



***GUIDE D'ÉLABORATION ET DE VALIDATION
DES THÉSAURUS DE DIAGNOSTICS DE
SPÉCIALITÉ***

POUR L'UTILISATION DANS LE PMSI

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION

MAI 2006

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	5
1.1. Historique.....	5
1.2. Limites	5
1.3. Objectifs.....	6
2. QUELQUES DÉFINITIONS UTILES À LA COMPRÉHENSION DU GUIDE.....	7
3. QUELQUES NOTIONS FONDAMENTALES	11
3.1. La perte du contexte.....	11
3.2. Compatibilité des libellés du thésaurus avec la classification de référence.....	13
➤ Compatibilité des axes de description.....	13
➤ Granularité, ou niveau de précision.....	14
➤ L'impossible clôture du domaine.....	15
4. QUELQUES CONSEILS POUR CONSTRUIRE UN THÉSAURUS DE SPÉCIALITÉ	17
4.1. Avant toutes choses.....	17
➤ S'assurer que l'activité de la discipline est bien compatible avec un thésaurus de spécialité.....	17
➤ Définir les objectifs poursuivis.....	17
➤ Fixer <i>a priori</i> la granularité.....	17
➤ Disposer des ressources nécessaires.....	18
➤ Choix techniques.....	18
4.2. Établir le contenu.....	18
➤ Quels libellés (ou descriptions) doit-on trouver dans un thésaurus de spécialité ?.....	18
➤ Comment procéder à la sélection des libellés ?.....	19
➤ Comment introduire des descriptions plus précises que celles de la CIM-10 ?.....	20
4.3. Associer les codes aux libellés.....	21
➤ Quels codes utiliser pour repérer les items du thésaurus ?.....	21
➤ Que faire si le classement d'une affection par la CIM-10 paraît inexact aux yeux de la spécialité ?.....	22
4.4. Structurer le thésaurus	22
➤ Comment structurer le thésaurus ?.....	22
➤ Quels types de notes doit-on trouver dans un thésaurus ?.....	23
➤ Doit-on proposer des indications de hiérarchisation dans le thésaurus ?.....	23
4.5. Pour conclure, les annexes	24
➤ Quelles informations utiles au codage ou à l'utilisation du thésaurus doit-on (ou peut-on) trouver en marge de la partie proprement descriptive (libellés) ?.....	24
4.6. Divers	25
➤ Les mises à jour.....	25
➤ Le fichier informatique.....	25

5. QUELQUES PROBLÈMES SPÉCIFIQUES	27
5.1. Codes de spécialité et indexation	27
5.2. Les codages combinatoires.....	28
5.3. Codes dague et codes astérisque.....	29
5.4. Gestion des entrées multiples ou doublons.....	30
5.5. Quelques repères pour la création de libellés.....	30
➤ Les significations.....	30
➤ La forme.....	31
5.6. Niveau de précision.....	32
5.7. Comment intégrer dans un thésaurus des syndromes non décrits dans la CIM-10 ?	32
5.8. Comment intégrer dans un thésaurus des informations qui ne font pas partie du champ du PMSI ?	33
5.9. Les libellés de type "Autres" doivent être proscrits	33
5.10. Gestion des exclusions	34
5.11. Pourquoi les axes de description doivent-ils s'exclure mutuellement ?	36
6. LA VALIDATION PAR L'ATIH	39
6.1. Types et conséquences de la validation	39
6.2. Pérennité de la validation.....	39
6.3. Éléments à vérifier.....	39
➤ Le contenu.....	39
➤ Les annexes	40
➤ La forme	40
➤ Le sens.....	41
➤ Le codage	41
7. CONCLUSION.....	43

1. INTRODUCTION

1.1. Historique

Très tôt dans l'histoire du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), les thésaurus de diagnostics élaborés par les services ont constitué une alternative à l'utilisation d'une Classification internationale des maladies (CIM) jugée tout à la fois trop complexe et insuffisamment détaillée.

En effet, dans une configuration de codage décentralisé où le clinicien doit lui-même assurer le codage du séjour qu'il a pris en charge, il est vite apparu assez peu réaliste d'exiger en plus qu'il procède au lourd investissement qu'exige la maîtrise de cet outil destiné principalement aux professionnels du codage. Il a alors semblé légitime d'opérer, parmi les milliers de descriptions que compte la CIM, une sélection des seules affections les plus fréquemment rencontrées dans le cadre de son exercice habituel.

Par ailleurs, de par sa vocation internationale et universelle, la CIM ne peut satisfaire simultanément à tous les objectifs ou centres d'intérêt parfois très spécifiques poursuivis par les cliniciens ou les services. C'est pour remédier à cet inconvénient qu'il a été imaginé d'enrichir le recueil d'information de descriptions plus précises que celles proposées par la CIM, mais permettant néanmoins de réaliser un codage satisfaisant aux obligations réglementaires.

Enfin, l'idée de définir un langage commun à une discipline pour le recueil de l'information médicale s'est imposée aux sociétés savantes et a conduit à l'émergence du concept de thésaurus de spécialité. Ce langage commun, garant d'une homogénéité tant dans la compréhension que dans l'utilisation des libellés, aurait pour avantage la faisabilité et la validité de traitements à l'échelle nationale d'informations propres à la discipline.

Vu sous l'angle fonctionnel, un thésaurus de spécialité est donc un outil destiné à garantir des libellés non ambigus et compréhensibles par tous au sein d'une même discipline, offrir des descriptions répondant aux objectifs communs définis par la discipline et enfin simplifier le travail de codage tout en autorisant un niveau de qualité conforme aux exigences du PMSI.

1.2. Limites

Le PMSI, conçu initialement comme un outil à finalité médicoéconomique, impose sa propre logique notamment au travers de règles de production de l'information. Cependant, les cliniciens peuvent aussi souhaiter utiliser cette information pour poursuivre des objectifs épidémiologiques ou encore procéder à l'évaluation de leur activité. Il est désormais classique de reconnaître que certains de ces objectifs peuvent être contradictoires ou incompatibles entre eux. Le thésaurus, en tant qu'il définit *a priori* toutes les situations possibles, sera le lieu qui cristallisera et permettra l'expression de ces difficultés. Coincé entre une limite théorique et une nécessité d'exister, cet outil est voué à constituer un moyen terme toujours à la recherche d'une impossible perfection.

La complexité de la CIM tient pour une part dans le nombre important de descriptions mais aussi et surtout dans sa structure (organisation, inclusions et exclusions), laquelle participe à la cohérence générale de l'outil. Non seulement un thésaurus réduit de façon drastique le nombre de descriptions, mais de plus il s'affranchit totalement de la structure de classification rendant la cohérence générale difficile, voire parfois impossible. En d'autres termes et par définition, tout codage par un thésaurus est potentiellement, et à des degrés divers, générateur de défaut de qualité de codage.

1.3. Objectifs

Si le thésaurus de spécialité fait désormais partie du paysage de l'information médicale, il n'en demeure pas moins un outil difficile à façonner et parfois même à utiliser. Aussi a-t-il paru intéressant de rassembler et formaliser dans un même ouvrage les connaissances acquises au cours de ces dix dernières années, tant sur les thésaurus en général que sur leurs modalités d'élaboration ou de validation. Faciliter le travail des sociétés savantes qui souhaiteraient construire un thésaurus et proposer des procédures de validation, tels sont les deux objectifs avoués de ce guide.

2. QUELQUES DÉFINITIONS UTILES À LA COMPRÉHENSION DU GUIDE

CIM

Ce sigle désigne la *Classification internationale des maladies*, dénomination courante de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*.

Élaborée et diffusée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), elle en est actuellement à sa 10^{ème} révision (CIM-10). Elle comporte trois volumes :

- le premier volume, dit "analytique", constitue la classification proprement dite. Il contient l'ensemble des codes classés par chapitre, ainsi que de nombreuses notes d'inclusion et d'exclusion. C'est l'ouvrage de référence pour le classement.
- le second volume correspond au manuel d'utilisation de la CIM-10.
- le troisième volume est un index alphabétique destiné à faciliter la recherche des codes. Il doit être utilisé conjointement avec le volume analytique pour le choix du codage exact.

Chapitres et souschapitres de la CIM-10

Le volume analytique de la CIM-10 est divisé en 21 chapitres ; on en trouve la liste à la page III du volume 1. Chaque chapitre est lui-même réparti en souschapitres ou groupes (dénommés également blocs dans le volume 2) dont la liste est donnée en tête de chaque chapitre.

Exemple de structure d'un chapitre

Le chapitre IX : *Maladies de l'appareil circulatoire*, qui contient les catégories I00 à I99 est structuré en 10 souschapitres ou groupes :

- I00-I02 Rhumatisme articulaire aigu
- I05-I09 Cardiopathies rhumatismales chroniques
- I10-I15 Maladies hypertensives
- I20-I25 Cardiopathies ischémiques
- I26-I28 Affections cardiopulmonaires et maladies de la circulation pulmonaire
- I30-I52 Autres formes de cardiopathies
- I60-I69 Maladies cérébrovasculaires
- I70-I79 Maladies des artères, artérioles et capillaires
- I80-I89 Maladies des veines, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, non classées ailleurs
- I95-I99 Troubles autres et non précisés de l'appareil circulatoire

Catégories et souscatégories

Une catégorie est repérée par un code à trois caractères. Elle ne doit pas être utilisée pour le codage dans le PMSI, sauf si elle ne contient aucune souscatégorie (cf. exemple ci-dessous).

La souscatégorie repérée par un code à quatre caractères constitue le niveau habituellement utilisé pour le codage dans le PMSI.

Exemple de catégories, souscatégories et notes

<u>Catégorie</u> →	I47	Tachycardie paroxystique
<u>Note d'exclusion</u> →		<i>A l'exclusion de:</i> compliquant: <ul style="list-style-type: none">. acte de chirurgie obstétricale ou acte à visée diagnostique et thérapeutique (O75.4). avortement, grossesse extra-utérine ou molaire (O00-O07, O08.8)tachycardie SAI (R00.0)
<u>Souscatégorie</u> →	I47.0	Arythmie ventriculaire de réentrée
<u>Souscatégorie</u> →	I47.1	Tachycardie supraventriculaire
<u>Note d'inclusion</u> →		Tachycardie paroxystique: <ul style="list-style-type: none">. atriale. auriculoventriculaire [AV]. jonctionnelle. nodale
<u>Souscatégorie</u> →	I47.2	Tachycardie ventriculaire
<u>Souscatégorie</u> →	I47.9	Tachycardie paroxystique, sans précision
<u>Note d'inclusion</u> →		Syndrome de Bouveret(-Hoffmann)
<u>Catégorie</u> →	I48	Fibrillation et flutter auriculaires

Codes utilisables dans le cadre du PMSI

Codes autorisés pour le codage dans le PMSI :

I47.0, I47.1, I47.2, I47.9 (codes de souscatégories)

I48 (code de catégorie, parce qu'il n'existe pas de souscatégorie associée)

Code non autorisé pour le codage dans le PMSI :

I47 (code de catégorie subdivisée en souscatégories)

Dague - astérisque

Certaines affections peuvent être décrites dans la CIM-10 à la fois du point de vue de l'étiologie et celui de la manifestation. Elles apparaissent alors dans deux chapitres distincts avec des codes différents.

Les codes qui représentent le versant étiologique sont repérés par le signe "†" (dague), les codes manifestation, par le signe "*" (astérisque).

