

DOCUMENTATION ET CLASSIFICATION DES SÉJOURS HOSPITALIERS

GUIDE DE CODAGE DES SEJOURS DANS LES ETABLISSEMENTS SPECIALISES DE RÉHABILITATION/RÉÉDUCATION ET DE SOINS PALLIATIFS

Version 2027

Thésaurus DCSH pour le codage des séjours de réhabilitation/rééducation et de soins palliatifs, destiné aux établissements hospitaliers avec des lits de moyen séjour, spécialisés en réhabilitation/rééducation et en soins palliatifs, au Grand-Duché de Luxembourg.

12/06/2026

Version 2026 consolidée par la Direction de la santé, la Caisse nationale de santé et les établissements hospitaliers de moyen séjour.

Table des matières

Avant-propos	3
Cadre légal et finalités de la documentation hospitalière	3
Gouvernance et normes de codage	3
Objet et champ d'application du présent guide	3
Organisation de l'information médicale et références normatives	3
Principes d'application	4
Contenu du guide	4
Particularités du codage ICD-10-CM et ICD-10-PCS pour les hôpitaux spécialisés	5
Définitions	5
Procédures	6
Groupeage	6
Recommandations pour le codage des séjours en établissement spécialisé	8
I. Codage du diagnostic principal	8
A. Admission pour poursuite de soins d'une maladie aiguë en cours	8
B. Soins de suivi après affection médicale	9
1. Soins de suivi après une affection aiguë	9
2. Séquelles d'une pathologie antérieure non traumatique	10
3. Adaptation de traitement d'une pathologie chronique	10
4. Soins palliatifs	10
C. Soins de suivi post-opératoires orthopédiques non traumatiques	11
D. Autres soins post-opératoires	12
1. Soins de suite après chirurgie cardiaque	12
2. Soins de suite après chirurgie du système respiratoire	13
3. Soins de suite après chirurgie dentaire ou de la cavité buccale	13
4. Soins de suite après chirurgie digestive majeure	13
5. Soins de suite après chirurgie du système génito-urinaire	13
6. Soins de suite après chirurgie du système nerveux	14
7. Cas particuliers	14
E. Soins post-traumatiques	15
F. Soins en oncologie	17
1. Codage des antécédents de néoplasme	17
2. Complications des traitements oncologiques	17
3. Prise en charge après chirurgie oncologique	18
4. Soins de suite d'une pathologie néoplasique ou des conséquences de la maladie	18
II. Codage des Diagnostics secondaires essentiels en réhabilitation	22
A. Affections au cours de séjour en établissement de soins de suite	22
B. Antécédents médicaux	22
C. Déterminants sociaux de la santé	22
D. Effets secondaires des traitements	22
III. Codage des procédures de réhabilitation/rééducation	24
A. Principes généraux	24
B. Les Root Types (3ème caractère) - Types de procédures	25
C. Body System/Region (4ème caractère)	25
D. Voie d'abord (5ème caractère)	25
E. Equipement (6ème caractère)	26
F. Qualificatif (7ème caractère)	26
G. Points essentiels à retenir	26
H. Méthodologie de construction des codes PCS en rééducation/réhabilitation	27
Autres procédures	28
Transferts des données	30
Calendrier	30
Modalités de transfert des données	30
Glossaire des abréviations utilisées	31

Avant-propos

Cadre légal et finalités de la documentation hospitalière

La loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière établit le principe selon lequel tout hôpital procède à l'analyse quantitative et qualitative de son activité. Cette analyse repose sur les données administratives, médicales et de soins produits pour chaque séjour en hospitalisation stationnaire ou de jour, conformément à l'article 38 de la loi. Ces informations participent à l'évaluation des besoins sanitaires nationaux et sont utilisées dans le cadre de comparaisons internationales, tel que le prévoit l'article 3.

La convention conclue entre la Caisse nationale de santé et la Fédération des hôpitaux luxembourgeois, en application des articles 47 et suivants du Code de la sécurité sociale, précise à l'article 47bis que les hôpitaux communiquent sur base semestrielle le relevé individuel des séjours stationnaires ainsi que des séjours en hospitalisation de jour. Cette transmission répond aux objectifs fixés par la loi hospitalière et permet d'assurer le suivi de l'activité hospitalière sur le plan national.

Gouvernance et normes de codage

La Commission consultative de la documentation hospitalière (CCDocHosp) instituée par la loi du 8 mars 2018, est en charge du suivi du système de documentation médicale hospitalière au niveau national. Elle élabore les bonnes pratiques de codage applicables à l'ensemble des établissements hospitaliers luxembourgeois.

Les diagnostics ainsi que les interventions et examens médicaux sont codés suivant les classifications ICD-10-CM et ICD-10-PCS mises à disposition par le ministre, dans le respect des consignes de bonnes pratiques de codage validées par la commission consultative de la documentation hospitalière.

Objet et champ d'application du présent guide

Le présent document définit les modalités de codage et de transfert des données des séjours pour les établissements hospitaliers spécialisés en réhabilitation/rééducation et en soins palliatifs, tels que définis aux alinéas 2, 3, 4 et 5 de l'article 5 de la loi hospitalière du 8 mars 2018.

Jusqu'à présent et conformément à la circulaire de la Caisse nationale de Santé (CNS) du 1er février 2019 relative à la documentation hospitalière des établissements hospitaliers spécialisés de moyen séjour, ces derniers n'étaient pas soumis au codage des procédures de la classification ICD-10-PCS.

En accord avec les établissements spécialisés, cette disposition évolue désormais afin de permettre le groupage des séjours réalisé par le groupeur 3M DRG Finder, répondant ainsi aux obligations de qualité et aux exigences du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale en matière d'analyse des données d'activité hospitalière. **Dès la mise en place de l'outil national de saisie de données, le codage des procédures devient applicable dans les établissements spécialisés, en tenant compte de leurs spécificités organisationnelles et techniques ainsi que de leurs pratiques professionnelles.**

Organisation de l'information médicale et références normatives

Dans chaque établissement hospitalier, un service d'information médicale ou une équipe de professionnel de codage assure plusieurs missions essentielles : la collecte des données, leur traitement, l'assurance de leur qualité, la transmission des informations structurées vers les administrations de la santé et de la sécurité sociale, ainsi que la conservation de ces données.

Les informations relatives à la documentation et classification des séjours hospitaliers sont enregistrées conformément au contenu du dossier patient.

Pour l'année 2026, la version de référence est le manuel de codage **ICD-10-BE version 2025**. La fonction de groupage des séjours est réalisée par la **version 42 du groupeur 3M**.

En cas de modifications de versions, les établissements seront informés par la CDocHosp des versions référentes pour l'année suivante. Les codes ICD-10-CM (diagnostics) et ICD-10-PCS (procédures) sont disponibles en version électronique à l'adresse <http://icd10be.health.belgium.be>.

Principes d'application

Les modalités de codage définies dans le présent référentiel s'appliquent à l'ensemble des séjours hospitaliers stationnaires dont la date de sortie appartient à une même année calendaire, soit du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Ce référentiel traite exclusivement des modalités de codage spécifiques aux établissements spécialisés en rééducation/réadaptation et soins palliatifs. Il a été validé par la Commission consultative de la documentation hospitalière en date du 12/06/2026 et est mis à disposition sur le site : <https://santesecu.public.lu/fr/espace-professionnel/departement-sante/informations-donnees/dcsh.html>

Il est d'application à partir du **1^{er} janvier 2027**

Contenu du guide

Le présent guide comprend les éléments suivants :

- les principes généraux de codage des séjours en réhabilitation/rééducation et en soins palliatifs,
- les listes de codes diagnostiques principaux et secondaires fréquemment rencontrés dans le contexte de prise en charge spécifique à ces établissements,
- les listes de codes de procédures recommandées,
- les modalités de transfert des données.

Ce document constitue ainsi un outil de référence destiné à harmoniser les pratiques de codage et à garantir la qualité et la comparabilité des données produites par les établissements hospitaliers spécialisés de moyen séjour luxembourgeois.

Particularités du codage ICD-10-CM et ICD-10-PCS pour les hôpitaux spécialisés

Les principes et recommandations exposés dans le présent guide s'appliquent exclusivement aux séjours réalisés dans les établissements hospitaliers spécialisés en réhabilitation/rééducation et en soins palliatifs, désignés ci-après sous le terme d'« établissements spécialisés ».

Le codage repose sur le guide de référence ICD-10-BE et sur les classifications ICD-10-CM pour les diagnostics et ICD-10-PCS pour les procédures, adaptées au système de santé luxembourgeois.

Les établissements spécialisés appliquent les mêmes règles de codage que celles en vigueur dans le domaine des soins aigus. La classification ICD-10-CM offre la capacité de distinguer les différentes modalités de prise en charge spécifiques aux établissements de réhabilitation/rééducation et de soins palliatifs, comme le précise le manuel de codage ICD-10-BE version 2025, le chapitre 3 (3.3 Réhabilitation/Revalidation) et le chapitre 11 (Codes Z et codes de causes externes de morbidité).

