

## Hearing concernant la classification des opérations chirurgicales, du 20 mars 1993: Rapport

Le 10 juin 1991, la Commission suisse de statistiques sanitaires a émis des recommandations concernant les statistiques médicales des établissements hospitaliers, auxquelles le Département fédéral de l'intérieur (DFI) et la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) ont par la suite donné leur accord. Au point 5 de ces recommandations, les cantons et les institutions concernées furent invités à classer les interventions diagnostiques et opératoires selon les directives de la Commission pour la statistique médicale de la VESKA ou selon d'autres normes reconnues sur le plan international. La Commission suisse recommanda à la VESKA d'examiner les possibilités d'introduire une nouvelle classification des opérations qui soit à même de satisfaire dorénavant aux divers besoins.

Après qu'un certain nombre d'institutions et de cantons [Genève, Vaud et le groupe de travail «Statistiques» du Groupement romand des services de santé publique (GRSP)] se furent adressés à la Commission suisse pour instaurer une nouvelle classification des interventions diagnostiques et opératoires, la Commission suisse, de son côté, pria la VESKA de rendre compte sur l'état actuel des travaux.

La VESKA prit position là-dessus lors de la séance de la Commission suisse de statistiques sanitaires du 9 décembre 1992. Selon les propos tenus par le représentant de la VESKA, la Commission pour la statistique médicale de la VESKA n'avait pas suivi la recommandation qui lui était faite d'examiner la possibilité d'introduire une nouvelle classification des opérations. Pour se justifier, elle invoqua le fait que la majorité des médecins participant aux statistiques médicales en Suisse appliqueraient de toute façon le code de la VESKA et que, du point de vue médical et par souci de continuité, ils préféreraient renoncer à un changement. La discussion a montré à l'évidence qu'il fallait prendre rapidement une décision quant au choix d'un système de classification des opérations. C'est pourquoi la Commission suisse de statistiques sanitaires décida de s'attaquer elle-même au problème. N'ayant pu se décider, pour des raisons formelles, sur une recommandation de l'application sans délai de l'ICD-9-CM au plan national, la Commission suisse se résolut à mettre sur pied une séance d'information à l'intention des milieux intéressés, relative à la classification des opérations chirurgicales. Plusieurs experts suisses et étrangers y furent égale-

ment invités pour exposer les avantages et les inconvénients des trois systèmes de classification: Code des opérations de la VESKA, ICD-9-CM, vol. 3 et ICPM-DE/GE.

### Liste des participants

Experts et expertes

En faveur du code des opérations de la VESKA:

- Dr Adam Fischer, Service de chirurgie cardiovasculaire, BH-10, CHUV, Lausanne
- Dr Walter Häcki, président de la Commission pour la statistique médicale de la VESKA, Lucerne
- Prof. B. Nachbur, président de la Société suisse de chirurgie vasculaire, clinique de chirurgie thoracique, cardiaque et vasculaire, Hôpital de l'Île, Berne
- Dr Jana Stutz, Informatique et Organisation, Hôpital de l'Île, Berne
- Dr Vincent Griesser, Centre d'informatique hospitalière, Hôpital cantonal universitaire, Genève, en remplacement du Dr Pierre Frutiger.

En faveur de l'ICPM-DE/GE (Dutch Extension/German Extension):

- Dr Bernd Graubner, Division d'informatique médicale de l'Université Georg-August, Göttingen
- Prof. Rudolf Thurmayr, Institut de statistique médicale et d'épidémiologie, Klinik Rechts der Isar der Technischen Universität München, Munich.

En faveur de l'ICD-9-CM:

- Dr Vincent Griesser, Centre d'informatique hospitalière, Hôpital cantonal universitaire, Genève, en remplacement du Dr Pierre Frutiger

- Prof Fred Paccaud, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
- Prof Francis Roger, Centre d'information médical, Clinique universitaire, Louvain/Belgique.

En faveur des DRGs/VD:

- Alain Boutat, Département statistique de l'ADIES, Prilly.

Hôtes

- Commission suisse de statistiques sanitaires
- VESKA
- Société suisse de chirurgie
- Société suisse de chirurgie vasculaire

- Société suisse de gynécologie et d'obstétrique
- Société suisse d'informatique médicale
- Société suisse de chirurgie thoracique, cardiaque et vasculaire.