Dans le cadre du PMSI, et lorsqu'il y a lieu, les deux codes doivent être mentionnés dans le résumé : il convient d'en tenir compte lors de la constitution du thésaurus. Il est rappelé que, selon les règles actuelles du PMSI, le code "*" est prioritaire sur le code "†" pour le codage du diagnostic principal.

La liste des catégories comprenant des astérisques est donnée en tête de chaque chapitre.

Extensions de la CIM-10 pour le PMSI

Pour les besoins du PMSI, le PERNNS puis l'ATIH ont été conduits à créer de nouveaux codes de diagnostic appelés "Codes CIM-10 étendus".

Ces codes doivent être pris en compte lors de la constitution du thésaurus. On en trouvera la liste sur le site de l'ATIH (<http://www.atih.sante.fr>), à la rubrique "Codes CIM-10 étendus".

Leur construction répond à un formalisme particulier :

- ils sont toujours dérivés d'un code existant dans la CIM-10,
- l'extension créée porte toujours sur les 5^{ème} et/ou 6^{ème} positions,
- pour certains codes, la 4^{ème} ou 5^{ème} position est occupée par le signe "+" (plus). Ce formalisme répond à une fonction bien particulière et doit être respecté.

Exemple de codes étendus de la CIM-10

Code de la CIM-10

J96.1 Insuffisance respiratoire chronique

Codes étendus construits sur la racine J96.1

J96.1+0 Insuffisance respiratoire chronique obstructive

J96.1+1 Insuffisance respiratoire chronique restrictive

La « racine » sur laquelle sont construites les extensions est dite « code-père » ; les codes créés par extension sont nommés « codes-fils ».

Bien que le point fasse partie du code, il ne doit pas être saisi dans le bordereau de recueil pour le PMSI ; de plus, il n'est pas pris en compte dans le calcul des positions.

[Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique](#)

Document publié au Bulletin officiel accessible sur le site de l'ATIH, il fournit aux utilisateurs les consignes pour le recueil d'informations dans le PMSI : modalités de remplissage des résumés d'unité médicale (RUM) constitutifs du résumé standardisé de sortie (RSS), règles de hiérarchisation entre les diagnostics organisant le choix entre diagnostic principal (DP), diagnostic associé significatif (DAS) et diagnostic associé documentaire (DAD), voire diagnostic relié (DR), solutions à certaines particularités de codage.

[Manuel des groupes homogènes de malades](#)

Ce document en 3 volumes expose les modalités de traitement des informations recueillies selon le processus décrit ci-dessus. Chaque séjour intrahospitalier d'un patient peut ainsi être valorisé en fonction du groupe homogène de malades (GHM) dans lequel il est classé ; il est déterminé selon certains paramètres tenant, en particulier, à la nature du DP et des actes pratiqués, et à la lourdeur particulière d'affections signalées en DAD si elles appartiennent à l'une des listes de complications ou morbidités associées (CMA).

3. QUELQUES NOTIONS FONDAMENTALES

Un thésaurus de spécialité consiste pour l'essentiel en une collection de libellés codés en CIM-10. Ces libellés représentent principalement les maladies, signes et symptômes habituellement rencontrés dans le cadre de l'exercice de la spécialité ; dans une certaine mesure, ils décrivent aussi des motifs de prise en charge ainsi que des informations connexes parfois utiles au codage du RUM. L'ensemble de ces descriptions doit s'inscrire dans une structure cohérente et systématisée contenant notamment des indications et des informations diverses destinées à faciliter la compréhension et l'utilisation de l'outil.

On notera qu'il n'existe pas de modèle standard ou réglementaire en matière de thésaurus : chaque spécialité est libre de construire l'outil qui lui semblera le plus approprié à la seule condition cependant que, pour toute affection prise en charge par la spécialité, le codage réalisé à travers le thésaurus soit identique à celui qu'on aurait obtenu en utilisant directement la CIM-10. L'objet de la validation est de s'assurer que cette dernière condition est réalisée au mieux, compte tenu de l'ensemble des contraintes qui s'exercent.

Des nombreuses difficultés qu'on est amené à rencontrer lors de la réalisation d'un thésaurus de spécialité, trois méritent un examen tout particulier.

3.1. La perte du contexte

Le passage d'une structure de classification (CIM-10) à une collection d'items (thésaurus) représentant des maladies s'accompagne de la perte des informations contextuelles.

La CIM-10 est une classification. Chaque classe est représentée formellement par un code et définie conjointement par le libellé, les critères d'inclusion, les critères d'exclusion, ainsi que par les propriétés héritées des classes de niveau hiérarchique supérieur. Aussi la signification de l'information portée par un code CIM-10 n'est ni élémentaire, ni localisée en un seul endroit mais doit être reconstituée à partir d'éléments divers et épars.

Dans un thésaurus au contraire, chaque entité est entièrement caractérisée par son libellé. Ainsi, pour affecter un code CIM-10 à un item du thésaurus, il est indispensable que ce dernier contienne toutes les informations nécessaires à un classement CIM-10 non ambigu. Or cette contrainte est fréquemment impossible à assumer en ce sens qu'elle entraînerait la création de libellés excessivement lourds et complexes, incompatibles avec les objectifs initiaux du thésaurus.

Aussi est-il parfois nécessaire d'introduire dans le thésaurus une notion de contexte comme élément participant à la signification de certains items. Ce contexte pourra, selon les cas, être explicité dans le libellé, s'appuyer sur la structure, voire être totalement implicite. Toute la difficulté réside alors dans l'appréciation de la nécessité qu'il y a de préciser le contexte et de quelle manière afin d'éviter les ambiguïtés, sans toutefois trop alourdir le thésaurus.

Voici des exemples pour illustrer ce problème.

❖ Recours au contexte implicite :

On désire introduire dans le thésaurus l'item "*HTA essentielle primitive*" pointant vers le code I10 de la CIM-10.

Or, il existe dans la CIM-10 à côté de I10 Hypertension essentielle (primitive) des codes spécifiques à certains contextes tels O10.0 Hypertension essentielle préexistante compliquant

la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité et P29.2 Hypertension néonatale.

Aussi, en toute rigueur, si on ne souhaite conserver qu'un seul item pointant vers le code I10, il faudrait écrire dans le thésaurus :

*HTA essentielle primitive sauf HTA essentielle
préexistante compliquant la grossesse, l'accouchement
et la puerpéralité, sauf HTA néonatale* **I10**

Un tel libellé est évidemment très lourd et difficilement acceptable.

On peut alors raisonnablement estimer que le fait de travailler sur un thésaurus de rhumatologie ou de neurologie réduit de fait le contexte d'utilisation aux prises en charges courantes de ces disciplines et dispense d'envisager les cas d'une prise en charge obstétricale ou néonatale. Ainsi, l'item "HTA essentielle primitive" correspondra à l'ensemble des hypertensions susceptibles d'être prises en charge par les utilisateurs du thésaurus. Cette attitude est acceptable à la condition de s'assurer qu'aucune autre discipline ne sera amenée à utiliser ce thésaurus ; en particulier, elle peut créer des difficultés dans le cas d'un codage centralisé. En d'autres termes, le recours au contexte implicite enlève au thésaurus son caractère universel.

❖ **Argument de fréquence :**

Soit la sous-catégorie de la CIM-10

M25.4 Epanchement articulaire

A l'exclusion de: hydarthrose au cours du pian (A66.6)

En toute rigueur, dans un thésaurus, l'épanchement articulaire devrait être décrit ainsi :

Épanchement articulaire, sauf au cours du pian **M25.4**

Ici encore, le libellé se trouve alourdi par la nécessité d'expliciter le contexte. Une solution alternative consiste à considérer que le pian est une affection suffisamment rare pour que le risque d'avoir à coder un épanchement articulaire au cours du pian soit très faible ; on ne conservera dans le thésaurus que le libellé "Epanchement articulaire" M25.4, ce qui revient en fait à négliger alors l'exclusion du fait de sa rareté.

Le prix à payer pour cette simplification est que tout épanchement au cours du pian, aussi improbable soit-il, sera systématiquement mal codé.

Malheureusement, on est assez souvent confronté à des situations beaucoup moins caricaturales où l'affection sans être rare n'en est pas pour autant fréquente. L'appréciation du risque devient alors bien moins évidente.

❖ **Contexte obligatoire dans le libellé :**

Soit la sous-catégorie de la CIM-10

M24.0 Souris intra-articulaire

A l'exclusion de: souris intra-articulaire du genou (M23.4)

Dans ce dernier cas, étant donné la fréquence de ces deux affections, il est indispensable de réintroduire l'exclusion dans le libellé afin de lever toute ambiguïté. Le plus logique serait alors de trouver les deux entrées suivantes dans le thésaurus :

Souris intraarticulaire sauf du genou **M24.0**
Souris intraarticulaire du genou **M24.3**

Il n'existe pas de règle qui permette de décider de la meilleure solution à adopter. C'est au cas par cas qu'il faudra estimer les risques liés à chacune d'entre elles, afin d'obtenir le meilleur compromis entre fiabilité et maniabilité.

3.2. Compatibilité des libellés du thésaurus avec la classification de référence

À chaque libellé du thésaurus doit correspondre un code ou une association de codes CIM-10. Lors de la création du thésaurus, il importe de s'assurer en premier lieu que tout libellé peut être codé avec la CIM-10, mais aussi que toutes les entités morbides représentées par un même libellé bénéficient du même codage en CIM-10. Le respect de ces deux conditions requiert une bonne compatibilité des axes de description du thésaurus et de la CIM-10 ainsi qu'un choix judicieux de la finesse (ou degré de précision) des affections décrites.

➤ Compatibilité des axes de description

Soit cet extrait du chapitre XIII de la CIM-10 :

M80	Ostéoporose avec fracture pathologique <i>Comprend:</i> tassement vertébral et vertèbre cunéiforme, ostéoporotiques <i>A l'exclusion de:</i> fracture pathologique SAI (M84.4) tassement vertébral SAI (M48.5) vertèbre cunéiforme SAI (M48.5)
M80.0	Ostéoporose post-ménopausique avec fracture pathologique
M80.1	Ostéoporose après ovariectomie avec fracture pathologique
M80.2	Ostéoporose d'inactivité avec fracture pathologique
M80.3	Ostéoporose consécutive à une malabsorption post-chirurgicale avec fracture pathologique
M80.4	Ostéoporose médicamenteuse avec fracture pathologique
M80.5	Ostéoporose idiopathique avec fracture pathologique
M80.8	Autres ostéoporoses avec fracture pathologique
M80.9	Ostéoporose avec fracture pathologique, sans précision
M81	Ostéoporose sans fracture pathologique <i>A l'exclusion de:</i> ostéoporose avec fracture pathologique (M80.-)
M81.0	Ostéoporose post-ménopausique
M81.1	Ostéoporose après ovariectomie
M81.2	Ostéoporose d'inactivité <i>A l'exclusion de:</i> atrophie de Sudeck-Leriche (M89.0)
M81.3	Ostéoporose consécutive à une malabsorption post-chirurgicale
M81.4	Ostéoporose médicamenteuse
M81.5	Ostéoporose idiopathique
M81.6	Ostéoporose localisée [Lequesne] <i>A l'exclusion de:</i> atrophie de Sudeck-Leriche (M89.0)
M81.8	Autres ostéoporoses Ostéoporose sénile
M81.9	Ostéoporose, sans précision

On constate que la CIM-10 adopte une logique étiologique (ménopause, ovariectomie, inactivité, etc.), au sein de laquelle elle oppose les formes simples aux formes compliquées de fracture.

