

SFMG



Le plaisir de comprendre

DRMG N°49

juillet 1997

supplément

la lettre

d e l a m é d e c i n e g é n é r a l e

documents *de recherches* en médecine *générale*

Société Française de Médecine Générale

Société Savante

27, boul Gambetta - 92130 Issy Les Moulineaux

Tél 01 41 90 98 20 - Fax 01 41 90 98 21

e-mail : SFMG@Club-Internet.fr • <http://www.upml.fr/sfmg>

O.N.G. agréée auprès de l'O.M.S.

Représentant officiel de la France à la WONCA

Méthodologie de maintenance de la CIM 10

Dr Jean-François Noury (PERNNS¹)

Les travaux à réaliser par le PERNNS comportent "l'élaboration d'une modification de la dixième révision de la Classification internationale des maladies (CIM 10) de l'OMS² permettant l'emploi de codes "étendus" par des caractères supplémentaires".

L'extension de codes de la CIM 10 a deux objectifs :

- satisfaire les besoins de l'indexation documentaire dans les domaines de l'enseignement et de la recherche.
- faire évoluer la classification des GHM

Le motif essentiel du peu d'évolution de la classification des GHM³ entre ses versions 0 et 3 est l'absence d'évolution de la CIM9. La seule extension existant en langue française, l'HCIMO⁴, ne respectait pas toujours la "racine CIM" des codes, ce qui constituait un obstacle rédhibitoire à son emploi.

Dans le cadre de la version 4, des extensions de codes ont vu le jour pour :

- prendre en compte la notion de "CMA⁵ sévère" (CMAS),
- créer les CMD⁶ de l'infection par le VIH⁷ et des traumatismes multiples graves.

MÉTHODOLOGIE

Cadre général

On pouvait envisager a priori deux méthodes d'extension. La première se fondait sur un existant international : les classifications par spécialité élaborées à partir de la CIM 10 dans divers pays. La seconde faisait le choix d'une complète autonomie nationale.

L'avantage de se fonder sur les classifications par spécialité était de s'inscrire dans une démarche internationale, que l'on pouvait espérer génératrice d'homogénéité.

Mais des arguments plus nombreux plaidaient en sens inverse :

- les codes des extensions par spécialités utilisent des cinquième et sixième voire septième caractères. La création d'extensions nationales. pour l'évolution de la classification des GHM par exemple, avait donc toute chance d'imposer l'emploi d'un septième voire huitième caractère. Des extensions à des fins documentaires devraient, des lors, faire envisager des codes constitués d'au moins huit caractères. On imagine la difficulté du maniement de tels codes. la présence obligée de nombreux "blancs" en particulier, multipliant les risques d'erreur.
- en ce qui concerne plusieurs spécialités, on ignore si une extension internationale est préparée et, si elle est publiée, dans quelle mesure elle est susceptible d'être acceptée par les médecins français de la spécialité.
- l'apport de spécificités françaises à la CIM facilite son acceptation par les utilisateurs.

De plus il n'apparaissait pas certain que l'ensemble des classifications par spécialité dérivées de la CIM soit un modèle d'ordre et une garantie d'homogénéité... L'examen de la version anglaise de l'application de la classification internationale des Maladies pour les Dentistes et les Stomatologistes en est une illustration :

- elle emploie au niveau des quatrième et cinquième caractères une symbolique qui ne rend plus compatible le niveau quatre caractères du code :
- pour les fractures, le chiffre décrivant le caractère "ouvert" ou "fermé" est placé en sixième position, alors qu'il l'est en cinquième dans le fichier élaboré par le PERNNS. Ce choix est le bon au vu des lésions décrites par le cinquième chiffre car elles sont, pour la classification des GHM. purement documentaires, alors que le caractère "ouvert" ou "fermé" est classant. Mettre cette information en dernière position. C'est obliger l'ensemble des "codeurs". quelle que soit leur discipline, à avoir l'information nécessaire au codage documentaire pour atteindre le niveau classant.
- la totalité d'une catégorie n'étant pas reprise dans cette extraction, le sens du code du libellé de type "autre" n'a pas le même sens que dans la CIM 10.
- la subdivision d'un code ne comprend pas la totalité de son contenu.

Evolution de la CIM

Le PERNNS a préconisé une modification nationale de la CIM 10 et ce choix a été confirmé par le Comité consultatif et l'Etat.

Au plan technique. les règles suivantes ont été préconisées

- a) Une extension respecte toujours la "racine CIM", c'est-à-dire les quatre caractères du code CIM d'origine (trois caractères s'il s'agit de catégories non subdivisées).
- b) Chaque fois que la CIM propose un "caractère supplémentaire facultatif" il en est fait un cinquième caractère.
- c) Dans les autres cas, il ne peut être créé d'extensions (cinquième et sixième caractères) qu'en réponse à des besoins clairement identifiés et fondés, en rapport avec :

- l'évolution de la classification des GHM (exemple CMD de l'infection par le VIH),
- des demandes émanant des sociétés savantes.