Les experts répondent aux questions

### 1. Qui, à votre avis, procède à la classification et dans quel but?

Classification	Réponses
Code des opérations de la VESKA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• documentation médicale</li> <li>• recherche épidémiologique et clinique</li> </ul>
ICD-9-CM, vol. 3 (USA)	<p><b>utilisation:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Au sein de la CEE: Belgique, Espagne, Italie, Irlande et Portugal classifient officiellement en ICD-9-CM; la France code en ICD-9-CM partiellement, à usage interne et à des fins de comparaisons internationales, et la Hollande utilise l'ICD-9-CM pour les diagnostics.</li> <li>• En Europe de l'Est: Hongrie, Russie, Tchécoslovaquie.</li> <li>• Ailleurs: USA, Chine, Taiwan, Japon, Corée du Sud.</li> </ul> <p><b>but:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• documentation médicale</li> <li>• statistique hospitalière: évaluation des soins (comparaison internationale), épidémiologie (comparaison internationale)</li> <li>• système de décompte</li> <li>• formation des DRGs: il y a des tables de conversion avec l'OPCS (Angleterre), le CDAM (France), les codes scandinaves, hollandais et allemand.</li> </ul>
ICPM-DE/GE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• documentation médicale</li> <li>• études épidémiologiques</li> <li>• contrôle de qualité</li> <li>• statistique des établissements hospitaliers: détermination de forfaits par cas (système allemand)</li> </ul>

Les experts répondent aux questions (suite)

**2. Comment jugez-vous les avantages et les inconvénients de la classification dans les trois champs d'application: documentation clinico-médicale, recherche épidémiologique et classification statistique?**

Classification	Réponses
Code des opérations de la VESKA	<p><b>Avantages</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• élaboré en deux langues, pas de traduction (all./franç.); version italienne pas nécessaire selon les médecins</li> <li>• existe depuis 20 ans, utile pour une statistique à long terme, comprend un thésaurus</li> <li>• adaptations aisées [révisions annuelles de moindre importance, grandes révisions périodiques (par chapitres)]</li> <li>• développé par des médecins suisses</li> <li>• est supérieur aux deux autres codes en chirurgie cardiaque</li> </ul> <p><b>Inconvénients</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mauvaise collaboration internationale (n'est que partiellement en usage à l'étranger, conversion de code nécessaire pour les études et la formation des DRGs)</li> <li>• élaboré sur la base d'une collaboration bénévole des spécialistes</li> <li>• absence de diverses interventions non opératoires (radiologie, laboratoire)</li> <li>• les interventions non opératoires ne sont pas classées séparément (exception: soins intensifs)</li> <li>• actuellement lacunaire pour la documentation médicale (vocabulaire clinique en grande partie inexistant)</li> </ul>
ICD-9-CM, vol. 3 (USA)	<p><b>Avantages</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• système le plus répandu dans le monde</li> <li>• corrections possibles au niveau de la traduction, d'où plus de flexibilité pour la documentation, le facteur restrictif étant la compatibilité avec les DRGs</li> <li>• actualisation annuelle (par les USA)</li> <li>• des comparaisons internationales directes sont possibles</li> <li>• en règle générale, classification plus détaillée que le code VESKA</li> <li>• la formation des DRGs et d'autres systèmes de classification des patients est possible</li> </ul> <p><b>Inconvénients</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pas idéal pour la chirurgie cardiaque et la chirurgie vasculaire</li> <li>• actuellement lacunaire pour la documentation médicale (vocabulaire clinique en grande partie inexistant)</li> </ul>
ICPM-DE/GE	<p><b>Avantages</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• conception systématique fondée sur des données de l'OMS (ne se limite pas aux interventions opératoires)</li> <li>• omission de certains domaines, tel celui des médicaments</li> <li>• obligatoire dans deux pays de la CE</li> </ul> <p><b>Inconvénients</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hormis la Hollande, pas encore très répandu</li> <li>• est encore sujet à développement</li> <li>• absence de certains domaines (laboratoire, radiologie)</li> <li>• actuellement lacunaire pour la documentation médicale (vocabulaire clinique en grande partie inexistant)</li> </ul>

*Les experts répondent aux questions (suite)***3. Lequel de ces trois systèmes de classification est, à votre avis, le meilleur et que vous recommanderiez comme classification standard? Prière de justifier votre choix**

