteurs ont joué un rôle causal, car les déclarations cliniques ne font que déclarer le moment du diagnostic, avec des mots descriptifs comme "après", "suivant", "survenant le jour XX". Dans de tels cas, le codage correct des affections serait de coder l'affection médicale à partir de n'importe quel chapitre de la CIM-11 avec un code d'extension pour le moment (en particulier, les codes d'extension pour les diagnostics survenant pendant un séjour à l'hôpital, plus ou moins les codes d'extension facultatifs pour le moment peropératoire ou postopératoire d'un diagnostic).

Les exemples ci-dessus seraient codés de la manière suivante :

- [BB00.0](#) Thromboembolie pulmonaire aigüe & [XY69](#) Développé après l'admission & [XY7V](#) Postopératoire
- [BC81.3](#) Fibrillation auriculaire & [XT5R](#) Aigüe & [XY69](#) Développé après l'admission & [XY7V](#) Postopératoire
- [BA2Z](#) Hypotension, sans précision & [XY69](#) Développée après l'admission
- [CA40.Z](#) Pneumonie, sans précision & [XY69](#) Développé après l'admission
- [GC08.Z](#) Infection des voies urinaires, localisation et agent infectieux non précisés & [XY69](#) Développé après l'admission

2.23.20.2 Causalité dans le contexte de la qualité et de la sécurité

Il existe des nuances de langage dans la documentation qui indiqueront s'il existe un lien de causalité entre une cause et un préjudice.

Relier des termes impliquant une relation de cause à effet

Une relation de cause à effet est fortement suggérée par les termes suivants :

Affections	Notes supplémentaires
comme (une) complication de, compliqué par, compliquant, complication(s) de	-
comme une cause de, cause de, causé, causé par, causant	-
à la suite de, résultant de, résultant en, résultat, avec comme résultat	-
en raison de	-
dû à	-
de	-
induit, induit par	-
conduisant à, a conduit à	-
lié à,	-
précipité par	-
produisant	-
secondaire à	-
probablement lié à	Un jugement de codage. Cependant, le clinicien fait une inférence causale avec ce terme
peut-être secondaire à, probablement secondaire à	Un jugement de codage. Cependant, le clinicien fait une inférence causale avec ce terme
peut être la raison pour laquelle	Un jugement de codage. Cependant, le clinicien fait une inférence causale avec ce terme

Relier les termes lorsque la relation de cause à effet n'est pas claire

Parfois, il peut y avoir des termes de connexion qui font allusion à la causalité, mais sans affirmation explicite d'un lien de causalité. Des exemples sont présentés ci-dessous. Dans ces circonstances, les codeurs doivent vérifier avec le clinicien responsable de la documentation, ou chercher des formulations supplémentaires ou des informations annexes qui impliquent la causalité.

Affections

Associée à

Accompagnée de

Accessoirement

Relier des termes N'IMPLIQUANT PAS une relation de cause à effet

Dans la documentation clinique, les termes sont souvent utilisés pour décrire une association temporelle. Les nombreux termes répertoriés dans le tableau précédent (à partir de "termes de liaison impliquant une relation de cause à effet") sont des termes de liaison qui suggèrent une association de cause à effet qui est généralement aussi une association

temporelle. En revanche, il existe un certain nombre de termes qui décrivent uniquement des associations temporelles. Des exemples de tels termes sont énumérés ci-dessous :

Termes

après

également

et

pendant

avec

survenant dans ou pendant

conforme à

suivi par, suivant

après/durant/dans/quand

s'est produit après/durant/pendant/quand

postopératoire, s'est produit après l'opération

Si des termes de liaison de ce type apparaissent dans la documentation clinique sans aucun des termes connecteurs de causalité évoqués précédemment, éviter d'utiliser le modèle de qualité et de sécurité en trois parties.

Les termes tels que "postopératoire", "post-op", "post-interventionnel", etc., constituent une situation particulière car ils ont historiquement été considérés, dans certains systèmes de codage, comme indiquant un lien de causalité. Cependant, comme indiqué dans les exemples spécifiques ci-dessus, des affections telles que l'infection des voies urinaires, la pneumonie et la fibrillation auriculaire peuvent survenir temporairement après une intervention chirurgicale, sans être nécessairement causées par la chirurgie. C'est pour cette raison que les directives présentées ici demandent aux codeurs de rechercher des liens de causalité explicites. (Il est important de noter que les affections postopératoires telles que la pneumonie, l'infection des voies urinaires et la fibrillation auriculaire peuvent toujours être codées avec des codes d'extension informatifs qui précisent le moment où elles surviennent - c'est-à-dire "survenant pendant le séjour à l'hôpital" et/ou "postopératoire" - et permettent de décrire les événements indésirables en indicateurs dans l'analyse des données).

Autres situations spécifiques où le contexte clinique implique une relation causale

Dans certaines situations cliniques, il se peut qu'il n'y ait pas de termes de liaison qui indiquent explicitement le lien de causalité, mais où les circonstances cliniques indiquent néanmoins clairement le lien de causalité. Quelques exemples sont cités ci-dessous :

Situations spécifiques

appareil en panne

dispositif infecté

vis desserrées

saignement postinterventionnel

infection de la plaie opératoire

déhiscence

hématome de la plaie

Dans chacun de ces cas, il est clair que la situation ne se serait pas produite en l'absence d'une intervention ou d'un problème lié au dispositif. Par conséquent, le modèle de qualité et de sécurité en trois parties doit être appliqué.

En revanche, des problèmes tels que la pneumonie postopératoire ou l'embolie pulmonaire postopératoire, ou la fibrillation auriculaire postopératoire sont différents des situations spécifiques énumérées dans le tableau ci-dessus. En effet, des problèmes tels que la pneumonie, l'embolie pulmonaire ou la fibrillation auriculaire peuvent être déclenchés par des facteurs non liés à l'intervention chirurgicale (c'est-à-dire qu'ils sont différents d'une "blessure" qui est sans aucun doute causée par la chirurgie).

2.23.20.3 Affections chroniques post-interventionnelles

Il existe de nombreuses affections cliniques chroniques qui surviennent soit à la suite de procédures et techniques spécifiques, soit à la suite de l'ablation d'un organe, par exemple le syndrome du lymphœdème postmastectomie, l'hypothyroïdie postradiation. Dans de nombreux cas, les codes pour de telles affections chroniques post-interventionnelles se trouvent dans la CIM-11 au sein de divers chapitres de systèmes corporels.

Voici quelques exemples :

- **BE10** Syndrome postcardiotomie
- **5D40.Z** Hypothyroïdie post-interventionnelle, sans précision
- **GC72** Rétrécissement postinterventionnel de l'urètre
- **GC70** Adhérences postopératoires du vagin

Il s'agit, par leur nature même, de codes pré-coordonnés qui capturent à la fois un état clinique et la notion qu'il est causé par une intervention. Il est possible d'utiliser de tels codes seuls, sans aucun regroupement. Cependant, les codeurs peuvent utiliser le modèle en trois parties avec de tels codes pour ajouter de la spécificité. Le modèle permet d'ajouter plus de spécificité sur le type précis de procédure chirurgicale qui a causé l'affection, ainsi que sur le mode par lequel la procédure a causé l'affection.

Exemple 1 : rétrécissement urétral dû à une irradiation antérieure pour le traitement du cancer de la prostate.

Coder **GC72** Rétrécissement postinterventionnel de l'urètre. Des précisions peuvent être apportées au code **GC72** avec l'ajout de : **PK81.C** Radiothérapie associée à une blessure ou à un préjudice au cours d'un usage thérapeutique et **PL11.Y** Autre mode de blessure ou de préjudice associé à une intervention chirurgicale ou à une autre intervention médicale
Regroupement : **GC72/PK81.C/PL11.Y**

Noter cependant qu'il y aura parfois des cas où il est totalement inutile d'utiliser le modèle en trois parties parce que le code de l'affection chronique post-interventionnelle contient déjà tous les détails cliniques. Par exemple :

- **9D21** Fragments de cristallin dans l'œil après une opération de la cataracte (pour cela, il serait hautement redondant de coder "intervention ophtalmologique" et un mode correspondant, étant donné tous les détails qui sont intrinsèquement intégrés dans ce code unique).
- **EL61** Radiodermite chronique après radiothérapie (encore une fois, il serait redondant de coder "radiothérapie" comme intervention causant le dommage, et "mode non précisé" pour ce cas).

En ce qui concerne les deux exemples précédents, nous réitérons que la recommandation primordiale est que le modèle en trois parties doit être utilisé chaque fois que possible. Les codeurs doivent simplement juger au cas par cas lorsqu'il leur paraît évident que le code d'intervention et le code de mode ajoutés sont redondants.

2.23.20.4 Événements et circonstances indésirables au cours des soins qui ne causent pas de blessure ou de préjudice réel

Il existe des cas au cours des soins où des événements se produisent chez les patients, et où des problèmes surviennent, mais où il n'y a pas de conséquence négative réelle pour le patient en tant qu'affection médicale enregistrée. Voici quelques exemples spécifiques :

- Une chute dans un établissement de soins sans fracture ou autre blessure
- Un médicament incorrectement administré sans dommage pour le patient
- Un médicament administré au mauvais patient sans que celui-ci ne subisse de préjudice.
- Un retard dans l'administration du médicament sans effet négatif sur l'évolution clinique.
- Manquement documenté aux précautions stériles lors d'une intervention chirurgicale, sans infection consécutive.
- Dispositif orthopédique délogé sans symptômes ou problèmes
- Piqûre d'aiguille par inadvertance sans blessure ou autre dommage documenté

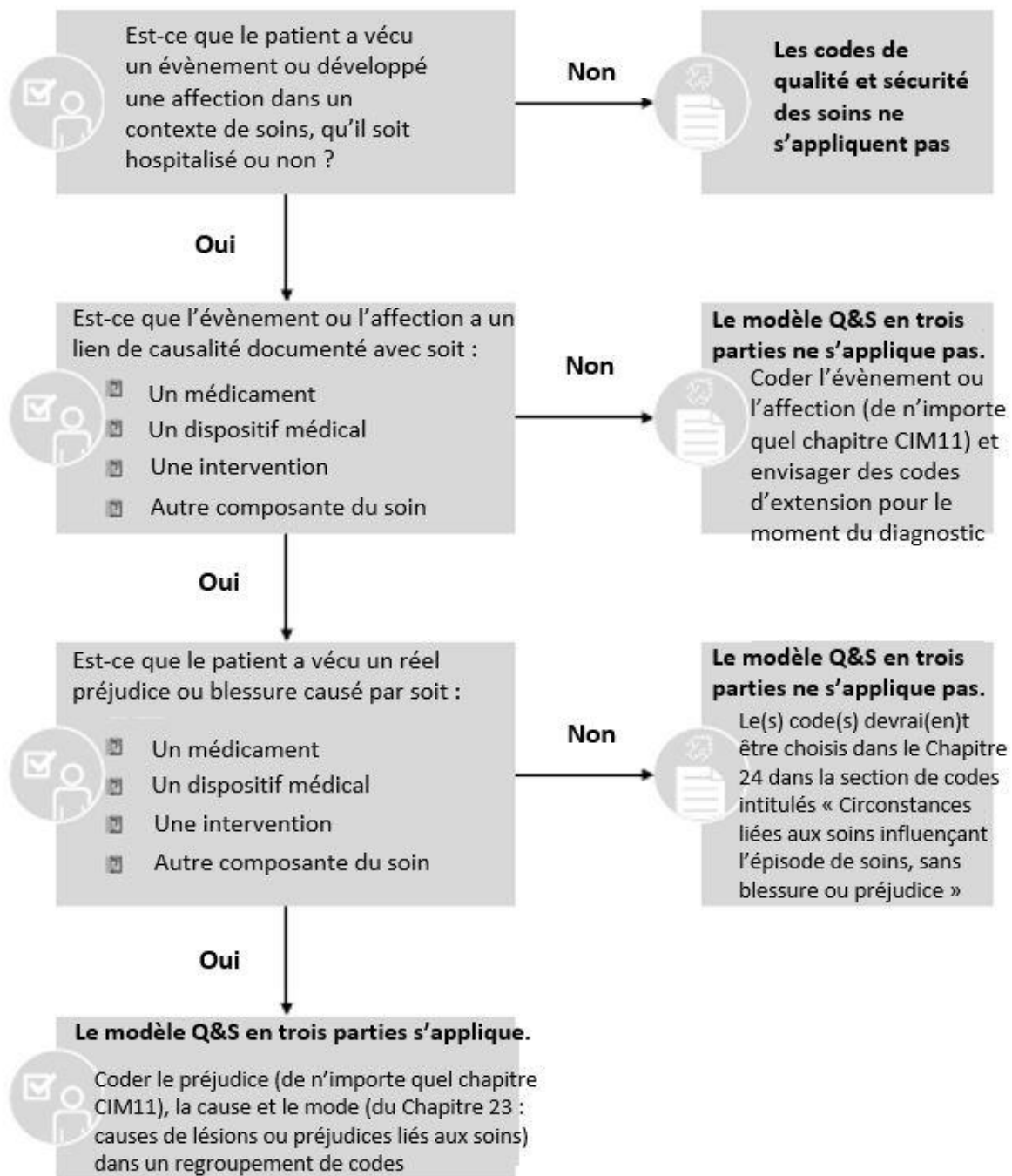
Dans ces circonstances, les codes doivent être choisis dans le chapitre 24 Facteurs influant sur l'état de santé ou motifs de recours aux services de santé dans la section des codes intitulée "Circonstances liées aux soins de santé influençant l'épisode de soins, sans blessure ou préjudice ". Ces codes sont organisés en utilisant les quatre catégories de préjudices liés aux soins qui figurent au chapitre 23 Causes externes de morbidité ou de mortalité (médicaments, dispositifs, procédures et autres causes liées aux soins), mais avec la

distinction importante que les circonstances décrites par le codage n'ont PAS causé de préjudice réel au patient.

Les exemples ci-dessus seraient codés de la manière suivante :

- [QA8E](#) Chute au cours des soins, sans lésion ni blessure
- [QA72](#) Substance incorrecte sans blessure ni préjudice
- [QA8D](#) Patient recevant un diagnostic ou un traitement destiné à un autre patient sans blessure ni préjudice
- [QA8B](#) Traitement retardé sans blessure ni préjudice
- [QA52](#) Insuffisance des précautions stériles sans blessure ni préjudice
- [QA62](#) Déplacement, mauvaise connexion ou détachement d'un dispositif chirurgical ou médical sans blessure ni préjudice
- [QA8F](#) Blessure par aiguille, sans blessure ni préjudice

Figure 1 : Algorithme récapitulatif pour le codage des événements et des affections qui surviennent dans le contexte des soins



Algorithme Q&S

2.23.20.5 Recommandations pour la saisie et l'organisation des données

Les systèmes d'information doivent être capables de saisir les trois composantes et de marquer les trois codes comme appartenant au même regroupement (voir également les instructions pour la postcoordination et le codage des regroupements).

2.23.21 Notes spécifiques au chapitre

Des conseils aux codeurs sont donnés ci-dessous pour des chapitres spécifiques où des problèmes peuvent être rencontrés dans la sélection des codes d' "affection principale" à privilégier. Les consignes et règles générales qui précèdent s'appliquent à tous les chapitres, sauf indication contraire dans une note de chapitre spécifique.

2.23.21.1 Chapitre 1 : Certaines maladies infectieuses et parasitaires

Maladie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Un patient dont le système immunitaire est compromis en raison d'une infection par le VIH peut parfois avoir besoin d'un traitement pendant le même épisode de soins pour plus d'une maladie, par exemple des infections à mycobactéries et à cytomégalovirus. Seules les sous-catégories pour la maladie associée au VIH, la tuberculose et le paludisme sont pré-coordonnées dans ce bloc pour la maladie associée au VIH. Lorsqu'une autre maladie précisée causée par le VIH est documentée par le professionnel de la santé, postcoordonner la maladie causée par le VIH avec la sous-catégorie appropriée pour la maladie causée par le VIH telle qu'enregistrée par le professionnel de santé.

Exemple 1 :

Le patient est atteint du VIH et est admis pour le traitement d'un sarcome de Kaposi du palais mou.

Affection principale : Sarcome de Kaposi dû à la maladie du VIH

Le sarcome de Kaposi est documenté comme une maladie causée par le VIH. Par conséquent, le code racine pour le sarcome de Kaposi est postcoordonné avec le code racine applicable pour le VIH.

Affection principale : **2B57.Y** Sarcome de Kaposi d'autres localisations primitives précisées & **XA8HL5** Palais mou/**1C62.3** Maladie à VIH stade clinique 4 sans mention de tuberculose ni de paludisme.

Exemple 2 :

Le patient est atteint du VIH et est admis pour le traitement d'une toxoplasmose.

Affection principale : Toxoplasmose due au VIH

Affection principale : **1F57.Z** Toxoplasmose, sans précision/**1C62.3** Maladie à VIH stade clinique 4 sans mention de tuberculose ou de paludisme

Sepsis avec ou sans choc septique

Le concept de sepsis a subi des changements majeurs au cours des dernières décennies et la description actuelle établie et largement acceptée au niveau international depuis 2016 est que le sepsis est un dysfonctionnement d'organe mettant en danger la vie du patient, causé par une réponse dérégulée de l'hôte à l'infection.

Le sepsis n'est pas considéré comme une maladie en soi, mais comme une réaction à une maladie infectieuse qui peut être d'étiologie bactérienne, virale, fongique ou protozoaire. Le choc septique est défini comme un sous-ensemble du sepsis dans lequel les anomalies circulatoires, cellulaires et métaboliques sont suffisamment profondes pour augmenter considérablement la mortalité.

Un regroupement impliquant un cas de sepsis documenté devrait inclure :

- Tout d'abord, un code racine représentant l'infection causale (précisée ou sans précision) et, le cas échéant, un code d'extension facultatif pour l'agent infectieux s'il est connu.
- Deuxièmement, un code racine pour le sepsis avec ou sans choc septique selon la documentation.

Note : Si l'infection causale est documentée comme étant généralisée ou si une infection spécifique n'est pas documentée, attribuer un code racine pour le plus grand niveau de spécificité documenté par rapport à l'infection.

Exemple 1 :

Patient admis pour le traitement d'une pneumonie à pneumocoque causant un sepsis

Affection principale : Pneumonie à pneumocoque causant un sepsis

Coder d'abord l'infection causale, *CA40.07 Pneumonie due à Streptococcus pneumoniae* et postcoordonner avec le code racine avec *1G40 Sepsis sans choc septique*.

Regroupement de l'affection principale : *CA40.07/1G40*

Exemple 2 :

Patient admis pour le traitement d'une grippe A H1N1 sévère provoquant un sepsis.

Coder d'abord l'infection causale, *Influenza 1E30 Grippe due à un virus grippal saisonnier identifié* avec le code d'extension facultatif *XN297 Virus Influenza A H1N1* et postcoordonner avec le code racine avec *1G40 Sepsis sans choc septique*

Regroupement d'affections principales : *1E30 & XN297/1G40*

Exemple 3 :

Patient admis pour le traitement d'un sepsis dû à E.coli.

Affection principale : Sepsis dû à E Coli.

Coder d'abord l'infection causale. Dans cet exemple, une infection spécifique n'est pas documentée ; par conséquent, un code *1C41 Infection bactérienne de localisation non précisée*, est proposé avec le code d'extension facultatif *XN6P4 Escherichia coli* et postcoordonné avec le code racine *1G40 Sepsis sans choc septique*.

Regroupement d'affections principales *1C41& XN6P4/1G40*

Exemple 4 :

Le patient a présenté un choc septique et est décédé peu après son admission.

Affection principale : Choc septique, infection inconnue

Coder d'abord l'infection causale. Dans cet exemple, l'infection précise est inconnue ; par conséquent, un code *1H0Z Infection, sans précision* est proposé et ensuite une postcoordination avec le code *1G41 Sepsis avec choc septique*

Regroupement de l'affection principale : *1H0Z /1G41*

2.23.21.2 Chapitre 2 : Tumeurs

Pour le codage des tumeurs, il faut se référer aux instructions concernant l'attribution des codes au niveau des catégories individuelles, et l'utilisation de descriptions morphologiques

ou de sites supplémentaires à partir des codes d'extension. Une tumeur, qu'elle soit primitive ou métastatique, qui fait l'objet de soins au cours d'un épisode de soins approprié, doit être enregistrée.

Lorsque l'"affection principale" enregistrée par le praticien de santé est une tumeur primitive et que l'"autre affection" est une tumeur secondaire (métastase), coder chaque tumeur séparément. Ne pas postcoordonner le code racine pour la tumeur primitive avec le code racine de la tumeur secondaire.

Lorsque l'affection principale enregistrée par le professionnel de la santé est une tumeur secondaire (métastase) et que la tumeur primitive n'est plus présente (ayant été enlevée lors d'un épisode de soins précédent ou lorsque la documentation indique des antécédents personnels de cette tumeur), coder la tumeur secondaire (métastase) comme l'affection principale et coder séparément comme une autre affection le code racine pour 'antécédents personnels de'. Ne pas postcoordonner le code racine pour la tumeur secondaire avec le code racine pour 'antécédents personnels de'. (Voir l'exemple ci-dessous). Voir également la section [2.23.16 Codage des "antécédents" et des "antécédents familiaux"](#) pour d'autres consignes de codage.

Lorsque l'affection principale enregistrée par le professionnel de santé est 'Examen de suivi' (une circonstance codable au chapitre 24 'Facteurs influant sur l'état de santé ou motifs de recours aux services de santé') et que l'"autre affection" enregistrée est un 'antécédents personnels de', coder le code applicable 'examen de suivi' comme l'affection principale et coder séparément le code racine pour 'antécédents personnels de' comme l'autre affection. Ne pas postcoordonner le code racine 'examen de suivi' avec le code racine pour 'antécédents personnels de'. Reportez-vous à la section [2.23.16 Codage des "antécédents de" et des "antécédents familiaux de"](#) pour obtenir des consignes de codage.

Exemple 1 :

Un patient est admis pour l'examen d'une masse dans le sein. L'investigation conclut à une malignité dans le sein gauche. Une mastectomie est pratiquée et l'histopathologie montre une propagation aux ganglions lymphatiques régionaux (aisselle gauche). Une chimiothérapie est prévue. Affection principale : Carcinome du sein Autre affection : Métastases aux ganglions lymphatiques régionaux Intervention : Mastectomie

Coder l'affection principale comme une tumeur maligne du sein avec le code d'extension facultatif "gauche" ([2C6Z&XK8G](#)). Regroupement de codes de la tumeur maligne secondaire dans les ganglions lymphatiques axillaires avec le code d'extension facultatif "gauche" comme autre affection ([2D60.3&XK8G](#)).

Exemple 2 :

Une patiente qui a des antécédents de carcinome du sein réséqué il y a deux ans est admise pour une bronchoscopie avec biopsie. L'examen a révélé un carcinome secondaire dans le poumon. Affection principale : Carcinome secondaire du poumon Autres pathologies : Carcinome du sein réséqué il y a deux ans Intervention : Bronchoscopie avec biopsie Coder l'affection principale comme [[2D70 Métastase de tumeur maligne dans le poumon](#)] . Coder [QC40.3 Antécédents personnels de tumeur maligne du sein](#) comme une autre affection et post-coordonner le code racine [2C6Z Tumeurs malignes du sein, sans précision](#) pour préciser que les antécédents personnels sont liés au cancer primitif malin du sein. Voir la section [2.23.16 Codage de 'Antécédents de' et 'Antécédents familiaux de'](#). Affection principale : [2D70](#) Autre affection : Option 1 : [QC40.3](#) ; Option 2 : [QC40.3/2C6Z](#)

Exemple 3 :

Patient admis pour un nouveau contrôle du cancer de la vessie par cystoscopie. Le patient a des antécédents de cancer de la vessie précédemment excisé. Aucun signe de récurrence n'est observé. Affection principale : Examen de suivi par cystoscopie Autres affections : Antécédents de cancer de la vessie Intervention : Cystoscopie. Coder l'affection principale avec [QA06 Examen de contrôle après traitement d'une tumeur maligne]. Option 1 : Coder [QC40.5 Antécédents personnels de tumeur maligne des voies urinaires]. Option 2 : coder [QC40.5 Antécédents personnels de tumeur maligne des voies urinaires] comme une autre affection et postcoordonner le code racine [2C94.Z Tumeur maligne de la vessie, sans précision] pour préciser que les antécédents personnels sont liés au cancer de la vessie. Voir la section 2.23.16 Codage des "antécédents" et des "antécédents familiaux". Affection principale : QA06 Autre affection : Option 1 : QC40.5 ; Option 2 : QC40.5/2C94.Z

Tumeurs malignes de plusieurs localisations primitives indépendantes

Le code racine pour Tumeurs malignes de localisations multiples indépendantes (primitives) doit être codé comme affection principale lorsque le praticien enregistre comme affection principale deux ou plusieurs tumeurs malignes primitives indépendantes, dont aucune ne prédomine. Ensuite, de manière facultative, des codes supplémentaires pour identifier les tumeurs individuelles peuvent être codés comme autres affections pour identifier les tumeurs malignes primitives individuelles enregistrées par le praticien. Des codes d'extension peuvent être ajoutés à chaque code racine de tumeur maligne primitive pour identifier des détails supplémentaires de l'histopathologie et de la localisation.

Exemple 1 :

La documentation indique que le patient présente une carcinomatose du péritoine provenant d'une tumeur primitive inconnue. Affection principale : Carcinomatose du péritoine Coder l'affection principale avec 2D91 *Métastase de tumeur maligne, du péritoine*. Coder comme une autre affection [2D4Z Tumeurs malignes non précisées de localisations primitives mal définies ou non précisées]. Affection principale : 2D91 Autre affection : 2D4Z

Exemple 2 :

Affection principale : Myélome multiple Autres affections : Adénocarcinome primaire de la prostate
Coder l'affection principale avec [2A83.1 Myélome plasmocytaire]. Coder l'affection principale en tant qu'autre affection [2C82.0 Adénocarcinome de la prostate]. Affection principale : 2A83.1 Autre affection : 2C82.0

Tumeurs malignes non précisées de localisations mal définies ou non précisées

Ce code ne doit être utilisé que lorsque le praticien a clairement enregistré la tumeur comme ayant une localisation primitive inconnue ou comme ayant une malignité non précisée, supposée primitive.

Métastases d'une tumeur maligne, localisation non précisée

Ce code doit être utilisé comme affection principale uniquement lorsque la malignité est décrite comme "métastases disséminées" ou "carcinome métastatique" (ou d'autres termes similaires tels que décrits dans la liste d'inclusion du code) mais que les localisations spécifiques ne sont pas documentées.

2.23.21.3 Chapitre 3 : Maladies du sang ou des organes hématopoïétiques

Certaines affections classées dans ce chapitre peuvent être dues aux médicaments ou à d'autres causes externes. Les codes du chapitre 23 "Causes externes de morbidité ou de mortalité" peuvent être utilisés comme codes supplémentaires facultatifs.

Exemple 1 :

Un patient qui suit un traitement au long cours avec le médicament triméthoprimine est admis et traité pour une anémie par carence en folates induite par le triméthoprimine. Affection principale : Anémie par carence en folates induite par le triméthoprimine Coder l'affection principale avec [3A02.4 Anémie par carence en acide folique d'origine médicamenteuse] et la postcoordonner avec le code de cause externe [PL00 Médicaments, préparations médicamenteuses ou substances biologiques associés à une blessure ou à un préjudice au cours de leur usage thérapeutique] et le code de cause externe [PL13.2 Lésion ou dommage lié à un médicament au cours d'une administration ou d'un dosage correct, comme mode de blessure ou de dommage]. Le code d'extension [XM7NY9 Triméthoprimine], peut être ajouté facultativement pour identifier le médicament. Regroupement de l'affection principale : 3A02.4 /PL00& XM7NY9 /PL13.2

2.23.21.4 Chapitre 5 : Maladies endocriniennes, nutritionnelles ou métaboliques

Certaines affections classées dans ce chapitre peuvent être dues aux médicaments ou à d'autres causes externes. Les codes du chapitre 23 "Causes externes de morbidité ou de mortalité" peuvent être utilisés comme codes supplémentaires facultatifs.

Diabète sucré

Lorsque le professionnel de santé a documenté une affection comme étant due au diabète sucré, il faut postcoordonner l'affection et les codes racine de diabète sucré. Si plus d'une affection est documentée comme étant due au diabète sucré, chaque concept clinique distinct (chaque affection causée par le diabète) est codé séparément et postcoordonné avec le code racine du diabète sucré, même si cela signifie répéter le code du diabète dans chaque groupe. (Voir l'exemple 2 ci-dessous).

Exemple 1 :

Affection principale : Insuffisance rénale due au diabète sucré de type 2. L'insuffisance rénale est documentée comme étant due au diabète sucré ; par conséquent, coder avec [GB6Z Insuffisance rénale, sans précision] et postcoordonner avec le code racine 5A11 Diabète sucré de type 2. Regroupement de l'affection principale : GB6Z/5A11

Exemple 2 :

Affection principale : Diabète de type 1 avec néphropathie diabétique Autre affection : Cataracte diabétique Coder l'affection principale en tant que 5A10 Diabète sucré de type 1 en post-coordination avec le code racine [GB61.Z Maladie rénale chronique, sans précision]. Coder comme une autre affection [9B10.21 Cataracte diabétique] en post-coordination avec le code racine [5A10 Diabète sucré de type 1]. Regroupement de l'affection principale : 5A10/GB61.Z Regroupement d'autres affections : 9B10.21/5A10

Syndrome carcinoïde

Ce code ne doit pas être utilisé comme code privilégié pour l'affection principale si une tumeur carcinoïde est enregistrée, à moins que l'épisode de soins n'ait concerné principalement le syndrome endocrinien lui-même.

2.23.21.5 Chapitre 6 : Troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux

Démence

Coder toujours l'étiologie sous-jacente, si elle est documentée.

2.23.21.6 Chapitre 8 : Maladies du système nerveux

Certaines affections classées dans ce chapitre peuvent être dues aux médicaments ou à d'autres causes externes. Les codes du chapitre 23 "Causes externes de morbidité ou de mortalité" peuvent être utilisés comme codes supplémentaires facultatifs.

Effet tardif d'une maladie cérébrovasculaire

Ces codes ne doivent pas être utilisés comme code privilégié pour l'« affection principale » si la nature de l'affection résiduelle est enregistrée. Se reporter à la section [2.23.18 Codage des affections documentées comme séquelles \(effet tardif\)](#).

Symptômes paralytiques

Ces codes ne doivent pas être utilisés comme code préféré pour l'affection principale si une cause actuelle est enregistrée, à moins que l'épisode de soins ne concerne principalement la paralysie elle-même.

Exemple 1 :

Un patient est admis pour une hémiplégie du côté gauche et, après examen, il est déterminé qu'elle est due à un accident vasculaire cérébral ischémique aigu. Affection principale : Accident ischémique cérébral aigu avec hémiplégie. Coder l'affection principale avec [8B11.5 Accident ischémique cérébral de cause inconnue](#) et post-coordonner le code racine [MB53.Z Hémiplégie, sans précision](#). Un code d'extension facultatif pour préciser [XK8G Gauche](#) peut être ajouté. Regroupement de l'affection principale : [8B11.5/MB53.Z& XK8G](#)

Exemple 2 :

Un patient est admis pour une séance de réadaptation pour une paralysie de la jambe gauche résultant d'un infarctus cérébral il y a trois ans. Affection principale : Paralysie de la jambe gauche Coder l'affection principale avec [MB55.Z Monoplégie des membres inférieurs, sans précision](#) et un code d'extension facultatif pour préciser [XK8G Gauche](#) peut être ajouté. Postcoordonner le code racine [8B25.0 Effets tardifs d'infarctus cérébral](#) Regroupement d'affection principale : [MB55.Z& XK8G/8B25.0](#)

2.23.21.7 Chapitre 9 : Maladies de l'appareil visuel

Déficience visuelle, y compris la cécité

Ces codes ne doivent pas être utilisés comme code préféré pour l'affection principale si la cause est enregistrée, à moins que l'épisode de soins ne concerne principalement la cécité elle-même.

2.23.21.8 Chapitre 10 : Maladies de l'oreille ou de l'apophyse mastoïde

Déficience auditive acquise

Ces codes ne doivent pas être utilisés seuls si la cause est enregistrée, sauf si l'épisode de soins concernait principalement la perte auditive elle-même.

2.23.21.9 Chapitre 11 : Maladies de l'appareil circulatoire

Hypertension secondaire

Ce code ne doit pas être utilisé comme code préféré pour l'affection principale si la cause est notifiée. Lors du codage de la cause, l'hypertension secondaire est utilisée comme un code supplémentaire (dans un regroupement) pour indiquer que cette manifestation a été pertinente dans le contexte du traitement.

2.23.21.10 Chapitre 15 : Maladies du système musculosquelettique ou du tissu conjonctif

De nombreuses affections musculosquelettiques sont traitées sans connaître la maladie sous-jacente. Dans de tels cas, seule l'affection musculosquelettique est codée.

2.23.21.11 Chapitre 18 : Grossesse, accouchement ou puerpéralité

JA05 Complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine ou molaire

Ces codes ne doivent pas être utilisés comme code préféré pour l'affection principale, sauf lorsqu'un nouvel épisode de soins concerne uniquement le traitement d'une complication, par exemple une complication actuelle d'un avortement antérieur. Ces codes peuvent être utilisés comme un code additionnel facultatif avec les codes ' interruption de grossesse ' pour identifier les complications associées et pour donner des détails plus complets sur la complication.

Exemple 1 :

Affection principale : Grossesse tubaire rompue causant un choc Autres affections : - Spécialité : Gynécologie Coder l'affection principale avec [JA01.1 Grossesse tubaire](#) et puisque le choc est documentée comme une complication de la grossesse tubaire, postcoordonner [JA05.3 Choc consécutif à un avortement, une grossesse extrautérine ou molaire](#). Groupe d'affections principales : [JA01.1/JA05.3](#)

Exemple 2 :

Une patiente est diagnostiquée avec une endométrite suite à un avortement spontané qui a été diagnostiqué et traité lors d'un épisode de soins précédent. Affection principale : Endométrite suite à un avortement spontané Spécialité : Gynécologie Cet exemple représente un nouvel épisode de soins unique pour le traitement d'une complication actuelle d'un avortement spontané antérieur ; par conséquent, coder l'affection principale avec [JA05.0 Infection des voies génitales ou du pelvis à la suite d'un avortement, d'une grossesse extrautérine ou molaire](#). Aucun autre code n'est requis puisque l'avortement a eu lieu lors d'un épisode de soins antérieur. Affection principale : [JA05.0](#)

Accouchement

L'utilisation de ces codes pour décrire l'"affection principale" doit être limitée aux cas où la seule information enregistrée est une déclaration d'accouchement ou la méthode d'accouchement. Ces codes peuvent être utilisés comme codes supplémentaires pour indiquer une méthode ou un type d'accouchement lorsqu'aucune donnée distincte ou classification de l'intervention n'est utilisée à cette fin.

Exemple 3 :

Une patiente est admise en travail et accouche d'un nouveau-né en bonne santé sans complication. Affection principale : Grossesse normale Autres affections : - Procédure : *Accouchement* par voie basse spontané Code [JB20.Z Accouchement unique et spontané, sans précision](#) comme 'affection principale'. Affection principale : [JB20.Z](#)

Exemple 4 :

Une patiente qui a des antécédents de césarienne est admise pour un travail en cours. Un essai de travail est infructueux pour un accouchement par voie basse en raison de l'arrêt de la phase active et une nouvelle césarienne non programmée est pratiquée. Affection principale : Échec de l'épreuve de travail, sans précision Autres affections : Inertie utérine secondaire Intervention : Césarienne Coder [JB0D.8](#) *Échec de l'épreuve de travail, sans précision* comme "affection principale" et postcoordonner [JB02.1](#) *Inertie utérine secondaire* car le praticien a documenté la cause de l'échec de l'épreuve de travail. Coder [JB22.Z](#) comme autre affection pour indiquer la méthode d'accouchement. Regroupement de l'affection principale : [JB0D.8/JB02.1](#) Autre affection : [JB22.Z](#)

Exemple 5 :

Une patiente, dont on sait qu'elle a une grossesse gémellaire, est admise en travail et accouche de deux nouveau-nés en bonne santé. Affection principale : Accouchements multiples, tous spontanés. Autres affections : Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants Intervention : Accouchement spontané Coder [JB24.0](#) *Accouchements multiples, tous spontanés* /QA46.2

Affection principale : [JB24.0](#)

Autre affection : [QA46.2](#)

Exemple 6 :

Une patiente est admise en travail à 38 semaines de gestation. A l'examen, aucun rythme cardiaque fœtal n'a pu être détecté. Affection principale : Grossesse à terme ayant donné naissance à un fœtus mort-né Autres affections : - Intervention : Accouchement spontané Coder avec [JA86.3](#) *Soins maternels pour mort fœtale in utero*. Coder comme autre affection [JB20.Z](#) *Accouchement unique et spontané, sans précision* pour indiquer la méthode d'accouchement. Affection principale : [JA86.3](#) Autre affection : [JB20.Z](#)

Certaines maladies maternelles classées ailleurs mais compliquant la grossesse, l'accouchement ou la puerpéralité

Les sous-catégories fournies doivent être utilisées comme codes d'« affection principale » de préférence aux catégories en dehors du chapitre 18 "Grossesse, accouchement ou puerpéralité" lorsque les affections classées ont été indiquées par le praticien comme ayant compliqué l'état de grossesse, comme ayant été aggravées par la grossesse ou comme ayant été la raison des soins obstétricaux. Les codes pertinents des autres chapitres peuvent être utilisés comme codes supplémentaires facultatifs pour permettre la spécification de l'affection. La postcoordination s'applique lorsque le code supplémentaire permettant de préciser l'état est codé.

Exemple 7 :

Une patiente est admise à 28 semaines de gestation pour une toxoplasmose. Affection principale : Toxoplasmose Autres affections : Grossesse en cours Coder [JB63.6Z](#) *Maladies à protozoaires compliquant la grossesse, l'accouchement ou la puerpéralité, sans précision* comme affection principale et, facultativement, coder [1F57.Z](#) *Toxoplasmose, sans précision* pour identifier la maladie protozoaire spécifique qui complique la grossesse. Lorsque le code supplémentaire pour identifier la complication spécifique est codé, la postcoordination s'applique car [1F57.Z](#) ajoute un détail/spécificité supplémentaire au code racine [JB63.6Z](#). Regroupement de l'affection principale : [JB63.6Z/1F57.Z](#)

2.23.21.12 Chapitre 21 : Symptômes, signes ou résultats d'examen clinique, non classés ailleurs

Les catégories de ce chapitre ne doivent pas être utilisées comme codes d'"affection principale", sauf si le symptôme, le signe ou la constatation clinique était clairement la principale affection traitée ou examinée pendant un épisode de soins. Les codes de ce chapitre ne doivent pas être attribués lorsqu'un diagnostic explicatif est déterminé pendant l'épisode de soins.

2.23.21.13 Chapitre 22 : Lésions traumatiques, empoisonnement ou certaines autres conséquences de causes externes

Lorsque des blessures multiples sont enregistrées et qu'aucune d'entre elles n'a été sélectionnée comme "affection principale", coder dans l'une des catégories prévues pour les déclarations de blessures multiples :

- de même type concernant la même région du corps ;
- de différents types concernant la même région du corps ; et
- de même type concernant différentes régions du corps

et post-coordonner les codes racine qui décrivent chaque blessure individuelle.

Notez les exceptions suivantes :

- pour les lésions internes enregistrées avec des blessures superficielles et/ou des plaies ouvertes uniquement, coder les lésions internes comme "affection principale" ;
- pour les fractures du crâne et des os de la face avec une lésion intracrânienne associée, coder la lésion intracrânienne comme "affection principale" ;
- pour les hémorragies intracrâniennes enregistrées avec d'autres blessures à la tête uniquement, coder l'hémorragie intracrânienne comme "affection principale" ;
- pour les fractures enregistrées avec des plaies ouvertes du même endroit uniquement, coder la fracture comme "affection principale".

Lorsque les catégories de blessures multiples sont utilisées, les codes de toutes les blessures individuelles répertoriées sont utilisés comme codes supplémentaires dans le même groupe.

Exemple 1 :

Un patient a subi des blessures à la vessie et à l'urètre suite à une agression. Affection principale : Blessure de la vessie et de l'urètre Autres affections : - Coder comme affection principale [NB92.8 Blessure de plusieurs organes pelviens](#) et post-coordonner les codes racine avec [NB92.2Z Blessure de la vessie, sans précision](#) et [NB92.3Z Blessure de l'urètre, sans précision](#) car ces codes ajoutent des détails/spécificités supplémentaires à [NB92.8](#). Regroupement de l'affection principale : [NB92.8/NB92.2Z](#)

Exemple 2 :

Un patient, qui était le conducteur d'une moto, a perdu le contrôle sur l'autoroute et a été accidenté. Les investigations ont révélé une plaie intracrânienne ouverte avec hémorragie cérébelleuse. Affection principale : Plaie intracrânienne ouverte avec hémorragie cérébelleuse Autres affections : - Coder l'affection principale [NA0A.3 Lésions traumatiques multiples de la tête](#) et post-coordonner les codes racine avec [NA07.1 Hémorragie intracérébrale traumatique](#) et [NA07.Y Autres blessures intracrâniennes](#). Regroupement de l'affection principale : [NA0A.3/NA07.1/NA07.Y](#)

2.23.21.14 Chapitre 23 : Causes externes de morbidité ou de mortalité

Ces codes ne doivent pas être utilisés comme codes d'"affection principale". Ils sont destinés à être utilisés comme codes supplémentaires pour identifier la cause externe des affections classées au chapitre 22 et peuvent également être utilisés comme codes supplémentaires facultatifs avec les affections classées dans tout autre chapitre, mais qui ont une cause externe.

2.23.21.15 Chapitre 24 : Facteurs influant sur l'état de santé ou motifs de recours aux services de santé

Il existe certains épisodes de soins qui ne sont pas liés au traitement ou à l'investigation d'une maladie ou d'une blessure actuelle (par exemple, le suivi d'affections déjà traitées, les visites de vaccination, la recherche de conseils liés à la santé). Dans de telles circonstances, un code pour l'affection principale peut éventuellement être trouvé dans le chapitre 24 "Facteurs influant sur l'état de santé ou motifs de recours aux services de santé".

2.23.22 Affections de médecine traditionnelle - Module 1 (TM1)

La médecine traditionnelle (MT) fait partie intégrante des services de santé fournis dans de nombreux pays. La normalisation internationale par l'inclusion des affections liées à la médecine traditionnelle dans la CIM permet de mesurer, de compter, de comparer, de formuler des questions et de surveiller son utilisation dans le temps. Le chapitre supplémentaire de la CIM-11 sur les troubles et les présentations de la médecine traditionnelle (MT1) est conçu pour être utilisé conjointement avec les concepts de la médecine occidentale des chapitres 01-25 de la CIM.

Comme les autres chapitres de la CIM, le chapitre MT1 est un outil pour classer, diagnostiquer, compter, communiquer et comparer les affections de la MT, il aidera également la recherche et l'évaluation pour évaluer la sécurité et l'efficacité de la MT. Ce chapitre ne juge ni n'approuve la pratique de la MT ou l'efficacité de toute intervention de MT.

2.23.23 Utilisation en médecine traditionnelle

Rapports aux niveaux régional, national et international :

- Comptabiliser les épisodes de soins pour les troubles et/ou les présentations de la médecine traditionnelle de la même manière que pour les maladies de la médecine occidentale à des fins de déclaration des données de morbidité.
- Compter les épisodes de soins dispensés par des praticiens de médecine traditionnelle qui peuvent utiliser une combinaison de terminologie de médecine occidentale et de médecine traditionnelle.
- Décrire et quantifier l'utilisation des services de médecine traditionnelle et les motifs de consultation
- Suivi de l'utilisation des ressources pour les services de médecine traditionnelle
- Standardisation des descriptions des troubles et des modèles parmi les cliniciens, praticiens et codeurs de MT

Recherche :

- Faciliter la recherche fondée sur des preuves de la sécurité et de l'efficacité des interventions en médecine traditionnelle
- Autoriser la recherche clinique dans le cadre de la médecine traditionnelle et intégrer la médecine occidentale à la médecine traditionnelle.
- Comprendre les interrelations entre les maladies de la médecine occidentale et les troubles et présentations de la médecine traditionnelle
- L'étude des modèles de traitement et des résultats pour des troubles et des présentations spécifiques en utilisant la CIM-11 en conjonction avec les classifications des actes spécifiques aux pays et la composante MT de la Classification internationale des interventions en santé (ICHI)

Remboursement par *casemix* et assurance :

- Il existe en Chine, au Japon et en Corée des exemples d'utilisation des classifications existantes de la médecine traditionnelle (avec ou sans les concepts de la médecine occidentale) pour les remboursements aux hôpitaux, pour les indemnisations des assurances et pour les études de coûts cliniques.
- L'incorporation de la médecine traditionnelle en tant que chapitre de la CIM-11 offre une plus grande marge de manœuvre pour décrire les affections des patients (maladies, troubles (MT1) et présentations (MT1) dans les chapitres de la médecine occidentale et de la MT1) ainsi que les complications et les comorbidités.

Qualité et sécurité des soins :

- La standardisation de l'utilisation des codes reflétant la qualité et la sécurité des soins entre les maladies de la médecine occidentale et les troubles de la MT1 permettra aux praticiens de la MT d'interpréter les données de la CIM-11 sur la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

Éducation :

- Former les praticiens de la MT dans la standardisation du diagnostic
- Former les cliniciens et les codeurs de TM à l'application et à l'interprétation des données de la CIM-11.

Standardisation de la terminologie à utiliser dans les dossiers médicaux électroniques

:

- Permettre un enregistrement et une extraction plus cohérents et efficaces des données
- Permettre le codage assisté par ordinateur des troubles et des présentations de MT1

2.23.24 Instructions de codage pour les affections de la médecine traditionnelle - Module 1 (MT1)

Les codes du chapitre Médecine traditionnelle peuvent être utilisés dans tous les contextes (hospitalisation ou soins ambulatoires en milieu hospitalier ou communautaire) mais ne doivent pas être utilisés pour déclarer les causes du décès. Lors du codage dans le cadre des soins primaires, il se peut que les troubles et les présentations ne soient pas entièrement développés, de sorte qu'il est plus facile d'identifier le motif de consultation plutôt que l'affection principale et les affections associées.

Principes généraux :

- Consulter toutes les parties du dossier du patient, y compris le résumé de sortie, les antécédents, l'examen physique, les investigations, les données de laboratoire, les traitements et les diagnostics finaux.
- Le codage doit se rapporter aux motifs du traitement au cours de cet épisode et ne doit pas nécessairement décrire toute l'histoire du patient, sauf si une affection passée affecte les soins actuels.
- Rester aussi spécifique et explicite que possible, en utilisant des codes pour représenter l'étiologie, la pathologie et les manifestations de l'état de MT.
- Utiliser les codes des chapitres pertinents de la CIM pour décrire des troubles cliniques notés dans le dossier du patient.
- Coder les affections de MT menacées (c'est-à-dire celles qui sont mal définies ou qui ne sont pas manifestes).

L'inclusion du chapitre supplémentaire sur les affections de la médecine traditionnelle dans la CIM-11 vise à favoriser l'intégration de la MT dans le système de santé. Par conséquent, il est recommandé que - dans la mesure du possible - les codes MT1 soient utilisés conjointement avec ceux des autres chapitres de la CIM-11 (chapitre 01-25) pour permettre la comparaison des diagnostics de la médecine occidentale et de la médecine traditionnelle.

Le schéma de codage générique suivant et les options de codage alternatives peuvent être utilisés :

1. Lisez le résumé de sortie du patient et le dossier médical.
2. Sélectionnez le(s) diagnostic(s) MO, le(s) trouble(s) MT1 (MT1), et/ou le(s) motif(s) (MT1) à coder.

Options	Exemples	Exemples de codage CIM-11
a. Diagnostic MO seul	Asthme	CA23.32
b. Diagnostic de la MO avec motif MT1	Asthme	CA23.32
	Accumulation de flegme turbide dans la présentation pulmonaire (MT1)	SF86
c. Diagnostic MO avec trouble de MT1	Asthme	CA23.32
	Trouble de la respiration sifflante (MT1)	SF81

Vous pouvez choisir plus d'un trouble (MT1) et plus d'un motif (MT1) dans le chapitre TM.

3. Consultez l'outil de codage électronique ou les index alphabétiques significatifs pour les entrées MO et MT1.
4. Allez à la liste des tableaux pour le code pertinent. Prenez note des notes d'inclusion et d'exclusion et des descriptions textuelles.
5. Attribuez le code approprié et suivez toutes les consignes spécifiques à ce code.

L'application du schéma de codage générique énuméré ci-dessus et des options de codage alternatives pour un tableau clinique donné doit tenir compte du contexte réglementaire, de la pratique du codage et des exigences spécifiques au niveau du pays. Des conventions de codage supplémentaires peuvent être développées en réponse aux besoins d'information spécifiques du pays (par exemple, le codage de l'affection principale, l'utilisation de codes d'extension, le codage des tumeurs et des blessures, les affections chroniques et compliquées, les manifestations subcliniques ou constitutionnelles, les causes externes de blessure et les effets indésirables).

2.24 Recommandations statistiques générales

2.24.1 Qualité des données

Pour garantir une qualité élevée, des processus de contrôle de la qualité des données codées doivent être mis en œuvre. C'est ce qu'on appelle l'Assurance Qualité. Dans les pages suivantes, vous trouverez quelques suggestions relatives à l'application de l'Assurance Qualité pour les statistiques de mortalité et de morbidité. Le principe de base est que les personnes responsables de la collecte et de l'analyse des données doivent participer à l'élaboration des protocoles de traitement et de codage des données, ainsi qu'à la détermination des autres éléments de données à croiser avec celles-ci. La collecte de données de qualité nécessite de concevoir un processus de travail clair (de la déclaration à l'analyse en passant par le codage), et une formation adéquate de toutes les parties concernées. En particulier, tous les participants doivent comprendre le processus et leur rôle dans celui-ci. Les étapes de base du processus de travail sont les suivantes :

1. Documentation - C'est ici que l'information commence. L'identification d'une pathologie, puis sa documentation sur un certificat de décès, dans un dossier médical ou sur un autre formulaire médical, doivent être effectuées de manière complète et précise, en utilisant les meilleures preuves possibles. Pour cette raison, cette partie du processus de travail doit généralement être réalisée par un médecin bien formé.
2. Rapport - Les informations documentées doivent être rapportées dans le format spécifié par les agences responsables. Il peut y avoir des différences dans la structure, le calendrier et les obligations en matière de rapports requis, selon le pays et/ou les circonstances de la collecte de données.
3. Vérification - Lorsque des informations peu claires, des déclarations incomplètes ou illogiques sont signalées, il convient d'utiliser une boucle de rétroaction et de renvoyer les questions aux certificateurs et aux documenteurs.
4. Regroupement et analyse - Tous deux servent à regrouper les données d'une manière qui est déterminée par les différents cas d'usage. Les règles et les contraintes doivent être clairement comprises et communiquées lorsque l'analyse est entreprise et que les résultats sont rapportés et utilisés.

2.24.2 Spécificité par rapport aux codes mal définis

Les informations rapportées doivent être codées au niveau de détail le plus élevé possible. Dans certains cas, les détails disponibles sont épars, incomplètement documentés ou seuls des détails insignifiants sont rapportés. Bien que la CIM fournisse des catégories pour ces cas, ces informations non spécifiques ne permettent pas de comprendre les schémas épidémiologiques et/ou l'utilisation des systèmes de santé, ni de contribuer à la prévention des maladies.

2.24.3 Problèmes concernant une population de faible effectif

La taille de la population est l'un des facteurs à prendre en compte lorsque l'état de santé d'une population est évalué au moyen de données sur la mortalité ou la morbidité. Dans les

pays à faible population, le nombre annuel d'événements dans de nombreuses catégories sera très faible et pourra fluctuer d'une année à l'autre, surtout lorsqu'il est ventilé par âge et par sexe recommandés. Ces problèmes peuvent être atténués par une ou plusieurs des mesures suivantes :

- l'utilisation ou la présentation de larges regroupements de rubriques de la CIM, tels que les chapitres
- l'agrégation de données sur une période plus longue, par exemple pour prendre les données des deux années précédentes et celles de l'année en cours et produire une "moyenne mobile".
- en utilisant les groupes d'âge les plus larges possibles

Les recommandations qui s'appliquent aux petites populations nationales sont également valables, en général, pour la communication des données relatives aux segments sous-nationaux de populations plus importantes. Les enquêtes sur les problèmes de santé dans les sous-groupes de population doivent prendre en considération l'effet de la taille de chacun des sous-groupes sur le type d'analyse utilisé. Cette nécessité est généralement reconnue lorsqu'il s'agit d'enquêtes par sondage, mais souvent négligée lorsque l'enquête porte sur les problèmes de santé de groupes particuliers dans une population nationale.

2.24.4 "Cellules vides" et cellules à fréquence faible

Quelle que soit la liste des causes utilisée, on peut constater qu'il y a des causes pour lesquelles aucun cas ne figure dans les cellules du tableau statistique. Lorsqu'il y a de nombreuses lignes vides dans un tableau, il convient d'envisager d'omettre ces lignes dans un tableau publié. Lorsqu'un seul cas occasionnel d'une maladie survient dans un pays, la ligne peut être régulièrement supprimée du tableau statistique publié et une note en bas de page ajoutée pour indiquer soit qu'il n'y a pas eu de cas dans la période rapportée, soit, lorsque des cas sporadiques surviennent, dans quelle cellule le cas serait apparu. Pour les cellules dont la fréquence est très faible, en particulier celles relatives à des maladies dont on ne s'attendrait pas à ce qu'elles apparaissent, il est important d'établir que les cas ont existé et ne résultent pas d'une erreur de codage ou de traitement. Ceci doit être effectué dans le cadre du contrôle général de la qualité des données.

2.24.5 Précautions à prendre lorsque les listes de tabulation comprennent des sous-totaux

Il n'est pas toujours évident pour ceux qui traitent les données que certains des éléments des listes de tabulation sont en fait des sous-totaux ou des catégories déclarées antérieurement. Ces éléments peuvent inclure des titres de blocs et des titres de catégories à quatre caractères ou les éléments de titres de chapitres (dans les versions condensées des listes de tabulation de mortalité). Ces entrées doivent être ignorées lorsque les totaux sont calculés, sinon les cas peuvent être comptés plus d'une fois.

2.24.6 Aspects éthiques

La confidentialité fait référence à l'obligation de ne pas divulguer des informations (données) à des tiers lorsque ces informations ont été initialement délivrées à titre confidentiel. Ce devoir a été codifié dans le serment d'Hippocrate au 4^e siècle avant Jésus-Christ et constitue toujours l'un des principes fondamentaux de l'éthique médicale. Toute information susceptible de permettre l'identification d'une personne spécifique ne doit être consultée que par des personnes autorisées à le faire. L'autorisation signifie qu'une personne est légalement autorisée à accéder à l'information. Par exemple, le personnel médical, les légistes et les codeurs sont tous des personnes qui peuvent être autorisées à voir des informations sensibles.

En général, le seul moyen pour que des informations confidentielles deviennent accessibles au public est la législation, les lois et les règlements. Parfois, les informations confidentielles peuvent devenir des archives publiques après une certaine période. Par exemple, dans certaines régions du monde, les certificats de décès deviennent des documents publics après une certaine durée et, par conséquent, l'obligation de les garder confidentiels ne s'applique plus.

Le fournisseur autorisé d'informations confidentielles doit vérifier que le demandeur est un utilisateur autorisé et déterminer son niveau d'autorisation. Le fournisseur doit être conscient du niveau d'information qui peut être mis à la disposition de l'utilisateur autorisé et prendre les mesures appropriées pour se prémunir contre toute divulgation non autorisée. L'utilisateur autorisé ne doit pas tenter d'accéder à des informations qu'il n'est pas autorisé à obtenir. En outre, l'utilisateur doit également se prémunir contre tout accès non autorisé aux informations qui lui ont été fournies. Cela signifie que les utilisateurs doivent sécuriser les informations confidentielles et tout enregistrement de ces informations de manière à empêcher tout accès non autorisé. Les informations ne doivent être utilisées qu'à des fins appropriées et doivent être renvoyées comme il se doit. Les cadres juridiques nationaux, les réglementations nationales et locales et les directives institutionnelles fournissent des règles et des informations spécifiques sur la manière de préserver la confidentialité.

2.24.7 Prévention des dommages potentiels

Un préjudice direct et grave peut résulter d'une violation de la confidentialité. Par exemple, la divulgation d'informations sensibles peut potentiellement entraîner la stigmatisation et la discrimination d'une personne. Inversement, un préjudice plus important peut résulter du maintien de la confidentialité que de son absence. Certaines circonstances peuvent nécessiter un jugement qui implique de mettre en balance les préjudices ou la divulgation avec les intérêts du patient, de la personne décédée et des autres parties concernées. Une personne peut subir un "préjudice" physique, social ou psychologique à la suite d'une violation de la confidentialité. Un diagnostic confidentiel qui est rompu fait perdre au patient sa foi ou sa confiance dans le clinicien, et le patient peut alors subir des abus de la part d'une autre personne ou souffrir de la stigmatisation associée à certaines affections. Dans d'autres circonstances, la non-divulgation des informations confidentielles d'une personne peut avoir

pour conséquence qu'une autre personne ou une communauté risque de développer une affection nocive ou d'être exposée à une situation nocive.

