

Distr.
GÉNÉRALE

CES/AC.36/1998/13/Rev.1
EUR/ICP/INFO 020603/13
31 août 1998

FRANÇAIS
Original : ANGLAIS

COMMISSION DE STATISTIQUE et
COMMISSION ÉCONOMIQUE POUR L'EUROPE

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE

CONFÉRENCE DES STATISTICIENS EUROPÉENS

Réunion commune CEE/OMS sur les statistiques
de la santé
(Rome, Italie, 14-16 octobre 1998)

SESSION IV : Progrès réalisés en vue de l'application de la CIM-10

**HARMONISATION À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE - QUESTIONS À TRAITER
DANS LE CONTEXTE DES STATISTIQUES SUR LA MORTALITÉ ET LA MORBIDITÉ**

Centre collaborateur de l'OMS pour la Classification des maladies
dans les pays nordiques et Conseil national suédois de la santé :
communication sollicitée¹

L'harmonisation internationale des statistiques de la mortalité et de la morbidité peut être envisagée sous divers angles, par exemple l'importante contribution de la Classification internationale des maladies (CIM) comme point de départ des comparaisons à l'échelle internationales des statistiques de la mortalité et de la morbidité et de la recherche épidémiologique. Dans ce domaine de la recherche, il est fréquent et souvent nécessaire d'établir des comparaisons internationales. Il ne sera fait que brièvement mention d'un certain nombre d'autres questions qui se rattachent à l'harmonisation internationale des statistiques de la santé.

^{1/} Préparée par Björn Smedby, Kerstin Carsjö, Lars Age Johansson, Centre collaborateur de l'OMS pour la Classification des maladies dans les pays nordiques, et par Dag Swenson, Conseil national suédois de la santé.

La CIM - un moyen d'harmonisation important

L'historique de la Classification internationale des maladies (CIM) est impressionnant puisque ses origines remontent au XVIII^e siècle. En 1893, l'Institut international de statistique a officiellement adopté une nomenclature internationale des causes de décès pour procéder à des comparaisons internationales des statistiques de la mortalité. Cette nomenclature a fait régulièrement l'objet d'une révision tous les dix ans.

Alors que les premières révisions ne portaient que sur les causes de décès, la Sixième Révision, en 1948, a élargi la Classification aux maladies n'entraînant pas la mort. La CIM est devenue une classification statistique utilisée pour l'étude quantitative des maladies, des affections morbides connexes et des décès. Lorsqu'elle a été créée en 1948, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'est vu confier le soin de la développer, de la mettre à jour et de l'améliorer. C'est cette organisation qui a procédé aux cinq grandes révisions de la CIM, la dernière ayant été décidée en 1989 par la Conférence pour la Dixième Révision. La table analytique de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, qui en est le nom actuel, la CIM-10 en étant le titre abrégé, a été publiée en 1992 et l'index alphabétique en 1994 (1). La mise en application de la classification, qui a commencé en 1994, est toujours en cours.

Depuis que l'OMS s'est vu confier par sa constitution la responsabilité de la CIM, celle-ci a été acceptée presque partout dans le monde comme outil statistique classique indispensable aux niveaux international, national et local pour chiffrer les données relatives à la mortalité, à la morbidité et aux problèmes de santé connexes. Cette reconnaissance peut être considérée comme une réussite. La CIM est une composante essentielle des programmes statistiques et de plusieurs autres programmes de l'OMS aux niveaux mondial et régional. Les analyses épidémiologiques et statistiques, dont beaucoup sont largement tributaires des données relatives aux causes de décès, traumatismes et maladies calculées à partir de la CIM, contribuent dans une large mesure à l'observation et l'évaluation de la situation sanitaire mondiale et à l'élaboration de la stratégie de l'Organisation pour le siècle prochain.

De ce fait, l'utilisation de la CIM s'est développée dans le monde entier et, limitée à l'origine à la classification des causes de la mortalité, elle s'est étendue par la suite à l'indexation et la recherche des dossiers d'hospitalisation ainsi qu'à la réalisation d'études sur la morbidité en milieu hospitalier et au sein de la population en général, ce qui a entraîné une énorme augmentation du nombre des usagers. Grâce à cette large acceptation sur la scène internationale, la CIM est devenue un moyen d'harmonisation important.

Possibilité de mises à jour de la CIM

Une classification des maladies acceptée sur la scène internationale doit être suffisamment souple pour s'adapter à l'évolution des sciences médicales tout en demeurant stable et continue dans le temps. À cet effet, l'OMS s'est efforcée dans les premiers temps de réviser la classification tous les dix ans environ et de ne procéder à aucun changement entre deux révisions.

Cependant, lorsqu'elle a adopté la CIM-10, elle a opté pour un nouveau principe qui permettait une mise à jour continue de la CIM. Cette possibilité lui confère une plus grande souplesse mais risque d'accroître la complexité des comparaisons dans le temps.