Soit maintenant les items suivants issus d'un thésaurus :

Ostéoporose : type I trabéculaire
Ostéoporose : type II corticale

Ostéoporose cortisonique
Ostéoporose d'immobilisation
Ostéoporose juvénile idiopathique
Ostéoporose post ménopausique
Ostéoporose post-traumatique
Ostéoporose sénile

Ostéoporose vertébrale, ostéoporomalacie

Le thésaurus utilise simultanément plusieurs axes de description, à savoir un axe histologique (trabéculaire, corticale), un axe étiologique (cortisonique, immobilisation, post ménopausique ...) et enfin un axe anatomique (ostéoporose vertébrale).

De fait, il est impossible d'affecter un code CIM-10 unique aux différents items du thésaurus. En effet, l'ostéoporose vertébrale vue par le thésaurus pourra impliquer n'importe laquelle des étiologies distinguées par la CIM-10 de même qu'elle pourra aussi bien correspondre à une ostéoporose avec ou sans fracture. Les axes de description du thésaurus ne sont pas compatibles avec ceux de la CIM-10, ces items ne peuvent pas faire partie d'un thésaurus de spécialité.

Il est important avant toute création de libellés de définir les axes de description les plus adaptés à la spécialité tout en vérifiant qu'ils sont compatibles avec ceux de la CIM-10.

➤ Granularité, ou niveau de précision

Un libellé du thésaurus de spécialité peut être soit plus précis que la CIM-10 (ou de précision égale) soit moins précis. S'il est plus précis, et sous réserve que les axes de description sont compatibles, le codage s'effectue sans difficulté.

Soit la sous-catégorie de la CIM-10

M20.0 Déformation de(s) doigt(s)

Déformation en boutonnière et en col de cygne

La discipline souhaite introduire dans son thésaurus les deux libellés suivants :

Déformation du doigt en boutonnière

Déformation du doigt en col de cygne

Ces deux libellés sont plus précis que la sous-catégorie de la CIM-10 **Déformation de(s) doigt(s)** et se codent tout naturellement **M20.0**.

Inversement, si le libellé du thésaurus est moins précis que la sous-catégorie de la CIM-10, le codage ne sera possible qu'au travers de libellés de la CIM-10 très généraux, et donc au prix d'une perte d'information parfois importante. Pour sa part, le *Guide méthodologique* impose que les diagnostics soient codés avec la plus grande précision permise par la CIM-10, c'est-à-dire le plus généralement au niveau de la sous-catégorie.

Aussi n'y a-t-il pas lieu de trouver dans un thésaurus de spécialité des libellés moins précis que ceux de la CIM-10.

La recherche de la plus grande précision de codage constitue un élément fondamental de la

qualité de l'information. L'utilisation d'un thésaurus de spécialité suppose qu'on accepte la contrainte de cet effort. Aussi, d'une façon générale, il n'y a pas lieu d'utiliser les rubriques du type *Sans Précision* ou *Sans Autre indication* (SAI, ou plus généralement dont le code se termine par .9) pour coder les affections relevant de la spécialité.

Cela étant posé, on ne peut cependant ignorer la réalité des choses.

- Il arrive que certaines affections bénéficient de prises en charge conformes aux règles de l'art sans qu'il soit besoin de pousser la démarche diagnostique aussi finement que la CIM-10 le permettrait.
- Coder l'ensemble des affections intercurrentes avec le degré de précision maximal est une règle difficile à faire passer lorsque le codage est assuré par les médecins cliniciens dans les services.

Imaginons le séjour en réanimation d'un patient qui présente, en marge de multiples défaillances vitales, un cancer de la langue. Cette affection ayant nécessité quelques soins locaux, il est justifié de coder ce cancer en diagnostic associé significatif, en plus du nombre important de diagnostics que compte généralement un séjour en réanimation. Le cancer de la langue n'appartenant bien évidemment pas au thésaurus de réanimation, le codeur se tournera alors vers la CIM-10 pour coder cette entité. On constate alors qu'il n'existe dans la CIM-10 pas moins de sept codes possibles de tumeurs malignes de la langue (base, face dorsale, face inférieure, deux tiers antérieurs, amygdale linguale, et enfin localisations contigües). Même si le clinicien avait le loisir de choisir entre ces sept codes, il est loin d'être évident qu'il possède dans le dossier médical les informations nécessaires pour faire ce choix. C'est une question de bon sens que de se dire que, dans ce contexte, le code **C02.9 tumeur maligne de la langue, sans précision** suffirait.

On voit bien que le principe fondamental de précision doit être modulé, mais aussi qu'il est excessivement difficile de faire ressortir des règles simples tant le polymorphisme des situations rencontrées s'accorde mal avec le caractère fixé et *a priori* des descriptions d'un thésaurus.

➤ L'impossible clôture du domaine

La CIM-10 réalise la clôture de son domaine (maladies et problèmes de santé connexes) à l'aide des sous-catégories .8 de type "Autres". De sorte que toute maladie ou problème de santé connexe peut y être classé.

Un thésaurus n'étant pas une classification mais une collection de libellés représentant des maladies, il ne peut exister de libellés "*autre*", à moins de définir précisément cet "*autre*". Par conséquent, la clôture du domaine n'est pas assurée et le thésaurus est structurellement partiel, sauf à définir entièrement le domaine de manière extensionnelle. Le risque encouru est que le codeur, ne trouvant pas l'affection qu'il souhaite coder, utilise un libellé approché donc très probablement inexact au lieu de se référer à la CIM-10, ou tout simplement néglige de recueillir l'information.

S'il est vrai que dans le champ de la spécialité le problème ne survient que rarement, il n'en va pas de même pour les affections intercurrentes hors spécialité.

La difficulté est donc de décider s'il convient ou non d'introduire des maladies hors spécialité, dans quelle proportion, suivant quelle logique et avec quelle précision. Tout en ne perdant pas de vue que l'outil doit rester fiable et performant.
Il faut alors accepter l'idée de recourir à la CIM-10 en complément du thésaurus.

4. QUELQUES CONSEILS POUR CONSTRUIRE UN THÉSAURUS DE SPÉCIALITÉ

4.1. Avant toutes choses

- **S'assurer que l'activité de la discipline est bien compatible avec un thésaurus de spécialité**

Toutes les spécialités ne se prêtent pas avec autant de facilité à l'élaboration d'un thésaurus, cela dépend essentiellement de leur degré de transversalité sur l'ensemble du champ médical. Une discipline telle la médecine interne ou la pédiatrie utilisera pratiquement tous les chapitres de la CIM-10. Compte tenu des impératifs liés à la précision des descriptions, un tel thésaurus serait *in fine* d'un volume comparable à celui de la CIM-10 avec une ergonomie certainement bien moindre.

Si par contre le "spectre" de la spécialité est suffisamment étroit pour justifier de l'intérêt d'un thésaurus, il est important d'en **fixer les limites a priori**. Ainsi, il est classique de pratiquer en urologie un certain nombre d'actes de chirurgie gynécologique. Faut-il alors introduire dans un thésaurus d'urologie des diagnostics d'affections de l'appareil génital féminin ? Jusqu'où et suivant quelle logique ? Faut-il au contraire se limiter strictement au versant urologique et recommander l'utilisation d'un thésaurus de gynécologie en complément ?

Peu importe l'option qui sera retenue, mais il faudra veiller à en assumer la logique jusqu'au bout afin de garantir une cohérence générale à l'intérieur du thésaurus.

- **Définir les objectifs poursuivis**

Avant de s'engager dans la définition du contenu, il est important de préciser la finalité du travail : codage pour le PMSI, l'épidémiologie, l'évaluation de l'activité, etc..

Souhaite-t-on un outil qui permette simplement un codage de qualité pour le PMSI, sachant que les traitements d'information d'aval seront contingentés à la logique et à la puissance du modèle PMSI, ce qui peut être dans un grand nombre de cas largement suffisant ?

Souhaite-t-on au contraire disposer d'un outil qui autorise une indexation précise de toutes les entrées du thésaurus ? Cette question n'est pas anodine du point de vue de la lourdeur d'utilisation et par conséquent de l'acceptabilité de l'outil.

Souhaite-t-on développer une approche épidémiologique ? Sans entrer dans les détails, il est classique de considérer que concilier cette attitude avec l'« approche PMSI » est souvent difficile voire parfois impossible, dans tous les cas complexe et source d'erreur. Avant de se lancer dans une stratégie mixte, PMSI - épidémiologie, il convient donc de bien en avoir apprécié la faisabilité, la complexité et le prix à payer.

Enfin, et la question n'est pas des moindres, les chaînes de traitement seront-elles capables d'exploiter une telle information ?

- **Fixer a priori la granularité**

Si la précision que fournissent les souscatégories de la CIM-10 est le minimum exigible, il est en revanche loisible de faire plus précis et ce, sans limitation. De manière caricaturale, chaque affection pourra être découpée selon toutes ses variantes cliniques. On pourra cependant s'interroger sur l'utilité d'intégrer des affections au sujet desquelles seuls quelques cas mondiaux ont été décrits.

Sans qu'il s'agisse d'une règle absolue, on s'efforcera de conserver une homogénéité dans la précision des descriptions tout au long du thésaurus.

Enfin, les sousdomaines de la spécialité sont-ils équitablement représentés, et avec la même logique ? C'est un penchant fort naturel pour les concepteurs d'un thésaurus que d'investir davantage les zones qui correspondent à leurs centres d'intérêt. Mais là encore il conviendra de bien fixer les règles avant d'entamer le travail afin de garantir l'adhésion de l'ensemble de la communauté.

➤ Disposer des ressources nécessaires

On doit disposer au minimum des documents suivants :

- le volume 1 de la CIM-10 (analytique),
- le volume 3 de la CIM-10 (alphabétique),
- la liste à jour des codes CIM-10 étendus pour le PMSI.

Il est également recommandé de pouvoir consulter le *Guide méthodologique de production des résumés standardisés de sortie*, si le thésaurus est destiné au codage PMSI.

Enfin, l'aide méthodologique d'un médecin d'information médicale s'avère très utile.

➤ Choix techniques

Sans préjuger de la forme définitive que prendra le thésaurus, il est vivement conseillé de travailler sur un tableur plutôt qu'avec un traitement de texte lors de la phase d'élaboration.

4.2. Établir le contenu

➤ Quels libellés (ou descriptions) doit-on trouver dans un thésaurus de spécialité ?

☛ On intégrera l'ensemble des libellés utiles à la description de l'activité de la discipline à savoir :

- les maladies ou symptômes spécifiquement pris en charge par la spécialité, comme par exemple la polyarthrite rhumatoïde en rhumatologie,
- les associations ou complications des affections précédentes, même si ces dernières sont prises en charge par d'autres disciplines comme, par exemple toujours en rhumatologie, les différentes formes d'atteintes viscérales au cours d'une maladie auto-immune,
- les affections fréquemment associées à des "terrains" particuliers correspondant aux prises en charge habituelles de la spécialité.

☛ On ajoutera systématiquement certaines situations de prise en charge qui, sans être spécifiques de la spécialité, sont néanmoins suffisamment fréquentes, comme par exemple :

- certaines intoxications (T36-T50), qu'elles soient volontaires ou accidentelles,
- certaines causes externes de morbidité et de mortalité (chapitre XX), telles tentative de suicide, marqueur d'infection nosocomiale ou d'affection professionnelle, cause initiale d'une complication iatrogénique, etc.
- certains facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (chapitre XXI). La lecture du chapitre du *Guide méthodologique* se rapportant à l'utilisation de

ces codes pourra être d'une aide précieuse pour le choix des descriptions.