Il s'agit d'un concept difficile qui doit être abordé de manière réfléchie. Comme mentionné précédemment, il y a des moments où il est justifié de donner à d'autres des informations confidentielles, comme par exemple lors du signalement de l'incidence des maladies transmissibles. Dans de tels cas, la communication d'informations confidentielles est généralement autorisée. Il s'agit d'un exemple de cas où la non-divulgence d'une maladie pourrait entraîner un préjudice majeur pour les autres.

S'il est nécessaire de divulguer des informations, il est préférable de contacter la personne concernée et de lui faire part de la nécessité de le faire. Dans certains cas, cela peut ne pas être possible ou approprié, et les utilisateurs doivent être guidés par les directives légales et institutionnelles. Les préjudices qui peuvent être causés par la divulgation de certaines informations doivent être pris en compte. Parmi les informations qui peuvent être particulièrement sensibles, citons les tests de dépistage des troubles et maladies génétiques, l'incidence des maladies transmissibles et les résultats des tests VIH. Il existe parfois des demandes spéciales de confidentialité qui peuvent exiger des niveaux accrus de garanties de confidentialité. Ces demandes spéciales ne peuvent pas supplanter les exigences légales de divulgation mais doivent être respectées dans la mesure du possible.

2.24.8 Sécurité de la vie privée - Confidentialité

La vie privée a trait à la protection du contrôle d'un individu sur les informations et les décisions personnelles qui peuvent ou non être partagées avec d'autres. Par exemple, lorsqu'un médecin examine un patient ou lui parle, il le fait généralement dans un lieu non public afin que les informations communiquées au médecin ne puissent être entendues par personne d'autre. Cela permet également au médecin de donner au patient son diagnostic en privé. Les données sont partagées avec le consentement du patient ou lorsque la loi ou la législation l'exige. La sécurité de la vie privée et la confidentialité des données de santé (et autres) sont généralement traitées par les lois et réglementations nationales.

2.25 Recommandations relatives aux tableaux statistiques pour les comparaisons internationales

Les recommandations suivantes visent à standardiser la présentation des données codées afin de permettre des comparaisons nationales et internationales entre différents pays ou régions.

2.25.1 Les listes de tabulation spéciales recommandées

Il existe des façons standard de répertorier les causes codées selon la CIM, et il existe des recommandations formelles concernant les listes de tabulation qui permettent des comparaisons nationales et internationales. La structure hiérarchique de la CIM permet une flexibilité considérable pour d'autres tabulations possibles. Pour la mortalité, la CIM comprend des listes de tabulation spéciales qui sont destinées aux circonstances dans lesquelles la liste à quatre caractères est trop détaillée, et qui sont conçues de manière à ce que la comparaison internationale de maladies et de groupes de maladies significatives ne soit pas compromise par les différents regroupements utilisés dans les différents pays.

Il convient de noter que les listes de tabulation spéciales sont conçues pour l'agrégation et le rapport des données codées. Elles ne sont pas destinées au codage.

Les listes de tabulation spéciales sont :

- Liste 1 Liste tabulaire de mortalité
- Liste 2 Liste tabulaire de morbidité
- Liste 3 Liste restreinte internationale pour la tabulation de la morbidité hospitalière (ISHMT)
- Liste 4 Liste condensée des maladies infectieuses par agent infectieux
- Liste 5 Objectifs de développement durable (ODD)
- Liste 6 Liste d'autopsie verbale de l'OMS

La liste de mortalité est basée sur les codes attribués pour la cause initiale du décès.

Les listes de morbidité n'incluent pas les codes des affections de médecine traditionnelle.

Utilisation de préfixes pour identifier les listes spéciales de mortalité

L'utilisation des préfixes numériques évite toute confusion entre les listes de tabulation spéciales, car les codes à quatre caractères de la CIM comportent une lettre en deuxième position. Lorsqu'une liste adaptée est utilisée à des fins nationales ou infranationales, un autre préfixe d'identification doit être utilisé.

La liste tabulaire spéciale pour la mortalité

La liste liste tabulaire de mortalité, fournit des articles pour chaque chapitre de la CIM et identifie également, dans la plupart des chapitres, les items des listes sélectionnées ainsi que les articles résiduels intitulés "Reste de..." qui complètent la couverture du chapitre respectif.

La liste couvre la gamme complète des codes à quatre caractères de la CIM applicables à la mortalité et requis pour la déclaration et la publication.

Listes de mortalité conçues localement

Pour la plupart des pays, la liste tabulaire de mortalité fournit suffisamment d'informations sur les maladies et les causes externes de décès les plus importantes. Elle facilite également la comparaison dans le temps et l'observation des changements dans les fréquences relatives, à mesure que les programmes de santé prennent effet, par exemple pour les maladies infectieuses et les maladies dégénératives. Elles permettent de comparer des zones infranationales et des sous-groupes de population. En outre, elle rend possibles des comparaisons internationales significatives des causes de décès.

Des listes similaires à la liste tabulaire spéciale peuvent également être conçues pour un usage local. Les rubriques CIM de ces listes peuvent être sélectionnées et regroupées de n'importe quelle manière. Des listes spéciales peuvent être nécessaires, par exemple, pour suivre les progrès, en termes de mortalité et aussi de morbidité, de nombreux programmes de santé locaux. Lors de l'adaptation des listes de tabulation spéciales aux exigences nationales, ou lorsqu'une liste de tabulation est conçue pour un projet nouveau ou spécial, il est utile de faire un essai en comptant le nombre de cas pour chaque catégorie à quatre caractères. De cette manière, il est possible de déterminer quelles affections conviennent à un regroupement général et où des sous-catégories sont nécessaires.

Lorsqu'une liste locale est établie, la clé des catégories condensées doit contenir les mêmes codes à quatre (ou cinq) caractères que la classification principale.

La liste tabulaire spéciale pour la morbidité

La liste de tabulation spéciale pour la morbidité est destinée à servir de base aux listes nationales et à la comparaison intra et entre pays. Les listes nationales peuvent être construites en condensant ou en élargissant la classification de base, selon le cas. La liste convient aux données relatives aux soins hospitaliers et, moyennant une adaptation appropriée (notamment par l'agrégation de certains éléments et l'expansion des éléments relatifs au chapitre 21 "Symptômes, signes ou résultats d'examen cliniques, non classés ailleurs" et au chapitre 24 " Facteurs influant sur l'état de santé ou motifs de recours aux services de santé") aux informations provenant d'autres sources, telles que les soins ambulatoires et les enquêtes.

Lorsqu'une liste locale est établie, la clé des catégories abrégées doit contenir les codes à quatre (ou cinq) caractères de la classification de base. Cette liste a été conçue pour les comparaisons internationales des statistiques de morbidité hospitalière. Cette liste concise permet de comparer l'activité hospitalière, indépendamment des systèmes de santé. Les affections ont été sélectionnées de manière à ce qu'elles puissent toujours être traitées dans le cadre d'une hospitalisation d'au moins 24 heures. Si, après examen des fréquences des rubriques à quatre caractères de la CIM, il est nécessaire d'élargir la liste, certains des éléments des catégories de la CIM peuvent être subdivisés selon la classification de base ou même au niveau des cinq caractères. Si la liste recommandée est trop détaillée ou si une liste plus courte est nécessaire, la sélection peut se faire en fonction des préoccupations sanitaires

nationales ou locales. En fonction du "profil épidémiologique" d'un pays, les catégories peuvent être combinées pour raccourcir la liste.

2.25.2 Rapports internationaux sur la morbidité

Les rapports internationaux sur la morbidité et la comparaison des données entre les différents pays nécessitent des définitions internationalement reconnues des éléments suivants :

- patient hospitalisé, patient en hospitalisation de jour, patient externe
- hôpital
- épisode de traitement
- motif de consultation à la place du diagnostic

Voir la section 1.4 pour plus de détails.

2.25.2.1 Ensemble minimal de données et format pour la postcoordination

Un ensemble minimal de données, adapté à la comparaison internationale, comprendrait l'âge, le sexe, le diagnostic principal (raison de l'admission après évaluation à la fin du séjour), et le secteur de santé (hôpital, praticien, autre), idéalement accompagné des définitions en vigueur pour les variables mentionnées ci-dessus, et de l'intervention principale. Dans un ensemble étendu de données, idéalement, les diagnostics et les interventions supplémentaires sont déclarés dans des champs séparés de données. Le format pour la déclaration internationale des codes postcoordonnés dans les regroupements suivra les spécifications ci-dessous :

- une barre oblique '/' sépare 2 codes racines
- un '&' relie les codes racines aux codes d'extension
- un regroupement peut consister en un seul code ou une seule affection avec des détails supplémentaires dans un regroupement
- code racine & code d'extension & code d'extension

Deux affections non liées auront deux regroupements :

- code racine - code racine

Deux regroupements avec des codes multiples :

- code racine & code d'extension/code racine & code d'extension&code d'extension

Exemple 1 :

Diabète sucré / Rétinopathie diabétique

Exemple 2 :

Fractures multiples de l'avant-bras / fracture de la diaphyse du cubitus & fracture ouverte / fracture de la diaphyse du radius & fracture ouverte / code de cause externe

2.25.3 Présentation des tableaux statistiques

Le degré de détail de la classification par cause, sexe, âge et zone géographique dépendra à la fois de l'objectif et de la portée des rapports statistiques et des limites pratiques de leur présentation. Les modèles suivants, qui visent à promouvoir la compatibilité internationale, présentent des façons standard d'exprimer diverses caractéristiques. Lorsqu'une classification différente est utilisée dans les tableaux publiés (par exemple, dans les groupes d'âge), elle doit pouvoir être ramenée à l'un des groupes recommandés.

(a) L'analyse par la Classification Internationale des Maladies doit, le cas échéant, être conforme à :

- la liste détaillée des catégories à quatre caractères, avec ou sans sous-catégories à cinq caractères ;
- la liste de tabulation spéciales pour la mortalité ;
- la liste de tabulation spéciale pour la morbidité.

(b) Classification par âge à des fins générales :

- moins de 1 an, de 1 à 4 ans, groupes de 5 ans de 5 à 84 ans, 85 ans et plus, 95 ans et plus ;
- moins de 1 an, 1-4 ans, 5-14 ans, 15-24 ans, 25-34 ans, 35-44 ans, 45-54 ans, 55-64 ans, 65-74 ans, 75 ans et plus.
- moins de 1 an, 1-14 ans, 15-44 ans, 45-64 ans, 65 ans et plus.

(c) La classification par zone doit, le cas échéant, être conforme à :

- chaque grande région administrative ;
- chaque ville ou agglomération de 1 000 000 d'habitants et plus, sinon la plus grande ville dont la population est d'au moins 100 000 habitants ;
- un agrégat national de zones urbaines de 100 000 habitants et plus ;
- un agrégat national de zones urbaines de moins de 100 000 habitants ;
- un agrégat national de zones rurales.

Note 1. Les statistiques relatives à (c) doivent inclure les définitions utilisées pour déterminer les zones urbaines et rurales.

Note 2. Dans les pays où la certification médicale de la cause du décès est incomplète ou limitée à certaines zones, les chiffres relatifs aux décès non certifiés médicalement doivent être publiés séparément.

2.25.3.1 Présentation tabulaire des causes de décès

Les statistiques des causes de décès pour une zone définie doivent être conformes à la recommandation "Tableaux statistiques" (a)(1) ci-dessus ou, si cela n'est pas possible, à la recommandation "Tableaux statistiques" (a)(2).

Les décès doivent de préférence être classés par sexe et par groupe d'âge comme dans la recommandation "Tableaux statistiques" (b)(3).

Les statistiques sur les causes de décès pour les zones figurant dans la recommandation "Tableaux statistiques" (c) doivent être conformes à la recommandation "Tableaux statistiques" (a)(2), ou si cela n'est pas possible, à la recommandation "Tableaux statistiques" (a)(3). Ils doivent de préférence être présentés par sexe et par groupe d'âge comme dans la recommandation "Tableaux statistiques" (b)(2).

2.25.3.2 Mortalité par blessure

La mortalité par blessure distingue traditionnellement les blessures qui sont causées par :

- Violence interpersonnelle et abus sexuels
- Violence collective, y compris les guerres, les insurrections civiles et les émeutes
- Incidents de la circulation
- Incidents à la maison, au travail et lors de la pratique de sports et d'autres activités récréatives

Dans le contexte de la mortalité, l'OMS recommande de conserver les codes pour les blessures principales et les causes externes. Dans les endroits où cela n'est pas possible, le code de cause externe doit être conservé. Pour les décès liés à des blessures, dans la CIM-11, le code de cause externe est le seul code de cause initiale du décès, et intègre l'intention, le mécanisme et l'objet de la personne décédée en un seul code. Le lieu de survenue de l'événement et l'activité sont codés séparément.

2.25.4 Normes et exigences de déclaration de la mortalité en période périnatale et néonatale

2.25.4.1 Termes utilisés dans la mortalité périnatale et néonatale

La période périnatale commence à 22 semaines complètes de gestation et se termine 7 jours complets après la naissance, c'est-à-dire qu'elle comprend les jours 0 à 6 après la naissance.

La période néonatale commence à la naissance et se termine 28 jours complets après la naissance, c'est-à-dire qu'elle comprend les jours 0 à 27 après la naissance.

L'âge gestationnel est la durée de la gestation estimée sur la base de la meilleure estimation obstétricale de la gestation, qui est généralement exprimée en semaines complètes avec jours supplémentaires, ou en jours complets.

La meilleure estimation obstétricale de la gestation est basée sur l'estimation finale de la gestation par l'accoucheur, calculée à partir du temps écoulé depuis le premier jour de la gestation. Le premier jour de la gestation est généralement déterminé par :

- 1) la date des dernières règles (DDR) 1 si cela est confirmé par les résultats d'une échographie précoce
- 2) par une échographie précoce, lorsque la DDR et les résultats de l'échographie précoce diffèrent

- 3) par DDR et/ou l'estimation clinique postnatale de l'âge gestationnel, lorsqu'aucune échographie précoce n'est disponible.

En cas de procréation assistée, lorsque la date de transfert de l'embryon est connue, un décalage de 14 jours doit être ajouté pour le calcul de l'âge gestationnel.

L'âge gestationnel est compté par jours calendaires où le jour zéro (Jour 0) est utilisé pour désigner le premier jour calendaire de la gestation et le jour 1 pour le deuxième jour calendaire. Le premier jour de la gestation, c'est-à-dire le jour 0, correspond à l'âge gestationnel "zéro semaine complète" avec zéro jour supplémentaire (âge gestationnel 0+0 semaine complète), et 6 jours plus tard, à l'âge gestationnel 0+6 semaines complètes.

Le nombre de semaines complètes est calculé comme le nombre de jours depuis le premier jour de la gestation divisé par 7, présenté comme un nombre entier plus un reste. Par exemple, le 8e jour après la gestation correspond à 1+1 semaines complètes, et le 252e jour correspond à 36+0 semaines complètes, et 6 jours plus tard (258 jours) serait 36+6.

Le **poids de naissance** est le premier poids du fœtus ou du nouveau-né obtenu après la naissance. Pour les naissances vivantes, le poids de naissance doit de préférence être mesuré dans la première heure de vie, avant qu'une perte de poids postnatale significative ne se soit produite.

L'**âge chronologique** utilisé pour enregistrer les décès pendant la période néonatale est compté comme suit : Le jour 0 est utilisé pour désigner les 24 premières heures après la naissance. Jour 1, est le reste du 2ème jour calendaire (date du décès=date de naissance+1) mais en dehors des premières 24 heures. Le jour 2 est le 3e jour calendaire (date du décès=date de naissance+2).

Lorsqu'il n'est pas possible de saisir des informations sur les heures au moment du décès, le jour 0 doit être considéré comme le jour calendaire de la naissance (la date de naissance est égale à la date du décès), et ensuite : Jour du décès = Date du décès - date de naissance.

2.25.4.2 Définitions relatives à la mortalité périnatale et néonatale

Mort fœtale, avortement spontané, mortinaissance, naissance vivante, décès néonatal

Le décès en période périnatale ou néonatale doit être comptabilisé en fonction du moment de l'accouchement (c'est-à-dire une expulsion ou une extraction complète d'une femme), bien qu'il puisse être diagnostiqué plus tôt dans l'utérus. L'accouchement d'un embryon ou d'un fœtus peut se produire de manière spontanée, assistée ou par césarienne (c'est-à-dire qu'il inclut l'interruption délibérée d'une grossesse en cours par des moyens médicaux ou chirurgicaux destinés à aboutir à une naissance vivante), tandis qu'il doit être clairement distingué de l'avortement provoqué.

- La **mort fœtale** est la mort d'un fœtus avant son expulsion ou son extraction complète d'une femme, quelle que soit la durée de la grossesse.
- L'avortement **spontané** (également appelé **fausse couche**) est une perte spontanée de la grossesse (c'est-à-dire de l'embryon ou du fœtus) avant 22 semaines complètes de

gestation.

- La **mortinaissance** est l'expulsion ou l'extraction complète d'un fœtus d'une femme, après sa mort avant l'expulsion ou l'extraction complète, à 22 semaines complètes de gestation ou plus.
- La **naissance vivante** est l'expulsion ou l'extraction complète d'une femme d'un fœtus, quelle que soit la durée de la grossesse, qui, après cette séparation, montre des signes de vie.
- **Le décès néonatal** est un décès après une naissance vivante qui survient pendant la période néonatale.

La mort d'un embryon ou d'un fœtus peut être diagnostiquée in utero par l'absence de bruits cardiaques, confirmée par des techniques d'imagerie lorsqu'elles sont disponibles, ou après l'expulsion ou l'extraction complète d'une femme par l'absence de signes de vie. Les signes de vie à la naissance comprennent la respiration, les battements du cœur, la pulsation du cordon ombilical et le mouvement défini des muscles volontaires, que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit attaché ou non. Une activité réflexe fugace observée seulement dans la première minute après la naissance ne justifie pas la classification comme signe de vie.

Notes pour la déclaration nationale et internationale (Voir aussi 2.25.4.5) :

- Les définitions et les critères de déclaration concernant la limite inférieure pour les morts fœtales ou les avortements spontanés peuvent différer en fonction de la législation nationale (généralement, la période de gestation embryonnaire médicalement reconnue dure jusqu'à la 12^e semaine complète, mais une autre limite légale nationale pourrait être fixée à un fœtus de 11 ou 13 semaines par exemple). Toute limite inférieure doit être spécifiée dans les statistiques produites.
- Il est recommandé de produire des statistiques pour tous les décès fœtaux et tous les décès consécutifs à des naissances vivantes. Les critères de déclaration peuvent varier en fonction de la législation nationale.
- Pour les rapports internationaux, il est recommandé de déclarer les mortinaissances de 28 semaines complètes de gestation ou plus (mortinatalité (mortinaissance) tardive) et tous les décès suivant une naissance vivante. Il est recommandé aux pays ayant la capacité de déclarer les mortinaissances de 22 semaines complètes de gestation ou plus (mortinaissance précoce) de le faire.
- Lorsque les informations sur l'âge gestationnel ne sont pas disponibles pour un avortement spontané ou une mortinaissance, utilisez comme critère un poids de naissance inférieur à 500 grammes.

Interruption artificielle de grossesse

- L'**interruption artificielle de grossesse** est l'expulsion ou l'extraction complète d'un embryon ou d'un fœtus d'une femme (quelle que soit la durée de la grossesse), suite à

une interruption délibérée d'une grossesse en cours par des moyens médicaux ou chirurgicaux, qui n'est pas destinée à aboutir à une naissance vivante.

L'interruption artificielle d'une grossesse en cours est réglementée par la loi et peut être appelée avortement légal, avortement provoqué, réduction fœtale ou autres terminologies. Tant qu'elle répond à la définition de l'interruption artificielle de grossesse, elle doit être considérée séparément de l'avortement spontané ou de la mortinaissance et être clairement distinguée dans les statistiques.

Bien que des signes de vie transitoires puissent être évidents après certains cas d'interruption artificielle de grossesse à des semaines de gestation ultérieures, ceux-ci ne doivent jamais être codés comme avortement spontané ou naissance vivante.

2.25.4.3 Autres terminologies utilisées dans l'enregistrement et la présentation de la mortalité périnatale ou néonatale

Mort fœtale (c'est-à-dire indépendamment de l'âge gestationnel ; la limite inférieure, le cas échéant, doit être indiquée)

- **La mort fœtale antepartum** est une mort fœtale avant le début du travail. Si le statut vital du fœtus au début du travail est inconnu, on considère qu'il s'agit d'une mort antepartum s'il y a présence de signes de macération au moment de l'accouchement.
- **La mort fœtale intrapartum** est une mort fœtale survenue pendant le travail. Si l'état vital du fœtus au début du travail est inconnu, on considère qu'il s'agit d'une mort intra-

partum si la peau est fraîche ou s'il n'y a pas de signes de macération au moment de l'accouchement.

Mortinatalité (mortinaissance) (c'est-à-dire 22 semaines de gestation complètes ou plus)

- La **mortinatalité (mortinaissance) précoce** est une mortinaissance survenant entre 22 et 27 semaines complètes de gestation.
- Une **mortinatalité (mortinaissance) tardive** est une mortinaissance survenue à 28 semaines complètes de gestation ou plus.
- La **mortinatalité (mortinaissance) antepartum** est une mortinaissance consécutive à une mort fœtale antepartum (c'est-à-dire survenant avant le début du travail).
- La **mortinatalité (mortinaissance) intra-partum** est une mortinaissance consécutive à une mort fœtale intra-partum (c'est-à-dire survenant pendant le travail).
- La **mortinaissance macérée** avec présence de signes de macération au moment de l'accouchement.
- La **mortinaissance récente** est un mort-né dont l'aspect de la peau est frais et qui ne présente aucun signe de macération au moment de l'accouchement.

Période de gestation

- Un **prématuré** est un enfant qui a moins de 37 semaines complètes de gestation (moins de 259 jours).
- Le **terme** est compris entre 37 semaines complètes et moins de 42 semaines complètes (259 à 293 jours) de gestation.
- L'**après terme** correspond à 42 semaines complètes ou plus (294 jours ou plus) de gestation.

Poids à la naissance

- Le poids extrêmement faible **de naissance** est un poids de naissance inférieur à 1000 g (jusqu'à 999 g inclus).
- Le **très faible poids de naissance** est un poids de naissance inférieur à 1500 g (jusqu'à 1499 g inclus).
- Le faible poids de **naissance** est un poids de naissance inférieur à 2500 g (jusqu'à 2499 g inclus).
- **Un gros poids de naissance** est un poids de naissance de 4000 g ou plus et inférieur à 4500 g (jusqu'à 4499 g inclus).
- **Un poids de naissance exceptionnellement élevé** est un poids de naissance de 4500 g ou plus.

Décès néonatal

- **Un décès néonatal précoce** est un décès survenu au cours des 7 premiers jours complets après la naissance vivante (jours 0 à 6).
- **Un décès néonatal** est un décès survenu au cours des 28 premiers jours complets après la naissance vivante (jours 0-27).

Total des naissances

- Le **total des naissances** est le total de mortinaissances et de naissance vivante. Si la limite inférieure de la mortinaissance est fixée à une valeur différente de 22 semaines, par exemple à 28 semaines pour les rapports internationaux, cela doit être clairement indiqué.

2.25.4.4 Certification de la mortinatalité (mortinaissance) et des naissances vivantes en période néonatale

La fiabilité des estimations de la mortalité liée aux enfants dépend de l'exactitude et de l'exhaustivité de l'enregistrement et de la déclaration des naissances et des décès. Un certificat de décès doit être délivré pour toutes les morts fœtales, que leur survenue soit spontanée ou délibérée, et pour tous les décès néonataux après une naissance vivante.

Les sous-déclarations et les erreurs de classification sont courantes, en particulier pour les mortinaissances et les décès néonataux précoces. Les pays doivent organiser les procédures d'enregistrement et de déclaration de manière à ce que les événements et les critères d'inclusion dans les statistiques puissent être facilement identifiés.

Les données relatives aux morts fœtales répondant aux critères d'enregistrement des mortinaissances doivent être incluses dans les statistiques de mortalité, mais doivent être clairement distinguées des décès néonataux consécutifs à des naissances vivantes. Suivez les instructions dans 2.25.4.5 pour plus de détails., lorsqu'il n'est pas clair si le certificat concerne une mortinaissance ou un décès néonatal après une naissance vivante.

L'interruption artificielle de grossesse doit également être incluse dans les statistiques de mortalité, mais doit être clairement distinguée de l'avortement spontané ou de la mortinatalité (mortinaissance).

Le formulaire international de certificat médical de la cause du décès et des détails supplémentaires

Avec la mise à jour du formulaire international de certificat médical de cause de décès en 2016, un seul certificat est utilisé pour tous les cas, y compris les mortinaissances (voir 2.15). Il faut veiller à remplir correctement la section spécifique aux décès périnataux sur le certificat. Le certificat de décès périnatal précédemment recommandé doit être remplacé par le formulaire figurant en 2.15, et les décès périnataux doivent être codés conformément aux instructions générales de codage de la mortalité.

Bien qu'elles ne soient pas requises pour le codage CIM-11, les informations supplémentaires mentionnées au point 2.15 pourraient être utiles pour le suivi des décès périnataux et infantiles d'un pays ou d'une région.

Niveau de détail de l'enregistrement

L'âge gestationnel et le poids de naissance doivent être enregistrés pour toutes les naissances vivantes et les mortinaissances, avec le degré de précision auquel ils sont mesurés.

L'âge gestationnel doit être enregistré en nombre de semaines complètes au minimum, et si possible, une variable supplémentaire capturant le nombre de jours doit également être incluse.

Bien que les tabulations statistiques incluent des groupes de 500 g pour le poids de naissance, les poids ne doivent pas être enregistrés dans ces groupes. Le poids réel doit être enregistré selon le degré de précision avec lequel il est mesuré.

L'âge chronologique au décès pendant les 24 premières heures de vie (jour 0) doit être enregistré en unités de minutes ou d'heures de vie complètes. Pour les deuxième (jour 1), troisième (jour 2) et jusqu'à 27 jours de vie révolus, l'âge au décès doit être enregistré en jours. Il est recommandé de recueillir ces données dans le cadre d'un ensemble minimal de données périnatales.

2.25.4.5 Critères de déclaration de la mort fœtale, de la mortinaissance et de la naissance vivante

Au minimum, tous les mortinaissances et les décès consécutifs à des naissances vivantes survenues avec 22 semaines complètes de gestation ou plus (≥ 154 jours) doivent être inclus dans les statistiques, bien que les exigences légales pour l'enregistrement puissent varier en fonction des différentes législations nationales.

Lorsque les informations sur l'âge gestationnel ne sont pas disponibles, les critères correspondants pour le poids de naissance (500g ou plus) doivent être utilisés.

Lorsque l'âge gestationnel et le poids de naissance ne sont pas connus, par exemple lorsque seule la longueur vertex -talon ou l'âge gestationnel estimé sur la base d'un examen physique est disponible, ou lorsqu'aucune information de ce type n'est disponible, l'événement doit être inclus dans les statistiques de mortalité de la période périnatale, plutôt que d'en être exclu.

Lorsque les morts fœtales et/ou les décès néonataux à <22 semaines complètes de gestation (ou <500g) sont inclus dans les statistiques périnatales, ils doivent être présentés séparément des mort-nés et/ou des décès néonataux à 22 semaines complètes de gestation ou plus et la limite inférieure d'inclusion dans les statistiques périnatales de l'établissement doit être indiquée, par exemple "20 semaines complètes de gestation" ou "pas de limite inférieure d'âge gestationnel".

Notez que les critères de déclaration ci-dessus ne s'appliquent pas à l'interruption artificielle de grossesse, qui est définie indépendamment de la durée de la grossesse et doit être présentée séparément de la mort fœtale, de la mortinaissance ou de la naissance vivante.

Critères pour les rapports internationaux

Dans les statistiques destinées à la comparaison internationale, l'inclusion des décès fœtaux et des naissances vivantes nées à des âges gestationnels extrêmement bas perturbe la validité des comparaisons et n'est pas recommandée. Par conséquent, les critères de déclaration internationale des mortinaissances et/ou des décès néonataux sont fixés à 28

semaines complètes ou plus, tandis que les pays sont encouragés à fournir, dans la mesure du possible, des données à partir de 22 semaines complètes ou plus également.

Tableau 1

Âge gestationnel (semaines révolues)	Poids à la naissance (grammes)	Recommandations pour l'enregistrement des données
<22 (gestation très précoce)	<500	Uniquement requis pour les statistiques nationales de mortalité néonatale. Lorsqu'il est utilisé pour les avortements spontanés (fausses couches), il doit être déclaré séparément des statistiques périnatales et la limite inférieure de l'âge gestationnel pour la collecte des données doit être indiquée.
22-27 (gestation précoce)	500 ou plus	Pour les statistiques nationales, et pour les statistiques internationales des pays ayant la capacité de déclarer les décès en début de gestation (mortinatalité (mortinaissance) et mortalité néonatale)
28 ou plus (gestation tardive)	1000 ou plus	Pour les statistiques internationales (mortinatalité (mortinaissance) et mortalité néonatale)
Âge gestationnel inconnu	Poids de naissance inconnu	N'incluez dans les statistiques que lorsqu'il y a une forte probabilité que la mortinaissance ou le décès néonatal se soit produit selon les critères donnés, par exemple 28 semaines ou plus pour les statistiques internationales.

2.25.4.6 Présentation statistique de la mortalité périnatale, néonatale, infantile ou des moins de cinq ans

Pour les statistiques de mortalité périnatale, l'analyse complète des causes multiples de toutes les affections déclarées sera de la plus grande utilité.

Les pays doivent fournir les taux énumérés ci-dessous pour les comparaisons internationales :

- **Taux de mortinatalité (mortinaissance) tardive** = (mortinatalité (mortinaissance) \geq 28 semaines de gestation / nombre total de naissances (mortinatalité (mortinaissance) \geq 28 semaines de gestation et naissances vivantes) x 1000
- **Taux de mortalité néonatale précoce** = (décès néonataux précoces (jour 0-6) \geq 28 semaines de gestation / naissances vivantes \geq 28 semaines de gestation) x 1000
- **Taux de mortalité périnatale** = (mort-nés \geq 28 semaines de gestation et décès néonataux précoces (jour 0-6) \geq 28 semaines de gestation) / nombre total de naissances (mort-nés \geq 28 semaines de gestation et naissances vivantes) x 1000

Regroupements de groupes d'âge gestationnel pour les statistiques de mort fœtale de moins de 22 semaines, de mortinatalité (mortinaissance) et de mortalité néonatale

<22 semaines complètes (<154 jours) N.B. lorsque la catégorie des moins de 22 semaines est utilisée, la limite inférieure incluse doit être spécifiée

22 - 27 semaines complètes (154 - <196 jours)

28 - 31 semaines complètes (196 - 223 jours)

32 - 36 semaines complètes (224 - 258 jours)

37 - 41 semaines complètes (259 - 293 jours)

42 semaines complètes et plus (294 jours et plus)

Regroupements de poids de naissance pour les statistiques de mort fœtale de moins de 22 semaines, de mortinatalité (mortinaissance) et de mortalité néonatale

Par intervalles de poids de 500 grammes, c'est-à-dire 1000-1499 grammes, etc.

499 grammes ou moins 500 - 999 grammes 1000 - 1499 grammes 1500 - 1999 grammes
2000 - 2499 grammes 2500 - 2999 grammes 3000 - 3499 grammes 3500 - 3999 grammes
4000 - 4499 grammes 4500 - 4999 grammes 5000 grammes ou plus

Regroupements par âge chronologique dans les statistiques de mortalité néonatale

- *Regroupements préférés* :
par jours uniques pour la première semaine de vie (moins de 24 heures (jour 0), 1, 2, 3, 4, 5, 6 jours), 7-13 jours, 14- 20 jours, 21-27 jours
- *Alternatives si les groupes préférés ne sont pas disponibles* :
Moins de 24 heures, 1-6 jours, 7-27 jours,
Moins de 7 jours, 7-27 jours
- *Groupes d'âge chronologique supplémentaires pour les décès néonataux au jour 0* :
Moins d'une heure, 1-11 heures, 12-23 heures.

2.25.4.7 Mortalité des moins de cinq ans

La mortalité des moins de 5 ans (taux de mortalité des moins de 5 ans - probabilité de mourir entre la naissance et l'âge exact de 5 ans, exprimée pour 1 000 naissances vivantes.) est un

indicateur majeur du niveau de santé des enfants, de la qualité de vie, des infrastructures de santé et du développement global des pays. Il s'agit également de l'indicateur des ODD.

2.25.4.8 Mortalité infantile

La mortalité infantile (taux de mortalité infantile - probabilité de mourir entre la naissance et l'âge d'un an exactement, exprimée pour 1 000 naissances vivantes) est un indicateur de la qualité de vie et des infrastructures de santé.

2.25.5 Normes et exigences de rapport relatives à la mortalité maternelle

La mortalité maternelle fait partie de l'évaluation des Objectifs de développement durable (ODD) qui servent à contrôler l'impact du travail conjoint de la communauté internationale dans ce domaine.

2.25.5.1 Décès maternel

Un décès maternel est défini comme le décès d'une femme pendant sa grossesse ou dans les 42 jours suivant une interruption de grossesse, quels que soient la durée et le siège de la grossesse, de toute cause liée ou aggravée par la grossesse ou sa prise en charge, mais non de causes accidentelles ou fortuites.

2.25.5.2 Décès maternel tardif

Un décès maternel tardif est défini comme suit : le décès d'une femme de causes obstétriques directes ou indirectes, plus de 42 jours mais moins d'un an après l'interruption de grossesse.

2.25.5.3 Décès maternels complets

Un groupement qui combine le décès maternel et le décès maternel tardif.

2.25.5.4 Décès obstétricaux directs et indirects

Les décès maternels, les décès maternels tardifs et les décès maternels complets sont subdivisés en deux groupes :

- Décès obstétricaux directs : ceux qui résultent de complications obstétricales de l'état de grossesse (grossesse, travail et puerpéralité), et d'interventions, d'omissions, de traitements incorrects, ou d'une chaîne d'événements résultant de l'un des éléments ci-dessus.
- Décès obstétricaux indirects : ceux résultant d'une maladie préexistante ou d'une maladie qui s'est développée pendant la grossesse, et qui n'étaient pas dus à des causes obstétricales directes mais ont été aggravés par les effets physiologiques de la grossesse.

2.25.5.5 Décès survenant pendant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité

Un décès survenant pendant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité est défini comme suit : le décès d'une femme pendant sa grossesse ou dans les 42 jours suivant l'interruption

de la grossesse, quelle que soit la cause du décès (décès obstétrical et non obstétrical direct et indirect).

2.25.5.6 Exigences d'enregistrement de la mortalité maternelle

Afin d'améliorer la qualité des données sur la mortalité maternelle et de fournir des méthodes alternatives de collecte de données sur les décès pendant la grossesse ou liés à la grossesse, ainsi que d'encourager l'enregistrement des décès de causes obstétriques survenant plus de 42 jours après l'interruption de grossesse, la quarante-troisième Assemblée mondiale de la santé a adopté en 1990 la recommandation selon laquelle les pays devraient envisager d'inclure dans les certificats de décès des questions concernant la grossesse actuelle et la grossesse dans l'année précédant le décès.

La classification permet également d'enregistrer les décès qui surviennent un an ou plus après l'interruption de la grossesse (JB62 Mort de séquelles de causes obstétricales).

2.25.5.7 Rapports internationaux sur la mortalité maternelle

Aux fins des rapports internationaux sur la mortalité maternelle, seuls les décès maternels survenus avant la fin de la période de référence de 42 jours doivent être inclus dans le calcul des différents ratios et taux, bien que l'enregistrement des décès plus tardifs soit utile à des fins d'analyse nationale.

2.25.5.8 Numérateur, dénominateur et ratios de la mortalité maternelle publiée

Les ratios de mortalité maternelle publiés doivent toujours préciser le numérateur, qui peut être donné comme le nombre de décès obstétricaux directs enregistrés, ou le nombre de décès obstétricaux enregistrés (directs plus indirects). Notez que les cas non codés selon le chapitre 18 doivent également être inclus dans le numérateur. Il s'agit notamment des catégories présentées dans la 'Note d'exclusion' au début du chapitre 18, à condition qu'elles aient été aggravées par la grossesse ou, inversement, qu'elles aient aggravé la grossesse.

Le dénominateur utilisé pour calculer la mortalité maternelle doit être spécifié comme étant soit le nombre de naissances vivantes, soit le nombre de naissances totales (naissances vivantes plus décès fœtaux). Lorsque les deux dénominateurs sont disponibles, un calcul doit être publié pour chacun d'eux.

Les résultats doivent être exprimés sous la forme d'un rapport entre le numérateur et le dénominateur, multiplié par k (où k peut être égal à 1000, 10 000 ou 100 000, selon la préférence et les indications du pays). Les ratios et taux de mortalité maternelle peuvent donc être exprimés comme suit :

1. Ratio de mortalité maternelle : (Décès maternels/Naissances vivantes ou naissances totales) x k
2. Ratio de mortalité obstétricale directe : (Mortalité obstétricale directe uniquement/Naissances vivantes ou naissances totales) x k
3. Ratio pour les décès survenant pendant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité : (Décès survenus pendant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité/Naissances vivantes) x k

3 Partie 3 - Nouveautés dans la CIM-11

3.1 Nouvelles conventions et terminologie de la CIM-11

Tableau 1 : *Modifications majeures de la CIM-10 par rapport à la CIM-11, y compris leur justification*

CIM-10

Schéma de codage

La numérotation des chapitres est en chiffres romains

Catégories à trois caractères, chacune pouvant être divisée en un maximum de 10 sous-catégories à quatre caractères.

Code alphanumérique avec une lettre en première position et un chiffre en deuxième, troisième et quatrième position. Le quatrième caractère suit un point décimal.

Le premier caractère d'un code est une lettre et ne se rapporte pas au numéro du chapitre. La lettre peut avoir été la même pour deux chapitres courts (par exemple, le chapitre VII (H00-H5) et le chapitre VIII (H60-H95), ou deux lettres peuvent avoir été utilisées pour un chapitre long (par exemple, le chapitre XIX (S00-T98)).

Catégorie résiduelle identifiée par le caractère numérique .8 et catégorie sans précision identifiée par le caractère numérique .9.

Le concept de regroupement de codes n'existe pas dans la CIM-10.

CIM-11

La numérotation des chapitres est en chiffres arabes

Le code racine (catégorie) est de quatre caractères et il y a deux niveaux de sous-catégories

Un code alphanumérique avec une lettre en deuxième position et un chiffre en troisième position pour se différencier des codes de la CIM-10. L'inclusion d'un chiffre forcé à la troisième position de caractères évite d'épeler des "mots imprononçables". Une lettre en deuxième position de caractère permet de distinguer clairement un code de la CIM-11 d'un code de la CIM-10. Les codes alphanumériques couvrent l'intervalle de 1A00.00 à ZZ9Z.ZZ. Les codes commençant par un 'X' indiquent un code d'extension (voir le chapitre Code d'extension). Les lettres 'O' et 'I' sont absentes pour éviter toute confusion avec les chiffres '0' et '1'.

Le premier caractère du code se rapporte toujours au chapitre. Un premier caractère de 1 à 9 est utilisé pour les chapitres 01 à 09 et pour les chapitres 10 à 26, le premier caractère est une lettre. L'intervalle de codes d'un même chapitre comporte toujours le même caractère en première position. Par exemple, 1A00 est un code du chapitre 01, et BA00 est un code du chapitre 11.

La lettre terminale "Y" est réservée à la catégorie résiduelle "autre précisé" et la lettre terminale "Z" est réservée à la catégorie résiduelle "sans précision".

La CIM-11 prend en charge la postcoordination et la liaison des codes au sein d'un regroupement de codes.

Terminologie

une série d'expressions sont utilisées pour décrire une relation de cause à effet entre des affections dans un libellé de code

Le terme préféré est "due à" pour les catégories où deux affections sont mentionnées et où il existe une séquence causale. D'autres termes, tels que "causé par" ou "attribué à" peuvent être des synonymes autorisés. L'expression "secondaire à" est équivalente et peut également être incluse comme synonyme.

une gamme d'expressions indiquant la concomitance de deux affections dans un titre de code (par exemple, "dans" ou "avec").

Le terme préféré est "associé à" pour les catégories où deux affections sont mentionnées et où aucune séquence causale n'est impliquée.

Système dague-astérisque et sous-classifications supplémentaires

CIM-10

CIM-11

Système dague-astérisque

La CIM-10 (et la CIM-9) utilisait le système de la dague et de l'astérisque pour décrire l'affection étiologique pour la tabulation primaire (code de la dague) et la manifestation clinique, la localisation correspondante et ou d'autres aspects (code astérisque). En outre, il existait des ensembles de codes à utiliser pour ajouter plus de détails (par exemple, B95-B97) ou des listes de sous-classifications pour ajouter des détails anatomiques aux catégories.

Les équivalents CIM-11 des codes astérisques (c'est-à-dire les codes pour les manifestations) et d'autres codes qui servent à ajouter des détails, peuvent être trouvés dans le chapitre 21 Symptômes, signes ou résultats d'examen clinique, non classés ailleurs, le chapitre X 'Codes d'extension' ou dans un chapitre de système anatomique selon le cas. Les codes d'extension comprennent des groupes de chapitres d'anatomie, d'agents infectieux, d'histopathologie et d'autres descriptions qui peuvent être utilisés pour ajouter des détails à un code.

Utilisation de plusieurs codes pour une même affection/sous-classifications supplémentaires**Instruction « coder aussi »**

Plus d'une catégorie pourrait être utilisée pour apporter plus de détails à une autre catégorie. Par exemple, les agents infectieux (B95-B97) ou les codes astérisques.

Les notes "Utiliser un code supplémentaire, si besoin, pour identifier" étaient présentes pour suggérer un codage facultatif.

Postcoordination - L'utilisation de plusieurs codes (c.-à-d. les codes racines et/ou les codes d'extension) ensemble pour décrire un concept clinique complètement documenté.

Les instructions "Coder aussi" indiquent les informations supplémentaires qui doivent être codées en conjonction avec certaines catégories, car ces informations supplémentaires sont pertinentes pour la tabulation primaire.

Le système de dagues et d'astérisques a été supprimé dans la CIM-11, mais la fonctionnalité de codage de l'étiologie et de la manifestation demeure. Un certain nombre d'anciens codes astérisques qui étaient utilisés pour identifier les manifestations des maladies sont maintenant répertoriés dans le chapitre 21 Symptômes, signes ou résultats d'examen clinique, non classés ailleurs. Une partie des anciens codes astérisques se trouvent également dans le chapitre correspondant au système corporel. Les codes astérisque qui étaient des répétitions du code dague ont été supprimés. Les listes de codage des détails anatomiques facultatifs ont été regroupées dans une section du chapitre X 'Codes d'extension'.

Autres différences générales

CIM-11	
Description de la catégorie	Toutes les catégories de la CIM-11 ont une description courte et une description longue. La description courte décrit la signification de la catégorie en 100 mots ou moins et apparaît dans la version imprimée de la classification. La description longue est sans restriction de longueur et comprend des informations détaillées qui apparaissent dans le modèle de contenu.
Modèle de contenu	Toutes les catégories de la CIM-11 comprennent des informations séparées sur l'anatomie, l'étiologie et d'autres aspects qui peuvent être consultés à des fins de recherche, ou lors de la navigation dans la liste tabulaire SMM de la CIM-11.

Les listes de tabulations spéciales de la CIM-10 continuent d'exister, mais il en existe deux supplémentaires, la liste de mortalité simplifiée (SMoL) et la liste pour l'autopsie verbale. Des tabulations spéciales supplémentaires peuvent être dérivées de la nouvelle technique de parentage multiple, par exemple toutes les maladies à déclaration obligatoire de l'OMS, en énumérant toutes les affections qui sont affectées à la section pertinente du chapitre des maladies infectieuses.

Pour la morbidité, la définition du diagnostic principal a été modifiée pour devenir "motif d'admission, après évaluation en fin de séjour". Cette définition est moins sujette à interprétation, et les pays qui sont passés de la définition "la plus consommatrice en ressources" au "motif d'admission à la fin du séjour" en utilisant la CIM-10, n'ont remarqué que de faibles changements dans leurs statistiques d'activité.

3.1.1 Description courte

La description est une brève caractérisation (100 mots maximum) de l'entité qui énonce des choses qui sont toujours vraies à propos d'une maladie ou d'une affection et qui sont nécessaires pour comprendre la portée de la rubrique. Les descriptions ne contiennent pas d'éléments destinés à être utilisés au niveau 3 (épidémiologie commune) ou de choses qui peuvent être vraies pour le niveau 4 (critères cliniques). Les descriptions étaient auparavant appelées "définitions courtes".

3.1.2 Informations supplémentaires

Il s'agit d'un champ de texte qui n'est pas obligatoire, mais qui peut contenir toute information supplémentaire sur les maladies ou les affections incluses dans l'entité, ou leurs caractéristiques. Ce champ de texte fournit davantage de contexte pour l'entité. Par exemple, les circonstances épidémiologiques les plus courantes, les agents étiologiques putatifs ou fortement suspectés, ou d'autres informations qui ne sont pas toujours vraies mais qui peuvent être communes, typiques ou attendues. Les informations supplémentaires étaient officiellement appelées "définition longue".

3.1.3 Structure du code

Les codes de la CIM-11 sont alphanumériques et couvrent l'intervalle de 1A00.00 à ZZ9Z.ZZ. Les codes commençant par 'X' indiquent un code d'extension (voir Codes d'extension). L'inclusion d'un chiffre forcé à la troisième position de caractères permet d'éviter d'épeler des "mots imprononçables". Une lettre dans la deuxième position de caractère permet de distinguer clairement un code de la CIM-11 d'un code de la CIM-10. Pour plus d'informations, reportez-vous à la section [1.2.4.1 Structure des codes](#).

3.2 Structure des chapitres de la CIM-11

La linéarisation internationale de référence est la CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité (CIM-11 SMM). Elle est utilisée pour coder et déclarer les maladies ou les causes de décès à des fins de comparaison internationale. Le nom de cette linéarisation met en évidence ses deux principaux cas d'usage. Cette linéarisation de base est divisée en 28 chapitres, dont 25 font référence à des affections de santé similaires aux versions antérieures de la CIM, tandis que l'un sert à identifier les causes externes de morbidité et de mortalité, et qu'un autre inclut les concepts de la médecine traditionnelle. Enfin, il y a deux sections supplémentaires à usage facultatif, l'une pour les codes d'extension afin d'ajouter plus de détails différentes dimensions d'une maladie, comme l'anatomie, l'indication d'une affection présente à l'admission, ou d'une maladie significative dans les antécédents familiaux (voir Section [Codes d'extension]) et l'autre pour l'évaluation du fonctionnement afin de fournir un ensemble de codes pour l'évaluation et la cotation dans la CIM en utilisant les domaines de fonctionnement de la CIF à haut pouvoir explicatif (voir Section 3.2.27 Section V - Section supplémentaire pour l'évaluation du fonctionnement).

La CIM-11 comporte cinq nouveaux chapitres. En conséquence, la numérotation des chapitres a changé. Les nouveaux chapitres sont :

- Chapitre 03 "Maladies du sang ou des organes hématopoïétiques" et Chapitre 04 "Maladies du système immunitaire". Les "affections affectant le système immunitaire" et les affections affectant le sang font désormais l'objet de deux chapitres distincts.
- Chapitre 07 "Troubles du cycle veille-sommeil". Les troubles du sommeil et de l'éveil ont été regroupés dans ce nouveau chapitre.
- Chapitre 17 "Affections liées à la santé sexuelle". Les affections sexuelles ont été regroupées dans ce nouveau chapitre.
- Chapitre 26 'Chapitre supplémentaire Affections de la médecine traditionnelle - Module I'. Un chapitre pour la médecine traditionnelle a été ajouté.

Voici un aperçu des principes d'organisation et de la structure de classification (hiérarchie) pour chacun des 26 chapitres. La structure révisée et les nouveaux ensembles de fonctionnalités de la CIM-11 sont le résultat de l'incorporation des mises à jour scientifiques et de l'amélioration de la pertinence des classifications pour l'informatisation.

3.2.1 Chapitre 01 - Certaines maladies infectieuses ou parasitaires

Structure du chapitre 01

3.2.1.1 Chapitre 01 - Structure du chapitre 01

Le chapitre énumère d'abord les groupes de maladies infectieuses par syndromes cliniques, puis regroupe les autres infections par mode de transmission, et enfin énumère les infections restantes par leur agent. Certaines affections présentant un intérêt majeur pour la santé publique sont répertoriées au même niveau. Les variantes des affections du chapitre qui peuvent occasionnellement se présenter sous forme d'infections localisées sont

principalement codées dans ce chapitre. Les infections qui sont principalement localisées, et dont l'agent est habituellement soit inconnu, soit non pertinent, ou dont l'étiologie est mixte, se trouvent dans les chapitres consacrés aux organes. Les agents infectieux fréquents peuvent être répertoriés en tant que catégories individuelles dérivées sous l'infection localisée. Dans certains cas, les infections pourraient également être situées dans le chapitre des maladies infectieuses et dans un chapitre de système d'organes. Dans de tels cas, la décision qui crée le moins de changement (héritage de la CIM-10) a été choisie. Certains regroupements sont également conçus pour pouvoir coder les informations imprécises fréquemment rapportées, comme c'est le cas pour les méningites et encéphalites et les infections respiratoires.

Une liste de tabulation spécifique regroupe les infections par agents et est destinée uniquement à une présentation tabulaire et aux publications.

3.2.1.2 Chapitre 01 - Raison d'être du chapitre 01

L'objectif de la structure du chapitre 01 est de minimiser l'impact sur les statistiques longitudinales des infections principales, de permettre la déclaration des infections principales qui ont un symptôme principal commun (par exemple, la diarrhée) sans mentionner un agent spécifique. La grippe, bien que touchant visiblement les voies respiratoires, affecte de multiples parties du corps et constitue également un important problème de santé publique. Pour cette raison, elle a été déplacée dans le chapitre sur les maladies infectieuses. Les maladies à prions peuvent être transmissibles, génétiques ou apparaître spontanément. Ce sont des maladies rares qui n'affectent que le système nerveux. Beaucoup sont héréditaires. La présence d'un gène spécifique est une condition préalable au développement d'une maladie à prions. Compte tenu de ces faits, il a été décidé de garder les maladies à prions regroupées et de déplacer l'ensemble du groupe vers le chapitre sur la neurologie.

3.2.1.3 Résistance aux antimicrobiens

Les parties de la CIM relatives à la résistance aux antimicrobiens (RAM) ont été conçues pour promouvoir le système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens. Les agents pathogènes prioritaires sont identifiés dans des combinaisons avec des substances antimicrobiennes actuellement pertinentes. La section est conçue pour permettre la postcoordination d'autres combinaisons de substances et d'agents dans un regroupement. La section sur la RAM est située dans le chapitre 21 "Symptômes, signes ou résultats d'examen clinique, non classés ailleurs", de sorte que la maladie ou l'agent infectieux sous-jacent est toujours codé en conjonction avec la catégorie de RAM. La CIM et le système de surveillance se concentrent sur des combinaisons de traçage pathogène-substance spécifiques. Toutefois, la conception de la CIM permet de coder le schéma complet de sensibilité aux antibiotiques si on le souhaite. Pour la tabulation, les codes de RAM doivent être rapportés en combinaison avec la maladie infectieuse. Lorsqu'une seule affection peut être rapportée, la maladie infectieuse doit être retenue. Cependant, au niveau national, l'ensemble des maladies infectieuses et le nombre de cas de RAM parmi les cas d'infection devraient être mis en tableau.

3.2.2 Chapitre 02 - Tumeurs

3.2.2.1 Chapitre 02 - Structure du chapitre 02

La hiérarchie générale du chapitre 02 est la suivante :

- 1er niveau - Comportement
- 2ème niveau - Localisations ou systèmes généraux
- 3ème niveau - Localisation spécifique
- 4ème niveau - Type morphologique (histologique)

Il existe trois groupes qui font exception à la hiérarchie ci-dessus. Il s'agit de :

1. Tumeurs du cerveau et du système nerveux central
 - 1er niveau - Localisations générales
 - 2ème niveau - Comportement - type morphologique (histologique)
2. Tumeurs des tissus hématopoïétiques et lymphoïdes
 - 1er niveau - Type morphologique (histologique) au sens large
 - 2ème niveau - Type morphologique (histologique) spécifique
3. Tumeurs mésenchymateuses malignes
 - 1er niveau - Type morphologique (histologique) spécifique
 - 2ème niveau - Localisation

3.2.2.2 Chapitre 02 - Raison d'être du chapitre 02

Les progrès en oncologie ont clairement démontré qu'une catégorisation des tumeurs malignes et bénignes basée uniquement sur le site fournit des informations limitées pour la prévention, le traitement et le pronostic des personnes touchées par une tumeur. La CIM-10 a inclus un nombre limité de catégories basées sur l'histopathologie (par exemple, certaines tumeurs lymphoïdes, le mélanome).

Dans la CIM-11, les principaux sites tumoraux sont d'abord subdivisés en fonction de l'histopathologie. Les groupes choisis ont été basés sur une analyse des rapports internationaux de mortalité et de morbidité, des registres du cancer et des rapports cliniques. Les sections remaniées ont été examinées afin de détecter les détails manquants par rapport aux cas d'usage de la CIM.

Le fait de garder les principaux axes anatomiques intacts permet une compatibilité ascendante. Cependant, la structure a été ajustée à quelques endroits pour correspondre aux subdivisions anatomiques de la classification TNM (<https://www.uicc.org/resources/tnm>).

Pour les tumeurs du système nerveux central, la distinction histologique et comportementale entre bénin et malin est une zone grise. Il a donc été décidé de sortir toutes

les tumeurs du système nerveux central du cadre de base du comportement et de les regrouper.

Le domaine des marqueurs génétiques évolue rapidement. Alors que pour certaines tumeurs, de tels marqueurs sont utilisés depuis de nombreuses années, pour d'autres, ce n'est pas le cas. Ainsi, à l'exception des tumeurs hématologiques, les marqueurs génétiques n'ont pas été inclus, et n'ont pas été utilisés pour la classification. Ils sont cependant inclus dans le chapitre X "Codes d'extension", et peuvent être ajoutés en postcoordination au code correspondant du chapitre des tumeurs pour décrire complètement l'entité tumorale concernée.

3.2.3 Chapitre 03 - Maladies du sang ou des organes hématopoïétiques

3.2.3.1 Chapitre 03 - Structure du chapitre 03

Ce nouveau chapitre (qui faisait auparavant partie du chapitre III de la CIM-10) comporte trois sections principales :

- Anémies ou autres troubles érythrocytaires
- Défauts de coagulation, purpura ou autres troubles hémorragiques ou apparentés
- Maladies de la rate

Les tumeurs des tissus hématopoïétiques et lymphoïdes se trouvent principalement au chapitre 02 "Tumeurs", tandis que les symptômes, signes ou observations cliniques du sang ou des organes hématopoïétiques ou du système immunitaire se trouvent principalement au chapitre 21.

Les deux premières grandes sections comprennent la hiérarchie suivante :

- 1er niveau - Anémies et troubles de la coagulation
- 2ème niveau - Grande catégorie de type de maladie/trouble
- 3ème niveau - Congénital vs acquis
- 4ème niveau - Spécificité supplémentaire du type de maladie/trouble

La troisième grande section comprend la hiérarchie suivante :

- 1er niveau - Maladies de la rate
- 2ème niveau - Congénitale vs acquise
- 3ème niveau - Type de maladie/trouble spécifique

3.2.3.2 Chapitre 03 - Raison d'être du chapitre 03

Pour le chapitre 03, il y a eu une réorganisation du chapitre avec une approche clinique des maladies du sang, une approche étiologique des maladies du sang et des maladies de la rate. Les anémies sont maintenant regroupées dans un seul groupe, avec un groupe distinct pour les "défauts de coagulation, purpura ou autres affections hémorragiques apparentées".

