

Portrait québécois de l'évaluation initiale
des personnes atteintes d'un cancer du
poumon dont le premier traitement était
la chirurgie - Mise à jour 2020-2023

Annexes méthodologiques

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence
des modes d'intervention en santé

Le présent document contient les annexes méthodologiques au rapport *Portrait québécois de l'évaluation initiale des personnes atteintes d'un cancer du poumon dont le premier traitement était la chirurgie - Mise à jour 2020-2023*.

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ces annexes méthodologiques, l'annexe complémentaire (Résultats supplémentaires) et le rapport final sont accessibles en ligne dans la section [Publications](#) de notre site *Web*.

Renseignements

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
Téléphone : 418 643-1339
Télécopieur : 418 646-8349

2021, avenue Union, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-2563
Télécopieur : 514 873-1369

inesss@inesss.qc.ca
www.inesss.qc.ca

Responsabilité

L'Institut rend accessibles les principales informations qui ont servi à la préparation du rapport *Portrait québécois de l'évaluation initiale des personnes atteintes d'un cancer du poumon dont le premier traitement était la chirurgie - Mise à jour 2020-2023* aux lecteurs qui désirent plus de détails sur sa démarche scientifique.

Ce document n'a pas fait l'objet d'une révision linguistique. Il ne reflète pas forcément les opinions des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

TABLE DES MATIÈRES

SIGLES ET ACRONYMES	I
GLOSSAIRE	II
ANNEXE A.....	1
MÉTHODOLOGIE DÉTAILLÉE	1
1.1 Sources des données	1
1.1.1 Registre québécois du cancer (RQC)	1
1.1.2 Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).....	1
1.1.3 Services rémunérés à l'acte (SMOD).....	2
1.1.4 Banque de données commune des urgences (BDCU).....	2
1.1.5 Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA).....	2
1.1.6 Services pharmaceutiques (SMED).....	2
1.2 Création de la cohorte <i>Cancer du poumon</i>	3
1.3 Création des repères temporels de l'évaluation initiale – <i>date de la première évidence du cancer, T0_{EI} et T1_{EI}</i>	3
1.3.1 Cadre conceptuel concernant les repères temporels	3
1.3.2 Règles de définition de la date de la première évidence du cancer	6
1.3.3 Règle de définition de la date du temps initial de l'évaluation initiale (T0 _{EI}).....	8
1.3.4 Règles de définition de la date du temps final de l'évaluation initiale (T1 _{EI})	8
1.3.5 Repères temporels relatifs aux paramètres d'évaluation	8
1.4 Création de la cohorte <i>Chirurgie</i>	9
1.5 Caractéristiques des patients et de leur maladie	10
1.5.1 Âge et sexe.....	10
1.5.2 Nombre de conditions de santé	10
1.5.3 Types histologiques	10
1.5.4 Stades cliniques.....	10
1.6 Hôpitaux où ont été fournis les soins.....	11
1.7 Délais entre la première évidence du cancer et la chirurgie	11
1.8 Services les plus souvent utilisés lors de l'évaluation initiale	11
1.9 Nombre de services par patient	12
1.10 Répétition des services.....	13
1.11 TDM thoracique	13
1.12 TEP-TDM	14
1.13 Bronchoscopie.....	14
1.14 Évaluation effractive du médiastin.....	14
1.15 Biopsie transthoracique à l'aiguille	15
1.16 Imagerie cérébrale.....	15

1.17	Processus de validation scientifique.....	16
1.17.1	Consultation de cliniciens experts.....	16
1.17.2	Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO)	16
1.18	Mise à jour.....	16
ANNEXE B		17
	Codes des traitements contre le cancer du poumon.....	17
ANNEXE C		26
	Codes des imageries thoraciques	26
ANNEXE D		28
	Codes des services de l'évaluation initiale	28
ANNEXE E		41
	Codes des TDM thoraciques	41
RÉFÉRENCES		42

LISTE DES TABLEAUX

Tableau A-1	Catégories des services analysés.....	12
-------------	---------------------------------------	----

LISTE DES FIGURES

Figure A-1	Début de la recherche de la 1 ^{re} évidence du cancer : 180 jours en amont de la date du diagnostic.....	3
Figure A-2	Début de la recherche de la 1 ^{re} évidence du cancer : 180 jours en amont de la date du 1 ^{er} traitement	4
Figure A-3	Début de la recherche de la 1 ^{re} évidence du cancer : 180 jours en amont de la date de référence.....	5
Figure A-4	Repères temporels relatifs aux paramètres d'évaluation	9

SIGLES ET ACRONYMES

AJCC	<i>American Joint Committee on Cancer</i>
BDCA	Banque de données clinico-administratives
BDCU	Banque de données commune des urgences
BT TA	Biopsie transthoracique à l'aiguille
CCI	Classification canadienne des interventions
CEPO	Comité de l'évolution des pratiques en oncologie
CIM-O-3	Classification internationale des maladies pour l'oncologie, troisième édition
CPNPC	Cancer du poumon non à petites cellules
CPPC	Cancer du poumon à petites cellules
DCI	Dénomination commune internationale
DIN	Numéro d'identification du médicament
Dx	Diagnostic
EBUS	Échographie endobronchique
EUS	Échoendoscopie transœsophagienne
FIPA	Fichier d'inscription des personnes assurées
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IRM	Imagerie par résonance magnétique
MED-ÉCHO	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux (le Ministère)
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec (la Régie)
RLC	Registre local du cancer
RQC	Registre québécois du cancer
SMED	Services pharmaceutiques
SMOD	Services rémunérés à l'acte
SNC	Système nerveux central
T0 _{EI}	Temps initial de l'évaluation initiale
T1 _{EI}	Temps final de l'évaluation initiale
TDM	Tomodensitométrie
TEP	Tomographie par émission de positrons
Tx	Traitement

GLOSSAIRE

Évaluation initiale

Dans le cadre des présents travaux, la période de l'évaluation initiale peut comprendre l'intervalle entre la consultation avec le médecin de famille et celle avec le médecin spécialiste, l'investigation, la stadification de la maladie, l'évaluation de l'admissibilité au traitement et l'intervalle entre la requête opératoire et la chirurgie.

Investigation

Recherche approfondie qui sert à évaluer (confirmer ou infirmer) les résultats cliniques préliminaires (SPAC, 2025).

Service de l'évaluation initiale

Dans le cadre des présents travaux, un service correspond à l'un des tests d'imagerie ou à l'une des interventions diagnostiques qui peuvent être utilisés durant l'évaluation initiale. Ils comprennent 29 catégories et sont présentés au [tableau A-1](#).

Stadification

Réalisation des examens et des tests pour connaître l'étendue du cancer dans le corps, en particulier pour savoir si la maladie s'est propagée à partir de son site d'origine jusqu'à d'autres parties du corps (traduction libre) (NCI, 2025).

Traitement néoadjuvant

Traitement anticancéreux administré avant le traitement principal. Il est souvent utilisé pour réduire la taille de la tumeur, évaluer sa réponse au traitement et rendre la chirurgie moins effractive, ce qui peut favoriser une récupération plus rapide. Il peut aussi contribuer à diminuer le risque de récurrence (traduction libre) (OncoLink, 2026)

ANNEXE A

MÉTHODOLOGIE DÉTAILLÉE

1.1 Sources des données

Conformément à l'entente portant sur la communication de renseignements nécessaires à la réalisation d'études et d'évaluations faites en application de la Loi sur l'INESSS, l'INESSS a accès aux banques de données clinico-administratives (BDCA) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) (INESSS, 2025). Un identifiant unique (numéro banalisé) attribué à chaque patient remplace toute information permettant d'identifier les personnes (nom, prénom, numéro d'assurance maladie [NAM]) et il permet de jumeler l'information provenant des différentes banques de données. Les BDCA utilisées dans le cadre des présents travaux sont décrites ci-dessous.

L'extraction des données du RQC incluait les personnes qui ont reçu un diagnostic de cancer du poumon jusqu'au 31 décembre 2023. La date butoir des données de toutes les autres banques est le 31 mars 2025.

1.1.1 Registre québécois du cancer (RQC)

Propriétaire : MSSS

Le Registre québécois du cancer (RQC) est le registre central contenant l'information sur l'ensemble des personnes atteintes de cancer au Québec (MSSS, 2025). À partir de 2013, les Registres locaux de cancer (RLC) des établissements de santé du Québec constituent la principale source d'information du RQC. Le fichier des décès et des données hors Québec en sont des sources complémentaires. Les variables disponibles dans le RQC incluent principalement des données sur la personne (p. ex. : sexe, date de naissance, date du décès), la tumeur (p. ex. : date et lieu du diagnostic, topographie de la tumeur, stade clinique et pathologique) et les traitements de première intention (MSSS, 2019). Au moment de la publication, la validation des stades n'était pas terminée et les données sur les traitements n'avaient pas encore été rendues disponibles (MSSS, 2025). Les registraires en oncologie sont responsables de la collecte, de la saisie et de l'exploitation des données relatives au cancer.

1.1.2 Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO)

Propriétaire : MSSS

Cette banque contient de l'information sur chacune des hospitalisations de courte durée et des chirurgies d'un jour dans les centres hospitaliers du Québec. On y trouve, entre autres, les dates d'entrée et de sortie de l'hôpital, les services par lesquels le patient est passé, les diagnostics associés à l'hospitalisation, les traitements reçus et, le cas échéant, les caractéristiques de la tumeur et l'information sur le décès.

1.1.3 Services rémunérés à l'acte (SMOD)

Propriétaire : RAMQ

Cette banque contient l'ensemble des services rémunérés à l'acte par la RAMQ, réalisés par les médecins, les optométristes et les dentistes. Pour chacun des actes, la banque contient l'information sur le professionnel qui a fait l'acte et le patient qui l'a reçu. Cette banque contient également la date et le type de l'acte, l'établissement et le lieu où il a été réalisé (p. ex. clinique médicale, centre hospitalier), le diagnostic associé à l'acte ainsi que le coût payé par la RAMQ au professionnel. Il est à noter que les services des professionnels non rémunérés à l'acte (vacation, par exemple) ne sont pas inclus dans cette banque.

1.1.4 Banque de données commune des urgences (BDCU)

Propriétaire : MSSS

Cette banque contient de l'information sur l'ensemble des visites dans chacune des salles d'urgence du Québec. La banque contient la date de la visite ainsi que les différents temps d'attente à l'urgence (p. ex. triage, prise en charge médicale, demande d'hospitalisation). Cette banque contient également de l'information sur le niveau de priorité du patient et l'utilisation des civières.

1.1.5 Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA)

Propriétaire : RAMQ

En plus des caractéristiques des personnes inscrites à la RAMQ (sexe, âge), ce fichier contient l'historique de leurs adresses et de leur admissibilité au régime d'assurance maladie et au régime d'assurance médicaments, ainsi que le type d'admissibilité à l'assurance médicaments : adhérent, 65 ans et plus, personne à charge, prestataire de l'assurance emploi. Le cas échéant, ce fichier contient également la date du décès de la personne.

1.1.6 Services pharmaceutiques (SMED)

Propriétaire : RAMQ

Cette banque contient l'information sur chacune des ordonnances de médicaments délivrées par un pharmacien en pharmacie communautaire aux personnes assurées par le régime général d'assurance médicaments du Québec – les ordonnances des personnes assurées par un régime privé ne sont donc pas incluses dans cette banque. Pour chacune des ordonnances, on trouve, entre autres, la date, le nom du médecin-prescripteur et l'information sur les médicaments – p. ex. nom, code DCI, DIN, dose, durée du traitement, coût. Il est à noter que les médicaments administrés dans les établissements n'apparaissent pas dans cette banque.

1.2 Création de la cohorte *Cancer du poumon*

La cohorte *Cancer du poumon* est composée de l'ensemble des personnes qui ont reçu un diagnostic de cancer du poumon au Québec. Celle-ci est issue d'une extraction du RQC et comprend les cas de cancer dont la topographie (siège primaire) est « Tumeur maligne des bronches et du poumon » (code CIM-O-3 : C34.0-C34.9) et dont le code de comportement est « malin, siège primaire » (code 3 du cadre normatif), pour les années civiles de 2013 à 2023 (date du diagnostic) (MSSS, 2019). Lorsque plus d'une tumeur pulmonaire primaire apparaissait pour un même patient, seules les informations liées à la première étaient conservées.

1.3 Création des repères temporels de l'évaluation initiale – *date de la première évidence du cancer, $T0_{EI}$ et $T1_{EI}$*

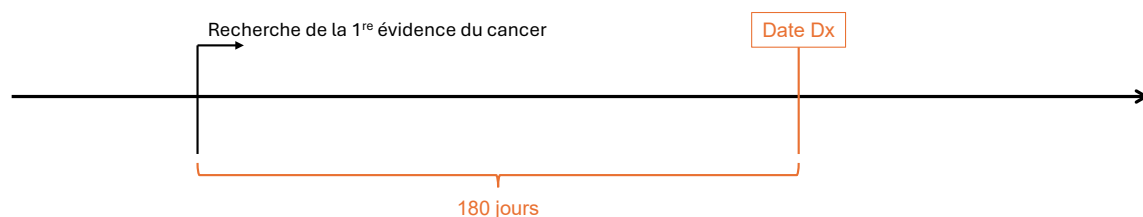
Ces étapes ont pour objectif de délimiter la période de l'évaluation initiale (repère du début : $T0_{EI}$ et repère de la fin : $T1_{EI}$) et de définir la date de la première évidence du cancer du poumon. Tous ces repères sont définis en fonction de la date du diagnostic disponible dans le RQC.

1.3.1 Cadre conceptuel concernant les repères temporels

Première évidence du cancer et première imagerie thoracique. La première évidence qui laisse soupçonner la présence d'un cancer du poumon provient généralement d'une imagerie thoracique. C'est habituellement celle-ci qui déclenche l'investigation d'un cancer du poumon. Ainsi, la recherche de la première évidence du cancer se fait d'abord en repérant le premier test d'imagerie thoracique, dans une fenêtre temporelle située en amont de la date du diagnostic.

Fenêtre temporelle de recherche de la première évidence du cancer. L'analyse de la distribution des services de l'évaluation initiale en fonction du temps chez les patients de la cohorte *Cancer du poumon* de 2013 à 2023 montre une montée de leur fréquence à environ 180 jours avant la date du diagnostic apparaissant dans le RQC. Ces résultats ont justifié la décision de commencer la recherche de la première imagerie thoracique à partir de ce moment ([Figure A-1](#)).