Définitions

Diagnostic du séjour (Variable DIDS*)

Le diagnostic du séjour représente l'affection reconnue après examen pour être la cause principale de l'admission du patient dans l'établissement spécialisé. Concernant spécifiquement les admissions pour réhabilitation/rééducation, le manuel ICD-10-BE version 2025, souligne que le diagnostic retenu est celui qui correspond à la raison médicale justifiant le séjour en réhabilitation/rééducation ou en soins palliatifs. Cette définition s'applique de manière identique pour les services de réhabilitation/rééducation et soins palliatifs dans le domaine des soins aigus.

Ce diagnostic correspond ainsi à la compréhension médicale finale de la raison pour laquelle le patient a été admis dans l'établissement.

Le diagnostic du séjour peut revêtir diverses formes : une prise en charge spécifique, une pathologie aiguë, un symptôme, des séquelles, un statut post-opératoire ou un traumatisme. Cette notion s'apparente au diagnostic d'admission vérifié décrit dans le manuel belge de codage ICD-10-BE version 2025.

Diagnostic principal (Variable DIDP*)

Le diagnostic principal (DIDP) est une particularité luxembourgeoise du recueil de données. Il correspond à la l'affection reconnue après examen pour être la cause principale d'admission d'un épisode de prise en charge par une spécialité médicale telle que définie par l'établissement hospitalier. Il y a autant de DIDP qu'il y a de prises en charge par des spécialités médicales différentes au cours d'un même séjour.

Il correspond à la notion de diagnostic principal par spécialité qui est l'affection reconnue après examen pour être la cause principale de l'admission dans une spécialité pendant le séjour (p29 du manuel de codage belge 2023).

Dans les établissements spécialisés, il n'existe la plupart du temps qu'une seule spécialité médicale de prise en charge et le DIDP se confond avec le DIDS.

Diagnostic secondaire (Variable DISE*)

Un diagnostic secondaire correspond à une affection ou à un problème de santé supplémentaire qui coexiste avec la morbidité principale, la complique, complique son traitement ou majore l'effort de prise en charge. Le manuel de codage belge ICD-10-BE définit les diagnostics secondaires comme "les affections qui coexistent au moment de l'admission ou qui se développent par la suite, et qui affectent les soins prodigués au patient durant l'hospitalisation actuelle".

Le codage des diagnostics secondaires reflète une augmentation de la charge de travail diagnostique, thérapeutique ou de soins. Sont également répertoriés comme diagnostics secondaires tous les diagnostics nouveaux ou récidivants

survenant pendant le séjour stationnaire. Un diagnostic secondaire peut revêtir différentes formes : une pathologie, un symptôme, des séquelles, un statut postopératoire ou un traumatisme, à condition que ces éléments impactent effectivement la prise en charge du patient.

Dans le contexte des établissements de réhabilitation/rééducation et de soins palliatifs, certains éléments revêtent une importance particulière et doivent systématiquement être documentés :

- les limitations fonctionnelles motrices et cognitives, codées, selon les circonstances, par la cause sous-jacente de la déficience motrice (ex. séquelles d'AVC, faiblesse liée à une maladie neurologique, etc.) à l'aide d'un code approprié R ou G, à saisir après évaluation du statut à l'admission. Ces limitations constituent des éléments essentiels pour caractériser l'état du patient et les objectifs de la prise en charge,
- lorsqu'un patient atteint d'une maladie chronique ou de longue durée en cours de traitement est hospitalisé pour un autre motif, cette maladie chronique doit être codée en diagnostic secondaire. A titre d'exemple, une rééducation pour fracture du col fémoral chez un patient insuffisant cardiaque nécessite le codage de l'insuffisance cardiaque en diagnostic secondaire, de même qu'une rééducation pour hémiplégie post-accident vasculaire cérébral chez un patient diabétique requiert le codage du diabète,
- lorsqu'une précision supplémentaire peut être apportée au diagnostic principal et contribuer ainsi à une description plus complète de la situation clinique (voir chapitre "Recommandations de codage),
- Principe d'exhaustivité : Les affections qui font partie intégrante d'un processus pathologique ne doivent pas être codées en diagnostic secondaire, sauf indication contraire de la classification. Le codage d'un séjour doit décrire avec la plus grande exactitude possible la situation du patient, sans omettre aucun diagnostic associé significatif.

Procédures

Dès la mise en œuvre de l'outil de codage national dans les établissements spécialisés, le codage de procédures significatives réalisées (ex : procédures de réhabilitation/rééducation) au cours d'un séjour en établissement spécialisé devient applicable afin de permettre le groupage des séjours selon le modèle en vigueur pour les hôpitaux de soins aigus. Cette évolution répond aux exigences de qualité et d'analyse des données d'activité hospitalière.

Compte tenu de la spécificité des établissements spécialisés luxembourgeois et de leurs pratiques professionnelles, une liste indicative de procédures est annexée au présent guide. Cette liste, non exhaustive, pourra être enrichie ultérieurement sur proposition des établissements ou de la Commission consultative de la documentation hospitalière.

Le codage des procédures respecte la classification ICD-10-PCS et obéit aux principes suivants :

- les procédures effectivement réalisées au cours du séjour dans l'établissement spécialisé et par l'établissement spécialisé peuvent être codées.
- cependant, les actes significatifs (par exemple, chimiothérapie intraveineuse) réalisés par un acteur externe à l'établissement, dans un autre établissement de soins, pour autant que le séjour dans l'établissement spécialisé ne soit pas interrompu, doivent être codés dans le séjour de l'établissement spécialisé. Ces actes sont enregistrés avec l'identifiant « G : Autre établissement » pour la variable **PRLP*** (Procédure Lieu de la Procédure). Pour la variable **PRCM*** (Procédure Code Médecin effectuant la Procédure), si le lieu de la procédure est égal à « G », veuillez indiquer le code « 000000000 »,.
- une procédure réalisée avant l'hospitalisation en établissement spécialisé ne doit pas être codée dans le séjour. De même, une procédure programmée au cours d'une hospitalisation en établissement spécialisé mais réalisée ultérieurement, après la sortie du patient, ne doit pas être intégrée au codage du séjour.

Groupage

Le groupage des séjours hospitaliers constitue un processus d'analyse permettant de classer les séjours en fonction de leur consommation de ressources et de leur profil clinique. Cette classification repose sur l'algorithme 3M DRG Finder et génère plusieurs indicateurs permettant une analyse multidimensionnelle de l'activité hospitalière.

Le processus de groupage produit plusieurs éléments d'information structurés :

- APR-DRG à l'admission (Variable GRDA*) : caractérise la situation clinique justifiant l'admission du patient dans l'établissement spécialisé, fondé sur le diagnostic du séjour et les caractéristiques initiales de la prise en charge.

- APR-DRG du séjour (Variable GRDS*): intègre l'ensemble des éléments du séjour, incluant les diagnostics secondaires et les procédures réalisées. Il reflète la complexité effective de la prise en charge et permet une analyse comparative entre séjours de nature similaire.
- Catégorie diagnostique majeure (MDC): regroupe les séjours selon de grands systèmes anatomiques ou étiologiques. Cette classification permet une première approche de la nature de l'activité hospitalière par grandes spécialités médicales au moment de l'admission (Variable GRMA*) ou pour l'ensemble du séjour (Variable GRMS*).
- Niveau de sévérité (SOI) : caractérise la complexité clinique à l'admission (Variable GRSA*) ou du séjour (Variable GRSS*), prenant en compte l'ensemble des comorbidités et des complications survenues. Ce niveau influence directement la consommation de ressources associée à la prise en charge.
- Risque de mortalité (ROM): évalue la probabilité de décès du patient en fonction de son état clinique global. Cet indicateur prend en considération la gravité des pathologies principales et associées, l'âge du patient ainsi que les comorbidités présentes. Il est évalué à l'admission (Variable GRRRA*) et pour l'ensemble du séjour (Variable GRRS*),
- Classification médical ou chirurgical : caractérise la nature prédominante de la prise en charge lors d'un séjour : un séjour est qualifié de chirurgical lorsqu'une intervention opératoire constitue l'élément structurant de la prise en charge, tandis qu'un séjour médical repose principalement sur des traitements non opératoires.

Pour les établissements spécialisés, le groupage sera effectué par la DiSa dès que la collecte des données sera réalisée via l'outil national et après transmission de ces séjours à la DiSa.