3.2.4 Chapitre 04 - Maladies du système immunitaire

3.2.4.1 Chapitre 04 - Structure du chapitre 04

Ce nouveau chapitre (qui faisait auparavant partie du chapitre III de la CIM-10) comporte les sections suivantes :

Immunodéficiences

Troubles systémiques spécifiques non organiques

1er niveau - Constitué des principaux regroupements ci-dessus

2ème niveau - Catégorie générale de type de maladie/trouble

3ème niveau - Type de maladie/trouble spécifique

4ème niveau - Spécificité supplémentaire du type de maladie/trouble

1er niveau - Troubles auto-inflammatoires

2ème niveau - Syndrome spécifique

1er niveau - Affections allergiques ou hypersensibilité

2e niveau - Catégorie générale de système anatomique

1er niveau - Certaines maladies impliquant le système immunitaire

2e niveau - Type de maladie/trouble spécifique

3e niveau - Spécificité supplémentaire du type de maladie/trouble

Maladies du thymus

2ème niveau - Type de maladie/trouble spécifique

3.2.4.2 Chapitre 04 - Raison d'être du chapitre 04

Pour le chapitre 04, il y a de nouvelles sections pour les troubles immunitaires qui diffèrent de la section située précédemment dans le chapitre III de la CIM-10. Pour le système immunitaire, ils sont classés principalement par syndrome clinique, et dans une approche alternative, les affections du système immunitaire sont identifiées par lignée cellulaire. Une section pour les affections allergiques ou d'hypersensibilité a été incluse dans ce chapitre. Dans l'ensemble, plus de détails ont été ajoutés au chapitre.

3.2.5 Chapitre 05 - Maladies endocriniennes, nutritionnelles ou métaboliques

3.2.5.1 Chapitre 05 - Structure du chapitre 05

Le chapitre 05 comporte quatre grandes sections :

1. Maladies endocriniennes

2ème niveau - Glande spécifique ou système hormonal

3e niveau - Maladies/troubles spécifiques

2. Troubles nutritionnels
 - 2ème niveau - Grandes catégories de maladies/troubles
 - 3e niveau - Maladie/trouble spécifique
3. Troubles métaboliques
 - 2ème niveau - Grandes catégories de maladies/troubles
 - 3e niveau - Maladie/trouble spécifique
4. Affections endocriniennes ou métaboliques après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique
 - 2e niveau - Maladie/trouble spécifique

Les tumeurs du système endocrinien se trouvent principalement au chapitre 02 "Tumeurs" et les symptômes, signes ou observations cliniques des maladies endocriniennes, nutritionnelles ou métaboliques se trouvent principalement au chapitre 21.

3.2.5.2 Chapitre 05 - Raison d'être du chapitre 05

La terminologie des maladies endocriniennes fait l'objet d'une normalisation internationale importante pour décrire la nature complexe des affections endocriniennes. L'objectif est d'inclure toutes les dysfonctions qui mènent à un trouble endocrinien spécifique.

Le diabète sucré et l'hyperglycémie intermédiaire ont été élargis pour refléter la terminologie internationale actuelle. Les complications souvent associées au diabète ont continué à être incluses dans la classification dans le chapitre approprié du système anatomique, conformément aux diverses modifications cliniques. Des notes "Coder aussi" et "Utiliser un code supplémentaire" ont été incluses pour relier les types de diabète et les diverses complications afin de permettre l'ajout de codes pour plus de spécificité.

Les sources de changement pour cette section étaient basées sur la Classification actuelle du diabète sucré et de l'hyperglycémie intermédiaire de l'OMS 2011 et sur le Département des maladies chroniques, Promotion de la santé, OMS.

Le Département de la nutrition pour la santé et le développement de l'OMS a proposé des modifications à la section sur les troubles nutritionnels en tenant compte des conseils du Groupe consultatif d'experts sur les orientations nutritionnelles (NUGAG) pour la mise à jour de cette section de la classification. Les troubles du métabolisme sont désormais fondés sur l'étiologie et ont été classés en trois domaines distincts : "Erreurs innées du métabolisme", "Troubles de l'absorption et du transport des métabolites" et "Troubles de l'équilibre hydro-électrolytique et acido-basique", conformément aux conseils cliniques reçus des sociétés internationales compétentes en matière de maladies métaboliques.

3.2.6 Chapitre 06 - Troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux

3.2.6.1 Chapitre 06 - Structure du chapitre 06

La hiérarchie du chapitre 06 se compose de :

1er niveau - Catégorie générale de type de maladie/trouble

2ème niveau - Type de maladie/trouble spécifique

3ème niveau - Spécificité supplémentaire de la maladie/du type de trouble

3.2.6.2 Chapitre 06 - Raison d'être du chapitre 06

La structure linéaire globale du chapitre proposé sur les troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux pour la CIM-11 a fait l'objet de discussions approfondies et exhaustives de la part du Groupe consultatif sur les troubles de la santé mentale, ainsi que d'échanges approfondies avec l'*American Psychiatric Association* en relation avec la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) (1), qui vient d'être publiée, depuis la nomination initiale du Groupe consultatif en 2007.

L'architecture appropriée d'une classification diagnostique des troubles mentaux et comportementaux est une question qui a fait l'objet d'une attention considérable au cours de la révision (par exemple, 2-4). L'un des principes directeurs de la CIM-11 est qu'elle doit refléter les preuves scientifiques actuelles concernant les relations entre les troubles (5) plutôt que des concepts désuets tels que la "névrose", qui ont une faible validité concourante et prédictive. En outre, l'un des principaux objectifs du département de la santé mentale et de la toxicomanie de l'OMS pour la révision actuelle est d'améliorer l'utilité clinique de cette partie de la CIM-11 (6, 7). Étant donné que la CIM-11 utilise une structure de codage différente qui n'est pas basée sur un système de numérotation décimale, de sorte qu'un plus grand nombre de blocs ou de groupements peuvent être accueillis dans le chapitre, une opportunité importante s'est présentée pour rendre la classification plus conforme à la recherche et à la pratique clinique actuelles en termes de représentation des groupements de troubles.

Trois axes de travail fournissent la justification et les preuves de la structure linéaire des troubles mentaux et comportementaux dans la CIM-11.

Examens des preuves par les groupes de travail pour la CIM-11 Troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux

Le premier volet de travail concerne les résultats des examens des preuves effectués par les 14 groupes de travail relevant du groupe consultatif, chacun d'entre eux ayant tenu de multiples réunions en face à face sur une période d'au moins 2 ans. Il a été demandé aux groupes de travail d'examiner les preuves scientifiques disponibles et d'autres informations sur l'application clinique des classifications dans divers contextes à travers le monde, et de fournir des preuves et une justification pour ses regroupements ainsi que pour le contenu et la disposition des catégories au sein de ceux-ci. Ce travail a donné lieu à des manuscrits

décrivant la justification de la plupart des regroupements de troubles qui ont été publiés ou soumis à des revues évaluées par des pairs (par exemple, 8-15). L'espace ne permet pas de détailler ici la justification et la preuve de chaque changement structurel, mais cette information, dans la mesure où elle se rapporte à une décision spécifique, peut être fournie sur demande à partir du matériel généré par les groupes de travail.

Études de terrain formatives sur l'utilité clinique de la structure linéaire

Le second volet de travail relatif à la structure linéaire des troubles mentaux et du comportement s'est concentré sur l'utilité clinique et est représenté par deux études formatives de terrain entreprises par l'OMS et le Groupe de coordination des études de terrain relevant du Groupe consultatif (16, 17). L'objectif de ces études était d'examiner les conceptualisations des professionnels de la santé mentale du monde entier sur les relations entre les troubles mentaux afin d'éclairer les décisions concernant la structure de la classification. Du point de vue de l'utilité clinique, notamment en termes d'amélioration de l'interface entre l'information médicale et la pratique clinique, les caractéristiques les plus importantes et les plus souhaitables de l'organisation d'une classification sont que (a) elle aide les cliniciens à trouver les catégories qui décrivent le plus précisément les patients qu'ils rencontrent aussi rapidement, facilement et intuitivement que possible et (b) les catégories diagnostiques ainsi obtenues leur fournissent des informations cliniquement utiles sur le traitement et la prise en charge. Une classification des troubles mentaux qui est difficile et lourde à mettre en œuvre dans la pratique clinique et qui ne fournit pas d'informations ayant une valeur immédiate pour le clinicien n'a aucun espoir d'être mise en œuvre avec précision au cours d'une consultation dans un contexte réel de soins. Dans ce cas, la pratique clinique ne sera pas guidée par la standardisation et l'opérationnalisation des concepts et des catégories qui sont inhérentes à la classification, et d'importantes possibilités d'amélioration de la pratique et d'évaluation des résultats seront perdues. À son tour, un système de diagnostic qui se caractérise par une faible utilité clinique pour le recours aux soins ne peut pas générer de données basées sur ces consultations qui constitueront une base valable pour les programmes et les politiques de santé, ou pour les statistiques de santé mondiales. Le raisonnement qui sous-tendait ces deux études était que si la façon dont les cliniciens conceptualisaient l'organisation des troubles mentaux tels qu'ils les rencontrent dans leur pratique clinique quotidienne s'avérait (a) cohérente entre les pays, les langues et les disciplines, et (b) distincte de l'organisation de la CIM-10, alors ces informations pourraient être utilisées pour créer une classification des troubles mentaux qui correspondrait plus étroitement à l'organisation cognitive des catégories par les cliniciens et serait donc plus intuitive et plus efficace pour une utilisation dans des contextes réels de soins .

La première étude formative sur le terrain (17) était une étude basée sur Internet, administrée en anglais et en espagnol, à laquelle ont participé 1 371 psychiatres et psychologues de 64 pays. La deuxième étude formative sur le terrain (16) a consisté en l'administration en face à face d'une tâche standardisée de tri et de formation de hiérarchie à 517 professionnels de la santé mentale dans huit pays et en cinq langues. Les deux études ont révélé que la carte conceptuelle des troubles mentaux établie par les cliniciens était rationnelle et très stable, quelle que soit la profession, la langue et le niveau de revenu du pays. En outre, les deux études ont révélé que la structure proposée pour les troubles mentaux et comportementaux dans la CIM-11 était plus conforme aux modèles conceptuels

des cliniciens que la structure de la CIM-10 ou du DSM-IV. La deuxième étude a également démontré clairement que les cliniciens préféraient une structure "plate" avec un plus grand nombre de groupements par rapport à une structure plus hiérarchique avec moins de groupements comme celle de la CIM-10.

Harmonisation avec le DSM-5

Le troisième axe de travail concerne les efforts d'harmonisation de la structure du chapitre de la CIM-11 sur les troubles mentaux et du comportement avec la structure du DSM-5, dans la mesure du possible. Dans l'ensemble, le degré élevé de similitude entre la structure globale du DSM-5 (1) et la structure linéaire proposée pour les troubles mentaux et du comportement de la CIM-11 représente un succès majeur dans l'effort d'harmonisation CIM - DSM. Les différences relativement mineures concernent principalement :

1. des propositions visant à combiner les classifications des aspects "organiques" et "non organiques" d'affections telles que les troubles du sommeil et les dysfonctionnements sexuels dans la CIM-11 dans des chapitres distincts, de manière plus cohérente avec les preuves et la pratique clinique actuelles, ce qui n'était pas une option pour le DSM-5 étant donné qu'il s'agit par définition d'une classification des troubles mentaux ; et
2. les différences dans les conventions relatives aux catégories résiduelles et aux troubles mentaux associés à une autre maladie sous-jacente dans la CIM-11 issues des décisions concernant l'organisation de ces catégories dans le DSM-5. Des informations supplémentaires sur la justification des quelques différences substantielles restantes dans la structure globale entre les deux classifications sont disponibles sur demande. Il convient de souligner que l'inhérente similitude d'organisation entre les deux systèmes est le fruit de plusieurs années de négociations complexes. Étant donné que le DSM-5 a déjà été publié, de nouvelles modifications de la structure de la CIM-11 feraient presque certainement évoluer la CIM-11 vers une réduction de similarité et d'harmonisation avec le DSM-5.

Références

1. *American Psychiatric Association (2013). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition (DSM-5). Washington, DC : American Psychiatric Publishing.*
2. *Andrews, G., Goldberg, D. P., Krueger, R. F., Carpenter, W. T. Jr., Hyman, S. E., Sachdev, P., & Pine, D. S. (2009). Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: Could it improve utility and validity? Psychological Medicine, 39, 1993–2000.*
3. *Jablensky, A. (2009). A meta-commentary on the proposal for a meta-structure for DSM-V and ICD-11. Psychological Medicine, 39, 2099–2103.*
4. *Wittchen, H.-U., Beesdo, K., & Gloster, A. T. (2009). A new meta-structure of mental disorders: A helpful step into the future or a harmful step back to the past? Psychological Medicine, 39, 2083–2089.*
5. *Hyman, S. E. (2010). The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. Annual Review of Clinical Psychology, 6, 155–179.*
6. *Reed, G.M. (2010). Toward ICD-11: Improving the clinical utility of WHO's international classification of mental disorders. Professional Psychology: Research and Practice, 41, 457–464.*

7. *International Advisory Group for the Revision of CIM-10 Mental and Behavioural Disorders. (2011). A conceptual framework for the revision of the CIM-10 classification of mental and behavioural disorders. World Psychiatry, 10, 86–92.*
8. *Al-Adawi, S., Baks, B., Bryant-Waugh, R., Claudino, A.M., Hay, P., Monteleone, P., et al. (2013). Revision of ICD- status update on feeding and eating disorders. Advances in Eating Disorders, 1, 10-20.*
9. *Creed, F., & Gureje, O. (2012). Emerging themes in the revision of the classification of somatoform disorders. International Review of Psychiatry, 24, 556-567.*
10. *Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. International Review of Psychiatry, 24, 568-577.*
11. *Gaebel, W. (2012). The status of psychotic disorders in ICD-11. Schizophrenia Bulletin, 38, 895-898.*
12. *Maercker, A., Brewin, C.R., Bryant, R.A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L.M., et al. (2013). Diagnosis off classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. World Psychiatry, 12, 198-206.*
13. *Maj M., & Reed, G.M. (Eds.) (2012). The ICD-11 classification of mood and anxiety disorders: background and options. World Psychiatry, 11(Suppl. 1).*
14. *Poznyak, V., Reed, G.M., & Clark, N. (2011). Applying an international public health perspective to proposed changes for DSM-5. Addiction, 106, 868-870.*
15. *Rutter, M.C. (2011). Research review: Child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52, 647-660.*
16. *Reed, G.M., Roberts, M.C., Keeley, J., Hooppell, C., Matsumoto, C., Sharan, P., et al. (2013). Mental health professionals' natural taxonomies of mental disorders: Implications for the clinical utility of the ICD-11 and the DSM-5. Journal of Clinical Psychology, 69, 1191-1212.*
17. *Roberts, M.C., Reed, G.M., Medina-Mora, M.E., Keeley, J.W., Sharan, P., Johnson, D.K., et al. (2012). A global clinicians' map of mental disorders to improve ICD-11: Analysing meta-structure to enhance clinical utility. International Review of Psychiatry, 24, 578-590.*

3.2.7 Chapitre 07 - Troubles du cycle veille-sommeil

3.2.7.1 Chapitre 07 - Structure du chapitre 07

Le chapitre 07 est un nouveau chapitre de la CIM-11. Il contient les troubles du sommeil et de l'éveil qui se trouvaient auparavant dans les chapitres sur les troubles respiratoires, la neurologie ou la santé mentale. En combinant ces troubles en un seul chapitre, il est possible d'inclure plus de détails pour de nombreux troubles liés au sommeil. La hiérarchie se compose de :

1er niveau - Catégorie générale de type de maladie/trouble

2ème niveau - Type de maladie/trouble spécifique

3ème niveau - Spécificité supplémentaire de la maladie/du type de trouble

3.2.7.2 Chapitre 07 - Raison d'être du chapitre 07

Comme les troubles du sommeil et de l'éveil se rapportent à une zone de chevauchement entre la santé mentale, les troubles neurologiques et les affections pulmonaires, il a été décidé de les regrouper dans un seul chapitre.

3.2.8 Chapitre 08 - Maladies du système nerveux

3.2.8.1 Chapitre 08 - Structure du chapitre 08

1er niveau - Ensemble de maladies, troubles et localisations et combinaisons des deux.

2ème niveau - Ensemble de sous-catégories de types de maladies ou de troubles spécifiques et parfois de localisations.

3.2.8.2 Chapitre 08 - Raison d'être du chapitre 08

La CIM-11 voit une refonte majeure de l'organisation des blocs qui composent le chapitre de neurologie. Le système de codage décimal restrictif de la CIM-10, avec sa capacité à ne contenir que 11 blocs de troubles par chapitre, avait pour conséquence que les blocs contenaient des entités neurologiques diverses qui ne s'emboîtaient pas logiquement, comme le bloc des troubles épisodiques et paroxystiques, contenant les troubles des céphalées, l'épilepsie, les accidents ischémiques transitoires et les troubles du sommeil. La CIM-11 positionne désormais les troubles des céphalées, l'épilepsie et les troubles cérébrovasculaires au niveau d'un bloc, et les troubles du sommeil au niveau d'un chapitre (chapitre 07).

Non seulement la structure du chapitre neurologique a changé, mais l'approche de la classification intègre également la pratique clinique actuelle et les avancées dans la compréhension des maladies neurologiques. Depuis la publication de la CIM-10, d'énormes progrès ont été réalisés dans les domaines de la génétique, de la biologie moléculaire et des technologies médicales. Une augmentation du nombre de codes est inévitable lorsqu'on réfléchit à l'avancée récente des connaissances en neurologie. L'objectif est donc de trouver un équilibre entre l'exhaustivité, l'utilité clinique et le maintien d'une approche de santé publique. Les groupes de travail ont abordé cette question en considérant les troubles les plus courants à faire figurer dans le chapitre, les variations étiologiques moins courantes de ces troubles étant soumises à une technique de "double codage". Un changement majeur qui illustre l'avancée des connaissances est l'ajout d'un bloc intitulé "Troubles paranéoplasiques et auto-immuns du système nerveux". Ce bloc contient les maladies neurologiques à médiation immunitaire, un domaine dans lequel les connaissances ont explosé ces dernières années. Un deuxième exemple de la manière dont la nouvelle version reflète les progrès de la biologie moléculaire est l'attribution aux maladies à prions d'un statut de bloc malgré leur rareté. Auparavant, elles figuraient dans le bloc des infections du système nerveux central, mais l'intérêt de la recherche après le problème majeur de santé publique en Europe dans les années 1990 a conduit à la découverte de nouvelles variantes de maladies à prions.

Le monde a connu une forte augmentation de la population âgée depuis les années 1990. Les troubles neurocognitifs ont été reconnus comme un problème majeur de santé publique et la recherche sur leur étiologie et leur neuropharmacologie a connu un essor considérable. Le

bloc de la CIM-11 sur les troubles neurocognitifs reflète la meilleure compréhension dans ce domaine.

Un dernier changement particulièrement remarquable se trouve dans le bloc "Autres troubles du système nerveux". Ce bloc est utilisé pour capturer le "débordement" des autres blocs de neurologie et les troubles qui sont jugés inclassables ailleurs. Dans la CIM-10, en raison du système de codage décimal susmentionné, ce bloc constituait une collection incongrue de maladies. La taille de ce bloc a été considérablement réduite grâce à la nouvelle structure rationalisée du chapitre de neurologie, qui comprend de nouveaux blocs de troubles auparavant contenus dans la section "autres troubles du système nerveux" de la CIM-10. Il s'agit des "troubles de la conscience", des "troubles de la pression et du débit du liquide céphalorachidien", des "troubles du système nerveux autonome", des "troubles nutritionnels et toxiques du système nerveux" et des "troubles de la moelle épinière à l'exclusion des traumatismes". Il est à espérer que leur promotion au statut de bloc aura un effet positif sur les pratiques de codage.

L'un des problèmes compliqués auxquels a été confronté le comité consultatif sur le thème de la neurologie a été la nécessité d'établir des liens croisés entre les troubles qui ont une présentation ou un phénotype neurologique et leurs racines étiologiques dans d'autres chapitres ou blocs du chapitre de la neurologie. L'un des innombrables exemples de ce type de relation serait les troubles mitochondriaux de la jonction neuromusculaire. Ils doivent être reliés à la fois dans le chapitre sur la neurologie et dans le chapitre sur les maladies endocriniennes, nutritionnelles ou métaboliques.

3.2.9 Chapitre 09 - Maladies de l'appareil visuel

3.2.9.1 Chapitre 09 - Structure du chapitre 09

La hiérarchie générale du chapitre 09 est la suivante :

- 1er niveau - Grande catégorie d'anatomie
- 2e niveau - Catégorie spécifique d'anatomie
- 3e niveau - Catégorie générale de type de maladie/trouble
- 4ème niveau - Spécificité supplémentaire du type de maladie/trouble

3.2.10 Chapitre 10 - Maladies de l'oreille ou de l'apophyse mastoïde

3.2.10.1 Chapitre 10 - Structure du chapitre 10

La hiérarchie générale du chapitre 10 est la suivante :

- 1er niveau - Grande catégorie d'anatomie
- 2ème niveau - Type de maladie/trouble spécifique
- 3ème niveau - Spécificité supplémentaire du type de maladie/trouble

3.2.11 Chapitre 11 - Maladies de l'appareil circulatoire

3.2.11.1 Chapitre 11 - Structure du chapitre 11

Il existe deux hiérarchies principales dans le chapitre 11.

1er niveau - Catégorie générale de type de maladie/trouble
2ème niveau - Type de maladie/trouble spécifique
3e niveau - Spécificité supplémentaire du type de de maladie/ trouble

OU

1er niveau - Grande catégorie d'anatomie
2ème niveau - Type d'anatomie spécifique
3ème niveau - Type de maladie/trouble spécifique

3.2.11.2 Chapitre 11 - Raison d'être du chapitre 11

Depuis la publication de la CIM-10 il y a plus de 20 ans, la pratique clinique et la prise en charge des maladies cardiovasculaires a connu des changements importants. Les modifications introduites pour la CIM-11 dans ce chapitre reflètent ces changements ainsi que l'évolution des profils de maladies et l'augmentation de la survie après les interventions. En conséquence, il y a eu une expansion majeure du nombre d'entités pathologiques dans la CIM-11, avec de nouvelles hiérarchies de classification et une nomenclature actualisée. Par exemple, l'incidence des valvulopathies n'est plus dominée par le rhumatisme articulaire aigu dans les sociétés développées, bien qu'elle reste importante dans les pays en voie de développement. Par conséquent, les paradigmes diagnostiques ont évolué vers le type de valvule, puis la pathologie valvulaire et enfin l'étiologie.

De nombreux éléments précédemment classés dans la CIM-10 comme "Autres formes de maladies cardiaques" (I30-I52) sont devenus des problèmes cliniques majeurs dans la cardiologie d'aujourd'hui, justifiant la création de nouvelles catégories distinctes de niveau supérieur. En voici deux exemples :

- Maladies du myocarde, y compris des sous-sections étendues sur la myocardite et la cardiomyopathie.
- Arythmie cardiaque, y compris une nouvelle sous-section importante sur "l'arythmie cardiaque associée à un trouble génétique" et "le dysfonctionnement d'un stimulateur cardiaque, d'un cardiovertteur ou d'un défibrillateur implantable ou d'une sonde", deux domaines de plus en plus importants dans la pratique clinique. Les modifications apportées à cette section ont bénéficié de l'apport et de l'approbation de la *Paediatric & Congenital Electrophysiology Society* et de l'*International Society for Nomenclature of Paediatric and Congenital Heart Disease*.

Le changement du processus de révision de la CIM, axé sur la clinique, a entraîné que des domaines principalement gérés par des non-cardiologues ont été déplacés vers des chapitres plus appropriés. Ainsi, les maladies cérébrovasculaires ont été reclassées dans le chapitre 08, "Maladies du système nerveux" et les varices œsophagiennes ont été déplacées dans le chapitre 13, "Maladies de l'appareil digestif".

Une nouvelle sous-section sur l'hypertension pulmonaire dans la section Cardiopathies pulmonaires et maladies de la circulation pulmonaire, est basée sur le document de la Classification clinique actualisée de l'hypertension pulmonaire, suite au 5e Symposium mondial qui s'est tenu à Nice, France, en 2013.

La section sur les troubles post-interventionnels s'est considérablement élargie, reflétant l'augmentation du taux de survie après une intervention cardiovasculaire au cours des deux dernières décennies et la reconnaissance d'un nombre croissant de patients souffrant de morbidités post-interventionnelles et de complications spécifiques à une maladie.

La section sur les anomalies congénitales du cœur et des grands vaisseaux et les anomalies acquises associées classées au chapitre 20 "Anomalies du développement" a été basée sur le code international de cardiologie pédiatrique et congénitale (IPCCC), qui a été créé au cours de la dernière décennie par la Société internationale pour la nomenclature des maladies cardiaques pédiatriques et congénitales (ISNPCHD, <http://www.ipccc.net>). En conséquence, les 73 entités de la CIM-10 en cardiologie congénitale dans les Q20-Q29 ont été étendues à 316 diagnostics, comme un résumé exact de l'hétérogénéité des malformations cardiaques observées dans la pratique clinique. Il a également été fait référence à la classification anatomique et clinique des malformations cardiaques congénitales (ACC-CHD) avec les codes IPCCC et CIM-10 correspondants.

3.2.12 Chapitre 12 - Maladies de l'appareil respiratoire

3.2.12.1 Chapitre 12 - Structure du chapitre 12

Il y a deux hiérarchies principales dans le chapitre 12 :

- 1er niveau - Catégorie générale de type de maladie/trouble
- 2ème niveau - Type de maladie/trouble spécifique avec un peu d'anatomie incluse
- 3ème niveau - Spécificité supplémentaire du type de maladie/trouble

OU

- 1er niveau - Grande catégorie d'anatomie
- 2ème niveau - Type de maladie/trouble spécifique
- 3ème niveau - Spécificité supplémentaire du type de maladie/trouble

3.2.12.2 Chapitre 12 - Raison d'être du chapitre 12

Les modifications apportées au chapitre 12 visent principalement à fournir une terminologie clinique et une classification actuelles des affections affectant principalement le système respiratoire et sont basées sur les contributions des sociétés internationales et des parties prenantes. Les maladies pulmonaires infectieuses ont été déplacées au chapitre 01 afin de mieux refléter la nature infectieuse de ces affections. Les tumeurs du système respiratoire se trouvent au chapitre 02 "Tumeurs" et les maladies respiratoires liées au développement se trouvent désormais au chapitre 20 "Anomalies du développement".

Le groupe "Troubles des voies respiratoires supérieures" contient les maladies des voies respiratoires supérieures, à l'exception des affections qui ont été déplacées vers le chapitre des maladies infectieuses.

Les maladies des voies respiratoires inférieures sont passées des maladies chroniques des voies respiratoires inférieures de la CIM-10, mais la maladie pulmonaire obstructive

chronique (MPOC) est devenue une catégorie indépendante basée sur un concept international.

La fibrose kystique a été déplacée vers Certaines maladies des voies respiratoires inférieures et elle est multi-parentée avec les troubles métaboliques dans le chapitre Maladies endocrines car : 'Les affections cliniques représentatives de la fibrose kystique sont l'infection respiratoire réfractaire, l'insuffisance respiratoire terminale, l'insuffisance pancréatique exocrine et les lésions des organes digestifs comme l'iléus méconial. La fibrose kystique est une maladie due à une anomalie du canal ionique Cl qui est le CFTR, les manifestations du symptôme respiratoire sont reconnues chez presque tous les cas de patients. La cause du décès est principalement l'anomalie respiratoire, et cette maladie est la maladie cible pour la transplantation pulmonaire. Cette description de la fibrose kystique se retrouve dans des manuels représentatifs ('Diseases of the Airways' dans le manuel 'Fraser and Pare's Disease of the Chest').

- OBSTRUCTIVE DISEASES" dans le manuel "Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine".
- OBSTRUCTIVE LUNG DISEASES" dans le manuel "Fishman's pulmonary diseases and disorders".
- Maladies des voies respiratoires" dans le manuel "Fraser and Pare's Disease of the Chest" Maladies pulmonaires" dans le manuel "Washington Manual of Medical Therapeutics, The, 34ed.

La section relative aux maladies pulmonaires liées à l'inhalation, au travail et à l'environnement a été élaborée à partir des informations fournies par la Division de la santé au travail de l'OMS.

La catégorie Certaines maladies respiratoires précisées affectant principalement l'interstitium pulmonaire est passée de la catégorie Autres maladies respiratoires affectant principalement l'interstitium. La Pneumonie interstitielle idiopathique est devenue une catégorie indépendante basée sur un concept international et la catégorie des Pneumopathies interstitielles primaires spécifiques de la petite enfance et de l'enfance a été créée indépendamment sur la base de la proposition du Groupe consultatif thématique (TAG) pédiatrique.

La section de Certaines maladies du système respiratoire et la section des Affections du système respiratoire après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique ont été déplacées de Autres maladies du système respiratoire de la CIM-10, à l'exception des Maladies du médiastin et du diaphragme qui ont été déplacés vers la section des Maladies de la plèvre, du diaphragme et du médiastin.

3.2.13 Chapitre 13 - Maladies de l'appareil digestif

3.2.13.1 Chapitre 13 - Structure du chapitre 13

La hiérarchie générale du chapitre 13 est la suivante :

1er niveau - Anatomie détaillée

2ème niveau - Type de maladie/trouble spécifique

3ème niveau - Spécificité supplémentaire du type de maladie/trouble

3.2.13.2 Chapitre 13 - Raison d'être du chapitre 13

La CIM-11 a été améliorée dans sa structure et son contenu afin d'inclure les maladies et les troubles du complexe orofacial. Il existe plusieurs autres tissus qui, en tant que composants essentiels du complexe orofacial, ont une fonction importante, et leur altération aura un impact direct sur l'état de santé bucco-dentaire. Il est important de reconnaître que la santé bucco-dentaire ne se limite pas à des dents saines ; la santé bucco-dentaire consiste à ne pas souffrir de douleurs bucco-faciales chroniques, de cancers de la bouche et du pharynx, de lésions des tissus mous de la bouche, de maladies parodontales (gencives), de caries, de perte de dents et de perte de surface dentaire, de malformations congénitales telles que les fentes labiales et palatines, et d'une multitude d'autres maladies et troubles qui affectent les tissus bucco-dentaires et crânio-faciaux (complexe orofacial) et qui sont associés à la santé et aux maladies systémiques. Cela souligne l'importance de fournir un système cohérent de codage et de classification des données sur les maladies et les troubles du complexe orofacial afin que le professionnel de la santé bucco-dentaire puisse enregistrer et collecter les données de chaque patient en cabinet, que celui-ci fasse partie de grands hôpitaux ou de petites cliniques. Il est prévu que le fait de pouvoir enregistrer et interpréter ces données permettra aux professionnels de la santé de contribuer à l'amélioration de la santé bucco-dentaire en tant que composante essentielle de la santé générale et stimulera l'utilisation de la CIM-11 par le personnel de santé bucco-dentaire.

Des changements majeurs ont été apportés à ce chapitre, des groupes anatomiques très détaillés ayant été ajoutés à la hiérarchie du tube digestif, selon l'ordre rostral-caudal, à l'exception des catégories relatives aux hernies, aux troubles gastro-intestinaux fonctionnels et aux maladies inflammatoires de l'intestin.

Les troubles gastro-intestinaux fonctionnels sont décrits de manière indépendante car leur physiopathologie est considérée du point de vue de l'axe cerveau-intestin, et pas seulement de leur impact sur le tractus gastro-intestinal. Les maladies inflammatoires de l'intestin sont également décrites de manière indépendante, principalement parce que la maladie de Crohn implique plusieurs organes. Dans chaque groupe anatomique (groupe d'organes), des classifications basées sur l'étiologie sont utilisées pour sous-classer les affections. En particulier, les troubles gastro-intestinaux sont classés dans les catégories suivantes :

- A. Altérations anatomiques ou morphologiques acquises
- B. Troubles moteurs
- C. Inflammation, y compris ulcère
- D. Troubles vasculaires
- E. Polypes non néoplasiques

En outre, deux autres catégories sont énumérées, bien que le chapitre 13 ne soit pas l'emplacement principal pour ces troubles.

F. Anomalies structurelles du développement (voir chapitre 20 Anomalies du développement)

G. Tumeurs (voir le chapitre 02 Tumeurs)

Les maladies digestives importantes ou courantes ont reçu leur propre catégorie, par exemple le reflux gastro-œsophagien, l'épithélium métaplasique cylindrique, la malabsorption intestinale et l'entéropathie exsudative, la colite ulcéreuse, la stéatose hépatique non alcoolique et la maladie diverticulaire. Les polypes sont maintenant classés indépendamment, et non dans la section "autres maladies" de la localisation anatomique.

Les maladies digestives courantes s'étendant sur plusieurs organes sont classées principalement dans la catégorie de maladie d'organe. Par exemple, la "gastro-entérite" est classée dans "gastrite" et l'"ulcère gastroduodénal" est classé dans "ulcère gastrique". L'item 'Ulcère peptique, localisation non précisée' ne devrait pas être utilisé en raison des progrès de la technologie médicale. Il doit être classé dans la catégorie "Ulcère œsophagien, ulcère gastrique, ulcère duodénal ou ulcère anastomotique", en fonction de la localisation de la maladie.

Les troubles vasculaires des organes GI ont leur propre catégorie. Les varices œsophagiennes, les varices gastriques et les hémorroïdes sont désormais classées dans le chapitre 13. Dans "Maladies du foie", il y a de nouvelles catégories indépendantes, notamment les maladies métaboliques et de transport du foie, les maladies auto-immunes du foie, la stéatose hépatique non alcoolique et les troubles vasculaires du foie.

Pour la classification des maladies chroniques du foie avec cirrhose, on utilise 'Cirrhose du foie', un item de 'Fibrose hépatique et cirrhose'. Par exemple, "hépatite B chronique" et "cirrhose du foie", "hépatite C chronique" et "cirrhose du foie", "hépatite auto-immune" et "cirrhose du foie", "cholangiopathie biliaire primaire" et "cirrhose du foie", etc. Il existe de nouvelles sections indépendantes pour les "Maladies de la vésicule biliaire et du canal biliaire" et les "Maladies du pancréas". Au sein de ces nouvelles sections, il existe de nouvelles catégories indépendantes comprenant les anomalies structurelles du développement, les anomalies congénitales, les altérations anatomiques acquises, la cholangite, les maladies kystiques du pancréas, la pancréatite chronique et la pancréatite auto-immune.

3.2.14 Chapitre 14 - Maladies de la peau

3.2.14.1 Chapitre 14 - Structure du chapitre 14

La hiérarchie générale du chapitre 14 est la suivante :

1er niveau - Catégorie générale de type de maladie/trouble

2ème niveau - Type de maladie/type de trouble spécifique avec une localisation anatomique donnée

3e niveau - Spécificité supplémentaire du type de maladie/trouble

3.2.14.2 Chapitre 14 - Raison d'être du chapitre 14

Des changements majeurs ont été apportés à ce chapitre en ajoutant des détails provenant de la fusion des terminologies dermatologiques américaine, britannique et allemande.

3.2.15 Chapitre 15 - Maladies du système musculosquelettique ou du tissu conjonctif

3.2.15.1 Chapitre 15 - Structure du chapitre 15

La hiérarchie générale du chapitre 15 est la suivante :

1er niveau - Catégorie générale de type de maladie/trouble

2ème niveau - Type de maladie/type de trouble spécifique avec une localisation anatomique donnée

3e niveau - Spécificité supplémentaire du type de maladie/trouble

3.2.15.2 Chapitre 15 - Raison d'être du chapitre 15

Les critères de diagnostic de l'*American College of Rheumatology* et de la Ligue européenne contre le rhumatisme (ACR/EULAR) pour la polyarthrite rhumatoïde (en cours de développement) ont été utilisés pour définir la hiérarchie des codes et les attributs du modèle de contenu pour la polyarthrite rhumatoïde. La littérature actuelle a permis de modifier le titre des "troubles systémiques du tissu conjonctif" en "troubles auto-immuns systémiques non spécifiques d'un organe". Les changements apportés à la vascularite étaient basés sur la classification de la Conférence internationale de consensus de Chapel Hill sur la nomenclature de la vascularite systémique.

La catégorie "Dermatopolymyosite" a été modifiée en "Myopathies inflammatoires idiopathiques" avec un changement d'axes et l'introduction d'une granularité supplémentaire.

Les révisions de la classification de la spondylarthrite reflètent l'opinion actuelle des experts avec les commentaires du Dr Robert Landewé, avec une séparation entre l'axial et le périphérique. Ensemble, les critères de spondylarthrite axiale et périphérique couvrent l'ensemble du spectre de ce qui était autrefois appelé spondylarthrite (indifférenciée) et spondylarthrite (ankylosante). Il y a un réarrangement de la spondylarthrite infectieuse, avec un axe secondaire pour les principaux types de processus infectieux, c'est-à-dire bactérien, fongique, etc. et des codes supplémentaires à utiliser pour l'infection spécifique.

La nouvelle catégorie des syndromes auto-inflammatoires est basée sur les travaux de la Société internationale des maladies auto-inflammatoires systémiques (ISSAID).

3.2.16 Chapitre 16 - Maladies de l'appareil génito-urinaire

3.2.16.1 Chapitre 16 - Structure du chapitre 16

Le chapitre 16 comporte des sections spécifiques pour les maladies de l'appareil génito-urinaire féminin, les maladies de l'appareil génito-urinaire masculin, les maladies du sein,

les maladies de l'appareil urinaire et les affections du système génito-urinaire après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique.

La hiérarchie générale du chapitre 16 se compose des éléments suivants :

1er niveau - Catégorie générale du système corporel

2e niveau - Type général de maladie/trouble (avec un peu d'anatomie)

3ème niveau - Type de maladie/trouble spécifique (avec un peu d'anatomie)

3.2.16.2 Chapitre 16 - Raison d'être du chapitre 16

Les modifications apportées au chapitre 16 visent à accroître l'utilité clinique de la classification en offrant une structure hiérarchique plus conviviale, une importante comparabilité internationale et une normalisation des affections génito-urinaires. Ceci est réalisé en incluant les termes et définitions les plus précis scientifiquement et les plus acceptés au niveau international, fournis par diverses parties prenantes internationales, notamment le département Santé reproductive et recherche de l'OMS, la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), la *National Kidney Foundation* et le *Kidney Disease International Global Outcomes* (KDIGO).

La hiérarchie des chapitres est subdivisée en Maladies de l'appareil génital féminin, Maladies de l'appareil génital masculin et Maladies de l'appareil urinaire. Cette architecture de l'appareil génital féminin et de l'appareil génital masculin a été conçue pour améliorer l'expérience de l'utilisateur final. La hiérarchie de l'appareil génital féminin est décomposée en troubles non inflammatoires et inflammatoires, puis divisée en groupements anatomiques dans l'ordre de l'examen gynécologique (et obstétrique) (des organes génitaux externes aux organes génitaux internes), le cas échéant. (vulve, vagin, col de l'utérus, utérus, trompes de Fallope, ovaire, cavité pelvienne).

Ces groupes comportent d'autres subdivisions pour les anomalies congénitales et acquises, selon le cas.

Afin de refléter la compréhension scientifique actuelle de certaines affections génito-urinaires, des détails supplémentaires ont été inclus pour les domaines suivants :

Aménorrhée

Dysfonction ovarienne

Douleur pelvienne féminine

Endométriose

Adénomyose

Infertilité féminine

Infertilité masculine

Perte précoce de grossesse

Résultats de la grossesse

La section de la classification consacrée à l'insuffisance rénale a été révisée afin de refléter les définitions actuelles, fondées sur des données probantes, de l'insuffisance rénale aiguë par rapport à l'insuffisance rénale chronique, ainsi que les nouvelles définitions et le nouveau système de stadification des maladies rénales (*'Improving Global Outcomes'* (KDIGO) pour l'insuffisance rénale aiguë).

3.2.17 Chapitre 17 - Affections liées à la santé sexuelle

3.2.17.1 Chapitre 17 - Structure du chapitre 17

Nouveau chapitre de la CIM-11 divisé en grandes sections pour :

Dysfonctions sexuelles

Troubles sexuels avec douleurs

Incongruence de genre

1er niveau - Catégorie générale de l'affection

2e niveau - Type d'affection spécifique

3e niveau - Maladie/trouble spécifique

3.2.17.2 Chapitre 17 - Raison d'être du chapitre 17

Ce chapitre a été formulé de manière à regrouper les affections sexuelles. Cela permet également de catégoriser les affections liées à l'identité sexuelle sans stigmatisation, tout en maintenant la reconnaissance de ces entités en tant qu'affections réelles afin que les interventions sanitaires correspondantes puissent être prises en charge par le système de santé.

3.2.18 Chapitre 18 - Grossesse, accouchement ou puerpéralité

3.2.18.1 Chapitre 18 - Structure du chapitre 18

La hiérarchie générale du chapitre 18 est la suivante :

1er niveau - Catégorie générale liée aux étapes de la grossesse, de l'accouchement ou de la puerpéralité

2ème niveau - Type de maladie/trouble spécifique

3ème niveau - Spécificité supplémentaire du type de maladie/trouble

3.2.18.2 Chapitre 18 - Raison d'être du chapitre 18

Les changements apportés à ce chapitre visent à accroître l'utilité clinique de la classification en fournissant une structure hiérarchique plus conviviale. L'augmentation de la comparabilité et de la standardisation internationales des affections liées à la grossesse, à l'accouchement et à la puerpéralité par l'inclusion des termes et définitions les plus précis scientifiquement et les plus acceptés au niveau international fournis par diverses parties prenantes internationales, telles que le département de RHR de l'OMS et la Fédération

internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), a également constitué un aspect très important des modifications. Une attention particulière a été accordée à l'intégration correcte des concepts et définitions du Comité international de surveillance des techniques de procréation assistée (ICMART).

Les changements reflètent la compréhension actuelle de certaines affections liées à la grossesse, à l'accouchement et à la puerpéralité. Des spécifications supplémentaires ont été incluses pour la perte précoce de grossesse

3.2.19 Chapitre 19 - Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale

3.2.19.1 Chapitre 19 - Structure du chapitre 19

La hiérarchie générale du chapitre 19 est la suivante :

- 1er niveau - Catégorie générale de maladie/type de trouble et un peu d'anatomie
- 2ème niveau - Type de maladie/trouble spécifique
- 3ème niveau - Spécificité supplémentaire du type de maladie/ trouble

3.2.20 Chapitre 20 - Anomalies du développement

3.2.20.1 Chapitre 20 - Structure du chapitre 20

Le chapitre 20 a fait l'objet d'une importante restructuration et comporte désormais quatre grandes sections

Anomalies structurelles du développement affectant principalement un système corporel.

- 1er niveau - Catégorie générale d'anatomie
- 2ème niveau - Type de maladie/trouble spécifique
- 3ème niveau - Spécificité supplémentaire du type de maladie/trouble

Anomalies ou syndromes de développement multiples

- 1er niveau - Catégorie générale d'anatomie
- 2ème niveau - Type de maladie/trouble spécifique
- 3ème niveau - Spécificité supplémentaire du type de maladie/trouble

Anomalies chromosomiques, à l'exclusion des mutations génétiques

- 1er niveau - Type de maladie/trouble spécifique
- 2ème niveau - Spécificité supplémentaire du type de maladie/ trouble

Affections présentant des troubles du développement intellectuel comme caractéristique clinique pertinente

- 1er niveau - Affections non syndromiques vs syndromiques
- 2ème niveau - Spécificité supplémentaire du type de maladie/trouble

3.2.20.2 Chapitre 20 - Raison d'être du chapitre 20

La classification CIM-10 des anomalies du développement est couverte par le chapitre XVII : Q00-Q99 Malformations congénitales, déformations et anomalies chromosomiques.

Il s'agit d'un chapitre très hétérogène, comprenant les malformations, les syndromes génétiques (avec ou sans malformations) et les anomalies chromosomiques. Cela entraîne une confusion entre l'origine génétique d'une maladie et d'une malformation. Par conséquent, tous les syndromes génétiques sans anomalies structurelles du développement sont exclus de ce chapitre et sont réaffectés aux chapitres appropriés de la CIM-11, en fonction du ou des systèmes corporels affectés.

Le nouveau chapitre 20 comporte trois divisions principales :

- Anomalies/malformations structurelles du développement
- Anomalies multiples du développement et syndromes
- Anomalies chromosomiques et génétiques

La première division "Anomalies/malformations structurelles du développement" comprend les affections isolées qui ne touchent qu'un seul système corporel. Elle est organisée en sections correspondant à ces systèmes corporels, qui sont également classés dans les autres chapitres appropriés de la CIM-11.

La seconde division "Anomalies et syndromes de développement multiples" comprend les affections affectant plusieurs endroits d'un même système corporel, ou plusieurs systèmes corporels simultanément. Les syndromes dont on peut dire qu'ils affectent principalement un système corporel sont affectés aux sections correspondantes de cette division. Les syndromes qui affectent plusieurs systèmes corporels, sans qu'aucun ne prédomine clairement, sont regroupés dans une section spécifique à la fin de la division. Il existe également une section pour les syndromes de dysplasie dus à des erreurs innées du métabolisme, tous ces syndromes étant principalement classés dans le chapitre consacré aux maladies métaboliques.

La troisième division "Anomalies chromosomiques et génétiques" s'écarte de l'approche clinique généralement suivie dans la CIM et classe les anomalies du développement définies génétiquement ou cytogénétiquement, puisqu'il n'existe pas de distinction nette entre génétique et cytogénétique. Nous avons commencé à inclure des délétions et duplications spécifiques correspondant à un phénotype clair, sachant que de nombreuses autres seront décrites dans les années à venir. D'autres seront ajoutées chaque fois que nécessaire, lors des révisions des publications de la CIM-11.

Un problème particulier est de savoir comment traiter les maladies historiquement définies cliniquement mais incluant une anomalie chromosomique/génétique comme étiologie. Dans certains cas, il existe plusieurs étiologies pour l'entité clinique, et toutes ne sont pas des anomalies chromosomiques : par exemple, le syndrome de Silver-Russell peut être causé par une duplication 11p15, une duplication 7p11.2p13, mais aussi par une disomie uniparentale maternelle du chromosome 7 ou 11 et des anomalies d'empreinte de 11p15. Dans d'autres

cas, il existe une correspondance flagrante entre l'entité clinique et une étiologie cytogénétique : par exemple, le syndrome de Williams-Beuren correspond à la délétion 7q11.23.

La polyhiérarchie est utilisée de manière restreinte dans le cadre de ce chapitre : une fois qu'une maladie est affectée à une section, elle n'est généralement pas classée ailleurs dans le chapitre secondairement. La structure deviendrait sinon trop complexe. En revanche, toutes les entités de ce chapitre doivent être classées dans d'autres chapitres de la CIM-11, le cas échéant.

3.2.21 Chapitre 21 - Symptômes, signes ou résultats d'examen clinique, non classés ailleurs

3.2.21.1 Chapitre 21 - Structure du chapitre 21

Le chapitre 21 est divisé en grandes sections basées sur les systèmes corporels. Chacune de ces sections comporte les catégories suivantes, selon le cas :

- Symptômes et signes
- Résultats cliniques

Une section supplémentaire est située à la fin de ce chapitre pour les causes de mortalité mal définies et inconnues.

3.2.21.2 Chapitre 21 - Raison d'être du chapitre 21

Les différents chapitres de la CIM-10 comprenaient plusieurs catégories de manifestations cliniques, dont certaines étaient des codes astérisques. Afin de simplifier la structure, d'améliorer l'utilisation de la postcoordination et de supprimer les affections "mal définies" des chapitres d'organes, plusieurs anciens codes astérisques, des détails supplémentaires pour diverses affections et affections dites mal définies ont été déplacés ici. Tous suivent l'organisation principale par localisation anatomique, et les groupements anatomiques ont un parent secondaire au chapitre d'organe correspondant, améliorant ainsi le guidage de l'utilisateur.

3.2.22 Chapitre 22 - Lésions traumatiques, empoisonnements ou certaines autres conséquences de causes externes

3.2.22.1 Chapitre 22 - Structure du chapitre 22

La hiérarchie générale du chapitre 22 est la suivante :

- 1er niveau - Catégorie générale d'anatomie (par ex. tête ; hanche et cuisse)
- 2ème niveau - Catégorie générale de type de blessure (par ex. fracture ; blessure ouverte).
- 3ème niveau - Spécification supplémentaire

OU

1er niveau - Catégorie générale de la cause de la blessure
2ème niveau - Type de blessure spécifique
3ème niveau - Spécificité supplémentaire du type de blessure

3.2.22.2 Chapitre 22 - Raison d'être du chapitre 22

Les principes de la révision étaient les suivants :

- Maintenir une bonne rétrocompatibilité avec la CIM-10, notamment en minimisant les changements de l'ancien niveau à trois caractères. Les changements de l'ancien niveau à quatre caractères sont plus importants mais ont également été effectués en tenant compte de ce principe.
- Tenir compte des extensions de ce chapitre dans les modifications cliniques de la CIM-10 car :
 - Ils témoignent des extensions nécessaires pour servir des objectifs cliniques dans des situations identifiées.
 - Il est préférable de minimiser les incompatibilités avec ces classifications.
- Tenir compte des classifications autres que la CIM qui sont largement utilisées en clinique pour les affections relevant du champ d'application de ce chapitre.
- Tenir compte des conseils, sollicités et proposés.
 - Porter une attention particulière aux distinctions relatives aux choix de traitement et aux résultats, y compris concernant le handicap.

Il s'agit notamment de permettre l'identification des aspects cliniques et pronostiques importants des fractures (notamment si elles impliquent une articulation) et des lésions d'organes/de vaisseaux (degré). Certaines affections sont beaucoup plus importantes lorsqu'elles sont bilatérales, et dans de tels cas, l'un des côtés a été proposé comme entité pré-coordonnée (par exemple, les lésions oculaires). La modification clinique de la CIM-10 par les États-Unis (CIM-10-CM) a été particulièrement utile à cet égard, car son chapitre sur les blessures établit de nombreuses distinctions, au-delà de la CIM-10, qui suivent ou sont conformes à des classifications cliniques pertinentes et largement utilisées, notamment pour le traitement et le suivi des blessures.

Une attention particulière a été portée aux blessures spécifiques de l'enfance (par exemple, fractures en bois vert et fractures épiphysaires) et aux blessures potentiellement intentionnelle (par exemple, fractures des côtes postérieures, fractures "en anse de seau" et "en angle").

Le travail a été effectué en sachant que ce chapitre n'est pas principalement utilisé pour coder la cause initiale du décès.

Le cas d'usage de la morbidité est particulièrement important pour ce chapitre.

3.2.23 Chapitre 23 - Causes externes de morbidité ou de mortalité

3.2.23.1 Chapitre 23 - Structure du chapitre 23

La hiérarchie générale du chapitre 23 se compose des sections suivantes :

1er niveau - Intention de la cause externe (lésion auto-infligée intentionnelle, non intentionnelle, agression, intention indéterminée et intention imminente).

2ème niveau - Catégorie générale du mécanisme de la cause externe

3ème niveau - Mécanisme plus spécifique et objets/substances impliqués dans la cause de la blessure

4ème niveau - Caractérisation plus poussée de la cause externe

Les autres sections comprennent l'exposition à des forces extrêmes, la maltraitance, l'intervention juridique, les conflits armés et les causes de préjudices liés aux soins.

3.2.23.2 Chapitre 23 - Raison d'être du chapitre 23

L'objectif principal des changements était de fournir une structure de codage plus uniforme tout en maintenant une grande compatibilité avec la CIM-10. Les changements apportés aux catégories d'accidents de la circulation visent à simplifier la sélection des codes, tandis que la section sur les opérations de guerre et les conflits armés a été révisée afin de rendre compte de situations plus actuelles de conflits armés. Une autre amélioration a consisté à produire une liste unique et hiérarchisée de substances nocives pour servir les chapitres Blessures et Causes externes.

Tous les mécanismes/objets codables pour toutes les intentions :

- Structure de code plus uniforme
- Dimension 'Intention' révisée (N.B. Intention imminente ; lésion auto-infligée : suicidaire/non suicidaire)
- Conservation des codes de transport, mais en élargissant la liste des types de véhicules
- Codes étendus du lieu de l'événement
- Dimension Activité élargie et révisée (N.B. lien avec le travail)
- Révision des complications des soins médicaux et chirurgicaux
- Codes juridiques/de guerre étendus
- Amélioration de la prise en charge des syndromes de maltraitance
- Introduction de dimensions supplémentaires (facultatif)
- Révision de l'index des causes externes, des règles et des signes
- Prévision pour la mortalité, la morbidité, les milieux à faibles ressources, la recherche

Des progrès ont été réalisés sur tous ces points, bien que limités à certains égards, en particulier pour le cas d'usage de la mortalité (en raison des contraintes strictes sur l'espace de codage combinées à l'absence de dispositions pour la postcoordination/le codage en regroupement). Une section sur les limitations se trouve à la fin de ces notes.

Les notes fournies ici se concentrent sur plusieurs de ces points ; du matériel supplémentaire sera fourni sur demande quant à d'autres aspects. Des commentaires sont également fournis ici sur les deux principales questions qui concernent à la fois le chapitre sur les causes externes et le chapitre sur les blessures (les deux concernent également le chapitre X "Codes d'extension") : les substances ; les complications de soins (Sécurité et qualité).

Transport

Quatre dimensions sont implicites dans l'intervalle V01-V89 de la CIM-10 : le mode de transport de la personne blessée (par exemple, une moto), si l'événement dommageable s'est produit dans la circulation routière (si c'est le cas, la blessure résultante est un accident de la route), le rôle de la personne blessée (par exemple, un passager), et quel autre type de véhicule était impliqué, le cas échéant (contrepartie). Les quatre dimensions sont nécessaires pour une structure révisée qui est conceptuellement équivalente au module "accidents de transport" de la CIM-10 à un niveau à quatre caractères.

Les quatre dimensions ont été précoordonnées dans le module des blessures involontaires dues au transport. Cela produit une structure présentant une grande rétrocompatibilité avec la CIM-10 au niveau des quatre caractères. Elle préserve toutes les catégories de haut niveau des modes de transport (certaines sont maintenant divisées) ainsi que les quatre dimensions conceptuelles (mode ; et pour les modes de transport terrestre : s'il concerne la circulation, rôle de l'utilisateur du transport et contrepartie).

Compte tenu des limites de l'espace de codage et du fait que la plupart des cas de blessures liées au transport ne sont pas intentionnels, la pré-coordination des cas de transport dans les autres blocs principaux (lésion auto-infligée intentionnelle, agression, intention indéterminée et intention imminente) est limitée à l'intention par mode de transport. Cependant, les autres dimensions sont disponibles pour une utilisation facultative.

Le bloc de transport révisé comprend des changements apportés pour résoudre les problèmes identifiés avec la section transport de la CIM- 10.

- Division de plusieurs modes de transport pour permettre l'identification des types importants et émergents qui ne peuvent pas être identifiés dans la CIM-10.
- Termes et définitions affinés et révisés (pour plus de clarté, pour combler les lacunes de l'ensemble fourni dans la CIM-10 et pour améliorer la comparabilité avec les termes utilisés au niveau international pour la sécurité routière).
- Diverses autres révisions (par exemple, des types de navires dans la section sur le transport maritime). Noter que l'ordre de la coordination a été modifié par rapport à son équivalent dans la CIM-10, passant de : mode, contrepartie, puis rôle d'utilisateur et état de la circulation combinés à : mode, état de la circulation, rôle de l'utilisateur, contrepartie.

La principale raison de ce changement était de simplifier la sélection des catégories "accidents de la circulation", qui sont fréquemment requises lors de la déclaration des blessures de la route.

Guerre et conflits armés

Une classification révisée est fournie pour l'inclusion en tant qu'extension de la catégorie Conflit armé (Faits de guerre dans la CIM-10). La classification suit largement l'extension de Y36 dans la modification clinique de la CIM-10 des États-Unis (CIM-10-CM). Celle-ci suit les catégories à quatre caractères de la CIM-10 et fournit des subdivisions, qui suivent les notes d'inclusion données dans la CIM-10. En outre, des sous-catégories sont fournies pour distinguer si la personne blessée était militaire ou civile.

La rubrique a été modifiée par l'ajout de "...et conflit armé" à "Faits de guerre", et le terme d'inclusion a été modifié en conséquence. Les termes 'guerre' et 'insurrection civile' (qui faisaient également partie du terme d'inclusion) n'ont pas été définis dans la CIM-10. L'utilisation d'un terme plus large que "guerre" est jugée souhaitable car la guerre, au sens de conflits armés officiellement déclarés entre des États-nations (ou des entités infranationales), est devenue rare. Les conflits armés de types et d'intensités variés, bien que tendant à devenir moins courants, restent beaucoup plus nombreux que les guerres. La restriction de l'utilisation de cette catégorie aux guerres déclarées, et/ou aux conflits armés qui répondent à un critère d'intensité couramment utilisé (1 000 décès liés aux combats ou plus au cours d'une année civile = guerre) a été jugée indûment restrictive. L'alternative proposée ici est d'inclure également les blessures dues à des conflits armés "mineurs", définis comme ceux qui entraînent 25 à < 1 000 morts au combat par année civile. L'application de cette définition est facilitée par l'existence d'une base de données accessible au public répertoriant les conflits qui y répondent.

Problèmes croisés

Il s'agit de questions qui affectent à la fois les chapitres sur les blessures et les causes externes, ainsi que d'autres parties de la CIM.