Figure A-1 Début de la recherche de la 1^{re} évidence du cancer : 180 jours en amont de la date du diagnostic



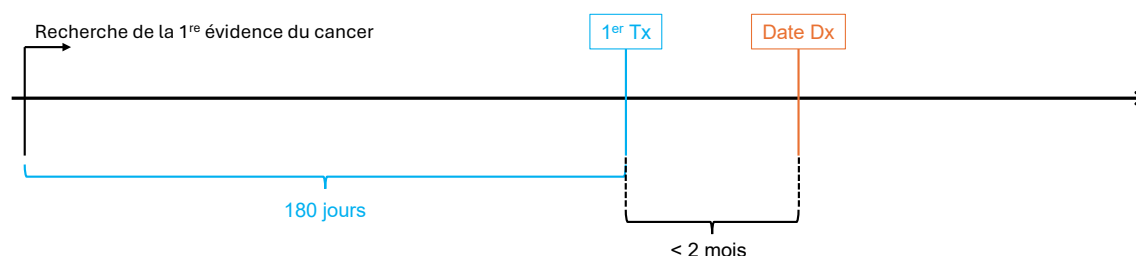
Dx : diagnostic.

La première évidence du cancer est recherchée à partir de 180 jours en amont de la date du diagnostic.

Première évidence du cancer lorsque le premier traitement précède la date du diagnostic. Chez près de 3 % des patients de la cohorte *Cancer du poumon*, un traitement contre le cancer est observé dans les 2 années avant la date du diagnostic. Toutefois, la plupart d'entre eux ne sont pas reliés au cancer du poumon index¹. Selon les cliniciens consultés, la présence d'un traitement avant la date du diagnostic peut s'expliquer par la nécessité de traiter un patient en urgence avant que l'investigation ne soit terminée. Cette situation survient habituellement peu de temps avant le diagnostic (≤ 1 mois). Sur la base de cette information et d'une analyse de la distribution des traitements en fonction du temps, seuls les traitements survenant jusqu'à 2 mois (60 jours) avant la date du diagnostic ont été considérés comme reliés au cancer index.

En présence d'un traitement dans les deux mois avant la date du diagnostic, la fin de l'évaluation initiale est établie à la date du traitement, et la recherche de la première évidence du cancer commence à 180 jours avant ce traitement ([Figure A-2](#)). Ces modifications assurent qu'aucun service post-traitement ne puisse être inclus dans les analyses et que la recherche de la première évidence du cancer se fasse sur un intervalle complet de 180 jours.

Figure A-2 Début de la recherche de la 1^{re} évidence du cancer : 180 jours en amont de la date du 1^{er} traitement



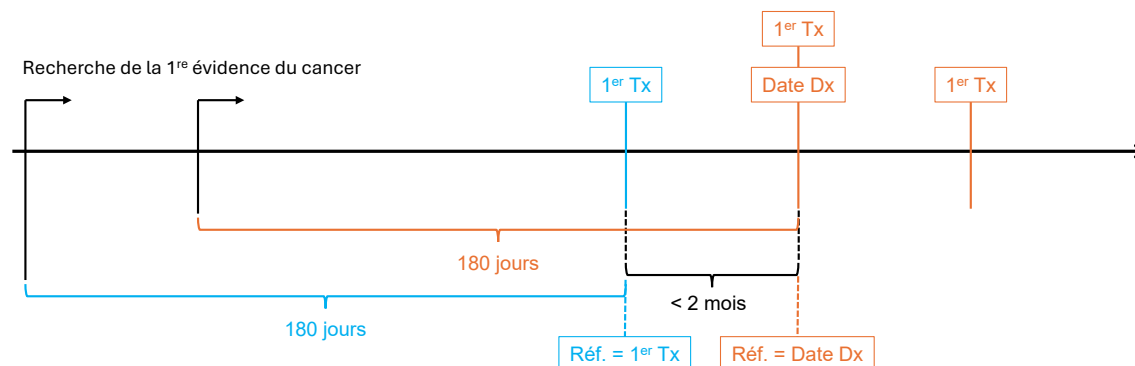
Dx : diagnostic; Tx : traitement.

Si le premier traitement est présent dans les 2 mois avant la date du diagnostic, la première évidence du cancer est recherchée à partir de 180 jours en amont de la date du premier traitement.

Date de référence. La date de référence est définie comme celle à partir de laquelle il faut remonter au 180^e jour en amont pour débuter la recherche de la première évidence du cancer. Elle correspond, soit à la date du diagnostic, ou à la date du premier traitement si celui-ci est situé dans les 2 mois (60 jours) avant la date du diagnostic. Ainsi, la première étape sera de rechercher le premier traitement actif pour ensuite déterminer la date de référence ([Figure A-3](#)).

¹ Cancer du poumon index : cancer du poumon associé à la date du diagnostic inscrite au RQC, et qui fait l'objet des présentes analyses.

Figure A-3 Début de la recherche de la 1^{re} évidence du cancer : 180 jours en amont de la date de référence



Dx : diagnostic; Réf. : date de référence; Tx : traitement.

Date du premier traitement. À l'exception de la radiothérapie et de la curiethérapie, la date associée à la facturation de tout code de traitement correspond à la date de l'administration du traitement « actif ». La radiothérapie fait exception car certains codes de facturation sont associés à la préparation du traitement, et non à l'irradiation elle-même. Bien qu'aucun code ne puisse être précisément associé à la date de la première irradiation, pour des raisons d'habitude de facturation, les codes 08518, 08519 et 08565 sont habituellement situés à proximité de celle-ci, avec une marge d'erreur évaluée à environ 1 à 7 jours (avis de clinicien). Ces trois codes ont donc eu préséance sur tous les autres, dans l'ordre, pour marquer la date du premier traitement.

La curiethérapie, peu utilisée depuis 2013, est aussi associée à des codes de préparation de la thérapie et à l'application de la source radioactive. Cependant, même les codes de préparation du traitement ont été considérés comme date de début puisqu'un temps jugé négligeable sépare la préparation du traitement lui-même (avis de clinicien).

Temps initial ($T0_{EI}$) et temps final ($T1_{EI}$) de l'évaluation initiale. Des analyses exploratoires ont montré que des services de l'évaluation initiale pertinents peuvent survenir dans les 30 jours précédant la date de la première évidence du cancer. C'est pourquoi $T0_{EI}$ est établi à 30 jours en amont de cette dernière.

Lorsqu'un patient a reçu un traitement lié au cancer du poumon index, l'évaluation initiale se termine à la date du premier traitement. Chez les patients qui n'ont pas reçu de traitement, $T1_{EI}$ est défini arbitrairement comme la [date de la première évidence du cancer + 90 jours]. Mais comme il est cliniquement logique que $T1_{EI}$ soit situé à la date du diagnostic ou en aval, si la [date de première évidence + 90 jours] se situe en amont de la date du diagnostic, $T1_{EI}$ est arbitrairement défini comme la [date du diagnostic + 30 jours].

1.3.2 Règles de définition de la date de la première évidence du cancer

Étape 1 : Rechercher un premier [traitement](#) relié au cancer du poumon index

Cette étape est un préalable à l'étape 2, qui sert à déterminer la [date de référence](#), à partir de laquelle la date de la première évidence sera recherchée. Les traitements qui surviennent plus de 60 jours avant la date du diagnostic ne sont pas jugés comme reliés au cancer du poumon index.

- *Rechercher un premier traitement contre le cancer du poumon² dans l'intervalle allant de la [date du diagnostic – 2 ans] jusqu'à la première occurrence entre la [date du diagnostic + 5 ans] OU la date butoir des données.*
- *La date du premier traitement est celle de la première occurrence d'un code associé à l'une des catégories de traitements, sauf si la catégorie est la radiothérapie, dans ce cas :*
 - *Radiothérapie : la date du premier traitement correspond à celle du premier code parmi les suivants, recherchés dans l'ordre : 08518, 08519, 08565 puis n'importe quel autre code de la catégorie radiothérapie.*
- Codes des traitements contre le cancer du poumon : [annexe B](#)

Étape 2 : déterminer la date de référence pour la recherche de la date de la première évidence du cancer

La [date de référence](#) est le repère à partir duquel la recherche de la première évidence du cancer commence au 180^e jour en amont.

- *La date de référence correspond à la date du diagnostic si l'une des situations suivantes est rencontrées :*
 - *Le premier traitement est trouvé à la date du diagnostic ou après.*
 - *Le premier traitement est trouvé avant la [date du diagnostic – 60 jours].*
 - *Aucun traitement actif n'est trouvé à l'étape 1.*
- *La référence correspond à la date du premier traitement si :*
 - *Le premier traitement est trouvé dans les 60 jours avant la date du diagnostic.*

Étape 3 : repérer une imagerie thoracique

Cette étape a pour objectif de trouver la première imagerie thoracique de l'investigation. Si aucune n'est trouvée dans la fenêtre temporelle indiquée, une nouvelle recherche est effectuée dans les 90 jours plus en amont, afin de maximiser les probabilités d'ancrer la date de première évidence sur une imagerie thoracique plutôt que sur un autre repère, le cas échéant.

² Les traitements sont utilisés pour traiter le cancer du poumon, sans y être spécifiques.

- Repérer la première imagerie thoracique dans l'intervalle allant de la [date de référence – 180 jours] jusqu'à la date de référence.
 - Si une imagerie thoracique est trouvée, aller à l'étape 4.
 - Si aucune imagerie thoracique n'est trouvée, repérer l'imagerie thoracique la plus récente dans l'intervalle allant de la [date de référence – 270 jours] jusqu'à la [date de référence – 180 jours].
 - Si une imagerie thoracique est trouvée, aller à l'étape 4.
 - Si aucune imagerie thoracique n'est trouvée, repérer le premier service dans l'intervalle allant de la [date de référence – 180 jours] jusqu'à la date de référence.
 - Si un service est trouvé, la date de la première évidence du cancer correspond à celle de la date du premier service.
 - Si aucun service n'est trouvé, la date de la première évidence du cancer correspond à la date de référence (date du diagnostic ou date du premier traitement).
- Codes des imageries thoraciques : [annexe C](#)
- Codes des services de l'évaluation initiale : [annexe D](#)

Étape 4 : repérer une TDM thoracique

Comme une chirurgie de résection pulmonaire est rarement réalisée sans qu'une TDM thoracique n'ait d'abord été faite, cette étape a pour objectif de vérifier si ce test est présent dans l'intervalle allant du test d'imagerie thoracique repéré à l'étape 3 jusqu'à la date de référence, et si non, d'effectuer une nouvelle recherche dans les 90 jours plus en amont. Il est à noter que la TDM thoracique est l'une des imageries thoraciques recherchées.

- Vérifier si une TDM thoracique est présente dans l'intervalle allant de la date de l'imagerie thoracique repérée à l'étape 3 jusqu'à la date de référence.
 - Si une TDM thoracique est trouvée, la date de la première évidence correspond à celle de l'imagerie thoracique repérée à l'étape 3.
 - Si aucune TDM thoracique n'est trouvée, repérer une TDM thoracique dans l'intervalle allant de la [date de référence – 270 jours] jusqu'à la [date de référence – 180 jours].
 - Si une TDM thoracique est trouvée, la date de la première évidence du cancer correspond à celle de la TDM thoracique la plus récente.
 - Si aucune TDM thoracique n'est trouvée, la date de la première évidence du cancer correspond à celle de l'imagerie thoracique trouvée à l'étape 3.
- Codes des TDM thoraciques : [annexe E](#)

1.3.3 Règle de définition de la date du temps initial de l'évaluation initiale ($T0_{EI}$)

Des services pertinents à l'évaluation initiale sont parfois observés dans les 30 jours avant la date de la première évidence. Afin de les capter, une marge temporelle de 30 jours en amont a été prévue.

Règle :

$T0_{EI}$ correspond à la [date de la première évidence du cancer – 30 jours].

1.3.4 Règles de définition de la date du temps final de l'évaluation initiale ($T1_{EI}$)

L'évaluation se termine à la date du premier traitement. Cette règle s'applique également lorsque celui-ci est situé avant la date du diagnostic, pour éviter de compter des services fournis à des fins de suivi post-traitement. En l'absence de traitement, le temps final est déterminé selon une convention arbitraire qui le place obligatoirement à la date du diagnostic ou en aval.

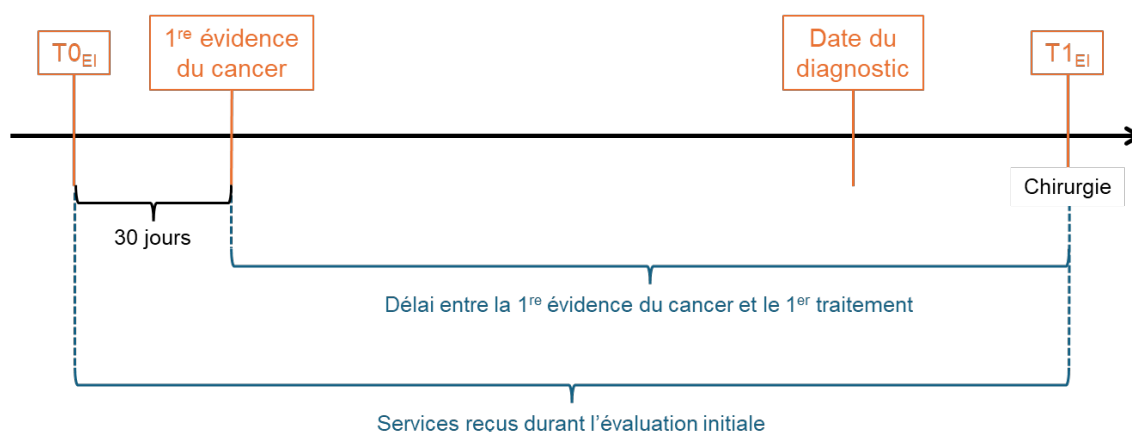
Règles :

- *$T1_{EI}$ correspond à la date du premier traitement repéré après $T0_{EI}$.*
- *Si aucun traitement n'est trouvé et que l'intervalle entre $T0_{EI}$ et la date du diagnostic est ≤ 90 jours, $T1_{EI}$ correspond à la [date de la première évidence du cancer + 90 jours].*
- *Si aucun traitement n'est trouvé et que l'intervalle entre la date de la première évidence du cancer et la date du diagnostic est > 90 jours, $T1_{EI}$ correspond à la [date du diagnostic + 30 jours].*

1.3.5 Repères temporels relatifs aux paramètres d'évaluation

Les paramètres concernant le délai entre la première évidence du cancer et la chirurgie et l'utilisation des services durant l'évaluation initiale ont été analysés en fonction des repères temporels présentés à la [figure A-4](#).