En ce qui concerne ces dernières des critères d'acceptation sont nécessaires :

- le code résultant doit pouvoir être utilisé dans tous les établissements, quels que soient leur statut et leur taille (universitaire ou non, public ou privé),
- s'il existe plusieurs sociétés savantes dans une spécialité, ou si

la modification concerne plusieurs disciplines (urologie et gynécologie par exemple), un accord sur le code étendu doit être obtenu.

Lorsqu'un double codage "†/*" est concerné, lequel des deux codes étendre ?

a) Les codes "†" (étiologiques) ?

on risque de créer de la confusion en raison de la priorité donnée aux codes "*" pour le PMSI,

- le sens des codes "†" ne permet souvent que des regroupements fondés sur la cause des maladies alors que ce sont en général les manifestations qui déterminent les soins,
- tant que le code "*" est en diagnostic principal en cas de double codage de celui-ci, de nombreuses modifications, faites pour l'amélioration de la classification, seront sans effet si la subdivision est réalisée au niveau du code "†".

b) Les codes "*" (de manifestation) ?

Ils sont peu nombreux (quatre vingt trois catégories) donc regroupants et peu précis. On accroîtrait leur précision en les subdivisant mais leur petit nombre limite les possibilités.

Faut-il conserver la règle de la priorité de l'astérisque sur la dague et sur lequel des deux axes faut-il faire porter les extensions des codes sachant que :

- l'appauvrissement de l'axe "*" dans la CIM 10 limite les possibilités d'évolution de la classification fondées sur lui,
- l'extension américaine de la CIM 10 qui intégreront les classifications de type DRGs privilégiera l'axe étiologique si la classification des GHM a vocation à accroître son autonomie elle ne doit pas s'interdire de bénéficier ou d'au moins pouvoir tester, les évolutions des classifications dont elle est issue,
- on peut se demander si la définition du DP ne remplace pas avantagement la règle applicable au double codage en étant aussi efficace pour décrire la prise en charge sans faire naître les incohérences décrites plus haut.

L'ajout d'un cinquième (ou sixième) caractère supprime-t-il l'utilisation du code "père" ?

Si on décide d'interdire l'utilisation d'un code "père" quand on crée des codes "fils", il faut que le niveau de subdivision créé soit autonome, c'est à dire que la ou les créations faites soient complétées par un .8 (autre affection) ou un .9 (sans précision) selon le sens du libellé "père". Dans tous les cas, ce dernier libellé est redondant avec le libellé "père", ce qui est une difficulté de gestion puisqu'on a deux libellés identiques (ou quasiment identiques hors contexte) avec deux codes différents.

Dans le cadre de l'ICD 9 CM. les codes "pères" sont systématiquement supprimés quand il y a création de codes "fils". Dans

le cadre de l'HCIMO. on constate que les créations spécifiquement "belges" ne sont pas complétées par un tel code, et que c'est le code "père" qui est utilisé en l'absence d'information permettant l'utiliser le code "fils".

La solution utilisée dans l'ICD 9 CM est la meilleure quand il s'agit de création destinées à l'amélioration de la classification des GHM, mais la solution HCIMO est plus adaptée aux créations demandées par les sociétés savantes quand l'objectif est documentaire. Il paraît en effet difficile d'obliger les codeurs d'une spécialité à utiliser le niveau le plus détaillé d'une discipline qui ne les concerne pas. Dans ce deuxième cas, on pourrait garder la rigueur d'un niveau autonome et permettre l'utilisation du code "père" dans les tables de la classification des GHM.

Dans la version 4 de cette classification. la possibilité d'utiliser le code "père" n'est pas une conséquence des subdivisions proposées, mais une possibilité offerte aux établissements qui ne peuvent utiliser la CIM 10 que sur un format de quatre caractères pour la saisie des codes.

Un dernier niveau classant devrait interdire toute utilisation du ou des codes "pères", alors qu'un dernier niveau documentaire permettrait d'utiliser le ou les codes pères.

Les arguments exposés ci-dessus ont fait l'objet de propositions au Comité consultatif du PERNNS qui a arrêté les règles suivantes :

- le PERNNS a la maîtrise des extensions concernant les cinquième et sixième positions,
- de façon générale. le cinquième caractère est réservé à l'amélioration de la classification et le sixième à la description à visée documentaire : si nécessaire. les deux sont à la disposition du PERNNS pour l'amélioration de la classification,
- pour les sociétés savantes qui souhaitent voir leurs demandes d'extension intégrées et diffusées. le PERNNS travaillera avec elles jusqu'à l'obtention d'un document validé,
- les positions situées au-delà du sixième caractère sont à la libre disposition des sociétés savantes.

1 Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé.

2 Organisation Mondiale de la Santé.

3 Groupes Homogènes de Malades.

4 Adaptation hospitalière de la Classification Internationale des Maladies et des Opérations.

5 Complications et Morbidités Associées.

6 Catégories Majeures de Diagnostic.

7 Virus de l'immunodéficience humaine.