Effets toxiques des substances

Les effets toxiques des substances nocives apparaissent dans la CIM-10 à plusieurs endroits, dans les chapitres sur les blessures et les causes externes, et dans d'autres chapitres. Les listes de codes à ces points diffèrent en spécificité et ne sont pas complètement cohérentes. L'un des objectifs de la conception de la CIM-11 est de produire une liste unique et hiérarchisée des substances nocives pour répondre à tous les besoins des chapitres Lésions et Causes externes. Les avantages de cette méthode sont les suivants : une ou plusieurs sources externes peuvent définir par exemple les inclusions de la liste de la CIM-11 ; et si la ou les sources externes sont activement mises à jour, cela permet à la couverture des substances de la CIM-11 de rester actuelle.

Le terme "effets nocifs" est utilisé pour tous les types de dommages résultant d'effets chimiques nocifs de substances de tous types. Il est reconnu que d'autres termes, tels que "effet toxique", "empoisonnement", "corrosion chimique" et "envenimation" sont parfois utilisés dans le contexte de substances particulières. Ces termes seront inclus comme synonymes et termes subordonnés lorsqu'ils sont d'usage courant. Un certain nombre de sources ont été consultées, notamment la dimension Objets et substances de l'ICECI ; la

classification Anatomique Thérapeutique et Chimique (ATC) ; les groupes consultatifs TAG-IEG sur les drogues et les poisons ; le TAG Qualité et sécurité ; la SNOMED ; l'IPCS INTOX.

La liste comporte deux niveaux hiérarchiques principaux.

Le premier, avec 16 catégories, est conceptuellement lié à la liste de codes présente dans la CIM-10 aux points X40-X49 (Intoxication accidentelle par des substances nocives et exposition à ces substances) et aux points équivalents dans les blocs de codes Lésion auto-infligée intentionnelle et avec intention indéterminée. La liste résulte de l'application de ces principes :

- Elle ne doit comporter que quelques catégories. Cela est nécessaire pour des raisons pratiques, notamment dans le contexte du codage des causes de décès et parce que la structure en blocs du chapitre sur les causes externes a pour effet que chaque catégorie supplémentaire ajoute plusieurs lignes.
- Les catégories doivent faire référence à des substances ou à des classes de substances qui sont des causes importantes de mortalité ou de morbidité.
- Autant que possible, les catégories doivent être suffisamment spécifiques pour être significatives en tant que groupes de déclaration. (Par comparaison, plusieurs catégories dans les blocs de la CIM-10, comme X40-X49, sont si larges qu'elles sont difficiles à interpréter).
- Les différents contextes principaux d'exposition ont été gardés à l'esprit lors de la spécification des catégories (c'est-à-dire l'utilisation récréative/de rue, l'utilisation clinique, la blessure auto-infligée, les expositions industrielles et autres).

Les 16 catégories, seules ou combinées avec d'autres, permettent une comparaison a posteriori avec huit des dix catégories de la CIM-10 X40-X49 (et les groupes équivalents dans les blocs lésions auto-infligées et d'intention indéterminée). Les seules exceptions sont deux groupes résiduels : "...autres gaz et vapeurs" et "...produits chimiques et substances nocives autres et sans précision". Le deuxième niveau fournit des catégories (n=381), avec à peu près le même nombre et la même spécificité de substances que ceux prévus dans les chapitres sur les blessures et les causes externes de la CIM-10. Il comprend toutes les catégories de substances spécifiées dans la composante "Cause de blessures" de la classification TAG Qualité et Sécurité.

Certaines catégories ont été ajoutées : pour tenir compte de l'innovation pharmacologique et des changements dans l'utilisation des drogues (par exemple, les cannabinoïdes synthétiques) ; pour refléter les ajouts à la CIM-10 effectués lors de ses modifications cliniques (par exemple, plus de spécificité concernant les anticoagulants) ; pour permettre une identification plus spécifique des médicaments les plus importants (par exemple, le paracétamol) ; pour prévoir des drogues récréatives supplémentaires largement utilisées (par exemple, la cathinone, principal agent actif du khat) ; et sur les conseils d'autres TAG (ex. les types de substances ajoutés par le TAG Sécurité et Qualité). Nous prévoyons que d'autres catégories seront ajoutées dans les futures mises à jour, afin de refléter les changements dans la disponibilité et l'utilisation des drogues.

Une liste plus complète des substances (un sur-ensemble de la liste hiérarchique), avec des synonymes pour de nombreuses entrées, sera fournie au chapitre X "Codes d'extension". Cette liste partage la même structure hiérarchique que les codes pré-coordonnés. Elle tient également compte de la Classification supplémentaire des allergènes de contact de la CIM-11 préparée par le TAG Dermatologie. Les entrées de la liste des substances des codes d'extension seront spécifiées en termes équivalents dans la SNOMED-CT.

Complications de soins (Qualité et Sécurité)

Cette section décrit brièvement le modèle de codage des complications de soins qui a été élaboré par le Groupe consultatif thématique (TAG) sur la qualité et la sécurité.

Le modèle comporte trois parties, dont chacune doit être codée. Les codes postcoordonnés de toutes les parties doivent être désignés comme appartenant à un regroupement. Les trois concepts sont :

1. La blessure ou le préjudice qui en résulte ;
2. La cause du préjudice ; et
3. Le "mode/mécanisme" de préjudice. Des classifications et des ensembles de codes ont été développés pour (2) et (3) par le TAG Qualité et sécurité. Les catégories ont été introduites dans le chapitre Causes externes. Le préjudice résultant (1) doit être codé en utilisant le code de maladie ou de blessure le plus approprié de n'importe quelle partie de la CIM-11.

En principe, cette construction s'intégrerait bien dans la CIM-11 comme suit :

1. Blessure ou préjudice résultant. Code choisi n'importe où dans la CIM-11.
2. La cause ou le "Mode" du préjudice : Code sélectionné dans le bloc pertinent du chapitre Causes externes
3. Mode/mécanisme de préjudice

Les règles de sélection conduisent les codeurs au sous-ensemble de codes "Mode" qui sont pertinents, en fonction de la "Cause" sélectionnée (par exemple, si la "Cause" est un médicament, les "Modes" pertinents sont des catégories telles que le surdosage et le sous-dosage).

3.2.24 Chapitre 24 - Facteurs influant sur l'état de santé ou motifs de recours aux services de santé

3.2.24.1 Chapitre 24 - Structure du chapitre 24

Ce chapitre comporte deux grandes sections : Motif de recours aux services de santé

- Facteurs influant sur l'état de santé. La hiérarchie générale du chapitre 24 se compose de l'axe suivant :

1er niveau - Catégorie générale d'un état de santé ou d'un service particulière

2ème niveau - Affection spécifique

3.2.24.2 Chapitre 24 - Raison d'être du chapitre 24

Initialement, le Functioning Topic Advisory Group for ICD-11 (fTAG) a été chargé de la révision du chapitre sur les Facteurs. Il devait évaluer la pertinence de chacun des 801 codes et proposer une structure hiérarchique révisée pour le contenu essentiel qui serait conservé. Ce contenu devait être à la fois cliniquement pertinent et facile à utiliser, tout en laissant l'espace nécessaire à l'extension en utilisant les codes d'extension, le cas échéant. Le fTAG a organisé une révision qui a identifié les principaux "types" de codes comme "diagnostique", "interventionnel", "facteurs contextuels" et "autre/discutable". Cet examen a été combiné avec la structure générale de la section de la classification ICPC2 sur les "problèmes sociaux" et une nouvelle organisation a été conçue pour combiner la hiérarchie de l'ICPC2 avec les codes CIM-11. Pour la CIM-11 SMM, une révision a ensuite été entreprise sur la nouvelle structure afin de réduire la granularité jugée inutile.

3.2.25 Chapitre 25 - Codes d'utilisation particulière

3.2.25.1 Chapitre 25 - Structure du chapitre 25

Ce chapitre se compose de deux blocs :

Attribution internationale provisoire de nouvelles maladies d'étiologie incertaine, contenant des codes à usage urgent

ET

Attribution provisoire nationale de nouvelles maladies d'étiologie incertaine, contenant des codes à utiliser par chaque pays

3.2.26 Chapitre 26 - Chapitre supplémentaire Affections de la médecine traditionnelle - Module 1

Le chapitre "Module 1 de médecine traditionnelle" (MT1) est un nouveau chapitre supplémentaire à usage facultatif dans la CIM, et en tant que tel, il est appelé "chapitre MT1". La raison de son inclusion dans la CIM-11 est de permettre aux services de santé et aux consultations de médecine traditionnelle d'être dénombrées et d'être reconnues au niveau national et international. Le module de ce chapitre, dans sa forme actuelle, fait référence à des troubles et à des présentations qui trouvent leur origine dans la médecine chinoise ancienne et qui se sont développés au cours de l'histoire pour intégrer la science et la technologie contemporaines. Ces troubles et présentations sont couramment utilisés en Chine, au Japon, en Corée, aux États-Unis d'Amérique, en Australie, en Europe et ailleurs dans le monde. Les rubriques de classification représentent un ensemble unifié de troubles et de présentations harmonisés de la médecine traditionnelle provenant des classifications nationales de la Chine, du Japon et de la Corée. De futurs modules pourront être développés pour d'autres formes de pratiques de médecine traditionnelle.

Portée :

Ce chapitre a actuellement été conçu pour l'enregistrement et la déclaration de la morbidité. Il ne doit pas être utilisé pour le codage et la déclaration en mortalité.

Contenu et structure :

Le contenu et la structure du chapitre MT1 représentent un langage commun développé conjointement grâce à la coopération internationale de cliniciens, de chercheurs, d'universitaires et d'experts en classification de la médecine traditionnelle afin de permettre la comparabilité internationale de la pratique et de la déclaration de la morbidité en médecine traditionnelle. La standardisation de cette classification MT1 permettra à la documentation clinique de différents pays d'intégrer les mêmes concepts et aux codeurs et utilisateurs d'extraire de cette documentation des données comparables sur la morbidité. Les codeurs doivent également être guidés par des règles qui reflètent le processus de décision en matière de diagnostic clinique. Toutefois, les règles sont relativement souples pour permettre des adaptations nationales et pour que les questions de recherche concernant les relations entre les maladies, les troubles et les présentations puissent être formulées sous différents angles.

Les termes anglais ne représentent pas nécessairement la traduction la plus courante des termes de MT en chinois, coréen ou japonais. Lorsque la traduction anglaise de la MT la mieux adaptée donnait le même terme que celui utilisé en médecine occidentale, il était nécessaire d'indiquer une différence entre le concept de la médecine occidentale (MO) et celui de la MT lorsque le même terme avait des définitions différentes en MT et en MO. Cette différence de définition est indiquée par l'utilisation de (MT1) pour les troubles et les présentations tout au long du chapitre sur la MT.

Terminologie :

Le chapitre supplémentaire Affections de la médecine traditionnelle, module 1, utilise les termes de trouble et de présentations pour décrire les concepts. Ceci est différent des descriptions de concepts dans les chapitres de médecine occidentale qui font référence aux maladies (tableaux cliniques) et aux syndromes (présentations cliniques). Le chapitre MT1 est divisé en sections distinctes pour le trouble et le motif afin de souligner l'indépendance de ces concepts.

Définitions

Un trouble en médecine traditionnelle (trouble (MT1)) fait référence à un ensemble de dysfonctionnements dans un système corporel quelconque qui est jugé à partir de signes, symptômes ou d'observations associés. Chaque trouble (MT1) peut être défini par sa symptomatologie, son explication étiologique basée sur la médecine traditionnelle, son évolution et ses conséquences, sa réponse au traitement ou son lien d'interaction avec des facteurs environnementaux. Un trouble (MT1) est un tableau clinique relativement stable qui reflète la pathologie localisée et les manifestations spécifiques associées que l'on retrouve couramment dans l'anatomie et le fonctionnement des individus affectés.

Une présentation en médecine traditionnelle (tableau (MT1)) fait référence à la manifestation de l'état de santé du patient à un moment donné, y compris toutes les observations qui peuvent inclure :

- *Symptomatologie* : ensemble de signes spécifiques et non spécifiques, de symptômes ou d'observations uniques par les méthodes de diagnostic de la médecine traditionnelle, notamment la prise du pouls, l'examen de la langue, l'examen abdominal et d'autres méthodes qui reflètent la réponse systémique du patient dans un état dysfonctionnel.
- *Constitution* : les caractéristiques d'un individu, y compris les caractéristiques structurelles et fonctionnelles, le tempérament, la capacité d'adaptation aux changements environnementaux ou la susceptibilité à divers problèmes de santé.

Une présentation (MT1) est un tableau clinique relativement temporaire, qui reflète la réponse systémique du patient et un ensemble de manifestations spécifiques et non spécifiques qui ont généralement une relation multifactorielle avec la pathologie localisée et les traits constitutionnels du patient. Une présentation peut avoir des différences individuelles, même chez les individus affectés par la même pathologie, qui peuvent être analysées plus en détail par le cadre théorique de la médecine traditionnelle.

Le trouble et la présentation de la médecine traditionnelle sont nommés d'après les structures corporelles, les explications causales, les propriétés et la gravité qui se présentent pour l'investigation clinique et le diagnostic. La présentation MT1 peut désigner une présentation individuellement différente (MT1) de réponses systémiques à la maladie de la MO ou au trouble MT1. Le motif est un concept propre à MT1 et peut être différent du trouble de MT1 de la manière suivante :

Tableau 1 : Caractéristiques des troubles et des présentations en médecine traditionnelle

Caractéristique distinctive	Troubles dans la médecine traditionnelle	Le motif dans la médecine traditionnelle
Constant/ Temporaire	Un tableau clinique qui est relativement constant pendant toute la durée de ce trouble	Un tableau clinique qui est relativement temporaire
Pathologie constante/ Réponse temporaire	Délivre généralement des informations reflétant la pathologie constante	Délivre généralement des informations reflétant la manifestation globale temporaire ou la réponse du patient
Spécifique/ Non spécifique	Un concept qui résume les résultats qui sont spécifiques au processus pathologique étudié	La combinaison des manifestations qui englobe à la fois des symptômes/signes spécifiques et des observations non spécifiques.
Linéaire/ Multifactorielle	Peut être appliqué pour une période donnée. Le codage d'un trouble peut être basé sur le processus pathologique principal qui peut montrer une relation de causalité avec les principales manifestations chez le patient	Un motif peut également être appliqué pour une période de temps spécifique. Cependant, le code d'un modèle est basé sur l'image globale résumée qui peut être observée chez le patient, selon les perspectives des théories de la médecine traditionnelle. Un modèle est reconnu sur la base de l'analyse des résultats systémiques dans le corps et l'esprit du patient qui reflètent les processus pathologiques, les réponses aux processus pathologiques, d'autres résultats concomitants et les traits constitutionnels innés ou acquis du patient.
Commun/ Individuel	Utilisé pour décrire les caractéristiques générales considérées comme relativement communes à la population souffrant d'un trouble particulier.	Utilisé pour décrire les caractéristiques individuelles considérées comme relativement spécifiques au patient à ce moment-là.
Général/ Théorique	Habituellement décrite avec des termes généraux d'anatomie et de physiologie ainsi que des termes de signes et de symptômes.	Généralement décrit avec les termes des théories de la médecine traditionnelle qui sont utilisés pour résumer le mécanisme sous-jacent chez le patient, comme l'équilibre du yin et du yang, le froid et le chaud, le méridien ou la constitution.

3.2.26.1 Section V - Section supplémentaire pour l'évaluation du fonctionnement

Ce chapitre est nouveau. La liste des 47 entités de ce chapitre est destinée à l'évaluation et à la cotation dans le contexte de la CIM. Elle utilise les domaines du fonctionnement de la CIF à haut pouvoir explicatif (annexe 9 de la CIF). Les catégories sont destinées à être utilisées comme un ensemble. L'ensemble a été défini de manière à ce que des scores récapitulatifs généraux et spécifiques à un domaine puissent être calculés à l'aide du programme d'évaluation des handicaps de l'OMS 2.0 (WHO DAS 2.0) ou du modèle d'enquête sur les handicaps de l'OMS (MDS).

3.2.27 Chapitre X - Codes d'extension

Ce chapitre est nouveau. Les codes d'extension sont prévus pour fournir la base de la postcoordination des codes de la CIM-11, ils comprennent tous les codes de la linéarisation qui ne peuvent être utilisés comme codes racine.

Les différentes listes fournissent des codes supplémentaires pour l'utilisation clinique ainsi que pour la recherche sur les blessures, la sécurité des dispositifs, la sécurité des médicaments, la sécurité des patients et l'enregistrement des cancers.

Ces codes sont à usage facultatif et seront utilisés plus vraisemblablement en morbidité qu'en mortalité.

3.3 Parentalité multiple

Une entité peut être correctement classée à deux endroits différents, par exemple par localisation ou par étiologie. Pour une maladie comme le cancer de l'œsophage, cela signifierait qu'elle pourrait être classée dans les cancers (tumeurs malignes) ou dans les affections du système digestif. De la même manière, les affections ischémiques cérébrales pourraient être classées dans le système vasculaire - où le problème se pose - ou dans le système nerveux - où l'ischémie a un impact et se manifeste par des symptômes.

Indications de la parentalité multiple :

- Note "Exclut" ou "Codé ailleurs".
- Affichage de plusieurs parents dans la vue des composants de la fondation
- Affichage de plusieurs parents dans une liste tabulaire. Exemple pour le cancer de l'œsophage : la tumeur maligne parent primaire apparaîtra en noir et le système digestif pour le cancer de l'œsophage en gris

Dans la fondation, les notes d'exclusion pour ces exemples mentionneront les parents possibles (parents multiples). Toutefois, pour la présentation des résultats statistiques de toute liste tabulaire, il ne peut y avoir qu'un seul parent pour la tabulation primaire. Lorsqu'il y a de tels parents multiples, dans la vue fondation, les deux parents seront affichés de la même manière. Cependant, dans une liste tabulaire, l'emplacement du parent primaire affichera l'entité et ses parents en noir, et le parent secondaire possible en gris.

Chaque fois qu'une entité est parentée ailleurs, elle continuera à afficher le code du parent primaire. Le parent primaire est parfois appelé "parent de la liste tabulaire".

3.4 Modèle de contenu

Le modèle de contenu est un cadre structuré qui définit de manière standard chaque entité présente dans la CIM. L'objectif du modèle de contenu est de présenter les connaissances de base qui constituent le fondement de la description de chaque entité de la CIM d'une manière systématique pour permettre l'informatisation. La CIM-11 détient tout son contenu dans la fondation. Ici, chaque entité est précisée par une description, des propriétés indicatives informatisables, et une ou plusieurs relations parent-enfant. Des liens supplémentaires fournissent des informations pour la postcoordination. Toutes ces informations multidimensionnelles sont ensuite combinées pour former une liste avec des catégories mutuellement exclusives - les listes tabulaires. La fondation comprend des informations sur l'endroit et la manière dont une certaine entité est représentée dans une liste tabulaire. Une entité peut devenir un groupement, une catégorie, ou simplement un terme qui est, par exemple, répertorié dans l'index.

Chaque entité de la CIM peut être vue sous différentes dimensions. Le modèle de contenu représente chacune de ces dimensions comme une "propriété".

Les composants clés des descriptions de la maladie sont inclus comme différentes propriétés dans le modèle de contenu. Les principales propriétés du modèle de contenu sont :

1. Titre du concept CIM
2. Hiérarchie, type et utilisation
 - Parent
 - Type
 - Utilisation
3. Définition(s) textuelle(s)
 - Description (courte)
 - Définition (longue)
4. Termes
 - Termes de l'index
 - Synonymes des termes d'inclusion
 - Termes d'exclusion
5. Descriptions cliniques
 - Système(s) corporel(s)
 - Partie(s) du corps (site(s) anatomique(s))
 - Propriétés de la manifestation
 - Signes et symptômes
 - Résultats
 - Propriétés causales
 - Type d'étiologie
 - Infection (agents)
 - Blessure (mécanismes)
 - Facteurs de risque
 - Caractéristiques génomiques
 - Propriétés temporelles
 - Propriétés de gravité
 - Propriétés fonctionnelles
 - Propriétés des affections spécifiques
 - Propriétés du traitement
 - Critères de diagnostic

Pour chaque entité CIM, diverses propriétés peuvent être données si nécessaire pour atteindre un résultat de codage correct. Un codeur peut utiliser les propriétés pour mieux comprendre une affection et comment la coder, et les propriétés permettent à un codeur de déterminer où une affection est placée. Seules les propriétés absolument nécessaires ont été définies afin d'éviter la nécessité des mises à jour fréquentes. Les ajouts de valeurs de propriétés au niveau international sont gérés par le biais du cycle de mise à jour régulier lorsque des problèmes de codage le nécessitent. Voici un exemple des propriétés de base :

Entité CIM : Carcinome canalaire invasif du sein

Propriétés	Valeur
Anatomie	Sein
Morphologie	Carcinome canalaire invasif

La gamme complète des différentes valeurs pour chaque propriété donnée est prédéfinie à l'aide de terminologies et d'ontologies standard. Cette gamme de valeurs est appelée "ensemble de valeurs".

Les descriptions des entités de la CIM-11 informent les analystes et les traducteurs de la signification d'une entité et de ses caractéristiques descriptives. Il existe deux types différents de descriptions : une description courte (100 mots maximum) qui est disponible à la fois dans le modèle de contenu et dans la liste tabulaire, et une description détaillée avec des détails complets au niveau requis pour chaque entité. La description détaillée est intitulée "informations supplémentaires" et apparaît uniquement dans les versions électroniques en ligne. Les codeurs sont avertis de ne pas utiliser les descriptions pour le codage. Les codeurs doivent attribuer des codes sur la base du ou des diagnostics documentés par un clinicien. Cependant, l'information sur les descripteurs qui est incluse pour les entités individuelles de la CIM-11 fournit aux utilisateurs de la CIM un aperçu clair de la signification et de la portée prévues des rubriques ou des termes de la liste tabulaire et de la fondation. Les descripteurs guident les traducteurs, les codeurs et les utilisateurs des données codées. L'objectif est d'améliorer la comparabilité, la cohérence et l'interprétation des informations codées pour tous, partout. Il existe quatre niveaux d'informations de descripteurs dans le modèle de contenu de la CIM-11 :

- **Terme entièrement précisé** - Il s'agit d'un titre non ambigu qui ne présume pas du contexte. Par exemple, "maladie systémique avec symptômes diarrhéiques gastro-intestinaux prédominants attribuables au vibron cholérique", par opposition à "choléra" ou "autre" (où la signification d'"autre" aurait été claire à partir du contexte hiérarchique).
- **Description courte** - La description courte est une caractéristique (100 mots maximum) de l'entité qui énonce des informations qui sont toujours vraies à propos d'une maladie ou d'une affection et qui sont nécessaires pour comprendre la portée de la rubrique. Les descriptions ne contiennent pas nécessairement des éléments destinés à être utilisés en épidémiologie courante ou qui sont présentés comme des critères cliniques.
- **Informations supplémentaires** - Il s'agit d'une zone de texte qui n'est pas obligatoire, mais qui peut contenir des informations supplémentaires sur les maladies ou les affections incluses dans l'entité, ou leurs caractéristiques. Cette zone de texte fournit un contexte supplémentaire pour l'entité. Par exemple, les circonstances épidémiologiques les plus courantes, les agents étiologiques possibles ou fortement suspectés, ou d'autres informations qui ne sont pas toujours exactes mais qui peuvent être communes, typiques ou attendues.

- **Critères cliniques ou diagnostiques** - Il est destiné à contenir un ou plusieurs scénarios de critères cliniques et de caractéristiques qui seraient suffisants pour diagnostiquer la ou les affections ou le ou les syndromes de la classe ou du concept donné.

Ces scénarios contiendront de multiples variations, ou une logique intégrée permettant de tenir compte de "x sur n" variations, qui sont nécessaires ou utiles pour établir le diagnostic. Par exemple, un infarctus du myocarde (IM) dans un contexte de diagnostic à ressources élevées comprendrait généralement un profil longitudinal d'enzymes cardiaques, des modifications spécifiques de l'électrocardiogramme et des symptômes stéréotypés. Toutefois, seuls deux de ces trois éléments doivent être présents, car il existe des "infarctus silencieux" (sans symptômes) et autres variations de ce type.

On s'attend à ce que ces scénarios soient divisés en fonction des capacités technologiques. Par exemple, le diagnostic d'un infarctus du myocarde dans les contextes de diagnostic à ressources élevées impliquerait probablement une technologie et des critères différents de ceux des contextes à faibles ressources. Les critères de diagnostic de la CIM s'inspirent de diverses directives de l'OMS qui ont identifié des règles de diagnostic. Les extensions de la CIM, comme les linéarisations de spécialités, peuvent utiliser de telles règles de diagnostic.

L'architecture de la CIM-11, et l'évolution future de cette composante de l'information, pourraient à terme alimenter des algorithmes de décision basés sur ces critères. L'attribution de diagnostics et d'affections pourrait être proposée automatiquement à partir des données provenant des dossiers médicaux électroniques.

Les critères de diagnostic décrivent la démarche diagnostique qui définit la manière dont les prestataires de santé diagnostiquent les cas classés dans une entité. Il contient les informations diagnostiques de base nécessaires et suffisantes pour décrire une catégorie, et permet la représentation numérique des algorithmes de diagnostic en utilisant une terminologie standardisée et d'autres éléments, le cas échéant. Il peut y avoir différents ensembles de critères de diagnostic pour différents contextes. Les critères diagnostiques se baseront alors sur le contenu de différents éléments.

3.5 Entités CIM indépendantes de la langue

Les entités de la CIM-11 sont indépendantes de la langue. Toutes les entités ont un identifiant unique ou un identifiant de ressource uniforme (URI) et ont une place spécifique dans une hiérarchie de groupes, de catégories et de termes plus restreints. La maintenance de la CIM-11 au niveau international est assurée en langue anglaise mais le modèle de contenu de la CIM-11 est indépendant de la langue et permet de lier toute langue souhaitée aux éléments de sa base. De cette façon, une base internationale facilite les traductions et la navigation multilingue. L'URI reste valide indépendamment du fait qu'une entité de la CIM soit toujours valide ou ait été retirée. La structure hiérarchique des groupes, catégories, sous-catégories et inclusions (parents, enfants et termes plus étroits) sert également de colonne vertébrale indépendante de la langue pour les traductions de la CIM. Cette structure est essentielle lors de la construction d'un index dans une langue locale. Elle aide (en conjonction avec la plateforme de traduction de la CIM) à identifier les éléments qui doivent être traduits afin de pouvoir aborder les catégories de la CIM avec des termes exprimés dans la langue locale.

3.6 Innovation dans le codage de la mortalité dans la CIM-11

Les instructions de codage de la mortalité de la CIM ont mûri au fil du temps et ont été fondamentalement maintenues pour la CIM-11, tandis que le texte a été formaté en utilisant des formulations plus faciles pour favoriser une compréhension commune et une mise en œuvre standardisée. Les principaux changements dans la classification ont été incorporés dans les instructions de codage de la mortalité.

Les nouveaux concepts ou la nouvelle terminologie de la CIM-11, par exemple la postcoordination ou le codage par regroupement, les instructions "coder aussi" et "utiliser un code supplémentaire si besoin", permettront de saisir les informations supplémentaires figurant sur le certificat de décès. Dans le codage de la mortalité de la CIM-10, le codage des causes multiples, plusieurs règles de modification de l'étape M4, ou certains drapeaux utilisés dans les systèmes de codage automatisés ont été utilisés pour capturer les détails rapportés sur le certificat de décès et pour faciliter la sélection précise de la cause initiale. Et en ce sens, on considère que la fonction de postcoordination, etc. a été intégrée dans la pratique du codage de la mortalité de la CIM-10, tandis que dans la CIM-11, les concepts sont plus évidents et plusieurs nouvelles instructions ont été ajoutées pour informer sur la manière d'appliquer ces nouveaux concepts (voir la partie 2 de ce guide de référence).

Le tableau suivant, utilisé à l'étape M1 pour le codage des complications du diabète sucré, est fourni à titre facultatif. Cette liste n'est pas une liste complète des complications possibles du diabète sucré. Elle n'est pas destinée à être mise à jour mais à être conservée pour les utilisateurs intéressés par la cohérence entre le codage de la CIM-10 et celui de la CIM-11.

Point de départ provisoire complication diabétique dans la CIM-11	Si on le souhaite, la postcoordination peut être utilisée pour préciser une complication du diabète sucré.
	avec la mention de :
(coma)	<i>MB20.1 Coma</i>
(acidocétose)	<i>5C73 Acidose</i> <i>5C50.G Triméthylaminurie</i>
	<i>MA18.Y Autres résultats anormaux précisés de la chimie du sang]</i> .
(complications rénales)	<i>GB40-GB4Z Glomérulopathies</i> <i>GB61 Maladie rénale chronique</i> <i>GB6Z Insuffisance rénale, sans précision</i> <i>MF54.0 Rein scléreux</i> <i>GB90.4Z Troubles de la fonction tubulaire rénale, sans précision</i>

(complications ophtalmiques)	<p><i>9A96.Z Uvéite antérieure, sans précision</i></p> <p><i>9B10.Z Cataracte, sans précision</i></p> <p><i>9B65.2 Inflammation chorio-rétinienne</i></p> <p><i>9B78.1 Autres rétinopathies et altérations vasculaires rétiniennes</i></p> <p><i>9B78.2 Autres rétinopathies proliférantes</i></p> <p><i>9B7Z Affections de la rétine, sans précision</i></p>
(complications neurologiques)	<p><i>8C12 Certaines mononeuropathies précisées</i></p> <p><i>8C1Z Mononeuropathie de localisation non précisée .</i></p> <p><i>8C0Z Polyneuropathie, sans précision</i></p> <p><i>8C4Y Autres affections des nerfs, des racines ou des plexus</i></p> <p><i>8C7Y Autres affections musculaires primitives</i></p> <p><i>8D8Z Affections du système nerveux autonome, sans précision</i></p>
(complications circulatoires périphériques)	<p><i>BD40.0 Athérosclérose des membres inférieurs</i></p> <p><i>BD4Z Maladie occlusive artérielle chronique, sans précision</i></p> <p><i>EE80.1 Nécrobiose lipoidique</i></p> <p><i>MC85 Gangrène</i></p>
(autres complications spécifiées)	<p><i>ME60.2 Ulcérations de la peau de nature incertaine</i></p> <p><i>FA2Z Arthropathies inflammatoires, sans précision</i></p> <p><i>MG30.5Z Douleur neuropathique chronique, sans précision</i></p> <p>lorsqu'il est signalé comme la cause de :</p>
(coma)	<i>MB20.1 Coma</i>
(complications ophtalmiques)	<p><i>9C81.Z Paralysies des nerfs moteurs oculaires, sans précision</i></p> <p><i>9D90 Déficience visuelle incluant la cécité</i></p>
(complications neurologiques)	<p><i>8E7Y Autres maladies précisées du système nerveux</i></p> <p><i>DA7Z Maladies de l'estomac ou du duodénum, sans précision</i></p>

(complications circulatoires
périphériques)

(autres complications spécifiées)

1A40 Gastroentérite ou colite sans identification de l'agent infectieux

1G40-1G41 Sepsis

1C41 Infection bactérienne de localisation non précisée

1F28 Dermatophytose

1F2D Dermatomycoses superficielles non-associées aux dermatophytes

1F23 Candidose

3B20 Coagulation intravasculaire disséminée

5A41 Hypoglycémie sans diabète associé

5C80.00 Hypercholestérolémie primaire

5C80.1 Hypertriglycémie

5C80.2 Hyperlipidémie mixte

5C80.Z Hyperlipoprotéïnémie, sans précision

5C76 Hyperkaliémie

5D2Z Troubles métaboliques, sans précision

8A42.Y Autres encéphalomyélite aigüe disséminée

8A42.Z Encéphalomyélite aigüe disséminée, sans précision

BA00.Z Hypertension essentielle, sans précision

BA01 Cardiopathie hypertensive

BA40-BA6Z Cardiopathies ischémiques

BB40-BB4Z Endocardite aigüe ou subaigüe

BC0Z Maladies des valves cardiaques, sans précision

BC43.0Z Cardiomyopathie dilatée, sans précision

BC43.Z Cardiomyopathie, sans précision

BC81.3 Fibrillation auriculaire

BC81.20 Tachycardie par macro-réentrée dans l'isthme cavotricuspide

BC81.2Z Tachycardie auriculaire par macro-réentrée, sans précision

BC60 Dépolarisation auriculaire prématurée

BC61 Dépolarisation jonctionnelle prématurée

BC70 Dépolarisation ventriculaire prématurée

BC71.1 Fibrillation ventriculaire

BC80.20 Syndrome de dysfonctionnement sinusal

BC9Y Autres arythmies cardiaques

BC9Z Arythmie cardiaque, sans précision

BD10-BD1Z Insuffisance cardiaque

BE2Z Maladies de l'appareil circulatoire, sans précision

8B00 Hémorragie intracérébrale

8B02 Hémorragie sous-durale non traumatique

8B03 Hémorragie extradurale non traumatique

8B0Z Hémorragie intracrânienne, sans précision

8B11 Infarctus cérébral

8B20 Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou ischémique

8B22.Y Autre maladie cérébrovasculaire précisée

8B2Z Maladies cérébrovasculaires, sans précision

8B25.1 Effets tardifs d'hémorragie intracérébrale

8B25.3 Effets tardifs d'autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques

8B25.0 Effets tardifs d'un infarctus cérébral

8B25.4 Effets tardifs d'un accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus

8B25 Effets tardifs de maladies cérébrovasculaires

8D40.1 Neuropathie due à une carence nutritionnelle

8D40.2 Myopathie due à une carence nutritionnelle

8D40.Y Autres troubles neurologiques dus à une carence nutritionnelle

8D40.Z Troubles neurologiques dus à une carence nutritionnelle, sans précision

BD30.20 Occlusion artérielle thromboembolique aiguë du membre inférieur

BD30.0 Occlusion artérielle aiguë du membre supérieur

BD30.2 Occlusion artérielle aiguë du membre inférieur

BD70 Thrombophlébite superficielle

BD72 Thromboembolie veineuse

CA40.1 Pneumonie virale

CA40 Pneumonie

DA60-DA63.Z Ulcère de l'estomac ou du duodénum

ME24.Y Autres manifestations cliniques relatives au système digestif

1B70.3 Lymphangite bactérienne ascendante

1B70.Y Cellulite bactérienne, érysipèle ou lymphangite due à d'autres agents bactériens précisés

1B70.Z Cellulite bactérienne, érysipèle ou lymphangite due à un agent bactérien non précisé

EB21 Pyodermite gangreneuse

EA3Z Trouble cutané non spécifié attribuable à une infection virale].

EA89 Dermatite exémateuse généralisée de type non précisé

EH90 Ulcère de décubitus et zone de pression

FA26.2 Chondrocalcinose

1B71 Fasciite nécrosante

GC08.Z Infection des voies urinaires, localisation et agent infectieux non précisés

3.7 Innovation dans le codage de la morbidité dans la CIM-11

Présent à l'admission

L'inclusion des nouveaux codes d'extension dans la CIM-11 permet de coder les informations qualificatives des codes racine liés. Parmi les nouvelles caractéristiques de qualification figure la caractéristique particulièrement importante d'affichage du statut qui permet de distinguer les diagnostics présents à l'admission des diagnostics apparus après le début du séjour à l'hôpital.

3.8 Section de fonctionnement

Une section facultative sur le fonctionnement a été intégrée à la CIM-11 pour permettre la classification et la mesure de l'impact des affections de santé pour le fonctionnement. Pour plus d'informations, voir la section [1.1.6.2](#).

Dans l'ensemble, le lien entre la CIM-11 et la CIF peut aider dans les cas d'utilisation suivants :

- évaluation pour la médecine générale (par exemple, évaluation de la capacité de travail)
- évaluation pour les prestations sociales (par exemple, la pension d'invalidité)
- à des fins de paiement ou de remboursement
- évaluation des besoins (par exemple pour la réadaptation, l'assistance professionnelle, les soins de longue durée)
- évaluation des résultats des interventions

Partout où un rapport de *fonctionnement* complet est souhaité et requis, l'ICF doit être utilisé.

3.9 Caractéristiques générales de la CIM-11

La principale innovation structurelle de la CIM-11 est qu'elle est construite sur une fondation (composante de base) à partir de laquelle la liste tabulaire peut être dérivée. La liste tabulaire de référence internationale est la classification statistique de la morbidité et de la mortalité. En raison de l'ajout d'une fondation et de la conception électronique de la CIM-11, il a fallu introduire une nouvelle terminologie qui n'avait pas été utilisée dans les versions précédentes de la CIM. (Voir la section [2.13](#) pour plus d'informations).

Pour plus de détails sur la terminologie de la CIM-11, voir la section [1.1.6.1 Utilisation intégrée des terminologies](#).

3.10 Affections de la médecine traditionnelle - Module 1 (MT1)

Une grande proportion de la population mondiale utilise une forme de médecine traditionnelle. Cependant, les données et informations standardisées sur l'état de santé de ces utilisateurs restent largement absentes des collectes de données sanitaires nationales et internationales. L'utilisation des thérapies de médecine complémentaire et alternative (MCA) est devenue une énorme industrie et devrait se développer. En raison de ce manque d'informations sur la MT et de la taille de l'industrie, des ressources ont été investies dans la création d'un outil de classification pour permettre la collecte et l'analyse des données.

Le chapitre supplémentaire de la CIM-11 sur les troubles et les présentations de la médecine traditionnelle est conçu pour être intégré au codage des cas simultanément avec les concepts de la médecine occidentale des chapitres 1 à 25 de la CIM.

Comme les autres chapitres de la CIM, le chapitre MT1 est un outil de classification, de diagnostic, de comptage, de communication et de comparaison des affections de MT, il aidera également la recherche et l'évaluation à évaluer la sécurité et l'efficacité de la MT. Ce chapitre ne juge pas la pratique de la MT ou l'efficacité de toute intervention de MT.

Ce chapitre ne doit pas être utilisé pour le codage de la mortalité.

3.11 Préparatifs de la onzième révision

En 2003, il devenait évident pour l'OMS et les centres collaborateurs qu'une nouvelle révision de la CIM ne pouvait être reportée plus longtemps. La portée que pouvaient avoir les développements émergents des mises à jour de la CIM était limitée par la structure de la CIM-10, et certaines questions devaient être développées et discutées plus longuement avec des groupes d'experts. Une réunion spéciale des centres collaborateurs à Helsinki en 2004 a discuté de la nécessité d'une révision et des questions à aborder dans le cadre du processus de révision. La réunion OMS-FCI de 2004 a ensuite adopté un plan de travail pour le processus de révision, qui a été développé progressivement lors des réunions suivantes.

En 2007, l'OMS a officiellement lancé le processus de révision. La supervision a été assurée par un large groupe de pilotage de la révision. Le travail technique a été entrepris par une série de groupes consultatifs techniques, avec des groupes transversaux examinant la mortalité, la morbidité et les questions de qualité et de sécurité. Pour la première fois, un chapitre sur la description des maladies et des modèles de maladies du point de vue de la médecine traditionnelle a été inclus.

Un modèle de contenu, comprenant une gamme de composants pour chaque entité de la CIM, a été développé, donnant une base riche pour la CIM. D'autres classifications et terminologies sont liées ou incluses lorsque cela est possible afin de s'assurer que la CIM est alignée avec elles, et les éléments utilisés dans d'autres membres de la famille des classifications de l'OMS ont été alignés lorsque cela était possible. Une classification statistique plus traditionnelle pour la mortalité et la morbidité est obtenue à partir de la fondation de la CIM-11 sous forme de liste tabulaire. Les codes d'extension sont utilisés pour limiter le volume du contenu mais permettent néanmoins une classification détaillée des entités pathologiques. Des chapitres et sections supplémentaires permettent de saisir, sur une base facultative, des informations sur les diagnostics et le fonctionnement de la médecine traditionnelle. Sur la base des expériences avec la CIM-9 et la CIM-10, un mécanisme de mise à jour a été conçu, qui permet d'améliorer les conseils aux utilisateurs et les mises à jour scientifiques sans compromettre l'utilisation statistique de la classification.

La révision de la CIM-11 s'est déroulée en plusieurs phases. Tout d'abord, une liste de problèmes connus de l'utilisation de la CIM-10 et qui ne pouvaient être résolus dans sa structure de classification, a été établie et des solutions possibles ont été formulées.

Deuxièmement, des contributions ont été reçues de la part de nombreux groupes scientifiques dans les domaines clés, en mettant l'accent sur les perspectives cliniques.

Enfin, une édition centralisée a eu lieu, visant à ajuster les déséquilibres du contenu généré par de multiples groupes d'experts fonctionnant indépendamment dans la phase précédente de la révision, et à garantir que la structure globale est cohérente et utilisable pour les utilisateurs pour les statistiques de mortalité et de morbidité. La version finale a également bénéficié de l'apport des tests sur le terrain, des commentaires des États membres et de la soumission et du traitement continus des propositions.

3.12 Annexe A : Mise à jour et maintenance de la CIM-11

La présente annexe décrit le processus de révision, les cycles de publication et le flux de propositions pour la mise à jour de la CIM-11. Les versions officielles de la classification CIM-11 sont produites annuellement pour une utilisation internationale dans le domaine de la mortalité et de la morbidité (c'est ce qu'on appelle le "navigateur bleu"). En revanche, la fondation de la CIM-11 est mise à jour en permanence. La mise à jour s'effectue à différents niveaux avec des fréquences correspondantes différentes.

La CIM-11 est publiée en versions "stables" quinquennales pour une utilisation internationale (contient des mises à jour qui ont un impact sur la structure à quatre et cinq caractères), sauf lorsque des besoins urgents en santé publique l'exigent autrement. Les versions sont complétées par des identifiants de version qui sont utilisés pour les rapports en conjonction avec les codes. Des tableaux de transition et des documents indiquant les différences sont fournis avec chaque version. Les mises à jour à un niveau plus détaillé que les codes à quatre et cinq caractères peuvent être publiées annuellement. Les petites corrections qui servent à clarifier le sens, l'indexation ou les erreurs, peuvent être communiquées annuellement. Les ajouts à l'index peuvent être effectués de manière continue. Les règles de mortalité et de morbidité seront mises à jour dans des cycles à plus long terme, tous les 10 ans. Tous les pays qui ont mis en œuvre la CIM-11 sont encouragés à adopter les mises à jour afin d'assurer la plus grande standardisation possible des résultats de codage. Si un pays, pour une raison quelconque, ne peut pas mettre en œuvre les mises à jour d'une année donnée, il doit au moins s'assurer que les données rapportées sont conformes à la version la plus récente de la CIM-11.

L'OMS a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la CIM et ses différentes versions et éditions. Toutefois, la CIM est distribuée sans aucune garantie, explicite ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation de la CIM incombe à l'utilisateur. En aucun cas, l'OMS ne peut être tenue responsable des dommages résultant de son utilisation. L'éditeur d'informations codées selon la CIM est tenu de veiller à l'utilisation correcte de la CIM et de présenter clairement la méthodologie de collecte des données et les mécanismes qui ont été utilisés pour modifier les données originales afin d'indiquer la comparabilité des résultats présentés. Pour les données de mortalité, aucune déviation de la méthodologie indiquée dans la CIM n'est autorisée.

Pour des informations sur la taxonomie et la structuration, voir [1.2](#).

A.6 Contexte

La mise à jour de la CIM-11 permet de s'assurer que la CIM répond aux besoins des utilisateurs en matière de contenu et de terminologie.

Les mises à jour et les décisions suivent les principes énoncés dans la section [1.2.1 Taxonomie](#).

Les mises à jour comprennent des modifications des chapitres 01-24 de la CIM, du chapitre supplémentaire pour les affections liées à la médecine traditionnelle (y compris le développement de modules supplémentaires), de la section supplémentaire pour l'évaluation du fonctionnement, des codes d'extension, des vues spéciales et des listes de tabulation spéciales, des éléments de la fondation de la CIM, ainsi que des modifications du guide de référence.

Toutes les propositions sont saisies sur une plateforme de maintenance en ligne, pour vérification de l'exhaustivité, discussion et édition. La plateforme fournit l'infrastructure nécessaire pour transmettre les propositions aux personnes chargées de la révision et aux experts, et pour fournir un retour aux auteurs originaux. La plateforme de maintenance publie également le résultat final de la proposition qui a été saisie dans la plateforme de maintenance et qui fait désormais partie de la CIM. Tout utilisateur individuel de la classification peut soumettre une proposition de mise à jour de la CIM. Ces mises à jour peuvent concerner une ou plusieurs entités de la CIM. Elles peuvent porter sur la position des entités dans une liste tabulaire, dans la fondation et dans tout élément du modèle de contenu. La plateforme de maintenance de la CIM-11 (connue sous le nom de "navigateur orange") est utilisée pour les propositions et les commentaires. Toute contribution à la CIM-11 et à ses composants nécessite un référencement correct des sources, des détails sur les preuves scientifiques et l'autorisation du propriétaire de tout matériel protégé par droit d'auteur (le cas échéant).

Les propositions seront examinées par des experts scientifiques et des experts en classification. La décision concernant le résultat d'une proposition particulière sera basée sur les recommandations de ces experts.

Un processus de travail entre un groupe de référence sur la mortalité (*MRG*) et un groupe de référence sur la morbidité (*MbRG*), un comité consultatif scientifique médical (*MSAC*) et le comité consultatif sur la classification et les statistiques (*CSAC*), qui supervise l'ensemble et s'assure que tous les aspects concernant une proposition soient pris en compte. L'examen de la synthèse par des experts en classification garantit l'adéquation des changements proposés aux divers cas d'usage de la CIM.

Le processus est basé sur le consensus des membres du *CSAC* au sujet d'un changement proposé. Tous les cycles de modification seront traités par le biais de la plateforme électronique. Lorsqu'un consensus ne peut être atteint, la proposition peut soit être reportée à des cycles de modification ultérieurs en attendant l'arbitrage de l'OMS, soit être résolue lors d'une réunion en face à face des experts en classification et en contenu. Dans tous les autres cas, une recommandation consensuelle est remise à l'OMS pour la décision finale.

Toutes les propositions de changement doivent être soumises par le biais du mécanisme de proposition afin de garantir un examen clair et transparent du contenu proposé. Les différents types de propositions qui peuvent évoluer par un processus de travail afin de la cohérence, l'intégrité structurelle et l'exactitude scientifique de la classification. Les différents processus de travail garantissent une utilisation appropriée des ressources disponibles du réseau de la Famille des classifications internationales de l'OMS (OMS-FCI) et

de l'OMS. Toutes les modifications sont signalées. Plusieurs étapes peuvent être nécessaires pour la vérification des mises à jour.

A.7 Cycle de mise à jour

Les mises à jour s'effectuent à différents niveaux avec des fréquences différentes. Cela permet de garder une stabilité pour la mortalité et de permettre des mises à jour plus rapides pour l'utilisation de la morbidité.

- Les mises à jour qui ont un impact sur les rapports internationaux (la structure à quatre et cinq caractères des codes racine) seront publiées tous les cinq ans.
- Des mises à jour à un niveau plus détaillé peuvent être publiées à un rythme annuel et, selon les besoins des modifications cliniques, également deux fois par an.
- Les ajouts à l'index peuvent se faire de manière continue.
- Les règles de mortalité et de morbidité seront mises à jour selon un cycle de 10 ans.
- D'autres mises à jour du guide de référence peuvent être publiées à un rythme annuel.

A.7.1 Types de propositions pour la maintenance de la CIM-11 SMM

Après avoir examiné les types de propositions et les critères établis de la CIM-10 et ceux utilisés jusqu'à présent lors de la révision de la CIM-11, en tenant compte des besoins de la CIM-11, les types de propositions suivants pour la CIM-11 sont proposés (voir le tableau ci-dessous pour l'impact sur les statistiques de morbidité et de mortalité (SMM)).

- **Ajouter une nouvelle entité :**
 - pour ajouter une entité "sous le seuil" (devenant une entrée d'index dans la SMM)
 - pour ajouter une entité "au-dessus du seuil" (qui devient une catégorie dans la SMM)
- **Supprimer une entité :**
 - applicable à une entité située sous le seuil (suppression d'un terme d'indexation de la SMM)
 - applicable à une entité au-dessus du seuil (suppression d'une catégorie de la SMM)
- **Changement de statut de codage :**
 - déplacer quelque chose de l'index vers la SMM (par exemple en lui donnant un code individuel), ou déplacer quelque chose de la SMM vers l'index (par exemple en éliminant le code individuel et en le dirigeant ailleurs)
- **Amélioration du contenu**, y compris les sous-types suivants :
 - Changement de terme préféré (titre) (Les modifications apportées à un code qui affectent la signification de ce code ne sont pas autorisées et ne seront pas acceptées. Si un concept est obsolète et doit être mis à jour, ou si un nouveau

concept est nécessaire, les types de proposition attendus de supprimer une entité ou d'ajouter une nouvelle entité, ou les deux, doivent être utilisés).

- Ajout / Suppression d'un synonyme
- Ajout / Suppression d'une exclusion
- Changement de description (Définition)
- Modification des informations supplémentaires (définition longue)
- Correction de l'orthographe ou de la grammaire (dans n'importe quel domaine)
- Ajout / Suppression d'une combinaison de postcoordination obligatoire de codes racine
- Ajout / Suppression du contenu de la rubrique de l'entité (ne permet pas de modifier le sens)
- **Changement structurel**, y compris les sous-types suivants :
 - Modifier un lien de parent primaire
 - Modifier un lien de parent secondaire
- **Modification du guide de référence applicable** à tout texte du Guide de référence de la CIM-11, y compris les règles de codage et les valeurs par défaut, etc. Les sous-types incluent :
 - Correction de l'orthographe ou de la grammaire
 - Clarification d'une règle
 - Modification d'une règle (qui affecte l'intégrité des données), y compris la modification d'un indice de codage
- Propositions de clarification qui ne nécessitent pas de modification de la classification
- Correction d'une incohérence entre les volumes

Idéalement, chaque proposition précisera si elle concerne la fondation ou une classification, y compris s'il s'agit d'une modification clinique nationale ou d'une linéarisation de spécialité. Des cases à cocher dans les propositions permettront d'indiquer le champ d'application.

Tous les auteurs ne seront pas familiers avec ces distinctions. Par défaut, on peut supposer que la proposition se rapporte à la CIM-11 SMM, sauf indication contraire. Quoi qu'il en soit, le CSAC devra déterminer si l'élément, une fois accepté, sera "au-dessus ou au-dessous du seuil" dans la CIM-11 SMM.

Toutes les propositions ne nécessiteront pas le même niveau d'examen, car chacune d'entre elles pourra être examinée dans le contexte de son impact sur la classification statistique et de l'intérêt d'une classification scientifiquement précise et actualisée. Une "voie accélérée" pour examiner les mises à jour urgentes, telles que les modifications cliniques nationales, sera mise en place si nécessaire. Des critères et un processus de travail spécifique existent pour chaque "voie" utilisée pour les propositions.

Tableau 1 : Aperçu des types de propositions de maintenance de la CIM-11 et de leur impact potentiel sur les données collectées par la SMM. La liste *n'*implique *pas* une hiérarchie de priorité. "X" signifie "s'applique".

Type de proposition	Majeure	Mineure	Aucune
Ajouter une nouvelle entité	X	X	
Supprimer l'entité (+)	X		
Changement de statut de codage		X	
Amélioration du contenu			
Changement de terme préférentiel (titre)	X	X	X
Ajout/suppression d'un synonyme		X	
Ajout/suppression d'une exclusion		X	
Changement de description	X	X	X
Modification des informations supplémentaires (description longue - hors OMS)			X
Correction d'une faute de frappe (dans n'importe quel domaine)			X
Ajout/suppression de la combinaison obligatoire de codes racine en postcoordination	X		
Ajout/suppression du contenu de la rubrique de l'entité - pas de changement de signification			X
Changement structurel			
Changer un parent principal	X		
Changer un parent secondaire			X
Modification du guide de référence			
Correction d'une faute de frappe			X
Clarification d'une règle			X
Modification d'une règle (qui affecte l'intégrité des données), y compris la modification d'un indice de codage	X		

(+) Les erreurs sont supprimées ; les termes et entités obsolètes ne sont pas supprimés car ils aident à la cartographie et à la codification et peuvent encore être utilisés.

Tableau 2 : Groupes responsables de la gestion des changements potentiels.

Type de proposition	CSAC	MSAC	MRG	MbRG	FDGRG ou TM
Ajouter une nouvelle entité	X	X	X	X	X+
Supprimer l'entité (+)	X	X	X	X	X+
Changement de statut de codage	X	X	X	X	
Amélioration du contenu					
Changement de terme préférentiel (titre)	X	(X)			X+
Ajout/suppression d'un synonyme**					X+
Ajout/suppression d'une exclusion**					
Changement de description	X	X	X	X	X+
Modification des informations supplémentaires (description longue - hors OMS)		(X)			X+
Correction d'une faute de frappe (dans n'importe quel domaine) **.					
Ajout/suppression de la combinaison obligatoire de codes racine en postcoordination	X		X	X	
Changement structurel					
Changer un parent principal	X	(X)	X	X	X+
Changer un parent secondaire	X	X			
Modification du guide de référence					
Correction d'une faute de frappe**					
Clarification d'une règle	X		X	X	X+
Modification d'une règle (qui affecte l'intégrité des données), y compris la modification d'un indice de codage	X	(X)	X+	X+	X+

(+) les erreurs sont supprimées ; les termes et entités obsolètes ne sont pas supprimés car ils aident à la cartographie et à la codification et peuvent encore être utilisés. (X) ne s'applique que dans des situations particulières. X+ ne s'applique que pour le cas d'usage spécifique. ** Équipe de l'OMS

A.8 Complétude de la proposition

Toute personne peut soumettre une proposition de mise à jour de la CIM. Les propositions doivent être fournies sous la forme d'une brève explication (environ 500 mots) avec des

références à la littérature et aux preuves sous-jacentes (publications dans des revues à comité de lecture, ou dans des réunions officielles de l'OMS, de son CC ou d'une ONG en relations officielles). La proposition doit également visualiser les changements de position et aborder l'impact potentiel sur les entités extérieures à la proposition.

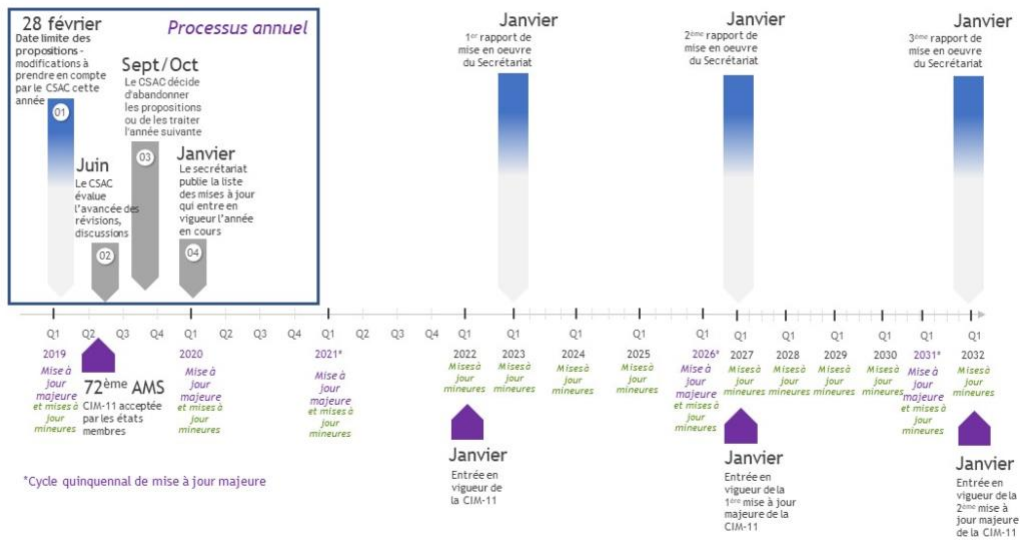
- L'auteur doit s'inscrire avec son nom complet et son affiliation et déclarer tout conflit d'intérêt éventuel.
- Toutes les propositions doivent avoir une justification clairement écrite et convaincante, avec des citations pour établir des propositions fondées sur des preuves.
- Les propositions qui suggèrent d'ajouter des entités doivent avoir une description de l'entité. Cela garantit l'emplacement correct dans la fondation. La justification doit avoir un fondement scientifique, avec des références à des publications dans des revues à comité de lecture, ou dans des réunions officielles de l'OMS, de son CC ou d'une ONG en relations officielles.
- Les propositions de nouveaux codes doivent inclure des informations sur la manière dont le cas serait codé si le nouveau code proposé n'est pas accepté.
- Les propositions ayant un impact sur les statistiques doivent inclure une description ou une analyse de l'impact comme la fréquence.
- Les propositions suggérant des changements de règles doivent être accompagnées d'une analyse d'impact.
- Une proposition incomplète sera renvoyée à son auteur.
- Le mécanisme de proposition ne permettra pas de soumettre des propositions sans justification ou avec une description ou une définition manquante, adéquate pour traiter la proposition.

A.9 Calendrier des propositions

Les propositions peuvent être soumises à tout moment. Les propositions sans impact sont traitées en continue. Les propositions nécessitant un examen par l'un des groupes et comités impliqués dans le processus de travail, sont regroupées tous les 28 février de chaque année et intégrées dans le processus de travail nécessaire.