Figure A-4 Repères temporels relatifs aux paramètres d'évaluation



T0_{EI} : temps initial de l'évaluation initiale; T1_{EI} : temps final de l'évaluation initiale.

1.4 Création de la cohorte *Chirurgie*

Dans le cadre des présentes analyses, la cohorte *Chirurgie* est constituée des personnes de la cohorte *Cancer du poumon* (années civiles de 2016 à 2023) pour qui le premier traitement a été la chirurgie de résection pulmonaire. Les personnes qui ont reçu un traitement néoadjuvant sont donc exclues. Comme les traitements présents dans le RQC ne sont pas encore validés, ceux-ci ont été recherchés dans les banques SMOD, MED-ÉCHO et SMED. Les traitements systémiques administrés en centre hospitalier ne sont toutefois pas tous captés dans ces banques, car tous ne sont pas nécessairement associés à une facturation, et les patients sont rarement hospitalisés lorsqu'ils sont administrés. Les cinq règles d'exclusion suivantes ont été appliquées pour créer la cohorte *Chirurgie*.

Règle 1 :

Exclure les patients couverts par l'assurance maladie pendant < 95 % dans l'intervalle allant de la [date du diagnostic – 2 ans] jusqu'à la première occurrence entre la [date du diagnostic + 5 ans, la date butoir des données ou la date du décès.

Règle 2 :

Exclure les patients pour qui la date du diagnostic ne précise pas le mois (donnée manquante).

Lorsque le jour du diagnostic est manquant, la date attribuée est le 15 du mois.

Règle 3 :

Exclure les patients qui ont reçu un traitement contre le cancer du poumon avant la [date du diagnostic – 60 jours].

Codes des traitements contre cancer du poumon : [annexe B](#)

Règle 4 :

Exclure les patients qui n'ont reçu aucun service entre T0_{EI} et T1_{EI}.

Codes des services de l'évaluation initiale : [annexe D](#)

Règle 5 :

Exclure les patients pour qui le premier traitement n'était pas une chirurgie pulmonaire (y compris les traitements néoadjuvants) de même que ceux qui n'ont reçu aucun traitement contre le cancer du poumon.

1.5 Caractéristiques des patients et de leur maladie

1.5.1 Âge et sexe

Les renseignements sur l'âge et le sexe proviennent de la banque FIPA. L'âge de chaque patient inclus a été calculé à la date du diagnostic du cancer du poumon index.

1.5.2 Nombre de conditions de santé

Le nombre de conditions de santé, ou comorbidités, de chaque personne incluse dans la cohorte *Chirurgie* a été déterminé à l'aide de l'outil de regroupement des populations Grouper, développé par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et adapté par l'INESSS aux données du Québec, selon les diagnostics reçus par la personne durant une période totale de 3 années, y compris l'année financière de la date du diagnostic du cancer index et les deux années financières précédentes [ICIS, 2020; Li et al., 2019]. Les diagnostics ont été recherchés dans les banques MED-ÉCHO, SMOD et BDCU. Le nombre de comorbidités a été stratifié selon 4 catégories : 0 à 4 comorbidités, 5 à 9 comorbidités, 10 à 19 comorbidités et 20 comorbidités et plus.

1.5.3 Types histologiques

Les types histologiques proviennent du RQC. Les types histologiques rapportés sont ceux relatifs aux deux grandes classes de cancer du poumon : le cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) et le cancer du poumon à petites cellules (CPPC).

1.5.4 Stades cliniques

Les stades cliniques proviennent du RQC. Les catégories rapportées sont celles des regroupements TNM (stades I-IV) du système de classification TNM de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC). La version 7 est employée pour les années 2016 et 2017, et la version 8 pour les années 2018 et suivantes.

1.6 Hôpitaux où ont été fournis les soins

L'hôpital où a été effectuée chaque chirurgie pulmonaire et reçu chaque service de l'évaluation initiale a été repéré dans les banques MED-ÉCHO et SMOD. Le nombre de chirurgie et de services a été calculé en comptant une occurrence par catégorie, par jour, par personne. Deux types de distribution ont ensuite été réalisées pour l'ensemble du Québec et par région sociosanitaire de résidence des patients :

- distribution des hôpitaux en fonction de la fréquence des chirurgies;
- distribution des hôpitaux en fonction de la fréquence des services de l'évaluation initiale.

1.7 Délais entre la première évidence du cancer et la chirurgie

Le délai mesuré correspond au nombre de jours séparant la date de la première évidence du cancer et la date de la chirurgie pulmonaire ([Figure A-4](#)). Il a été calculé pour chaque patient de la cohorte *Chirurgie*, puis deux types de distribution ont été réalisés pour l'ensemble du Québec :

- distribution de la proportion des patients en fonction du délai;
- distribution cumulative de la proportion des patients en fonction du délai.

Les délais moyen, médian et au 90^e percentile ont été calculés pour l'ensemble du Québec. Les délais médian et au 90^e percentile ont également été calculés par région sociosanitaire de résidence des patients.

1.8 Services les plus souvent utilisés lors de l'évaluation initiale

Les services de chacune des 29 catégories analysées ([Tableau A-1](#)) ont été repérés pour chaque patient de la cohorte *Chirurgie* entre les repères temporels T0_{EI} et T1_{EI} ([Figure A-4](#)). Ces catégories contiennent habituellement plus d'un code de service. Pour toutes les analyses, le nombre de services a été calculé en comptant une occurrence par catégorie, par jour, par patient. Par exemple, si deux entrées d'une même catégorie apparaissaient dans les banques de données le même jour pour un même patient, une seule occurrence était comptée, alors que deux occurrences étaient comptées si deux entrées de catégories différentes étaient observées le même jour pour un même patient. Cette règle a été adoptée afin d'éviter de compter plusieurs fois un service lorsque celui-ci a été consigné dans les banques de données en plus d'un code, complémentaire ou en supplément.

Deux exceptions ont été appliquées. D'abord, les TDM du thorax facturées le même jour qu'une biopsie transthoracique n'ont pas été comptées, car son rôle dans le guidage de la biopsie n'était pas celui d'intérêt. Aussi, les thoracoscopies facturées le même jour que la chirurgie n'ont pas été comptées puisque celles-ci sont associées au traitement et non à l'évaluation initiale.

Les codes d'actes médicaux inclus dans les catégories du [tableau A-1](#) sont présentés à l'[annexe D](#).

Tableau A-1 Catégories des services analysés

1-Radiographie poumon/thorax ^a	11-IRM colonne	21-Ponction pleurale
2-TDM thorax	12-Scintigraphie osseuse	22-Biopsie transthoracique
3-TDM thorax et abdomen	13-IRM cérébrale	23-Biopsie rétropéritone (incluant surrénale)
4-IRM thorax	14-TDM cérébrale	24-Biopsie foie
5-TEP-TDM	15-Bronchoscopie	25-Biopsie os
6-Échographie abdomen	16-EBUS linéaire	26-Chirurgie exploratoire SNC
7-TDM abdomen	17-EBUS radiale ^b	27-Biopsie ganglions (hors thorax)
8-TDM abdomen et pelvis	18-EUS	28-Épreuves respiratoires
9-TDM pelvis	19-Médiastinoscopie/tomie	29-Épreuves cardiologiques
10-IRM abdomen	20-Thoracoscopie/tomie diagnostique	

EBUS : échographie endobronchique; EUS : Échoendoscopie transœsophagienne; IRM : imagerie par résonance magnétique; SNC : système nerveux central; TDM : tomodensitométrie.

^a Avant décembre 2021, les radiographies réalisées dans les hôpitaux étaient remboursées par l'assurance hospitalisation et ne figuraient pas dans la banque SMOD. Leur nombre est donc sous-estimé.

^b Deux codes de facturation spécifiques à l'EBUS radiale ont commencé à être facturés en 2021.

La proportion de chaque service sur l'ensemble des services a été calculée comme suit :

- Numérateur : nombre d'occurrences du service d'intérêt.
- Dénominateur : nombre total de tous les services.

La proportion des patients qui ont reçu chaque service a été calculée comme suit :

- Numérateur : nombre de patients qui ont eu ≥ 1 occurrence du service d'intérêt.
- Dénominateur : nombre total de patients.

1.9 Nombre de services par patient

Le nombre de services que chaque patient a reçus durant l'évaluation initiale a été calculé en comptant une occurrence par catégorie et par jour. Les répétitions de services ont été incluses dans les comptes. Les radiographies du poumon/thorax ont pour leur part été exclues des comptes pour ce paramètre³. La distribution de la proportion des patients de l'ensemble du Québec en fonction du nombre de services par patient a été

³ Les radiographies du poumon/thorax sont utilisées à plusieurs fins, notamment le contrôle de complications après certaines interventions effractives. Cet examen a été exclu pour éviter qu'il influe indûment sur le nombre total de services reçus.

effectuée, et les nombres moyen et médian de services par patient ont été calculés. Le nombre médian de services a également été calculé par région sociosanitaire de résidence des patients.

Les nombres de services par personne ont été qualifiés de faible, moyen et élevé en fonction du premier et du troisième quartile pour l'ensemble du Québec. Durant la période 2022-2023, les premier et troisième quartiles ont été de 4 et de 8, et les définitions sont les suivantes : nombre faible : ≤ 3 services; nombre moyen : 4 à 8 services et nombre élevé : ≥ 9 services.

Les calculs ont été réalisés comme suit :

- Numérateur : nombre de patients qui ont eu un nombre faible, moyen ou élevé de services.
- Dénominateur : nombre total de patients.

1.10 Répétition des services

Pour chacun des patients, le nombre d'occurrences de chaque service a d'abord été compté. Ensuite, pour chacun des services, la proportion des patients qui ont eu 1, 2, 3 ou ≥ 4 occurrences a été calculée en prenant pour dénominateur le nombre total de patients qui ont reçu le service analysé.

La répétition a été définie comme l'observation de ≥ 2 occurrences d'un service chez un patient. La proportion de patients chez qui un service a été répété a été calculée en prenant pour dénominateur le nombre total de patients qui ont reçu le service d'intérêt.

Le nombre de répétitions a été calculé en comptant le total des occurrences pour le service analysé moins le nombre de premières occurrences.

1.11 TDM thoracique

Dans cette section, la TDM thoracique comprend les catégories TDM thorax et TDM thorax et abdomen ([Tableau A-1](#)). Les TDM du thorax réalisées le même jour qu'une biopsie transthoracique n'ont pas été incluses dans les comptes.

Codes de TDM du thorax, de TDM thorax et abdomen et de biopsie transthoracique : [annexe D](#), catégories 2, 3 et 22

Calcul de la proportion des patients qui ont eu une TDM thoracique :

- Numérateur : nombre de patients qui ont eu ≥ 1 occurrence de TDM thoracique.
- Dénominateur : nombre total de patients.

Calcul de la proportion des patients chez qui la TDM thoracique a été répétée :

- Numérateur : nombre de patients qui ont eu ≥ 2 occurrences de TDM thoracique.
- Dénominateur : nombre de patients qui ont reçu ≥ 1 occurrence de TDM thoracique.

1.12 TEP-TDM

Code de TEP-TDM : [annexe D](#), catégorie 5

Calcul de la proportion des patients qui ont eu une TEP-TDM :

- Numérateur : nombre de patients qui ont eu ≥ 1 occurrence de TEP-TDM.
- Dénominateur : nombre total de patients.

1.13 Bronchoscopie

Dans cette section, trois contextes d'utilisation de la bronchoscopie ont été distingués : 1) la bronchoscopie précédant une EBUS le même jour; 2) la bronchoscopie précédant la chirurgie pulmonaire le même jour; et 3) la bronchoscopie seule (sans EBUS ou chirurgie pulmonaire le même jour). Les contextes d'utilisation qui ont fait l'objet d'analyses sont l'ensemble des bronchoscopies (contextes 1, 2 et 3) et la bronchoscopie seule (contexte 3).

Codes de bronchoscopie : [annexe D](#), catégorie 15

Calcul de la proportion des patients qui ont eu une bronchoscopie (tous contextes) :

- Numérateur : nombre de patients qui ont eu ≥ 1 occurrence de bronchoscopie.
- Dénominateur : nombre total de patients.

Calcul de la proportion des patients qui ont eu une bronchoscopie simple :

- Numérateur : nombre de patients qui ont eu ≥ 1 occurrence de bronchoscopie simple.
- Dénominateur : nombre total de patients.

Calcul de la proportion des patients chez qui la bronchoscopie a été répétée (tous contextes) :

- Numérateur : nombre de patients qui ont eu ≥ 2 occurrences de bronchoscopie.
- Dénominateur : nombre de patients qui ont eu ≥ 1 occurrence de bronchoscopie.

1.14 Évaluation effractive du médiastin

Codes d'EBUS linéaire, EUS et médiastinoscopie/médiastinotomie : [annexe D](#), catégories 16, 18 et 19

Code de pneumonectomie : [annexe B](#), catégorie 1, libellés marqués d'une étoile (*)

Calcul de la proportion des patients qui ont eu une évaluation effractive du médiastin :

- Numérateur : nombre de patients qui ont eu ≥ 1 occurrence d'EBUS linéaire, d'EUS ou de médiastinoscopie/médiastinotomie.
- Dénominateur : nombre total de patients.

Calcul de la proportion des patients traités par pneumonectomie qui ont eu une évaluation du médiastin :

- Numérateur : nombre de patients traités par pneumonectomie qui ont eu ≥ 1 occurrence d'EBUS linéaire, d'EUS ou de médiastinoscopie/médiastinotomie.
- Dénominateur : nombre total de patients traités par pneumonectomie.