Recommandations pour le codage des séjours en établissement spécialisé

Selon les directives du manuel ICD-10-BE version 2025, la sélection du diagnostic principal en établissement de réhabilitation/rééducation obéit aux principes suivants :

1. Utilisation des codes de suivi (codes Z) : un code de suivi « approprié » est utilisé en diagnostic principal pour les patients admis en établissement de soins de suite pour des soins de suivi après la phase de traitement actif et quand la pathologie est cliniquement stabilisée ou n'est plus présente. Ces codes permettent de distinguer les différentes modalités de prise en charge spécifiques.
Exception, en cas de traumatisme, codez la lésion traumatique avec un 7^{ème} caractère, pour contact ultérieur
2. Pour les maladies aiguës en cours : Un code de suivi (code Z) ne doit PAS être attribué lorsque la prise en charge est destinée à une maladie aiguë encore active. Dans ce cas, le code du diagnostic de la maladie elle-même est utilisé.
3. Complémentation par un code explicatif : Lorsqu'un code de suivi (code Z) est utilisé en diagnostic principal, il doit être complété dans la plupart des cas par un code "explicatif" en diagnostic secondaire pour une meilleure compréhension du codage.
4. Séquençage cohérent : Il est recommandé aux codeurs de saisir les codes complémentaires « explicatifs » à la suite du code principal pour faciliter la lecture et l'interprétation du codage.

I. Codage du diagnostic principal

Le diagnostic principal constitue l'élément central de la documentation du séjour hospitalier. Dans le contexte des établissements spécialisés luxembourgeois, il convient de distinguer deux notions complémentaires : le Diagnostic du Séjour (Variable DIDS*) et le Diagnostic Principal (Variable DIDP*).

Le diagnostic principal est ici entendu comme Diagnostic du Séjour (DIDS*) et/ou Diagnostic principal (DIDP*) et est abrégé en "DP". Les directives ci-dessous s'appliquent tant au Diagnostic du séjour (Variable DIDS*) qu'au Diagnostic Principal (Diagnostic d'une séquence de prise en charge par une spécialité médicale – Variable DIDP*).

Habituellement un code de suivi (code en Z) est utilisé en Diagnostic Principal pour les patients admis en établissement de soins de suite. Lorsqu'un code de suivi est utilisé, il peut être complété dans la plupart des cas par un code "explicatif" complémentaire. Il est recommandé aux ADIM de saisir ces codes à la suite pour une meilleure compréhension du codage.

Dans certains cas, le DP peut être signifié par un autre code qu'un code de suivi. Les diverses situations pour le codage du diagnostic principal d'un séjour sont explicitées ici.

A. Admission pour poursuite de soins d'une maladie aiguë en cours

Lorsque le séjour a pour but de poursuivre des soins médicaux pour une maladie toujours en cours (phase aiguë non résolue), le code du diagnostic de la maladie doit être utilisé. Le diagnostic est alors suffisamment explicite et ne nécessite aucune précision supplémentaire par un code Z.



Un code pour soins de suivi (code Z) ne doit pas être attribué lorsque la prise en charge est destinée à une maladie aiguë en cours.

Exemple :	patient admis pour réhabilitation d'une hémiplegie droite à la suite d'un infarctus cérébrovasculaire.
DP : I69.351	Hemiplegia and hemiparesis following cerebral infarction affecting right dominant side

Cas particulier de l'infarctus du myocarde (AMI) :

Conformément aux directives ICD-10-BE, deux situations doivent être distinguées selon le délai entre la survenue de l'infarctus et l'admission en établissement spécialisé :

Admission ≤28 jours post-AMI	Admission >à 28 jours post-AMI
<i>Pathologie considérée comme active</i> DP : Code I21.- (Acute myocardial infarction)	<i>Pathologie considérée comme résolue</i> DP : Z51.89 - Encounter for other specified aftercare DS : I25.9 - Chronic ischemic heart disease, unspecified

Exemple 1 :	patiente hospitalisée dans un hôpital aigu pour le traitement d'un infarctus aigu du myocarde. 2 semaines après la survenue de son AMI, son état général nécessite un séjour dans un service de réhabilitation/rééducation avant retour au domicile.
DP : I21.9	Acute myocardial infarction, unspecified

Exemple 2 :	patiente hospitalisée dans un hôpital aigu pour le traitement d'un infarctus aigu du myocarde. 6 semaines après la survenue de son AMI, son état général nécessite un séjour dans un service de réhabilitation/rééducation avant retour au domicile.
DP : Z51.89	Encounter for other specified aftercare
DS : I25.9	Chronic ischemic heart disease, unspecified

B. Soins de suivi après affection médicale

1. Soins de suivi après une affection aiguë

Lorsque le patient est admis pour la poursuite de soins pendant une phase de guérison ou de rétablissement après une affection aiguë qui n'est plus active et sans séquelles, les codes de soins de suivi (Z42-Z51) sont utilisés.

Codage recommandé :

- DP : **Z51.89** (Encounter for other specified aftercare)
- DS : Code d'antécédent approprié de la catégorie **Z86.-** (Personal history of certain other diseases) ou **Z87.-** (Personal history of other diseases and conditions).

Exemple :	patiente âgée de 75 ans hospitalisée dans un hôpital aigu pour le traitement d'une pneumonie. Son état général reste fragile et justifie un séjour dans un service de réhabilitation/ rééducation avant retour au domicile.
DP : Z51.89	Encounter for other specified aftercare
DS: Z87.01	Personal history of pneumonia (recurrent)

2. Séquelles d'une pathologie antérieure non traumatique

Lorsque le patient est admis pour la prise en charge de séquelles d'une pathologie antérieure, on utilise directement un code de séquelle en diagnostic principal. Ces codes, principalement de la catégorie **I69.-** pour les séquelles cérébrovasculaires, permettent de décrire précisément l'état fonctionnel du patient.

💡 **Point clé** : Les codes **I69.-** incluent la latéralité (droit/gauche) et la dominance (dominant/non dominant), informations essentielles pour la prise en charge en rééducation.

Exemple :	patient hospitalisé en raison d'un infarctus cérébral aigu dont il garde une hémiparésie gauche et une dysphagie séquellaire. Il est admis dans un service de réhabilitation/rééducation pour amélioration de son autonomie.
DP :	I69.354 Hemiplegia and hemiparesis following cerebral infarction affecting left nondominant side
DS :	I69.391 Dysphagia following cerebral infarction

Lorsque plusieurs séquelles sont prises en charge, c'est la pathologie séquellaire dont la prise en charge en moyen séjour est totalement ou principalement orientée vers cette affection qui doit être codée en DP. Les autres séquelles sont alors codées en diagnostics secondaires.

3. Adaptation de traitement d'une pathologie chronique

Pour les admissions visant la surveillance thérapeutique et l'adaptation d'un traitement prescrit au long cours :

- DP : **Z51.81** (Encounter for therapeutic drug level monitoring)
- DS : Code de la catégorie **Z79.-** (Long term drug therapy) précisant le médicament

Exemple :	patient diabétique admis pour l'adaptation de son insulinothérapie au long cours
DP :	Z51.81 Encounter for therapeutic drug level monitoring
DS :	Z79.4 Long term (current) use of insulin

4. Soins palliatifs

Lorsque le motif d'admission d'un patient est documenté comme étant une prise en charge en soins palliatifs, le DP est **Z51.5 (Encounter for palliative care)**. Le diagnostic principal est alors précisé par un diagnostic secondaire spécifiant la pathologie justifiant les soins palliatifs. En cas de pathologie tumorale :

Exemple :	patiente en stade terminal d'un cancer de l'ovaire gauche métastasé au niveau du péritoine, admise dans un centre hospitalier spécialisé pour bénéficier des soins palliatifs.
DP :	Z51.5 Encounter for palliative care
DS :	C56.2 Malignant neoplasm of left ovary DS
DS :	C78.6 Secondary malignant neoplasm of retroperitoneum and peritoneum

C. Soins de suivi post-opératoires orthopédiques non traumatiques

Un code spécifique de la catégorie **Z47.-** (Orthopedic aftercare) sera habituellement utilisé en diagnostic principal pour les soins de suivi après chirurgie orthopédique non traumatique.

Situation clinique	Code DP	Code(s) DS associé (s)
Mise en place de prothèse articulaire	Z47.1	Z96.6- (localisation prothèse)
Retrait de prothèse (épaule)	Z47.31	<i>Non requis (code suffisant)</i>
Retrait de prothèse (hanche)	Z47.32	<i>Non requis (code suffisant)</i>
Retrait de prothèse (genou)	Z47.33	<i>Non requis (code suffisant)</i>
Amputation chirurgicale	Z47.81	Z89.- (localisation membre)
Chirurgie scoliose	Z47.82	Selon contexte clinique
Arthrodèse (hors scoliose)	Z47.89	Z98.1 (Arthrodesis status)
Autres interventions orthopédiques	Z47.89	Selon contexte clinique

Exemple 1 :	patient présentant une ostéoarthrose dégénérative sévère de la hanche gauche ayant bénéficié d'un remplacement de la hanche par la mise en place d'une prothèse. Il est admis dans un centre hospitalier de réhabilitation/rééducation pour réhabilitation.	
DP	Z47.1	Aftercare following joint replacement surgery
DS	Z96.642	Presence of left artificial hip joint

Exemple 2 :	patient admis en réhabilitation/rééducation après amputation de jambe en dessous du genou	
DP	Z47.81	Encounter for orthopedic aftercare following surgical amputation
DS	Z89.519	Acquired absence of unspecified leg below knee

Exemple 3 :	patient admis après chirurgie réparatrice d'une rupture spontanée des tendons extenseurs de l'avant-bras	
DP	Z47.89	Encounter for other orthopedic care

 Si l'affection qui a justifié l'intervention n'existe plus, elle ne peut pas être codée.