Les propositions sont traitées en parallèle par les groupes concernés. Les commentaires formels sont fournis en deux étapes (deux mois, un mois) - offrant la possibilité d'effectuer des révisions entre les deux. La décision finale concernant l'acceptation, le rejet ou la "poursuite de la discussion" est prise lors d'une téléconférence du CSAC à l'occasion de la réunion annuelle de l'OMS-FCI en octobre de chaque année. Les versions officielles sont publiées fin septembre pour une validité selon le cycle de mise à jour du type de proposition, les plus précoces étant les propositions d'adoption en janvier de l'année suivante (minimum six mois pour la traduction, trois mois pour la diffusion officielle, par exemple pour les détails cliniques, les parents secondaires ou les synonymes).

Programme de révision et de publication de la version internationale de la CIM-11



Délais de proposition et de publication

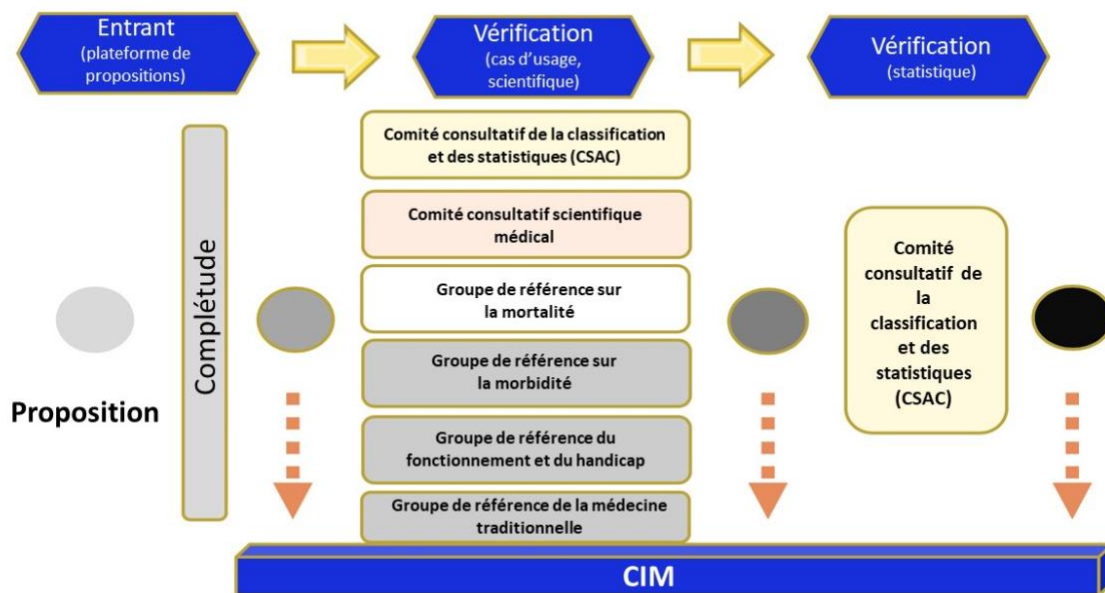
A.10 Processus de proposition

La maintenance de la CIM est un processus qui nécessite une large expertise en statistiques et en sciences médicales et dans différents cas d'usage. Il a déjà été établi que la structure associée à la mise à jour et à la maintenance de la CIM sera révisée en fonction des nouvelles exigences et de l'utilisation efficace de ressources limitées. La figure ci-dessous montre le flux par lequel les propositions reçues par la plateforme de mise à jour pourraient passer par les groupes d'experts pour être examinées et recommandées à l'OMS. Un "trialoge des propositions" examinera d'abord toutes les propositions reçues pour s'assurer qu'elles sont complètes et ont été soumises correctement. Les propositions suivront ensuite les étapes appropriées suivantes. Ce triage peut identifier des propositions qui peuvent ou doivent être traitées selon un processus accéléré, par exemple en raison du type de proposition ou en cas d'extrême urgence. La typologie proposée des propositions peut aider à identifier l'impact sur la classification qui, à son tour, indiquera si la proposition apporte une amélioration ou une clarification qui peut être mise en œuvre sur une base permanente, ou si le changement doit être mis en file d'attente pour être mis en œuvre lors du cycle de mise à jour. Le seuil de prise en compte des propositions à la fondation est bas, ce qui permet d'établir des règles simples pour identifier ce qui est "recevable/applicable", à savoir que si la proposition est complète et correcte, elle peut être prise en compte. La prise en considération ne garantit pas l'acceptation.

Le CSAC est composé de :

- Les centres collaborateurs de l'OMS-FCI et les représentants techniques officiellement nommés des États membres de l'OMS. Les participants et les observateurs ont des connaissances et une expertise spécifique dans les classifications.
- Deux coprésidents de chaque groupe de référence (Groupe de référence sur la mortalité (*MRG*), Groupe de référence sur la morbidité (*MbRG*) et Groupe de référence sur le fonctionnement et le handicap (*FDRG*), Groupe de médecine traditionnelle (*TMRG*) ainsi que deux coprésidents du Comité consultatif médical et scientifique (*MSAC*) sont également inclus d'office, avec le droit de commenter mais sans droit de vote.
- Des experts supplémentaires peuvent être invités à participer aux réunions du *CSAC* pour commenter des points spécifiques.

Toutes les décisions sont basées sur le consensus. Les termes de référence des groupes de travail sont inclus dans le document qui décrit la [conduite du réseau de la famille des classifications internationales de l'OMS](#).



Processus de travail des propositions

Proposition de processus de travail voir [Conduite du réseau OMS-FCI"] pour le mandat et la gouvernance des différents groupes.

Petit groupe CSAC

Ce groupe est composé des coprésidents et secrétariats du *CSAC*, du personnel de l'OMS et d'experts sélectionnés par l'OMS.

Le petit groupe de la *CSAC* examine chaque proposition et détermine si la proposition est prête à être examinée par l'ensemble de la *CSAC*. Le petit groupe fait également une recommandation par consensus quant à l'acceptation ou au rejet de la proposition. Si une proposition nécessite plus d'informations ou est incomplète, le petit groupe du *CSAC* peut demander des conseils supplémentaires au *MSAC* ou à d'autres comités et groupes de référence (*C&RG*) ou renvoyer la proposition à son auteur. Parfois, le petit groupe *CSAC*, le *MSAC* et/ou un *C&RG* font une recommandation de modification de la proposition originale, et celle-ci est enregistrée dans la section des commentaires publics de la proposition par le secrétariat du groupe. Ces commentaires et les modifications proposées sont ensuite examinés par l'ensemble du *CSAC*.

Lorsqu'une proposition est prête à être examinée par l'ensemble du *CSAC*, le secrétariat du *CSAC* enregistre la recommandation du petit groupe du *CSAC*, ainsi que toute modification suggérée et les raisons de celle-ci, dans la section des commentaires publics de la proposition et attribue à la proposition le statut de " vote *CSAC* ". Les membres du *CSAC* peuvent alors indiquer leur accord et/ou leur commentaire sur la proposition, telle que modifiée par le petit groupe du *CSAC*, le cas échéant.

A.11 Modifications qui ne peuvent être effectuées au cours du processus normal de mise à jour

Les changements qui créent de nouvelles structures qui entrent en conflit avec la structure existante ou le codage d'une révision en cours ne peuvent être effectués que dans le cadre d'une nouvelle révision de la CIM et ils comprennent :

1. Modification d'un code existant d'une catégorie
2. Changement d'un regroupement existant en une catégorie s'il a des enfants dans la linéarisation (Autoriser ceci obligerait à changer les codes enfants, donc ce n'est pas autorisé).
3. Changement d'une catégorie existante en un groupement si elle a des codes enfants dans la linéarisation (même chose que ci-dessus)
4. Insertion d'une catégorie entre deux catégories paires existantes. Les catégories d'une fratrie existante doivent être insérées à la fin, avant les codes résiduels.
5. Impossibilité de passer à un nouvel ordre, quel qu'il soit, car l'ordre sera basé sur les codes qui ne changeront pas.
6. Retrait d'une entité qui contient des enfants qui ne sont pas retirés et la remplacer par une autre entité qui contient les anciens enfants. (Ce n'est pas possible car la nouvelle entité ne peut pas garder le même code que celle qui a été retirée et si nous donnons un nouveau code, celui-ci ne sera pas compatible avec les enfants).
7. Déplacement d'une catégorie existante d'une manière qui impliquerait de changer son code. Par exemple, on ne peut pas déplacer la catégorie 2B01.2 qui se trouve sous 2B01 en tant qu'enfant de 2B00.

Pour le chapitre X "Codes d'extension", la seule limitation est en numéro 1 ci-dessus. Tout autre changement pourrait être effectué car les codes du chapitre X ne sont pas basés sur leur emplacement hiérarchique.

3.12.1 Applicabilité et propriété intellectuelle

Le paragraphe suivant présente un extrait de certains des règlements juridiques relatifs à la CIM. Il est à noter que ce texte ne préjuge en rien de la formulation de tout arrangement juridique conclu entre l'OMS et les autres parties concernées. La version officielle faisant foi de la licence CIM est disponible sur <https://icd.who.int/en>.

La CIM est la propriété intellectuelle de l'OMS et les modifications apportées à la CIM sont soumises à des accords contractuels et à l'approbation du mécanisme de mise à jour.

La CIM-11 est sous *licence Creative Commons Attribution-NoDerivs 3.0 IGO (CC BY-ND 3.0 IGO*, ou la "Licence CIM-11", disponible sur <https://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/igo/>). Selon les termes de la Licence, vous n'êtes PAS autorisé à faire des "adaptations" de la CIM-11, telles que définies dans la Licence. À cet égard, et sans limiter autrement les termes de la Licence CIM-11, l'OMS apporte les précisions suivantes :

- Afin d'éviter la dilution de l'objectif de la CIM de fournir une norme définitive pour l'identification des informations de santé, ni les Documents sous Licence, ni aucune partie de ceux-ci, ne peuvent être utilisés dans le but de développer ou de promulguer une norme différente.
- L'OMS ne considère pas l'incorporation de la CIM-11 dans un produit logiciel comme une "adaptation", à condition que vous ne fassiez aucune des modifications suivantes :
 - a. Reproduire la CIM-11 en partie ou en totalité et la distribuer sous un autre nom ou sans attribution ;
 - b. Reproduire et distribuer la CIM-11 en partie ou en totalité sans les codes CIM-11 ;
 - c. Reproduire la CIM-11 en partie ou en totalité sans les URI de la CIM-11 ;
ou
 - d. Reproduire et distribuer la CIM-11, en partie ou en totalité, avec toute combinaison de a à c citées ci-dessus.
- Les correspondances ou les croisements entre d'autres classifications et terminologies et la CIM-11 ne sont pas couverts par la licence CIM-11 et font l'objet d'un accord écrit distinct de l'OMS.
- L'ajout de champs de données aux concepts de la CIM-11 est autorisé si ces ajouts sont clairement identifiés comme des ajouts qui ne proviennent pas de l'OMS.
- Les services Web de codage et de navigation dans la CIM et d'autres logiciels sont disponibles dans le cadre d'une licence libre de droits non exclusive, non transférable et non cessible permettant d'utiliser et d'incorporer le logiciel de la CIM-11 dans des applications ou des systèmes informatiques (la "licence de logiciel"). Ces applications ou systèmes informatiques incorporant le logiciel CIM-11, peuvent être concédés sous licence aux utilisateurs à des fins commerciales et non commerciales. Les utilisateurs

n'ont pas le droit de vendre ou de concéder sous licence le logiciel CIM-11 en tant que produit autonome. Pour éviter toute ambiguïté, le logiciel CIM-11 n'est pas concédé sous la licence Creative Commons pour la CIM-11 décrite dans la section 1, ci-dessus.

La CIM peut être traduite dans n'importe quelle langue. Pour la traduction, les parties intéressées (le traducteur) sont priées de contacter l'OMS, de se conformer aux règlements et de recevoir une autorisation écrite dans un contrat officiel. Habituellement, les droits de traduction ne sont accordés qu'aux ministères de la santé.

Les traductions dans les langues des Nations Unies sont un produit de l'OMS et tous les droits sont dévolus à l'OMS. Les traductions dans d'autres langues sont un produit du traducteur.

Le traducteur utilisera la plateforme de traduction de l'OMS, ce qui permettra à l'OMS de vérifier l'exactitude et l'exhaustivité de la traduction.

L'OMS se voit automatiquement accorder un droit pérenne et irrévocable, non exclusif, mondial, libre de droits et pouvant faire l'objet d'une sous-licence, d'utiliser, de modifier, d'adapter, de traduire, de publier et de diffuser ce produit de n'importe quelle manière et dans n'importe quel format en liaison avec le travail de l'OMS.

Dans certains cas, les utilisateurs déterminent la nécessité de modifier certaines parties de la CIM afin de produire une version spéciale de la CIM. La production de versions spéciales nécessite un accord contractuel spécifique avec l'OMS. Ces versions seront produites par l'OMS à partir de la plateforme de production de l'OMS.

Toutes les modifications ou suggestions de modifications de la CIM doivent être soumises à la plateforme de maintenance de la CIM de l'OMS (pour plus de détails, voir [3.12 Annexe A : Mise à jour et maintenance de la CIM-11](#)).

Les demandes de production d'une version spéciale seront soumises à la transmission des ressources nécessaires à l'OMS pour générer la version spécialisée.

Aucune publicité ne peut être affichée dans les pages de codage ou de navigation. En cas d'intégration de la classification dans un site web local, ou d'exploitation d'une version locale, un lien vers la page d'accueil de la CIM à l'OMS doit être inclus.

Aucune publicité ou annonce ne peut être affichée dans les versions imprimées de la CIM.

L'idéal serait que les utilisateurs accèdent à la CIM en ligne ou par le biais des services Web fournis par l'OMS. Cela garantira une bonne utilisation conjointe de l'index, du modèle de contenu et des listes tabulaires et facilitera la diffusion des mises à jour, le cas échéant. Tout mécanisme de codage produit par des tiers doit fournir les mêmes résultats de codage que l'outil de codage de référence en ligne.

Pour les enregistrements et les rapports nationaux et internationaux, il convient d'utiliser la version la plus récente de la CIM, comme le stipule le Règlement sur la nomenclature (1967).

Modifications pour le codage de la morbidité

L'utilisation de la CIM dans le contexte spécifique du système de santé d'un pays peut nécessiter des détails qui ne font pas actuellement partie de la CIM-11, par exemple, en raison de contextes spécifiques ou des exigences du système de remboursement. De telles modifications seront soumises au même processus international que toutes les autres modifications apportées à la CIM et feront ensuite partie de la fondation et éventuellement des statistiques de mortalité et de morbidité (SMM), idéalement avant leur mise en œuvre dans le pays demandeur.

Une situation peut se présenter, dans laquelle un gouvernement national ou une institution nationale connexe a besoin d'une modification à mettre en œuvre immédiatement. Dans de telles circonstances, les conflits avec la fondation actuelle doivent être évités, et les modifications jugées pertinentes seront soumises à des mécanismes spéciaux pour le processus de mise à jour international. Tous les pays qui prévoient de produire des modifications doivent prendre des dispositions contractuelles nécessaires avec l'OMS. Cela inclut les règlements concernant la distribution à l'intérieur et à l'extérieur du pays respectif et les ressources nécessaires à l'OMS pour ajouter ces modifications à la fondation.

Pour développer une modification nationale de la CIM-11, les règles suivantes doivent être respectées : 1. Les modifications seront approuvées par les organismes de maintenance de la CIM-11 avant d'être mises en œuvre au niveau national. 2. Les modifications ne doivent pas avoir d'impact sur les statistiques de morbidité et de mortalité, et ne doivent pas entrer en conflit avec la fondation. 3. L'approbation de toutes les modifications sera soumise à la question de savoir si des détails supplémentaires appropriés existent déjà dans la fondation. 4. Si un changement est apporté à la version internationale de la CIM-11, la modification correspondante doit intégrer le changement dès que possible.

Exemple

Le "diabète de type 1" dans la version OMS de la CIM-11 est classé dans la catégorie [5A10](#). Une modification nationale peut nécessiter l'ajout de détails supplémentaires aux codes de la CIM-11. Par exemple, le "diabète de type 1, non contrôlé" pourrait être ajouté comme sous-catégorie à [5A10](#), en tant que 5A10.1 Diabète de type 1, non contrôlé. Cependant, lorsque le mécanisme de postcoordination fournit les détails nécessaires, l'ajout d'une nouvelle sous-catégorie peut ne pas être nécessaire.

3.13 Annexe B : Histoire du développement de la CIM

3.13.1 Début de l'histoire

Sir George Knibbs, l'éminent statisticien australien, attribue à François Bossier de Lacroix (1706-1777), plus connu sous le nom de de Sauvages, la première tentative de classification systématique des maladies (1). Le traité exhaustif de de Sauvages a été publié sous le titre *Nosologia methodica*. Un contemporain de de Sauvages était le grand méthodologiste Linnaeus (1707-1778), auteur de *Genera morborum*, un catalogue des maladies. Plus récemment, Moriyama et al (2) ont fait référence aux prédécesseurs du 16ème siècle et du 17ème siècle, Fernel et Sydenham. Au début du 19e siècle, la classification des maladies la plus généralement utilisée était celle de William Cullen (1710- 1790), d'Edimbourg, qui a été publiée en 1785 sous le titre *Synopsis nosologiae methodicae*.

En pratique, cependant, l'étude statistique des maladies a commencé un siècle plus tôt avec les travaux de John Graunt dans le *London Bills of Mortality* publié en 1662. Le type de classification envisagé par ce pionnier est illustré par sa tentative d'estimer la proportion d'enfants nés vivants qui mouraient avant d'avoir atteint l'âge de six ans, alors qu'aucun registre de l'âge au décès n'était disponible. Il a pris tous les décès et les a classés en utilisant des termes de l'époque, tels que muguet, convulsions, rachitisme, dents et vers, abortifs, chrysomèles, nourrissons et hépatiques. En plus de ceux-ci, il y a ajouté des décès classés comme la variole, la coqueluche, la rougeole et vers sans convulsions. Malgré l'approximation de cette classification, son estimation de 36 % de mortalité avant l'âge de six ans semble, d'après des preuves ultérieures, avoir été bonne. Bien que trois siècles aient contribué à l'exactitude scientifique de la classification des maladies, nombreux sont ceux qui doutent de l'utilité des tentatives de compilation de statistiques sur les maladies, ou même sur les causes de décès, en raison des difficultés de classification. À ceux-là, on peut citer le major Greenwood : "*Le puriste scientifique, qui attendra que les statistiques médicales soient exactes du point de vue nosologique, n'est pas plus sage que le rustique d'Horace qui attend que la rivière s'écoule*" (3).

Heureusement pour les progrès de la médecine préventive, le *General Register Office of England and Wales*, à sa création en 1837, a trouvé en William Farr (1807-1883) - son premier statisticien médical. Farr était un homme qui a non seulement fait le meilleur usage possible des classifications imparfaites des maladies disponibles à l'époque, mais qui a travaillé pour obtenir de meilleures classifications et une uniformité internationale dans leur utilisation.

Farr a découvert que la classification de Cullen était utilisée dans les services publics. Elle n'avait pas été révisée pour tenir compte des progrès des sciences médicales, et il ne la jugeait pas satisfaisante à des fins statistiques. Farr s'est rendu compte que les petits nombres qui résulteraient d'une classification détaillée ne permettraient pas de faire des inférences statistiques. Dans le premier Rapport annuel du Registraire général (4), il a donc discuté des principes qui devraient régir une classification statistique des maladies et a insisté sur l'adoption d'une classification uniforme comme suit :

Les avantages d'une nomenclature statistique uniforme, même imparfaite, sont si évidents qu'il est surprenant qu'on n'ait pas prêté attention à son application dans les tables de mortalité. Chaque maladie a, dans bien des cas, été désignée par trois ou quatre termes, et chaque terme a été appliqué à autant de maladies différentes : des noms vagues et inopportuns ont été employés, ou des complications ont été enregistrées au lieu des maladies primitives. La nomenclature a autant d'importance dans ce département d'enquête que les poids et mesures dans les sciences physiques, et devrait être réglée sans délai.

La nomenclature et la classification statistique ont fait l'objet d'une étude et d'une attention constantes de la part de Farr dans ses "Lettres" annuelles au Registraire général publiées dans les Rapports annuels du Registraire général. Farr a beaucoup fait pour promouvoir sa classification mais n'a pas pu trouver une adhésion générale (4). Cependant, l'utilité d'une classification uniforme des causes de décès a été si fortement reconnue lors du premier Congrès international de statistique, qui s'est tenu à Bruxelles en 1853, que le Congrès a demandé à William Farr et au genevois Marc d'Espine de préparer une classification uniforme des causes de décès applicable au niveau international.

Au congrès suivant, à Paris en 1855, Farr et d'Espine soumettent deux listes distinctes qui reposent sur des principes très différents. La classification de Farr était organisée en cinq groupes : les maladies épidémiques, les maladies constitutionnelles (générales), les maladies locales classées selon le site anatomique, les maladies du développement et les maladies qui sont le résultat direct de violence. D'Espine classait les maladies selon leur nature (goutteux, herpétiques, hématologiques, etc.). Le Congrès adopte une liste de compromis de 139 rubriques. En 1864, cette classification fut révisée à Paris sur la base du modèle de Farr et fut ensuite à nouveau révisée en 1874, 1880 et 1886. Bien que cette classification n'ait jamais été universellement acceptée, l'arrangement général proposé par Farr, y compris le principe de classer les maladies par étiologie puis par site anatomique, a survécu comme base de la Liste internationale des causes de décès.

Fait important, le Congrès de 1855 a également recommandé que chaque pays demande des informations sur les causes de décès au médecin qui a soigné le défunt, et que chaque pays prenne des mesures pour s'assurer que tous les décès sont confirmés par des médecins (4).

3.13.2 Adoption de la Liste internationale des causes de décès

Lors de sa réunion de 1891 à Vienne, l'Institut international de statistique, qui a succédé au Congrès international de statistique, a chargé un comité présidé par Jacques Bertillon (1851-1922), chef des services statistiques de la ville de Paris, de préparer une classification des causes de décès. Le rapport du comité a été présenté et adopté lors de la réunion de l'Institut international de statistique à Chicago en 1893.

Pour les rubriques principales, Bertillon a adopté le site anatomique plutôt que la nature de la maladie, conformément au plan de Farr. La liste de Bertillon comprenait les maladies définies comme les plus indiquées d'être étudiées en raison de leur caractère transmissible ou de leur fréquence d'apparition. Conformément aux instructions du Congrès de Vienne,

Bertillon a inclus trois classifications : une classification abrégée de 44 titres ; une classification de 99 titres ; et une classification de 161 titres. Bertillon a également préparé quelques règles ou instructions sur la résolution de problèmes ; par exemple, comment les statisticiens devraient classer ce qui est écrit sans imputer ce que le médecin a pu vouloir dire (5). La "Classification des causes de décès de Bertillon ", comme on l'a d'abord appelée, a reçu une approbation générale et a été adoptée par plusieurs pays, ainsi que par de nombreuses villes. La classification a été utilisée pour la première fois en Amérique du Nord par Jesus E. Monjaras pour les statistiques de San Luis de Potosi, au Mexique (5). En 1898, l'*American Public Health Association*, lors de sa réunion à Ottawa, au Canada, a recommandé l'adoption de la classification de Bertillon par les registraires du Canada, du Mexique et des États-Unis d'Amérique. L'Association a en outre suggéré que la classification soit révisée tous les dix ans.

Lors de la réunion de l'Institut international de statistique à Christiania en 1899, Bertillon a présenté un rapport sur l'avancement de la classification, y compris les recommandations de l'*American Public Health Association* pour les révisions décennales. L'Institut international de statistique a alors adopté la résolution suivante (6) : L'Institut international de statistique, convaincu de la nécessité d'utiliser des nomenclatures comparables dans les différents pays :

Apprend avec plaisir l'adoption par tous les offices statistiques de l'Amérique du Nord, par certains de ceux de l'Amérique du Sud, et par certains de l'Europe, du système de nomenclature des causes de décès présenté en 1893 ; Insiste vivement pour que ce système de nomenclature soit adopté de principe et sans révision, par tous les instituts statistiques de l'Europe ; Approuve, au moins dans ses grandes lignes, le système de révision décennale proposé par l'*American Public Health Association* à sa session d'Ottawa (1898) ; Exhorte les instituts statistiques qui n'ont pas encore adhéré, à le faire sans délai, et à contribuer à la comparabilité de la nomenclature des causes de décès.

Le gouvernement français a donc réuni à Paris, en août 1900, la première Conférence internationale pour la révision de la liste de Bertillon ou liste internationale des causes de décès. Des délégués de 26 pays ont participé à cette Conférence. Une classification détaillée des causes de décès comprenant 179 groupes et une classification abrégée de 35 groupes ont été adoptées le 21 août 1900. Le besoin de révisions décennales a été reconnu, et le gouvernement français a été prié de convoquer la prochaine réunion en 1910. En réalité, la conférence suivante a eu lieu en 1909, et le gouvernement français a convoqué les conférences suivantes en 1920, 1929 et 1938. Bertillon a continué à être la force motrice de la promotion de la Liste internationale des causes de décès, et les révisions de 1900, 1910 et 1920 ont été réalisées sous sa direction. En tant que secrétaire général de la Conférence internationale, il a envoyé la révision provisoire de 1920 à plus de 500 personnes, en leur demandant des commentaires. Sa mort en 1922 a laissé la Conférence internationale sans guide.

Lors de la session de 1923 de l'Institut international de statistique, Michel Huber, successeur de Bertillon en France, a reconnu ce manque de leadership et a introduit une résolution pour que l'Institut international de statistique renouvelle sa position de 1893 concernant la Classification internationale des causes de décès et coopère avec d'autres organisations internationales en vue des révisions ultérieures. L'organisation sanitaire de la Société des Nations s'est également intéressée activement aux statistiques de l'état civil et a nommé une Commission d'experts en statistique pour étudier la classification des maladies et des causes de décès, ainsi que d'autres problèmes dans le domaine des statistiques médicales. E. Roesle, chef du service de statistique médicale du Bureau de santé allemand et membre de la Commission d'experts en statistique, a préparé une monographie qui énumère l'expansion des rubriques de la Liste internationale des causes de décès de 1920 qui serait nécessaire si la classification devait être utilisée dans la tabulation des statistiques de morbidité. Cette étude minutieuse a été publiée par l'organisation sanitaire de la Société des Nations en 1928 (7). Afin de coordonner les travaux des deux organismes, une "Commission mixte" internationale a été créée, composée d'un nombre égal de représentants de l'Institut international de statistique et de l'organisation sanitaire de la Société des Nations. Cette Commission a rédigé les propositions pour la quatrième (1929) et la cinquième (1938) révisions de la Liste internationale des causes de décès.

3.13.3 La cinquième conférence de révision décennale

La cinquième conférence internationale pour la révision de la liste internationale des causes de décès, comme les précédentes, a été convoquée par le gouvernement français et s'est tenue à Paris en octobre 1938. La Conférence a approuvé trois listes : une liste détaillée de 200 titres, une liste intermédiaire de 87 titres et une liste abrégée de 44 titres. Hormis une mise à jour des listes en fonction des progrès de la science, notamment dans le chapitre sur les maladies infectieuses et parasitaires, et des modifications dans les chapitres sur les affections puerpérales et sur les accidents, la Conférence a apporté le moins de changements possible dans le contenu, le nombre et même la numérotation des articles. Une liste des causes de la mortalité (mortalité) a également été établie et approuvée par la Conférence.

En ce qui concerne la classification des maladies pour les statistiques de morbidité, la Conférence a reconnu le besoin croissant d'une liste correspondante de maladies pour répondre aux besoins statistiques avec des organisations très différentes, telles que les organismes d'assurance maladie, les hôpitaux, les services médicaux militaires, les administrations sanitaires et autres organismes similaires. La résolution suivante a donc été adoptée (8) :

3.13.3.1 Listes internationales de maladies

- Vu l'importance de l'établissement de listes internationales de maladies correspondant aux listes internationales des causes de décès : La Conférence recommande que la commission mixte désignée par l'Institut international de statistique et l'organisation sanitaire de la Société des Nations entreprenne, comme en 1929, la préparation de listes internationales de maladies, en lien avec des experts et des représentants des organisations spécialement intéressées. En attendant l'établissement des listes internationales de maladies, la Conférence recommande que les diverses listes

nationales en usage soient, dans la mesure du possible, alignées sur la Liste internationale détaillée des causes de décès (les numéros des chapitres, rubriques et sous-rubriques de ladite Liste étant indiqués entre parenthèses). La Conférence a en outre recommandé au Gouvernement des États-Unis de poursuivre ses études sur le traitement statistique des causes communes de décès dans la résolution suivante (9) :

- Certificat de décès et sélection des causes de décès lorsque plus d'une cause est indiquée (causes conjointes) La Conférence,
 - Considérant qu'en 1929, le gouvernement des États-Unis a eu la bonté d'entreprendre l'étude des moyens d'unifier les méthodes de sélection de la cause principale de décès à compiler dans les cas où deux causes ou plus sont mentionnées sur le certificat de décès,
 - Et considérant que les nombreuses enquêtes réalisées ou en cours de préparation dans plusieurs pays révèlent l'importance de ce problème, qui n'a pas encore été résolu,
 - Et considérant que, selon ces enquêtes, la comparabilité internationale des taux de décès dus aux différentes maladies exige, non seulement la solution du problème de la sélection de la principale cause de décès compilée, mais aussi la solution de plusieurs autres questions ;
- Remercie chaleureusement le gouvernement des États-Unis pour le travail qu'il a accompli ou promu à cet égard ;
- Demande au gouvernement des États-Unis de poursuivre ses investigations au cours des dix prochaines années, en coopération avec d'autres pays et organisations, sur une base un peu plus large, et
- Suggère que, pour ces futures enquêtes, le gouvernement des États-Unis crée un sous-comité composé de représentants de pays et d'organisations ayant participé aux enquêtes entreprises à ce sujet.

3.13.4 Classifications antérieures des maladies pour les statistiques de morbidité

Dans la discussion menée jusqu'à présent, la classification des maladies a été présentée presque entièrement en relation avec les statistiques sur les causes de décès. Farr, cependant, a reconnu qu'il était souhaitable "d'étendre le même système de nomenclature aux maladies qui, bien que non mortelles, provoquent des incapacités dans la population, et qui figurent maintenant dans les tableaux des maladies des armées, des marines, des hôpitaux, des prisons, des asiles d'aliénés, des institutions publiques de toute sorte et des sociétés savantes de maladie, ainsi que dans le recensement de pays comme l'Irlande, où les maladies de toute la population sont énumérées" (10). Dans son "*Rapport sur la nomenclature et la classification statistique des maladies*", présenté au deuxième Congrès international de statistique, il a donc inclus dans la liste générale des maladies la plupart des maladies qui affectent la santé ainsi que les maladies mortelles. Lors du quatrième congrès international de statistique, qui s'est tenu à Londres en 1860, Florence Nightingale a insisté sur l'adoption de la classification des maladies de Farr pour la compilation de la morbidité

hospitalière dans le document intitulé "*Propositions pour un plan uniforme de statistiques hospitalières*".

Lors de la première conférence internationale de révision de la classification de Bertillon des causes de décès, qui s'est tenue à Paris en 1900, une classification parallèle des maladies destinée à être utilisée dans les statistiques des maladies a été adoptée. Une liste parallèle a également été adoptée lors de la deuxième conférence en 1909. Les catégories supplémentaires pour les maladies non mortelles ont été formées par la subdivision de certaines rubriques de la classification des causes de décès en deux ou trois groupes de maladies, chacun d'eux étant désigné par une lettre. La traduction en anglais de la deuxième révision décennale, publiée par le ministère du Commerce et du Travail des États-Unis en 1910, était intitulée *International Classification of Causes of Sickness and Death*. Des révisions ultérieures ont incorporé certains des groupes dans la Liste internationale détaillée des causes de décès. La quatrième conférence internationale a adopté une classification des maladies qui ne différait de la liste internationale détaillée des causes de décès que par l'ajout d'autres subdivisions de 12 titres. Ces classifications internationales des maladies n'ont toutefois pas été acceptées par tous, car elles n'offraient qu'une extension limitée de la liste de base des causes de décès.

En l'absence d'une classification uniforme des maladies pouvant être utilisée de manière satisfaisante pour les statistiques sur les maladies, de nombreux pays ont jugé nécessaire de préparer leurs propres listes. Un Code standard de morbidité a été préparé par le Conseil fédéral de la santé du Canada et publié en 1936. Les principales subdivisions de ce code représentaient les 18 chapitres de la Révision de 1929 de la Liste internationale des causes de décès, et celles-ci étaient subdivisées en quelque 380 catégories de maladies spécifiques. Lors de la cinquième conférence internationale en 1938, le délégué canadien a présenté une modification de cette liste pour qu'elle soit considérée comme la base d'une liste internationale des causes de maladie. Bien qu'aucune suite n'ait été donnée à cette proposition, la Conférence a adopté la résolution citée ci-dessus.

En 1944, des classifications provisoires des maladies et des blessures ont été publiées au Royaume-Uni et aux États-Unis pour être utilisées dans la tabulation des statistiques de morbidité. Les deux classifications étaient plus étendues que la liste canadienne, mais, comme elle, suivaient l'ordre général des maladies dans la Liste internationale des causes de décès. La classification britannique a été préparée par le Committee on Hospital Morbidity Statistics du Medical Research Council, qui a été créé en janvier 1942. Elle est intitulée "*A provisional classification of diseases and injuries for use in compiling morbidity statistics*" (8). Elle a été préparée dans le but de fournir un schéma de collecte et d'enregistrement des statistiques des patients admis dans les hôpitaux du Royaume-Uni, en utilisant une classification standard des maladies et des blessures, et a été utilisée dans tout le pays par les agences gouvernementales et autres.

Quelques années auparavant, en août 1940, le Surgeon-General du Service de santé publique des États-Unis et le directeur du Bureau du recensement des États-Unis ont publié une liste de maladies et de blessures pour la tabulation des statistiques de morbidité (9). Le code a été préparé par la *Division of Public Health Methods du Public Health Service* en coopération avec un comité de consultants nommés par le Surgeon-General. Le "*Manuel pour le codage*

des causes de maladie selon un code de diagnostic pour la tabulation des statistiques de morbidité", composé du code de diagnostic, d'une liste tabulaire des inclusions et d'un index alphabétique, a été publié en 1944. Le code a été utilisé dans plusieurs hôpitaux, dans un grand nombre de plans d'assurance hospitalière volontaire et de plans de soins médicaux, ainsi que dans des études spécifiques menées par d'autres organismes aux États-Unis.

3.13.5 Comité des États-Unis sur les causes communes de décès

Conformément à la résolution de la Cinquième Conférence internationale, le Secrétaire d'État américain a nommé en 1945 le *United States Committee on Joint Causes of Death*, sous la présidence de Lowell J. Reed, professeur de biostatistique à l'Université Johns Hopkins. Les membres et les consultants de ce comité comprenaient des représentants des gouvernements du Canada et du Royaume-Uni et de la section santé de la Société des Nations. Reconnaissant une tendance, le comité a décidé qu'il serait avantageux de considérer les classifications du point de vue de la morbidité et de la mortalité, puisque le problème des causes conjointes se rapporte aux deux types de statistiques.

La commission a également tenu compte de la partie de la résolution sur les listes internationales des maladies de la précédente Conférence internationale recommandant que les "diverses listes nationales en usage soient, dans la mesure du possible, alignées sur la liste internationale détaillée des causes de décès". Elle reconnaissait que la classification des maladies et des blessures est étroitement liée à la classification des causes de décès. L'opinion selon laquelle ces listes sont fondamentalement différentes provient de la croyance erronée que la Liste internationale est une classification des causes terminales, alors qu'elle est en fait basée sur l'état morbide qui a initié la série d'événements aboutissant finalement au décès. Le comité a estimé que, pour utiliser pleinement les statistiques de morbidité et de mortalité, non seulement la classification des maladies à ces deux fins devrait être comparable, mais si possible, il devrait y avoir une seule liste.

En outre, un nombre croissant d'organisations statistiques utilisaient des dossiers médicaux concernant à la fois la maladie et le décès. Même dans les organisations qui ne compilent que des statistiques de morbidité, les cas suivis de décès ainsi que les cas non suivis de décès devaient être codés. Une liste unique facilite donc grandement leurs opérations de codage. Elle fournit également une base commune pour la comparaison des statistiques de morbidité et de mortalité.

Un sous-comité a donc été nommé, qui a préparé une ébauche d'une proposition de classification statistique des maladies, blessures et causes de décès. Un projet final a été adopté par le comité après avoir été modifié sur la base d'essais entrepris par divers organismes au Canada, au Royaume-Uni et aux États-Unis d'Amérique.

Tableau 1 : *Révisions de la CIM sous l'égide de l'OMS*

Révision	Date d'entrée en vigueur	Année d'adoption de l'AMS
6ème révision	1948	1948 (WHA1.36)
7ème révision	1 Jan 1958	Mai 1956 (WHA9.29)
8ème révision	1 Jan 1968	Mai 1966 (WHA19.44)
9ème révision	1 Jan 1979	Mai 1976 (WHA29.34)
10ème révision	1er janvier 1993	Mai 1990 (WHA43.24)
11ème révision	1er janvier 2022	Mai 2019 (WHA72.15)

3.13.6 Sixième révision des Listes internationales

La Conférence internationale sur la santé, qui s'est tenue à New York en juin et juillet 1946 (11), a confié à la Commission intérimaire de l'Organisation mondiale de la santé la responsabilité de "passer en revue les mécanismes existants et d'entreprendre les travaux préparatoires qui pourraient être nécessaires en ce qui concerne : (i) la prochaine révision décennale des "Listes internationales des causes de décès" (y compris les listes adoptées en vertu de l'Accord international de 1934 relatif aux statistiques des causes de décès) ; et (ii) l'établissement de Listes internationales des causes de morbidité".

Pour assumer cette responsabilité, la Commission intérimaire a nommé le Comité d'experts pour la préparation de la sixième révision décennale des listes internationales des maladies et des causes de décès. Ce Comité, tenant pleinement compte de l'opinion dominante concernant la classification de la morbidité et de la mortalité, a examiné et révisé la proposition de classification susmentionnée qui avait été préparée par le Comité américain des causes communes de décès.

La classification qui en a résulté a été diffusée aux gouvernements nationaux préparant des statistiques de morbidité et de mortalité afin de recueillir leurs commentaires et suggestions sous le titre Classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès. Le Comité d'experts a examiné les réponses et a préparé une version révisée incorporant des changements visant à améliorer l'utilité et l'acceptabilité de la classification. Le comité a également compilé une liste de termes diagnostiques devant apparaître sous chaque titre de la classification. En outre, un sous-comité a été nommé pour préparer un index alphabétique complet des déclarations diagnostiques classées dans la catégorie appropriée de la classification. Le comité a également examiné la structure et les utilisations des listes spéciales des causes pour la tabulation et la publication des statistiques de morbidité et de mortalité et a étudié d'autres problèmes liés à la comparabilité internationale des statistiques de mortalité, tels que la forme du certificat médical et les règles de classification. La Conférence internationale pour la sixième révision des listes internationales des maladies et des causes de décès a été convoquée à Paris du 26 au 30 avril 1948 par le Gouvernement français en vertu de l'accord signé à l'issue de la cinquième Conférence de révision en 1938. Son secrétariat a été confié conjointement aux autorités françaises compétentes et à l'Organisation mondiale de la santé, qui avait effectué les travaux préparatoires aux termes de l'arrangement conclu par les gouvernements représentés à la Conférence internationale de la santé en 1946 (12).

La Conférence a adopté la classification préparée par le Comité d'experts en tant que Sixième révision des Listes internationales (13). Elle a également examiné d'autres propositions du Comité d'experts concernant la compilation, la tabulation et la publication des statistiques de morbidité et de mortalité. La Conférence a approuvé le Formulaire international du certificat médical des causes de décès, a accepté la cause initiale du décès comme cause principale à tabuler, et a approuvé les règles de sélection de la cause initiale du décès ainsi que les listes spéciales pour la tabulation des données de morbidité et de mortalité. Elle a en outre recommandé que l'Assemblée mondiale de la Santé adopte des règlements en vertu de l'article 21(b) de la Constitution de l'OMS pour guider les États Membres dans la compilation des statistiques de morbidité et de mortalité conformément à la Classification statistique internationale. En 1948, la Première Assemblée mondiale de la Santé a entériné le rapport de la Sixième Conférence de révision et a adopté le Règlement n° 1 de l'Organisation mondiale de la Santé, conçu sur la base des recommandations de la Conférence. La Classification internationale, y compris la Liste tabulaire des inclusions définissant le contenu des catégories, a été incorporée, avec le formulaire du certificat médical de cause de décès, les règles de classification et les listes spéciales pour la tabulation, dans le Manuel de la Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès (22). Le Manuel se composait de deux volumes, le volume 2 étant un index alphabétique des termes diagnostiques codés aux catégories appropriées. Dans la sixième révision, les états morbides résultant de blessures, d'empoisonnements et d'autres causes externes ont été classés à la fois selon les circonstances externes à l'origine de la blessure et selon le type de blessure.

L'adoption de cette double classification a été considérée à l'époque comme une mesure audacieuse pour faire face à l'intérêt simultané pour plus d'un aspect des blessures. La sixième conférence de révision décennale a marqué le début d'une nouvelle ère dans les statistiques internationales de l'état civil et de la santé. Outre l'approbation d'une liste exhaustive pour la mortalité et la morbidité et l'accord sur les règles internationales de sélection de la cause initiale du décès, elle a recommandé l'adoption d'un programme complet de coopération internationale dans le domaine des statistiques de l'état civil et de la santé. Un point important de ce programme était la recommandation aux gouvernements de créer des comités nationaux des statistiques de l'état civil et de la santé afin de coordonner les activités statistiques dans le pays, et de servir de lien entre les institutions statistiques nationales et l'Organisation mondiale de la santé. Il était en outre prévu que ces comités nationaux, seuls ou en coopération avec d'autres comités nationaux, étudient les problèmes statistiques importants pour la santé publique et mettent les résultats de leurs investigations à la disposition de l'OMS.

3.13.7 Les septième et huitième révisions

La Conférence internationale pour la septième révision de la Classification internationale des maladies s'est tenue à Paris sous l'égide de l'OMS en février 1955 (14). Conformément à une recommandation du Comité d'experts des statistiques sanitaires de l'OMS, cette révision s'est limitée aux changements essentiels et à la modification des erreurs et des incohérences (15). La huitième conférence de révision convoquée par l'OMS s'est réunie à Genève, du 6 au 12 juillet 1965 (16). Cette révision était plus radicale que la Septième mais laissait inchangée

la structure de base de la Classification et la philosophie générale consistant à classer les maladies, chaque fois que possible, en fonction de leur étiologie plutôt que d'une manifestation particulière. Pendant les années où les Septième et Huitième Révisions de la CIM étaient en vigueur, l'utilisation de la CIM pour l'indexation des dossiers médicaux hospitaliers a augmenté rapidement et certains pays ont préparé des adaptations nationales qui ont fourni les détails supplémentaires nécessaires à cette application de la CIM.

3.13.8 La neuvième révision

La Conférence internationale pour la neuvième révision de la Classification internationale des maladies, convoquée par l'OMS, s'est réunie à Genève du 30 septembre au 6 octobre 1975 (17). Lors des discussions qui ont précédé la conférence, il avait été initialement prévu qu'il n'y aurait guère de changements autres que la mise à jour de la classification. Ceci était principalement dû au coût de l'adaptation des systèmes de traitement des données à chaque révision de la classification. L'intérêt pour la CIM s'est considérablement accru et il fallait trouver des moyens d'y répondre, d'une part en modifiant la classification elle-même et d'autre part en introduisant des dispositions spéciales de codage.

Un certain nombre de représentations ont été faites par des organismes spécialisés qui s'étaient intéressés à l'utilisation de la CIM pour leurs propres statistiques. Certains sujets de la classification ont été considérés comme mal agencés et des pressions considérables ont été exercées pour obtenir plus de détails et une adaptation de la classification afin de la rendre plus pertinente pour l'évaluation des soins médicaux, en classant les affections dans les chapitres concernant la partie du corps affectée plutôt que dans ceux traitant de la maladie générale sous-jacente. À l'opposé, il y avait des représentations de pays et de régions où une classification détaillée et sophistiquée n'était pas attendue, mais qui avaient néanmoins besoin d'une classification basée sur la CIM afin d'évaluer leurs progrès en matière de soins de santé et de contrôle des maladies. Les propositions finales présentées et acceptées par la Conférence ont conservé la structure de base de la CIM, mais avec beaucoup de détails supplémentaires au niveau des sous-catégories à quatre chiffres, et quelques subdivisions facultatives à cinq chiffres. À l'intention des utilisateurs ne nécessitant pas un tel détail, on a veillé à ce que les catégories d'un niveau à trois chiffres soient appropriées.

À l'intention des utilisateurs souhaitant produire des statistiques et des index orientés vers les soins médicaux, la Neuvième révision a inclus une méthode alternative facultative de classification des déclarations de diagnostic, comprenant des informations à la fois sur une maladie générale sous-jacente et sur une manifestation dans un organe ou un site particulier. Ce système est devenu connu sous le nom de système de la dague et de l'astérisque. La vingt-neuvième Assemblée mondiale de la santé, prenant note des recommandations de la Conférence internationale pour la neuvième révision de la Classification internationale des maladies, a approuvé la publication, à titre d'essai, des classifications supplémentaires des déficiences et des handicaps et des actes médicaux en tant que suppléments, mais non en tant que parties intégrantes, de la Classification internationale des maladies.

3.13.9 La dixième révision

Avant même la Conférence pour la neuvième révision, l'OMS s'était préparée à la dixième révision. Elle a reconnu que la grande expansion de l'utilisation de la CIM nécessitait un réexamen approfondi de sa structure et un effort pour concevoir une classification stable et flexible, qui ne devrait pas nécessiter de révision fondamentale pendant de nombreuses années. Les Centres collaborateurs de l'OMS pour la classification des maladies (voir www.who.int/classification) ont donc été appelés à expérimenter des modèles de structures alternatives pour la CIM-10.

Il était également devenu évident que l'intervalle de dix ans établi entre les révisions était trop court. Le travail sur le processus de révision devait commencer avant que la version actuelle de la CIM n'ait été utilisée suffisamment longtemps pour être évaluée de manière approfondie, principalement parce que la nécessité de consulter un grand nombre de pays et d'organisations rendait le processus très long. Le directeur général de l'OMS a donc écrit aux États membres et obtenu leur accord pour reporter une conférence de révision de 1985 à 1989, et pour retarder l'introduction de la dixième révision qui aurait dû avoir lieu en 1989. En plus de permettre l'expérimentation de modèles alternatifs pour la structure de la CIM, cela a donné du temps pour l'évaluation de la CIM-9, par exemple par le biais de réunions organisées par certains des bureaux régionaux de l'OMS et par une enquête organisée au siège.

La Conférence internationale pour la dixième révision de la Classification internationale des maladies, à laquelle ont participé des délégués de 43 États membres, a été convoquée par l'Organisation mondiale de la santé à Genève du 26 septembre au 2 octobre 1989. Les Nations Unies, l'Organisation internationale du travail et les bureaux régionaux de l'OMS ont envoyé des représentants pour participer à la Conférence, de même que le Conseil des organisations internationales des sciences médicales. Douze autres organisations non gouvernementales s'occupant de l'enregistrement du cancer, des décès, de l'épidémiologie, de la médecine de famille, de la gynécologie et de l'obstétrique, de l'hypertension, des dossiers médicaux, de la médecine préventive et sociale, de la neurologie, de la psychiatrie, de la réadaptation et des maladies sexuellement transmissibles ont également été invitées.

Une importante activité préparatoire avait été consacrée à un examen radical de l'adéquation de la structure de la CIM, essentiellement une classification statistique des maladies et autres problèmes de santé, pour répondre à une grande variété de besoins en matière de données sur la mortalité et les soins de santé. Les moyens de stabiliser le système de codage pour minimiser les perturbations lors des révisions successives ont été étudiés, de même que la possibilité d'assurer un meilleur équilibre entre le contenu des différents chapitres de la CIM. Même avec une nouvelle structure, il était évident qu'une seule classification ne pouvait pas faire face aux exigences extrêmes. Le concept d'une "famille" de classifications a donc été développé, qui comprendrait la CIM pour les statistiques traditionnelles de mortalité et de morbidité, tandis que pour les besoins de classifications plus ou moins détaillées ou différentes et les questions connexes seraient traités par d'autres membres de la famille des classifications. Le potentiel des différents membres de la "famille" dans l'évaluation médico-sociale et multidimensionnelle en relation non seulement avec la santé mais aussi avec les activités de la vie quotidienne, ainsi qu'avec l'environnement social

et physique, a été reconnu. Il a été démontré que des informations efficaces pouvaient être obtenues par l'utilisation de la CIM et de la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIF) (18), et par l'utilisation des codes du chapitre XXI de la dixième révision.

La principale innovation de la Dixième révision a été l'utilisation d'un schéma de codage alphanumérique d'une lettre suivie de trois chiffres au niveau des quatre caractères. Cela a eu pour effet de plus que doubler la taille du cadre de codage par rapport à la Neuvième révision et a permis d'attribuer à la grande majorité des chapitres une lettre ou un groupe de lettres unique, chacun pouvant fournir 100 catégories de trois caractères. Sur les 26 lettres disponibles, 25 ont été utilisées, la lettre U étant laissée vacante pour de futurs ajouts et changements, et pour d'éventuelles classifications provisoires destinées à résoudre les difficultés survenant entre les révisions aux niveaux national et international.

Une autre innovation importante a été la création, à la fin de certains chapitres, de catégories pour les troubles post-interventionnels. Celles-ci identifiaient des affections importantes qui constituaient un problème de santé à part entière. Les troubles post-interventionnels qui n'étaient pas spécifiques à un système corporel particulier ont continué à être classés dans le chapitre "Blessures, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes". La Révision comprenait des définitions, des normes et des exigences de déclaration relatives à la mortalité maternelle et à la mortalité foetale, périnatale, néonatale et infantile. Elle a été publiée en trois volumes : un premier contenant la liste tabulaire, un second contenant toutes les définitions, normes, règles et instructions connexes, et un troisième contenant l'index alphabétique.

La dixième conférence de révision a discuté des difficultés rencontrées pendant la période d'utilisation prolongée de la neuvième révision, liées à l'émergence de nouvelles maladies et à l'absence d'un mécanisme de mise à jour pour les prendre en compte. Elle a reconnu qu'il ne serait pas possible d'organiser des conférences de révision plus fréquemment que tous les 10 ans. Elle a également reconnu que tout changement introduit pendant la durée de vie de la dixième révision devrait être examiné avec soin en fonction de son impact sur les analyses et les tendances.

3.13.10 La famille des classifications internationales de l'OMS

Bien que la CIM convienne à de nombreuses applications différentes, elle ne répond pas à tous les besoins de ses divers utilisateurs. Elle ne fournit pas suffisamment de détails pour certaines spécialités et des informations sur différents attributs des affections de santé peuvent parfois être nécessaires. De plus, la CIM n'est pas utile pour décrire le fonctionnement et le handicap en tant qu'aspects de la santé et n'inclut pas un éventail complet d'interventions sanitaires ou de motifs de recours aux soins. Les bases posées par la Conférence internationale sur la CIM-10 en 1989 ont permis de développer une "famille" de classifications de la santé. Cela a été renforcé dans les années 1990 par l'élaboration de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) (19), approuvée par l'Assemblée mondiale de la santé en 2001.

En 2001, la Famille des classifications internationales de l'OMS (OMS-FCI) a été créée. Au cœur de la Famille se trouvent ses classifications de référence, actuellement la CIM et la CIF ; la Classification internationale des interventions en santé (ICHI), en cours de développement, est la troisième classification de référence. L'OMS-FCI comprend également des classifications dérivées, qui fournissent des détails supplémentaires aux classifications de base ou sont des réarrangements ou des agrégations de termes dans les classifications de base ; l'OMS a autorisé plusieurs pays à développer des modifications nationales de la CIM en tant que classifications dérivées. De plus, l'OMS-FCI comprend des classifications connexes pour couvrir les fonctions de santé qui ne sont pas (ou seulement partiellement) couvertes par les autres membres de l'OMS-FCI. L'OMS-FCI est soutenu par un réseau de centres collaborateurs, basé sur les anciens centres collaborateurs de la CIM et de la CIF, mais il est continuellement élargi par l'ajout de nouveaux centres.

Tableau 2 : *Évolution de la CIM*

Itération	Année	Document	Note
0	1891	Classification de Bertillon des causes de décès	Rédigé par l'Institut international de statistique
1	1900	Bertillon/Liste internationale des causes de décès	Première conférence internationale pour la révision de la liste des causes de décès
2	1910	Liste internationale des causes de décès	179 titres, demande de révision tous les 10 ans
3	1920	Liste internationale des causes de décès	
4	1929	Liste internationale des causes de décès	Rédigé conjointement par l'Institut international de statistique et l'organisation sanitaire de la Société des Nations
5	1938	Liste internationale des causes de décès	200 titres, ajouts à infectieux et parasitaires
6	1948	Classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès	Reconnaissance de la classification des maladies et des blessures, en plus des causes de décès
7	1955	Classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès	
8	1965	Classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès	
9	1976	Classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès	Essai de supplément sur les déficiences et les handicaps, et interventions en médecine
10	1990	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes	Introduction d'un système de codage alphanumérique, troubles postinterventionnels ; mises à jour intermédiaires régulières
11	2019	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes	Postcoordination (codage en regroupement) ; ajout de la médecine traditionnelle, codage des événements indésirables

3.13.11 Mise à jour de la CIM entre deux révisions

Comme prévu lors de la conférence sur la dixième révision, la mise à jour de la dixième révision de la CIM a commencé en 2000. Les propositions de mise à jour provenaient de l'OMS et des centres collaborateurs et ont été soigneusement étudiées par ces derniers, y compris l'impact sur les tendances. Le processus de mise à jour a permis de prolonger la durée de vie de la dixième révision tout en maintenant son actualité clinique et scientifique.

3.13.12 Principales étapes de la révision de la CIM-11

La révision de la CIM-11 s'est déroulée en plusieurs phases. Premièrement ; une liste de problèmes connus de l'utilisation de la CIM-10 et qui ne pouvaient être résolus dans sa structure de classification a été compilée et des solutions possibles ont été formulées. Deuxièmement ; des contributions ont été reçues de nombreux groupes scientifiques dans les domaines clés, en mettant l'accent sur les perspectives cliniques. Enfin, une édition centralisée a eu lieu, visant à ajuster les variations de contenu générées par de multiples groupes d'experts fonctionnant de manière indépendante lors de la phase précédente de la révision, et à assurer la cohérence et la faisabilité de la structure globale pour les statistiques de mortalité et de morbidité. La version finale a également bénéficié de l'apport des tests sur le terrain, des commentaires des États membres, ainsi que des soumissions et du traitement des propositions en cours.

3.13.13 Préparatifs de la onzième révision

En 2003, il devenait clair pour l'OMS et les centres collaborateurs qu'une nouvelle révision de la CIM ne pouvait plus être retardée. La mesure dans laquelle la mise à jour de la CIM pouvait englober les développements émergents était limitée par la structure de la CIM-10, et certaines questions nécessitaient un développement et une discussion plus poussés avec des groupes d'experts. Une réunion spéciale des centres collaborateurs à Helsinki en 2004 a discuté de la nécessité d'une révision et des questions à aborder dans le cadre du processus de révision. La réunion OMS-FCI de 2004 a ensuite adopté un plan de travail pour le processus de révision, qui a été développé progressivement lors des réunions suivantes.

En 2007, l'OMS a officiellement lancé le processus de révision. La supervision a été assurée par un groupe directeur de révision à large assise. Le travail technique a été entrepris par une série de groupes consultatifs thématiques, avec des groupes transversaux examinant la mortalité, la morbidité et les questions de qualité et de sécurité. Pour la première fois, un chapitre sur la description des maladies et des schémas de maladies du point de vue de la médecine traditionnelle a été inclus.

Un modèle de contenu, comprenant une gamme de composants pour chaque entité de la CIM, a été développé, donnant une base riche pour la CIM. D'autres classifications et terminologies sont liées ou incluses lorsque cela est possible afin de s'assurer que la CIM est alignée avec elles, et les éléments utilisés dans d'autres membres de la famille des classifications de l'OMS ont été alignés lorsque cela était possible. La classification statistique plus traditionnelle pour la mortalité et la morbidité est obtenue à partir de la fondation de la CIM-11 sous forme de liste tabulaire. Les codes d'extension sont utilisés pour limiter le volume du contenu mais

permettent néanmoins une classification détaillée des entités pathologiques. Des chapitres et sections supplémentaires permettent de saisir, sur une base facultative, des informations sur les diagnostics et le fonctionnement de la médecine traditionnelle. Sur la base des expériences avec la CIM-9 et la CIM-10, un mécanisme de mise à jour a été conçu, qui permet d'améliorer les conseils aux utilisateurs et les mises à jour scientifiques sans compromettre l'utilisation statistique de la classification.