☞ Enfin, on notera qu'en théorie les affections intercurrentes non spécifiques, c'est-à-dire susceptibles d'être rencontrées au cours de n'importe quelle hospitalisation dans un service quelconque, n'ont *a priori* pas leur place dans un thésaurus de spécialité. En effet, étant donné leur caractère transversal, toute sélection est réductrice et conduit à un appauvrissement de l'information. Seul le recours à la CIM-10 ou à un outil spécialisé pourra garantir un codage de bonne qualité.

Ce point de vue est ici encore théorique. Mais force est de constater que tous les thésaurus existants proposent des listes d'affections intercurrentes avec des résultats variables. Le caractère appauvrissant du codage qui en résulte parfois peut en effet être préjudiciable au résultat de groupage des RSS concernés, et donc à la valorisation du séjour ; ces libellés ont peu de chance d'être acceptés lors d'une validation par l'ATIH. En l'absence de solution parfaitement satisfaisante à proposer, la recommandation se bornera à la nécessité de faire preuve de bon sens, notamment en estimant au cas par cas le rapport entre le bénéfice escompté et le risque induit de mauvaise qualité de codage et de conséquences dans le PMSI.

➤ Comment procéder à la sélection des libellés ?

* Propositions :

☞ Commencer par repérer dans la CIM-10 toutes les catégories à trois caractères susceptibles d'intéresser la spécialité.

Il s'agit à cette étape de confectionner un canevas, étant entendu que ces catégories à trois caractères ne doivent pas, sauf exceptions, être utilisées pour le codage. (Pour plus de précisions, voir § 5.1)

☞ Puis, procéder au remplissage de ce canevas à l'aide des souscatégories de la CIM-10 (rubriques à 4 caractères ou plus) utiles. Lors de cette étape, on veillera tout particulièrement à :

- ne pas intégrer de libellés de type "Autres", généralement de type ".8",
Précisons dès à présent que ce n'est pas le code .8 qui est en cause, mais bien l'introduction dans un libellé du terme "autre" qui renvoie à un contexte difficilement maîtrisable dans un thésaurus. Cela dit, des alternatives fonctionnellement équivalentes sont envisageables. (Pour plus de précisions, voir § 5.9)
- dans la mesure du possible, éviter les libellés "SAI", généralement de type ".9",
(Pour plus de précisions, voir § 5.6)

Dans tous les cas, l'utilisation d'un code .9 ou "d'un libellé sans précision" doit s'accompagner d'une mention ou d'un signe conventionnel ayant pour objet d'avertir l'utilisateur qu'il utilise un code imprécis et qu'il peut, s'il le souhaite, se référer à la CIM-10 pour un codage plus précis.

- noter au fur et à mesure les descriptions manquantes ou plus précises qu'on voudrait voir figurer dans le thésaurus,
- tenir compte des exclusions présentes en tête de chapitre, souschapitre et catégorie ou sous un libellé de souscatégorie.
(Pour plus de précisions, voir § 5.10)

* Conseils :

☛ Ne pas oublier de prendre en compte les extensions de la CIM-10 créées pour le codage dans le PMSI.

☛ En cas de code dague ou astérisque, ajouter dès à présent l'homologue.

(Pour plus de précisions, voir § 5.3)

* À savoir :

☛ Utiliser des renvois vers la CIM-10 pour faire référence à un groupe d'affections sans avoir besoin de les détailler dans le thésaurus.

En effet, pour des affections peu fréquentes mais non exceptionnelles, il est parfois judicieux de renvoyer l'utilisateur vers la CIM-10 à l'aide d'une note plutôt que d'alourdir inutilement le thésaurus. Ce type de renvoi doit rester assez rare pour les maladies appartenant au champ de la spécialité et surtout être efficace, c'est-à-dire permettre à l'utilisateur de trouver le plus rapidement et efficacement possible le bon code dans la CIM-10.

Aussi, on évitera les renvois trop vagues, peu efficaces pour l'utilisateur tels

Cancers

voir CIM-10 (C00-C97).

On s'efforcera plutôt de préciser le code de la catégorie ou du groupe de catégories auquel l'utilisateur doit se référer.

Cancers des organes digestifs

voir CIM-10 (C15-C26).

☛ Lorsqu'on intègre des libellés CIM-10 dans un thésaurus, il est parfois nécessaire de reformuler certains libellés.

Dans la CIM-10, "Entorse et foulure de la cheville" (S93.4) signifie que cette sous-catégorie comprend à la fois les entorses et les foulures au niveau de la cheville.

Dans le thésaurus qui représente des affections et non des classes, il est nécessaire de remplacer le **ET** par un **OU**, afin de proposer le libellé "Entorse ou foulure de la cheville".

ATTENTION !

Tous les **ET** de la CIM-10 ne sont pas exclusifs : "Atteinte des valvules mitrale et aortique" (I08.0) appartient à la catégorie **I08 Maladies de plusieurs valvules**. Dans ce cas, il n'y a pas lieu de changer le **ET** en **OU**.

➤ **Comment introduire des descriptions plus précises que celles de la CIM-10 ?**

* Conseils :

☛ Commencer par vérifier soigneusement que la description souhaitée n'existe pas en un autre endroit de la CIM-10 ou sous une autre forme : l'utilisation du volume 3, alphabétique, de la CIM-10 est indispensable pour ce faire.

☛ La création des libellés de spécialité n'obéit à aucun formalisme réglementaire. Cependant on veillera à :

- éviter toute ambiguïté liée à la syntaxe ou à la terminologie utilisée,

(Pour plus de précisions, voir § 5.5)

- proposer une formulation la plus indépendante possible du contexte. L'énoncé doit caractériser complètement l'affection,
- ne pas créer de libellés de type "Autres...",
- ne pas créer de libellés moins précis que les libellés CIM-10 (niveau sous-catégorie),
- veiller à ce que les libellés proposés possèdent une valeur informative suffisante (anticiper les exploitations qui seront faites à partir de l'information produite).

* **À savoir** :

- ☛ **On peut intégrer dans un thésaurus des informations qui ne font pas partie du champ du PMSI.**
(Pour plus de précisions, voir § 5.8)
- ☛ **On peut intégrer dans un thésaurus des syndromes non décrits dans la CIM-10.**
(Pour plus de précisions, voir § 5.7)

4.3. Associer les codes aux libellés

Pour cette étape, l'aide d'un médecin d'information médicale est vivement recommandée.

➤ Quels codes utiliser pour repérer les items du thésaurus ?

La CIM-10 propose un système de codification simple, efficace et, qui plus est, constitue le système officiel de codage pour le PMSI. Il n'y a pas lieu de s'en éloigner. Ainsi, pour les libellés sélectionnés dans la CIM-10, on utilisera bien évidemment les codes CIM-10 associés.

Par contre, les nouveaux libellés créés par la spécialité devront bénéficier d'un code spécifique susceptible de les repérer de façon univoque. Le principe consiste à dériver le code CIM-10 de la description primitive en ajoutant un marqueur spécifique sur les 7ème et 8ème caractères suivant des modalités bien précises détaillées au paragraphe 5.1.

* **Conseils** :

- ☛ **Vérifier le respect des exclusions lors de l'affectation des codes.**
Lorsqu'un libellé du thésaurus renvoie à un code CIM-10 auquel est associé une note d'exclusion, il est nécessaire d'en apprécier les conséquences et de procéder éventuellement à l'ajout d'informations supplémentaires pour respecter la cohérence entre le thésaurus et la CIM-10.
- ☛ **IMPORTANT : ne jamais détourner un code CIM-10 de son sens.**
Pour repérer une affection non décrite spécifiquement dans la CIM-10, une erreur classique consiste soit à "réquisitionner" un code voisin rarement utilisé, soit à créer un nouveau code dans un emplacement laissé libre.
- ☛ **Ne jamais créer de code CIM-10 dans les espaces laissés vacants.**
Soit cet extrait de la CIM-10 :

E07**Autres affections de la thyroïde**

- E07.0 Hypersécrétion de calcitonine
- E07.1 Goitre dû un trouble de l'hormonosynthèse
- E07.8 Autres affections précisées de la thyroïde
- E07.9 Affection de la thyroïde, sans précision

Il est interdit d'utiliser les codes E07.2, E07.3, E07.4, E07.5, E07.6, E07.7 pour repérer un nouveau libellé créé par la discipline. Ces codes n'existent pas dans la CIM-10, ils ne sont pas reconnus par le PMSI.

☛ Ne pas oublier les doubles codages "dague - astérisque"

➤ **Que faire si le classement d'une affection par la CIM-10 paraît inexact aux yeux de la spécialité ?**

Il peut arriver que le classement proposé par la CIM paraisse inapproprié pour une raison liée à

- une nouvelle connaissance : par exemple, la maladie de Whipple, classée dans les malabsorptions intestinales (K90.8) est désormais reconnue d'origine infectieuse. La camptocormie, initialement considérée comme une conversion hystérique (F44.4), correspond en fait à la dégénérescence graisseuse des muscles du dos.
- un point de vue particulier de la discipline : la maladie exostosante classée par la CIM-10 en Q78.6 (chapitre des affections congénitales) apparaît dans la littérature comme une tumeur bénigne.

Pour aussi gênantes que puissent paraître ces incohérences médicales, il convient de se conformer à la CIM-10.

* À savoir :

☛ Si un ensemble de descriptions est décliné de manière systématique suivant les mêmes modalités, on peut éviter de les détailler toutes à chaque fois en adoptant une présentation simplifiée.

L'exemple le plus classique concerne la rhumatologie, où pour une affection donnée il est possible de coder une dizaine de localisations différentes. Pour éviter de surcharger inutilement le thésaurus, il est possible d'utiliser un formalisme particulier de codage combinatoire. (Pour plus de précisions, voir § 5.2)

4.4. Structurer le thésaurus

La définition des chapitres, souschapitres et des différents enchaînements constitue un temps très important qui conditionne l'acceptabilité, la qualité et la capacité à être mis à jour.

Ne pas oublier que plus un thésaurus est complexe, plus sa maintenance sera délicate.

➤ **Comment structurer le thésaurus ?**

Le découpage en chapitres et souschapitres s'impose généralement de façon assez naturelle. Diverses approches sont envisageables : classement anatomique, étiopathogénique, par fonction ou appareil, etc.. Cependant, il est vivement conseillé des rester au plus près de la logique de description adoptée

par la CIM-10. En effet, plus on s'en éloignera, plus la gestion des exclusions sera délicate voire impossible.

Quelles que soient les stratégies adoptées, on veillera tout particulièrement à la systématisation ainsi qu'au non-recouvrement.

☞ **Systématisation : adopter un mode de description hiérarchisé en chapitres, souschapitres (voire davantage), et conserver cette logique tout au long du thésaurus.**

L'effet structurant d'une telle systématisation facilite grandement la conception et la validation de l'ouvrage et permet à l'utilisateur de se repérer plus aisément.

☞ **Non recouvrement : veiller par principe à ce que les contenus des chapitres, souschapitres, etc. s'excluent mutuellement.**

(Pour plus de précisions, cf. § 5.11)

* À savoir :

☛ **Peut-on répéter une même description en plusieurs endroits du thésaurus papier ?**

Oui, et cela peut même être très utile. On veillera simplement à ce que les libellés, codes, notes, etc. soient strictement identiques. (Pour plus de précisions, cf. § 5.4)

☛ **Comment faire lorsqu'on veut introduire des affections peu fréquentes dans la discipline, mais non exceptionnelles, sans avoir à les décliner toutes ?**

On procède à un renvoi vers la CIM-10. Il ne s'agit pas à proprement parler d'un item du thésaurus, mais plutôt d'une note ayant pour but de diriger efficacement l'utilisateur sur la partie de la CIM-10 dont il a besoin.