D. Autres soins post-opératoires

Pour les soins de suivi post-opératoires non orthopédiques, un code de la catégorie **Z48.81-** (Encounter for surgical aftercare following surgery on specified body systems) est généralement utilisé en DP.

Les codes Z48.81- en diagnostic principal peuvent être précisés par des diagnostics supplémentaires notamment en cas d'absence acquise d'organe (**Z90.-**), de présence d'implant (**Z95.-**, **Z96.-**) ou d'antécédents personnels appropriés (**Z85.-**, **Z86.-**, **Z87.-**).

Le système anatomique concerné est précisé par le 6ème caractère :

Système anatomique	Code Z	Libellé
Organes des sens	Z48.810	Encounter for surgical aftercare following surgery on the sense organs
Système nerveux	Z48.811	Encounter for surgical aftercare following surgery on the nervous system
Système circulatoire	Z48.812	Encounter for surgical aftercare following surgery on the circulatory system
Système respiratoire	Z48.813	Encounter for surgical aftercare following surgery on the respiratory system
Système dentaire et cavité buccale	Z48.814	Encounter for surgical aftercare following surgery on the teeth or oral cavity
Système digestif	Z48.815	Encounter for surgical aftercare following surgery on the digestive system
Système génito-urinaire	Z48.816	Encounter for surgical aftercare following surgery on the genitourinary system
Peau et tissus sous cutanés	Z48.817	Encounter for surgical aftercare following surgery on the skin and subcutaneous tissue



Exceptions :

- en cas de suivi après chirurgie pour néoplasme (Z48.3 ; voir chapitre "Soins de suivi oncologique")
- en cas de suivi d'une stomie (Z43.-)
- en cas de suivi après transplantation (Z48.2-)

1. Soins de suite après chirurgie cardiaque

Les patients admis en réhabilitation après chirurgie cardiaque constituent une population importante des établissements spécialisés. Le codage doit refléter la nature de l'intervention et la présence éventuelle de dispositifs implantés.

a. Pontage coronarien (CABG)

Exemple :	Patient admis en réhabilitation cardiaque après pontage aorto-coronarien triple pour maladie coronarienne tritronculaire.
DP : Z48.812	Encounter for surgical aftercare following surgery on the circulatory system
DS : Z95.1	Presence of aortocoronary bypass graft
DS : I25.10	Atherosclerotic heart disease of native coronary artery without angina pectoris

b. Chirurgie valvulaire

Exemple :	Patient admis en réhabilitation après remplacement de la valve mitrale par une bioprothèse pour insuffisance mitrale sévère.
DP : Z48.812	Encounter for surgical aftercare following surgery on the circulatory system
DS : Z95.2	Presence of prosthetic heart valve

c. Implantation de stimulateur cardiaque ou défibrillateur

Exemple:	Patient admis en réhabilitation après implantation d'un défibrillateur automatique implantable (DAI) pour prévention secondaire après arrêt cardiaque sur fibrillation ventriculaire.
DP : Z48.812	Encounter for surgical aftercare following surgery on the circulatory system
DS : Z95.810	Presence of automatic (implantable) cardiac defibrillator
DS : Z86.74	Personal history of cardiac arrest

2. Soins de suite après chirurgie du système respiratoire

Exemple :	Patiente admise pour réhabilitation respiratoire après avoir bénéficié d'une réduction de volume pulmonaire pour emphysème sévère.
DP Z48.813	Encounter for surgical aftercare following surgery on the respiratory system
DS J43.9	Emphysema, unspecified

3. Soins de suite après chirurgie dentaire ou de la cavité buccale

Exemple :	Patient ayant bénéficié d'une palatoplastie pour fente palatine résiduelle, admis pour rééducation orthophonique et adaptation alimentaire
DP Z48.814	Encounter for surgical aftercare following surgery on the teeth or oral cavity
DS Q35.1	Cleft hard palate

4. Soins de suite après chirurgie digestive majeure

Les chirurgies digestives majeures (œsophagectomie, gastrectomie, pancréatectomie, hépatectomie) nécessitent souvent une phase de réhabilitation pour récupération nutritionnelle et fonctionnelle.

Un code **Z48.815 (Encounter for surgical aftercare following surgery on the digestive system)** précisant le système anatomique opéré est utilisé en DP.

Exemple 1 :	patient âgé admis en réhabilitation/rééducation après intervention sur péritonite
DP Z48.815	Encounter for surgical aftercare following surgery on the digestive system

 En cas d'ablation partielle ou totale d'un organe, il est complété en DS par un code de la catégorie **Z90.- (Acquired absence of organs)** qui précise la nature de l'organe.

Exemple 2 :	patient admis à la suite d'une intervention de colectomie gauche totale.
DP Z48.815	Encounter for surgical aftercare following surgery on the digestive system
DS Z90.49	Acquired absence of other specified parts of digestive tract

5. Soins de suite après chirurgie du système génito-urinaire

Exemple :	patiente ayant subi une hystérectomie totale pour fibromes utérins symptomatiques. Elle est transférée en soins de suite pour réhabilitation pelvienne
DP Z48.816	Encounter for surgical aftercare following surgery on the genitourinary system
DS Z90.710	Acquired absence of both cervix and uterus

6. Soins de suite après chirurgie du système nerveux

La neurochirurgie génère des admissions significatives en réhabilitation, notamment après chirurgie tumorale cérébrale, chirurgie rachidienne et chirurgie vasculaire cérébrale.

⚠ Le code **Z48.811** est approprié pour les suites d'interventions portant directement sur les structures nerveuses (pathologies cérébrales, intramédullaires ou intradurales, nerfs périphériques).

Exemple :	patient ayant bénéficié d'une résection d'un foyer épileptogène temporal pour épilepsie pharmaco-résistante, admis en soins de suite pour rééducation neurologique et cognitive
DP : Z48.811	Encounter for surgical aftercare following surgery on the nervous system
DS : G40.219	Localization-related (focal) (partial) symptomatic epilepsy and epileptic syndromes with complex partial seizures, intractable, without status epilepticus

d. Pathologie rachidienne non traumatique

Le code **Z48.811** reste approprié lorsque l'intervention a porté sur les structures nerveuses.

Exemple :	patient admis pour rééducation neurologique après exérèse d'un schwannome intradural lombaire
DP : Z48.811	Encounter for surgical aftercare following surgery on the nervous system

Lorsque l'intervention porte sur les structures musculosquelettiques, le code du DP est alors **Z47.89 (Encounter for other orthopedic aftercare)** (Voir chapitre Soins de suivi post-opératoires orthopédiques non traumatiques).

Exemple :	patient admis après laminectomie décompressive pour sténose du canal lombaire
DP : Z47.89	Encounter for other orthopedic aftercare

Si la sténose est résolue après l'intervention et ne nécessite plus de surveillance active, on peut omettre le code M48.06[1 ou 2] Spinal stenosis, lumbar region [without or with neurogenic claudication] ou le remplacer par un code d'antécédent personnel approprié.

7. Cas particuliers

a. Stomies

Un code spécifique de la catégorie **Z43.- (Encounter for attention to artificial openings)** sera utilisé en diagnostic principal.

Exemple 1 :	patient porteur d'une maladie de Crohn compliquée d'une obstruction intestinale traitée par colectomie droite partielle et mise en place d'une colostomie, dans un hôpital aigu. Il est admis en réhabilitation/rééducation pour soins de sa colostomie.
DP Z43.3	Encounter for attention to colostomy
DS K50.10	Crohn's disease of large intestine without complications
DS Z90.49	Acquired absence of other specified parts of digestive tract

b. Transplantation

Un code spécifique de la catégorie **Z48.2 (Encounter for aftercare following organ transplant)** est utilisé en diagnostic principal.

Exemple :	patient admis en réhabilitation/rééducation à la suite d'une transplantation rénale gauche pratiquée, il y a un mois, en raison d'une insuffisance rénale chronique terminale, résolue actuellement.	
DP	Z48.22	Encounter for aftercare following kidney transplant

E. Soins post-traumatiques

Pour les soins de suite d'une lésion traumatique, le diagnostic principal correspond au code de la lésion traumatique aiguë avec un **septième caractère spécifique**. Cette règle diffère du codage des suites chirurgicales non traumatiques.

 Règle importante (ICD-10-BE): les codes de suivi orthopédique (**Z47.-**) **NE** peuvent **PAS** être attribués pour les soins de suite de traumatismes. Le 7ème caractère du code de lésion traumatique identifie la phase de soins.

 Signification du 7ème caractère

7ème car.	Signification exemples d'utilisation du 7 ^{ème}	Utilisation en réhabilitation
A	Initial encounter	Phase de traitement actif - rarement utilisé en réhabilitation
D	Subsequent encounter	Phase de guérison/récupération - CODE HABITUEL en réhabilitation
S	Sequela	Effets résiduels après guérison de la lésion initiale

En rééducation, la majorité des patients admis après fracture présentent une évolution favorable de leur fracture avec consolidation normale et le 7ème caractère habituellement utilisé est **D**.