3.13.14 Références pour les antécédents de la CIM

1. Knibbs G.H. *The International Classification of Disease and Causes of Death and its revision. Medical journal of Australia, 1929, 1:2-12.*
2. Moriyama IM, Loy RM, Robb-Smith AHT. *History of the statistical classification of diseases and causes of death. Rosenberg HM, Hoyert DL, eds. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2011.*
3. Greenwood M. *Medical statistics from Graunt to Farr. Cambridge, Cambridge University Press, 1948.*
4. *First annual report. London, Registrar General of England and Wales, 1839, p. 99.*
5. Bertillon J. *Classification of the causes of death (abstract). In: Transactions of the 15th International Congress on Hygiene Demography. Washington, 1912.*
6. *International list of causes of death. The Hague, International Statistical Institute, 1940.*
7. Roesle E. *Essai d'une statistique comparative de la morbidité devant servir à établir les listes spéciales des causes de morbidité. Geneva, League of Nations Health organisation, 1928 (document C.H. 730)*
8. *Medical Research Council, Committee on Hospital Morbidity Statistics. A provisional classification of diseases and injuries for use in compiling morbidity statistics. London, Her Majesty's Stationery Office, 1944 (Special Report Series No. 248).*
9. *US Public Health Service, Division of Public Health Methods. Manual for coding causes of illness according to a diagnosis code for tabulating morbidity statistics. Washington, Government Publishing Office, 1944 (Miscellaneous Publication No. 32).*
10. *Sixteenth annual report. London, Registrar General of England and Wales, 1856, App. p.73.*
11. *Official Records of the World Health Organisation, 1948, 11, 23.*
12. *Official Records of the World Health Organisation, 1948, 2, 110.*
13. *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Sixth revision. Geneva, World Health Organisation, 1949.*
14. *Report of the International Conference for the Seventh Revision of the International Lists of Diseases and Causes of Death. Geneva, World Health Organisation, 1955 (unpublished document WHO/HA/7 Rev. Conf./17 Rev. 1.*
15. *Third Report of the Expert Committee on Health Statistics. Geneva, World Health organisation, 1952 (WHO Technical Report Series, No. 53).*
16. *Report of the International Conference for the Eighth Revision of the International Classification of Diseases. Geneva, World Health Organisation, 1965 (unpublished document WHO/ICD9/74.4.*
17. *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death, Volume 1. Geneva, World Health Organisation, 1977.*
18. *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. Geneva, World Health Organisation, 1980.*

19. *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva, World Health organisation, 2001
20. *Eleventh revision of the International Classification of Diseases, Report by the Director-General, 2019*, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_29Add1-en.pdf

3.14 Annexe C Annexes pour le codage de la mortalité

3.14.1 Formulaire international de certificat médical de cause de décès

Informations administratives (peuvent être spécifiées par le pays)													
Sexe			<input type="checkbox"/> Femme			<input type="checkbox"/> Homme			<input type="checkbox"/> Inconnu				
Date de naissance						Date de décès							
Encadré A: Informations médicales : Parties 1 et 2													
1		Cause de décès						Intervalle entre le début du processus morbide et le décès					
Indiquer la maladie ou l'état ayant directement entraîné le décès sur la ligne a		a											
Indiquer l'enchaînement morbide dans l'ordre chronologique (le cas échéant)		b		Due à:									
Indiquer la cause initiale de décès sur la dernière ligne		c		Due à:									
		d		Due à:									
2 Autres états morbides ayant contribué au décès (les intervalles de temps peuvent être inclus entre parenthèses après l'affection)													
Encadré B: Autres informations médicales													
Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée au cours des ces 4 dernières semaines? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas													
Si oui, veuillez préciser la date de l'opération													
Si oui, veuillez préciser la raison de l'opération (maladie ou état)													
Une autopsie a-t-elle été demandée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu													
Si oui, les résultats ont-ils été utilisés pour établir le certificat de décès? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu													
Circonstances apparentes de décès:													
<input type="checkbox"/> Maladie				<input type="checkbox"/> Atteinte volontaire à la vie d'autrui				<input type="checkbox"/> Indéterminées					
<input type="checkbox"/> Accident				<input type="checkbox"/> Interventions légales				<input type="checkbox"/> Investigations en cours					
<input type="checkbox"/> Suicide				<input type="checkbox"/> Faits de guerre				<input type="checkbox"/> Inconnues					
Si cause externe ou intoxication						Date de l'événement							
Veuillez décrire la cause externe (en cas d'intoxication veuillez préciser la substance à l'origine de l'intoxication).													
En cas de mort violente, veuillez préciser le lieu de survenue de l'événement déclencheur:													
<input type="checkbox"/> Domicile			<input type="checkbox"/> Hébergement institutionnel			<input type="checkbox"/> Ecole, autre institution, établissement de l'administration publique			<input type="checkbox"/> Lieu de sport				
<input type="checkbox"/> Voie publique			<input type="checkbox"/> Commerce et lieu d'échanges de service			<input type="checkbox"/> Zone industrielle, chantier			<input type="checkbox"/> Exploitation agricole				
<input type="checkbox"/> Autre lieu (Veuillez préciser):						<input type="checkbox"/> Inconnu							
Mort foetale ou infantile													
Grossesse multiple						<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Inconnu			
Enfant mort-né ?						<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Inconnu			
Si le décès a eu lieu dans les 24 premières heures, précisez le nombre d'heures de vie						Poids (en grammes)							
Age gestationnel (en semaine complète d'aménorrhées)						Age de la mère (en années)							
Si le décès est perinatal, indiquez les affections maternelles qui ont affecté le fœtus ou le nouveau-né													
Pour les femmes, la personne décédée était elle enceinte? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas													
<input type="checkbox"/> Au moment du décès						<input type="checkbox"/> Dans les 42 jours précédents le décès							
<input type="checkbox"/> Entre 43 jours et 1 ans avant le décès						<input type="checkbox"/> Ne sait pas							
La grossesse a-t-elle contribué au décès? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas													

Le formulaire international de certificat médical de cause de décès

Des données supplémentaires qui pourraient être nécessaires pour le système de déclaration des pays peuvent être ajoutées au certificat. Le formulaire comporte un cadre A

qui sert à déclarer la ou les causes du décès, la séquence des causes, la durée des maladies jusqu'au décès et les autres affections contribuant au décès. Les causes de décès doivent être déclarées avec les meilleurs détails disponibles. Par exemple, la "dépression cérébrale néonatale" pour un nouveau-né décédé doit être complétée par la raison de la dépression à la naissance, comme l'asphyxie intrapartum ou l'hypoxémie prépartum.

Le cadre B est conçu pour aider à rapporter les détails pertinents pour le codage et les analyses épidémiologiques pour les décès dus à des causes externes, les décès maternels, les décès périnataux et les décès dus à des affections post-interventionnelle. Il complète les informations du cadre A. La déclaration complète des causes de décès repose sur un examen précis du corps, l'évaluation des circonstances locales et les informations disponibles dans les dossiers médicaux. L'établissement correct d'une cause de décès et la rédaction du certificat de décès nécessitent une formation qui doit commencer dès la faculté de médecine et être rafraîchie dans le cadre de programmes d'enseignement réguliers. L'expérience pratique en matière de certification de décès, acquise sous la supervision de collègues plus expérimentés, est également importante. Il est à noter que les certificateurs médicaux qui établissent la cause du décès ne sont pas toujours disponibles. La certification par des non-médecins peut entraîner une modification du schéma des causes de décès déclarées.

Lorsque le corps n'est plus disponible pour examen, par exemple en raison d'une faible couverture du personnel médical ou de procédures traditionnelles d'enterrement rapide, une autopsie verbale peut fournir quelques informations limitées sur la cause du décès. Dans un tel cas, une séquence de causes ayant conduit à la mort sera rarement identifiée, et les causes identifiées avec l'autopsie verbale doivent être rapportées séparément de celles disponibles à partir du processus formel de certification de la mort.

3.14.2 Guide de référence rapide pour le formulaire international de certificat médical de cause de décès (dépliant de la CMCD)

- L'information sur la cause du décès sert
- l'épidémiologie et la prévention
- à la gestion des soins de santé
- la comparaison de la santé dans différentes populations

La certification du décès est l'une des premières étapes pour obtenir un aperçu de la santé des personnes. Les maladies ou les affections enregistrées sur un certificat de décès représentent la meilleure opinion médicale. Un certificat de cause de décès correctement rempli fournit une description de l'ordre, du type et de l'association des événements qui ont entraîné le décès. Les diagnostics rapportés sur le certificat sont codés selon la classification internationale des maladies. Le remplissage du certificat de cause de décès est indépendant de la révision de la CIM. Ces données codées sont analysées et utilisées à l'échelle nationale et internationale, quelle que soit la langue utilisée pour remplir le certificat.

Cause du décès sur le certificat - comment la remplir ?

Cadre A : Les certificats de décès peuvent avoir une apparence différente dans la plupart des pays. Mais la section sur la cause du décès est identique dans le monde entier. Le cadre A

comporte deux parties, appelées partie 1 et partie 2, et une section permettant d'enregistrer l'intervalle de temps entre l'apparition de chaque affection et la date du décès.

La partie 1 - est utilisée pour les maladies ou les affections qui font partie de la **séquence d'événements** menant directement au décès. La cause immédiate (directe) du décès est inscrite sur la première ligne, 1(a). Il doit toujours y avoir une entrée sur la ligne 1(a). L'entrée à la ligne (a) peut être la seule affection rapportée dans la partie I du certificat. Lorsqu'il existe **deux ou plusieurs affections faisant** partie de la séquence d'événements menant directement au décès, chaque événement de la séquence doit être enregistré sur une ligne distincte.

Dans tous les cas, vous devez enregistrer la maladie, le traumatisme ou la cause externe qui a entraîné le décès. N'enregistrez pas seulement le **mode de décès**, comme un arrêt cardiaque, une insuffisance respiratoire ou une insuffisance cardiaque. Essayez d'être aussi précis que possible. La cause de décès "**Inconnue**" doit être enregistrée dans les cas où des tests approfondis ou un examen d'autopsie ne permettent pas de déterminer la cause du décès. La mention "Inconnue" est préférable à toute spéculation sur la cause possible du décès. Écrivez toujours tous les termes en toutes lettres. Les **abréviations** peuvent être interprétées de différentes manières. Les termes tels que "suspecté" ou "possible" sont ignorés dans l'évaluation des entrées. Par exemple, "Diabète suspecté" sera interprété comme "Diabète". Les quatre lignes peuvent ne pas fournir suffisamment d'espace pour la chaîne des événements. Ne gaspillez pas d'espace avec des **mots inutiles**. Certains termes cliniques sont très vagues. Par exemple, "tumeur" ne précise pas le comportement (voir aussi la dernière page de ce dépliant).

La durée - est l'intervalle de temps entre l'apparition de chaque affection inscrite sur le certificat (et non le moment du diagnostic de l'affection), et la date du décès. Les informations relatives à la durée sont utiles pour coder certaines maladies et permettent également de vérifier utilement l'ordre de la séquence des affections déclarées.

Partie 2 - est utilisée pour les affections qui n'appartiennent pas à la partie 1 mais dont la présence a contribué au décès.

Cadre B : Certains détails sont souvent oubliés dans les parties 1 et 2 (cadre A). Des questions détaillées séparées demandent des détails tels qu'une chirurgie antérieure, le mode de décès ou le lieu de l'accident. Le cadre B n'est pas présenté dans cette fiche d'information. Il est explicite.


Cause du décès sur le certificat - étape par étape

- **Commencez** à la ligne 1(a), avec la cause immédiate (directe), puis remontez dans le temps vers les affections précédentes jusqu'à ce que vous arriviez à celle qui a déclenché

la séquence d'événements. Vous arriverez très près du moment où le patient était en bonne santé.

- **Maintenant**, vous devriez avoir rapporté la cause initiale ou originelle sur la ligne la plus basse utilisée et une séquence d'événements mène de la cause initiale jusqu'à la cause immédiate (directe) dans la première ligne 1(a).
- **Enfin**, enregistrez l'intervalle de temps entre l'apparition de chaque affection inscrite sur le certificat et la date du décès. Lorsque l'heure ou la date d'apparition n'est pas connue, vous devez enregistrer une meilleure estimation. Indiquez l'unité de temps (minutes, heures, jours, semaines, mois, années).

Exemple

Encadré A : Informations Médicales : Parties 1 et 2		
1 Indiquer la maladie ou l'état ayant directement entraîné le décès sur la ligne a Indiquer l'enchaînement morbide dans l'ordre chronologique (le cas échéant) Indiquer la cause initiale de décès sur la dernière ligne		Cause de décès Intervalle entre le début du processus morbide et le décès
	a	Hémorragie cérébrale 4 heures
	b	Due à : Métastase cérébrale 4 mois
	c	Due à : Cancer du sein 5 ans
d	Due à :	
2 Autres états morbides ayant contribué au décès (les intervalles de temps peuvent être inclus entre parenthèses après l'affection)		

Exemple

- **Écrivez clairement** et n'utilisez pas d'abréviations.
- Assurez-vous que les informations sont **complètes**.
- **Ne spéculez pas sur** la cause du décès.
- Ne remplissez pas les résultats de laboratoire ou des déclarations telles que "trouvé par le partenaire" (il peut y avoir des champs séparés sur le formulaire pour ce type d'information).
- Une affection par ligne devrait être suffisante.

Termes mal définis fréquemment utilisés

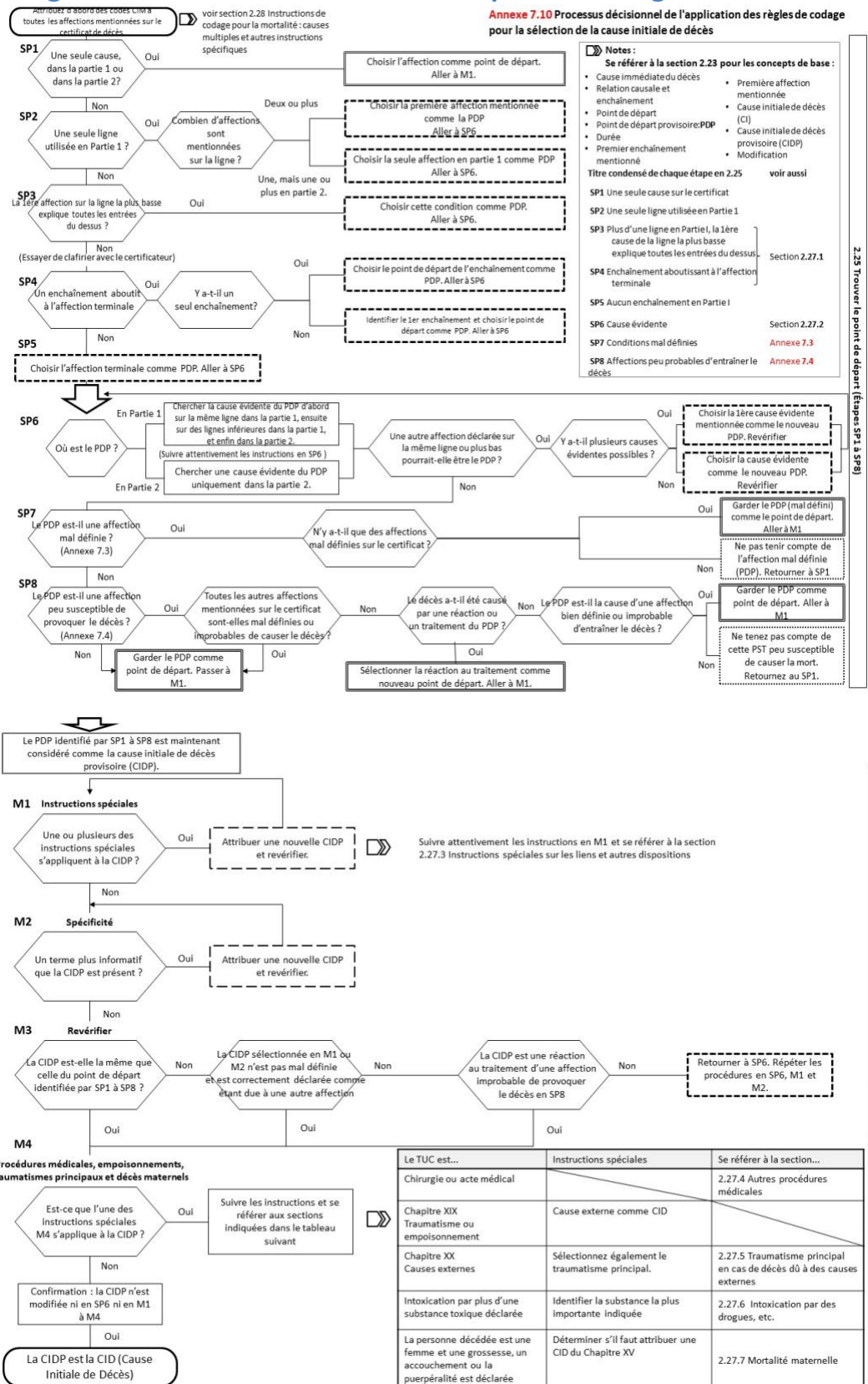
Terme	Instruction
Accident	Précisez les circonstances . Précisez l' intention , comme un accident de voiture, un suicide ou une agression. Précisez le lieu de l'incident.
Alcool, drogues	Précisez l' usage : long terme ou unique, dépendance
Complication de la chirurgie	Précisez la maladie qui a motivé la chirurgie
Démence	Précisez la cause : par exemple, due à la maladie d'Alzheimer, cérébrovasculaire, corps de Lewy
Hépatite	Précisez l' évolution, l'étiologie : aigüe ou chronique, alcoolique. Si viral (précisez le type A, B, C..)
Infarctus	Précisez le site : cœur, cerveau... Précisez la cause : artériosclérose, thrombotique, embolique
Infection	Précisez : primaire ou secondaire, organisme causal. Si primaire : précisez bactérien, viral, fongique ou parasitaire. Si secondaire : précisez l'infection primaire
Leucémie	Précisez : le type, par exemple myéloïde, monocytaire, lymphoïde, ainsi que le caractère aigu ou chronique.
Pneumonie	Précisez : primaire, aspiration, cause, organisme causal. Si due à l'immobilité : précisez la cause de l'immobilité
Embolie pulmonaire	Précisez la cause de l'embolie. Si post-chirurgical ou du à l' immobilité , indiquez la maladie qui était la cause pour la chirurgie ou de l'immobilité
Insuffisance rénale	Précisez : aigüe, chronique ou terminale, la cause sous-jacente de l'insuffisance, comme l'artériosclérose ou l'infection. Si due à l'immobilité : précisez la cause de l'immobilité
Thrombose	Précisez : artériel ou veineux. Précisez : le vaisseau sanguin. Si post-chirurgical ou immobilité : précisez la maladie qui était une cause de la chirurgie ou de l'immobilité
Tumeur	Précisez : comportement, localisation, métastases
Infection des voies urinaires	Précisez : site dans les voies urinaires, organisme responsable, cause sous-jacente de l'infection. Si due à l'immobilité : précisez la cause de l'immobilité

3.14.3 Détails supplémentaires suggérés pour les décès périnataux

Éléments d'identification														
Enfant né vivant le			J	J	M	M	A	A	à hh:mm		heures			
Enfant mort-né, né le			J	J	M	M	A	A	à hh:mm		heures			
<input type="checkbox"/> Décédé avant le travail			<input type="checkbox"/> Pendant le travail				<input type="checkbox"/> Ne sait pas							
Mère														
Date de naissance			J	J	M	M	A	A						
Nombre de grossesses antérieures				Date de la dernière grossesse				J	J	M	M	A	A	
Enfants nés vivants _____ Enfants morts-nés _____ Avortements _____				Issue de la dernière grossesse										
				<input type="checkbox"/> Enfant né vivant <input type="checkbox"/> Enfant mort-né <input type="checkbox"/> Avortement										
Premier jour de la date des dernières règles				J	J	M	M	A	A					
Accouchement				Soins anténataux, deux consultations ou plus :										
<input type="checkbox"/> Accouchement normal par voie basse, présentation céphalique <input type="checkbox"/> Autre (veuillez spécifier) _____				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas										
Accoucheur														
<input type="checkbox"/> Médecin				<input type="checkbox"/> Autre personne formée (veuillez spécifier) _____										
<input type="checkbox"/> Sage-femme formée				<input type="checkbox"/> Autre (veuillez spécifier) _____										
Enfant														
<input type="checkbox"/> Naissance unique				<input type="checkbox"/> Deuxième jumeau										
<input type="checkbox"/> Premier jumeau				<input type="checkbox"/> Autre (veuillez spécifier) _____										

Détails supplémentaires suggérés Décès périnataux

3.14.4 Diagramme de Processus décisionnel pour le codage de la mortalité



Processus décisionnel

Processus décisionnel des étapes SP1 à SP8, et des étapes M1 à M4 pour le codage de la mortalité.

Classement prioritaire des codes de nature du traumatisme

Le classement prioritaire des codes de nature des traumatismes est produit pour standardiser et faciliter le codage du traumatisme principal. La liste a été créée avec une contribution importante de l'International Collaborative Effort (ICE) on Injury Statistics. La liste initiale a été introduite en 2011 après avoir été testée dans plusieurs pays, et des mises à jour ont été effectuées pour corriger les erreurs de la liste initiale.

(1 = rang de priorité le plus élevé)

Code	Titre	Rang
NA00	[Blessure superficielle de la tête]	6
NA01	[Plaie ouverte de la tête]	6
NA02	[Fracture du crâne ou des os de la face]	
NA02.0	[Fracture de la voute du crâne]	3
NA02.1	[Fracture de la base du crâne]	4
NA02.2	[Fracture de l'orbite]	6
NA02.3	[Fracture des os propres du nez]	6
NA02.4	[Fracture du maxillaire]	6
NA02.5	[Fracture de l'os zygomatique]	6
NA0D.02	[Fracture amélo-dentinaire]	6
NA02.7	[Fracture de la mandibule]	6
NA02.8	[Fractures multiples du crâne ou des os de la face]	3
NA02.Y	[Fracture d'autres os du crâne ou de la face spécifiés].	4
NA02.Z	[Fracture du crâne et des os de la face, partie non précisée].	3
NA03	[Luxation, foulure ou entorse des articulations ou des ligaments de la tête].	
NA03.0	[Luxation de la mâchoire]	5
NA03.1	[Luxation de la cloison du nez]	6
NA0D.12	[Luxation extrusive de la dent]	6
NA03.3	[Entorse ou foulure de la mâchoire]	6
NA03.Y	[Dislocation ou entorse d'autres articulations ou ligaments spécifiés de la tête]	6
NA03.Z	[Luxation, foulure ou entorse des articulations ou des ligaments de la tête, sans précision]	6
NA04	[Blessure des nerfs crâniens]	6
NA05	[Blessure des vaisseaux sanguins de la tête]	5
NA06	[Blessure de l'œil ou de l'orbite]	
NA06.0	[Blessure des paupières]	6
NA06.1	[Plaie pénétrante de l'orbite avec ou sans corps étranger]	6
NA06.2	[Rétention de corps étranger secondaire à une plaie pénétrante de l'orbite]	6
NA06.3	[Hémorragie traumatique de l'orbite]	6
NA06.4	[Blessure de la conjonctive ou abrasion de la cornée sans mention de corps étranger]	6
NA06.5	[Traumatisme du sphincter de l'iris]	6
NA06.6	[Lésions traumatiques de la rétine]	6

NA06.7	[Hémorragie rétinienne traumatique]	6
NA06.80	[Rétention de corps étranger magnétique intraoculaire, unilatéral]	6
NA06.81	[Rétention de corps étranger intraoculaire non magnétique, unilatéral]	6
NA06.82	[Traumatisme fermé du globe oculaire, unilatéral]	6
NA06.83	[Traumatisme fermé globe oculaire, bilatéral]	6
NA06.84	[Plaie pénétrante du globe oculaire sans corps étranger, unilatérale]	6
NA06.85	[Arrachement de l'œil, unilatéral]	5
NA06.86	[Arrachement de l'œil, bilatéral]	5
NA06.87	[Lacération et rupture oculaires avec protrusion ou perte de tissu intraoculaire, unilatérale]	6
NA06.88	[Lacération ou rupture oculaire avec protrusion ou perte de tissu intraoculaire, bilatérale]	6
NA06.89	[Plaie pénétrante du globe oculaire, bilatérale]	6
NA06.8A	[Perforation du globe oculaire, bilatérale]	6
NA06.8B	[Rétention de corps étranger magnétique intraoculaire, bilatéral]	6
NA06.8C	[Rétention de corps étranger intraoculaire non magnétique, bilatéral]	6
NA06.8D	[Lacération oculaire sans protrusion ni perte de tissu intraoculaire, unilatérale]	6
NA06.8E	[Lacération oculaire sans protrusion ni perte de tissu intraoculaire, bilatérale]	6
NA06.8Y	[Autres lésions traumatiques précisées du globe oculaire]	6
NA06.8Z	[Lésion traumatique du globe oculaire, sans précision]	6
NA06.9	[Contusion du globe oculaire ou des tissus de l'orbite]	6
NA06.A	[Blessure du cristallin]	6
NA06.Y	[Autres blessures de l'œil ou de l'orbite]	6
NA06.Z	[Blessure de l'œil ou de l'orbite, sans précision]	6
NA07	[Blessure intracrânienne]	
NA07.0	[Commotion]	6
NA07.1	[Hémorragie intracérébrale traumatique]	2
NA07.2	[Œdème cérébral traumatique]	1
NA07.3	[Blessure cérébrale diffuse]	1
NA07.4	[Blessure cérébrale en foyer]	2
NA07.5	[Hémorragie épidurale traumatique]	2
NA07.6	[Hémorragie sous-durale traumatique]	2
NA07.7	[Hémorragie sous-arachnoïdienne traumatique]	2
NA07.8	[Hémorragie traumatique intracérébrale]	2

NA07.Y	[Autres blessures intracrâniennes]	2
NA07.Z	[Blessure intracrânienne, sans précision]	2
NA08	[Écrasement de la tête]	
NA08.0	[Blessure par écrasement du cerveau]	1
NA08.1	[Écrasement de la face]	5
NA08.2	[Écrasement du crâne]	1
NA08.3	[Écrasement du cuir chevelu]	1
NA08.Y	[Autres écrasement de la tête]	1
NA08.Z	[Écrasement de la tête, sans précision]	1
NA09	[Amputation traumatique d'une partie de la tête]	
NA09.0	[Arrachement du cuir chevelu]	6
NA09.1	[Amputation traumatique de l'oreille]	6
NA09.2	[Amputation traumatique du nez]	4
NA09.3	[Amputation traumatique de la lèvre]	4
NA09.Y	[Autres amputation traumatique d'une partie de la tête]	4
NA09.Z	[Amputation traumatique d'une partie de la tête, sans précision]	4
NA0A	[Certaines lésions traumatiques de la tête précisées]	
NA0A.0	[Plaies complexes à la tête]	2
NA0A.1	[Blessure des muscles, des fascias ou des tendons de la tête]	6
NA0A.2	[Rupture traumatique du tympan]	6
NA0A.3	[Lésions traumatiques multiples de la tête]	4
NA0A.Y	[Autres blessures précisées de la tête]	6
NA0B	[Blessure de l'auricule]	3
NA0D	[Blessure des dents ou des structures de soutien]	3
NA0Z	[Lésions traumatiques de la tête, sans précision]	3
NA20	[Blessure superficielle du cou]	6
NA21	[Plaie ouverte du cou]	
NA21.0	[Lacération du cou, sans corps étranger]	5
NA21.1	[Lacération du cou, avec corps étranger]	5
NA21.2	[Plaie punctiforme du cou, sans corps étranger]	5
NA21.3	[Plaie punctiforme du cou, avec corps étranger]	5
NA21.4	[Plaie ouverte du cou]	5
NA21.5	[Plaies ouvertes multiples du cou]	5
NA21.Y	[Autre plaie ouverte du cou]	6
NA21.Z	[Plaie ouverte du cou, sans précision]	6
NA22	[Fracture du cou]	3

NA23	[Luxation, foulure ou entorse des articulations ou des ligaments au niveau du cou].	
NA23.0	[Rupture traumatique d'un disque intervertébral cervical]	6
NA23.1	[Luxation d'une vertèbre cervicale]	3
NA23.2	[Luxation de parties du cou autres ou non précisées]	3
NA23.3	[Luxations multiples du cou]	3
NA23.4	[Foulure ou entorse de la colonne cervicale]	5
NA23.5	[Foulure ou entorse de la région thyroïdienne]	6
NA23.Y	[Autres luxation, foulure ou entorse des articulations ou des ligaments au niveau du cou]	3
NA23.Z	[Luxation, foulure ou entorse des articulations ou des ligaments au niveau du cou, sans précision].	3
NA30	[Commotion ou œdème de la moelle épinière cervicale]	5
NA31	[Certaines lésions précisées de la moelle épinière cervicale]	3
NA3Z	[Lésion de la moelle épinière cervicale, non spécifiée].	3
NA40	[Blessure d'une racine nerveuse du rachis cervical]	6
NA41	[Blessure du plexus brachial]	6
NA42	[Blessure des nerfs périphériques du cou]	6
NA43	[Blessure des nerfs sympathiques cervicaux]	6
NA44	[Blessure du nerf phrénique]	5
NA4Y	[Lésion d'autres nerfs précisés au niveau du cou].	5
NA4Z	[Blessure des nerfs au niveau du cou, sans précision]	5
NA60	[Blessure des vaisseaux sanguins au niveau du cou]	
NA60.0	[Blessure de l'artère carotide]	1
NA60.1	[Blessure de l'artère vertébrale]	2
NA60.2	[Blessure de la veine jugulaire externe]	3
NA60.3	[Blessure de la veine jugulaire interne]	3
NA60.4	[Blessure de multiples vaisseaux sanguins au niveau du cou]	1
NA60.Y	[Lésion d'autres vaisseaux sanguins précisés au niveau du cou].	1
NA60.Z	[Blessure des vaisseaux sanguins au niveau du cou, sans précision]	1
NA61	[Blessure d'un muscle, d'un fascia ou d'un tendon au niveau du cou]	6
NA62	[Écrasement du cou]	3
NA63	[Amputation traumatique au niveau du cou]	1
NA64	[Lésions traumatiques multiples au cou]	3
NA6Y	[Autres lésions traumatiques précisées du cou]	4
NA6Z	[Lésions traumatiques du cou, sans précision]	5

NA80	[Blessure superficielle du thorax]	6
NA81	[Plaie ouverte du thorax]	5
NA82	[Fracture de la côte, du sternum ou de la colonne thoracique]	
NA82.0	[Fracture d'une vertèbre thoracique]	5
NA82.1	[Fractures multiples du rachis dorsal]	5
NA82.2	[Fracture du sternum]	6
NA82.3	[Fracture de côte]	6
NA82.4	[Fractures multiples des côtes]	5
NA82.5	[Volet costal]	2
NA82.Y	[Autres fractures de la côte, du sternum ou de la colonne thoracique]	5
NA82.Z	[Fracture de la côte, du sternum ou de la colonne thoracique, sans précision].	5
NA83	[Luxation, foulure ou entorse des articulations ou des ligaments du thorax]	
NA83.0	[Rupture traumatique d'un disque intervertébral thoracique]	6
NA83.1	[Luxation d'une vertèbre thoracique]	5
NA83.2	[Luxation de parties autres ou non précisées]	5
NA83.3	[Entorse ou foulure du rachis dorsal]	6
NA83.4	[Entorse ou foulure des côtes ou du sternum]	6
NA83.Y	[Autres luxation, foulure ou entorse des articulations ou des ligaments du thorax]	6
NA83.Z	[Luxation, foulure ou entorse des articulations ou des ligaments du thorax, sans précision].	6
NA90	[Commotion ou œdème traumatique de la moelle épinière thoracique]	4
NA91	[Certaines lésions précisées de la moelle épinière thoracique]	4
NA9Z	[Lésion de la moelle épinière thoracique, sans précision].	5
NB00	[Blessure d'une racine nerveuse du rachis thoracique]	5
NB01	[Blessure des nerfs périphériques du thorax]	5
NB02	[Blessure des nerfs sympathiques thoraciques]	5
NB0Y	[Lésion d'autres nerfs précisés au niveau du thorax].	5
NB2Y	[Autres blessures des nerfs ou de la moelle épinière au niveau du thorax]	5
NB2Z	[Blessure des nerfs ou de la moelle épinière au niveau du thorax, sans précision]	5
NB30	[Blessure des vaisseaux sanguins du thorax]	
NB30.0	[Blessure de l'aorte thoracique]	1
NB30.1	[Blessure d'une artère innommée ou sousclavière]	5

NB30.2	[Blessure de la veine cave supérieure]	1
NB30.3	[Blessure de la veine innominée ou sous-clavière]	3
NB30.4	[Blessure des vaisseaux sanguins pulmonaires]	1
NB30.5	[Blessure des vaisseaux sanguins intercostaux]	4
NB30.6	[Blessure de plusieurs vaisseaux sanguins du thorax]	3
NB30.Y	[Lésion d'autres vaisseaux sanguins spécifiés du thorax].	4
NB30.Z	[Lésion de vaisseaux sanguins non précisés du thorax].	4
NB31	[Blessure du cœur]	2
NB32	[Lésion d'organes intrathoraciques, autres ou non précisés]	
NB32.0	[Pneumothorax traumatique]	3
NB32.1	[Hémothorax traumatique]	3
NB32.2	[Hémopneumothorax traumatique]	3
NB32.3	[Certaines lésions traumatiques précisées du poumon]	2
NB32.4	[Blessure des bronches]	2
NB32.5	[Blessure de la partie thoracique de la trachée]	2
NB32.6	[Blessure de la plèvre]	4
NB32.7	[Lésions traumatiques multiples d'organes intrathoraciques]	1
NB32.8	[Blessure d'autres organes intrathoraciques précisés]	2
NB32.Y	[Autres lésions précisées d'organes intrathoraciques, autres ou non précisés]	2
NB32.Z	[Lésion d'organes intrathoraciques, autres ou non précisés, sans précision]	2
NB33	[Écrasement du thorax ou amputation traumatique d'une partie du thorax]	3
NB34	[Blessure des muscles, des fascias ou des tendons au niveau du thorax]	6
NB35	[Lésions traumatiques multiples du thorax]	3
NB3Y	[Autres lésions traumatiques précisées du thorax]	6
NB3Z	[Lésions traumatiques du thorax, sans précision]	3
NB50	[Blessure superficielle de l'abdomen, des lombes ou du bassin]	6
NB51	[Plaie ouverte de l'abdomen, du bas du dos ou du bassin]	6
NB52	[Fracture du rachis lombaire ou du bassin]	
NB52.0	[Fracture de la vertèbre lombaire]	6
NB52.10	[Fracture du sacrum sans rupture de l'anneau pelvien]	6
NB52.11	[Fracture du coccyx]	6
NB52.12	[Fracture de l'ilion sans rupture de l'anneau pelvien]	6
NB52.13	[Fracture de l'acétabulum sans rupture de l'anneau pelvien]	5

NB52.14	[Fracture du pubis sans rupture de l'anneau pelvien]	6
NB52.15	[Fracture de l'ischion sans rupture de l'anneau pelvien]	5
NB52.1Y	[Fracture d'un autre os pelvien précisé sans perturbation de l'arc postérieur de l'anneau pelvien]	5
NB52.1Z	[Fracture d'un os pelvien non précisé sans perturbation de l'arc postérieur de l'anneau pelvien]	5
NB52.2	[Fracture de l'anneau pelvien avec rupture incomplète de l'arc postérieur]	5
NB52.3	[Fracture de l'anneau pelvien avec rupture complète de l'arc postérieur]	5
NB52.4	[Fractures multiples du rachis lombaire ou du bassin]	5
NB52.Y	[Autres fracture du rachis lombaire ou du bassin]	5
NB52.Z	[Fracture du rachis lombaire ou du bassin, sans précision]	5
NB53	[Luxation ou entorse ou foulure des articulations ou des ligaments du rachis lombaire ou du bassin].	
NB53.0	[Rupture traumatique d'un disque intervertébral lombaire]	6
NB53.1	[Luxation de vertèbre lombaire]	6
NB53.2	[Luxation de l'articulation sacro-iliaque ou sacrococcygienne sans perturbation de l'anneau pelvien]	6
NB53.3	[Luxation de parties autres ou non précisées de la colonne lombaire ou du bassin sans perturbation de l'anneau pelvien].	5
NB53.4	[Rupture traumatique de la symphyse pubienne sans atteinte du diaphragme pelvien]	6
NB53.5	[Entorse ou foulure de la colonne lombaire]	6
NB53.6	[Foulure ou entorse de l'articulation sacro-iliaque]	6
NB52.Y	[Autres fracture du rachis lombaire ou du bassin]	6
NB52.Z	[Fracture du rachis lombaire ou du bassin, sans précision]	5
NB60	[Commotion ou œdème traumatique de la moelle épinière lombaire]	6
NB61	[Commotion ou œdème traumatique de la moelle épinière sacrée]	6
NB62	[Certaines lésions précisées de la moelle épinière lombaire]	6
NB63	[Certaines lésions précisées de la moelle épinière sacrée]	6
NB6Z	[Blessure de la moelle épinière au niveau de l'abdomen, du bas du dos ou du bassin, sans précision].	6
NB70	[Blessure de la racine nerveuse du rachis lombaire]	6
NB71	[Blessure de la racine nerveuse du rachis sacré]	6
NB72	[Blessure de la queue de cheval]	6
NB73	[Blessure du plexus lombosacré]	6
NB74	[Blessure des nerfs sympathiques lombaires, sacrés ou pelviens]	6

NB75	[Blessure de nerfs périphériques de l'abdomen, du bas du dos ou du bassin]	6
NB7Y	[Autres blessure des nerfs au niveau de l'abdomen, du bas du dos ou du bassin]	5
NB7Z	[Blessure des nerfs au niveau de l'abdomen, du bas du dos ou du bassin, sans précision].	5
NB90	[Blessure de vaisseaux sanguins au niveau de l'abdomen, du bas du dos ou du bassin]	
NB90.0	[Blessure de l'aorte abdominale]	1
NB90.1	[Blessure de la veine cave inférieure]	1
NB90.2	[Blessure de l'artère cœliaque]	3
NB90.3	[Blessure de l'artère mésentérique]	
NB90.4	[Blessure du portail ou de la veine splénique]	2
NB90.5	[Blessure des vaisseaux sanguins rénaux]	5
NB90.6	[Blessure des vaisseaux sanguins iliaques]	3
NB90.7	[Blessure de multiples vaisseaux sanguins au niveau de l'abdomen, du des lombes ou du bassin]	2
NB90.Y	[Lésion d'autres vaisseaux sanguins spécifiés au niveau de l'abdomen, du bas du dos ou du bassin]	5
NB90.Z	[Lésion d'un vaisseau sanguin non précisé au niveau de l'abdomen, du bas du dos ou du bassin]	5
NB91	[Blessure d'organes intraabdominaux]	3
NB92	[Blessure des organes urinaires ou pelviens]	5
NB93	[Écrasement ou amputation traumatique d'une partie de l'abdomen, des lombes ou du bassin]	
NB93.0	[Écrasement des organes génitaux externes]	6
NB93.1	[Écrasement de parties autres ou non précisées de l'abdomen, des lombes ou du bassin]	5
NB93.2	[Amputation traumatique des organes génitaux externes].	4
NB93.3	[Amputation traumatique de parties autres ou non précisées de l'abdomen, des lombes ou du bassin].	3
NB94	[Blessure du muscle, du fascia ou du tendon de l'abdomen, des lombes ou du bassin].	6
NB95	[Blessure d'organe intraabdominal avec organe pelvien]	3
NB96	[Autres lésions traumatiques multiples de l'abdomen, des lombes ou du bassin]	4
NB97	[Certaines lésions traumatiques précisées de l'abdomen, des lombes ou du bassin]	6

NB98	[Blessure d'organe génital féminin sans autre précision]	5
NB99	[Blessure d'organe génital masculin sans autre précision]	5
NB9Y	[Autres lésions traumatiques précisées de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire ou du bassin]	4
NB9Z	[Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire ou du bassin, sans précision]	4
NC10	[Lésion traumatique superficielle de l'épaule ou du bras]	6
NC11	[Plaie ouverte de l'épaule ou du bras]	
NC11.0	[Lacération sans corps étranger dans l'épaule ou le bras]	6
NC11.1	[Lacération de l'épaule ou du bras avec corps étranger]	6
NC11.2	[Plaie punctiforme de l'épaule ou du bras sans corps étranger]	6
NC11.3	[Plaie punctiforme de l'épaule ou du bras avec corps étranger]	6
NC11.4	[Morsure ouverte de l'épaule ou du bras]	6
NC11.5	[Plaies ouvertes multiples de l'épaule ou du bras]	6
NC11.Y	[Autres plaie ouverte de l'épaule ou du bras]	5
NC11.Z	[Plaie ouverte de l'épaule ou du bras, sans précision]	5
NC12	[Fracture de l'épaule ou du bras]	
NC12.0	[Fracture de la clavicule]	6
NC12.1	[Fracture de l'omoplate]	5
NC12.2	[Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus]	5
NC12.3	[Fracture de la diaphyse de l'humérus]	5
NC12.4	[Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus]	6
NC12.5	[Fractures multiples de la clavicule, omoplate ou humérus]	5
NC12.6	[Fracture d'autres parties de l'épaule ou du bras]	5
NC12.7	[Fracture de la ceinture scapulaire, partie non précisée]	5
NC12.Z	[Fracture de l'épaule ou du bras, sans précision]	5
NC13	[Luxation ou foulure ou entorse des articulations ou des ligaments de la ceinture scapulaire].	6
NC14	[Blessure des nerfs de l'épaule ou du bras]	6
NC15	[Blessures des vaisseaux sanguins au niveau de l'épaule ou du bras supérieur]	
NC15.0	[Blessure de l'artère axillaire]	3
NC15.1	[Blessure de l'artère brachiale]	3
NC15.2	[Blessure de la veine axillaire ou brachiale]	5
NC15.3	[Blessure de la veine superficielle de l'épaule ou du bras]	5
NC15.4	[Blessure de multiples vaisseaux sanguins de l'épaule ou du bras]	5

NC15.Y	[Autres blessures précisées des vaisseaux sanguins au niveau de l'épaule ou du bras supérieur]	5
NC15.Z	[Lésion d'un vaisseau sanguin non spécifié au niveau de l'épaule ou du bras]	5
NC16	[Blessure du muscle, du fascia, du tendon ou de la bourse séreuse de l'épaule ou du bras]	6
NC17	[Écrasement de l'épaule ou du bras]	5
NC18	[Amputation traumatique de l'épaule ou du bras]	3
NC19	[Lésions traumatiques multiples de l'épaule ou du bras]	5
NC1Y	[Autres lésions traumatiques à l'épaule ou au bras]	6
NC1Z	[Lésions traumatiques à l'épaule ou au bras, sans précision]	6
NC30	[Lésion traumatique superficielle de l'avant-bras]	6
NC31	[Plaie ouverte de l'avant-bras]	6
NC32	[Fracture de l'avant-bras]	5
NC33	[Luxation ou foulure ou entorse des articulations ou des ligaments du coude]	6
NC34	[Lésion des nerfs au niveau de l'avant-bras]	6
NC35	[Lésion des vaisseaux sanguins au niveau de l'avant-bras]	
NC35.0	[Blessure de l'artère ulnaire de l'avant-bras]	6
NC35.1	[Blessure de l'artère radiale de l'avant-bras]	5
NC35.2	[Blessure de la veine de l'avant-bras]	5
NC35.3	[Blessure de multiples vaisseaux sanguins de l'avant-bras]	5
NC35.Y	[Lésion d'autres vaisseaux sanguins spécifiés au niveau de l'avant-bras]	6
NC35.Z	[Lésion d'un vaisseau sanguin non spécifié au niveau de l'avant-bras]	6
NC36	[Lésion du muscle, du fascia, du tendon ou de la bourse séreuse de l'avant-bras]	6
NC37	[Écrasement de l'avant-bras]	6
NC38	[Amputation traumatique de l'avant-bras]	4
NC39	[Lésions traumatiques multiples de l'avant-bras]	4
NC3Y	[Autres lésions traumatiques du coude ou de l'avant-bras]	6
NC3Z	[Lésions traumatiques du coude ou de l'avant-bras, sans précision]	5
NC50	[Blessure de l'ongle]	5
NC51	[Blessure superficielle du poignet ou de la main]	6
NC52	[Plaie ouverte du poignet ou de la main]	6
NC53	[Fracture au niveau du poignet ou de la main]	
NC53.0	[Fracture de l'os scaphoïde de la main]	6

NC53.1	[Fracture d'autres os du carpe]	6
NC53.2	[Fracture du premier métacarpien]	6
NC53.3	[Fracture d'autres os métacarpiens]	6
NC53.4	[Fractures multiples des os métacarpiens]	6
NC53.5	[Fracture de l'os du pouce]	6
NC53.6	[Fracture d'autres os du doigt]	6
NC53.7	[Fractures multiples des doigts]	6
NC53.Y	[Fracture à un autre niveau spécifié du poignet ou de la main].	5
NC53.Z	[Fracture au niveau du poignet ou de la main, sans précision]	5
NC54	[Luxation ou foulure ou entorse des articulations ou des ligaments au niveau du poignet ou de la main]	6
NC55	[Blessure des nerfs au niveau du poignet ou de la main]	6
NC56	[Blessure de vaisseaux sanguins au niveau du poignet ou de la main]	
NC56.0	[Blessure de l'artère ulnaire au niveau du poignet ou de la main]	6
NC56.1	[Blessure de l'artère radiale au niveau du poignet ou de la main]	5
NC56.2	[Blessure de l'arc palmaire superficiel]	6
NC56.3	[Blessure de l'arc palmaire profond]	6
NC56.4	[Blessure de vaisseau sanguin du pouce]	6
NC56.5	[Blessure de vaisseau sanguin d'autres doigts]	6
NC56.6	[Blessure de multiples vaisseaux sanguins au niveau du poignet ou de la main]	6
NC56.Y	[Lésion d'autres vaisseaux sanguins précisés au niveau du poignet et de la main]	5
NC56.Z	[Blessure de vaisseaux sanguins au niveau du poignet ou de la main, sans précision]	5
NC57	[Blessure du muscle, du fascia ou du tendon au niveau du poignet ou de la main]	6
NC58	[Écrasement du poignet ou de la main]	6
NC59	[Amputation traumatique du poignet ou de la main]	
NC59.0	[Amputation traumatique du pouce]	6
NC59.1	[Amputation traumatique d'un autre doigt seul]	6
NC59.2	[Amputation traumatique isolée de deux doigts ou plus]	6
NC59.3	[Amputation traumatique de doigt combinée avec d'autres parties du poignet ou de la main]	6
NC59.4	[Amputation traumatique de la main au niveau métacarpien]	6
NC59.Z	[Amputation traumatique du poignet ou de la main, sans précision]	4
NC5A	[Lésions traumatiques multiples du poignet ou de la main]	5

NC5Y	[Autres lésions traumatiques du poignet ou de la main]	5
NC5Z	[Lésions traumatiques du poignet ou de la main, sans précision]	5
NC70	[Lésion multiple superficielle de la hanche ou de la cuisse]	6
NC71	[Plaie ouverte de la hanche ou de la cuisse]	6
NC72	[Fracture du fémur]	
NC72.0	[Fracture de la tête du fémur]	3
NC72.1	[Fracture de l'épiphyse supérieure du fémur]	3
NC72.2	[Fracture du col du fémur]	3
NC72.3	[Fracture de la section trochantérienne du fémur]	3
NC72.4	[Fracture soustrochantérienne du fémur]	3
NC72.5	[Fracture de la diaphyse du fémur]	4
NC72.6	[Fracture de l'extrémité inférieure du fémur]	4
NC72.7	[Fractures multiples du fémur]	4
NC72.8	[Fractures d'autres parties du fémur]	4
NC72.Y	[Autres fracture du fémur]	4
NC72.Z	[Fracture du fémur, sans précision]	4
NC73	[Luxation ou foulure ou entorse de l'articulation ou des ligaments de la hanche]	6
NC74	[Blessure des nerfs au niveau de la hanche ou de la cuisse]	
NC74.0	[Blessure du nerf sciatique au niveau de la hanche ou de la cuisse]	6
NC74.1	[Blessure du nerf fémoral au niveau de la hanche ou de la cuisse]	6
NC74.2	[Blessure de nerf cutané sensitif de la hanche ou de la cuisse]	5
NC74.3	[Blessure de multiples nerfs au niveau de la hanche ou de la cuisse]	5
NC74.Y	[Lésion d'autres nerfs précisés au niveau de la hanche ou de la cuisse]	6
NC74.Z	[Lésion d'un nerf non précisé au niveau de la hanche ou de la cuisse]	6
NC75	[Blessure de vaisseaux sanguins au niveau de la hanche ou de la cuisse]	
NC75.0	[Blessure de l'artère fémorale]	4
NC75.1	[Blessure de la veine fémorale au niveau de la hanche ou de la cuisse]	5
NC75.2	[Blessure de la veine saphène interne au niveau de la hanche ou de la cuisse]	6
NC75.3	[Blessure de multiples vaisseaux sanguins au niveau de la hanche ou de la cuisse]	5
NC75.Y	[Lésion d'autres vaisseaux sanguins précisés au niveau de la hanche et de la cuisse]	6

NC75.Z	[Lésion d'un vaisseau sanguin non précisé au niveau de la hanche ou de la cuisse]	6
NC76	[Blessure du muscle, du fascia, du tendon ou de la bourse séreuse au niveau de la hanche ou de la cuisse]	6
NC77	[Écrasement de la hanche ou de la cuisse]	5
NC78	[Amputation traumatique de la hanche ou de la cuisse]	3
NC79	[Lésions traumatiques multiples de la hanche ou de la cuisse]	5
NC7Y	[Autres lésions multiples de la hanche ou de la cuisse]	5
NC7Z	[Lésions multiples de la hanche ou de la cuisse, sans précision]	5
NC90	[Blessure superficielle du genou ou de la jambe]	6
NC91	[Plaie ouverte du genou ou de la jambe]	6
NC92	[Fracture de la jambe, y compris la cheville]	5
NC93	[Luxation, foulure ou entorse des articulations ou des ligaments du genou]	6
NC94	[Blessure des nerfs de la jambe]	6
NC95	[Blessure de vaisseaux sanguins de la jambe]	
NC95.0	[Blessure de l'artère poplitée]	5
NC95.1	[Blessure de l'artère tibiale antérieure]	6
NC95.2	[Blessure de l'artère tibiale postérieure]	6
NC95.3	[Blessure de l'artère péronière]	6
NC95.4	[Blessure de la veine saphène interne de la jambe]	5
NC95.5	[Blessure de la veine saphène externe de la jambe]	6
NC95.6	[Blessure de la veine poplitée]	6
NC95.7	[Blessure de multiples vaisseaux sanguins de la jambe]	5
NC95.Y	[Lésion d'autres vaisseaux sanguins précisés au niveau de la jambe inférieure]	6
NC95.Z	[Lésion d'un vaisseau sanguin non précisé au niveau de la jambe inférieure]	5
NC96	[Blessure du muscle, du fascia, du tendon ou de la bourse séreuse de la partie inférieure de la jambe]	
NC96.0	[Blessure du tendon d'Achille]	6
NC96.1	[Blessure d'autres muscles, fascias ou tendons du groupe de muscles postérieurs au niveau de la partie de la jambe].	6
NC96.2	[Blessure du muscle, du fascia ou du tendon du groupe musculaire antérieur de la jambe]	6
NC96.3	[Blessure du muscle, du fascia ou du tendon du groupe musculaire péronier de la jambe]	6
NC96.4	[Blessure de multiples muscles, fascias ou tendons de la jambe]	6

NC96.5	[Blessure de la bourse séreuse du genou]	5
NC96.Y	[Lésion d'un autre muscle, aponévrose, tendon ou bourse séreuse précisé au niveau de la jambe inférieure]	5
NC96.Z	[Lésion d'un muscle, d'une aponévrose, d'un tendon ou d'une bourse non précisée au niveau de la jambe inférieure]	6
NC97	[Écrasement de la jambe]	
NC97.0	[Écrasement du genou]	6
NC97.Y	[Blessure par écrasement d'une autre partie précisée de la jambe inférieure]	5
NC97.Z	[Écrasement de la jambe, sans précision]	5
NC98	[Amputation traumatique de la jambe]	
NC98.0	[Amputation traumatique de la jambe droite au niveau du genou]	3
NC98.1	[Amputation traumatique de la jambe gauche au niveau du genou]	3
NC98.2	[Amputation traumatique au niveau du genou, bilatérale]	3
NC98.3	[Amputation traumatique entre le genou droit et la cheville]	3
NC98.4	[Amputation traumatique entre le genou gauche et la cheville]	3
NC98.5	[Amputation traumatique entre le genou et la cheville, bilatérale]	3
NC98.Y	[Autres amputation traumatique de la jambe]	4
NC98.Z	[Amputation traumatique de la jambe, sans précision]	4
NC99	[Lésions traumatiques multiples de la jambe]	5
NC9Y	[Autres lésions traumatiques du genou ou de la jambe]	5
NC9Z	[Lésions traumatiques du genou ou de la jambe, sans précision]	5
ND10	[Blessure de l'ongle de l'orteil]	6
ND11	[Blessure superficielle de la cheville ou du pied]	6
ND12	[Plaie ouverte de la cheville ou du pied]	6
ND13	[Fracture du pied, à l'exception de la cheville]	6
ND14	[Luxation ou foulure ou entorse des articulations ou des ligaments au niveau de la cheville ou du pied]	6
ND15	[Blessure des nerfs au niveau de la cheville ou du pied]	6
ND16	[Blessure des vaisseaux sanguins de la cheville ou du pied]	
ND16.0	[Blessure de l'artère dorsale du pied]	6
ND16.1	[Blessure de l'artère plantaire du pied]	5
ND16.2	[Blessure de la veine dorsale du pied]	6
ND16.3	[Blessure de multiples vaisseaux sanguins au niveau de la cheville ou du pied]	6
ND16.Y	[Lésion d'autres vaisseaux sanguins précisés au niveau de la cheville et du pied]	6

ND16.Z	[Lésion d'un vaisseau sanguin non spécifié au niveau de la cheville ou du pied]	6
ND17	[Blessure du muscle, du fascia ou du tendon au niveau de la cheville ou du pied]	6
ND18	[Écrasement de la cheville ou du pied]	
ND18.0	[Écrasement de la cheville]	6
ND18.1	[Écrasement de l'orteil]	5
ND18.2	[Écrasement d'autres parties de la cheville ou du pied]	6
ND18.Z	[Écrasement de la cheville ou du pied, sans précision]	6
ND19	[Amputation traumatique de la cheville ou du pied]	
ND19.0	[Amputation traumatique du pied droit au niveau de la cheville].	4
ND19.1	[Amputation traumatique du pied gauche au niveau de la cheville].	4
ND19.2	[Amputation traumatique du pied au niveau de la cheville, bilatérale].	4
ND19.3	[Amputation traumatique du pied droit au niveau du métatarse].	6
ND19.4	[Amputation traumatique du pied gauche au niveau du métatarse].	6
ND19.5	[Amputation traumatique du pied au niveau du métatarse, bilatérale].	6
ND19.6	[Amputation traumatique d'un orteil]	6
ND19.7	[Amputation traumatique de deux orteils ou plus]	6
ND19.8	[Amputation traumatique d'autres parties du pied]	6
ND19.Z	[Amputation traumatique de la cheville ou du pied, sans précision]	6
ND1A	[Lésions traumatiques multiples de la cheville ou du pied]	5
ND1Y	[Autres lésions traumatiques à la cheville ou au pied]	5
ND1Z	[Lésions traumatiques à la cheville ou au pied, sans précision]	5
ND30	[Lésions traumatiques superficielles de plusieurs parties du corps]	6
ND31	[Plaies ouvertes de plusieurs parties du corps]	5
ND32	[Fractures de plusieurs parties du corps]	3
ND33	[Luxations, foulures ou entorses de plusieurs parties du corps]	5
ND34	[Écrasement de plusieurs parties du corps]	5
ND35	[Amputations traumatiques de plusieurs parties du corps]	5
ND36	[Autres lésions traumatiques de plusieurs parties du corps, non classées ailleurs]	3
ND37	[Lésions traumatiques multiples non précisées]	2
ND50	[Fracture du rachis, niveau non précisé]	5
ND51	[Autres lésions traumatiques du rachis ou du tronc, niveau non précisé]	
ND51.0	[Luxation ou foulure ou entorse de l'articulation ou du ligament non précisés du tronc]	6