Par exemple :

Cancers des organes digestifs

voir CIM-10 (C15-C26).

➤ **Quels types de notes doit-on trouver dans un thésaurus ?**

Les notes correspondent à toutes les informations susceptibles de moduler l'utilisation d'un item. Elles peuvent apparaître en tout point du thésaurus. Il s'agit généralement de directives de codage, éléments précisant le contexte, inclusions, exclusions, renvois CIM-10, compléments de définition, etc.

Exemple de notes :

Coder aussi la manifestation
ne pas utiliser en DP
en DAD uniquement
On entend par
Autres ... voir CIM-10 (M95 - M99)

Il est conseillé d'identifier, répertorier et expliciter chaque type de note.

➤ **Doit-on proposer des indications de hiérarchisation dans le thésaurus ?**

Compte tenu des règles de codage du PMSI, il n'est pas possible de dire *a priori* si tel ou tel code doit être utilisé en diagnostic principal (DP), diagnostic relié (DR), diagnostic associé significatif (DAS) ou documentaire (DAD). Par conséquent, on ne devra pas trouver dans le thésaurus de mentions : "coder en DP", "coder en DAS" ou "coder en DR".

4.5. Pour conclure, les annexes

- Quelles informations utiles au codage ou à l'utilisation du thésaurus doit-on (ou peut-on) trouver en marge de la partie proprement descriptive (libellés) ?

* De façon constante

- **Les règles d'utilisation du thésaurus**
Il est indispensable, et particulièrement pour les thésaurus complexes, de renseigner l'utilisateur sur les modalités d'utilisation de l'outil. Ce qui est évident pour le concepteur ne l'est pas toujours pour l'utilisateur.
- **Un glossaire**
Un glossaire regroupant les termes spécifiques au PMSI ainsi que l'ensemble des abréviations sera toujours très utile.

* Facultatif, mais vivement recommandé

- **Le rappel des règles de codage du PMSI**
Certaines règles de codage difficiles à appliquer ou mal respectées (diagnostic relié, intoxications, complications, etc.) ont fait l'objet de développements particuliers dans le *Guide méthodologique*. Il pourra être utile, selon l'orientation du thésaurus, de rappeler certaines d'entre elles.
- **La définition de certains termes médicaux**
Compte tenu de l'évolution des connaissances médicales, certains termes du thésaurus peuvent s'écarter du sens initial donné par la CIM-10. Afin de lever toute ambiguïté, il est souhaitable de préciser les acceptions de tels termes.
- **Les critères précisant l'utilisation de certains items**
Certains termes ou expressions tels "insuffisance respiratoire aigüe" ou "insuffisance cardiaque" peuvent parfois recouvrir des réalités différentes selon les critères utilisés pour leur identification (cliniques, biologiques, physiologiques, imagerie, etc.).
Afin d'harmoniser les codages, il pourra être intéressant, dans de tels cas, de préciser les conditions cliniques, biologiques ou de prise en charge qui autorisent le codage d'un tel libellé.
- **Des exemples de codage de situations cliniques fréquentes**
Il s'agit, pour quelques situations stéréotypées de prise en charge, de proposer une hiérarchisation des diagnostics ainsi que des grandes lignes de codage. On pourra ainsi soit illustrer un principe général de codage, soit encore clarifier certaines situations particulièrement difficiles à coder.

* Plus discutable

- **Rappel des principes de la classification en GHM - GHS**
Certains thésaurus de spécialité consacrent quelques pages à un rappel des principes de la classification en GHM. S'il est toujours intéressant que le codeur ait une connaissance du modèle qu'il contribue à alimenter, il est de notre point de vue peu probable que le thésaurus soit le lieu d'une telle information.
Si on désire néanmoins introduire ces éléments, on s'efforcera alors de reprendre une synthèse déjà existante et publiée.

- **Définition de certains termes utilisés dans le PMSI**

Il peut être intéressant de rappeler certaines définitions du PMSI (DP, DAS, etc.) importantes pour le codage. Considérant d'une part que, au prétexte que le codeur consacrerait peu de temps à cette lecture, on s'exposerait au risque de produire des définitions très synthétiques, le plus souvent réductrices. Sachant d'autre part qu'il existe des définitions officielles ayant fait l'objet d'une réflexion et de validations de la part d'experts, on aura tout intérêt à reproduire *in extenso* les définitions du *Guide méthodologique* quitte à en faciliter la lecture et la compréhension (présentation, commentaires, etc.).

* **À éviter** :

- **Fourniture de certaines références en annexe** (valorisation des GHS, liste des CMA/CMAS, etc.).

Outre le fait que la maintenance de ces listes peut s'avérer assez lourde, on s'interrogera principalement sur leur utilité au sein d'un thésaurus de codage. "Coder plus" (ne pas oublier de CMA), "coder mieux" (choisir l'affection qui est une CMA), tels sont les arguments le plus souvent avancés mais qui sousentendent une liberté dans le codage que la réalité contredit. En effet, l'application de la règle fondamentale du PMSI qui stipule que toute affection prise en charge doit être codée avec la plus grande précision possible détermine de façon quasi unique le codage et rend inutile le recours à de telles listes.

4.6. Divers

➤ Les mises à jour

Un thésaurus de spécialité a vocation à évoluer et être régulièrement mis à jour. En dehors de l'évolution des besoins de la spécialité, il devra tenir compte de l'éventuelle création d'extensions de codes pour les nécessités du PMSI. Il convient de prendre en compte cet impératif dès la conception en évitant de créer des structures trop complexes, difficiles à maintenir.

* **Conseils** :

- Il convient d'avoir d'emblée à l'esprit que les items combinatoires posent des difficultés tant de mise en œuvre (par exemple, 1 libellé spécifique sur 10 localisations = 10 libellés + 10 codes à saisir à la main. S'il existe 50 libellés de ce type, cela en fait 500, avec le risque d'erreurs que cela entraîne !) que de maintenance.

- Il peut être utile d'identifier clairement les codes du thésaurus qui ne sont pas des codes d'origine de la CIM.

➤ Le fichier informatique

La matérialisation du codage passe nécessairement par une saisie dans un outil informatique, lequel devra contenir au minimum les codes référencés dans le thésaurus et au mieux, les codes et les libellés. Il convient alors de garder présent à l'esprit que le DIM devra confectionner le fichier de référence adapté au système informatique de son établissement.

On s'assurera que le thésaurus pourra être utilisé quel que soit le système d'information de l'établissement.

* **Conseils** :

- La plupart des outils de saisie ont des contraintes sur la longueur des champs. On veillera à ne pas créer de libellés trop longs que le DIM local serait obligé de réduire manuellement.

• La fourniture d'une version électronique du thésaurus ne doit pas dispenser de celle d'une version imprimée. C'est sur elle que portera la validation de l'ATIH. Celle-ci devra impérativement comporter des libellés lisibles hors contexte, sans nécessité de reconstitution du sens par lecture des titres des subdivisions précédentes. Ainsi, il est impossible de valider le codage des informations suivantes :

Anévrisme du VG

Hypertrophie du VG [...]

si l'on ne sait pas que ces libellés sont classés dans les « Anomalies du ventricule » décrites dans les « Cardiopathies congénitales ». Les libellés devront explicitement comporter la mention du caractère congénital des affections dans leur intitulé pour être acceptés.

5. QUELQUES PROBLÈMES SPÉCIFIQUES

5.1. Codes de spécialité et indexation

Si le libellé d'une sous-catégorie de la CIM-10 est parfaitement repéré par son code, il n'en va pas de même des libellés plus précis qui auront été créés par la discipline. Il sera donc nécessaire de trouver un moyen de repérer de façon univoque cette description sous peine de renoncer à la partie spécifique de l'information. Deux méthodes sont classiquement employées.

❖ 1ère méthode : création d'extensions dérivées de la CIM-10

Le PMSI prévoit un champ de taille 8 caractères pour stocker les codes de diagnostic. Sachant que le code CIM-10 officiel utilise de 3 à 5 caractères (point non compris) et que les 5ème et 6ème positions sont réservées pour les besoins de la classification en GHM, il reste aux utilisateurs la possibilité d'utiliser les 7ème et 8ème positions.

Le formalisme du code doit alors être le suivant : à partir du code officiel de la CIM-10 ou du code étendu de l'ATIH de 3 à 6 caractères, on procède au remplissage avec le signe "+" (plus) jusqu'à la 6ème position incluse ; puis on ajoute le marqueur de spécialité sur un ou deux digits.

On s'assurera que la création d'extensions de codes (codes-fils) s'effectue à partir du code de la CIM-10 approprié (code-père).

* Exemples :

1/ Soit le code CIM-10 OMS **D73.3 Autres syndromes histiocytaires**
La spécialité veut créer l'item : *Xanthogranulomatose*. Un exemple de code spécialité valide est D73.3++AZ, ce qui donnerait dans le thésaurus :

Xanthogranulomatose

D73.3++AZ

2/ Soit le code CIM-10 ATIH **M62.898 Autres atteintes musculaires précisées, NCA-Siège non précisé**

La spécialité veut créer l'item : *Hernie musculaire*. Un exemple de code spécialité valide est M6289801, ce qui donnerait dans le thésaurus :

Hernie musculaire

M62.89801

Le code ainsi constitué peut être saisi (sans le point) tel quel dans le Résumé d'unité médicale (RUM). La partie spécialité (7ème et 8ème digits) sera éliminée lors de la génération du Résumé standardisé anonymisé (RSA).

Les 7ème et 8ème digits sont de l'initiative et de la responsabilité de la spécialité et n'obéissent à aucun formalisme particulier.

* Avantage :

- compatibilité du code avec le PMSI et avec les différents systèmes d'information (+++).

* Inconvénients :

- lourd à utiliser (code long avec présence de signes "+"),
- possibilité de conflits avec d'autres codes spécialités créés dans l'établissement,
- n'apparaît pas dans le RSA, donc ne peut pas être traité à un niveau central (+++).

❖ 2ème méthode : création d'un code de spécialité spécifique

Il s'agit d'un code original créé par la spécialité pour indexer tout ou partie des items de son thésaurus. Il n'appartient pas au champ du PMSI et son formalisme est donc parfaitement libre. En revanche il ne peut être saisi tel quel dans le RUM, sauf à le porter en DAD. Chaque code de spécialité devra donc être associé à un code CIM-10 officiel, l'outil de recueil informatique devant se charger lors de la saisie du code de spécialité d'envoyer le (ou les) code CIM-10 officiel correspondant dans le RUM.

* Avantage :

- plus grande liberté dans le système de codification notamment :
 - codes signifiants pour favoriser la saisie,
 - codes structurés pour des exploitations plus adaptées aux besoins

* Inconvénients :

- absence de récupération ni dans les RUM ni dans les RSA,
- difficultés supplémentaires lors des mises à jour,
- nécessité de système d'information gérant plusieurs niveaux de code (transcodage) (+++).

❖ Conclusion

Compte tenu des inconvénients liés aux codes de spécialité spécifiques, il sera préférable de se tourner vers un code CIM-10 étendu sur les 7ème et 8ème positions pour repérer les libellés de la spécialité dans la majorité des cas.