Jusqu'à présent, le nouveau mécanisme de mise à jour a été relativement peu utilisé, et a surtout servi pour corriger des erreurs dans la version initiale de la CIM-10. L'OMS s'emploie actuellement à mettre au point une procédure de mise à jour et à définir des critères servant à déterminer le moment où des mises à jour se justifient. C'est elle qui est chargée de mettre en oeuvre cette procédure en coopération avec son réseau de centres collaborateurs pour la classification des maladies. Les centres sont au nombre de neuf et leurs attributions, pour ce qui concerne la CIM, sont déterminées en fonction de la langue utilisée ou de la zone géographique. Les chefs des centres collaborateurs se réunissent chaque année depuis plus de 25 ans pour donner à l'OMS des avis concernant les questions liées à la classification. Les suggestions de mise à jour de la CIM que pourraient proposer les responsables nationaux des statistiques de la santé doivent être transmises par l'intermédiaire des centres collaborateurs et faire l'objet d'un examen détaillé par une commission de référence des mises à jour nouvellement créée avant que les chefs des centres ne prennent une décision au moment de leur réunion. Les changements seront appliqués au niveau national dans les 15 mois suivant la décision prise à leur sujet.

Il est naturellement nécessaire de mettre au point un système de diffusion mondiale des décisions concernant les mises à jour de la classification. Les communications par courrier électronique offrent à cet égard de nouvelles possibilités et les mises à jour seront diffusées sur Internet ainsi que sur d'autres supports.

Il est trop tôt pour juger de l'importance de cette possibilité de mise à jour. En tout état de cause, elle permet d'espérer une adaptation plus souple de la CIM à l'évolution des sciences médicales. La crédibilité et l'acceptabilité de la CIM dans le milieu médical dépendent pour beaucoup de la capacité d'adaptation de la classification à l'évolution de la médecine. Il faudra cependant trouver un équilibre entre cette adaptabilité et la nécessité de préserver la stabilité statistique de la CIM.

Application uniforme des règles et règlements

Il importe de se conformer de très près à la structure de la CIM et aux précisions qui y sont données lorsque la version anglaise qui sert de référence est traduite dans d'autres langues, afin d'harmoniser l'utilisation de la CIM d'un pays à l'autre. Quelque 35 traductions dans une langue nationale ont été publiées à l'heure actuelle et il n'est pas rare, tant s'en faut, que les versions nationales s'écartent de l'original sur des points de détail.

Pour que les pays utilisent la classification de façon uniforme, il importe non seulement de se conformer aux précisions données dans la classification, mais aussi d'appliquer comme il convient les règles et recommandations énoncées pour l'utilisation de la CIM. Un certain nombre de

ces règles figurent dans la table analytique (volume 1) et l'index alphabétique (volume 3), mais c'est dans le volume 2 (1) que l'on trouve la plus grande partie des règles et recommandations concernant l'utilisation de la CIM pour l'établissement de statistiques de la mortalité et de la morbidité. Malheureusement, celles-ci n'apparaissent pas toujours dans les versions nationales.

S'agissant des statistiques de la mortalité, qui sont celles qui se prêtent le mieux aux comparaisons internationales, il est devenu de plus en plus évident que la principale menace qui pèse sur les possibilités de comparaison à l'échelle internationale tient aux différences d'application des règles énoncées dans la classification pour le choix de la cause initiale de décès.

Groupe de discussion par courrier électronique sur le codage des causes de la mortalité

En 1996, le Centre collaborateur de l'OMS pour la Classification des maladies dans les pays nordiques a pris la responsabilité d'encadrer un groupe de discussion par courrier électronique sur le codage des causes de la mortalité selon la CIM-10, qui a reçu par la suite le nom de Forum sur la mortalité (2).

Les questions en rapport avec l'utilisation de la CIM-10 dans le domaine de la mortalité sont adressées à l'animateur (Lars Age Johansson) qui les communique ensuite à tous les membres du groupe. Les observations et suggestions concernant le codage sont également adressées à l'animateur qui les met en forme et les transmet ensuite au Forum une fois par semaine. Toute la correspondance, accompagnée d'un index, peut également être consultée sur les pages d'accueil du National Centre for Health Statistics (NCHS) des États-Unis et du Centre collaborateur dans les pays nordiques.

Le Forum compte actuellement 70 membres environ, qui représentent 36 pays. Pendant les 18 premiers mois, il a reçu 134 questions et quelque 500 observations lui ont été adressées. À ce jour, une douzaine de pays participent activement au groupe de discussion. Chaque question est analysée en moyenne pendant six semaines.

Le Forum a examiné un large éventail de questions. La plupart se rapportent à l'application des règles de sélection et de modification pour le choix de la cause initiale de décès. Certaines portent sur les principes généraux qui sous-tendent l'utilisation de la CIM-10 et ne concernent pas spécifiquement le codage des causes de la mortalité : par exemple, comment utiliser le chapitre XVI (affections dont l'origine se situe dans la période périnatale) et comment interpréter des termes médicaux non précis tels que tumeur et immunosuppression. D'autres ont trait précisément aux règles et directives pour le codage des causes de la mortalité et consistent par exemple à demander ce qui constitue une "séquence tout à fait improbable" d'événements indiquée par le certificateur, ou quelles sont les conditions considérées par les codeurs comme étant mal définies, ou encore qu'elle est la raison d'être de certaines instructions de codage.