ND51.1	[Blessure de nerf, de racine nerveuse ou de plexus rachidien du tronc, non précisée]	4
ND51.2	[Blessure de la moelle épinière, niveau non précisé]	3
ND51.3	[Blessure de muscle, de fascia ou de tendon non précisés du tronc]	6
ND51.4	[Écrasement du rachis ou du tronc, niveau non précisé]	5
ND51.Y	[Autres lésions spécifiques de la colonne vertébrale ou du tronc, niveau non précisé]	5
ND51.Z	[Lésions non précisées de la colonne vertébrale ou du tronc, niveau non spécifié]	5
ND52	[Fracture du bras, niveau non précisé]	5
ND53	[Autres lésions traumatiques du bras, niveau non précisé]	6
ND54	[Fracture de la jambe, niveau non précisé]	5
ND55	[Autres lésions traumatiques de la jambe, niveau non précisé]	6
ND56	[Blessure d'une partie du corps non précisée]	
ND56.0	[Blessure superficielle d'une partie du corps non précisée]	6
ND56.1	[Plaie ouverte d'une partie du corps non précisée]	5
ND56.2	[Fracture d'une partie du corps non précisée]	5
ND56.3	[Luxation ou foulure ou entorse de localisation corporelle non précisée]	6
ND56.4	[Blessure du nerf de localisation corporelle non précisée]	6
ND56.5	[Blessure de vaisseau sanguin de localisation corporelle non précisée]	5
ND56.6	[Blessure des muscles ou des tendons de localisation corporelle non précisée]	6
ND56.7	[Écrasement de localisation corporelle non précisée]	2
ND56.8	[Amputation traumatique de localisation corporelle non précisée]	2
ND56.9	[Blessure compliquant la grossesse]	6
ND56.Y	[Autres blessures d'une partie du corps non précisée]	6
ND56.Z	[Lésion non spécifiée d'une partie non précisée du tronc, d'un membre ou d'une région du corps]	6
ND57	[Effet secondaire d'un traumatisme]	6
ND5Y	[Autres lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou partie du corps]	6
ND5Z	[Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou partie du corps, sans précision]	6
ND70	[Corps étranger dans la partie externe de l'œil]	
ND70.0	[Corps étranger dans la cornée]	6
ND70.1	[Corps étranger dans le sac conjonctival]	6

ND70.2	[Corps étranger de localisations multiples dans la partie externe de l'œil]	6
ND70.Y	[Corps étranger dans une autre partie spécifiée de l'œil externe]	6
ND70.Z	[Corps étranger dans la partie externe de l'œil, sans précision]	5
ND71	[Corps étranger dans l'oreille]	6
ND72	[Corps étranger dans les voies respiratoires]	5
ND73	[Corps étranger dans le tube digestif]	
ND73.0	[Corps étranger dans la bouche]	6
ND73.1	[Corps étranger de l'œsophage]	6
ND73.2	[Corps étranger dans l'estomac]	6
ND73.3	[Corps étranger dans l'intestin grêle]	5
ND73.4	[Corps étranger dans le côlon]	5
ND73.5	[Corps étranger dans l'anus ou le rectum]	6
ND73.Y	[Corps étranger dans une autre partie spécifiée du tube digestif]	6
ND73.Z	[Corps étranger dans le tube digestif, sans précision]	6
ND74	[Corps étranger dans les voies génito-urinaires]	
ND74.0	[Corps étranger dans l'urètre]	6
ND74.1	[Corps étranger dans la vessie]	6
ND74.2	[Corps étranger dans la vulve ou le vagin]	5
ND74.3	[Corps étranger dans l'utérus, toute localisation]	6
ND74.Y	[Corps étranger dans une autre partie précisée de l'appareil génito-urinaire]	6
ND74.Z	[Corps étranger dans les voies génito-urinaires, sans précision]	5
ND7Z	[Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel, sans précision]	6
ND90	[Brulure de la tête ou du cou à l'exception de la face]	
ND90.0	[Brulure de la tête ou du cou à l'exception de la face, brulure de l'épiderme]	6
ND90.1	[Brulure de la tête ou du cou à l'exception de face, brulure superficielle partielle]	6
ND90.2	[Brulure de la tête ou du cou, à l'exception de la face, brulure profonde partielle]	6
ND90.3	[Brulure de la tête et du cou, à l'exception de la face, brulure totale]	3
ND90.4	[Brulure de la tête ou du cou, à l'exception de la face, brulure profonde ou complexe]	3
ND90.Z	[Brulure de la tête et du cou, à l'exception du visage, profondeur de la Brulure non précisée]	6

ND91	[Brulure de la face à l'exception de l'œil ou de ses annexes]	
ND91.0	[Brulure de la face à l'exception de l'œil ou de ses annexes, brulure de l'épiderme]	6
ND91.1	[Brulure de la face, à l'exception de l'œil ou de ses annexes, brulure superficielle partielle]	6
ND91.2	[Brulure de la face, à l'exception de l'œil ou de ses annexes, brulure profonde partielle]	6
ND91.3	[Brulure de la face, à l'exception de l'œil ou de ses annexes, brulure totale]	3
ND91.4	[Brulure de la face, à l'exception de l'œil ou de ses annexes, brulure profonde totale ou complexe]	3
ND91.Z	[Brulure du visage à l'exception des yeux, profondeur de la Brulure non précisée]	6
ND92	[Brulure du tronc à l'exception du périnée et des organes génitaux]	
ND92.0	[Brulure du tronc à l'exception du périnée et des organes génitaux, brulure épidermique]	6
ND92.1	[Brulure du tronc à l'exception du périnée et des organes génitaux, brulure superficielle partielle]	6
ND92.2	[Brulure du tronc, à l'exception du périnée et des organes génitaux, brulure profonde partielle]	6
ND92.3	[Brulure du tronc à l'exception du périnée et des organes génitaux, brulure totale]	3
ND92.4	[Brulure du tronc à l'exception du périnée et des organes génitaux, brulure profonde totale ou complexe]	3
ND92.Z	[Brulure du tronc à l'exception du périnée et des organes génitaux, profondeur de la Brulure non précisée]	6
ND93	[Brulure du périnée ou des organes génitaux]	
ND93.0	[Brulure du périnée ou des organes génitaux, brulure de l'épiderme]	6
ND93.1	[Brulure du périnée ou des organes génitaux, brulure superficielle partielle]	6
ND93.2	[Brulure du périnée ou des organes génitaux, brulure profonde partielle]	6
ND93.3	[Brulure du périnée ou des organes génitaux, brulure totale]	3
ND93.4	[Brulure du périnée ou des organes génitaux, brulure profonde totale ou complexe]	3
ND93.Z	[Brulure du périnée et des organes génitaux, profondeur de la Brulure non précisée]	6
ND94	[Brulure de l'épaule ou du bras, à l'exception du poignet et de la main]	

ND94.0	[Brûlure de l'épaule ou du bras, à l'exception du poignet et de la main, brûlure de l'épiderme]	6
ND94.1	[Brûlure de l'épaule ou de bras, à l'exception du poignet et de la main, brûlure superficielle partielle]	6
ND94.2	[Brûlure de l'épaule ou du bras, à l'exception du poignet et de la main, brûlure profonde partielle].	6
ND94.3	[Brûlure de l'épaule ou du bras, à l'exception du poignet et de la main, brûlure totale]	5
ND94.4	[Brûlure de l'épaule ou du bras, à l'exception de poignet et main, brûlure profonde totale ou complexe]	5
ND94.Z	[Brûlure de l'épaule ou du bras, à l'exception du poignet et de la main, sans précision].	6
ND95	[Brûlure du poignet ou de la main]	
ND95.0	[Brûlure du poignet ou de la main, brûlure de l'épiderme]	6
ND95.1	[Brûlure du poignet ou de la main, brûlure superficielle partielle]	6
ND95.2	[Brûlure du poignet ou de la main, brûlure profonde partielle]	6
ND95.3	[Brûlure du poignet ou de la main, brûlure totale]	5
ND95.4	[Brûlure du poignet ou de la main, brûlure profonde totale ou complexe]	5
ND95.Z	[Brûlure du poignet et de la main, profondeur de la Brûlure non précisée]	6
ND96	[Brûlure de la hanche ou de la jambe, à l'exception de la cheville et du pied]	
ND96.0	[Brûlure de la hanche ou de la jambe, à l'exception de la cheville et du pied, brûlure de l'épiderme]	6
ND96.1	[Brûlure de la hanche ou de la jambe, à l'exception de la cheville et du pied, brûlure superficielle partielle].	6
ND96.2	[Brûlure de la hanche ou de la jambe, à l'exception de la cheville et du pied, brûlure profonde partielle].	6
ND96.3	[Brûlure de la hanche ou de la jambe, à l'exception de la cheville et du pied, brûlure totale]	5
ND96.4	[Brûlure de la hanche ou de la jambe, à l'exception de la cheville et du pied, brûlure profonde totale ou complexe]	5
ND96.Z	[Brûlure de la hanche et de la jambe, à l'exception de la cheville et du pied, profondeur de la Brûlure non précisée]	6
ND97	[Brûlure de la cheville ou du pied]	
ND97.0	[Brûlure de la cheville ou du pied, brûlure épidermique]	6
ND97.1	[Brûlure de la cheville ou du pied, brûlure superficielle partielle]	6
ND97.2	[Brûlure de la cheville ou du pied, brûlure profonde partielle]	6

ND97.3	[Brulure de la cheville ou du pied, brulure totale]	5
ND97.4	[Brulure de la cheville ou du pied, brulure profonde totale ou complexe]	5
ND97.Z	[Brulure de la cheville et du pied, profondeur de la Brulure non précisée]	6
ND99.1	[Brulure chimique due à un contact cutané avec une substance corrosive]	6
ND99	[Blessure cutanée aigüe due à un contact cutané avec une substance corrosive]	6
ND9Y	[Brulures de la surface externe du corps, autre site spécifié]	6
ND9Z	[Brulures de la surface externe du corps, site non spécifié]	6
NE00	[Brulure de l'œil ou ses annexes]	6
NE01	[Brulure des voies respiratoires]	3
NE02	[Brulure d'autres organes internes]	3
NE0Z	[Brulures d'un organe interne non précisé]	6
NE10	[Brulures de parties multiples du corps]	6
NE11	[Brulure d'une partie du corps non précisée]	6
NE2Z	[Brulures, sans précision]	3
NE40	[Gelure superficielle]	6
NE41	[Gelure avec nécrose tissulaire]	6
NE42	[Gelure de parties multiples du corps]	6
NE4Z	[Gelure, sans précision]	5
NF00	[Effets de rayonnements, non classés ailleurs]	6
NF01	[Effets de la chaleur]	
NF01.0	[Coup de chaleur]	3
NF01.1	[Syncope du fait de la chaleur]	6
NF01.2	[Épuisement du fait de la chaleur due à une déshydratation]	6
NF01.3	[Fatigue du fait de la chaleur, transitoire]	6
NF01.Y	[Autres effets de la chaleur]	6
NF01.Z	[Effets de la chaleur, sans précision]	5
NF02	[Hypothermie]	3
NF03	[Autres effets d'une baisse de la température]	
NF03.0	[Engelures]	5
NF03.1	[Main ou pied d'immersion]	6
NF03.Y	[Autres effets précisés de la température réduite]	4
NF03.Z	[Effets non précisés de la température réduite]	4
NF04	[Effets de la pression atmosphérique ou de la pression de l'eau]	

NF04.0	[Barotraumatisme de l'oreille]	5
NF04.1	[Barotraumatisme des sinus]	4
NF04.2	[Maladie des caissons]	5
NF04.3	[Effets des fluides à haute pression]	6
NF04.Y	[Autres effets de la pression atmosphérique ou de la pression de l'eau]	6
NF04.Z	[Effets de la pression atmosphérique ou de la pression de l'eau, sans précision].	5
NF05	[Asphyxie]	1
NF06	[Effets d'un exercice physique intense]	
NF06.0	[Coup de chaleur lors d'effort]	3
NF06.1	[Hypotension posturale après effort]	6
NF06.2	[Déshydratation après effort]	6
NF06.3	[Crampe musculaire d'effort]	
NF06.Y	[Autres effets d'un exercice physique intense]	6
NF06.Z	[Effets d'un exercice physique intense, sans précision]	6
NF07	[Effets d'autres privations]	
NF07.0	[Effets de la faim]	3
NF07.1	[Effets de la soif]	5
NF07.2	[Épuisement dû à une exposition]	6
NF07.Y	[Autres effets de privation précisés].	6
NF07.Z	[Effets d'autres privations, sans précision]	6
NF08	[Effets de certaines autres causes externes précisées]	
NF08.0	[Effets de la foudre]	4
NF08.1	[Noyade ou submersion non-mortelle]	2
NF08.2	[Effets des vibrations]	6
NF08.3	[Mal des transports]	6
NF08.4	[Effets du courant électrique]	3
NF0Y	[Autres effets précisés de causes externes]	6
NF0Z	[Effets non précisés de causes externes]	6
NF2Y	[Autres blessures précisées, empoisonnement ou certaines autres conséquences de causes externes]	6
NF2Z	[Blessure non précisée, empoisonnement ou certaines autres conséquences de causes externes]	6

3.14.6 Liste des affections mal définies

Utilisez ce tableau à l'étape SP7. Les affections figurant dans ce tableau sont considérées comme mal définies et ne doivent pas être utilisées comme cause initiale du décès.

Code ou chapitre	Titre de la catégorie
MC82	Arrêt cardiaque
BD10-BD1Z	Insuffisance cardiaque dans BD10- ; précisée comme aigüe (XT5R)
BA2Z	Hypotension, sans précision
BE2Y	Autres maladies précisées du système circulatoire
BE2Z	Maladies du système circulatoire, non précisées
CB41.0	Insuffisance respiratoire aigüe
CB41.2	Insuffisance respiratoire, non spécifiée comme aigüe ou chronique
KB2D	Insuffisance respiratoire du nouveau-né
KB2E	Arrêt respiratoire du nouveau-né
Chapitre 21	Symptômes, signes ou résultats cliniques, non classés ailleurs ; à l'exception des affections énumérées ci-dessous : <i>MA15 Résultats microbiologiques dans le sang, les organes hématopoïétiques ou le système immunitaire</i> <i>MG43 Symptômes et signes relatifs à la consommation de nourriture et de liquides</i> <i>MG44.1 Retard du développement physiologique normal attendu</i> <i>MH11 Syndrome de mort subite du nourrisson</i>

3.14.7 Liste des affections qui peuvent causer une maladie du VIH

Cette liste doit être utilisée pour soutenir les instructions spéciales sur les séquences acceptées et rejetées Étapes SP3-SP4 pour évaluer la séquence pour les décès où le VIH est signalé sur le certificat de décès. Notez que cette liste n'est pas complète et doit être considérée comme indicative. Accepter le VIH en raison de :

Code	Catégorie
<i>Tumeurs malignes</i>	
2B50-2E2Z	Tumeurs malignes, à l' exception des tumeurs primitives des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques, du système nerveux central ou des tissus apparentés
<i>Certaines anémies ou autres troubles érythrocytaires</i>	
3A00-3A03	Anémies nutritionnelles ou métaboliques
3A10-3A4Z	Anémies hémolytiques
3A60-3A6Z	Aplasie érythrocytaire pure
3A50	Thalassémies
3A51	Drépanocytose ou autres hémoglobinopathies
3A70	Aplasie médullaire
3A71	Anémie due à une maladie chronique
3A72	Anémie sidéroblastique
3A73	Anémie dysérythropoïétique congénitale
3A90	Anémie due à une maladie aigüe
3A9Y	Autres anémies et troubles érythrocytaires précisés
3A9Z	Anémies ou autres troubles érythrocytaires, non précisés
3B10-3B6Z	Défauts de coagulation, purpura ou autres affections hémorragiques ou apparentées.
<i>Certains troubles dus à la consommation de substances ou à des comportements de dépendance</i>	
6C43	Troubles dus à l'utilisation d'opioïdes
6C44	Troubles dus à l'utilisation de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques
6C45	Troubles dus à la consommation de cocaïne
6C46	Troubles dus à l'utilisation de stimulants, y compris les amphétamines, la méthamphétamine ou la méthcathinone

6C48	Troubles dus à la consommation de caféine
6C49	Troubles dus à l'utilisation d'hallucinogènes
6C4C	Troubles dus à la consommation de MDMA ou de drogues apparentées, y compris le MDA
6C4D	Troubles dus à l'utilisation de drogues dissociatives, notamment la kétamine et la phencyclidine [PCP].
6C4E	Troubles dus à la consommation d'autres substances psychoactives spécifiées, y compris les médicaments
6C4F	Troubles dus à la consommation de plusieurs substances psychoactives spécifiées, y compris les médicaments
6C4G	Troubles dus à la consommation de substances psychoactives inconnues ou non spécifiées
6C4Y	Autres troubles spécifiés dus à la consommation de substances
6C4Z	Troubles dus à la consommation de substances, non spécifiés

Preuve de laboratoire du VIH

MA14.0

Preuve en laboratoire du virus de l'immunodéficience humaine

***Certai
nes
bles
ures***

	Tête	Cou	Th ora x	Abdo men	Bras supérie ur	Avant- bras	Poignet Main	Hanche	Ja mb e inf éri eu re	Chevil le Pied
--	------	-----	----------------	-------------	-----------------------	----------------	-----------------	--------	---	----------------------

Plaie ouverte	NA01	NA21	NA81	NB51	NC11	NC31		NC71	NC91	
Fracture	NA02	NA22	NA82	NB52	NC12	NC32		NC72	NC92	
Lésion des vaisseaux sanguins	NA05	NA60		NB90	NC15	NC35	NC56	NC75	NC95	ND16
Lésion d'organes				NB91 NB92						
Blessure par écrasement	NA08	NA62	NB33	NB93	NC17	NC37	NC58	NC77	NC97	ND18
Amputation traumatique	NA09	NA63	NC18	NC38	NC59	NC78	NC98	ND19		
Lacération d'un muscle, d'un fascia ou d'un tendon	NA0A.11	NA61.1	NB34.1	NB94.3 NB94.4 NB94.5	NC16.01 NC16.11 NC16.21 NC16.31 NC16.41	NC36.01 NC36.11 NC36.21 NC36.31 NC36.41 NC36.51		NC76.01 NC76.11 NC76.21 NC76.31	NC96.01 NC96.11 NC96.21 NC96.31	
Blessures multiples	NA0A.3	NA64	NB35	NB95 NB96	NC19	NC39	NC5A	NC79	NC99	ND1A

Autres ou certaines blessures spécifiées	NA0 A.0 NA0 A.Y	NA 6Y	NB 3Y	NB97 NB98 NB99 NB9Y	NC1Y	NC3Y	NC5Y	NC7Y	NC 9Y	ND1Y
Blessures, non spécifiées	NA0 Z	NA 6Z	NB 3Z	NB9Z	NC1Z	NC3Z	NC5Z	NC7Z	NC 9Z	ND1Z
				Blessures corporelles multiples	Partie non précisée du tronc, du membre, etc.	Bras	Jambes	Région du corps non spécifiée		

Lésion superficielle			ND53.Y	ND55	
Plaie ouverte	ND31	ND51.Y	ND53.Y	ND55	ND56.1
Fracture	ND32	ND50 (colonne vertébrale)	ND52	ND54	ND56.2
Dislocations, foulures ou entorses	ND33		ND53.Y	ND55	
Blessure par écrasement	ND34			ND55	ND56.7
Amputation traumatique	ND35	ND51.Y	ND53.Y	ND55	ND56.8
Autres blessures spécifiées	ND36	ND51.Y	ND53.Y	ND55	ND56.5 (Vaisseau sanguin) ND56.Y
Blessures, non spécifiées	ND37	ND51.Z	ND53.Z	ND55	ND56.Z

Certaines blessures (suite)

ND70-ND7Z

Effets d'un corps étranger pénétrant
par un orifice naturel

ND90-NE2Z

Brulures

NE80

Blessure ou préjudice survenant après
une perfusion, une transfusion ou une
injection thérapeutique, non classé
ailleurs

Certaines causes de préjudice ou de blessure liées aux soins de santé

PK80-PK8Z

Procédures chirurgicales ou autres
procédures médicales associées à des
blessures ou à des dommages dans le
cadre d'un usage diagnostique ou
thérapeutique

PL11.0

Couper, perforer ou déchirer, comme
mode de blessure ou de préjudice

PL11.4

Défaut de précautions stériles, comme
mode de blessure ou de préjudice

PL14.4

Autre problème lié à la transfusion

3.14.8 Liste des affections qui peuvent causer le diabète sucré

Cette liste doit être utilisée à l'appui des instructions spéciales sur les séquences acceptées et rejetées Étapes SP3-SP4 pour évaluer la séquence pour les décès où le diabète sucré est signalé sur le certificat de décès.

5A10 Diabète sucré de type 1

1D82.1	Pancréatite cytomégalo virale
5B52	Malnutrition aigüe chez les nourrissons, les enfants ou les adolescents
5B71	Carence en protéines
5B7Z	Dénutrition non précisée

5A11 Diabète sucré de type 2

5A70	Syndrome de Cushing
5B52	Malnutrition aigüe chez les nourrissons, les enfants ou les adolescents
5B71	Carence en protéines
5B7Z	Dénutrition non précisée

5A12 Diabète sucré lié à la malnutrition

5B52	Malnutrition aigüe chez les nourrissons, les enfants ou les adolescents
5B71	Carence en protéines
5B7Z	Dénutrition non précisée

5A13 Diabète sucré, autre type précisé ou 5A14 Diabète sucré, type non précisé

1D82.1	Pancréatite à cytomégalo virus
1D80.4	Pancréatite due au virus des oreillons
2C10	Tumeur maligne du pancréas
2D81	Métastase d'une tumeur maligne dans le pancréas
2E92.8	Tumeur bénigne du pancréas
2E92.9	Tumeur bénigne du pancréas endocrine
4A40-4A4Z	Troubles auto-immuns systémiques non spécifiques à un organe
5A02	Thyrotoxicose
5A03	Thyroidite
5A60.0	Acromégalie ou gigantisme hypophysaire
5A70	Syndrome de Cushing
5B52	Malnutrition aigüe chez les nourrissons, les enfants ou les adolescents (<i>pour 5A14 uniquement</i>)
5B71	Déficit protéique (<i>pour 5A14 uniquement</i>)
5B7Z	Dénutrition non précisée (<i>* pour 5A14 uniquement</i>)

5C58.1	Porphyries
5C64.1	Troubles du métabolisme du fer
5D41	Hypoinsulinémie postinterventionnelle
6C40.1	Mode de consommation nocif de l'alcool
6C40.2	Dépendance à l'alcool
8A01.10	La maladie de Huntington
8A03	Troubles ataxiques
8A0Z	Troubles du mouvement, sans précision
8C71	Troubles myotoniques
CA25	Mucoviscidose
DC31	Pancréatite aigüe
DC32	Pancréatite chronique
DC3Z	Maladies du pancréas, non spécifiées
JA63.2	Diabète sucré survenant pendant la grossesse
KA62.8	Syndrome de la rubéole congénitale
LD20-LD2Z	Anomalies ou syndromes de développement multiples
LD40.0	Trisomie 21 complète
DL50.0	Syndrome de Turner
DL50.3	Syndrome de Klinefelter
LD52.1	Homme avec double ou multiple Y
LD53	Anomalies structurelles du chromosome Y
LD54	Homme avec mosaïcisme des chromosomes sexuels
LD5Y	Autres anomalies précisées des chromosomes sexuels
LD7Y	Autres anomalies chromosomiques précisées, à l'exclusion des mutations génétiques
NB91.4	Lésion du pancréas
NE60	Effets nocifs des drogues, médicaments ou substances biologiques, non classés ailleurs
PL00	Drogues, médicaments ou substances biologiques associés à des blessures ou à des dommages au cours de leur usage thérapeutique

3.14.9 Liste des affections à considérer comme des conséquences évidentes de la chirurgie et d'autres procédures médicales invasives

La liste de cette section contient des affections qui pourraient se développer en tant que complications d'une chirurgie ou d'autres procédures médicales invasives. Cela ne signifie

pas que les affections figurant sur la liste doivent toujours être considérées comme des complications, et les restrictions suivantes s'appliquent :

- Ne considérez pas une affection figurant sur la liste comme une complication d'une opération chirurgicale ou d'une procédure médicale invasive si l'opération ou la procédure a été effectuée plus de quatre semaines avant le décès.
- Ne considérez pas une affection figurant sur la liste comme une complication d'une intervention chirurgicale ou d'une procédure invasive s'il existe des preuves que l'affection était présente avant la réalisation de l'intervention chirurgicale ou de la procédure invasive.
- Ne considérez pas une affection marquée par la mention "**OCPR**" (**Other Cause of Procedure Required**) comme une complication d'une intervention chirurgicale ou d'un acte invasif, sauf si le certificat fait état d'une autre affection du même site qui a été traitée par une intervention chirurgicale ou un autre acte invasif.
- Ne considérez pas une affection marquée par '**DSAP**' (**Duration Stated, developed After Procedure**) comme une complication, à moins qu'il ne soit clairement établi que l'affection s'est développée après la chirurgie ou l'intervention invasive.
- Notez que les adhérences doivent être considérées comme des complications d'une chirurgie ou d'une intervention invasive dans le même site ou la même région, même après plus de quatre semaines depuis la date de la chirurgie ou de l'intervention invasive. Si l'intervention a été effectuée plus d'un an avant le décès, utilisez les codes pour les séquelles de soins médicaux.

3.14.9.1 Liste des affections à considérer comme des conséquences directes de la chirurgie

Infections	Drapeau
Abcès	ACPR
Bactériémie	
Fistule	ACPR, et pour une intervention du même site ou de la même région uniquement
Gangrène gazeuse	
Infection, hémolytique	
Infection NOS	DIAP
Infection de la plaie chirurgicale	
Sepsis	
Septique	
Hémorragie, hémolyse	Drapeau
Coagulopathie, consommation	
Coagulation intravasculaire disséminée (CIVD)	
Hémorragie NOS	
Hémorragie, gastro-intestinale	ACPR
Hémorragie, intra-abdominale	ACPR
Hémorragie, rectale	ACPR
Hémorragie, plaie chirurgicale	
Hémorragie, localisation précisée	Pour une intervention du même site ou de la même région uniquement
Hématémèse	ACPR
Hématome	ACPR
Hémothorax	ACPR
Hémolyse	
Méléna	ACPR
Complications cardiaques	Drapeau
Arrêt cardiaque	
Arythmie NOS	DIAP
Asystolie	
Bloc, cardiaque	DIAP

Défaillance/insuffisance, cardiaque	
Fibrillation auriculaire	DIAP
Fibrillation, ventriculaire	
Infarctus (myocardique)	
Ischémie, myocardique (aigüe)	
Rupture, myocardique	
Complications cérébrovasculaires et autres complications cérébrales	Drapeau
Apoplexie	DIAP
Dommmages, cerveau (anoxique)	DIAP
Embolie cérébrale	DIAP
Hémorragie, cérébrale/intracrânienne	DIAP
Infarctus, cérébral	DIAP
Ischémie, cérébrale/cérébrovasculaire	DIAP
Lésion, cérébrale/cérébrovasculaire	DIAP
Méningite	DIAP
Œdème, cérébral	DIAP
Accident vasculaire cérébral	DIAP
Thrombose, cérébrale	DIAP
Autres complications vasculaires	Drapeau
Arrêt circulatoire	
Embolie (artérielle)	
Embolie, graisse/air	
Embolie, air	
Embolie, pulmonaire	
Embolie, veineuse	
Défaillance/insuffisance, circulatoire	
Hypotension	
Infarctus, pulmonaire	
Infarctus (toute localisation)	
Occlusion (toute localisation)	

Phlébite (toute localisation)	
Phlébothrombose (toute localisation)	
Thrombophlébite (toute localisation)	
Thrombose, artérielle	
Thrombose, veineuse	
Thrombose SAI (toute localisation)	
Complications respiratoires	Drapeau
Syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA)	
Alcalose et acidose, respiratoire	
Arrêt respiratoire	
Aspiration	
Atélectasie	
Bronchite	DIAP
Effusion, plèvre	
Empyème	ACPR
Fistule, bronchopleurale ou œsophagienne	ACPR
Défaillance/insuffisance, pulmonaire	
Défaillance/insuffisance respiratoire	
Médiastinite	
Obstruction, voies aériennes supérieures	ACPR
Œdème, laryngé	ACPR
Œdème/hypostase, pulmonaire	
Pneumonie	
Pneumothorax	ACPR
Complications gastro-intestinales	Drapeau
Abcès, intra-abdominal	ACPR
Constipation	ACPR
Dilatation, gastrique	ACPR
Trouble, circulatoire, gastro-intestinal	ACPR
Embolie, mésentérique	ACPR

Insuffisance hépatique	DIAP
Fistule, biliaire/intestinale/rectovaginale	ACPR
Iléus	ACPR
Ischémie, intestinale	ACPR
Nécrose, gastro-intestinale	ACPR
Obstruction, intestinale (mécanique)	ACPR
Péritonite	ACPR
Ulcère, gastro-intestinal (stress)	ACPR
Volvulus	ACPR
Complications rénales et urinaires	Drapeau
Anurie	
Insuffisance/insuffisance rénale	
Fistule, urinaire	ACPR
Infection, urinaire	
Pyélonéphrite	DIAP
Rétention, urine	
Rétrécissement, urètre	ACPR
Urémie	
Urosepsis	
Autres complications	Drapeau
Adhérences	Pour une intervention du même site ou de la même région uniquement
Syndrome de compartiment	ACPR
Complication(s) NOS	
Crise, thyrotoxique	DIAP
Déplacement, prothèse	
Défaillance, (multi)organes	
Gangrène	
Insuffisance, anastomose	ACPR
Nécrose, graisse/plaie	ACPR
Crises (épileptiques)	DIAP
Choc NOS	

Choc, anaphylactique

Ulcère de décubitus

3.14.9.2 Liste des affections à considérer comme des conséquences directes d'autres procédures médicales invasives

Conséquences évidentes du cathétérisme cardiaque [PK80.11](#)

Intervention cardiaque pour la réparation d'une anomalie congénitale associée à une blessure ou un dommage, approche percutanée [PK80.15](#) Autre intervention cardiaque associée à une blessure ou un dommage, approche percutanée.

Sepsis, choc septique

Bactériémie

SARM

Sepsis fongique

Fongémie

Infection de cathéter ou de port vasculaire

Thrombophlébite septique

Endocardite infectieuse

Infarctus du myocarde

Seulement si indiqué
comme suite au
cathétérisme

Thrombose coronaire

Seulement si indiqué
comme suite au
cathétérisme

Embolie coronaire

Seulement si indiqué
comme suite au
cathétérisme

Rupture coronaire

Seulement si indiqué
comme suite au
cathétérisme

Arrêt cardiaque

Embolie cardiaque

Syndrome embolique du cholestérol

Embolie pulmonaire

Hémorragie

Perte de sang

Hémopéritoine

Choc cardiogénique

Seulement si indiqué
comme suite au
cathétérisme

Choc hypotensif

Seulement si indiqué
comme suite au
cathétérisme

Conséquences évidentes de l'aspiration d'un fluide [PK81.2](#)

Aspiration ou drainage d'une cavité corporelle ou d'une collection de fluide associée à une blessure ou à un dommage au cours d'un usage thérapeutique*.

Hémothorax

Si l'aspiration ou la
ponction du même site

Hémorragie

Si l'aspiration ou la
ponction du même site

Conséquences évidentes de la biopsie [PK81.4](#) Aspiration ou biopsie de moelle osseuse associée à une blessure ou à un préjudice dans l'utilisation thérapeutique [PK81.5](#) Biopsie, non classée ailleurs, associée à une blessure ou à un préjudice au cours d'un usage thérapeutique.

Hémorragie

Si du même site

Pneumothorax

Si du même site

Adhérences

Si du même site

Conséquences évidentes de la dialyse rénale PK81.6 Dialyse associée à une blessure ou à un préjudice au cours d'une usage thérapeutique.

Sepsis, choc septique

Bactériémie

SARM

Endocardite infectieuse

Sepsis fongique

Fongémie

Infection de cathéter ou de port vasculaire

Thrombophlébite septique

Péritonite

Pneumonie

Hypotension (pendant la dialyse)

Choc hypovolémique

Hémorragie

Conséquences évidentes de l'utilisation d'une sonde d'alimentation, PEG PK81.8 Insertion d'une sonde associée à une blessure ou à un préjudice au cours d'un usage thérapeutique.

Pneumonie par aspiration

Infection de la plaie abdominale

Infection de la paroi abdominale

Conséquences évidentes de la réanimation PK81.E

Réanimation cardio-pulmonaire associée à une blessure ou à un préjudice au cours d'un usage thérapeutique.

Fracture(s) de côte

Autres procédures chirurgicales ou médicales PK8Y Autres procédures chirurgicales ou médicales spécifiées associées à une blessure ou à un préjudice au cours d'un usage diagnostique ou thérapeutique.

Conséquences évidentes de la pose d'un cathéter intraveineux/artériel

Sepsis, choc septique

Bactériémie

SARM

Sepsis fongique

Fongémie

Infection de cathéter ou d'abord vasculaire

Thrombophlébite septique

Si infection du site du cathéter/port

Endocardite infectieuse

Si infection du site du cathéter/port

Cellulite

Si infection du site du cathéter/port

Abcès

Si infection du site du cathéter/port

Hématome

Si infection du site du cathéter/port

Hémorragie

Si infection du site du cathéter/port

Hémothorax

Si infection du site du cathéter/port

Conséquences évidentes d'une greffe de moelle osseuse

Sepsis, choc septique

Bactériémie

SARM

Sepsis fongique

Fongémie

Fasciite nécrosante

Thrombocytopénie

Maladie du greffon contre l'hôte

Conséquences évidentes des procédures et thérapies radiologiques

Péricardite

Si la radiation du même site

Maladie pulmonaire restrictive

Si la radiation du même site

Obstruction de l'intestin grêle

Si la radiation du même site

Myélite cervicale

Si la radiation du même site

Fibrose (interstitielle)

Si la radiation du même site

Ostéonécrose

Si la radiation du même site

Inflammation muqueuse

Si la radiation du même site

Fistule

Si la radiation du même site

Rétrécissement ou cicatrice

Si la radiation du même site

Conséquences évidentes du cathétérisme urinaire PK93.10

Dispositifs de gastro-entérologie ou d'urologie associés à une blessure ou à un préjudice, cathéter urinaire.

Infection des voies urinaires

Urosepsis

10 Liste des affections peu susceptibles de causer un décès

Utilisez ce tableau à l'étape SP8 Les affections de ce tableau sont peu susceptibles de causer le décès.

Code	Titre
1A94.0	Infection à l'herpès simplex des organes génitaux ou du tractus urogénital
1B21.2	Infection cutanée à mycobactéries non tuberculeuses
1B72	Impétigo
1C10.Y	Autres formes spécifiées d'actinomyose
1C20	Conjonctivite à Chlamydia
1C23	Trachome
1D84	Conjonctivite virale
1E76	Molluscum contagiosum
1E80	Verrues communes
1F00.0	Infection à l'herpès simplex de la peau ou des muqueuses
1F00.1	Infection de l'œil par l'herpès simplex
1F00.Y	Autres infections à herpès simplex spécifiées
1F0Y	Autres infections virales spécifiées caractérisées par des lésions de la peau ou des muqueuses
1F28	Dermatophytose
1F2D	Dermatomycoses superficielles non dermatophytes
1G00	Pédiculose
1G03	Phthiriasis
6A00	Troubles du développement intellectuel
6A01	Troubles du développement de la parole ou du langage
6A02	Trouble du spectre autistique
6A03	Trouble du développement de l'apprentissage
6A04	Trouble de la coordination motrice du développement
6A06	Trouble des mouvements stéréotypés
6A0Y	Autres troubles neurodéveloppementaux précisés
6A0Z	Troubles neurodéveloppementaux, sans précision
6B84	Pica
6B8Y	Autres troubles spécifiés de l'alimentation ou du comportement alimentaire
6B8Z	Troubles de l'alimentation ou du comportement alimentaire, non spécifiés
6C00	Énurésie
6C01	Encoprésie
6C20	Trouble de la détresse corporelle
6C50- 6C5Z	Troubles dus à des comportements addictifs
6C70- 6C7Z	Troubles du contrôle des impulsions

6D10- 6D11	Troubles de la personnalité et traits connexes
6D30- 6D3Z	Troubles paraphiliques
6D50- 6D5Z	Troubles factices
7A00- 7A0Z	Troubles de l'insomnie
7A25	Hypersomnie associée à un trouble mental
7A26	Syndrome du sommeil insuffisant
7A82	Crampes aux jambes liées au sommeil
7A83	Bruxisme lié au sommeil
7A85	Myoclonie bénigne du sommeil du nourrisson
7A86	Myoclonie propriospinale au début du sommeil
7A88	Trouble du mouvement lié au sommeil dû à un médicament ou à une substance
7A8Y	Autres troubles du mouvement précisés liés au sommeil
7A8Z	Troubles du mouvement liés au sommeil, sans précision
7B00.1	Somnambulisme
7B00.2	Terreurs nocturnes
7B01.2	Cauchemars
7B01.Y	Autres parasomnies précisées liées au sommeil paradoxal
7B01.Z	Parasomnies liées au sommeil paradoxal, sans précision
7B2Y	Autres troubles précisés du sommeil et de l'éveil
7B2Z	Troubles du sommeil et de l'éveil, sans précision
8A05	Tics
8A80	Migraine
8A81	Céphalée de type tension
8A82	Céphalalgies autonomes du trijumeau
8B10	Accident ischémique transitoire
8B82	Troubles du nerf trijumeau
8B88	Troubles du nerf facial
8B90- 8B9Z	Troubles des racines nerveuses ou du plexus
8C10	Mononeuropathies du membre supérieur
8C11	Mononeuropathies du membre inférieur
8C12.1	Mononeuritis multiplex

8E43.00	Syndrome du membre fantôme
9A00- 9A0Z	Troubles de la paupière ou de la zone péri-oculaire
9A10- 9A1Z	Troubles de l'appareil lacrymal
9A60- 9B3Z	Troubles du globe oculaire - segment antérieur
9B50- 9C0Z	Troubles du globe oculaire - segment postérieur
9C40- 9C4Z	Troubles des voies ou des centres visuels
9C60- 9C6Z	Glaucome ou suspicion de glaucome
9C80- 9C8Z	Strabisme ou troubles de la motilité oculaire
9D00- 9D0Z	Troubles de la réfraction ou de l'accommodation
9D50- 9D7Z	Altération des fonctions visuelles
9D90- 9D9Z	Déficiência visuelle
9E1Y	Autres maladies précisées du système visuel
9E1Z	Maladies du système visuel, sans précision
AA10- AA6Z	Maladies de l'oreille externe
AB33	Otosclérose
AB37	Effets du bruit sur l'oreille interne
AB3Y	Autres maladies précisées de l'oreille interne
AB3Z	Maladies de l'oreille interne, sans précision
AB50- AB5Z	Troubles avec déficiência auditive
AB70- AB7Y	Troubles de l'oreille, non classés ailleurs
AC0Y	Autres maladies précisées de l'oreille ou de l'apophyse mastoïde
AC0Z	Maladies de l'oreille ou de l'apophyse mastoïde, sans précision
BD90.0	Lymphadénite aigüe
CA00	Rhinopharyngite aigüe
CA04	Laryngopharyngite aigüe

CA07	Infections aiguës des voies respiratoires supérieures de sites multiples et non précisés
CA08	Rhinite vasomotrice ou allergique
CA0D	Déviations de la cloison nasale
CA0F	Maladies chroniques des amygdales ou des adénoïdes
CA0J	Polype nasal
DA03	Maladies de la langue
DA04	Maladies des glandes salivaires
DA05	Kystes de la région buccale ou visage-cou
DA06	Certaines maladies spécifiées des mâchoires
DA07	Troubles du développement ou de l'éruption des dents
DA08	Maladies des tissus durs des dents
DA09	Maladies de la pulpe ou des tissus périapicaux
DA0A	Certains troubles spécifiés des dents ou des structures de soutien
DA0B	Maladies gingivales
DA0C	Maladie parodontale
DA0D	Certains troubles spécifiés de la crête gingivale ou alvéolaire édentée
DA0E	Anomalies dento-faciales
DA0F	Troubles sensoriels affectant le complexe orofacial
DA0F.0	Syndrome de la bouche brûlante
DA0Y	Autres maladies ou troubles spécifiés du complexe orofacial
DA0Z	Maladies ou troubles du complexe orofacial, non spécifié
EA10	Pityriasis rosea
EA12	Acrodermatite papulaire infantile
EA80- EA8Z	Dermatite et eczéma
EA91	Lichen plan
EA92	Dermatoses lichénoïdes
EA93	Pityriasis lichenoides
EA94	Pityriasis rubra pilaris
EA95	Parapsoriasis à petites plaques
EB20- EB2Y	Dermatoses neutrophiliques
EB30	Cellulite éosinophile
EB60- EB61	Dermatoses inflammatoires cicatricielles ou sclérosantes
EB90.1	Mucinose cutanée

EC10- EC7Y	Troubles génétiques et du développement affectant la peau, sauf EC31 Epidermolyse bulleuse jonctionnelle
EC90- EC9Y	Perturbations de la sensation cutanée
ED00- ED2Z	Affections psychologiques ou psychiatriques affectant la peau
ED50- EE21	Troubles cutanés impliquant des structures cutanées spécifiques
EE40- EE7Y	Troubles du tissu conjonctif cutané
EE60- EE6Y	Fibromatoses et chéloïdes
EE80- EE8Y	Affections histiocyto-granulomateuses de la peau
EF40.0	Capillaritis
EG40- EG9Z	Troubles cutanés touchant certaines régions spécifiques du corps
EH40.0	Dermatite séborrhéique infantile
EH40.1	Dermatoses infantiles de la serviette
EH75	Photosensibilité due au médicament
EH92	Dermatoses provoquées par le frottement ou le stress mécanique
EH93	Dermatoses dues à des corps étrangers
EJ0Y	Dermatoses provoquées ou exacerbées par l'exposition au froid
EJ10-EJ1Y	Dermatoses provoquées par la chaleur ou l'électricité
EJ20-EJ2Y	Effets chroniques des rayonnements ultraviolets sur la peau
EJ30	Photodermatoses auto-immunes ou autres
EJ40-EJ4Z	Effets aigus du rayonnement ultraviolet sur la peau normale
EJ6Y	Autres dermatoses spécifiées provoquées par la lumière ou les rayons UV
EJ71-EJ7Z	Dermatoses dues aux rayonnements ionisants
EK00	Dermatite de contact allergique
EK01	Dermatite de contact photo-allergique
EK02	Dermatite de contact irritante
EK11	Dermatite de contact aux protéines
EK12	Sensibilisation allergique de contact
EK20- EK2Z	Réactions phototoxiques au contact de la peau avec des agents photoactifs
EK5Y	Autres troubles cutanés spécifiés provoqués par des facteurs externes
EK70	Kystes cutanés

EK90.0	Kératose actinique
EK91.0	Parapsoriasis à grandes plaques
EM0Y	Autres maladies spécifiées de la peau
EM0Z	Maladie de la peau de nature non précisée
FA22	Polymyalgie rhumatismale
FA30	Déformations acquises des doigts ou des orteils
FA31	Autres déformations acquises des membres
FA32	Affections de la rotule
FA33	Dérangement interne du genou
FA34	Certains dérangements articulaires spécifiés
FA35	Usure de la surface d'appui articulaire d'une prothèse articulaire
FA36	Effusion de l'articulation
FA37	Certains troubles articulaires, non classés ailleurs
FA5Y	Autres arthropathies précisées
FA5Z	Arthropathies, sans précision
FA70.0	Kyphose
FA70.2	Lordosis
FA71	Torticolis
FA82	Sténose spinale
FB10	Instabilités vertébrales
FB1Y	Autres affections spécifiées associées à la colonne vertébrale
FB1Z	Affections associées à la colonne vertébrale, non spécifiées
FB30	Myosite infectieuse
FB40	Ténosynovite
FB41	Rupture spontanée de la synovie ou du tendon
FB42	Certains troubles spécifiés de la synovie ou du tendon
FB50	Bursite
FB52	Troubles des tissus mous dans les maladies classées ailleurs
FB53	Lésions de l'épaule
FB54	Enthésopathies du membre inférieur
FB55	Certaines enthésopathies précisées
FB56	Troubles spécifiés des tissus mous, non classés ailleurs
FB6Z	Troubles des tissus mous, sans précision
FC00	Certaines déformations acquises précisées du système musculosquelettique ou du tissu conjonctif, non classées ailleurs
GA12	Dyspareunie

GA13	Anomalies acquises de la vulve ou du périnée
GA14	Anomalies acquises du vagin
GA15	Anomalies acquises du col de l'utérus
GA16	Anomalies acquises de l'utérus, à l'exception du col de l'utérus
GA1Y	Autres troubles non inflammatoires spécifiés de l'appareil génital féminin
GA1Z	Troubles non inflammatoires de l'appareil génital féminin, sans précision
GA20- GA2Z	Saignement utérin ou vaginal anormal
GA30.02	Saignements excessifs en période préménopausique
GA31	Infertilité féminine
GA33	Perte récurrente de grossesse
GA34	Douleur pelvienne féminine associée aux organes génitaux ou au cycle menstruel
GB04	Infertilité masculine
GB05	Prépuce redondant, phimosis ou paraphimosis
GB20	Maladie mammaire bénigne
GB23.0	Ectasie du canal mammaire
HA00- HA8Z	Chapitre 17 Affections liées à la santé sexuelle
LA10- LA1Z	Anomalies de développement structurel de l'œil, de la paupière ou de l'appareil lacrymal
LA20- LA2Z	Anomalies structurelles du développement de l'oreille
LA30- LA5Z	Anomalies de développement structurel du visage, de la bouche ou des dents
LA60- LA6Z	Anomalies structurelles du développement du cou
LB60- LB6Z	Anomalies structurelles du développement du sein
LB70.00	Plagiocéphalie
LB74	Anomalies de développement structurel de la ceinture pelvienne
LB75	Brachydactylie
LB76	Pouce triphalangien
LB77	Hyperphalangie
LB78	Polydactylie
LB79	Syndactylie
LB80	Déformations congénitales des doigts
LB90	Défauts de formation des joints

LB91	Luxation congénitale de l'épaule
LB92	Dislocation congénitale du coude
LB93	Luxation congénitale du genou
LB94	Luxation congénitale de la rotule
LB95	Aplasie ou hypoplasie de la rotule
LB96	Arc congénital des os longs
LB98	Déformations congénitales des pieds
LB99	Défauts de réduction du membre supérieur
LB9A	Défauts de réduction du membre inférieur
LB9B	Défauts de réduction des membres supérieurs et inférieurs
LB9Y	Autres anomalies structurelles spécifiées du développement du squelette
LB9Z	Anomalies de développement structurel du squelette, non précisées
LC00- LC7Z	Anomalies structurelles du développement de la peau
NA00	Blessure superficielle de la tête
NA06.4	Lésion de la conjonctive ou abrasion de la cornée sans mention de corps étranger
NA06.9	Contusion du globe oculaire ou des tissus orbitaires
NA06.Y	Autre blessure spécifiée de l'œil ou de l'orbite
NA20	Lésion superficielle du cou
NA80	Lésion superficielle du thorax
NB50	Blessure superficielle de l'abdomen, du bas du dos ou du bassin
NC10	Blessure superficielle de l'épaule ou du bras
NC30	Lésion superficielle de l'avant-bras
NC51	Blessure superficielle du poignet ou de la main
NC70	Lésion superficielle de la hanche ou de la cuisse
NC90	Blessure superficielle du genou ou de la jambe inférieure
ND11	Blessure superficielle de la cheville ou du pied
ND56.0	Lésion superficielle d'une région du corps non précisée
ND90.0	Brûlure de la tête ou du cou, à l'exception du visage, Brûlure épidermique
ND92.0	Brûlure du tronc, sauf le périnée ou les organes génitaux, Brûlure épidermique
ND94.0	Brûlure de l'épaule ou du bras, à l'exception du poignet ou de la main, Brûlure épidermique
ND95.0	Brûlure du poignet ou de la main, Brûlure épidermique
ND96.0	Brûlure de la hanche ou de la jambe, sauf la cheville ou le pied, Brûlure épidermique

ND97.0 Brulure de la cheville ou du pied, Brulure épidermique

3.14.11 Liste des catégories limitées aux, ou plus susceptibles de se produire chez les personnes de sexe féminin

Code	Titre
1C14	Tétanos obstétrical
1F23.10	Candidose vulvovaginale
2B58.1	Léiomyosarcome de l'utérus
2B5C	Sarcome stromal de l'endomètre, site primaire
2B5D.0	Tumeur mixte épithéliale-mésenchymateuse maligne de l'ovaire
2B5D.1	Tumeur mixte maligne épithéliale et mésenchymateuse du corps utérin
2B5F.0	Sarcome, non classé ailleurs, de l'utérus
2B5G	Myosarcome de l'utérus, partie non spécifiée
2C65	Syndrome héréditaire du cancer du sein et des ovaires
2C70- 2C7Z	Tumeurs malignes des organes génitaux féminins
2E05	Métastases de néoplasmes malins dans l'appareil reproducteur féminin
2E66	Carcinome in situ du col de l'utérus
2E67.0	Carcinome in situ de l'endomètre
2E67.1	Carcinome in situ de la vulve
2E67.2	Carcinome in situ du vagin
2E67.3	Carcinome in situ d'autres organes génitaux féminins ou non spécifiés
2E86.0	Léiomyome de l'utérus
2E88	Tumeur stromale endométriale bénigne
2F31	Tumeurs bénignes non mésenchymateuses de l'utérus
2F32	Tumeur bénigne de l'ovaire
2F33	Tumeur bénigne d'autres organes génitaux féminins ou non spécifiés
2F76	Tumeurs de comportement incertain des organes génitaux féminins
2F96	Tumeurs de comportement inconnu des organes génitaux féminins
4A45.2	Syndrome des anti-phospholipides pendant la grossesse
5A71.0	Troubles du développement sexuel 46,XX induits par des androgènes d'origine fœtale
5A71.1	Troubles du développement sexuel 46,XX induits par des androgènes d'origine maternelle
5A80	Dysfonctionnement ovarien
5D44	Insuffisance ovarienne postinterventionnelle
6E20	Troubles mentaux ou comportementaux associés à la grossesse, à l'accouchement et à la puerpéralité, sans symptômes psychotiques.
6E21	Troubles mentaux ou comportementaux associés à la grossesse, à l'accouchement ou à la puerpéralité, avec des symptômes psychotiques.

6E2Z	Troubles mentaux ou comportementaux associés à la grossesse, à l'accouchement et à la puerpéralité, non spécifiés
BD75.2	Varices vulvaires
EA83.00	Lichen simplex de la vulve
EA87.1	Dermatite ou eczéma des organes génitaux féminins
EB60.0	Lichen sclérosé de la vulve
ED61.11	Macule mélanotique vulvaire
ED70.1	Perte de cheveux de type féminin
ED70.31	Effluvium télogène post-partum
EE40.10	Vergetures de la grossesse
EK02.13	Dermatite de contact irritante de la vulve
FB83.10	Ostéoporose idiopathique préménopausique
FB83.11	Ostéoporose post-ménopausique
FC01.9	Ostéoporose post-ovariectomie
GA00- GA6Z	Maladies de l'appareil génital féminin
GB23.4	Galactorrhée non associée à l'accouchement
GC04.1	Fistules impliquant l'appareil génital féminin
GC04.2	Fistule urétérale
GC40- GC4Z	Dysfonctionnement du plancher pelvien féminin
GC50.10	Absence ou diminution de la sensation de la vessie associée à un prolapsus des organes pelviens.
GC51	Mutilation génitale féminine
GC70	Adhérences postopératoires du vagin
GC71	Prolapsus de la voûte vaginale après hystérectomie
GC77	Saignement utérin non menstruel postinterventionnel
GC78	Maladie inflammatoire pelvienne féminine aigüe postinterventionnelle
HA01.0	Dysfonctionnement de l'excitation sexuelle féminine
HA20	Trouble de la douleur sexuelle et de la pénétration
JA00-JB6Z	Grossesse, accouchement ou puerpéralité
KA83.9	Hémorragie vaginale ou utérine néonatale
LA90.32	Malformations artérioveineuses utérines
LB40- LB4Z	Anomalies structurelles du développement de l'appareil génital féminin
LD2A.1	dysgénésie gonadique 46,XY
LD2A.4	46,XY trouble du développement sexuel dû à une résistance aux androgènes

DL50.0	Syndrome de Turner
DL50.1	Caryotype 47,XXX
DL50.2	Mosaïcisme, lignées avec différents nombres de chromosomes X
LD50.Y	Autres anomalies à nombre spécifié du chromosome X
LD50.Y	Autres anomalies à nombre spécifié du chromosome X
LD50.Z	Nombre d'anomalies du chromosome X, non spécifié
LD90.4	Le syndrome de Rett
MF30- MF3Y	Symptômes, signes ou résultats cliniques concernant l'appareil génital féminin
MF60- MF6Z	Résultats cliniques dans les spécimens d'organes génitaux féminins
MG24.01	Peur du cancer du sein féminin
MG24.D	Peur des complications de la grossesse
MG24.E	Peur des maladies sexuellement transmissibles chez la femme
MG24.F	Crainte d'une maladie des organes génitaux féminins ou des seins
NB92.4	Lésion de l'ovaire
NB92.5	Lésion de la trompe de Fallope
NB92.6	Lésion de l'utérus
NB93.02	Blessure par écrasement de la vulve
NB93.24	Amputation traumatique de la totalité de la vulve
NB93.25	Amputation traumatique d'une partie de la vulve
NB98	Lésion de l'organe génital féminin sans autre précision
ND56.9	Blessure compliquant la grossesse
ND74.2	Corps étranger dans la vulve ou le vagin
ND74.3	Corps étranger dans l'utérus, quelle qu'en soit la partie
PK80.5	Intervention gynécologique ou mammaire associée à une blessure ou à un préjudice dans le cadre d'un usage thérapeutique
PK80.7	Procédure obstétrique associée à une blessure ou à un préjudice dans l'utilisation thérapeutique
PK96	Dispositifs, implants ou greffes obstétriques ou gynécologiques associés à une blessure ou un préjudice
QA00.9	Examen gynécologique
QA09.4	Examen spécial de dépistage d'un néoplasme du col de l'utérus
QA21.0	Contact avec les services de santé pour la contraception post-coïtale
QA21.2	Contact avec les services de santé pour l'insertion d'un dispositif contraceptif
QA21.4	Contact avec les services de santé pour l'extraction menstruelle

- QA21.6 Surveillance des dispositifs contraceptifs
- QA30.00 Contact avec les services de santé pour le transfert intrafallopéen de gamètes
- QA30.01 Contact avec les services de santé pour la gestion de la procréation par insémination artificielle
- QA30.02 Contact avec les services de santé pour l'insémination de sperme médicalement assistée
- QA30.0Y Contact avec les services de santé pour une autre insémination assistée spécifiée
- QA30.0Z Contact avec les services de santé pour une insémination assistée non spécifiée
- QA30.1 Contact avec les services de santé pour la technologie de reproduction assistée
- QA30.2 Contact avec les services de santé pour d'autres méthodes de fécondation assistée
- QA30.Y Autre contact spécifié avec des services de santé pour la reproduction médicalement assistée
- QA40 Examen ou test de grossesse
- QA41 État de grossesse
- QA42 Surveillance d'une grossesse normale
- QA43 Surveillance de la grossesse à haut risque
- QA45 Dépistage prénatal
- QA46 Résultat de la livraison
- QA48 Soins ou examen post-partum
- QA49 Problèmes liés à une grossesse non désirée
- QA4A Problèmes liés à la multiparité
- QA4B Contact avec les services de santé pour des conseils sur la ménopause
- QB51.C Présence d'un dispositif contraceptif
- QB62.5 Attention au vagin artificiel
- QD31 Contact avec les services de santé pour des préoccupations concernant l'image corporelle liée à la grossesse
- QF01.10 Absence acquise d'organes génitaux féminins

3.14.12 Liste des catégories limitées à, ou plus susceptibles de se produire chez les personnes de sexe masculin

Code	Titre
1A70.00	Gonorrhée du pénis
1D80.1	Orchite due au virus des oreillons
1F23.11	Balanoposthite à Candida
2B55.2	Rhabdomyosarcome des organes génitaux masculins
2B59.2	Liposarcome des organes génitaux masculins
2C80-2C8Z	Tumeurs malignes des organes génitaux masculins
2E06	Métastases de néoplasmes malins dans les organes génitaux masculins
2E67.4	Carcinome in situ du pénis
2E67.5	Carcinome in situ de la prostate
2E67.6	Carcinome in situ d'autres organes génitaux masculins ou non spécifiés
2F34	Tumeur bénigne des organes génitaux masculins
2F77	Tumeurs de comportement incertain des organes génitaux masculins
2F97	Tumeurs de comportement inconnu des organes génitaux masculins
5A81	Dysfonctionnement testiculaire ou troubles liés à la testostérone
5D45	Hypofonctionnement testiculaire postinterventionnel
BD75.1	Varices scrotales
EA83.01	Lichen simplex des organes génitaux masculins
EA87.0	Dermatite ou eczéma des organes génitaux masculins
EB60.1	Lichen sclérosé du pénis
EC92.0	Pénoscrotodynie
ED61.10	Macule mélanotique pénienne
GA80-GB0Z	Maladies de l'appareil génital masculin
HA01.1	Dysfonctionnement érectile masculin
HA03	Dysfonctionnements éjaculatoires
LB50-LB5Z	Anomalies structurelles du développement de l'appareil génital masculin
LD2A.0	Trouble du développement sexuel ovotesticulaire
LD2A.2	Agénésie testiculaire
LD2A.3	Trouble du développement sexuel chez les 46,XY dû à un défaut du métabolisme de la testostérone.
DL50.3	Le syndrome de Klinefelter
DL50.3	Le syndrome de Klinefelter
LD52	Nombre d'anomalies du chromosome Y
LD53	Anomalies structurelles du chromosome Y
LD54	Homme avec mosaïcisme des chromosomes sexuels
MA14.1B	Antigène spécifique de la prostate positif

MF40- MF4Y	Symptômes, signes ou résultats cliniques concernant l'appareil génital masculin
MF70- MF7Z	Résultats cliniques dans les spécimens d'organes génitaux masculins
MG24.02	Peur du cancer génital masculin
MG24.G	Peur des maladies sexuellement transmissibles masculines
MG24.H	Peur de la maladie génitale masculine
NB93.00	Blessure par écrasement du pénis
NB93.01	Blessure par écrasement des testicules ou du scrotum
NB93.20	Amputation traumatique de tout le pénis
NB93.21	Amputation traumatique d'une partie du pénis
NB93.22	Amputation traumatique de l'ensemble des testicules ou du scrotum
NB93.23	Amputation traumatique d'une partie des testicules ou du scrotum
NB97.1	Pénis fracturé
NB99	Lésion de l'organe génital masculin sans autre précision
QA09.5	Examen spécial de dépistage du néoplasme de la prostate
QB82	Contact avec les services de santé pour une circoncision de routine ou rituelle
QF01.11	Absence acquise d'organes génitaux masculins

3.15 Annexe D : Différences entre la CIM-10 et la CIM-11

3.15.1 Chapitre 01 - Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 dans le chapitre 01

Le chapitre comprend plus d'éléments en infectieux que par le passé. De plus, la grippe a été déplacée du chapitre des maladies respiratoires à celui des maladies infectieuses. La tuberculose et la lèpre ont été regroupées sous la rubrique "mycoplasmes", car leur identification, leur évolution et leur traitement sont similaires. Les maladies à prions ont été déplacées vers le système nerveux.