Quel que soit le formalisme adopté, il conviendra de s'assurer que ces codes de spécialité,

- ne seront pas générateurs d'erreurs, soit parce que difficilement mémorisables (XXoP45YTS), soit parce que trop complexe à saisir (M46.1y+B avec y : localisations rachidiennes ...),
- seront compatibles avec des mises à jour simples et fiables.

5.2. Les codages combinatoires

Lorsque certaines informations sont communes à un grand nombre d'items, on peut être tenté de simplifier la présentation en proposant un codage combinatoire. L'exemple le plus classique concerne la topographie.

Soit cet exemple tiré du thésaurus de rhumatologie : on définit une fois pour toutes une grille topographique où x peut prendre les valeurs suivantes :

Tableau 1 : Localisation articulaire - Lettre « x »	
0	<i>Sièges multiples</i>
1+A	<i>Articulation scapulohumérale</i>
1+B	<i>Articulation acromioclaviculaire</i>
1+C	<i>Articulation sternoclaviculaire</i>
2	<i>Articulation du coude</i>
3	<i>Articulation du poignet</i>
4+A	<i>Articulation intracarpienne</i>
4+I	<i>Articulation métacarpophalangienne</i>
4+J	<i>Articulation interphalangienne proximale de la main</i>
4+K	<i>Articulation interphalangienne distale de la main</i>
5+A	<i>Articulation coxofémorale</i>
5+B	<i>Articulation sacro-iliaque</i>
5+C	<i>Articulation de la symphyse pubienne</i>
6+A	<i>Articulation du genou {sauf tibiofibulaire proximale}</i>
6+B	<i>Articulation tibiofibulaire proximale</i>
7+A	<i>Articulation talocrurale</i>
7+J	<i>Articulation du pied {sauf talocrurale, métarsophalangienne, interphalagienne du pied}</i>

7+H	Articulation métatarsophalangienne
7+I	Articulation interphalangienne du pied
8+A	Articulation temporomandibulaire
8+B	Articulation costosternale
8+C	Articulation costovertébrale
8+D	Articulation articulaire postérieure
9	Siège non précisé

On trouve dans le thésaurus l'entrée suivante :

Arthrite à Neisseria meningitidis

M01.0x

Ainsi, en cas d'arthrite du genou à *Neisseria meningitidis*, c'est M01.06+A qu'il conviendra de coder.

Ce type de présentation peut être généralisé à d'autres domaines. Cependant on gardera à l'esprit que :

- l'utilisateur doit être parfaitement informé du mécanisme de codage,
- la grille complémentaire doit pouvoir être trouvée facilement,
- la reconstitution du code ne doit pas générer d'erreur de codage (code trop long ou trop compliqué).

Enfin, on n'oubliera pas que les mises à jour peuvent être longues, fastidieuses et source d'erreur.

Dans tous les cas, on proscriera les doubles combinatoires du genre *Libellé A * Topographie * Germe* qui en pratique sont ingérables.

* **Attention** :

- ☛ Veiller à ne pas générer de combinaisons absurdes
- ☛ S'assurer qu'aucune combinaison n'entre en conflit avec la CIM-10.

5.3. Codes dague et codes astérisque

Les règles de codage relatives aux codes dague et astérisque doivent être respectées.

❖ **Dans le cas d'associations prévues et bijectives**, les deux codes CIM-10 devront figurer dans le thésaurus.

Diabète sucré avec cataracte

H28.0*

E14.3†

❖ **Dans le cas d'associations prévues et non bijectives**, on s'efforcera d'expliciter au maximum les associations les plus fréquentes dans le cadre de la spécialité afin de se retrouver dans une configuration bjective.

Soit la souscatégorie CIM-10 :

B00.5 Affections oculaires dues au virus de l'herpès

- Conjonctivite† (H13.1*)
- Dermite de la paupière† (H03.1*)
- Iridocyclite† (H22.0*)
- Iritis† (H22.0*)
- Kératite† (H19.1*)
- Kératoconjonctivite† (H19.1*)
- Uvéite† (H22.0*)

} due au virus de l'herpès

Si toutes ces affections oculaires sont fréquentes et importantes pour la discipline, alors on devra trouver dans le thésaurus :

<i>Conjonctivite due au virus de l'herpès</i>	H13.1	B00.5
<i>Dermite de la paupière due au virus de l'herpès</i>	H03.1	B00.5
<i>Iridocyclite due au virus de l'herpès</i>	H22.0	B00.5
<i>Iritis due au virus de l'herpès</i>	H22.0	B00.5
<i>Kératite due au virus de l'herpès</i>	H19.1	B00.5
<i>Kératoconjonctivite due au virus de l'herpès</i>	H19.1	B00.5
<i>Uvéite due au virus de l'herpès</i>	H22.0	B00.5

❖ **Dans le cas d'associations moins fréquentes** qui ne justifient pas d'une description *ad hoc*, on pourra ne décrire qu'une facette de l'association à condition de préciser l'obligation de coder en sus soit l'étiologie soit la manifestation.

Par exemple :

<i>Affections oculaires dues au virus de l'herpès (coder d'abord la manifestation)</i>	B00.5
<i>Ostéite déformante au cours de maladies tumorales (coder aussi la tumeur)</i>	M90.6

5.4. Gestion des entrées multiples ou doublons

Comme il a été vu précédemment, il est rare qu'on puisse assurer de manière parfaite la cohérence des axes de description ainsi que l'exclusion mutuelle des contenus. Aussi est-il parfois utile de procéder à des entrées multiples, c'est-à-dire à la duplication d'un même item en plusieurs points du thésaurus. Bien qu'il ne s'agisse que d'un artifice purement formel, il convient d'être extrêmement vigilant lors des diverses corrections et mises à jour.

En pratique, on commencera par répertorier toutes les entrées multiples. Puis, on définira pour chaque item concerné une entrée principale sur laquelle seront effectuées les corrections ou mises à jour. Enfin, on procédera aux mises à jour des entrées secondaires par recopiage de l'entrée principale. Dans tous les cas, on évitera de saisir la correction sur chacune des entrées.

La duplication d'une entrée concerne bien sûr le libellé et le code CIM-10, mais aussi toutes les informations associées (notes, définitions, conseils, etc.)

5.5. Quelques repères pour la création de libellés

➤ Les significations

Il n'existe pas de règles strictes régissant la construction de libellés.

☛ On s'assurera que les libellés utilisés ont bien un **sens médical** et non seulement classificatoire, notamment lorsque ceux-ci sont directement importés de la CIM-10.

Infection virale du SNC, sans précision a un sens en tant que catégorie CIM-10, mais n'en a pas du point de vue médical, car il est contradictoire de pouvoir évoquer formellement une infection virale sans être en mesure d'en préciser l'agent.

☛ Les **néologismes** ou **jargon** devront être soigneusement répertoriés et étudiés, même s'ils revêtent

un sens pour la discipline. Ils peuvent en effet correspondre à des entités nosographiques instables ou floues. Il arrive souvent que derrière de tels libellés se cachent plusieurs affections codées distinctement dans la CIM-10.

Pathologie costovertébrale proposé par la discipline recouvre en fait plusieurs affections possibles.

☞ Enfin, on sera particulièrement attentif aux **termes médicaux ambigus ou familiers** tels "grippe" ou "arthrite virale" qui peuvent correspondre à des réalités (donc des codages) très différents.

Il est rappelé que l'on pourra être amené à introduire sous forme de note soit des définitions pour les termes qui ne sont pas dans les ouvrages médicaux courants, soit les conditions d'utilisation d'un item.

☞ Il conviendra de veiller à ce que les libellés proposés possèdent une valeur informative suffisante. On peut en effet discuter l'intérêt de descriptions vagues telles "Antécédent personnel d'intervention chirurgicale importante classée ailleurs".

☞ Enfin, on vérifiera que l'ensemble des descriptions forme un tout cohérent. On s'assurera qu'il n'y a pas de recouvrements partiels de significations entre les libellés du thésaurus.

Ainsi, dans cette liste extraite d'un thésaurus de spécialité,

<i>Ostéopénie après ménopause chirurgicale</i>	M81.1
<i>Ostéopénie post-ménopausique</i>	M81.0
<i>Ostéopénie secondaire</i>	M81.8
<i>Ostéopénie secondaire à un médicament</i>	M81.4

il existe un chevauchement de signification entre libellés. En effet, *Ostéopénie secondaire* contient *Ostéopénie secondaire à un médicament*, et *Ostéopénie après ménopause chirurgicale* est incluse dans *Ostéopénie post-ménopausique*.

➤ La forme

❖ Le vocabulaire

Pour des raisons évidentes de clarté, on utilisera les termes les plus précis possible. Les abréviations et expressions éponymes seront évitées ; à défaut, elles seront explicitées dans un glossaire ou dans une note en début de paragraphe.

❖ La syntaxe

☞ Utilisation des articles partitifs

On s'efforcera de se conformer aux règles adoptées dans la Classification commune des actes médicaux - CCAM - (cf. Guide de lecture de la CCAM).

☞ Style télégraphique.

On évitera un libellé du genre "Ménopause" alors qu'en fait l'on veut décrire les "*Troubles liés à la ménopause*".

☞ Formalisme typographique.

Dans un souci d'harmonisation il est vivement conseillé d'adopter le même formalisme que celui utilisé dans la CIM-10, à savoir :

[], terme ou expression synonyme

(), terme ou expression facultatif

On pourra de plus proposer :

{ }, commentaire

||, instruction

5.6. Niveau de précision

Dans une optique pragmatique et au-delà du principe théorique visant à imposer le niveau de précision maximal, les recommandations sont les suivantes.

❖ Dans le champ de la spécialité

Le niveau sous-catégorie (hors SAI) est, sauf exception, le niveau minimal acceptable.

Concernant la gestion des exceptions on propose de distinguer les cas où :

- le libellé "sans précision" est le seul représentant de la catégorie dans le thésaurus. L'expert chargé de la validation appréciera la pertinence de cette insertion.

- le libellé "sans précision" n'est pas le seul représentant de la catégorie dans le thésaurus. Toutes les sous-catégories doivent alors être présentes dans le thésaurus.

Dans tous les cas, l'utilisation d'un libellé "sans précision" doit s'accompagner d'une mention ou d'un signe conventionnel ayant pour objet d'avertir l'utilisateur que le code correspondant est imprécis et qu'il peut se référer à la CIM-10 pour un codage plus précis, s'il le souhaite.

❖ Hors du champ de la spécialité

Le principe est le même que pour le cas de figure précédent, mais la gestion des exceptions pourra être plus libérale.

En revanche, on refusera toute description limitée au seul libellé "sans précision" de la catégorie, si la sous-catégorie correspondante ne constitue pas une CMA et que d'autres libellés de cette catégorie appartiennent à cette liste.

Hernie ombilicale sans précision K42.9 ne peut faire l'objet d'une entrée du thésaurus du fait qu'il existe :

K42.0	Hernie ombilicale avec occlusion, sans gangrène
K42.1	Hernie ombilicale avec gangrène

K42.9 n'est pas une CMA alors que K42.0 et K42.1 le sont.

5.7. Comment intégrer dans un thésaurus des syndromes non décrits dans la CIM-10 ?

❖ Pour la description dans le thésaurus :

☛ Créer un item pour identifier le syndrome et le faire pointer sur un code documentaire.

☛ Créer autant d'items qu'il y a de manifestations caractéristiques susceptibles d'être prises en charge et faire pointer chacun d'eux vers le code CIM-10 correspondant.