Pour le moins, le Forum sur la mortalité a clairement mis en relief la nécessité d'une coordination internationale des modes de codage. Les pays qui se flattent d'appliquer les instructions figurant dans la CIM établissent souvent eux aussi des codages très différents. À peu près la moitié des questions examinées en détail ont donné lieu à un large désaccord. Un certain nombre de problèmes n'ont pas nécessairement un grand retentissement sur la comparabilité internationale, mais il est encore arrivé à diverses reprises que l'on découvre des différences de codage qui risquent de mettre les épidémiologistes en grande difficulté, par exemple le codage du terme "tumeur" (qui peut influencer sur les statistiques de la mortalité par cancer) ou celui des complications du diabète et des maladies pulmonaires obstructives chroniques. Dans certains autres cas, les différences de codage peuvent entraîner des divergences notables, voire spectaculaires, dans les statistiques.

On peut distinguer, parmi ceux qui ont soumis des observations, deux modes d'application différents de la CIM et des classifications qui s'y rattachent : les uns les suivent "à la lettre" et les autres s'efforcent d'en respecter l'"esprit" en tentant de comprendre le sens des instructions données dans la CIM avant de procéder au codage. Les premiers produiront certainement des statistiques nationales plus homogènes, mais le codage devient extrêmement tributaire du libellé précis de la version anglaise de la CIM. Lorsqu'ils utilisent une traduction de la CIM-10, avec peut-être un index alphabétique qui n'est pas basé sur le volume 3 de la version anglaise, ils peuvent obtenir des résultats différents. Les seconds ne sont pas aussi tributaires d'un libellé précis mais, ainsi qu'il ressort des discussions, des pays différents peuvent arriver à des interprétations différentes. Il semble donc que la démarche suivie par les uns comme par les autres n'est pas idéale et qu'il est nécessaire de se mettre d'accord sur un type de compromis.

Un autre problème classique qui a également fait l'objet de discussions tient à la différence d'approche entre ceux qui codent en suivant les règles et ceux qui le font en fonction de leurs connaissances et de leur expérience médicales. Pour le nosologiste consciencieux, les arguments en faveur d'un codage fondé sur les connaissances ou l'expérience médicales sont tout à fait hors de propos. Il est impossible pour quiconque - nosologiste ou médecin - de connaître à fond tous les aspects de la médecine contemporaine, et le codage basé sur l'expérience médicale individuelle est inévitablement subjectif et ne peut que varier considérablement d'une personne à l'autre. Si l'on veut que les statistiques soient stables et comparables, il est donc préférable de procéder au codage en observant les règles de façon rigoureuse. Toutefois, il importe que les instructions en matière de codage reposent dans toute la mesure possible sur le consensus médical du moment. Si un trop grand écart apparaît entre l'opinion des médecins et les actes nosologiques, le risque est grand que la profession médicale finira par ne plus se fier aux statistiques de la mortalité.

Les membres du Forum se sont très vite déclarés préoccupés par le fait que le Forum ne prend aucune décision, puisqu'il notait simplement les différences, ou que les instructions de la CIM sur tel ou tel point nécessitent des éclaircissements. Ils ont donc proposé une façon de procéder

pour parvenir à un consensus international sur l'interprétation des instructions de la CIM, et les chefs de centre l'ont approuvée à leur réunion de 1997 à Copenhague (3).

C'est ainsi qu'a été créé un Groupe international de référence des causes de la mortalité composé de nosologues, de médecins expérimentés dans la classification statistique des décès, d'épidémiologistes, de statisticiens ayant l'expérience de la production des statistiques de la mortalité, d'analystes statistiques et de concepteurs de systèmes qui comprennent la portée des décisions pour le logiciel de codage automatisé. Le Groupe de référence des causes de la mortalité est chargé de prendre des décisions concernant l'interprétation et l'application de la CIM. Il note également les mises à jour (par exemple, éclaircissements, modifications, additions) à apporter éventuellement à la CIM et à son système de règles écrites et les propose à la Commission de référence des mises à jour. Celle-ci étudie les propositions de mise à jour concernant à la fois la mortalité et la morbidité et les présente ensuite à la réunion annuelle des chefs de centre.

Le Groupe de référence des causes de la mortalité pourrait faire le lien entre les tenants du respect de l'esprit et ceux de l'application à la lettre de même qu'entre les nosologues et les médecins, dans la mesure où il pourrait apprécier les arguments des tenants de l'application selon l'esprit et ceux du corps médical; toutefois, dès lors qu'une décision est prise, elle doit être appliquée au pied de la lettre. Ainsi donc, le Forum sur la mortalité et le Groupe de référence des causes de la mortalité pourraient en définitive contribuer très efficacement à l'harmonisation des statistiques de la mortalité.

Codage automatisé des certificats de décès

Le développement de l'informatique offre de nouvelles possibilités d'uniformiser le codage des causes de décès. Le premier logiciel qui a été disponible était le système américain ACME (Automated Classification of Medical Entities), mis au point par le National Center for Health Statistics (NCHS) à la fin des années 60. ACME constitue une réalisation d'importance majeure en informatique médicale.