→ Le caractère 'D' indique qu'il s'agit de soins de suite pendant la phase de guérison.

Exemple 1 :	Patiente admise en réhabilitation pour fracture du poignet gauche traitée par immobilisation.
DP :	S52.592D Other fractures of lower end of left radius, subsequent encounter

Exemple 2 :	Patient admis pour rééducation après arthroplastie de hanche pour fracture intertrochantérienne droite.
DP :	S72.141D Displaced intertrochanteric fracture of right femur, subsequent encounter
DS :	Z96.641 Presence of right artificial hip joint

 En cas de soins de suite d'une **fracture compliquée** le 7^{ème} caractère peut prendre d'autres valeurs :

- G (Subsequent encounter for fracture with delayed healing) si retard de consolidation
- K (Subsequent encounter for fracture with nonunion) pour pseudarthroses
- P (Subsequent encounter for fracture with malunion) pour cal vicieux

Exemple 1 :	patiente ayant présenté une fracture du col du fémur gauche, traitée par ostéosynthèse. Le contrôle radiologique montre un retard de consolidation sans pseudarthrose constituée. Elle est admise en rééducation pour poursuite de la mobilisation en décharge partielle et stimulation de la consolidation.
DP : S72.002G	Fracture of unspecified part of neck of left femur, subsequent encounter for closed fracture with delayed healing

Exemple 2 :	patient ayant présenté une fracture diaphysaire du tibia droit traitée initialement par enclouage centromédullaire. Malgré une reprise chirurgicale avec greffe osseuse une pseudarthrose est confirmée radiologiquement. Il est admis en rééducation pour maintien des amplitudes articulaires, renforcement musculaire en décharge.
DP : S82.201K	Unspecified fracture of shaft of right tibia, subsequent encounter for closed fracture with nonunion

 En cas de fracture ouverte initiale, le 7ème caractère peut prendre d'autres valeurs (E, F, H, J, M, N, Q, R) et peut varier en fonction des os affectés et du type de fracture ; il est donc impératif de revoir la liste systématique au niveau de chaque catégorie et sous-catégorie pour déterminer la valeur de code appropriée.

 Si l'admission est justifiée par une lésion traumatique et que plusieurs lésions traumatiques sont présentes, le code correspondant à la lésion traumatique la plus sévère, telle que déterminée par le prestataire de soins et sur lequel se concentre le traitement, est codé en diagnostic principal. Si la documentation n'est pas claire sur ce point, il faut demander au prestataire de soins de faire cette détermination.

F. Soins en oncologie

Cette section complète les règles de codage en oncologie exposées dans le chapitre du manuel principal. Elle traite de situations particulières rencontrées en établissement de réhabilitation/rééducation.

1. Codage des antécédents de néoplasme

En règle générale, un néoplasme est considéré comme actif tant qu'il nécessite un traitement, ou lorsque le cancer est présent, non traité mais sous prise en charge ou suivi actif. Dès que le traitement est terminé, que le néoplasme est éradiqué et que **la rémission complète sans traitement est confirmée**, le code d'antécédent **Z85.- (Personal history of malignant neoplasm)** remplace le code de néoplasme actif (**C00-C96**).

Exemple :	Patiente admise en réhabilitation pour reconditionnement physique après traitement complet d'un cancer du sein gauche. La patiente est en rémission complète depuis 6 mois.
DP : Z51.89	Encounter for other specified aftercare
DS : Z85.3	Personal history of malignant neoplasm of breast
DS : Z90.12	Acquired absence of left breast and nipple

 Certains néoplasmes lymphatiques et hématopoïétiques (lymphomes et leucémies) classés dans les catégories **C81.- à C96.-** disposent d'un 5^{ème} caractère **D** précisant "état de rémission" qui doit être codé si la rémission est explicitement documentée, par exemple : **C85.9A** (Non-Hodgkin lymphoma, unspecified, in remission) [ajout version 2025]. Sans mention de rémission ni récurrence, un ATCD de leucémie se code **Z85.6 (Personal history of leukemia)**.

2. Complications des traitements oncologiques

Les patients admis en réhabilitation peuvent présenter des complications liées aux traitements oncologiques reçus. Ces complications doivent être codées avec précision car elles influencent significativement la prise en charge.

a. Complications de la chimiothérapie

Les complications fréquentes de la chimiothérapie incluent la neutropénie, l'anémie, la mucite, la neuropathie périphérique et la fatigue intense. Chaque complication doit être codée individuellement.

Exemple 1 :	Patient atteint d'un lymphome, admis en réhabilitation pour prise en charge d'une neuropathie périphérique invalidante secondaire à une chimiothérapie à base de vincristine.
DP : G62.0	Drug-induced polyneuropathy
DS : T45.1X5D	Adverse effect of antineoplastic and immunosuppressive drugs, subsequent encounter
DS : C85.90	Non-Hodgkin lymphoma, unspecified, unspecified site
DS : Z92.21	Personal history of antineoplastic chemotherapy

b. Complications de la radiothérapie

Les complications de la radiothérapie dépendent de la zone irradiée. Elles peuvent inclure la fibrose pulmonaire, les lésions cutanées, les troubles digestifs et les atteintes neurologiques.

Exemple 2 :	Patient admis en réhabilitation pour prise en charge d'une pneumopathie radique suite à une radiothérapie thoracique pour cancer du poumon.
DP :	J70.0 Acute pulmonary manifestations due to radiation
DS :	C34.90 Malignant neoplasm of unspecified part of unspecified bronchus or lung
DS :	Z92.3 Personal history of irradiation

c. Lymphœdème post-oncologique

Le lymphœdème est une complication fréquente après curage ganglionnaire ou radiothérapie. Sa prise en charge en réhabilitation est spécifique et le codage doit refléter à la fois le lymphœdème et son étiologie.

Exemple 3 :	Patiente admise en réhabilitation pour prise en charge d'un lymphœdème du membre supérieur droit secondaire à un curage axillaire pour cancer du sein.
DP :	I97.2 Postmastectomy lymphedema syndrome
DS :	Z85.3 Personal history of malignant neoplasm of breast
DS :	Z90.11 Acquired absence of right breast and nipple

3. Prise en charge après chirurgie oncologique

Un code spécifique de la catégorie **Z48.3 (Aftercare following surgery for neoplasm)** est utilisé en diagnostic principal, suivi d'un code additionnel identifiant le néoplasme.

Exemple :	patient admis en réhabilitation/rééducation à la suite à un séjour dans un hôpital aigu, pour traitement chirurgical de cancer du rein gauche. Il a subi une néphrectomie gauche totale.
DP	Z48.3 Aftercare following surgery for neoplasm
DS	C64.2 Malignant neoplasm of left kidney, except renal pelvis
DS	Z90.5 Acquired absence of kidney

4. Soins de suite d'une pathologie néoplasique ou des conséquences de la maladie

Lorsqu'un patient est hospitalisé en établissement de rééducation/réhabilitation pour poursuite de soins après traitement oncologique, 3 situations se présentent :

a. Le patient ne reçoit pas de traitement oncologique pendant son séjour en soins de suite

a.1 Certains patients atteints d'un néoplasme, sont adressés en réhabilitation/rééducation au décours de leur prise en charge, après une hospitalisation qui n'a fait l'objet d'aucun traitement chirurgical ni chimiothérapie ni radiothérapie, mais en raison d'une fatigue intense, d'effets secondaires de traitement, etc.

Exemple :		patient atteint d'un néoplasme du poumon droit, admis dans un centre hospitalier spécialisé en réhabilitation, pour une prise en charge en réhabilitation, en raison d'une fatigue intense liée à son néoplasme. Il n'a pas eu de traitement spécifique de son néoplasme lors de son séjour en hospitalisation aigu.
DP	C34.91	Malignant neoplasm of unspecified part of right bronchus or lung
DS	R53.0	Neoplastic (malignant) related fatigue
		<i>Code first associated neoplasm</i>

a.2 Si le patient est admis après un traitement oncologique (chimiothérapie, immunothérapie), un code de diagnostic secondaire supplémentaire de la série **Z92.-** est ajouté

Un code spécifique **Z51.89 (Encounter for other specified aftercare)** est attribué en diagnostic principal, suivi d'un code additionnel identifiant le néoplasme.

Exemple :		patient atteint d'un néoplasme du poumon droit, ayant bénéficié d'une chimiothérapie antinéoplasique en hôpital aigu et admis en soins de suite pour réhabilitation.
DP	Z51.89	Encounter for other specified aftercare
DS	C34.91	Malignant neoplasm of unspecified part of right bronchus or lung
DS	Z92.21	Personal history of antineoplastic chemotherapy

b. Le patient poursuit un traitement oncologique pendant son séjour en établissement spécialisé

- **Le traitement est réalisé par un autre établissement sans interrompre le séjour**

Le patient est admis en soins de suite et poursuit son traitement pendant son séjour. Le traitement est réalisé dans un établissement aigu sans interrompre le séjour en soins de suite. Le code du DP est alors **Z51.89 (Encounter for other specified aftercare)** suivi du code de la tumeur et d'un code de la série **Z92.2- (Personal history of drug therapy)**.