Calcul de la proportion des patients pour qui la première évaluation du médiastin a été faite par approche non chirurgicale :

- Numérateur : nombre de patients pour qui la première évaluation efficace du médiastin a été faite par EBUS linéaire ou EUS.
- Dénominateur : nombre de patients qui ont eu ≥ 1 occurrence d'EBUS, d'EUS ou de médiastinoscopie/médiastinotomie.

1.15 Biopsie transthoracique à l'aiguille

Codes de biopsie transthoracique à l'aiguille (BTTA) : [annexe D](#), catégorie 22

Calcul de la proportion des patients qui ont eu une BTTA :

- Numérateur : nombre de patients qui ont eu ≥ 1 occurrence de BTTA.
- Dénominateur : nombre total de patients.

1.16 Imagerie cérébrale

Codes d'IRM cérébrale et de TDM cérébrale : [annexe D](#), catégories 13 et 14

Code de pneumonectomie : [annexe B](#), catégorie 1, libellés marqués d'une étoile (*)

Calcul de la proportion des patients qui ont eu une imagerie cérébrale :

- Numérateur : nombre de patients qui ont eu ≥ 1 occurrence de TDM cérébrale ou d'IRM cérébrale.
- Dénominateur : nombre total de patients.

Calcul de la proportion qui ont eu une IRM cérébrale parmi les patients qui ont eu une imagerie cérébrale :

- Numérateur : nombre de patients qui ont eu ≥ 1 occurrence d'IRM cérébrale.
- Dénominateur : nombre de patients qui ont eu ≥ 1 occurrence de TDM cérébrale ou d'IRM cérébrale.

Calcul de la proportion des patients traités par pneumonectomie qui ont eu une IRM cérébrale, seulement une TDM cérébrale ou aucune imagerie cérébrale :

- Numérateur : nombre de patients traités par pneumonectomie qui ont eu ≥ 1 IRM cérébrale OU seulement ≥ 1 TDM cérébrale OU aucune IRM ni TDM cérébrale.
- Dénominateur : nombre total de patients traités par pneumonectomie.

1.17 Processus de validation scientifique

Quelques stratégies ont été adoptées afin de s'assurer de la qualité générale des travaux.

1.17.1 Consultation de cliniciens experts

Des consultations auprès de cliniciens experts spécialisés dans la prise en charge du cancer du poumon (pneumologue, chirurgien oncologue, radio-oncologue) ont été menées afin de valider les codes de facturation et d'intervention employés, de même que les concepts et hypothèses qui sous-tendent les analyses.

1.17.2 Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO)

Ce comité, composé d'hématologues et oncologues médicaux, de chirurgiennes et de chirurgiens, de radio-oncologues, de pharmaciennes et pharmaciens, d'infirmières et d'infirmiers, et de gestionnaires, a contribué aux travaux en partageant leur perspective et en soulignant d'éventuels enjeux méthodologiques et cliniques. Il a aussi été invité à réviser le présent *État des pratiques*.

1.18 Mise à jour

L'évaluation de la pertinence de la mise à jour de ces analyses pour les années 2024-2025 sera faite en 2027.

ANNEXE B

Codes des traitements contre le cancer du poumon

Cette liste inclut des codes employés comme marqueurs de traitements contre le cancer du poumon. Ces traitements ne sont pas nécessairement spécifiques au cancer du poumon, mais dans le contexte où ceux-ci ont été administrés chez des patients étant atteints d'un cancer du poumon, la probabilité qu'ils y soient associés est jugée élevée.

Les médicaments administrés en centre hospitalier (p. ex. chimiothérapies, immunothérapies) n'apparaissent dans aucune des banques de données auxquelles l'INESSS a accès. Certains codes de facturation peuvent toutefois capter leur supervision.

Les codes de traitements suivants ont été recherchés dans les banques SMOD, MED-ÉCHO et SMED.

1. Chirurgie de résection pulmonaire (pneumonectomies marquées d'une étoile [*])

Code	Libellé
Codes de facturations (SMOD)	
3122	Résection cunéiforme (Wedge)
3124	Segmentectomie simple incluant bronches et artère segmentaire
3125	Lobectomie simple avec ou sans évidence ganglionnaire
3126	segmentectomie additionnelle, supplément (3125)
3127	lobectomie moyenne (côté droit), supplément (3125)
3128	avec résection en manchon d'une bronche, supplément (3125)
3129	avec bronchoplastie, supplément (3125)
3130	résection de paroi thoracique, sans reconstruction, supplément (3125)
3131	résection de paroi thoracique, avec reconstruction prosthétique, tout type, supplément (3125)
3132	Lobectomie avec ou sans évidence ganglionnaire incluant résection de la paroi, pour tumeur de Pancoast
3133	*Pneumonectomie simple avec ou sans évidence ganglionnaire
3134	*Pneumonectomie simple – Péricardectomie (résection intrapéricardique), supplément
3135	*Pneumonectomie simple avec résection de paroi thoracique sans reconstruction, supplément
3136	*Pneumonectomie simple avec résection de paroi thoracique avec reconstruction, supplément
3137	*Pneumonectomie simple avec résection de l'éperon trachéal incluant la réparation, supplément
3140	Excision – chaque résection additionnelle (maximum 3), supplément (3122)
3162	*pneumonectomie complémentaire si envahissement de la marge de résection, supplément (3125)
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
1GT91QBXXQ	*Excision radicale, poumon NCA, avec source combinée de tissus approche thoracique ouverte
1GT91QBXXN	*Excision radicale, poumon NCA, avec matériel synthétique approche thoracique ouverte

Code	Libellé
1GT91QBXXG	*Excision radicale, poumon NCA, avec lambeau pédiculé à distance approche thoracique ouverte
1GT91QBXXF	*Excision radicale, poumon NCA, avec lambeau libre approche thoracique ouverte
1GT91QB	*Excision radicale, poumon NCA, avec fermeture simple approche thoracique ouverte
1GT91NWXXQ	*Excision radicale, poumon NCA, avec source combinée de tissus approche intrapéricardique ouverte [transpéricardique]
1GT91NWXXN	*Excision radicale, poumon NCA, avec matériel synthétique approche intrapéricardique ouverte [transpéricardique]
1GT91NWXXG	*Excision radicale, poumon NCA, avec lambeau pédiculé à distance approche intrapéricardique ouverte [transpéricardique]
1GT91NWXXF	*Excision radicale, poumon NCA, avec lambeau libre approche intrapéricardique ouverte [transpéricardique]
1GT91NW	*Excision radicale, poumon NCA, avec fermeture simple approche intrapéricardique ouverte [transpéricardique]
1GT89QB	*Excision totale, poumon NCA, approche thoracique ouverte
1GT89NW	*Excision totale, poumon NCA, approche intrapéricardique [transpéricardique]
1GT89DA	*Excision totale, poumon NCA, approche endoscopique [chirurgie thoracique vidéo assistée]
1GT87QB	Excision partielle, poumon NCA, approche thoracique ouverte
1GT87NW	Excision partielle, poumon NCA, approche intrapéricardique [transpéricardique]
1GT87DA	Excision partielle, poumon NCA, approche endoscopique [chirurgie thoracique vidéo assistée]
1GT80LA	Réparation, poumon NCA, approche ouverte
1GR91QBXXQ	Excision radicale, lobe du poumon, approche thoracique ouverte avec source combinée de tissus
1GR91QBXXN	Excision radicale, lobe du poumon, approche thoracique ouverte avec matériel synthétique
1GR91QBXXG	Excision radicale, lobe du poumon, approche thoracique ouverte avec lambeau pédiculé à distance
1GR91QBXXF	Excision radicale, lobe du poumon, approche thoracique ouverte avec lambeau libre
1GR91QBXXA	Excision radicale, lobe du poumon, approche thoracique ouverte avec autogreffe [péricarde]
1GR91QB	Excision radicale, lobe du poumon, approche thoracique ouverte avec fermeture simple
1GR91NWXXQ	Excision radicale, lobe du poumon, approche intrapéricardique ouverte [transpéricardique] avec source combinée de tissus
1GR91NWXXN	Excision radicale, lobe du poumon, approche intrapéricardique ouverte [transpéricardique] avec matériel synthétique
1GR91NWXXL	Excision radicale, lobe du poumon, approche intrapéricardique ouverte [transpéricardique] avec xélogreffe
1GR91NWXXG	Excision radicale, lobe du poumon, approche intrapéricardique ouverte [transpéricardique] avec lambeau pédiculé à distance
1GR91NWXXF	Excision radicale, lobe du poumon, approche intrapéricardique ouverte [transpéricardique] avec lambeau libre
1GR91NWXXA	Excision radicale, lobe du poumon, approche intrapéricardique ouverte [transpéricardique] avec autogreffe [péricarde]
1GR91NW	Excision radicale, lobe du poumon, approche intrapéricardique ouverte [transpéricardique] avec fermeture simple
1GR89QB	Excision totale, lobe du poumon, approche thoracique ouverte
1GR89NW	Excision totale, lobe du poumon, approche intrapéricardique [transpéricardique]
1GR89DA	Excision totale, lobe du poumon, approche endoscopique [chirurgie thoracique vidéo assistée]
1GR87QB	Excision partielle, lobe du poumon, approche thoracique ouverte
1GR87PN	Excision partielle, lobe du poumon, télémanipulation robotisée d'outils
1GR87NW	Excision partielle, lobe du poumon, approche intrapéricardique [transpéricardique]
1GR87DA	Excision partielle, lobe du poumon, approche endoscopique [chirurgie thoracique vidéo assistée]

Code	Libellé
1GN92LA	Excision radicale avec reconstruction, éperon trachéal, approche ouverte
1GM87LA	Excision partielle, bronches NCA, approche ouverte
1GM87DA	Excision partielle, bronches NCA, approche endoscopique (percutanée)
1GM80LAXXG	Réparation, bronches NCA, avec lambeau pédiculé à distance approche ouverte
1GM80LAXXE	Réparation, bronches NCA, avec lambeau local approche ouverte
1GM80LA	Réparation, bronches NCA, avec technique d'apposition simple [par exemple, suture] approche ouverte
1GM80DAXXE	Réparation, bronches NCA, avec lambeau local approche endoscopique (percutanée)
1GM80DA	Réparation, bronches NCA, avec technique d'apposition simple [par exemple, suture] approche endoscopique (percutanée)

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

2. Radiothérapie

Code	Libellé
Codes de facturations (SMOD)	
8503	Injection intraveineuse de substance de contraste, supplément (Planification du traitement par radiations à l'aide de la tomодensitométrie - 8553)
8504	Radiothérapie avec modulation d'intensité par planification inverse NOTE : Le code 08504 et le code 08564 sont mutuellement exclusifs.
8511	Évaluation et ajustement de la configuration des champs de radiation et de la collimation
8512	Soins médicaux à visée palliative, prodigués par un médecin spécialiste en radiooncologie, par site anatomique
8518	Vérification simulée de localisation à partir de documents radiologiques
8519	Vérification sous thérapie de site d'irradiation à partir de documents radiologiques. Maximum une fois par semaine, du lundi au dimanche, par patient, par site anatomique
8520	Étude de la dosimétrie à l'ordinateur (radiothérapie transcutanée)
8553	Planification du traitement par radiations à l'aide de la tomодensitométrie
8554	Irradiation stéréotaxique, incluant la planification et les séances de traitement, par site tumoral. Maximum 1 fois par patient, par site anatomique, par mois. Maximum 6 fois par patient à vie pour tous sites anatomiques. NOTE : Le code 08554 ne peut être facturé avec les codes 08511, 08518, 08520 et 08553 à la même séance.
8564	Radiothérapie avec modulation d'intensité
8565	Radio-oncologie / Fusion d'images
15465	Présentation à un ou plusieurs radiooncologues du dossier d'un patient avec évaluation formelle du plan de traitement élaboré, avec note au dossier. (centre hospitalier) NOTE : Le code 15465 n'est facturable que par le radiooncologue présentateur, et ce, par site anatomique.
20158	Planification du traitement par radiations avec imagerie multimodalité. NOTE : Le code 20158 ne peut être facturé avec le code 08565 à la même séance.
20159	Planification d'un site de réirradiation comportant un risque de chevauchement de champ d'irradiation utilisé dans le passé. NOTE : Le code 20159 ne peut être facturé plus d'une fois par patient, par trimestre.
20160	Planification du traitement par radiations à l'aide de la tomодensitométrie en 4D incluant la synchronisation respiratoire, le cas échéant. NOTE : Le code 20160 ne peut être facturé avec le code 20158, si effectué quinze jours avant ou après. NOTE : Le code 20160 ne peut être facturé avec le code 08565, le même jour.
20181	Bronchoscopie – avec insertion de marqueurs (grains d'or) au niveau pulmonaire (transbronchique) pour radiothérapie stéréotaxique, supplément

Code	Libellé
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
1GT27JA	Rayonnements, poumon NCA, faisceau externe
1GT27JX	Rayonnements, poumon NCA, faisceau concentré [p. ex., scalpel gamma ou radiochirurgie stéréotaxique au scalpel virtuel]
1GW27JA	Rayonnements, médiastin, faisceau externe

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

3. Curiethérapie

Code	Libellé
Codes de facturations (SMOD)	
802	Bronchoscopie – avec mise en place d'un ou de plusieurs cathéters de brachythérapie, supplément
8521	Étude de dosimétrie prévisionnelle
8522	Étude de dosimétrie prévisionnelle assistée de tomodensitométrie
8547	Étude de dosimétrie par ordinateur en curiethérapie
8524	Implant endocavitaire de matériel guide temporaire : bronches (PG28)
8545	Insertion de substance radioactive : temporaire
8546	Insertion de substance radioactive : permanente
8562	Curiethérapie haut débit, branchement et surveillance d'un traitement : implant interstitiel
8563	Curiethérapie haut débit, branchement et surveillance d'un traitement : implant endocavitaire ou plésiocuriethérapie
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
1GM26BA	Brachythérapie, bronches NCA, approche endoscopique par voie naturelle
1GM26CA	Brachythérapie, bronches NCA, approche par voie naturelle
1GM26HA	Brachythérapie, bronches NCA, approche percutanée (cathéter ou aiguille)
1GM53BAEM	Implantation d'un appareil interne, bronches NCA, applicateur de curiethérapie (brachythérapie), approche endoscopique par voie naturelle
1GM53DAEM	Implantation d'un appareil interne, bronches NCA, applicateur de curiethérapie (brachythérapie), approche endoscopique (thoracoscopie)
1GM53HAEM	Implantation d'un appareil interne, bronches NCA, applicateur de curiethérapie (brachythérapie), approche percutanée

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

4. Thérapies systémiques (SMOD et MED-ÉCHO)

Code	Libellé
Codes de facturations (SMOD)	
152	Perfusion intraveineuse de gammaglobuline, incluant la surveillance
734	Supervision de l'administration de chimiothérapie
15272	(Forfait pour Clinique de chimiothérapie) Suivi et administration, le cas échéant, des traitements de chimiothérapie intraveineuse aux patients atteints d'un cancer et dont le chirurgien général a la charge. NOTE : Cet acte est accordé pour les activités réalisées au sein d'une clinique spécifique d'oncologie, pour un minimum de 5 patients par demijournée. NOTE : Maximum quatre fois par médecin, par période de quatorze jours. NOTE : Aucun procédé diagnostique et thérapeutique, aucune visite ni aucune chirurgie ne peut être facturé avec le code 15272.