Classification	Réponses
Code des opérations de la VESKA	Convient bien comme statistique nationale, mais il est insuffisant sur le plan international (aucune classification des opérations n'est idéale; aucune classification n'ayant été recommandée sur le plan international, c'est le code des opérations de la VESKA qui est le meilleur pour la Suisse)
ICD-9-CM, vol. 3 (USA)	Tient lieu actuellement de norme; on peut toutefois lui reprocher qu'il est incomplet (opérations seulement) et que l'utilisateur étranger n'a pas d'influence.
ICPM-DE/GE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'ICPM a été recommandé par l'OMS à des fins d'expérimentation</li> <li>• Une collaboration européenne est parfaitement possible</li> <li>• Est le mieux sujet à développement</li> </ul>

*Les experts répondent aux questions (suite)***4. Est-il possible, à votre avis, que l'OMS ou la CE recommande l'un de ces systèmes de classification (ou d'autres) comme classification standard des opérations sur le plan mondial ou européen? Si oui, dans quel but et quand?**

Classification	Réponses
Code des opérations de la VESKA	La préférence des Européens ira certainement à l'ICPM, alors que les Américains plaideront auprès de l'OMS en faveur de l'ICD-9-CM, vol. 3.
ICD-9-CM, vol. 3 (USA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourrait être recommandé par le Comité européen de normalisation (CEN) comme base de grille de transcodage avec l'ICPM, la VESKA, l'OPCS-4, Read, etc. Jusqu'à présent il a accepté les deux recommandations suivantes: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obtenir un catalogue des classifications existantes (dont ICD-9-CM, VESKA, ICPM, OPCS, ...). Ce catalogue officiel (dont l'OMS a accepté la gestion à Genève) n'est destiné qu'à reconnaître la version du code auquel il est fait référence.</li> <li>2. Obtenir une structure autorisant les comparaisons entre classifications existantes des opérations chirurgicales. Cette structure est plus détaillée que les systèmes actuels de classification.</li> </ol> </li> <li>• L'OMS ne recommandera probablement pas de classification standard des opérations, car les différences technologiques sont trop grandes d'un pays à l'autre.</li> </ul>
ICPM-DE/GE	Comprenant force détails et vu ses possibilités de développement et aussi son caractère obligatoire en RFA dès 1995/1996, il pourrait être déclaré comme classification standard dans une future directive de la CE.

*Les experts répondent aux questions (suite)*

**5. Compte tenu des mutations au niveau des techniques opératoires, il s'agit de revoir périodiquement la classification (en la modifiant ou en la complétant). Quel échéancier proposez-vous à cette fin? Quelles sont vos modalités de classification (c'est-à-dire à quel rythme, par qui et comment)? Quels moyens une révision exige-t-elle?**

Classification	Réponses
Code des opérations de la VESKA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situation réelle: pas de besoin, pas de périodicité fixe</li> <li>• Recommandation: tous les 2 ou 3 ans, au maximum tous les 5 ans</li> </ul>
ICD-9-CM, vol. 3 (USA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situation réelle: chaque année. Exemple de la Belgique: rencontre mensuelle des représentants des hôpitaux universitaires</li> <li>• Recommandation: révision annuelle</li> </ul>
ICPM-DE/GE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recommandation: actualisation partielle annuelle, révisions plus importantes tous les 2 ans ou tous les 5 ans au maximum</li> <li>• Manière de procéder: se reporter aux délibérations des réunions tenues par les associations professionnelles ou se donner mutuellement des conseils</li> </ul>

*Les experts répondent aux questions (suite)*

**6. Un problème typiquement suisse est la question des langues, dans la mesure où la classification devrait être rédigée en langue allemande, française et italienne. Cela vous pose-t-il un problème au niveau de la classification? Quelles solutions proposez-vous? Combien vous coûte une traduction?**

Classification	Réponses
Code des opérations de la VESKA	Pas de problème: existe en deux langues (all./franç.), l'italien n'étant pas nécessaire selon les médecins
ICD-9-CM, vol. 3 (USA)	Pas de problème: existe en trois langues (all./franç./ital.)
ICPM-DE/GE	Existe en deux langues (holl./all.); traduction requise pour les versions française et italienne

*Les experts répondent aux questions (suite)*

**7. A votre avis, faut-il poursuivre la voie typiquement suisse, c'est-à-dire recourir au code des opérations de la VESKA, ou faut-il suivre une nouvelle voie au sens d'une coordination internationale? Considérez-vous une perspective à court terme (5 prochaines années) différemment d'une perspective à long terme?**