Schématiquement, le système ACME a deux composantes, une logique qui applique les règles de sélection de la CIM aux certificats de décès, et de vastes bases de connaissances qui contiennent des informations sur les causes et complications de la plupart des affections qui peuvent figurer sur les certificats de décès, ainsi que sur les instructions de codage de la CIM pour telle ou telle cause particulière de décès. Le codeur inscrit un code de la CIM pour chaque affection indiquée sur le certificat de décès et précise également la ligne où elle est indiquée sur ce certificat. Le système ACME applique ensuite les règles de codage de la CIM et sélectionne la cause initiale de décès. Au cours d'une étape suivante, qui a pour nom TRANSAX (TRANSlation of medical AXis), les instructions de codage de la CIM sont appliquées à toutes les autres causes indiquées sur le certificat.

ACME et TRANSAX ont sans nul doute permis d'uniformiser la sélection de la cause initiale de décès, mais il n'en restait pas moins qu'il fallait toujours faire appel à des codeurs pour attribuer un code de la CIM à chaque affection; le coût du codage des causes de la mortalité était donc resté sensiblement le même. Dans les années 80, le NCHS a décidé de créer MICAR, logiciel qui attribue automatiquement des codes de la CIM à des phrases médicales figurant sur le certificat de décès. Si ACME et TRANSAX sont devenus de facto des normes internationales et constituent le noyau de la quasi-totalité des systèmes de codage automatisé actuellement utilisés, la plupart des autres pays ont ressenti le besoin de créer un logiciel pour remplacer ou compléter MICAR, en raison des différences de procédures administratives, et surtout de langue.

Les résultats obtenus avec le codage automatisé montrent qu'il produit des statistiques plus homogènes, et qu'il est à la fois réalisable et potentiellement rentable. Sa rentabilité dépend naturellement du coût relatif des dactylos et des codeurs. Le codage automatisé nécessite moins de codeurs, mais ceux auxquels il faut encore faire appel devront surtout traiter des cas compliqués. Les coûts de saisie des données augmenteront et risquent d'absorber les économies réalisées au stade du codage. Il s'agit là peut-être d'un problème en voie de disparition car beaucoup de pays pourraient bien finir par informatiser l'établissement des certificats de décès.

En Europe, l'Angleterre, la Catalogne, l'Écosse, la France, l'Italie, les Pays-Bas et la Suède utilisent ou sont en train de mettre au point des systèmes de codage automatisé. Plusieurs autres pays envisagent de le faire, d'autant plus que la CIM-10 est beaucoup plus complexe que les révisions précédentes et que le codage automatisé est considéré comme un moyen de surmonter plus facilement les difficultés. La Communauté européenne s'est elle aussi déclarée intéressée par le codage automatisé et un rapport sur la question a été présenté à Eurostat en juin 1998 (4). Ce rapport recommande d'utiliser le codage automatisé pour améliorer la comparabilité internationale des statistiques de la mortalité et, dans un souci de comparabilité, de coopérer étroitement avec d'autres pays pour élaborer des systèmes de codage en utilisant les bases de connaissances d'ACME et de TRANSAX.

Le NCHS a également pris une initiative importante en entreprenant en 1996 un effort de collaboration internationale (International Collaborative Effort project) concernant le codage automatisé (5). Cette initiative garantira la communication à l'échelle internationale d'informations en retour sur l'élaboration et l'exploitation en cours de versions de la CIM-10 de MICAR, d'ACME et de TRANSAX, y compris le contenu des bases de connaissances qui revêtent une importance capitale. Il ne fait aucun doute que cet effort renforcera leur statut de norme internationale.

Harmonisation du codage pour les statistiques de la morbidité

On s'est beaucoup moins employé jusqu'à présent à harmoniser les statistiques de la morbidité à l'échelle internationale qu'on ne l'a fait pour celles de la mortalité, et cela notamment parce que cette harmonisation posait de beaucoup plus grandes difficultés. On constate cependant un intérêt croissant pour les comparaisons entre pays des statistiques des sorties

d'hôpital ou d'autres activités hospitalières, par exemple. Pour analyser les activités hospitalières, il faut avant tout établir des règles bien précises pour le choix du diagnostic de l'affection principale.

La CIM-9 contenait, pour la première fois, des indications sur l'enregistrement et le codage des causes de la morbidité et, plus particulièrement, pour le choix d'une affection unique dans la présentation des statistiques de la morbidité. Les directives données dans la CIM-10 concernant le choix d'une affection principale en vue de l'analyse de l'affection unique par épisode de soins ont été explicitées en plus de détails encore. Les directives insistent aussi sur le fait qu'il faut, lorsque cela est possible, procéder au codage et à l'analyse des affections multiples pour compléter les statistiques courantes.

Le système de double codage pour l'étiologie et les manifestations (connu sous le nom de système de la dague et de l'astérisque), qui a été adopté dans la CIM-9, a fait l'objet de plusieurs critiques. Il a donc été revu et élaboré plus avant dans la CIM-10. Il semble clair, cependant, que les pays ne l'appliquent pas tous de la même façon dans leur version nationale de la CIM-10, ce qui ne fait qu'accroître naturellement les difficultés d'harmonisation, même si le système de la dague et de l'astérisque ne s'applique qu'à un nombre relativement limité de cas.