Code	Libellé
15403	(Forfait pour Clinique de chimiothérapie) Suivi et administration, le cas échéant, des traitements de chimiothérapie intraveineuse aux patients atteints d'un cancer et dont le médecin spécialiste en médecine interne a la charge. NOTE : Cet acte est accordé pour les activités réalisées au sein d'une clinique spécifique d'oncologie, pour un minimum de 5 patients par demi-journée. NOTE : Maximum quatre fois, par médecin, par période de quatorze jours. NOTE : Aucun procédé diagnostique et thérapeutique, aucune visite ni aucune chirurgie ne peut être facturé avec le code 15403.
Codes CCI (MED-ECHO)	
1ZZ35YAM9	Pharmacothérapie, corps entier, agents anticancéreux et immunomodulateurs voie NCA [transdermique, etc.] utilisation d'agents anticancéreux combinés [multiples]
1ZZ35YAM5	Pharmacothérapie, corps entier, agents anticancéreux et immunomodulateurs voie NCA [transdermique, etc.] utilisation d'autres agents anticancéreux
1ZZ35YAM4	Pharmacothérapie, corps entier, agents anticancéreux et immunomodulateurs voie NCA [transdermique, etc.] utilisation d'agents antibiotiques cytotoxiques et de substances similaires
1ZZ35YAM3	Pharmacothérapie, corps entier, agents anticancéreux et immunomodulateurs voie NCA [transdermique, etc.] utilisation d'agents alcaloïdes et d'autres produits naturels
1ZZ35YAM2	Pharmacothérapie, corps entier, agents anticancéreux et immunomodulateurs voie NCA [transdermique, etc.] utilisation d'agents antimétabolites
1ZZ35YAM0	Pharmacothérapie, corps entier, agents anticancéreux et immunomodulateurs voie NCA [transdermique, etc.] utilisation d'agents anticancéreux SAI
1ZZ35HAM9	Pharmacothérapie, corps entier, agents anticancéreux et immunomodulateurs approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, souscutanée, intradermique] utilisation d'agents anticancéreux combinés [multiples]
1ZZ35HAM8	Pharmacothérapie, corps entier, agents anticancéreux et immunomodulateurs approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, souscutanée, intradermique] utilisation d'agents immunosuppresseurs
1ZZ35HAM7	Pharmacothérapie, corps entier, agents anticancéreux et immunomodulateurs approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, souscutanée, intradermique] utilisation d'agents immunostimulants
1ZZ35HAM5	Pharmacothérapie, corps entier, agents anticancéreux et immunomodulateurs approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, souscutanée, intradermique] utilisation d'autres agents anticancéreux
1ZZ35HAM4	Pharmacothérapie, corps entier, agents anticancéreux et immunomodulateurs approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, souscutanée, intradermique] utilisation d'agents antibiotiques cytotoxiques et de substances similaires
1ZZ35HAM3	Pharmacothérapie, corps entier, agents anticancéreux et immunomodulateurs approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, souscutanée, intradermique] utilisation d'agents alcaloïdes et d'autres produits naturels
1ZZ35HAM2	Pharmacothérapie, corps entier, agents anticancéreux et immunomodulateurs approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, souscutanée, intradermique] utilisation d'agents antimétabolites
1ZZ35HAM1	Pharmacothérapie, corps entier, agents anticancéreux et immunomodulateurs approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, souscutanée, intradermique] utilisation d'un agent alcoylant
1ZZ35HAM0	Pharmacothérapie, corps entier, agents anticancéreux et immunomodulateurs approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, souscutanée, intradermique] utilisation d'agents anticancéreux SAI
1ZZ35CAM9	Pharmacothérapie, corps entier, agents anticancéreux et immunomodulateurs approche par voie naturelle (orale) utilisation d'agents anticancéreux combinés [multiples]
1ZZ35CAM8	Pharmacothérapie, corps entier, agents anticancéreux et immunomodulateurs approche par voie naturelle (orale) utilisation d'agents immunosuppresseurs
1ZZ35CAM7	Pharmacothérapie, corps entier, agents anticancéreux et immunomodulateurs approche par voie naturelle (orale) utilisation d'agents immunostimulants
1ZZ35CAM5	Pharmacothérapie, corps entier, agents anticancéreux et immunomodulateurs approche par voie naturelle (orale) utilisation d'autres agents anticancéreux
1ZZ35CAM4	Pharmacothérapie, corps entier, agents anticancéreux et immunomodulateurs approche par voie naturelle (orale) utilisation d'agents antibiotiques cytotoxiques et de substances similaires

Code	Libellé
1ZZ35CAM3	Pharmacothérapie, corps entier, agents anticancéreux et immunomodulateurs approche par voie naturelle (orale) utilisation d'agents alcaloïdes et d'autres produits naturels
1ZZ35CAM2	Pharmacothérapie, corps entier, agents anticancéreux et immunomodulateurs approche par voie naturelle (orale) utilisation d'agents antimétabolites
1ZZ35CAM1	Pharmacothérapie, corps entier, agents anticancéreux et immunomodulateurs approche par voie naturelle (orale) utilisation d'un agent alcoylant
1ZZ35CAM0	Pharmacothérapie, corps entier, agents anticancéreux et immunomodulateurs approche par voie naturelle (orale) utilisation d'agents anticancéreux SAI

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

5. Autres traitements locaux

Code	Libellé
Codes de facturations (SMOD)	
724	Bronchoscopie - avec cryothérapie, électrocoagulation ou photocoagulation au laser, supplément
878	Bronchoscopie rigide incluant la biopsie - avec cryothérapie ou électrocoagulation ou photocoagulation au laser, supplément
9408	Thermoablation tumorale (excluant la peau) avec appareil dédié, toute voie d'approche - temps radiologique
9359	Thermoablation tumorale (excluant la peau) avec appareil dédié, toute voie d'approche - temps radiologique et chirurgical
5122	Thermodestruction tumorale interstitielle par radiofréquence, toute voie d'approche excluant la voie percutanée (une ou plusieurs)
9401	Bronchoscopie – avec traitement photodynamique, supplément
20062	Thermoablation tumorale (excluant la peau) avec appareil dédié, toute voie d'approche - Chimioablation de tumeurs
3077	Lavage intrathoracique pour cytoréduction et chimiothérapie hyperthermique lors d'une autre intervention ou si effectué par un autre médecin, supplément
9431	Thermoablation tumorale (excluant la peau) avec appareil dédié, toute voie d'approche - temps chirurgical
3076	Lavage intrathoracique pour cytoréduction et chimiothérapie hyperthermique sans autre intervention au même site
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
1GT59LAGX	Destruction, poumon NCA, approche ouverte utilisation d'un dispositif NCA
1GT59HAAW	Destruction, poumon NCA, approche percutanée utilisation de radiofréquence
1GT59DAGX	Destruction, poumon NCA, approche endoscopique [chirurgie thoracique vidéo assistée] utilisation d'un dispositif NCA
1GT59DAAG	Destruction, poumon NCA, approche endoscopique [chirurgie thoracique vidéo assistée] utilisation d'un laser
1GM59BAGX	Destruction, bronches NCA, approche endoscopique (bronchoscopie) par voie naturelle et utilisation d'un dispositif NCA
1GM59BAAG	Destruction, bronches NCA, approche endoscopique (bronchoscopie) par voie naturelle et utilisation d'un laser

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

6. Traitements du système nerveux central

Code	Libellé
Codes de facturations (SMOD)	
7652	Craniotomie et résection volumétrique de tumeur incluant la technique de localisation avec ou sans cadre, si faite lors de la chirurgie : corticale & sous-corticale - Neurochirurgie fonctionnelle & stéréotaxie
7648	Neurochirurgie fonctionnelle & stéréotaxie - Installation du cadre - localisation et radiothérapie stéréotaxiques incluant la technique de localisation - externe

Code	Libellé
7527	Lésions expansives tumorales : (incluant les lésions kystiques tumorales) - Sus-tentorielles - Lésions intraparenchymateuses extraventriculaires
7529	Lésions expansives tumorales : (incluant les lésions kystiques tumorales) - Sous-tentorielles - Lésions parenchymateuses cérébelleuses
7654	Craniotomie et résection volumétrique de tumeur incluant la technique de localisation avec ou sans cadre, si faite lors de la chirurgie : si plus de 3 cm, supplément - Neurochirurgie fonctionnelle & stéréotaxie
7746	Radiochirurgie sans cadre incluant la rencontre préopératoire effectuée le même jour, l'utilisation du logiciel de dosimétrie par le neurochirurgien avec consignation au dossier, ainsi que le suivi postopératoire immédiat - Neurochirurgie fonctionnelle & stéréotaxie
7522	Lésions expansives tumorales : (incluant les lésions kystiques tumorales) - Sus-tentorielles - Lésions de la ligne médiane (faux et corps calleux)
7684	Tumorale - Exérèse de lésion tumorale épidurale - par voie postérieure
7747	Installation du cadre - localisation et radiothérapie stéréotaxiques incluant la technique de localisation - si traitement de deux (2) lésions ou plus à la même séance, supplément
7000	Chimiothérapie intra-artérielle pour lésion tumorale cérébrale avec ou sans bris de la barrière hémato-encéphalique
7653	Craniotomie et résection volumétrique de tumeur incluant la technique de localisation avec ou sans cadre, si faite lors de la chirurgie : thalamique et/ou des noyaux gris centraux - Neurochirurgie fonctionnelle & stéréotaxie
7526	Lésions expansives tumorales : (incluant les lésions kystiques tumorales) - Sus-tentorielles - Lésions intracrâniennes extracérébrales de la convexité
7533	Lésions expansives tumorales : (incluant les lésions kystiques tumorales) - Sous-tentorielles - Tumeur extraparenchymateuse de l'angle pontocérébelleux ou du trou déchiré postérieur - 5 cm ou moins
7520	Lésions expansives tumorales : (incluant les lésions kystiques tumorales) - Sus-tentorielles - Lésions des ventricules latéraux
7686	Tumorale - Exérèse de la lésion intradurale extramédullaire - un à quatre métamères
7534	Lésions expansives tumorales : (incluant les lésions kystiques tumorales) - Sous-tentorielles - Tumeur extraparenchymateuse de l'angle pontocérébelleux ou du trou déchiré postérieur - plus de 5 cm
7530	Lésions expansives tumorales : (incluant les lésions kystiques tumorales) - Sous-tentorielles - Lésions du IV ^e ventricule extraparenchymateuses
7685	Tumorale - Exérèse de lésion tumorale épidurale - par voie antérieure incluant la corporectomie et la greffe le cas échéant, par le neurochirurgien seulement
7688	Tumorale - Exérèse chirurgicale totale ou subtotale de la lésion intramédullaire - un à quatre métamères
7525	Lésions expansives tumorales : (incluant les lésions kystiques tumorales) - Sus-tentorielles - Lésions de la voûte du crâne
7523	Lésions expansives tumorales : (incluant les lésions kystiques tumorales) - Sus-tentorielles - Lésions uniquement suprasellaire et extraventriculaire (ex. : craniopharyngiome, gliome extra-orbitaire du nerf optique, kyste épidermoïde, etc.)
7524	Lésions expansives tumorales : (incluant les lésions kystiques tumorales) - Sus-tentorielles - Lésions de la région pinéale
7532	Lésions expansives tumorales : (incluant les lésions kystiques tumorales) - Sous-tentorielles - Tumeur du tronc cérébral - exérèse 50 % et plus
7687	Tumorale - Exérèse de la lésion intradurale extramédullaire - plus de quatre métamères
7650	Installation du cadre - localisation et chimiothérapie interstitielle incluant la technique de localisation
7691	Tumorale - Exérèse d'une lésion tumorale expansive en sablier du foramen magnum (occipito-cervicale)

Code	Libellé
7521	Lésions expansives tumorales : (incluant les lésions kystiques tumorales) - Sus-tentorielles - Lésions du IIIe ventricule
7689	Tumorale - Exérèse chirurgicale totale ou subtotale de la lésion intramédullaire - plus de quatre métamères
7692	Tumorale - Exérèse de lésion tumorale intradurale par voie antérieure incluant la corporectomie et greffe le cas échéant, par le neurochirurgien seulement
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
1AN27JA	Rayonnements, cerveau, faisceau externe [pour téléthérapie NCA]
1AN27JX	Rayonnements, cerveau, faisceau concentré [p. ex., scalpel gamma ou radiochirurgie stéréotaxique au scalpel virtuel]
1AN87PNGX	Excision partielle, cerveau, télémanipulation robotisée d'outils [téléchirurgie] avec dispositif NCA
1AN87SEAZ	Excision partielle, cerveau, accès par trou de trépan avec aspirateur ultrasonique [par exemple, aspirateur chirurgical ultrasonique au cavitron]
1AN87SEGX	Excision partielle, cerveau, accès par trou de trépan avec dispositif NCA
1AN87SZAG	Excision partielle, cerveau, accès par craniotomie [ou craniectomie], volet osseux avec laser
1AN87SZAZ	Excision partielle, cerveau, accès par craniotomie [ou craniectomie], volet osseux avec aspirateur ultrasonique [par exemple, aspirateur chirurgical ultrasonique au cavitron]
1AN87SZGX	Excision partielle, cerveau, accès par craniotomie [ou craniectomie], volet osseux avec dispositif NCA

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

7. Thérapie ciblées (SMED)

Code DIN	Médicament
2415666	Afatinib
2415674	Afatinib
2415682	Afatinib
2458136	Alectinib
2479206	Brigatinib
2479214	Brigatinib
2479222	Brigatinib
2479230	Brigatinib
2527391	Capmatinib
2527405	Capmatinib
2436779	Céritinib
2384256	Crizotinib
2384264	Crizotinib
2409607	Dabrafénib
2409615	Dabrafénib
2540053	Dabrafénib
2486024	Dacomitinib
2486032	Dacomitinib
2486040	Dacomitinib
2495007	Entrectinib
2495015	Entrectinib

Code DIN	Médicament
2269007	Erlotinib
2269015	Erlotinib
2269023	Erlotinib
2377691	Erlotinib
2377705	Erlotinib
2377713	Erlotinib
2454386	Erlotinib
2454394	Erlotinib
2461862	Erlotinib
2461870	Erlotinib
2461889	Erlotinib
2483912	Erlotinib
2483920	Erlotinib
2483939	Erlotinib
2248676	Géfitinib
2468050	Géfitinib
2487748	Géfitinib
2491796	Géfitinib
2500663	Géfitinib
2490315	Larotrectinib
2490323	Larotrectinib
2490331	Larotrectinib
2555964	Lazertinib
2555972	Lazertinib
2485966	Lorlatinib
2485974	Lorlatinib
2456214	Osimertinib
2456222	Osimertinib
2517590	Pralsetinib
2516918	Selpercatinib
2516926	Selpercatinib
2520095	Sotorasib
2516322	Tépotinib
2409623	Tramétinib
2409631	Tramétinib
2409658	Tramétinib
2539993	Tramétinib

DIN : numéro d'identification de drogue (*drug identification number*).