Classification	Réponses
Code des opérations de la VESKA	Actuellement, un changement de système ne s'impose pas, étant donné que le code de la VESKA a fait ses preuves et que le passage de l'ICD-9 à l'ICD-10 occasionne un surcroît de travail.
ICD-9-CM, vol. 3 (USA)	P. ex. en Belgique, à court terme (5 prochaines années), il a paru souhaitable d'utiliser la voie japonaise, c-à-d de profiter de l'expérience acquise à une large échelle aux USA et d'utiliser le code ICD-9-CM avec des compléments locaux, plutôt que de créer un système isolé, avec des codes difficiles à comparer entre pays, en risquant de payer plus cher pour obtenir des résultats plus discutables, surtout en matière de regroupements de patients. Dès que l'Europe disposera de banques de données comparables aux Etats-Unis, une méthodologie plus spécifique pourra être envisagée.
ICPM-DE/GE	Option: code unifié pour l'Europe → préférer l'ICPM à long terme Requis en plus: recueil de la terminologie clinique (thésaurus) ainsi que la classification SNOMED

*Les experts répondent aux questions (suite)*

**8. La réunion de données relatives aux opérations chirurgicales, de données socio-démographiques et de données relatives aux diagnostics permet de constituer des indices synthétiques. Par ex.: DRGs (Diagnosis related groups) ou PMC (Patient management categories). A ce propos, quels sont à votre avis les avantages et les inconvénients des trois classifications des opérations chirurgicales?**

Classification	Réponses
Code des opérations de la VESKA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La formation des DRGs par une grille de transcodage avec l'ICD-9-CM n'est pas sans problème, mais elle est possible</li> <li>• le système de classification DRG n'est pas convaincant.</li> </ul>
ICD-9-CM, vol. 3 (USA)	La formation des DRGs ne pose pas de problèmes, contrairement aux autres systèmes de classification
ICPM-DE/GE	L'ICPM et l'ICD-9-CM ont la même structure de base; la formation des DRGs n'est pas sans problème, mais elle devrait être possible

*Les experts répondent aux questions (suite)*

**9. Quelle procédure recommandez-vous en relation avec une classification courante des patients par le biais des DRGs ou des PMC? Opteriez-vous inconditionnellement pour la classification américaine des opérations et pour le «Grouper-Software», ou adapteriez-vous ce dernier système à votre classification standard préférée?**

Classification	Réponses
Code des opérations de la VESKA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les DRGs et les PMC sont des concepts généraux qui permettent de déterminer, en premier lieu pour l'administration hospitalière, les prestations et la planification; ils servent de modèle à la recherche épidémiologique. Jusqu'à présent, leur pertinence pour le développement et la gestion du système de santé n'a pas été démontrée.</li> <li>• Si les DRGs devaient se révéler pertinents, il serait plus judicieux, tant du point de vue scientifique qu'informatique, d'adapter le Grouper-Software à la classification retenue.</li> </ul>
ICD-9-CM, vol. 3 (USA)	La préférence est donnée, pour la classification des opérations, aux systèmes d'origine américaine, c'est-à-dire l'ICD-9-CM, vol. 3, et le Grouper Software.
ICPM-DE/GE	Les systèmes de classification des patients doivent être adaptés aux conditions européennes.

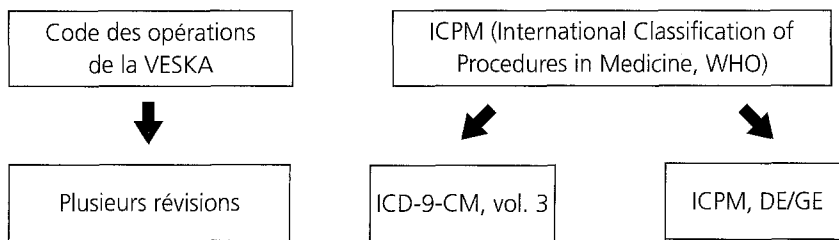
*Les experts répondent aux questions (suite)*

**10. Quels autres arguments estimez-vous importants pour choisir la classification des opérations chirurgicales?**

Classification	Réponses
Code des opérations de la VESKA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Praticabilité</li> <li>• Confort d'utilisation (p. ex. pour les médecins)</li> </ul>
ICD-9-CM, vol. 3 (USA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cercle d'utilisateurs élargi (à part les médecins, également les épidémiologistes, managers, planificateurs de santé, etc.)</li> <li>• Aspects techniques: révisions, services responsables</li> <li>• Admis sur le plan politique</li> </ul>
ICPM-DE/GE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comparabilité des résultats sur le plan international</li> <li>• Collaboration internationale pour développer le système de classification</li> <li>• Terminologie médicale: lexique des synonymes!</li> </ul>