Plusieurs pays européens ont adopté, en y apportant des modifications tantôt mineures tantôt majeures, des systèmes de financement des services de santé inspirés ou à l'image du système américain des groupes homogènes de malades (GHM) pour regrouper les épisodes hospitaliers. Ces systèmes servent à la fois pour l'analyse des types de cas traités selon différents critères et pour le remboursement des frais d'hôpital. Selon toute probabilité, cette utilisation des statistiques hospitalières a surtout contribué à une plus grande homogénéité du codage entre les hôpitaux d'un même pays, mais il se pourrait également qu'elle ait jusqu'à un certain point favorisé une harmonisation à l'échelle internationale en raison de la large utilisation des GHM. Bien souvent, la "clinical Modification" de la CIM réalisée aux États-Unis (CIM-9-CM) est alors devenue la norme.

Il reste à voir quelles seront les répercussions du développement des GHM lorsque la CIM-10 sera appliquée aux États-Unis en l'an 2000. Dans l'intervalle, de nombreux pays européens auront appliqué la CIM-10 et auront été encouragés à créer leurs propres systèmes de financement des services de santé pour le classement des patients. C'est le cas en particulier des pays nordiques qui ont créé ensemble le système NordDRG basé sur le codage des diagnostics selon la CIM-10 et les codes des actes tirés d'une Classification des actes chirurgicaux établie de leur propre chef par les pays nordiques.

Il n'existe pas, dans le domaine des statistiques de la morbidité ou des statistiques hospitalières, de groupe international de discussion par courrier électronique, à l'exemple du Forum sur la mortalité dont il a été question plus haut. Des groupes nationaux ont été créés pour débattre des problèmes de codage des causes de la morbidité hospitalière et des applications des GHM aux États-Unis, en Australie et dans les pays nordiques. Il serait très utile que l'OMS et ses centres collaborateurs établissent, pour débattre des

questions de classement et de codage en rapport avec la morbidité, un réseau par courrier électronique similaire au Forum sur la mortalité. Toutefois, il se peut que cette tâche soit encore plus difficile car les différences d'application des règles d'un pays à l'autre sont peut-être encore plus grandes dans le domaine de la morbidité (voir plus haut).

Formation et matériel de formation

C'est aux États qu'il incombe traditionnellement de former des spécialistes du codage des causes de la mortalité et de la morbidité. Il existe cependant de grandes différences dans l'ampleur de la formation dispensée et dans le choix des groupes d'utilisateurs appelés à bénéficier de cette formation. Le codage des certificats de décès est centralisé dans la plupart des pays et nécessite donc relativement peu de codeurs. Par contre, le codage des observations cliniques inscrites dans les dossiers hospitaliers nécessite un bien plus grand nombre de personnes et mobilise également des professions différentes. Dans certains pays, les responsables de la tenue des dossier médicaux sont chargés d'établir des résumés des dossiers hospitaliers et de coder les observations cliniques, alors que dans d'autres ce type de codage incombe principalement au médecin traitant. Les possibilités de formation au codage offertes aux uns et aux autres sont très différentes.

La mise en application de la CIM-10 a incité l'OMS et divers centres collaborateurs à organiser un certain nombre de stages internationaux de formation au codage des causes de la mortalité et de la morbidité. Comme ces stages ont réuni des codeurs, des statisticiens et des médecins de différents pays, ils devraient favoriser une harmonisation à l'échelle internationale des applications de la CIM. L'idéal serait que des stages soient organisés non seulement au moment de la mise en application d'une nouvelle révision, mais aussi par la suite, lorsque l'on a acquis une certaine expérience du codage.

Les matériels de formation au codage des observations cliniques sont le plus souvent élaborés au niveau des pays, en raison de l'impératif de la langue (par exemple, 6, 7). Il importe naturellement que ces matériels soient aussi uniformes que possibles afin d'en améliorer la comparabilité à l'échelle internationale.

De nouvelles méthodes d'enseignement interactif sur ordinateur ont également été utilisées pour le codage selon la CIM; c'est le cas, par exemple de TENDON, programme d'enseignement interactif utilisé pour l'entraînement au codage des causes de la mortalité et de la morbidité selon la CIM-10 (8). TENDON, qui a été mis au point au Royaume-Uni, a été traduit par la suite en plusieurs langues, par exemple le français et le suédois. Une plus grande utilisation d'un matériel uniforme d'entraînement sur ordinateur pourrait contribuer très efficacement à améliorer l'harmonisation à l'échelle internationale.

Problèmes de continuité statistique dans l'utilisation de la CIM

Le passage d'une révision à une autre de la classification pose inévitablement de gros problèmes, et l'historique de la CIM indique différents moyens de les résoudre. Il convient tout particulièrement de noter que les

changements ont toujours été apportés par étapes et que la structure initiale de la classification globale est demeurée intacte. Le passage à la CIM-10 fait apparaître cependant une situation relativement nouvelle. La CIM-10 est la révision la plus détaillée, et les spécifications indiquées entraînent de profonds remaniements qui ont pratiquement doublé le nombre des groupes et des codes. Certains chapitres ont été restructurés de fond en comble et certaines parties ont été transférées d'un chapitre à l'autre. Au total, cette révision s'est traduite par de très grands changements par rapport à la CIM-9 et a posé des problèmes de continuité statistique et de comparabilité des données dans le temps qu'il a fallu résoudre.