ANNEXE C

Codes des imageries thoraciques

Les codes d'imagerie thoracique suivants ont été employés à l'étape de la recherche de la première évidence du cancer (voir *Méthodologie*, sections [1.3.1](#) et [1.3.2](#)).

Code	Libellé
Codes de facturations (SMOD)	
8100	Radiologie diagnostique – thorax – poumons
8115	Radiologie diagnostique – thorax – Hémithorax (côtes) – 2 incidences ou plus
8262	Tomographie par ordinateur – thorax – avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) NOTE : L'examen du thorax (code 08262 ou code 08263) inclut l'examen des surrénales. NOTE : Ne peut être facturé en sus des codes pour « abdomen complet » ou pour « thorax et abdomen complet »
8263	Tomographie par ordinateur – thorax – sans injection de substance de contraste (PG-7) NOTE : L'examen du thorax (code 08262 ou code 08263) inclut l'examen des surrénales. NOTE : Ne peut être facturé en sus des codes pour « abdomen complet » ou pour « thorax et abdomen complet »
8255	Tomographie par ordinateur – thorax et abdomen complet – avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) NOTE : ne peut être facturé en sus des codes pour « thorax » ou pour « abdomen complet » ou pour « abdomen complet et pelvis ».
8256	Tomographie par ordinateur – thorax et abdomen complet – sans injection de substance de contraste (PG-7) NOTE : ne peut être facturé en sus des codes pour « thorax » ou pour « abdomen complet » ou pour « abdomen complet et pelvis ».
8572	Résonance magnétique – Thorax (PG-7) NOTE: NOTE : Un examen d'imagerie par résonance magnétique du thorax ne peut être facturé avec un examen d'imagerie par résonance magnétique cardiaque chez le même patient, le même jour.
8700	Tomographie assistée par positron incluant tous les services médicaux effectués à la même séance, à l'exception du code 08713 qui, lui, est facturable une fois par jour, par patient (PG-7)
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
3GT10VA	Radiographie, poumon NCA, sans produit de contraste (p. ex., cliché simple) (avec ou sans radioscopie (fluoroscopie))
3GT10VV	Radiographie, poumon NCA, après injection par voie naturelle d'un produit de contraste (avec ou sans radioscopie (fluoroscopie))
3GY10VA	Radiographie, cavité thoracique NCA, sans produit de contraste (par exemple, cliché simple) (avec ou sans radioscopie (fluoroscopie))
3GY10VV	Radiographie, cavité thoracique NCA, après injection par voie naturelle d'un produit de contraste (avec ou sans radioscopie (fluoroscopie))
3GT20VA	Tomodensitométrie, poumon NCA, sans produit de contraste
3GT20WA	Tomodensitométrie, poumon NCA, sans produit de contraste
3GT20WC	Tomodensitométrie, poumon NCA, avec produit de contraste
3GT20WE	Tomodensitométrie, poumon NCA, avec et sans produit de contraste
3GY18VA	Tomographie, cavité thoracique NCA, sans produit de contraste (par exemple, cliché simple)
3GY18VV	Tomographie, cavité thoracique NCA, après injection par voie naturelle d'un produit de contraste
3GY20VA	Tomodensitométrie, cavité thoracique NCA, sans produit de contraste
3GY20WA	Tomodensitométrie, cavité thoracique, sans produit de contraste
3GY20WC	Tomodensitométrie, cavité thoracique NCA, avec produit de contraste
3GY20WE	Tomodensitométrie, cavité thoracique, avec et sans produit de contraste
3GY40VA	Imagerie par résonance magnétique [IRM], cavité thoracique NCA, sans produit de contraste
3GY40WA	Imagerie par résonance magnétique [IRM], cavité thoracique NCA, sans produit de contraste
3GY40WC	Imagerie par résonance magnétique [IRM], cavité thoracique NCA, avec produit de contraste
3GY40WE	Imagerie par résonance magnétique [IRM], cavité thoracique NCA, avec et sans produit de contraste

Code	Libellé
3GT70CE	Étude (imagerie) nucléaire diagnostique, poumon NCA, par tomographie par émission de positons (positrons) (TEP, PET)
3ZZ70CE	Étude (imagerie) nucléaire diagnostique, corps entier, par tomographie par émission de positons (positrons) (TEP, PET)
3ZZ70CJ	Étude (imagerie) nucléaire diagnostique, corps entier, par tomographie par émission de positons (positrons) (TEP, PET) avec technique de tomodensitométrie hybride, un seul appareil

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

ANNEXE D

Codes des services de l'évaluation initiale

Les services de l'évaluation initiale et leurs codes, utilisés dans les analyses, sont présentés dans les tableaux qui suivent.

1. Radiographie poumon-thorax

Code	Libellé
Codes de facturations (SMOD)	
8100	Radiologie diagnostique – thorax – poumons
8115	Radiologie diagnostique – thorax – Hémithorax (côtes) – 2 incidences ou plus
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
3GT10VA	Radiographie, poumon NCA, sans produit de contraste (p. ex., cliché simple) (avec ou sans radioscopie (fluoroscopie))
3GT10VV	Radiographie, poumon NCA, après injection par voie naturelle d'un produit de contraste (avec ou sans radioscopie (fluoroscopie))
3GY10VA	Radiographie, cavité thoracique NCA, sans produit de contraste (par exemple, cliché simple) (avec ou sans radioscopie (fluoroscopie))
3GY10VV	Radiographie, cavité thoracique NCA, après injection par voie naturelle d'un produit de contraste (avec ou sans radioscopie (fluoroscopie))

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

2. TDM thorax

Code	Libellé
Codes de facturations (SMOD)	
8262	Tomographie par ordinateur – thorax – avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) NOTE : L'examen du thorax (code 08262 ou code 08263) inclut l'examen des surrénales. NOTE : Ne peut être facturé en sus des codes pour « abdomen complet » ou pour « thorax et abdomen complet »
8263	Tomographie par ordinateur – thorax – sans injection de substance de contraste (PG-7) NOTE : L'examen du thorax (code 08262 ou code 08263) inclut l'examen des surrénales. NOTE : Ne peut être facturé en sus des codes pour « abdomen complet » ou pour « thorax et abdomen complet »
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
3GT20VA	Tomodensitométrie, poumon NCA, sans produit de contraste
3GT20WA	Tomodensitométrie, poumon NCA, sans produit de contraste
3GT20WC	Tomodensitométrie, poumon NCA, avec produit de contraste
3GT20WE	Tomodensitométrie, poumon NCA, avec et sans produit de contraste
3GY18VA	Tomographie, cavité thoracique NCA, sans produit de contraste (par exemple, cliché simple)
3GY18VV	Tomographie, cavité thoracique NCA, après injection par voie naturelle d'un produit de contraste
3GY20VA	Tomodensitométrie, cavité thoracique NCA, sans produit de contraste
3GY20WA	Tomodensitométrie, cavité thoracique, sans produit de contraste
3GY20WC	Tomodensitométrie, cavité thoracique NCA, avec produit de contraste
3GY20WE	Tomodensitométrie, cavité thoracique, avec et sans produit de contraste

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

3. TDM thorax et abdomen

Code	Libellé
Codes de facturation (SMOD)	
8255	Tomographie par ordinateur – thorax et abdomen complet – avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) NOTE : ne peut être facturé en sus des codes pour « thorax » ou pour « abdomen complet » ou pour « abdomen complet et pelvis ».
8256	Tomographie par ordinateur – thorax et abdomen complet – sans injection de substance de contraste (PG-7) NOTE : ne peut être facturé en sus des codes pour « thorax » ou pour « abdomen complet » ou pour « abdomen complet et pelvis ».
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
Aucun code spécifique	

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

4. IRM thorax

Code	Libellé
Codes de facturation (SMOD)	
8572	Résonance magnétique – Thorax (PG-7) NOTE: NOTE : Un examen d'imagerie par résonance magnétique du thorax ne peut être facturé avec un examen d'imagerie par résonance magnétique cardiaque chez le même patient, le même jour.
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
3GY40VA	Imagerie par résonance magnétique [IRM], cavité thoracique NCA, sans produit de contraste
3GY40WA	Imagerie par résonance magnétique [IRM], cavité thoracique NCA, sans produit de contraste
3GY40WC	Imagerie par résonance magnétique [IRM], cavité thoracique NCA, avec produit de contraste
3GY40WE	Imagerie par résonance magnétique [IRM], cavité thoracique NCA, avec et sans produit de contraste

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

5. TEP-TDM

Code	Libellé
Codes de facturation (SMOD)	
8700	Tomographie assistée par positron incluant tous les services médicaux effectués à la même séance, à l'exception du code 08713 qui, lui, est facturable une fois par jour, par patient (PG-7)
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
3GT70CE	Étude (imagerie) nucléaire diagnostique, poumon NCA, par tomographie par émission de positons (positrons) (TEP, PET)
3WZ70CE	Étude (imagerie) nucléaire diagnostique, système musculosquelettique NCA, par tomographie par émission de positons (positrons) (TEP, PET)
3ZZ70CE	Étude (imagerie) nucléaire diagnostique, corps entier, par tomographie par émission de positons (positrons) (TEP, PET)
3ZZ70CJ	Étude (imagerie) nucléaire diagnostique, corps entier, par tomographie par émission de positons (positrons) (TEP, PET) avec technique de tomodensitométrie hybride, un seul appareil

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

6. Échographie abdomen

Code	Libellé
Codes de facturation (SMOD)	
8325	Échographie abdominale – Limitée (un ou deux organes) ne peut être facturé en sus de 08326 (PG-7)
8326	Échographie abdominale – Complète (trois organes et plus) (PG-7)
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
3OT30DA	Ultrason, cavité abdominale, uniquement
3OT30HA	Ultrason, cavité abdominale, endoscopique NCA

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

7. TDM abdomen

Code	Libellé
Codes de facturation (SMOD)	
8264	Tomographie par ordinateur – Abdomen complet (jusqu'aux crêtes iliaques incluant rapport de l'étage abdominal) – avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7). NOTE : Un examen abdominal ne peut être facturé pour une appréciation des surrénales.
8265	Tomographie par ordinateur – Abdomen complet (jusqu'aux crêtes iliaques incluant rapport de l'étage abdominal) – sans injection de substance de contraste (PG-7). NOTE : Un examen abdominal ne peut être facturé pour une appréciation des surrénales.
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
3OT20VA	Tomodensitométrie, cavité abdominale, sans produit de contraste
3OT20WA	Tomodensitométrie, cavité abdominale, sans produit de contraste
3OT20WC	Tomodensitométrie, cavité abdominale, avec produit de contraste
3OT20WE	Tomodensitométrie, cavité abdominale, avec et sans produit de contraste

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

8. TDM abdomen et pelvis

Code	Libellé
Codes de facturation (SMOD)	
8268	Tomographie par ordinateur – Abdomen complet et pelvis – avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste.
8269	Tomographie par ordinateur – Abdomen complet et pelvis – sans injection de substance de contraste (PG-7)
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
Aucun code spécifique	

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

9. TDM pelvis

Code	Libellé
Codes de facturation (SMOD)	
8266	Tomographie par ordinateur – Pelvis – avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste.
8267	Tomographie par ordinateur – Pelvis – sans injection de substance de contraste (PG-7).
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
Aucun code spécifique	

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

10. IRM abdomen

Code	Libellé
Codes de facturation (SMOD)	
8573	IRM – abdomen
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
3OT40VA	Imagerie par résonance magnétique [IRM], cavité abdominale, sans produit de contraste
3OT40WA	Imagerie par résonance magnétique [IRM], cavité abdominale, sans produit de contraste
3OT40WC	Imagerie par résonance magnétique [IRM], cavité abdominale, avec produit de contraste
3OT40WE	Imagerie par résonance magnétique [IRM], cavité abdominale, avec et sans produit de contraste

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

11. IRM colonne

Code	Libellé
Codes de facturation (SMOD)	
8576	IRM – colonne – 1 segment
8577	IRM – colonne – 2 segments
8578	IRM – colonne – 3 segments
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
3SC40VA	Imagerie par résonance magnétique [IRM], vertèbres, sans produit de contraste
3SC40WA	Imagerie par résonance magnétique [IRM], vertèbres, sans produit de contraste
3SC40WC	Imagerie par résonance magnétique [IRM], vertèbres, avec produit de contraste
3SC40WE	Imagerie par résonance magnétique [IRM], vertèbres, avec et sans produit de contraste

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

12. Scintigraphie osseuse

Code	Libellé
Codes de facturation (SMOD)	
8678	Scintigraphie osseuse, (excluant ostéodensitométrie isotopique) – un site
8679	Scintigraphie osseuse, (excluant ostéodensitométrie isotopique) – sites multiples
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
3WZ70CA	Étude (imagerie) nucléaire diagnostique, système musculosquelettique NCA, par scintigraphie