Exemple :		patiente admise dans un établissement de rééducation/ réhabilitation après avoir bénéficié d'une chimiothérapie pour néoplasme de l'ovaire gauche. Pendant son séjour en soins de suite, elle poursuit une chimiothérapie intraveineuse réalisée par un autre établissement
DP	Z51.89	Encounter for other specified aftercare
DS	C56.2	Malignant neoplasm of left ovary
DS	Z92.21	Personal history of antineoplastic chemotherapy

▲ La procédure sera codée selon la classification ICD-10-PCS pour le séjour en établissement spécialisée. Le lieu de la procédure (variable PRLP*) est alors égal à "G" (Autre établissement) et le code médecin ayant réalisé la procédure (Variable PRCM*) est égal à "000000000" (voir chapitre Codage des procédures).

- **Le traitement oncologique est réalisé par le service de soins de suite**

Le patient est admis en soins de suite et poursuit son traitement pendant son séjour. Le traitement est réalisé dans l'établissement de soins de suite (chimiothérapie orale, sous-cutanée, home-pompe). Le code du DP est alors un code de la série **Z51.1- (Encounter for antineoplastic chemotherapy and immunotherapy)** suivi du code de la tumeur.

Exemple :		patiente admise dans un établissement de rééducation/ réhabilitation après avoir bénéficié d'une chimiothérapie pour néoplasme de l'ovaire gauche. La chimiothérapie est poursuivie par voie orale pendant le séjour en soins de suite.
DP	Z51.11	Encounter for antineoplastic chemotherapy
DS	C56.2	Malignant neoplasm of left ovary

c. Radiothérapie

Le patient est admis en établissement de rééducation/réhabilitation après la réalisation d'une radiothérapie, le DP est alors le code **Z51.89 (Encounter for other specified aftercare)** précisé en diagnostics secondaires par le code de la tumeur et le code **Z92.3 (Personal history of irradiation)**.

Exemple :		patient admis dans un établissement de soins spécialisés pour fatigue importante dans les suites d'une radiothérapie pour néoplasme du lobe temporal droit et nécessitant une réhabilitation.
DP	Z51.89	Encounter for other specified aftercare
DS	C71.2	Malignant neoplasm of temporal lobe
DS	Z92.3	Personal history of irradiation

Arbre décisionnel de codage du diagnostic principal

Contexte	DP	DS
Pathologie aiguë en cours	Code pathologie	
Cas particulier :		
Infarctus aigu du myocarde =< 28 jours	I21.9	
Infarctus aigu du myocarde > 28 jours	Z51.89	I25.9
Soins de suivi médicaux		
Après affection aiguë	Z51.89	Z86.- à Z87.-
Séquelle de pathologie antérieure	Code séquelles	
Adaptation de traitement d'une pathologie chronique	Z51.81	Z79.-
Soins palliatifs	Z51.5	code pathologie
Soins post-opératoires orthopédiques (non traumatiques)		
Mise en place de prothèse	Z47.1	Z96-
Retrait de prothèse	Z47.3-	
Amputation	Z47.81	Z89.-
Intervention sur colonne vertébrale pour scoliose	Z47.82	
Arthrodèse (sauf scoliose)	Z47.89	Z98.1
Autres soins de suivi orthopédiques	Z47.89	
Autres soins de suivi post-opératoires		
Intervention sur un organe précisé	Z48.81-	+/- Z90.-, Z95.-, Z96.-, Z85.- à Z87.-
Stomie	Z43.-	
Transplantation	Z48.2-	
Soins de suivi post-traumatiques	Code pathologie avec 7 ^{ème} caractère D (G, K, P, ...)	
Soins de suivi oncologiques		
Antécédent de néoplasme	Z51.89	Z85.-
Complications de traitement oncologique	Code pathologie	Z92.- + Code néo
Prise en charge après chirurgie oncologique	Z48.3	Code tumeur
Le patient n'a pas de traitement oncologique	Z51.89	Code tumeur
Un traitement oncologique est poursuivi et réalisé au sein de l'établissement spécialisé	Z51.1-	Code tumeur
Un traitement oncologique est poursuivi et réalisé en dehors de l'établissement spécialisé	Z51.89	Code tumeur + Z92.2-
Prise en charge après radiothérapie	Z51.89	Code tumeur + Z92.3

II. Codage des Diagnostics secondaires essentiels en réhabilitation

A. Affections au cours de séjour en établissement de soins de suite

Doivent être codés en diagnostics associés toutes affections qui coexistent au moment de l'admission, qui se développent ultérieurement, cliniquement significatives qui influent sur la prise en charge du patient et qui nécessitent :

- une évaluation clinique, ou
- un traitement thérapeutique, ou
- des examens diagnostiques, ou
- une prolongation de l'hospitalisation, ou
- une augmentation des soins infirmiers et/ou de la surveillance.

 Les diagnostics qui se rapportent à un épisode antérieur et qui n'ont aucun lien avec l'hospitalisation actuelle doivent être exclus.

B. Antécédents médicaux

Les codes d'antécédents (catégories **Z80.- à Z87.-**) peuvent être utilisés comme codes secondaires si l'affection antérieure ou les antécédents familiaux ont un impact sur les soins actuels ou influencent le traitement.

Si le professionnel de santé a inclus un diagnostic dans le compte rendu diagnostique final, tel que le résumé de sortie ou la fiche d'admission, celui-ci doit généralement être codé.

 Certains professionnels de santé incluent dans le compte rendu diagnostique des affections résolues ou des diagnostics et un état post-opératoire d'hospitalisations antérieures qui n'ont aucun lien avec le séjour actuel.

C. Déterminants sociaux de la santé

Les codes relatifs aux déterminants sociaux de la santé (DSS) décrivant les problèmes sociaux, les conditions ou les facteurs de risque qui influencent la santé d'un patient doivent être codés lorsque ces informations sont consignées dans son dossier médical. En établissement de réhabilitation, ces facteurs peuvent avoir un impact significatif sur la durée du séjour et les modalités de sortie.

Attribuez autant de codes de diagnostics secondaires que nécessaire pour décrire l'ensemble des problèmes sociaux, des conditions ou des facteurs de risque documentés au cours de l'épisode de soins actuel.

Par exemple, un patient vivant seul peut subir une blessure aiguë qui affecte temporairement sa capacité à effectuer les activités quotidiennes courantes. Si cela est documenté, cela justifierait l'attribution du code Z60.2, Problèmes liés au fait de vivre seul.

Cependant, le simple fait de vivre seul, sans documentation d'un risque ou d'un besoin non satisfait d'assistance à domicile, ne justifierait pas l'attribution du code Z60.2.

Une documentation établie par un clinicien (ou des informations rapportées par le patient et validées par un clinicien) indiquant que le patient a exprimé des inquiétudes concernant l'accès et la disponibilité de la nourriture justifierait l'attribution du code Z59.41, Insécurité alimentaire.

De même, une documentation dans le dossier médical indiquant que le patient est sans domicile fixe justifierait l'attribution d'un code de la sous-catégorie Z59.0, Sans-abrisme.

D. Effets secondaires des traitements

L'effet secondaire (adverse effect) (6e caractère = 5) est lié à la prise de substances médicinales et biologiques et se caractérise par :

- la prise et la prescription correctes de médicament et apparition d'effets indésirables
- l'interaction médicamenteuse de médicaments correctement prescrits et administrés

On utilise en premier lieu, un code précisant la nature de l'effet secondaire, suivi d'un code combiné du médicament ou de la substance responsable, des catégories T36-T50 (adverse effect) avec le 5e ou 6e caractère ayant une valeur = 5, précisant l'adverse effect.

Exemple :		Extrasystoles supraventriculaires survenant au cours du séjour en rééducation et secondaires à l'utilisation de digoxine et de diazépam, tous deux utilisés conformément à une prescription
DS	I49.1	Atrial premature depolarization
DS	T46.0X5A	Adverse effect of cardiac-stimulant glycosides and drugs of similar action, initial encounter
DS	T42.4X5A	Adverse effect of benzodiazepines, initial contact

III. Codage des procédures de réhabilitation/rééducation

Dès la mise en œuvre de l'outil de saisie de données DCSH national, le codage des procédures significatives réalisées au cours d'un séjour en établissement spécialisé devient applicable au Luxembourg afin de permettre le groupage des séjours.

Selon le manuel de codage ICD-10-BE (version 2025), une procédure est dite significative si elle comporte un risque propre ou requiert une formation spécialisée.

Ce chapitre fournit les outils nécessaires pour maîtriser le codage ICD-10-PCS dans le contexte de la réhabilitation et de la rééducation.