❖ Pour le codage :

☛ Coder la ou les manifestations prises en charge (en DP, DR ou DAS en fonction des règles de hiérarchisation)

☛ Puis coder l'item identifiant le syndrome, à porter en DAD.

❖ ATTENTION !

☛ Bien informer l'utilisateur que la description PMSI passe par le codage des manifestations et que le libellé du syndrome n'a qu'une fonction documentaire.

5.8. Comment intégrer dans un thésaurus des informations qui ne font pas partie du champ du PMSI ?

Le codage de telles descriptions est théoriquement permis par le diagnostic documentaire. On rencontrera cependant deux types de difficultés, l'une liée à la nature des informations documentaires, l'autre liée à leur codage.

❖ Nature des informations :

Le champ "diagnostic documentaire" étant totalement libre, on peut y faire figurer des codes issus de la CIM-10, mais aussi de n'importe quelle autre nomenclature. La cohabitation des différents formalismes pose parfois quelques problèmes. Dans tous les cas, on s'assurera que :

☞ les codes des libellés "non CIM-10" n'entrent pas en conflit avec les codes CIM-10 officiels. Par exemple, les codes de morphologie des tumeurs qui débutent par M peuvent facilement se confondre avec ceux du chapitre XIII de la CIM-10.

Code morphologie des tumeurs	: M8405	<i>Hidradénome papillaire</i>
Code CIM-10	: M84.05	Fracture mal consolidée du fémur

☞ un code "non CIM-10" ne sera utilisé qu'en DAD. Son codage dans tout autre champ du PMSI entraînerait une erreur.

❖ Codage des informations :

☞ Compte tenu de la définition du DAD, un même item codé avec la CIM-10 peut parfois être utilisé tantôt en DAD tantôt en DAS selon le contexte de la prise en charge. Ce choix, parfois délicat reste de la responsabilité du codeur.

❖ Conseils :

☞ Par principe, ne pas détourner le sens de la CIM-10 pour coder des DAD. Par exemple, on ne modifiera pas le libellé **Endocardite aiguë, sans précision (I33.9)** en lui attribuant le sens de **Antécédent d'endocardite aiguë**, même en stipulant que le code I33.9 ne doit alors être employé qu'en DAD.

☞ Créer des nouveaux codes pour les descriptions n'appartenant pas au champ du PMSI en veillant bien à ce que ces codes n'aient aucune ressemblance avec les codes officiels de la CIM-10.

☞ Préciser de façon claire que ces codes hors du champ du PMSI ne peuvent être utilisés qu'en DAD.

☞ Enfin, rappeler les règles d'utilisation des DAD dans le guide d'utilisation, notamment pour écarter tout risque d'utilisation abusive du code DAD. On peut en effet craindre qu'ayant saisi un DAD, le codeur pense avoir épuisé sa description et néglige de saisir la description utile au groupage.

Exemple : en codant la tumeur sous l'angle morphologique **M8540/3 Maladie de Paget du sein**, le codeur pensera avoir parfaitement défini l'affection et oubliera de coder le code **C50.- Tumeurs malignes du sein**, seul utile pour le PMSI.

5.9. Les libellés de type "Autres" doivent être proscrits

Le thésaurus n'étant pas une classification, un libellé de type "Autre" n'a aucune signification. Toute mention de type "Autre" renvoyant à un contenu situé hors du libellé lui-même est interdit.

Ainsi, l'item *Laxité des ligaments du genou M23.8* est parfaitement correct et légitime. Par contre *Autres lésions internes du genou M23.8* n'est pas autorisé dans le thésaurus.

Remarque : c'est bien au libellé « *Autre...* » que va notre opposition et non au code .8.

Sachant qu'on ne doit pas trouver de libellés "Autre" dans un thésaurus, comment couvrir néanmoins toutes les situations possibles ? Il existe trois manières différentes de réaliser la clôture en fonction de l'objectif recherché.

❖ **Insérer sous forme de note un renvoi CIM-10 en précisant la (ou les) catégorie concernée :**

Dans cet exemple

<i>Ostéodystrophie rénale</i>	N25.0
<i>Hyperparathyroïdie secondaire d'origine rénale</i>	N25.8++01
<i>Syndrome de Lightwood-Albright</i>	N25.8++02
<i>Autres affections dues à une tubulopathie →</i>	voir CIM-10 (N25.-),

la discipline décrit précisément les affections dues à une tubulopathie qui lui semblent les plus utiles dans le cadre de sa pratique. Dans le cas où un utilisateur ne trouverait pas l'affection qu'il recherche, le diabète insipide néphrogénique par exemple, il est invité à se reporter à la CIM-10 à la catégorie N25.-.

On remarquera que "*Autres affections dues à une tubulopathie → voir CIM-10 (N25.-)*" n'est pas un item du thésaurus (il n'a pas de code CIM-10 associé), mais bien une note.

❖ **Créer un libellé générique excluant explicitement les autres rubriques complémentaires de la catégorie :**

La CIM-10 subdivise ainsi la catégorie **B01 Varicelle**

- B01.0† Méningite varicelleuse (G02.0*)**
- B01.1† Encéphalite varicelleuse (G05.1*)**
- B01.2† Pneumopathie varicelleuse (J17.1*)**
- B01.8 Varicelle avec autres complications**
- B01.9 Varicelle sans complication.**

La spécialité souhaite pouvoir coder à travers son thésaurus les varicelles avec autres complications. Elle créera le libellé suivant "*Varicelle compliquée sauf méningite, encéphalite ou pneumopathie varicelleuse*"; le code **B01.8** pourra alors lui être affecté, puisque toutes les complications que la CIM liste précisément auront été exclues dans le libellé.

❖ **Méthode mixte :**

Enfin, si la discipline est spécialement intéressée par une complication particulière telle la gingivite à *Trichomonas tenax*, il sera plus simple de la créer spécifiquement, éventuellement lui affecter un code spécialité et introduire un renvoi CIM-10.

<i>Gingivite à Trichomonas</i>	A59.8++01
<i>Autres formes de trichomonase →</i>	voir CIM-10

5.10. Gestion des exclusions

Les exclusions mentionnées dans la CIM-10 doivent être respectées. Cependant, il est rare que l'information contenue dans le libellé de spécialité permette une prise en compte correcte des exclusions.

En effet, "Hématurie" peut constituer une entrée légitime pour un thésaurus non urologique. Elle sera

alors tout naturellement codée R31 (Hématurie, sans précision).

Or, la CIM-10 précise pour la catégorie R31 : **A l'exclusion de:** hématurie récidivante ou persistante (N02.-). Ainsi l'utilisateur du thésaurus se trouvant confronté à une hématurie récidivante utilisera en toute bonne foi l'entrée de son thésaurus R31 au lieu de la catégorie N02.-.

Plusieurs solutions sont envisageables :

1/ Reproduire systématiquement sous forme de notes les exclusions de la CIM-10.

2/ Introduire systématiquement dans le thésaurus les libellés exclus. Ce qui revient dans notre exemple à dire que si on met la catégorie **R31 Hématurie, sans précision** dans le thésaurus alors il faut y mettre aussi **N02 Hématurie récidivante et persistante**.

3/ Modifier le libellé du thésaurus en l'écrivant :

Hématurie, à l'exclusion des hématuries récidivantes ou persistantes **R31.**

4/ Une autre solution serait de tenir compte du contexte : si l'on admet que les hématuries récidivantes ou persistantes sont logiquement prises en charge en urologie, cette distinction n'a pas d'intérêt en dehors de cette spécialité. Le risque est de "laisser passer" quelques anomalies de codage.

En pratique, comment faire pour gérer les exclusions ?

La procédure de gestion des exclusions consiste pour un niveau d'analyse donné à :

☛ regarder systématiquement pour chaque niveau à analyser (chapitre, souschapitre, catégorie, souscatégorie) s'il existe une note d'exclusion.

☛ si oui, discuter de l'opportunité d'inclure dans le thésaurus la description en cause de la façon suivante :

Pour chaque exclusion, on détermine si elle entre dans le champ de codage de la spécialité.

Si oui, alors on l'intègre au thésaurus en tant qu'entrée (généralement à cet endroit).

Si non, on ne l'intègre pas, mais on évalue soigneusement le risque d'avoir néanmoins à coder, même exceptionnellement, une telle affection et de ne pas respecter la contrainte d'exclusion CIM-10. Si le risque est jugé trop important, on explicite l'exclusion sous forme de note.

Exemple 1 : dans le cadre d'un thésaurus de rhumatologie

Arthropathies infectieuses (M00-M03)

M02

Arthropathies réactionnelles

A l'exclusion de: rhumatisme articulaire aigu (I00)
syndrome de Behçet (M35.2)

L'exclusion "rhumatisme articulaire aigu (I00)" intéresse la discipline. Elle sera donc intégrée (si ce n'est pas déjà fait) dans la sélection des catégories à 3 caractères.

Exemple 2 : dans le cadre d'un thésaurus de cardiologie

Troubles autres et non précisés de l'appareil circulatoire (I95-I99)

I95

Hypotension

A l'exclusion de: collapsus cardio-vasculaire (R57.9)
constatation d'une baisse non spécifique de la tension artérielle SAI (R03.1)
syndrome d'hypotension maternelle (O26.5)

Il n'y a pratiquement aucun risque qu'un médecin clinicien code *hypotension* pour *collapsus*. Il n'y a donc pas lieu de prévoir de traitement particulier.

S'agissant d'un thésaurus à l'usage des services de cardiologie, il y a peu de chance qu'on soit amené à coder *syndrome d'hypotension maternelle*, ces patientes étant plutôt hospitalisées dans les services d'obstétrique. Mais c'est néanmoins possible. Aussi sera-t-il prudent de traiter cette exclusion.

NB : les exclusions liées à la grossesse étant fréquentes, le plus simple ici sera d'exclure une fois pour toutes la grossesse du champ du thésaurus en insérant un avertissement du type : "ce thésaurus ne convient pas pour le codage des prises en charge obstétricales "...

Enfin, il existe une véritable ambiguïté entre **I95 Hypotension** et **R03.1 Constatation d'une baisse non spécifique de la tension artérielle SAI** qui s'estompe parfaitement dès lors que les deux entités peuvent être comparées (distinguées). Dans ce cas, il est souhaitable soit d'intégrer le descripteur **R03.1 Constatation d'une baisse non spécifique de la tension artérielle SAI**, soit de mentionner pour la catégorie **I95 Hypotension** la note : **À l'exclusion de**: constatation d'une baisse non spécifique de la tension artérielle SAI (R03.1).

5.11. Pourquoi les axes de description doivent-ils s'exclure mutuellement ?

Par exemple, imaginons un thésaurus dont les deux chapitres suivants sont situés à distance l'un de l'autre :

Défaillances

Choc cardiogénique **R57.0**
(...)

Complications d'actes diagnostiques et thérapeutiques

(...)
Choc pendant ou après acte **T81.1**

Ayant à coder un choc pendant un acte thérapeutique, il y a de fortes chances que le codeur, s'il ignore l'existence du T81.1 classé dans le chapitre des complications d'actes, utilise en toute bonne foi l'item R57.0 du chapitre défaillances.