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

13. IRM cérébrale

Code	Libellé
Codes de facturation (SMOD)	
8570	Résonance magnétique – Tête
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
3AN40VA	Imagerie par résonance magnétique [IRM], cerveau, sans produit de contraste
3AN40WA	Imagerie par résonance magnétique [IRM], cerveau, sans produit de contraste
3AN40WC	Imagerie par résonance magnétique [IRM], cerveau, avec produit de contraste
3AN40WE	Imagerie par résonance magnétique [IRM], cerveau, avec et sans produit de contraste
3ER40VA	Imagerie par résonance magnétique [IRM], tête NCA, sans produit de contraste
3ER40WA	Imagerie par résonance magnétique [IRM], tête NCA, sans produit de contraste
3ER40WC	Imagerie par résonance magnétique [IRM], tête NCA, avec produit de contraste
3ER40WE	Imagerie par résonance magnétique [IRM], tête NCA, avec et sans produit de contraste

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

14. TDM cérébrale

Code	Libellé
Codes de facturation (SMOD)	
8258	Tomographie par ordinateur – tête – avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG7)
8259	Tomographie par ordinateur – tête – sans injection de substance de contraste (PG7)
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
3AN20VA	Tomodensitométrie, cerveau, sans produit de contraste
3AN20WA	Tomodensitométrie, cerveau, sans produit de contraste
3AN20WC	Tomodensitométrie, cerveau, avec produit de contraste
3AN20WE	Tomodensitométrie, cerveau, avec et sans produit de contraste
3ER20VA	Tomodensitométrie, tête NCA, sans produit de contraste
3ER20WA	Tomodensitométrie, tête NCA, sans produit de contraste
3ER20WC	Tomodensitométrie, tête NCA, avec produit de contraste
3ER20WE	Tomodensitométrie, tête NCA, avec et sans produit de contraste

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

15. Bronchoscopie

Code	Libellé
Codes de facturation (SMOD)	
515	Bronchoscopie rigide incluant la biopsie (PG23) (PG28)
9362	Bronchoscopie – chez un patient intubé (PG23) (PG28)
9363	Bronchoscopie – chez un patient non intubé (PG23) (PG28)
9367	Bronchoscopie – avec biopsie pulmonaire transbronchique, supplément
9368	Bronchoscopie – avec ponction ganglionnaire transtrachéale et/ou transbronchique, supplément
9369	Bronchoscopie – avec lavage bronchoalvéolaire diagnostique v.g. technique de Crystal, supplément
9400	Bronchoscopie – avec autofluorescence, supplément
20085	Bronchoscopie – avec navigation électromagnétique, supplément
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
2GM70BA	Inspection, bronches, approche endoscopique par voie naturelle
2GM71BA	Biopsie, bronches, approche endoscopique par voie naturelle
2GM71BR	Biopsie, bronches, approche endoscopique par voie naturelle, brossage ou lavage
2ME71BP	Biopsie, ganglion(s) lymphatique(s), médiastinal(aux), approche endoscopique par voie naturelle, avec aspiration à l'aiguille

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

16. Échographie transbronchique (EBUS) linéaire

Code	Libellé
Codes de facturation (SMOD)	
8383	Échographie endobronchique avec sonde linéaire
8384	Échographie endobronchique avec sonde linéaire – avec ponction ganglionnaire ou tumorale transtrachéale ou transbronchique, supplément
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
3GY30HE	Ultrason, cavité thoracique NCA, approche endoscopique transbronchique par voie naturelle

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

17. Échographie transbronchique (EBUS) radiale

Code	Libellé
Codes de facturation (SMOD)	
60706	Échographie endobronchique avec sonde radiale pour localisation d'une lésion pulmonaire périphérique NOTE : les codes 09367 et 09368 ne peuvent être facturés avec les codes 60706 et 60707, lors de la même séance. NOTE : Lorsque les codes 08383 et 60706 sont facturés à la même séance, le code 60706 est payable à 50 % du tarif et un seul supplément est applicable, le cas échéant.
60707	Échographie endobronchique avec sonde radiale pour localisation d'une lésion pulmonaire périphérique - avec ponction pulmonaire à l'aiguille et/ou biopsie pulmonaire transbronchique, supplément NOTE : les codes 09367 et 09368 ne peuvent être facturés avec les codes 60706 et 60707, lors de la même séance. NOTE : Lorsque les codes 08383 et 60706 sont facturés à la même séance, le code 60706 est payable à 50 % du tarif et un seul supplément est applicable, le cas échéant.
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
Aucun code spécifique	

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

18. Échoendoscopie transœsophagienne (EUS)

Code	Libellé
Codes de facturation (SMOD)	
8348	Échographie transendoscopique de l'oesophage, de l'estomac, du duodénum ou d'un organe intra-abdominal incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie, maximum de un examen, par jour, par patient
8349	Biopsie ou ponction ou injection, unique ou multiple, par voie transoesophagienne, transgastrique ou transduodénale d'une lésion médiastinale ou abdominale, supplément
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
Aucun code utilisé	

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

19. Médiastinoscopie/médiastinotomie

Code	Libellé
Codes de facturation (SMOD)	
524	Médiastinoscopie avec ou sans biopsie (PG28)
3027	Médiastinotomie antérieure pour staging avec ouverture de la plèvre incluant la résection costale et le drainage, le cas échéant
3035	Médiastinotomie pour exploration ou drainage – voie cervicale
3036	Médiastinotomie pour exploration ou drainage – voie thoracique
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
2GW70DA	Inspection, médiastin, approche endoscopique (chirurgie thoracique vidéo assistée), comprend: médiastinoscopie
2GW70LA	Inspection, médiastin, approche ouverte, comprend: par médiastinotomie antérieure
2GW71DA	Biopsie, médiastin, approche endoscopique [chirurgie thoracique vidéo assistée]
2GW71LA	Biopsie, médiastin, approche ouverte

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

20. Thoracoscopie-tomie diagnostique

Code	Libellé
Codes de facturation (SMOD)	
275	Thoracoscopie incluant, le cas échéant, biopsie, section d'adhérences et drainage thoracique.
3011	Thoracoscopie diagnostique avec ou sans biopsie
3013	Thoracoscopie lors d'une autre intervention chirurgicale, supplément – NOTE : Le code 03013 ne peut s'ajouter à un acte comportant la mention « toute voie d'approche » sauf dans le cas d'une thoracoscopie suivie d'une thoracotomie.
3120	Thoracotomie – exploratrice avec biopsie
3123	Thoracotomie – exploratrice pour cancer, sans résection, avec ou sans biopsie
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
2GY70DA	Inspection, cavité thoracique NCA, approche endoscopique [chirurgie thoracique vidéo assistée]

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

21. Ponction pleurale

Code	Libellé
Codes de facturation (SMOD)	
9418	Ponction – pleurale (PG-28)
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
Aucun code utilisé	

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

22. Biopsie transthoracique à l'aiguille (BTTA)

Code	Libellé
Codes de facturation (SMOD)	
9464	Biopsie/cytologie à l'aiguille par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique – thoracique
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
2GT71HA	Biopsie, poumon NCA, approche percutanée (à l'aiguille)
2GW71HA	Biopsie, médiastin, approche percutanée (à l'aiguille)
2ME71HA	Biopsie, ganglion(s) lymphatique(s), médiastinal(aux), approche percutanée (à l'aiguille)
2MF71HA	Biopsie, ganglion(s) lymphatique(s), intrathoracique(s) NCA, approche percutanée (à l'aiguille)

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

23. Biopsie rétropéritonéale

Code	Libellé
Codes de facturation (SMOD)	
252	Biopsie/cytologie à l'aiguille, par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique - rétropéritoine (rein, pancréas, ganglions, surrénale)
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
2PB71DA	Biopsie, glande surrénale, approche endoscopique
2PB71HA	Biopsie, glande surrénale, approche percutanée (à l'aiguille)
2PB71LA	Biopsie, glande surrénale, approche ouverte

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

24. Biopsie foie

Code	Libellé
Codes de facturation (SMOD)	
181	Biopsie (unique ou multiple) - foie (à l'aiguille, percutanée) (PG-28)
9466	Biopsie/cytologie à l'aiguille, par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique - hépatique
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
2OA71DA	Biopsie, foie, approche endoscopique (laparoscopie)
2OA71GR	Biopsie, foie, approche veineuse transluminale percutanée
2OA71HA	Biopsie, foie, approche percutanée (à l'aiguille)
2OA71LA	Biopsie, foie, approche ouverte

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

25. Biopsie os

Code	Libellé
Codes de facturation (SMOD)	
212	Biopsie/cytologie à l'aiguille, par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique - os
247	Biopsie/cytologie à l'aiguille, par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique - vertèbre
273	Biopsie (unique ou multiple) - osseuse à l'aiguille (pg-28)
2062	Squelette axial - bassin - biopsie osseuse - ouverte
2066	Squelette axial - thorax - biopsie - costale ouverte
2084	Biopsie - clavicule ou omoplate - à l'aiguille
2085	Biopsie - clavicule ou omoplate - ouverte
2109	Squelette axial - colonne vertébrale - biopsie - d'un élément postérieur
2119	Squelette axial - colonne vertébrale - biopsie - corps vertébral
2174	Extrémités - membres supérieurs - bras (humérus) - biopsie osseuse - à l'aiguille
2175	Extrémités - membres supérieurs - bras (humérus) - biopsie osseuse - ouverte
2247	Extrémités - extrémités - membres inférieurs - pied - biopsie - ouverte (pg-28)
2719	Extrémités - extrémités - membres inférieurs - fémur - biopsie - forage et décompression de la tête fémorale
2796	Extrémités - extrémités - membres inférieurs - fémur - biopsie - à l'aiguille
2797	Extrémités - extrémités - membres inférieurs - fémur - biopsie - ouverte
2864	Extrémités - extrémités - membres inférieurs - tibia et péroné - biopsie - à l'aiguille
2865	Extrémités - extrémités - membres inférieurs - tibia et péroné - biopsie - ouverte
2934	Extrémités - membres supérieurs - main et poignet - biopsie - à l'aiguille, main et poignet
2939	Extrémités - membres supérieurs - main et poignet - biopsie - ouverte, main et poignet (pg-28)
2991	Extrémités - membres supérieurs - avant-bras - biopsie - radius ou cubitus - à l'aiguille
2992	Extrémités - membres supérieurs - avant-bras - biopsie - radius ou cubitus - ouverte
9502	Extrémités - extrémités - membres inférieurs - pied - biopsie - à l'aiguille ou au trocart
9550	Crâne et face - biopsie - ouverte (unique ou multiple) (pg-28) - musculo-squelettique
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
2EA71HA	Biopsie, crâne, approche percutanée (à l'aiguille)
2EA71LA	Biopsie, crâne, approche ouverte
2EB71LA	Biopsie, apophyse zygomatique, approche ouverte
2ED71LA	Biopsie, maxillaire, approche ouverte
2EE71LA	Biopsie, mandibule, approche ouverte
2SA71HA	Biopsie, atlas et axe, approche percutanée (à l'aiguille)
2SA71LL	Biopsie, atlas et axis, approche antérieure ouverte

Code	Libellé
2SA71PF	Biopsie, atlas et axis, approche postérieure ouverte (postérolatérale)
2SC71HA	Biopsie, vertèbres, approche percutanée (à l'aiguille)
2SC71LL	Biopsie, vertèbres, approche antérieure ouverte
2SC71PF	Biopsie, vertèbres, approche postérieure ouverte (postérolatérale)
2SF71HA	Biopsie, sacrum et coccyx, approche percutanée (à l'aiguille)
2SF71LA	Biopsie, sacrum et coccyx, approche ouverte
2SK71HA	Biopsie, sternum, approche percutanée (à l'aiguille)
2SK71LA	Biopsie, sternum, approche ouverte
2SL71HA	Biopsie, côtes, approche percutanée (à l'aiguille)
2SL71LA	Biopsie, côtes, approche ouverte
2SM71HA	Biopsie, clavicule, approche percutanée (à l'aiguille)
2SM71LA	Biopsie, clavicule, approche ouverte
2SN71HA	Biopsie, omoplate, approche percutanée (à l'aiguille)
2SQ71HA	Biopsie, bassin, approche percutanée (à l'aiguille)
2SQ71LA	Biopsie, bassin, approche ouverte
2SW71HA	Biopsie, pubis, approche percutanée (à l'aiguille)
2SW71LA	Biopsie, pubis, approche ouverte
2TK71HA	Biopsie, humérus, approche percutanée (à l'aiguille)
2TK71LA	Biopsie, humérus, approche ouverte
2TV71HA	Biopsie, radius et cubitus, approche percutanée (à l'aiguille)
2TV71LA	Biopsie, radius et cubitus, approche ouverte
2UJ71LA	Biopsie, phalanges de la main, approche ouverte
2VC71HA	Biopsie, fémur, approche percutanée (à l'aiguille)
2VC71LA	Biopsie, fémur, approche ouverte
2VP71DA	Biopsie, rotule, approche endoscopique (arthroscopie)
2VP71HA	Biopsie, rotule, approche percutanée (à l'aiguille)
2VP71LA	Biopsie, rotule, approche ouverte
2VQ71HA	Biopsie, tibia et péroné, approche percutanée (à l'aiguille)
2VQ71LA	Biopsie, tibia et péroné, approche ouverte
2WL71HA	Biopsie, phalange du pied, approche percutanée (à l'aiguille)
2WL71LA	Biopsie, phalange du pied, approche ouverte
2WS71HA	Biopsie, métatarses, approche percutanée (à l'aiguille)
2WS71LA	Biopsie, métatarses, approche ouverte

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

26. Chirurgie exploratoire du système nerveux central

Code	Libellé
Codes de facturation (SMOD)	
7003	Liquide céphalo-rachidien - Endoscopie ventriculaire - avec biopsie tumorale, supplément
7528	Crâne & encéphale - Sus-tentorielles - Biopsie diagnostique par trépanation seulement - (sans stéréotaxie, quel que soit le nombre de biopsies), par le neurochirurgien seulement
7531	Crâne & encéphale - Sous-tentorielles - Tumeur du tronc cérébral - biopsie seulement
7643	Crâne & encéphale - Installation du cadre - ponction ou biopsie (simple ou multiple) de lésion intraparenchymateuse, incluant la technique de localisation
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
2AA71RW	Biopsie, méninges et duremère du cerveau, approche par trou de trépan avec aspiration à l'aiguille
2AA71SE	Biopsie, méninges et duremère du cerveau, approche par trou de trépan
2AA71SZ	Biopsie, méninges et duremère du cerveau, par craniotomie [volet osseux]