De surcroît, l'application de la CIM-10 ne se fait pas simultanément dans tous les pays, mais s'étale sur une période relativement longue : déjà utilisée par certains pays en 1994 pour le codage des causes de la mortalité, cette classification ne devrait l'être totalement et par tous les pays qu'aux environs de 2005. L'emploi simultané de la CIM-9 et de la CIM-10 pendant une période pouvant aller jusqu'à 10 ans pose de grands problèmes de comparabilité des statistiques au niveau international.

L'une des méthodes classiques pour analyser les effets d'un changement de classification consiste à effectuer ce que l'on appelle un "codage relais" : le même matériel de base (certificats de décès ou condensés des dossiers de sortie d'hôpital) est codé deux fois, tout d'abord selon l'ancienne révision puis, de façon distincte, selon la nouvelle révision. En comparant les résultats obtenus dans les tableaux statistiques par chapitre ou autres grands groupes, voire pour certains diagnostics, on peut se faire une idée de l'importance statistique des changements eux-mêmes. On peut alors calculer des facteurs de correction et les utiliser pour contrebalancer le changement de classification lorsque l'on compare des statistiques établies à partir de données codées selon différentes révisions.

Les changements de classification précédents ont fait l'objet d'un certain nombre d'études et il est prévu de faire de même pour analyser également l'effet du passage à la CIM-10 (9-11). Cette méthode a l'avantage de tenir compte non seulement des changements intervenus dans la classification elle-même mais aussi de ceux introduits dans les règles d'application. C'est là cependant une tâche de longue haleine et qui absorbe beaucoup de ressources, et il n'est pas certain que les résultats d'une étude du codage relais réalisée dans un pays puissent s'appliquer à un autre pays en raison des différences d'application des règles et directives d'un pays à l'autre.

Utilisation de tables d'équivalence

Comme la documentation médicale est aujourd'hui très informatisée et stockée dans des bases de données agencées longitudinalement, on recherche les moyens de surmonter les problèmes de ruptures de continuité. Les services de statistiques de la santé reçoivent souvent des demandes d'utilisateurs à la recherche de méthodes informatisées qui convertissent automatiquement toutes les informations précédemment enregistrées en fonction des codes de la nouvelle classification, ou encore des méthodes qui permettent éventuellement de coder aussi les nouvelles informations selon l'ancienne classification.

C'est pourquoi, l'établissement sous une forme ou sous une autre de tables de correspondance suscite beaucoup d'intérêt et d'anticipations, mais souvent de façon tout à fait irréaliste.

Au moment des changements précédents de classification, l'OMS a publié des tables dites d'équivalence entre les deux séries de codes. Au début de 1998, elle a également diffusé une série de disquettes contenant les fichiers de codes et un programme de présentation dénommé convertisseur (12). Les fichiers, établis à partir de travaux antérieurs du Centre collaborateur du Royaume-Uni (13), comprennent des tables d'équivalence au niveau de détail le plus poussé entre la CIM-9 et la CIM-10, et vice versa. Par exemple, ils présentent pour chacun des codes de la CIM-9 tous les codes de la CIM-10 qui lui correspondent en totalité ou en partie, avec un code relationnel. Celui-ci indique s'il s'agit d'une relation de code unique à code unique, de code unique à codes multiples, de codes multiples à code unique ou de codes multiples à codes multiples. Certains codes de la CIM-10 correspondent à de nouvelles affections qui n'apparaissaient pas dans la CIM-9. Par ailleurs, le développement du système de la dague et de l'astérisque a entraîné l'apparition dans la CIM-10 d'un certain nombre de codes avec astérisque pour lesquels il n'existe pas de codes correspondants dans la CIM-9.

Les tables d'équivalence peuvent être très utiles pour les chercheurs qui veulent connaître avec exactitude les changements éventuellement apportés au codage d'une affection particulière dont ils veulent suivre la manifestation dans le temps. Cela dit, les tables ne permettent pas de résoudre facilement les problèmes statistiques concrets qui accompagnent une comparaison entre deux classifications, et leur utilisation exige une connaissance approfondie des deux classifications. Comme indiqué plus haut, les tables d'équivalence ne font pas ressortir les conséquences des changements introduits dans les règles de sélection et de modification.

Les tables d'équivalence pourraient peut-être servir aussi à établir d'une manière ou d'une autre des tables de correspondance qui indiqueraient le code équivalent le plus probable ou le plus fréquent lorsque la table d'équivalence indique plusieurs codes possibles. Cette table de correspondance ne pourrait naturellement donner que des indications approximatives, ce qui doit être signalé aux utilisateurs. Le problème cependant tient au fait que les utilisateurs ne tiennent généralement pas compte des réserves ainsi exprimées. Les pays qui ont essayé d'appliquer des GHM établis sur la base de la CIM-9-CM aux données codées selon la CIM-10 ont acquis une certaine expérience dans l'utilisation de ces tables de correspondance.