Les codes de procédures de réhabilitation se trouvent dans la Section F de l'ICD-10-PCS, intitulée "Physical Rehabilitation and Diagnostic Audiology". Cette section couvre les interventions de kinésithérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie.

A. Principes généraux

- Seules les procédures significatives **effectivement réalisées par l'établissement spécialisé** pendant le séjour peuvent être codées.
- Exclusion des actes externes réalisés : les actes réalisés par un prestataire externe, en dehors de l'établissement spécialisé, ne doivent pas être codés sauf s'ils sont réalisés dans le cadre d'un séjour ininterrompu en établissement de soins de suite.
- Dans le cadre de la DCSH, le codage doit se limiter à un nombre restreint de procédures significatives de réhabilitation/rééducation (une à deux procédures au maximum par séjour), en privilégiant celles ayant constitué l'axe principal de prise en charge et ayant mobilisé le plus d'attention de la part des prestataires.
- Codage de l'équipement : toujours préciser l'équipement utilisé (6ème caractère). Utiliser "Z" si aucun équipement.
- Spécificité maximale : choisir le code le plus spécifique correspondant à la procédure réalisée.

Chaque code ICD-10-PCS est composé de 7 caractères alphanumériques. Chaque caractère d'un code est un axe de classification qui représente un aspect de la procédure. Le premier caractère représente la section. Dans la section **F** correspondant aux procédures de rééducation/réhabilitation, chaque position a une signification spécifique :

Position	Désignation	Description pour la Section F
1	Section	F = Physical Rehabilitation and Diagnostic Audiology
2	Section Qualifier	0 = Rehabilitation (kiné, ergo, orthophonie)
3	Root Type	Type général de procédure (Évaluation, Traitement, Appareillage)
4	Body System/Region	Système corporel ou région anatomique concernée
5	Type Qualifier	Précision sur le type de procédure (ex: exercice, marche)
6	Equipment	Équipement utilisé pour réaliser la procédure
7	Qualifier	Z = None (généralement non spécifié)

Les procédures réalisées en soins de réadaptation / rééducation commencent habituellement par **F0**.

- 💡 **Particularité de la Section F** : contrairement aux autres sections, la section Réhabilitation code l'équipement utilisé (6ème caractère). Cette information est importante pour décrire les modalités de prise en charge.

B. Les Root Types (3ème caractère) - Types de procédures

Le 3ème caractère définit le type général de procédure.

Code	Root type	Définition
0	Speech Assessment	Évaluation de la parole et des fonctions associées
1	Motor/Nerve Function Assessment	Évaluation des fonctions motrices et nerveuses
2	Activities of Daily Living Assessment	Évaluation du niveau fonctionnel pour les AVQ
6	Speech Treatment	Techniques pour améliorer/compenser les troubles de la parole
7	Motor Treatment	Exercices/activités pour améliorer la fonction motrice
8	Activities of Daily Living Treatment	Activités pour faciliter la compétence fonctionnelle AVQ
C	Vestibular Treatment	Techniques pour les troubles vestibulaires et de l'équilibre
D	Device Fitting	Adaptation de dispositifs (orthèses, prothèses, aides)
F	Caregiver Training	Formation de l'aidant aux techniques de soins

C. Body System/Region (4ème caractère)

Le 4ème caractère identifie le système corporel ou la région anatomique concernée. Les valeurs les plus fréquentes pour la section F :

Code	Body System/Region	Exemples d'utilisation
0	Neurological System - Head and Neck	AVC, paralysie faciale, troubles cognitifs
1	Neurological System - Upper Back/Upper Extremity	Hémiplégie membre supérieur, lésion plexus
2	Neurological System - Lower Back/Lower Extremity	Paraplégie, sciatique, neuropathie périphérique
3	Neurological System - Whole Body	Parkinson, SEP, tétraplégie
J	Musculoskeletal System - Head and Neck	Cervicalgies, torticollis
K	Musculoskeletal System - Upper Back/Upper Ext.	Épaule, coude, poignet, main
L	Musculoskeletal System - Lower Back/Lower Ext.	Hanche, genou, cheville, pied, lombalgies
M	Musculoskeletal System - Whole Body	Reconditionnement global, polytraumatisme
Z	None	Rééducation à la marche, activités quotidiennes



Distinction Neurologique vs Musculo-squelettique

Le choix entre système neurologique (codes 0-3) et musculo-squelettique (codes J-M) pour le 4^{ème} caractère (body system) dépend de **l'étiologie de l'atteinte** et non de la région traitée :

Système Neurologique (0-3)	Système Musculo-squelettique (J-M)
• AVC, traumatisme crânien • Maladie de Parkinson, SEP • Lésion médullaire • Neuropathie périphérique	• Arthrose, arthrite • Fracture, traumatisme osseux • Prothèse articulaire • Amputation de membre

D. Voie d'abord (5ème caractère)

Le cinquième caractère fait référence à la technique ou à la voie d'abord utilisée pour atteindre le site de la procédure. Dans le cadre de la rééducation / réhabilitation, la valeur du 5^{ème} caractère est le plus souvent "Z" mais d'autres valeurs peuvent parfois être utilisées :

- Évaluation fonctionnelle (**F00-F06**) & Aidants (**F0F**): ces sections utilisent presque exclusivement la valeur **Z**. L'évaluation est globale et ne nécessite pas de distinction de "voie d'abord".
- Thérapie motrice (**F07**): utilise majoritairement **Z**
- Appareillage et Ajustement (**F0D** (Device Fitting)): le 5e caractère (Type Qualifier) précise le dispositif ajusté : ex. **6** orthèse dynamique, **7** orthèse statique, **8** prothèse, **9** dispositif d'assistance. Le Root Type F0B désigne, lui, le traitement après implant cochléaire.
- Audiologie (**F1**): c'est la section la plus riche. Le 5ème caractère y est crucial pour différencier les tests (Oreille droite vs Gauche, Casque vs Champ libre).

E. Equipement (6ème caractère)

Le 6ème caractère spécifie l'équipement utilisé. Cette information est spécifique à la section F.

Code	Equipment	Exemples
B	Physical Agents	Chaleur, froid, ultrasons, hydrothérapie
C	Mechanical Equipment	Traction, pouliothérapie, vélo ergométrique
D	Electrotherapeutic Equipment	TENS, stimulation électrique fonctionnelle
E	Orthosis	Attelles, corsets, releveurs de pied
F	Assistive, Adaptive, Supportive or Protective	Cannes, déambulateurs, fauteuils roulants
G	Aerobic Endurance and Conditioning	Tapis roulant, ergomètre
H	Mechanical or Electromechanical	Robots de rééducation, exosquelettes
U	Prosthesis	Prothèses de membre
Y	Other Equipment	Équipement non classé ailleurs
Z	None	Aucun équipement (exercices manuels)

F. Qualificatif (7ème caractère)

Le septième caractère indique un qualificatif, utilisé pour fournir des informations supplémentaires. La valeur **Z** (None) est utilisée dans plus de 95% des cas en section F. Elle peut prendre des valeurs différentes :

- en audiologie (section F1): 0: dépistage, 1 : diagnostic ; 2 : validation/vérification,
- en appareillage (Device Fitting, Root Type F0D), le 7e caractère reste Z (None)

G. Points essentiels à retenir

- Tous les codes de réhabilitation commencent par F (Section F, Rehabilitation).
- 3ème caractère : type de procédure (0-2 évaluations, 6-C traitements, D appareillage, F formation).
- 4ème caractère : système corporel - distinguer neurologique (0-3) de musculo-squelettique (J-M).
- 6ème caractère : équipement (B physique, C mécanique, D électro, E orthèse, F aide, Z aucun).
- 7ème caractère : généralement Z (None) en réhabilitation.

H. Méthodologie de construction des codes PCS en rééducation/réhabilitation

Le code d'une procédure ICD10-PCS est construit en assemblant Section (F) + Qualifier (0) + Root Type + Body System + Type Qualifier + Equipment + Qualifier (Z)

1. **Section** : les codes de procédures de réhabilitation se trouvent dans la Section **F** de l'ICD-10-PCS, intitulée "Physical Rehabilitation and Diagnostic Audiology". Cette section couvre les interventions de kinésithérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie.
2. **Section Qualifier** : **0** pour les actes de réhabilitation
3. **Root Type** : identifier le type de procédure (évaluation ou traitement ? appareillage ou formation aidant ?)
4. **Body System** : déterminer le système corporel (neurologique ou musculo-squelettique, région anatomique)
5. **Type qualifier** : préciser le type de traitement (objectif thérapeutique spécifique : mobilité, renforcement, marche, AVQ)
6. **Equipment** : identifier l'équipement utilisé : Quels outils ou appareils ont été utilisés ?
7. **Qualifier** : **Z** pour la rééducation/réhabilitation

Exemple 1 : Kinésithérapie post-prothèse de hanche

Situation : patient ayant bénéficié d'une arthroplastie de hanche droite, admis en rééducation pour renforcement musculaire des membres inférieurs avec électrostimulation.