Code	Libellé
2AC71DA	Biopsie, ventricules cérébraux, approche endoscopique via un trou de trépan (ou la fontanelle)
2AE71DA	Biopsie, thalamus et noyaux gris centraux, approche endoscopique via un trou de trépan
2AE71SE	Biopsie, thalamus et noyaux gris centraux, accès par trou de trépan
2AE71SZ	Biopsie, thalamus et noyaux gris centraux, approche ouverte par craniotomie [volet osseux]
2AF71GR	Biopsie, région pituitaire, approche transluminale percutanée
2AF71QS	Biopsie, région pituitaire, approche transsphénoïdale ouverte [transethmoïdale]
2AG71SE	Biopsie, glande pinéale, approche par trou de trépan
2AJ71SE	Biopsie, cervelet, approche par trou de trépan (pour accéder au cervelet)
2AJ71SZ	Biopsie, cervelet, approche ouverte par craniotomie ou craniectomie [volet osseux]
2AN71SE	Biopsie, cerveau, approche par trou de trépan
2AN71SZ	Biopsie, cerveau, approche ouverte par craniotomie ou craniectomie [volet osseux]
2AP71SZ	Biopsie, tronc cérébral, approche ouverte par craniotomie ou craniectomie [volet osseux]
2AW71DA	Biopsie, moelle épinière, approche endoscopique (laparoscopie)
2AW71HA	Biopsie, moelle épinière, approche percutanée (à l'aiguille)
2AW71LA	Biopsie, moelle épinière, approche ouverte
2AX71DA	Biopsie, canal rachidien et méninges, approche endoscopique [laparoscopie]
2AX71HA	Biopsie, canal rachidien et méninges, approche percutanée
2AX71LA	Biopsie, canal rachidien et méninges, approche ouverte

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

27. Biopsie ganglions (hors thorax)

Code	Libellé
Codes de facturation (SMOD)	
184	Biopsie (unique ou multiple) - ganglion (cervical, axillaire ou inguinal) (PG 28)
308	Biopsie (unique ou multiple) - masse cervicale (à l'aiguille) (PG-28)
592	Ponctions (incluant injection s'il y a lieu) - ganglion, un ou plusieurs (PG-28)
4159	Excision - Exérèse de ganglions cervicaux (bénin ou malin) (PG-28)
4161	Excision simple de ganglions lymphatiques pour lésion maligne (PG-28)
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
Aucun utilisé	

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

28. Épreuves respiratoires

Code	Libellé
Codes de facturation (SMOD)	
8455	Capacité de diffusion, au repos. NOTE : Le service médical codé 8455 ne peut être facturé lorsqu'une épreuve de routine est facturée la même journée.
8463	Stade 1 de Jones. Les données suivantes sont obtenues : fréquence cardiaque, tension artérielle, monitoring électrocardiographique, ventilation minute, volume courant et préalablement les débits expiratoires forcés. Certaines autres données facultatives peuvent également être obtenues. Ces examens complémentaires ne peuvent pas être chargés en supplément : la saturation en oxygène obtenue sans ponction sanguine, les concentrations expiratoires de CO2 et d'oxygène
8464	Stade 2 de Jones. Les données suivantes sont obtenues : fréquence cardiaque, tension artérielle, monitoring électrocardiographique, ventilation minute, volume courant, concentration de CO2 et d'oxygène expirés, pCO2 de fin d'expiration, pCO2 du sang veineux mêlé obtenue par technique de réinspiration incluant, le cas échéant, la mesure de la saturation en oxygène

Code	Libellé
8465	Stade 3 de Jones. Les données sont les mêmes que pour le stade 2. De plus, les résultats suivants doivent également être obtenus : pO ₂ , pCO ₂ et pH du sang artériel incluant la ponction artérielle et, le cas échéant, la mesure de la saturation en oxygène
8479	Épreuves de routine comprenant les volumes pulmonaires, la capacité de diffusion au repos et les débits expiratoires forcés
8480	Lorsque la mesure de la capacité résiduelle fonctionnelle est effectuée par deux techniques différentes (technique à l'hélium et technique en pléthysmographie), supplément
8487	Test d'endurance à l'exercice. Les données suivantes sont obtenues lors d'un exercice à une charge constante correspondant de 75 à 80 % du travail maximal : fréquence cardiaque, tension artérielle, monitoring électrocardiographique, ventilation minute, volume courant, saturation en oxygène, temps d'endurance et mesure subjective de la dyspnée et de la fatigue des quadriceps
8499	Test de marche de 6 minutes, à l'air libre ou avec oxygène incluant la mesure continue de la saturation digitale en oxygène et de la fréquence cardiaque, la mesure de la distance maximale parcourue et la mesure subjective de la dyspnée d'effort et de l'endurance à la marche, par patient. + Maximum de 2 par jour, par patient
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
2GZ21EA	Mesure des capacités, appareil respiratoire, détermination de la capacité totale uniquement (pressions d'inspiration et d'expiration)
2GZ21EB	Mesure des capacités, appareil respiratoire, capacité totale avec capacité expiratoire forcée seconde
2GZ21EC	Mesure des capacités, appareil respiratoire, capacité totale avec capacité expiratoire forcée seconde et débit de pointe
2GZ21ED	Mesure des capacités, appareil respiratoire, capacité totale avec capacité expiratoire seconde forcée et débit de pointe avec ventilation maximale
2GZ21EF	Mesure des capacités, appareil respiratoire, ventilation maximale uniquement (capacité respiratoire maximale)
2GZ21EG	Mesure des capacités, appareil respiratoire, boucles débit volume
2GZ58TA	Étude de fonction, appareil respiratoire, au repos (état d'équilibre)
2GZ58TP	Étude de fonction, appareil respiratoire, avec exercice (par exemple, marche)
2GZ58TU	Étude de fonction, appareil respiratoire, par inspiration unique
2GZ58ZZ	Étude de fonction, appareil respiratoire, par autre technique NCA

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

29. Épreuves cardiologiques

Code	Libellé
Codes de facturation (SMOD)	
309	Épreuve d'effort submaximal ou maximal (surveillance du malade, technique et interprétation des tracés, y compris le tracé au repos)
313	Programmation ou vérification d'un défibrillateur interne sous contrôle électrocardiographique (maximum six (6) programmations ou vérifications par année civile, sauf si effectuées chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence)
329	Épreuve d'effort avec mesure de la consommation maximale d'oxygène (ne peut être facturé avec le code 00309 le même jour chez le même patient)
339	Épreuve d'effort submaximal ou maximal au moyen d'un tapis roulant ou d'une bicyclette ergométrique, incluant le monitoring continu de l'E.C.G. et l'E.C.G. au repos (surveillance et interprétation)
340	Électrocardiogramme - au bureau - interprétation
341	Électrocardiogramme - au bureau - technique et interprétation
685	Vérification des seuils de sensibilité et d'entraînement sous contrôle électrocardiographique avec programmation d'un stimulateur cardiaque unifocal permanent, le cas

Code	Libellé
	échéant (maximum deux par année civile pour le même patient sauf si effectuée chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence) - bénéficiaire de 2 ans ou plus
693	Vérification des seuils de sensibilité et d'entraînement sous contrôle électrocardiographique avec programmation d'un stimulateur cardiaque bifocal permanent, le cas échéant (maximum deux par année civile pour le même patient sauf si effectuée chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence). bénéficiaire de 2 ans ou plus
704	Épreuve au dipyridamole par voie intraveineuse incluant la surveillance immédiate, l'interprétation des modifications électrocardiographiques et l'épreuve d'effort submaximal ou maximal
8303	Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle incluant l'analyse des flux intracardiaques par Doppler continu ou pulsé ou les deux
8304	Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse de flux intracardiaque par Doppler continu et pulsé ou les deux lors d'une épreuve à la dobutamine incluant la surveillance immédiate et l'interprétation des modifications électrocardiographiques
8341	Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse de flux intracardiaque par Doppler continu et pulsé ou les deux, lors d'une épreuve d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique (incluant le monitoring continu de l'E.C.G. et l'E.C.G. au repos et à l'effort).
8380	Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse de flux intracardiaque par Doppler continu et pulsé ou les deux lors d'une épreuve au dipyridamole incluant la surveillance immédiate et l'interprétation des modifications électrocardiographiques
8581	Examen limité (PG-7) NOTE : Le code 08581 est facturable lorsque les conditions de l'étude morphologique de base (code 08580) ne sont pas remplies (ex. : réponse à une question précise uniquement comme « contractilité apicale » ou « évaluation anneau aortique »).
8587	Stress physique avec ergocycle NOTE : Le code 08587 inclut une étude de stress maximale avec atteinte de 80 % de la fréquence cardiaque prédite avant et post-stress dans au moins 1 axe cardiaque interprétable (court axe ou 4 chambres).
8588	Dobutamine basse dose avec des études pré et post stress pharmacologiques dans un plan cardiaque interprétable (petit axe ou 4 chambres)
8589	Dobutamine haute dose (Persantin, Adénosine) pour l'obtention de 80 % de la fréquence cardiaque prédite pour l'âge avec des images pré et post-stress incluant au moins 1 axe cardiaque interprétable (petit axe ou 4 chambres)
30010	Interprétation d'un électrocardiogramme
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
2HZ07NK	Analyse/Évaluation, cœur NCA, stimulateur/pacemaker double chambre pouvant s'accélérer à l'effort
2HZ07NL	Analyse/Évaluation, cœur NCA, stimulateur/pacemaker à rythme fixe
2HZ07NM	Analyse/Évaluation, cœur NCA, stimulateur/pacemaker monochambre pouvant s'accélérer à l'effort
2HZ07NR	Analyse/Évaluation, cœur NCA, défibrillateur à synchronisation automatique/défibrillateur
2HZ08EJ	Test, cœur NCA, avec exercice physique [par exemple, bicyclette, tapis roulant] uniquement
2HZ08EK	Test, cœur NCA, avec stress pharmacologique
2HZ08XK	Test, cœur NCA, avec test de provocation à l'ergométrie
2HZ21UC	Mesure de la capacité, cœur NCA, technique de consommation d'oxygène
2HZ24JAKE	Mesure électrophysiologique, cœur NCA - tracé du rythme [électrocardiogramme de rythme], application externe
2HZ24JAXJ	Mesure électrophysiologique, cœur NCA - électrodes d'enregistrement [ou ECG SAI], application externe

Code	Libellé
3IP30DA	Ultrason, cœur et artères coronaires, transcutané uniquement
3IP30DB	Ultrason, cœur et artères coronaires, transcutané avec imagerie couleur
3IP30DC	Ultrason, cœur et artères coronaires, transcutané avec Doppler
3IP30DD	Ultrason, cœur et artères coronaires, avec imagerie couleur et Doppler

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

ANNEXE E

Codes des TDM thoraciques

Les codes de TDM thoracique suivants ont été employés à l'étape de la recherche de la première évidence du cancer (voir *Méthodologie*, sections [1.3.1](#) et [1.3.2](#)).

Code	Libellé
Codes de facturations (SMOD)	
8262	Tomographie par ordinateur – thorax – avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) NOTE : L'examen du thorax (code 08262 ou code 08263) inclut l'examen des surrénales. NOTE : Ne peut être facturé en sus des codes pour « abdomen complet » ou pour « thorax et abdomen complet »
8263	Tomographie par ordinateur – thorax – sans injection de substance de contraste (PG-7) NOTE : L'examen du thorax (code 08262 ou code 08263) inclut l'examen des surrénales. NOTE : Ne peut être facturé en sus des codes pour « abdomen complet » ou pour « thorax et abdomen complet »
8255	Tomographie par ordinateur – thorax et abdomen complet – avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) NOTE : ne peut être facturé en sus des codes pour « thorax » ou pour « abdomen complet » ou pour « abdomen complet et pelvis ».
8256	Tomographie par ordinateur – thorax et abdomen complet – sans injection de substance de contraste (PG-7) NOTE : ne peut être facturé en sus des codes pour « thorax » ou pour « abdomen complet » ou pour « abdomen complet et pelvis ».
Codes CCI (MED-ÉCHO)	
3GT20VA	Tomodensitométrie, poumon NCA, sans produit de contraste
3GT20WA	Tomodensitométrie, poumon NCA, sans produit de contraste
3GT20WC	Tomodensitométrie, poumon NCA, avec produit de contraste
3GT20WE	Tomodensitométrie, poumon NCA, avec et sans produit de contraste
3GY18VA	Tomographie, cavité thoracique NCA, sans produit de contraste (par exemple, cliché simple)
3GY18VV	Tomographie, cavité thoracique NCA, après injection par voie naturelle d'un produit de contraste
3GY20VA	Tomodensitométrie, cavité thoracique NCA, sans produit de contraste
3GY20WA	Tomodensitométrie, cavité thoracique, sans produit de contraste
3GY20WC	Tomodensitométrie, cavité thoracique NCA, avec produit de contraste
3GY20WE	Tomodensitométrie, cavité thoracique, avec et sans produit de contraste

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

RÉFÉRENCES

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2025). *Rapport annuel de gestion 2024-2025*. <https://www.inesss.qc.ca>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019). *Registre québécois du cancer - Cadre normatif - Partie 1 : Présentation du système d'information et description des éléments*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2025). *Registre québécois du cancer - Fascicule d'information générale et historique*.
- National Cancer Institute. (2025). *NCI dictionary of cancer terms*.
<https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms>
- Oncolink. (2026). *Neoadjuvant Therapy*. University of Pennsylvania.
<https://www.oncolink.org/cancer-treatment/cancer-medications/overview/neoadjuvant-therapy>
- Services publics et Approvisionnement Canada. (2025). *TERMIUM Plus, la banque de données terminologiques et linguistiques du gouvernement du Canada*.
<https://www.btb.termiumplus.gc.ca/tpv2alpha/alpha-fra.html>

**Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux**

Québec



Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