Pour prévenir ce genre d'erreur, la CIM-10 utilise les exclusions (R57.0 exclut T81.1). Dans un thésaurus, plusieurs solutions sont envisageables qu'on pourra éventuellement associer selon le degré de fiabilité qu'on veut obtenir :

❖ **Introduire une exclusion :**

- soit dans le libellé

Choc cardiogénique, sauf au cours d'un acte thérapeutique ou diagnostique **R57.0**

- soit en note

Choc cardiogénique **R57.0**
si consécutif à un acte, voir chapitre
Complications d'actes diagnostiques et thérapeutiques

❖ **Créer une entrée multiple :**

c'est-à-dire procéder à la duplication d'un item dans plusieurs chapitres.

Dans l'exemple précédent, il aurait suffi de dupliquer T81.1 dans le chapitre "Défaillances" pour fiabiliser le thésaurus.

Défaillances

Choc cardiogénique

R57.0

Choc pendant ou après acte

T81.1

(...)

6. LA VALIDATION PAR L'ATIH

6.1. Types et conséquences de la validation

Globalement on peut distinguer deux sortes de validation. L'une porte sur la justesse du codage des libellés, l'autre porte sur la performance de l'outil en général et notamment sa capacité à générer un codage de qualité.

La première est relativement simple en ce sens que, généralement, le codage d'une information est correct ou ne l'est pas. Sauf erreur de la part de l'expert qui a procédé à la validation, le codage est opposable et garantit une utilisation non contestable dans le PMSI.

Le second type de validation ne constitue pas une adhésion inconditionnelle, qui, pour toutes les raisons développées précédemment, n'est pas envisageable. Elle marque simplement le fait qu'un certain nombre de problèmes a été étudié, discuté et que des compromis acceptables ont été trouvés.

6.2. Pérennité de la validation

Un thésaurus est un outil qui vit au rythme du monde qu'il est censé décrire. Des créations ou suppressions de codes officiels de la CIM-10, la modification des règles de codage ou des consignes de recueil pour le PMSI, ou tout simplement la découverte de nouvelles entités nosologiques obligeront à en évaluer le retentissement sur le thésaurus.

Toute modification réglementaire (règles de codage, modifications de la CIM-10, etc.) remet en question la validation du thésaurus qui, de fait, se trouve être limitée dans le temps. Il est de la responsabilité des sociétés savantes de procéder aux mises à jour périodiques de leur thésaurus. Il est souhaitable que celles-ci soient annuelles.

L'ATIH met chaque année à disposition des utilisateurs l'ensemble des modifications susceptibles de retentir sur les thésaurus. Les sociétés savantes doivent alors procéder à l'analyse de leur thésaurus et insérer d'éventuelles mises à jour. La revalidation du thésaurus sera ensuite effectuée par l'ATIH.

6.3. Éléments à vérifier

➤ Le contenu

L'objectif est de vérifier que le thésaurus possède bien le contenu minimal, à savoir :

- les maladies ou symptômes qui relèvent de la spécialité,
- les associations ou complications des affections précédentes,
- la description des "terrains" particuliers correspondant aux prises en charge habituelles de la spécialité,
- certains codes du chapitre XX de la CIM indispensables à tout thésaurus, tels la tentative de suicide, le marqueur d'infection nosocomiale, de pathologie professionnelle, la cause initiale d'une complication iatrogénique, etc.,
- les codes Z à vocation générale (chimiothérapie, suivi d'affection, bilan, etc.),
- les codes Z spécifiques (enlèvement de matériel d'ostéosynthèse en orthopédie ...).

Si le thésaurus contient **des exemples de codage de situations cliniques fréquentes**, valider et, éventuellement, mettre en garde contre le risque lié à une généralisation abusive.

➤ Les annexes

L'objectif est de vérifier la présence de toutes les explications et mises en garde nécessaires, à savoir :

- d'ordre général :

- objectifs et public visé par le thésaurus (le cas échéant, préciser que le thésaurus n'est utilisable que par la spécialité).
- note de précaution indiquant clairement que le thésaurus n'est validé que dans sa forme imprimée complète et avec le recours toujours possible à la CIM-10.
- définition des sigles ou abréviations utilisés. Tout sigle ou abréviation doit être défini suivant deux axes : ce que veut dire le signe et ce qu'il implique. Si possible, pour les abréviations utilisées dans le corps du thésaurus, les rappeler aussi souvent que nécessaire.
- définition de certains termes médicaux. Une définition doit être trouvée si certains termes médicaux s'écartent de l'acception standard.

- d'ordre particulier :

Le cas échéant doivent être précisés les principe, utilité et consignes d'utilisation de :

- renvois vers la CIM (groupe de catégories ou catégorie),
- codes de spécialité,
- codage combinatoire,
- consignes de codage dans le corps du thésaurus (*Coder aussi, Ne pas utiliser en DP, etc.*),
- abréviation SAI (++) ,
- codes documentaires.

➤ La forme

L'objectif est de vérifier que la structure et la présentation du thésaurus permettent une utilisation compatible avec un codage de qualité.

❖ Structure et segmentation du thésaurus :

☞ Apprécier le degré de systématisation des axes de description.

☞ Vérifier l'absence de recouvrement, même partiel, de contenu entre différents chapitres du thésaurus, après avoir recherché les éventuelles ambiguïtés de formulation dans les libellés.

❖ Entrées multiples :

☞ Vérifier que toutes les entrées multiples sont cohérentes entre elles.

❖ Éléments fonctionnels du thésaurus :

☞ Stabilité des conventions d'écriture et de présentation

☞ Adoption des conventions d'écriture CIM-10

- présence du point dans le code
- sens donné aux signes (), []

❖ Renvois vers la CIM-10 :

☞ S'assurer que les renvois CIM-10 sont valides et efficaces

❖ **Codes de spécialité :**

☞ S'assurer que le formalisme adopté pour les codes de spécialité n'est pas générateur d'erreurs de codage

❖ **Codages combinatoires :**

- ☞ Refuser
- les codages combinatoires à trois niveaux ou plus,
 - les combinaisons absurdes,
 - les combinaisons en concurrence avec la CIM-10.

➤ **Le sens**

Le premier objectif est de s'assurer que les descriptions sont compréhensibles et non ambiguës

- du point de vue du vocabulaire,
- du point de vue de la syntaxe.

Il convient notamment de vérifier qu'il n'existe pas d'ambiguïté dans l'interprétation des "et", des "ou" ainsi que des partitifs (*Rupture spontanée des tendons du poignet*).

Le second objectif est de s'assurer que toutes les descriptions ont un sens.

- ☞ Vérifier que tous les termes utilisés peuvent être clairement définis
- ☞ Vérifier que tous les items peuvent bénéficier d'un codage CIM-10 univoque
- ☞ S'assurer qu'il n'y a pas de libellé incohérent médicalement
- ☞ S'assurer que les libellés proposés présentent une valeur informative suffisante
- ☞ S'assurer qu'il n'existe aucun libellé de type "autre"

L'objectif suivant est de s'assurer que le choix des axes de description n'entraîne pas d'erreur de codage.

☞ Veiller à ce qu'il n'existe aucun recouvrement partiel entre les libellés du thésaurus (aucune situation clinique ne doit pouvoir être codée à l'aide de deux items du thésaurus, sauf double codage expressément prévu).

Le dernier objectif est de veiller à ce que le sens de la CIM-10 soit respecté.

☞ S'assurer qu'il n'y a pas de détournement de sens de libellé CIM-10, en particulier pour le codage des DAD.

➤ **Le codage**

❖ **Le codage des libellés :**

Le premier objectif est de s'assurer de la qualité des codages CIM-10 proposés.

- ☞ Refuser les descriptions imprécises incompatibles avec un codage de qualité
- ☞ Vérifier l'exactitude du codage en CIM de chaque libellé
- ☞ Vérifier l'absence de multicodage abusif.

Le deuxième objectif est de s'assurer que les exclusions ont bien été prises en compte.

L'objectif suivant est de s'assurer de la bonne gestion des dagues et des astérisques.

☞ Vérifier que les catégories astérisques sont bien utilisées lorsqu'elles le doivent

☞ S'assurer que lorsqu'il y a bijection les deux codes, dague et astérisque, sont associés au libellé

❖ **Le codage des affections intercurrentes non spécifiques :**

L'objectif est de s'assurer que les modalités choisies en permettent un codage efficace.

☞ En cas de renvoi systématique à la CIM-10, solution qui évite généralement les difficultés, s'assurer que

- lorsqu'une facette est laissée ouverte, il y a bien mention de "coder aussi ...".
- les affections auxquelles renvoie le "coder aussi" sont bien présentes dans le thésaurus ou bénéficient d'indications susceptibles de favoriser leur localisation dans la CIM-10.

☞ En cas de listes fermées d'affections, apprécier

- la logique qui prévaut à la sélection des items,
- les moyens mis à disposition de l'utilisateur pour coder les affections n'appartenant pas à ces listes,

❖ **Le codage pour le PMSI :**

L'objectif est de veiller à ce que le thésaurus permette et favorise l'application des règles de codage PMSI.

☞ Vérifier la justesse des définitions PMSI et des règles de codage si le thésaurus contient ces informations ; fournir une définition *in extenso*

☞ Vérifier la justesse des rappels des principes de la classification en GHM si le thésaurus contient une référence à ce point. Vérifier qu'il existe une recommandation incitant les utilisateurs à ne pas coder en fonction du résultat du groupage et *a fortiori* de la valorisation attendue. Rappeler à ce propos l'actualisation annuelle de cette valorisation

☞ S'assurer que la précision des descriptions est suffisante (problème des SAI)

☞ S'assurer que les libellés exclusivement utilisables en DAD sont clairement repérés et que le risque d'utilisation en DP, DR ou DAS est minimisé

☞ S'assurer qu'il n'y a pas d'incitation à utiliser abusivement le code dague en DP pour orienter le séjour dans la CMD correspondant à la spécialité

☞ S'assurer que les codes interdits en DP sont clairement repérés

☞ S'assurer que les extensions de la CIM-10 utilisées dans le PMSI sont mentionnées

☞ S'assurer qu'on ne trouve pas de mentions : coder en DP, coder en DAS ou coder en DR

☞ Rechercher si la recommandation d'un code imprécis empêche la prise en compte d'une CMA.

7. CONCLUSION

Constituer un thésaurus de spécialité est une entreprise profitable, mais difficile en raison du temps et des moyens que cela nécessite. Elle exige au mieux la collaboration d'un petit nombre de personnes formant un groupe homogène, au sein duquel seront associées des compétences cliniques dans la spécialité, des connaissances dans l'utilisation de la CIM et des notions précises des impératifs du PMSI. Pour faire œuvre utile, la société savante à l'origine de ce travail se doit de penser d'emblée aux moyens de le pérenniser en assurant sa maintenance. La lourdeur de l'ensemble de cette procédure, comme la nécessité de mettre à disposition des utilisateurs un outil maniable, incite à éviter de construire un outil trop complexe. La solution à ces difficultés est dans l'étude du meilleur équilibre entre l'illusoire exigence des cliniciens de repérer le plus précisément possible les différentes variantes des affections qu'ils rencontrent, et le besoin parfois frustrant de garder la référence à la CIM-10. Celle-ci reste en effet la base incontournable de codage sur laquelle se fondent les applications du PMSI. L'investissement que représente l'élaboration d'un thésaurus de spécialité pour ses concepteurs est cependant une aventure enrichissante, pour les échanges dans les différents domaines de compétence que l'on a vu nécessaires. Pour les utilisateurs du document final, sont assurées ainsi la qualité du codage, l'harmonisation de celui-ci permettant des échanges dépourvus d'ambiguïté entre membres d'une même spécialité et l'assurance du respect des exigences du PMSI.