Listes abrégées pour la mise en tableaux

Pour les analyses statistiques, il est nécessaire le plus souvent de disposer sous une forme ou sous une autre d'une liste abrégée pour la mise en tableaux, et des listes ont été présentées avec chaque révision de la CIM, aux fins des comparaisons internationales. Par contre, il n'existe pas de continuité entre les listes correspondant à différentes révisions car elles sont souvent établies en fonction de la nouvelle révision uniquement et des considérations épidémiologiques du moment. Il devrait être possible également

d'établir des listes abrégées qui permettraient jusqu'à un certain point de comparer les données malgré les changements de classification.

Le Comité nordique de statistique médicale (NOMESCO) publie chaque année des statistiques de la santé des pays nordiques. Pour pouvoir effectuer des comparaisons entre ces pays, le NOMESCO a mis au point une liste abrégée des causes de la mortalité, qui comprend 52 groupes. Cette liste a été établie au regard de la CIM-8, de la CIM-9 et de la CIM-10, ainsi que d'une liste européenne correspondante mise au point par EUROSTAT. Dans sa dernière publication, le NOMESCO a utilisé une liste abrégée des causes de la morbidité en milieu hospitalier (60 groupes), établie en relation avec la CIM-9 et la CIM-10 (14).

Ces listes abrégées qui devaient servir pour des comparaisons entre les pays nordiques ont été très utiles dans la pratique car ces pays n'ont pas appliqué la CIM-10 en même temps. De plus, ils utilisent des listes abrégées pour maintenir une continuité dans leurs statistiques nationales. C'est le cas par exemple de la Suède qui a établi une liste pour la mise en tableaux des causes de la morbidité en milieu hospitalier; cette liste comprend 19 groupes de diagnostics définis selon la CIM-7, la CIM-8 et la CIM-9.

Certes, la comparabilité n'est pas parfaite mais ces listes se sont révélées utiles dans la pratique. Cela étant, un codage relais n'en serait pas moins nécessaire pour analyser plus exactement la qualité de la correspondance.

Ainsi, l'établissement de listes abrégées pour la mise en tableaux a surtout été axé jusqu'à présent sur la définition de groupes de diagnostics du point de vue épidémiologique, au détriment de la recherche d'une comparabilité réalisable dans la pratique. Il serait urgent, considérant la longue période de transition entre la CIM-9 et la CIM-10, de mettre au point des listes internationales abrégées pour la mise en tableaux qui optimisent les possibilités de comparaison entre les données codées selon la CIM-9 et la CIM-10. Cela signifie probablement qu'il faudra abandonner l'idée d'une couverture complète et se concentrer sur un nombre limité de groupes qui présentent un grand intérêt et que l'on peut arriver jusqu'à un certain point à comparer. Ces listes pourraient être dénommées listes abrégées coordonnées de mise en tableaux. Il semble que ce soit là une tâche importante pour l'OMS qui ne peut pas vraiment continuer à publier en parallèle, dans l'Annuaire de statistiques sanitaires mondiales, des statistiques de la mortalité de différents pays selon la CIM-9 et la CIM-10, alors que les séries ne sont pas comparables.

Autres classifications relatives à la santé

Il faudrait également s'efforcer d'harmoniser les statistiques des causes de la morbidité à partir de classifications relatives à la santé autres que la CIM, par exemple les classifications des actes thérapeutiques, diagnostiques et autres en médecine. L'OMS a publié en 1978 la Classification internationale des actes médicaux (CIAM) (15), qui n'a été adoptée que par quelques pays et n'a jamais été révisée.

De nombreux pays ou groupes de pays, par exemple celui des pays nordiques, ont mis au point ou récemment révisé leur propre classification des actes chirurgicaux et autres actes (par exemple, 16). On a donc estimé qu'il n'était ni utile ni possible que l'OMS établisse une nouvelle classification internationale des actes médicaux. Elle devrait néanmoins continuer de servir de centre d'échange d'informations sur les classifications nationales existantes des actes. L'une des tâches importantes de l'OMS et de ses centres collaborateurs devrait être d'établir une liste abrégée internationale pour la mise en tableaux qui reprendrait les actes communs importants. Cette liste ne doit pas nécessairement être exhaustive ni comprendre tous les actes chirurgicaux. Il sera par ailleurs nécessaire pour ce faire de procéder à un certain travail de taxonomie afin de définir cette liste par rapport aux classifications des actes qui existent déjà.

Les actes chirurgicaux et certains actes médicaux sont, en plus des diagnostics, des caractéristiques importantes pour les systèmes de classement des patients tels que les GHM. Les difficultés rencontrées pour que les systèmes d'analyse des types de cas traités selon différents critères soient comparables au niveau international sont dues jusqu'à un certain point à l'absence de classification des actes généralement acceptée.

Autres questions et observations finales

La question de l'harmonisation internationale peut être placée dans une perspective beaucoup plus large que l'optique généralement adoptée dans la présente communication à l'égard des classifications. Les méthodes de codification des tranches d'âge sont un point à considérer. Il est arrivé parfois, lorsque l'on publiait des statistiques internationales de la mortalité, que les méthodes de codification utilisées n'aient pas été clairement exposées. Il est également arrivé que l'on ait modifié prématurément les populations standard, ce qui a gêné les comparaisons dans le temps.