- Section : → **F**
- Section Qualifier : → **0**
- Type de procédure : traitement moteur → **7**
- Body System : musculo-squelettique MI → **L**
- Type de traitement : renforcement → **6**
- Équipement : électrothérapie → **D**
- Qualifier : → **Z**

Code final : **F07L6DZ** (Therapeutic Exercise Treatment Lower Ext. using Electrotherapeutic)

Exemple 2 : Rééducation neurologique post-AVC

Situation : patient hémiparétique gauche après un AVC pris en charge pour rééducation des fonctions motrices du membre supérieur avec orthèse

- Section : → **F**
- Section Qualifier : → **0**
- Type de procédure : traitement moteur → **7**
- Body System : neurologique MS → **1**
- Type de traitement : fonction motrice → **3**
- Équipement : orthèse → **E**
- Qualifier : → **Z**

Code final : **F0713EZ** (Motor Function Treatment Neuro Upper Ext. using Orthosis)

Exemple 3 : Ergothérapie - Rééducation habillage

Situation : apprentissage des techniques d'habillage avec aides techniques chez un patient amputé du membre supérieur

- Section : → **F**
- Section Qualifier : → **0**
- Type de procédure : traitement AVQ → **8**
- Body System : non spécifié → **Z**
- Type de traitement : habillage → **1**
- Équipement : aide adaptative → **F**
- Qualifier : → **Z**

Code final : **F08Z1FZ** (Dressing Treatment using Assistive Equipment)

Autres procédures

Si la grande majorité des procédures réalisées en établissement spécialisé relèvent de la rééducation et de la réhabilitation (Section F de l'ICD-10-PCS), certaines prises en charge nécessitent également la réalisation de gestes médicaux ou soignants qui ne sont pas des actes de rééducation. Ces procédures « hors Section F » peuvent être codées en complément des procédures de rééducation, dès lors qu'elles remplissent les deux conditions cumulatives suivantes :

- la procédure est significative : elle comporte un risque propre ou requiert une formation spécialisée (critère identique à celui appliqué aux procédures de rééducation).
- la procédure est réalisée par l'établissement d'hébergement : les actes effectués par un prestataire externe, en dehors de l'établissement spécialisé, ne doivent pas être codés (même règle que pour les procédures de la section F).

La logique de construction du code ICD-10-PCS est universelle et s'applique de manière identique à toutes les sections. Chaque code est composé de 7 caractères alphanumériques, où chaque position représente un axe de classification. La démarche est donc strictement parallèle à celle utilisée pour les procédures de rééducation, seules les valeurs possibles changent en fonction de la section concernée.

Pour les procédures hors Section F, la structure générique est la suivante :

Section → Body System → Opération → Body System/Region → Approche → Substance/ dispositif → Qualificateur

Différence clé avec la Section F : dans les sections médicales et chirurgicales (Section 0) ainsi que dans la section Administration (Section 3), le 6^{ème} caractère désigne une *substance* ou un *dispositif (device)*, alors qu'en section F il désigne l'*équipement* utilisé pour la rééducation. De même, le 3^{ème} caractère correspond ici à une *Root Operation* (Introduction, Transfusion...) et non plus à un *Root Type* de rééducation.

Exemple 4 : Chimiothérapie intra-veineuse

Situation : une patiente en rééducation après mastectomie pour cancer du sein reçoit une cure de chimiothérapie intraveineuse administrée par l'équipe médicale de l'établissement, en parallèle de ses séances de kinésithérapie

- Section : Administration → **3**
- Body System : Physiological System → **E**
- Root Operation : Introduction → **0**
- Body System : Peripheral Vein → **3**
- Approach : Percutaneous → **3**
- Substance : Antineoplastic → **0**
- Qualifier : Other Antineoplastic → **5**

Code final : 3E03305 (Introduction of Other Antineoplastic into Peripheral Vein, Percutaneous Approach)

Exemple 5 : Injection de toxine botulique pour spasticité

Situation : injection intramusculaire de toxine botulique (Botox®) dans les fléchisseurs du poignet et des doigts afin de réduire le tonus musculaire et de faciliter la rééducation

- Section : Administration → **3**
- Body System : Circulatory → **0**
- Root Operation: Transfusion → **2**
- Body System : Peripheral Vein → **3**
- Approach : Percutaneous → **3**
- Substance : Nonautologous Red Blood Cells → **N**
- Qualifier : Nonautologous → **1**

Code final : 30233N1 (Transfusion of Nonautologous Red Blood Cells into Peripheral Vein, Percutaneous Approach)

Exemple 6 : Transfusion de concentré érythrocytaire

Situation : transfusion de deux unités de concentré érythrocytaire par voie intraveineuse périphérique en raison d'une anémie symptomatique

- Section : Administration → **3**
- Body System : Physiological System → **E**
- Root Operation: Introduction → **0**
- Body System : Muscle → **2**
- Approach : Percutaneous → **3**
- Substance : Other Therapeutic Substance → **G**
- Qualifier : Other Substance → **C**

Code final : 3E023GC (Introduction of Other Therapeutic Substance into Muscle, Percutaneous Approach)

Exemple 7 : Débridement d'un escarre

Situation : excision chirurgicale au lit du patient du tissu dévitalisé d'un escarre fessier de stade 3

- Section : Medical and Surgical → **0**
- Body System : Skin and Breast → **H**
- Root Operation: Excision → **B**
- Body System : Skin, buttock → **8**
- Approach : External → **X**
- Device : No device → **Z**
- Qualifier : No qualifier → **Z**

Code final : 0HB8XZZ (Excision of Buttock Skin, External Approach)

Transferts des données

Le mode de transmission sécurisé sera confirmé dans un cahier des charges pour les données à envoyer à la CNS et dans un futur règlement grand-ducal pour les données à envoyer à la Direction de la santé.

Calendrier

Les fichiers DCSH des hôpitaux sont transmis par les hôpitaux par périodes semestrielles à la CNS et à la Direction de la santé selon le calendrier suivant :

Au plus tard le 1^{er} avril de chaque année, l'hôpital transmet les données mentionnées au chapitre II du présent document pour toutes les hospitalisations dont la fin de séjour (date de sortie) a lieu entre le 1^{er} juillet et le 31 décembre de l'année précédente.

Au plus tard le 1^{er} octobre de chaque année, l'hôpital transmet les données mentionnées au chapitre II du présent document pour toutes les hospitalisations dont la fin de séjour (date de sortie) a lieu entre le 1^{er} janvier et le 30 juin de la même année.

Modalités de transfert des données

Les fichiers de données DCSH doivent être transmis séparément à la CNS et à la DiSa selon des modalités spécifiques, précisées ci-dessous.

Pour la Direction de la santé, les variables devant être codées et transmises :

1a IDCF	2a PAMA	4a ADNA	5a SODS	6a SMSM	7a SHSH	8a MTSP	9a PRCP*	10a DIDP
1b IDVI	2b PASE	4b ADDA	5b SOHS	6b SMDD	7b SHSI	8b MTDD	9b PRDP*	10b DIDS
	2c PADN	4c ADHA	5c SOMS	6c SMHD	7c SHDD	8c MTHD	9c PRPH*	10c DISE
1d IDAS	2d PAPR		5d SOED	6d SMDF	7d SHHD	8d MTDF	9d PRLP*	10d DIPA
1e IDDE	2e PACP	4e ADPP		6e SMHF	7e SHDF	8e MTHF	9e PRCM*	
1f IDHE	2f PANA	4f ADEP			7f SHHF		9f PRSM*	
	2g PAAS	4g ADME					9g PRTA*	
		4h ADAD						

* Ces variables seront transmises dès la mise en œuvre de l'outil de codage national dans les établissements spécialisés.

Pour la CNS, seules les variables suivantes doivent être transmises :

1a IDCF	2a PAMA	4a ADNA	5a SODS	6a SMSM	7a SHSH	10a DIDP
1b IDVI	2b PASE	4b ADDA	5b SOHS	6b SMDD	7b SHSI	10b DIDS
	2c PADN	4c ADHA	5c SOMS	6c SMHD	7c SHDD	10c DISE
1d IDAS	2d PAPR		5d SOED	6d SMDF	7d SHHD	10d DIPA
1e IDDE	2e PACP	4e ADPP		6e SMHF	7e SHDF	
1f IDHE		4f ADEP			7f SHHF	
	2g PAAS	4g ADME				

Glossaire des abréviations utilisées

ADIM	Assistant de documentation (codeur)	DIDP	Diagnostic Principal
DIDS	Diagnostic du séjour	DISE	Diagnostic secondaire
PRLP	Lieu de réalisation de la procédure	PRCM	Code du médecin effectuant la procédure
GRDA	APR-DRG à l'admission	GRDS	APR-DRG du séjour
GRMA	MDC à l'admission	GRMS	MDC du séjour
GRSA	Niveau de sévérité à l'admission	GRSS	Niveau de sévérité du séjour
GRRA	Risque de mortalité à l'admission	GRRS	Risque de mortalité du séjour