Tableau 1 : Comparaison de la structure des blocs de la CIM-10 avec la structure équivalente de la CIM-11

Intitulé du bloc CIM-10	Structure équivalente à la CIM-11
A00-A09 Maladies intestinales infectieuses	Gastro-entérite ou colite d'origine infectieuse
A15-A19 Tuberculose	Fait partie du regroupement- Maladies mycobactériennes
A20-A28 Certaines anthroponoses bactériennes	Certaines anthroponoses bactériennes précisées, non classées ailleurs
A30-A49 Autres maladies bactériennes	Autres maladies bactériennes
A50-A64 Infections dont le mode de transmission est essentiellement sexuel	Infections transmissibles principalement par voie sexuelle
A65-A69 Autres maladies à spirochètes	Fait partie du regroupement- Autres maladies bactériennes
A70-A74 Autres maladies à Chlamydia	Fait partie du groupement - Autres maladies bactériennes
A75-A79 Rickettsioses	Fait partie du regroupement- Autres maladies bactériennes
A80-A89 Infections virales du système nerveux central	Infections virales du système nerveux central
A92-A99 Fièvres virales transmises par les arthropodes et fièvres virales hémorragiques	Séparé en deux groupes - Fièvres virales transmises par des arthropodes" et "Certaines autres maladies virales
B00-B09 Infections virales caractérisées par des lésions cutanéomuqueuses	Infections virales caractérisées par des lésions cutanées ou muqueuses
B15-B19 Hépatite virale	Hépatite virale
B20-B24 Maladie due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	Maladie du virus de l'immunodéficience humaine
B25-B34 Autres maladies virales	Certaines autres maladies virales
B35-B49 Mycoses	Infections dues à des champignons
B50-B64 Maladies dues à des protozoaires	Fait partie du regroupement- Maladies parasitaires
B65-B83 Helminthiases	Fait partie du regroupement- Maladies parasitaires
B85-B89 Pédiculoses, acaridiasse et autres infestations	Fait partie du regroupement- Maladies parasitaires
B90-B94 Séquelles de maladies infectieuses et parasitaires	Séquelles de maladies infectieuses
B95-B98 Agents d'infections bactériennes, virales et autres	Fait désormais partie des codes d'extension pour les organismes
B99-B99 Autres maladies infectieuses	Certains autres troubles d'origine infectieuse

3.15.2 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 dans le chapitre 02

La modification la plus importante de la hiérarchie du chapitre 02 est l'inclusion de certains types de morphologie dans le chapitre (que l'on trouvait auparavant dans l'annexe A de la CIM-10). Il existe maintenant des codes pré-coordonnés comprenant à la fois la morphologie et le site. D'autres types de morphologie et une plus grande spécificité de site qui ne sont pas inclus dans le chapitre 02 se trouvent dans le chapitre X, codes d'extension, et peuvent être utilisés pour la postcoordination.

Les autres changements comprennent : le regroupement de toutes les tumeurs du cerveau et du système nerveux central, quel que soit leur comportement ; le regroupement de tous les tissus hématopoïétiques et lymphoïdes ; et l'ajout du nouveau groupe Tumeurs mésenchymateuses malignes. L'ancien groupe CIM-10 Tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue a été divisé en deux groupes distincts : Tumeurs à évolution imprévisible, à l'exception des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques, du système nerveux central ou des tissus apparentés et Tumeurs à évolution inconnue, à l'exception des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques, du système nerveux central ou des tissus apparentés.

Tableau 1 : Comparaison de la structure des blocs de la CIM-10 avec la structure équivalente de la CIM-11

Intitulé du bloc CIM-10	Structure équivalente à la CIM-11
C00-C97 Tumeurs malignes	Tumeurs du cerveau ou du système nerveux central Tumeurs des tissus hématopoïétiques ou lymphoïdes Tumeurs malignes, à l'exception des tumeurs primitives des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques, du système nerveux central ou ses tissus connexes
D00-D09 Tumeurs in situ	Tumeurs in situ, à l'exception des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques, du système nerveux central ou des tissus apparentés
D10-D36 Tumeurs bénignes	Tumeurs bénignes, à l'exception des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques, du système nerveux central ou des tissus apparentés
D37-D48 Tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue	Tumeurs à évolution imprévisible, à l'exception des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques, du système nerveux central ou des tissus apparentés Tumeurs à évolution inconnue, à l'exception des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques, du système nerveux central ou des tissus apparentés

3.15.3 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 dans le chapitre 03

La CIM-10, chapitre 03 Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire a été divisée en deux chapitres : l'un pour les maladies du

sang ou des organes hématopoïétiques (Ch. 03) et l'autre pour les Maladies du système immunitaire (Ch. 04). Dans la CIM-10, il y avait cinq sections principales pour les troubles du sang qui ont maintenant été reclassées en trois sections dans la CIM-11.

Un large groupe d'anémies et autres troubles érythrocytaires contient maintenant les anémies nutritionnelles, les anémies hémolytiques et les aplasies médullaires et autres, avec des subdivisions pour les anémies acquises et congénitales.

Tableau 1 : Comparaison de la structure des blocs de la CIM-10 avec la structure équivalente de la CIM-11

Intitulé du bloc CIM-10	Structure équivalente à la CIM-11
D50-D53 Anémies nutritionnelles	Fait partie du regroupement- Anémies ou autres troubles érythrocytaires
D55-D59 Anémies hémolytiques	Fait partie du regroupement- Anémies ou autres troubles érythrocytaires
D60-D64 Anémies aplasiques et autres anémies	Fait partie du regroupement- Anémies ou autres troubles érythrocytaires
D65-D69 Anomalies de la coagulation, purpura et autres affections hémorragiques	Troubles de la coagulation, purpura ou autres affections hémorragiques ou apparentées
D70-D77 Autres maladies du sang et des organes hématopoïétiques	Concepts redistribués dans l'un des groupes suivants : Anémies ou autres troubles érythrocytaires, Troubles de la coagulation, purpura et autres affections hémorragiques et apparentées ou Maladies de la rate.
D80-D89 Certaines anomalies du système immunitaire	Passez au chapitre 04 "Maladies du système immunitaire".

3.15.4 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 04

Le chapitre 03 de la CIM-10 "Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire" a été divisé en deux chapitres : l'un pour les maladies du sang ou des organes hématopoïétiques (Ch. 03) et l'autre pour les Maladies du système immunitaire (Ch. 04). Ce nouveau chapitre (Ch. 04) a été créé pour mieux rendre compte de la complexité des processus pathologiques du système immunitaire.

Tableau 1 : Comparaison de la structure des blocs de la CIM-10 avec la structure équivalente de la CIM-11

Intitulé du bloc CIM-10	Structure équivalente à la CIM-11
D80-D89 Certaines anomalies du système immunitaire	Déficits immunitaires primitifs
	Déficits immunitaires acquis
	Maladies auto-immunes systémiques non spécifiques d'organe

Troubles auto-inflammatoires

Affections allergiques ou d'hypersensibilité

Troubles du système immunitaire intéressant la lignée blanche

Certains troubles avec atteinte du système immunitaire

Maladies du thymus

3.15.5 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 05

Des modifications et des ajouts ont été apportés au Diabète sucré avec l'inclusion de catégories pour l'hyperglycémie intermédiaire (y compris l'altération de la régulation du glucose) et les syndromes de résistance à l'insuline. La section sur les troubles nutritionnels intègre la terminologie actuelle et contient une classification détaillée pour les carences en vitamines et minéraux ainsi que pour l'obésité. La section sur les troubles métaboliques comprend également plus de détails et l'organisation des différents types de troubles métaboliques a été améliorée.

Tableau 1 : Comparaison de la structure des blocs de la CIM-10 avec la structure équivalente de la CIM-11 au chapitre 5

Intitulé du bloc CIM-10	Structure équivalente à la CIM-11
E00-E07 Affections de la glande thyroïde	Troubles de la glande thyroïde ou du système hormonal thyroïdien. La structure de cette section n'a pas changé mais a été révisée pour mieux refléter les processus pathologiques actuels.
E10-E14 Diabète sucré	Diabète sucré (spécifie le "type" de diabète sucré, c'est-à-dire type 1, type 2, autre et non précisé. Les complications "diabétiques" sont principalement liées à leur chapitre respectif sur les systèmes corporels).
E15-E16 Autres anomalies de la régulation du glucose et de la sécrétion pancréatique interne	Autres troubles de la régulation glycémique ou de la sécrétion pancréatique interne - sont restés inchangés.
E20-E35 Maladies des autres glandes endocrines	Ce bloc a été dégroupé et les sections ont été renommées pour mieux refléter les affections classées dans chaque entité : Troubles de la parathyroïde ou du système hormonal parathyroïdien Troubles du système hormonal hypophysaire Troubles des glandes surrénales ou du système hormonal surrénalien

	Troubles du système hormonal gonadique
	Certains troubles de la puberté
	Dysfonctionnement polyglandulaire
	Autres troubles endocriniens, non classés ailleurs
E40-E46 Malnutrition	Dénutrition - Deux nouvelles sous-sections ont été ajoutées pour la Dénutrition basée sur des critères anthropométriques ou cliniques et la Dénutrition due à des carences nutritionnelles spécifiques.
E50-E64 Autres carences nutritionnelles	Fait partie du regroupement- Dénutrition
E65-E68 Obésité et autres excès d'apport	Surpoids, obésité ou excès de nutriments spécifiques
E70-E90 Anomalies du métabolisme	Troubles métaboliques avec sous-sections basées sur l'étiologie

3.15.6 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 06

Les changements apportés à ce chapitre comprennent une restructuration de la hiérarchie, l'inclusion d'une terminologie plus actuelle et des regroupements spécifiques pour les épisodes uniques d'usage nocif, les habitudes d'usage nocif, la dépendance, l'intoxication et le sevrage par type de substance.

Dans la CIM-10, le nombre de grands groupes, ou "blocs", de troubles a été artificiellement limité par le système de codage décimal utilisé dans la classification, de sorte qu'il n'était possible d'avoir qu'un maximum de dix grands groupes de troubles dans le chapitre des troubles mentaux et comportementaux (correspondant aux chiffres 0 à 9). Cela signifie que certains groupements ont été créés sans être fondés sur l'utilité clinique ou les preuves scientifiques. Dans la CIM-10, par exemple, un bloc (F30-F39) est consacré aux troubles de l'humeur (affectifs), tandis que les troubles anxieux ne représentent qu'une partie d'un bloc large et hétérogène (F40-F48) appelé " Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes ". Un autre bloc - "Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques" - regroupe des troubles qui n'ont aucun rapport en termes de symptômes cliniques et de symptomatologie, si ce n'est qu'ils ont un rapport avec le corps.

Compte tenu des paramètres structurels contraints de la CIM-10, les développeurs de la classification ont fourni un ensemble raisonnable de groupements diagnostiques. Cependant, les caractéristiques structurelles plus flexibles de la CIM-11 permettent d'incorporer des caractéristiques clés basées sur les preuves scientifiques disponibles et la pratique actuelle pour une nosologie plus optimale.

Tableau 1 : Comparaison de la structure des blocs de la CIM-10 avec la structure équivalente de la CIM-11

Intitulé du bloc CIM-10	Structure équivalente à la CIM-11
F00-F09 Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	Troubles neurodéveloppementaux
F10-F19 Troubles mentaux et comportementaux liés à l'utilisation de substances psychoactives	Fait partie du regroupement- Troubles dus à l'utilisation de substances ou à des conduites addictives
F20-F29 Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	Schizophrénie ou autres troubles psychotiques primaires
F30-F39 Troubles de l'humeur (affectifs)	Troubles de l'humeur
F40-F48 Troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	Troubles anxieux ou liés à la peur
F50-F59 Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	Redistribution entre Troubles de l'alimentation ou de la nutrition, Troubles mentaux ou comportementaux associés à la grossesse, à l'accouchement et à la puerpéralité et nouveaux chapitres pour les Troubles du cycle veille-sommeil et Affections liées à la santé sexuelle.
F60-F69 Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	Troubles de la personnalité et caractéristiques apparentées
F70-F79 Retard mental	Fait partie du regroupement- Troubles neurocognitifs
F80-F89 Troubles du développement psychologique	Fait partie du regroupement- Troubles neurocognitifs
F90-F98 Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement dans l'enfance et l'adolescence	Fait partie du regroupement- Troubles neurocognitifs
F99-F99 Trouble mental, sans précision	Codes résiduels non précisés pour le chapitre

3.15.7 Le chapitre 07 est un nouvel ajout à la CIM-11 et ne figurait pas dans les éditions précédentes.

Tableau 1 : Comparaison de la structure des blocs de la CIM-10 avec la structure équivalente de la CIM-11

Emplacement précédent de la CIM-10	Structure équivalente à la CIM-11
Codes des chapitres sur la santé mentale et le système nerveux	Insomnie
Concept ne figurant pas dans la CIM-10	Troubles du mouvement liés au sommeil
Codes des chapitres sur la santé mentale et le système nerveux	Hypersomnies
Codes des chapitres Neurologie et Endocrine	Troubles respiratoires liés au sommeil
Codes du chapitre Santé mentale	Parasomnies
Codes du chapitre Neurologie	Troubles du rythme circadien veille-sommeil
Codes du chapitre Neurologie	Autres troubles précisés du cycle veille-sommeil

3.15.8 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 08

Ce chapitre a fait l'objet d'une restructuration et d'un déplacement importants des concepts antérieurs de la CIM-10. Un certain nombre de nouveaux concepts ont également été ajoutés. Les maladies cérébrovasculaires ont été déplacées vers le chapitre Neurologie et multipliées par le chapitre Circulation. L'accident ischémique transitoire (AIT) est désormais également situé sous Maladies cérébrovasculaires et apparaît dans Maladies du système nerveux.

La CIM-11 voit une refonte majeure de l'organisation des blocs qui composent le chapitre de neurologie. Le système de codage décimal restrictif de la CIM-10, avec sa capacité à ne contenir que 11 blocs de troubles par chapitre, avait pour conséquence que les blocs contenaient des entités neurologiques diverses qui ne s'emboîtaient pas logiquement, comme le bloc des troubles épisodiques et paroxystiques, contenant les céphalées, l'épilepsie, les accidents ischémiques transitoires et les troubles du sommeil. La CIM-11 positionne désormais les troubles des céphalées, l'épilepsie et les troubles cérébrovasculaires au niveau du bloc, et les troubles du sommeil au niveau du chapitre (chapitre 07).

Non seulement la structure du chapitre neurologique a changé, mais l'approche de la classification intègre également la pratique clinique actuelle et les avancées dans la compréhension des maladies neurologiques. Depuis la publication de la CIM-10, d'énormes progrès ont été réalisés dans les domaines de la génétique, de la biologie moléculaire et des technologies médicales. Une augmentation du nombre de codes est inévitable lorsqu'on réfléchit à l'avancée récente des connaissances en neurologie. L'objectif est donc de trouver un équilibre entre l'exhaustivité, l'utilité clinique et le maintien d'une approche de santé publique. Les groupes de travail ont abordé cette question en considérant les troubles les plus courants à faire figurer dans le chapitre, les variations étiologiques moins courantes de ces troubles étant soumises à une technique de "double codage". Un changement majeur qui illustre l'avancée des connaissances est l'ajout d'un bloc intitulé "Affections

paranéoplasiques et auto-immunes du système nerveux". Ce bloc contient les maladies neurologiques à médiation immunitaire, un domaine dans lequel les connaissances ont explosé ces dernières années. Un deuxième exemple de la manière dont la nouvelle version reflète les progrès de la biologie moléculaire est l'attribution aux maladies à prions du statut de bloc malgré leur rareté. Auparavant, elles figuraient dans le bloc des infections du système nerveux central, mais l'intérêt de la recherche après le problème majeur de santé publique en Europe dans les années 1990 a conduit à la découverte de nouvelles variantes des maladies à prions.

Tableau 1 : *Comparaison de la structure des blocs de la CIM-10 avec la structure équivalente de la CIM-11*

Intitulé du bloc CIM-10	Structure équivalente à la CIM-11
G00-G09 Maladies inflammatoires du système nerveux central	Cette section se trouve désormais au chapitre 1 dans un nouveau bloc intitulé Infections non-virales et non précisées du système nerveux central
G10-G14 Affections dégénératives systémiques affectant principalement le système nerveux central	Réparti entre les rubriques "Troubles du mouvement" et " Maladies du neurone moteur ou troubles apparentés".
G20-G26 Syndromes extrapyramidaux et troubles de la motricité	Troubles du mouvement
G30-G32 Autres affections dégénératives du système nerveux	Troubles avec déficience neurocognitive comme caractéristique majeure
G40-G47 Affections épisodiques et paroxystiques	Épilepsie ou crises d'épilepsie, Céphalées et Maladies cérébrovasculaires. Les troubles du cycle veille-sommeil constituent désormais un chapitre à part entière (Ch. 07)
G50-G59 Troubles des nerfs, des racines nerveuses et du plexus	Affections des nerfs, des racines et des plexus Polyneuropathie, mononeuropathie et neuropathie héréditaire
G60-G64 Polynévrites et autres affections du système nerveux périphérique	
G70-G73 Affections musculaires et des jonctions neuromusculaires	Maladies de la jonction neuromusculaire ou du muscle Paralysie cérébrale
G80-G83 Paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques	
G90-G99 Autres affections du système nerveux	Autres affections du système nerveux - les troubles suivants ont été déplacés vers leur propre groupe : Affections du système nerveux autonome, Troubles de la pression ou du débit du liquide cébrospinal, Affections non-traumatiques de la moelle épinière.
A81 Infections atypiques à virus, du système nerveux central	Maladies à prions

3.15.9 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 09

Des changements majeurs ont été apportés à la structure et à la hiérarchie de ce chapitre pour la CIM-11. La convention étiologie/manifestation (dague/astérisque) de la CIM-10 n'a pas été conservée dans la CIM-11.

Tableau 1 : Comparaison de la structure des blocs de la CIM-10 avec la structure équivalente de la CIM-11

Intitulé du bloc CIM-10	Structure équivalente à la CIM-11
H00-H06 Affections de la paupière, de l'appareil lacrymal et de l'orbite	Affections des annexes de l'œil ou de l'orbite oculaire
H10-H13 Affections de la conjonctive	Affections de la conjonctive
H15-H22 Affections de la sclérotique, de la cornée, de l'iris et du corps ciliaire	Redistribué entre les groupes Affections du globe oculaire - segment antérieur et Affections du globe oculaire - segment postérieur
H25-H28 Affections du cristallin	Affections du cristallin
H30-H36 Affections de la choroïde et de la rétine	Catégories distinctes sous Affections du globe oculaire - segment postérieur
H40-H42 Glaucome	Glaucome ou glaucome limite
H43-H45 Troubles du corps vitré et du globe oculaire	Redistribué entre les groupes Affections du globe oculaire - segment postérieur et Affections du globe oculaire affectant à la fois les segments antérieur et postérieur
H46-H48 Affections du nerf et des voies optiques	Affections des voies ou des centres optiques
H49-H52 Affections des muscles oculaires, des mouvements binoculaires, de l'accommodation et de la réfraction	Redistribué entre les groupes Strabisme ou troubles de la motilité oculaire et Troubles de la réfraction ou de l'accommodation
H53-H54 Troubles de la vision et cécité	Déficiência visuelle
H55-H59 Autres affections de l'œil et de ses annexes	Redistribué entre les groupes Nystagmus et Affections de l'œil ou des annexes de l'œil après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique

3.15.10 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 10

Ce chapitre a conservé une structure similaire à celle de la CIM-10, avec seulement quelques changements mineurs.

Tableau 1 : Comparaison de la structure des blocs de la CIM-10 avec la structure équivalente de la CIM-11

Intitulé du bloc CIM-10	Structure équivalente à la CIM-11
H60-H62 Maladies de l'oreille externe	Maladies de l'oreille externe
H65-H75 Maladies de l'oreille moyenne et de l'apophyse mastoïde	Maladies de l'oreille moyenne ou de la mastoïde
H80-H83 Maladies de l'oreille interne	Maladies de l'oreille interne
H90-H95 Autres affections de l'oreille	Redistribué dans les groupes Troubles de l'audition, Troubles de l'oreille, non classés ailleurs et Affections de l'oreille ou de l'apophyse mastoïde après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique.

3.15.11 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 11

Il y a eu une certaine restructuration et un regroupement tout au long de ce chapitre, avec l'ajout de nouveaux concepts basés sur les avancées médicales des 20 dernières années. La terminologie médicale a été mise à jour. Les sections sur l'hypertension et les maladies des valves cardiaques ont été développées. Les valvulopathies sont passées d'une classification basée sur l'étiologie (rhumatismale/non rhumatismale), suivie du type de valve et de la physiologie de la maladie, à une hiérarchie dirigée par le type de valve, puis la physiologie de la maladie, suivie de l'étiologie, conformément à la pratique clinique actuelle. Les valvulopathies non rhumatismales ont donc été déplacées de la section "Autres formes de maladies cardiaques" à la section "Valvulopathies". Le rhumatisme articulaire aigu a été déplacé au chapitre 1.

Les maladies cérébrovasculaires ont été déplacées vers le chapitre Neurologie (08) en tant que parent primaire, le chapitre Circulation étant un parent secondaire.

Tableau 1 : Comparaison de la structure des blocs de la CIM-10 avec la structure équivalente de la CIM-11 au chapitre 11

Intitulé du bloc CIM-10	Structure équivalente à la CIM-11
I00-I02 Rhumatisme articulaire aiguë	Déplacé vers le chapitre 01 Certaines maladies infectieuses ou parasitaires
I05-I09 Cardiopathies rhumatismales chroniques	Maladies des valves cardiaques - Modification de la hiérarchie pour la classification des maladies des valves cardiaques en fonction du type de valve cardiaque puis de l'étiologie
I10-I15 Maladies hypertensives	Maladies hypertensives - Reste relativement la même avec l'expansion de certaines catégories, l'hypertension essentielle comprend maintenant des sous-catégories pour l'hypertension diastolique/systolique.
I20-I25 Cardiopathies ischémiques	Cardiopathies ischémiques - Changement de la terminologie pour l'IAM afin de refléter uniquement le STEMI/NSTEMI. Inclusion d'un délai pour les anciens IAM. Élargissement des complications suivant un IAM. Nouvelle section pour les "maladies de l'artère coronaire" pour inclure l'athérosclérose coronaire, l'anévrisme de l'artère coronaire, la dissection, la fistule.
I26-I28 Affections cardiopulmonaires et maladies de la circulation pulmonaire	Cardiopathie pulmonaire ou maladies de la circulation pulmonaire - Élargissement de certaines catégories (par exemple, l'hypertension pulmonaire) pour inclure de nouveaux concepts, notamment l'hypertension pulmonaire.
I30-I52 Autres formes de cardiopathies	Ce titre de catégorie de bloc n'existe plus dans la CIM-11 et les concepts qu'il contient sont devenus des entités distinctes et ont été élargis pour inclure une nouvelle terminologie et des processus pathologiques.
I60-I69 Maladies cérébrovasculaires	Reclassé dans le chapitre 08 Maladies du système nerveux
I70-I79 Maladies des artères, artérioles et capillaires	Maladies des capillaires a été déplacé vers Maladies de la peau
I80-I89 Maladies des veines, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques ls, non classées ailleurs	Cette section a été séparée en deux blocs principaux : Maladies des veines et Troubles des vaisseaux lymphatiques ou des nœuds lymphatiques. Les varices œsophagiennes et les hémorroïdes ont été reclassées respectivement au chapitre 13 Maladies de l'appareil digestif - Troubles vasculaires de l'œsophage et Maladie vasculaire de l'anus et du canal anal.
I95-I99 Troubles autres et non précisés de l'appareil circulatoire	Expansion marquée de la section des troubles post-interventionnels avec de nouveaux codes pour les troubles post- interventionnels après réparation d'anomalies congénitales.

3.15.12 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 12

Ce chapitre a fait l'objet d'une restructuration et d'un regroupement, avec l'ajout de nouveaux concepts et l'inclusion d'une terminologie actualisée et actuelle.

- Une nouvelle section, Maladies pulmonaires d'inhalation, professionnelles et environnementales, a été ajoutée pour améliorer la classification des troubles respiratoires en fonction de leur étiologie.
- Les troubles du sommeil liés à la respiration et au contrôle respiratoire ont été déplacés dans le nouveau chapitre sur les troubles du cycle veille-sommeil (chapitre 7) et rattachés secondairement au chapitre sur les maladies de l'appareil respiratoire.
- La mucoviscidose a été déplacée vers le chapitre sur les maladies respiratoires et la multiparentalité vers le chapitre 05 "Maladies endocriniennes, nutritionnelles ou métaboliques".

Tableau 1 : *Comparaison de la structure des blocs de la CIM-10 avec la structure équivalente de la CIM-11 au chapitre 12*

Intitulé du bloc CIM-10	Structure équivalente à la CIM-11
J00 - J06 Affections aiguës des voies respiratoires supérieures	Section des affections des voies respiratoires supérieures, Maladies infectieuses par agent infectieux
J09-J18 Grippe et pneumonie	Infections pulmonaires
J20-J22 Autres infections aiguës des voies respiratoires inférieures	Regroupement dans le groupement - Infections pulmonaires
J30-J39 Autres maladies des voies respiratoires supérieures	Regroupement dans le groupe - Troubles des voies respiratoires supérieures
J40-J47 Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	Certaines maladies des voies respiratoires inférieures
J60-J70 Maladies du poumon dues à des agents externes	Maladies pulmonaires dues à des agents externes
J80-J84 Autres maladies respiratoires touchant principalement le tissu interstitiel	Maladies respiratoires affectant principalement l'interstitium pulmonaire
J85-J86 Maladies suppurées et nécrotiques des voies respiratoires inférieures	Regroupement dans le groupement - Infections pulmonaires
J90-J94 Autres affections de la plèvre	Maladies de la plèvre, du diaphragme et du médiastin
J95-J99 Autres maladies de l'appareil respiratoire	Certaines maladies de l'appareil respiratoire Les troubles respiratoires post-interventionnels ont été déplacés vers un regroupement qui leur est propre. Les affections du médiastin et du diaphragme ont été déplacés vers la section des affections de la plèvre, du diaphragme et du médiastin.

3.15.13 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 13

Ce chapitre a fait l'objet d'une restructuration et d'une modification importantes des concepts antérieurs de la CIM-10. Des groupes anatomiques détaillés ont été ajoutés à la hiérarchie, tels que "Maladies du duodénum", "Maladies du canal anal" ou "Maladies du pancréas". Des catégories indépendantes pour les troubles gastro-intestinaux fonctionnels et les maladies inflammatoires de l'intestin ont également été incluses pour couvrir de larges sites anatomiques. Des dimensions supplémentaires sont disponibles dans la section des résultats cliniques au chapitre 21 et au chapitre X "Codes d'extension" pour une utilisation

en postcoordination. Par exemple, avec et sans hémorragie, avec et sans obstruction, avec et sans ascite, latéralité et plus grande spécificité de site, etc.

Bien que la CIM-10 comprenait les maladies de la cavité buccale, des glandes salivaires et des mâchoires, la section correspondante du chapitre 13 de la CIM-11 a été améliorée dans sa structure et son contenu pour inclure les maladies ou affections du complexe orofacial.

Tableau 1 : Comparaison de la structure des blocs de la CIM-10 avec la structure équivalente de la CIM-11

Intitulé du bloc CIM-10	Structure équivalente à la CIM-11
K00-K14 Maladies de la cavité buccale, des glandes salivaires et des maxillaires	Maladies ou affections du complexe orofacial
K20-K31 Maladies de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum	Maintenant en deux groupes - Maladies de l'œsophage et Maladies de l'estomac ou du duodénum
K35-K38 Maladies de l'appendice	Maladies de l'appendice
K40-K46 Hernie	Hernies
K50-K52 Entérite et colite non infectieuses	Maintenant en deux groupes - Gastrite, sous Maladies de l'estomac ou du duodénum et Certaines colites ou proctites non infectieuses
K55-K64 Autres maladies de l'intestin	Redistribué à divers nouveaux groupes en fonction des sites anatomiques
K65-K67 Maladies du péritoine	Maladies du péritoine
K70-K77 Maladies du foie	Maladies du foie
K80-K87 Maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas	Maintenant en deux groupes - Maladies de la vésicule biliaire ou des voies biliaires et Maladies du pancréas
K90-K93 Autres maladies de l'appareil digestif	Redistribué à divers groupes, dont Affections de l'appareil digestif après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique et Résultats cliniques relatifs au système digestif

3.15.14 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 14

Le chapitre 14 a subi une restructuration majeure, avec l'ajout d'entités plus détaillées. La terminologie a été mise à jour pour être plus actuelle. Les détails proviennent de la fusion des terminologies dermatologiques américaine, britannique et allemande.

Tableau 1 : Comparaison de la structure des blocs de la CIM-10 avec la structure équivalente de la CIM-11

Intitulé du bloc CIM-10	Structure équivalente à la CIM-11
L00-L08 Infections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Certaines affections cutanées imputables à une infection ou une infestation
L10-L14 Dermatoses bulleuses	Nommé Maladies immunobulleuses de la peau et inclus dans les dermatoses inflammatoires
L20-L30 Dermatoses et eczémas	Dermatite et eczéma
L40-L45 Lésions papulo-squameuses	Dermatoses papulosquameuses (incluses dans les dermatoses inflammatoires)
L50-L54 Urticaire et érythème	Fait partie des groupes - Urticaire, angioœdème et autres affections urticariennes et Érythèmes inflammatoires et autres dermatoses inflammatoires réactives
L55-L69 Affections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané liées à une irradiation	Dermatoses provoquées par la lumière ou les rayons UV
L60-L75 Maladies des phanères et des annexes de la peau	Affections de l'épiderme et des appendices de l'épiderme
L80-L99 Autres affections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Redistribué à divers groupes au sein de la section restructurée de la peau

3.15.15 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 15

Les blocs de ce chapitre ont été réorganisés, et un nouveau bloc - Syndromes auto-inflammatoires a été ajouté au chapitre Système Immunitaire et secondairement parenté à celui-ci. Le domaine des affections de la colonne vertébrale a été restructuré et renommé "Affections associées à la colonne vertébrale".

Tableau 1 : Comparaison de la structure des blocs de la CIM-10 avec la structure équivalente de la CIM-11

Intitulé du bloc CIM-10	Structure équivalente à la CIM-11
M00-M25 Arthropathies	Arthropathies
M30-M36 Affections disséminées du tissu conjonctif	Déplacé vers le chapitre 04 "Maladies du système immunitaire".
M40-M54 Dorsopathies	Affections associées à la colonne vertébrale
M60-M79 Affections des tissus mous	Affections des tissus mous
M80-M94 Ostéopathies et chondropathies	Ostéopathies ou chondropathies
M95-M99 Autres maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Redistribué à divers groupes dont Certaines déformations acquises précisées du système musculosquelettique ou du tissu conjonctif, non classées ailleurs et Affections du système musculosquelettique après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique.

3.15.16 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 16

Le chapitre 16 a été réorganisé pour distinguer les maladies du système génital féminin, du système génital masculin et du système urinaire. Les domaines de l'aménorrhée, du dysfonctionnement ovarien, de la douleur pelvienne féminine, de l'endométriose, de l'adénomyose, de l'infertilité féminine, de l'infertilité masculine, de la perte précoce de grossesse et de l'issue de grossesse sont plus spécifiques et reflètent les connaissances scientifiques actuelles. La hiérarchie est maintenant divisée en troubles non inflammatoires et en troubles inflammatoires, qui sont eux-mêmes divisés par des groupements anatomiques. Ces groupements sont dans un ordre suivi des examens gynécologiques et obstétriques, c'est-à-dire des organes génitaux externes aux organes génitaux internes. Les tumeurs de l'appareil urinaire se trouvent principalement au chapitre 02 "Tumeurs", les anomalies structurelles du développement de l'appareil urinaire se trouvent principalement au chapitre 20 et les symptômes, signes ou observations cliniques concernant l'appareil urinaire se trouvent principalement au chapitre 21.

Toutes les maladies rénales sont désormais classées dans la catégorie principale "Maladies de l'appareil urinaire". L'insuffisance rénale aigüe et la maladie rénale chronique intègrent désormais la classification par stades actuellement utilisée, telle que proposée par *Kidney Disease | Improving Global Outcomes (KDIGO)*.

La classification des maladies glomérulaires a été restructurée et est maintenant divisée en caractéristiques cliniques/syndromes. Un nouveau bloc a été ajouté pour les maladies rénales kystiques et dysplasiques, initialement classées dans la CIM-10 au chapitre 17 'Malformations congénitales, déformations et anomalies chromosomiques', avec des entités pertinentes regroupées et basées sur les recommandations KDIGO 2015.

Tableau 1 : Comparaison de la structure des blocs de la CIM-10 avec la structure équivalente de la CIM-11

Intitulé du bloc CIM-10	Structure équivalente à la CIM-11
N00-N08 Glomérulopathies	Glomérulopathies- Classé dans Maladies du système urinaire. Cette section est maintenant classée en fonction des caractéristiques cliniques ou des syndromes. Elle comprend toujours : Le syndrome néphritique Le syndrome néphrotique La protéinurie et l'albuminurie isolées. Les subdivisions décrivant la morphologie typiquement déterminée par biopsie ont été déplacées au chapitre 21 sous la rubrique "Résultats cliniques sur des prélèvements du système urinaire". Les subdivisions décrivant les résultats de la microscopie électronique et de l'immunofluorescence ont été supprimées de la protéinurie avec lésion morphologique. Celle-ci est maintenant classée dans la catégorie Protéinurie et albuminurie isolées.
N10-N16 Maladies rénales-tubulo-interstitielles	Maladies rénales-tubulo-interstitielles - Classé dans Maladies de l'appareil urinaire. La section reste relativement la même. La nécrose tubulaire et corticale a été dissociée de l'insuffisance rénale aiguë pour constituer une entité codable distincte classée dans cette section.
N17-N19 Insuffisance rénale	Insuffisance rénale - Classé dans Maladies du système urinaire. L'insuffisance rénale aiguë n'est plus un concept groupé qui identifiait auparavant l'atteinte rénale aiguë, c'est-à-dire la nécrose tubulaire aiguë.
N20-N23 Lithiase urinaire	Lithiase urinaire - Classé parmi les maladies du système urinaire. Subdivisé en voies urinaires supérieures (comprend le rein et l'uretère) et voies urinaires inférieures (comprend la vessie et l'urètre). La colique néphrétique a été reclassée au chapitre 20 Symptômes, signes ou résultats cliniques relatifs au système génitourinaire.
N25-N29 Autres affections des reins et de l'uretère	Certaines affections précisées du rein ou de l'uretère - Classé dans Maladies de l'appareil urinaire. Reclassification des troubles liés à la taille du rein au chapitre 21 Symptômes, signes ou résultats cliniques relatifs au système génitourinaire- Modifications macroscopiques de la taille du rein
N30-N39 Autres maladies de l'appareil urinaire	Certaines maladies précisées du système urinaire - reste similaire à la CIM-10
N40-N51 Maladies des organes génitaux de l'homme	Maladies de l'appareil génital masculin - reste similaire à la CIM-10
N60-N64 Affections du sein, féminin et masculin	Affections du sein - reste similaire à la CIM-10

N70-N77 Affections inflammatoires des organes pelviens de la femme	Affections inflammatoires de l'appareil génital féminin - Classé dans Maladies de l'appareil génital féminin.
N80-N98 Affections non inflammatoires de l'appareil génital de la femme	Affections non inflammatoires de l'appareil génital féminin - Classé dans Maladies de l'appareil génital féminin
N99 Autres affections de l'appareil génito-urinaire	Autres affections de l'appareil génito-urinaire - Les affections postinterventionnelles de l'appareil génito-urinaire ont été retirées de cette section pour constituer un groupe à part entière.

3.15.17 Le chapitre 17 est un nouvel ajout à la CIM-11 et ne figurait pas dans les éditions précédentes.

Tableau 1 : Comparaison de la structure des blocs de la CIM-10 avec la structure équivalente de la CIM-11

Emplacement précédent de la CIM-10	Structure équivalente à la CIM-11
Codes de la catégorie Santé mentale F52 Dysfonctionnement sexuel, non dû à un trouble ou à une maladie organique	Dysfonctions sexuelles
Codes de la catégorie Santé mentale F52 Dysfonctionnement sexuel, non dû à un trouble ou à une maladie organique et de la catégorie Génito-urinaire N94 Douleurs et autres affections des organes génitaux de la femme et du cycle menstruel	Troubles sexuels avec douleurs
Codes de la catégorie Santé mentale F64 Troubles de l'identité sexuelle	Incongruence de genre

3.15.18 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 18

Le chapitre a été réorganisé mais le contenu reste similaire à celui de la CIM-10. Quelques modifications et ajouts ont été apportés aux sections Soins maternels liés au fœtus et à la cavité amniotique et problèmes d'accouchement éventuels et Complications du travail et de l'accouchement. Des spécifications supplémentaires ont été incluses pour "Perte de grossesse précoce". Une nouvelle section "Hémorragie obstétricale" a été ajoutée pour permettre de regrouper tous les types d'hémorragies.

Tableau 1 : Comparaison de la structure des blocs de la CIM-10 avec la structure équivalente de la CIM-11

Intitulé du bloc CIM-10	Structure équivalente à la CIM-11
000-008 Grossesse se terminant par un avortement	Interruption de grossesse
010-016 Œdème, protéinurie et hypertension au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité	Œdème, protéinurie ou troubles hypertensifs au cours de la grossesse, de l'accouchement ou la période puerpérale.
020-029 Autres affections maternelles liées principalement à la grossesse	Certaines affections maternelles précisées liées principalement à la grossesse
030-048 Soins maternels liés au fœtus et à la cavité amniotique, et problèmes possibles posés par l'accouchement	Soins maternels liés au fœtus, à la cavité amniotique ou à d'éventuels problèmes liés à l'accouchement
060-075 Complications du travail et de l'accouchement	Complications lors du travail ou de l'accouchement
080-084 Accouchement	Accouchement
085-092 Complications principalement liées à la puerpéralité	Complications principalement liées à la puerpéralité
094-099 Autres problèmes obstétricaux, non classés ailleurs	Certains problèmes obstétricaux, non classés ailleurs

3.15.19 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 19

Ce chapitre a été quelque peu réorganisé, mais il reste similaire à celui de la CIM-10. Il y a un nouveau regroupement pour les troubles neurologiques spécifiques à la période périnatale ou néonatale et une extension des codes pour l'âge gestationnel du nouveau-né.

Tableau 1 : Comparaison de la structure des blocs de la CIM-10 avec la structure équivalente de la CIM-11

Intitulé du bloc CIM-10	Structure équivalente à la CIM-11
P00-P04 Fœtus et nouveau-né affectés par des troubles maternels et par des complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement	Fœtus ou nouveau-né affecté par des facteurs maternels ou par des complications de la grossesse, du travail ou de l'accouchement
P05-P08 Anomalies liées à la durée de la gestation et à la croissance du fœtus	Affections du nouveau-né liées à la durée de la gestation ou à la croissance du fœtus
P10-P15 Traumatisme obstétricaux	Traumatismes obstétricaux
P20-P29 Affections respiratoires et cardiovasculaires spécifiques de la période périnatale	Répartis en deux groupes : Les troubles respiratoires spécifiques à la période périnatale ou néonatale ; Troubles cardiovasculaires présents au cours de la période périnatale ou néonatale.
P35-P39 Infections spécifiques de la période périnatale	Infections du fœtus ou du nouveau-né
P50-P61 Affections hémorragiques et hématologiques du fœtus et du nouveau-né	Troubles hémorragiques ou hématologiques du fœtus ou du nouveau-né
P70-P74 Anomalies endocriniennes et métaboliques transitoires spécifiques du fœtus et du nouveau-né	Troubles endocriniens ou métaboliques transitoires spécifiques au fœtus ou au nouveau-né
P75-P78 Affections de l'appareil digestif du fœtus et du nouveau-né	Affections du système digestif du fœtus ou du nouveau-né
P80-P83 Affections intéressant le tégument et la régulation thermique du fœtus et du nouveau-né	Répartis en deux groupes : Troubles intéressant les téguments du fœtus ou du nouveau-né ; Troubles de la régulation de la température du nouveau-né.
P90-P96 Autres affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale - Bloc 91 autres affections cérébrales du nouveau-né a été déplacé dans un nouveau groupe Troubles neurologiques spécifiques à la période périnatale ou néonatale

3.15.20 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 20

Ce chapitre a fait l'objet d'une restructuration majeure, y compris un changement de titre de Malformations congénitales, déformations et anomalies chromosomiques à Anomalies du développement. Tous les syndromes génétiques sans anomalies structurelles du

développement ont été réaffectés aux chapitres appropriés de la CIM, en fonction du ou des systèmes corporels affectés.

Tableau 1 : Comparaison de la structure des blocs de la CIM-10 avec la structure équivalente de la CIM-11

Emplacement précédent de la CIM-10	Structure équivalente à la CIM-11
Q00-Q07 Malformations congénitales du système nerveux	Malformations congénitales du système nerveux - Un regroupement sous Malformations congénitales affectant principalement un système corporel.
Q10-Q18 Malformations congénitales de l'œil, de l'oreille, de la face et du cou	<p>Répartis en quatre groupes distincts sous Malformations congénitales affectant principalement un système corporel.</p> <p>Anomalies structurelles du développement de l'œil, de la paupière ou de l'appareil lacrymal</p> <p>Anomalies structurelles du développement de l'oreille</p> <p>Anomalies de développement structurel de la face, de la bouche ou des dents</p> <p>Anomalies structurelles du développement du cou</p>

Q20-Q28 Malformations congénitales de l'appareil circulatoire	Anomalies structurelles du développement de l'appareil circulatoire - Un regroupement sous Anomalies structurelles du développement affectant principalement un système corporel
Q30-Q34 Malformations congénitales de l'appareil respiratoire	Anomalies structurelles de développement du système respiratoire - Un regroupement sous Anomalies structurelles de développement affectant principalement un système corporel
Q35-Q37 Fente labiale et fente palatine	Fentes labiales, alvéolaires ou palatines sont une sous-section du groupe Anomalies structurelles du développement de la face, de la bouche ou des dents.
Q38-Q45 Autres malformations congénitales de l'appareil digestif	Anomalies structurelles du développement du tube digestif - Un regroupement sous Anomalies structurelles du développement affectant principalement un système corporel
Q50-Q56 Malformations congénitales des organes génitaux	Divisé en deux groupes distincts sous Anomalies structurelles du développement affectant principalement un système corporel : Anomalies structurelles du développement de l'appareil génital féminin ; Anomalies structurelles du développement de l'appareil génital masculin.
Q60-Q64 Malformations congénitales de l'appareil urinaire	Anomalies structurelles du développement de l'appareil urinaire - Un regroupement sous Anomalies structurelles du développement affectant principalement un système corporel
Q65-Q79 Malformations congénitales et déformations du système ostéoarticulaire et des muscles	Anomalies structurelles du développement du squelette
Q80-Q89 Autres malformations congénitales	Redistribué à divers groupements au sein de la nouvelle structure du chapitre
Q90-Q99 Anomalies chromosomiques, non classées ailleurs	Anomalies chromosomiques, excluant les mutations géniques

3.15.21 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 21

Ce chapitre a fait l'objet d'une restructuration majeure, la hiérarchie de haut niveau étant désormais conforme aux chapitres de la CIM. Certaines formes cliniques qui se trouvaient auparavant dans d'autres chapitres sous forme de codes astérisques se trouvent maintenant ici. Une nouvelle catégorie a été ajoutée pour les découvertes de micro-organismes résistants aux médicaments antimicrobiens.

Tableau 1 : Comparaison de la structure des blocs de la CIM-10 avec la structure équivalente de la CIM-11

Intitulé du bloc CIM-10	Structure équivalente à la CIM-11
R00-R09 Symptômes et signes relatifs aux appareils circulatoire et respiratoire	Répartis en deux groupes : Symptômes, signes ou résultats cliniques relatifs au système circulatoire ; Symptômes, signes ou résultats cliniques relatifs au système respiratoire.
R10-R19 Symptômes et signes relatifs à l'appareil digestif et à l'abdomen	Symptômes, signes ou résultats cliniques relatifs au système digestif ou à l'abdomen
R20-R23 Symptômes et signes relatifs à la peau et le tissu sous-cutané	Symptômes, signes ou résultats cliniques intéressant la peau
R25-R29 Symptômes et signes relatifs aux systèmes nerveux et ostéo-musculaire	Répartis en deux groupes : Symptômes, signes ou résultats cliniques relatifs au système nerveux ; Symptômes, signes ou résultats cliniques relatifs au système musculosquelettique.
R30-R39 Symptômes et signes relatifs à l'appareil urinaire	Symptômes, signes ou résultats cliniques relatifs au système génitourinaire - partie du regroupement Symptômes, signes ou observations cliniques du système génito-urinaire
R40-R46 Symptômes et signes relatifs à la connaissance, la perception, l'humeur et le comportement	Réorganisé en plusieurs sous-sections sous Symptômes, signes ou résultats cliniques mentaux ou du comportement.
R47-R49 Symptômes et signes relatifs au langage et à la voix	Symptômes, signes ou résultats cliniques de la parole ou de la voix
R50-R69 Symptômes et signes généraux	Symptômes généraux, signes ou résultats cliniques
R70-R79 Résultats anormaux de l'examen du sang, sans diagnostic	Inclus dans le groupe Symptômes, signes et résultats d'examens cliniques des maladies du sang, des organes hématopoïétiques ou du système immunitaire
R80-R82 Résultats anormaux de l'examen des urines, sans diagnostic	Résultats cliniques à l'examen des urines, sans diagnostic sous le groupe Symptômes, signes ou résultats cliniques intéressant le système urinaire
R83-R89 Résultats anormaux de l'examen d'autres liquides, substances et tissus, sans diagnostic	Résultats cliniques sur des échantillons provenant d'autres organes, systèmes et tissus précisés sous le groupe Symptômes généraux, signes ou résultats cliniques

R90-R94 Résultats anormaux d'imagerie diagnostique et d'épreuves fonctionnelles, sans diagnostic	Divisé en deux sous-sections : Résultats d'imagerie diagnostique anormaux non classés ailleurs ; Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles d'autres organes et appareils dans le groupe Résultats anormaux non classés ailleurs.
R95-R99 Causes de mortalité mal définies et inconnues	Causes de mortalité mal définies et inconnues

3.15.22 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 22

Les catégories de niveau supérieur ne comportent que quelques changements. Les changements se situent principalement au niveau des caractères inférieurs et comprennent l'ajout de catégories plus spécifiques de types de blessures et de localisation corporelle de la blessure. Il n'y a plus de codes séparés pour les Brulures et pour les corrosions. Ils sont tous réunis sous la rubrique Brulures. Des dimensions supplémentaires sont disponibles à partir du chapitre X Codes d'extension, pour la postcoordination afin d'ajouter des détails supplémentaires tels que la latéralité, ou la profondeur de la Brulure. Des changements majeurs ont été apportés à la section relative aux complications des soins médicaux et chirurgicaux. Le TAG Qualité et Sécurité a révisé le codage des blessures et événements liés aux soins. Le concept de complication mécanique d'un dispositif est désormais classé comme une cause externe de préjudice.

Tableau 1 : Comparaison de la structure des blocs de la CIM-10 avec la structure équivalente de la CIM-11

Intitulé du bloc CIM-10	Structure équivalente à la CIM-11
S00-S09 Lésions traumatiques de la tête	Lésions traumatiques de la tête
S10-S19 Lésions traumatiques du cou	Lésions traumatiques du cou
S20-S29 Lésions traumatiques du thorax	Lésions traumatiques du thorax
S30-S39 Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin	Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire ou du bassin
S40-S49 Lésions traumatiques de l'épaule et de la partie supérieure du bras	Lésions traumatiques à l'épaule ou au bras
S50-S59 Lésions traumatiques du coude et de l'avant-bras	Lésions traumatiques du coude ou de l'avant-bras
S60-S69 Lésions traumatiques du poignet et de la main	Lésions traumatiques du poignet ou de la main
S70-S79 Lésions traumatiques de la hanche et de la cuisse	Lésions traumatiques de la hanche ou de la cuisse
S80-S89 Lésions traumatiques du genou et de la jambe	Lésions traumatiques du genou ou de la jambe
S90-S99 Lésions traumatiques de la cheville et du pied	Lésions traumatiques à la cheville ou au pied
T00-T07 Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps	Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps
T08-T14 Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autre région du corps	Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou partie du corps
T15-T19 Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel	Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel
T20-T32 Brulures et corrosions	Brulures
T33-T35 Gelures	Gelures
T36-T50 Intoxication par des drogues, médicaments et substances biologiques	Désormais inclus dans le groupe principal Effets nocifs des substances
T51-T65 Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale	Désormais inclus dans le groupe principal Effets nocifs des substances
T66-T78 Effets de causes externes, autres et non précisés	Effets autres ou non précisés de causes externes

T79 Certaines complications précoces de traumatismes Désormais inclus dans le groupe principal	Effets autres ou non précisés de causes externes
T80-T88 Complications des soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs	Lésion ou préjudice provoqués par des soins chirurgicaux ou médicaux, non classés ailleurs
T90-T98 Séquelles de lésions traumatiques, d'empoisonnements et d'autres conséquences de causes externes	Redistribué au groupement spécifique du corps comme termes d'index. Les séquelles seront désormais indiquées par un groupe identifiant l'affection qui constitue la séquelle, un code du chapitre 24 QC50 et la blessure d'origine.

3.15.23 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 23

L'axe primaire pour toutes les causes externes, à l'exception de l'exposition aux forces extrêmes de la nature, de la maltraitance, de l'intervention judiciaire, des conflits armés et des dommages ou blessures liés aux soins, est désormais basé sur l'intention. Les codes sont une combinaison de l'intention, suivie du mécanisme et de l'objet ou de la substance impliqués dans la survenue de la blessure. Il y a eu une expansion dans les domaines des types de véhicules, des lieux d'occurrence, des types d'activités, des codes juridiques/de guerre et des substances. Les domaines des Complications des soins médicaux et chirurgicaux et des Syndromes de maltraitance ont été revus et améliorés. Des dimensions supplémentaires sont disponibles à partir du chapitre X Codes d'extension, pour une utilisation en postcoordination. En outre, les catégories relatives aux séquelles de causes externes ont été supprimées et ces cas sont principalement codés dans les catégories appropriées décrivant l'événement, ce qui entraîne une augmentation des fréquences des catégories spécifiques.

Un code d'extension peut être utilisé en postcoordination lorsque de telles séquelles doivent être identifiées séparément.

Tableau 1 : Comparaison de la structure des blocs de la CIM-10 avec la structure équivalente de la CIM-11

Intitulé du bloc CIM-10	Structure équivalente à la CIM-11
V01-X59 Accidents	Redistribué aux groupes principaux suivants : causes non intentionnelles, Lésion auto-infligée, agression et Intention indéterminée.
X60-X84 Lésion auto-infligée	Lésion auto-infligée
X85-Y09 Agressions	Agression
Y10-Y34 Événement d'intention indéterminée	Intention indéterminée
Y35-Y36 Intervention de la force publique et faits de guerre	Répartis en deux groupes : Intervention de la force publique et faits de guerre
Y40-Y84 Complications de soins médicaux et chirurgicaux	Causes de lésions ou de blessures liés aux soins de santé
Y85-Y89 Séquelles de causes externes de morbidité et de mortalité	Redistribué au groupement de cause externe spécifique comme termes d'index. Les séquelles seront désormais indiquées par un groupement identifiant l'affection qui en est la cause, un code du chapitre 24 QC50 et le code de la cause externe initiale.
Y90-Y98 Facteurs supplémentaires se rapportant aux causes de morbidité et de mortalité classées ailleurs	Les entités de ce bloc se trouvent maintenant soit dans le chapitre 21 Symptômes, signes ou résultats d'examen clinique, non classés ailleurs (par exemple, résultats du taux d'alcoolémie), soit dans la section X "Codes d'extension" (par exemple, affection nosocomiale).

3.15.24 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 24

Ce chapitre a été réorganisé et est divisé en deux sections principales : Motifs de recours aux services de santé et Facteurs influant sur l'état de santé. Il y a eu un élargissement de la section relative à la reproduction avec l'ajout d'une nouvelle section Contact avec les services de santé pour des motifs liés à la reproduction. Il existe également une nouvelle section pour les événements indésirables liés aux soins de santé qui se produisent mais n'entraînent aucun préjudice pour le patient.

Tableau 1 : Comparaison de la structure des blocs de la CIM-10 avec la structure équivalente de la CIM-11

Intitulé du bloc CIM-10	Structure équivalente à la CIM-11
Z00-Z13 Sujets ayant recours aux services de santé pour des examens divers	Contact avec les services de santé pour effectuer des examens ou des analyses- une section sous le regroupement Motifs de recours aux services de santé
Z20-Z29 Sujets pouvant courir un risque lié à des maladies transmissibles	Contact avec ou exposition à des maladies transmissibles - une section sous le regroupement Motifs de recours aux services de santé
Z30-Z39 Sujets ayant recours aux services de santé pour des motifs liés à la reproduction	Contact avec les services de santé pour des motifs liées aux maladies de la reproduction - une section sous le regroupement Motifs de recours aux services de santé
Z40-Z54 Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux et des soins spécifiques	Divisé en deux nouvelles sections, sous Motifs de recours aux services de santé : Contact avec les services de santé pour des interventions chirurgicales précises ; Contact avec les services de santé pour des interventions non chirurgicales n'impliquant sans pose de dispositif.
Z55-Z65 Sujets dont la santé peut être menacée par des conditions socio-économiques et psycho-sociales	Réorganisé et apparaît maintenant sous le groupe principal des facteurs influant sur l'état de santé ou motifs de recours aux services de santé.
Z70-Z76 Sujets ayant recours aux services de santé pour d'autres motifs	Réorganisé et apparaît maintenant sous le groupe principal des facteurs influant sur l'état de santé ou motifs de recours aux services de santé.
Z80-Z99 Sujets dont la santé peut être menacée en raison d'antécédents personnels et familiaux et de certaines affections	Réorganisé et apparaît maintenant sous le groupe principal des facteurs influant sur l'état de santé ou motifs de recours aux services de santé.

3.15.25 Différences entre la CIM-10 et la CIM-11 au chapitre 25

Les maladies anciennement codées ici ont été déplacées vers leur place principale dans la CIM-11. De nouveaux codes à utiliser comme codes internationaux provisoires ont été inclus.

Tableau 1 : Comparaison de la structure des blocs de la CIM-10 avec la structure équivalente de la CIM-11

Intitulé du bloc CIM-10	Structure équivalente à la CIM-11
U00-U49 Attribution provisoire de nouvelles maladies d'étiologie incertaine ou d'urgence	Divisé en deux nouvelles sections : Attribution internationale provisoire de nouvelles maladies d'étiologie incertaine et à usage urgent ; Attribution nationale provisoire de nouvelles maladies d'étiologie incertaine.
U82-U85 Résistance aux médicaments antimicrobiens et antinéoplasiques	Déplacé au chapitre 21 avec le nouveau titre Présence d'un microorganisme résistant aux médicaments antimicrobiens