Le meilleur moyen de venir à bout de ces difficultés est peut-être de publier des données élémentaires en utilisant des tranches d'âge suffisamment détaillées. De la sorte, les utilisateurs peuvent procéder à leur propre codification en fonction des comparaisons souhaitées. Cette mise en tableaux détaillée devrait venir s'ajouter à la publication de données codifiées, et il faudrait que la méthode retenue soit clairement exposée. Cela ne devrait pas être trop laborieux dès lors qu'il est possible de compléter les publications traditionnelles par des possibilités d'accès informatisé.

La présente communication met en relief l'importance de la CIM et d'autres classifications relatives à la santé comme moyen d'harmonisation des statistiques de la mortalité et de la morbidité. L'un des points importants qu'elle met en relief est la nécessité d'étudier et de comprendre l'influence que des divergences dans l'application de la classification peuvent exercer sur la comparabilité internationale. Un autre est la nécessité de faciliter le passage de la CIM-9 à la CIM-10. Des exemples ont été donnés concernant les moyens de surmonter les difficultés ou de les atténuer dans ces deux domaines. La communication indique également des moyens d'améliorer la comparabilité des statistiques de la santé à l'échelle internationale.

Références

1. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision. Organisation mondiale de la santé, Genève, 1992-1994.

Volume 1. Table analytique (1992)
Volume 2. Manuel d'utilisation (1993)
Volume 3. Index alphabétique (1994)
2. Experiences from an Electronic Newsgroup on ICD-10 Mortality Coding and Suggestions for a Nosology Reference Group par Lars Age Johansson, Centre collaborateur de l'OMS pour la classification des maladies dans les pays nordiques, et Janet Hagey, Statistics Canada. Communication présentée à la réunion des chefs des centres collaborateurs de l'OMS pour la classification des maladies, Copenhague, 1997. (WHO/HST/ICD/C/97.27).
3. Report of the Meeting of Heads of WHO Collaborating Centres for the Classification of Diseases, Copenhague, Danemark, 14-20 octobre 1997. (WHO/HST/ICD/C/97.65).
4. Coding of causes of death in the European Community. EUROSTAT, document inédit, juin 1998. (Project 96/S 99-57617/EN - Lot 11).
5. International Collaborative Effort (ICE) on Automating Mortality Statistics, Centre collaborateur de l'OMS pour la classification des maladies en Amérique du Nord. Communication présentée à la réunion des chefs des centres collaborateurs de l'OMS pour la classification des maladies, Copenhague, 1997. (WHO/HST/ICD/C/97.31).
6. Clinical Coding Instruction Manual ICD-10 & OPCS-4. Accurate data for quality information. Information Management Group, NHS Executive, décembre 1994.
7. Meads, M. S. & Brown, F.: ICD-10 Coding Fundamentals. A comprehensive Coding Guide for Healthcare Professionals. Practice Management Information Cooperation (PIMC), Los Angeles, 1997.
8. TENDON. ICD-10 Computer Based Training. Basic training in ICD-10 and reorientation for coders familiar with ICD-9. Produit par le Centre collaborateur de l'OMS pour la classification internationale des maladies à Londres. Office of Population Censuses & Surveys (OPCS), Londres, 1994.
9. Bridge Studies of Mortality Statistics in the Nordic Countries, par le Centre collaborateur de l'OMS pour la classification des maladies dans les pays nordiques, en collaboration avec Statistics Finland et Statistics Sweden. Communication présentée à la réunion des chefs des centres collaborateurs de l'OMS pour la classification des maladies, Washington, D.C., 1993. (SES/ICD/C/93.19).

10. Bridge Coding Between ICD-9 and ICD-10 on 5183 Cases. - Analysis by Chapter, par Gérard Pavillon, Jean Boileau et Françoise Hatton, Centre collaborateur de l'OMS pour la classification des maladies en français, Paris. Communication présentée à la réunion des chefs collaborateurs de l'OMS pour la classification des maladies, Tokyo, 1996. (WHO/HST/ICD/C/96.30).
11. ONS Bridge Coding Study of the Change from ICD-9 to ICD-10 for Mortality Data in England and Wales par le Dr Cleo Rooney, Office for National Statistics, Angleterre. Communication présentée à la réunion des chefs des centres collaborateurs de l'OMS pour la classification des maladies, Copenhague, 1997 (WHO/HST/IDC/C/97.50).
12. Convertisseur. Neuvième et dixième révisions. Guide d'utilisation de tableaux électroniques (5 disquettes). Classification internationale des maladies. Organisation mondiale de la santé, Genève, 1997. (WHO/HST/96.9).
13. A Guide to the use of Tables of Equivalence between ICD-9 and ICD-10. Information Management Group, NHS Centre for Coding and Classification, Loughborough, Angleterre, 1995.
14. Health Statistics in the Nordic Countries 1996. Comité nordique de statistique médicale, Copenhague, 1998 (publication 50:1998 du NOMESCO).
15. Classification internationale des actes médicaux. Organisation mondiale de la santé, Genève, 1978.
16. Classification of Surgical Procedures. Comité nordique de statistique médicale, Copenhague, 1996 (publication 46:1996 du NOMESCO).