## Conclusions tirées des exposés et de la discussion

Le système de classification le plus traditionnel est le code de la VESKA, en usage depuis plus de quatre lustres sur le plan international. L'ICD-9-CM est le système standard le plus répandu. Enfin, l'ICPM-DE/GE est un système récent. L'ICD-9-CM et l'ICPM-DE/GE ont pour base taxinomique commune l'ICPM, qui a été recommandé par l'OMS en 1981 à des fins d'expérimentation:



S'agissant de la classification des opérations chirurgicales, il convient de dégager divers *objectifs*: Tandis que les *cliniciens aspirent à une classification scientifique* (documentation, recherche), les *informaticiens et les planificateurs*, eux, mettent l'accent sur la *taxinomie* (systèmes de classification des patients, gestion d'entreprise). De même, les opinions divergent quant aux systèmes de classification des patients: Alors que d'aucuns considèrent les DRGs importants du point de vue économique, d'autres mettent leur utilité en doute, arguant qu'ils ne permettent pas davantage de maîtriser les coûts et qu'ils ne sont pas forcément désirables en Europe dès lors qu'ils relèvent du Health Care System américain. On est même allé jusqu'à estimer qu'il fallait disjoindre les aspects médicaux des questions économiques. En effet, le fait de procéder à une classification à des fins diverses dans le cadre d'une même statistique peut occasionner de telles distorsions que la qualité des données visée au

départ s'en trouve affectée, voire compromise. Or, ceci n'est qu'un aspect secondaire si l'on en croit un expert. Une importance fondamentale revient en effet:

- au contrôle de la qualité et à la question de savoir quels efforts est-on prêt à consentir;
- aux révisions ou aux conversions de codes et aux frais qui y sont liés.

Il s'agit donc non pas tellement de défendre un système donné que de trouver une nouvelle voie sur le

plan de l'organisation. Pour choisir un système de classification, les critères sont les suivants:

- du point de vue politique: Quel système de classification prévaudra en Europe, quel sera le choix des pays industriels?
- du point de vue technique: Quelle est l'instance responsable des adaptations et des révisions?
- du point de vue taxinomique: Comment classer en bonne et due forme, et dans des catégories appropriées, les interventions opératoires compte tenu de leurs corrélations?

Les experts étrangers ont estimé qu'en Suisse il faudrait prendre sans tarder une décision quant à un système de classification des opérations chirurgicales et mettre en place une infrastructure efficace pour en assurer l'exploitation, car le système actuel ne répond plus aux exigences du moment. Les possibilités suivantes entrent en ligne de compte pour décider d'un système approprié:

– Maintien d'une classification propre: Nous conservons une liberté de décision mais nos ressources sont peut-être limitées. Cette option nous permettrait de développer le code existant des opérations de la VESKA et de l'adapter aux besoins de notre pays tout en l'harmonisant avec l'un des deux autres codes. Elle permettrait aussi de s'adapter aux nouveautés sans pour autant abandonner notre système traditionnel.

– Application d'une classification étrangère. Nous reprenons par exemple l'ICD-9-CM des Etats-Unis, en nous limitant à le traduire, et nous laissons aux autres le soin de décider en la matière. Cette option pourrait poser problème lors d'une modification du système de santé américain. Dans ce cas, un centre national de référence deviendrait indispensable.

– Création d'un centre européen, élaboration et application collectives d'une classification uniforme des interventions opératoires. Une collaboration européenne a été jugée nécessaire et judicieuse, dans la mesure où il existe sur le plan européen un besoin en méthodes standardisées. Eu égard au caractère obligatoire de l'ICPM-GE en RFA dès 1995/1996 et au nombre important de personnes concernées (80 millions de citoyens allemands!), il n'est pas exclu que ce système serve en Europe de norme. En Allemagne, un centre de référence sera érigé pour l'ICPM, permettant ainsi une réactualisation annuelle.

– Utilisation des textes en toutes lettres: Les hôpitaux pourront saisir des données selon leur propre appréciation. La codification sera l'affaire des statisticiens. Cette possibilité est à considérer comme une perspective d'avenir; elle n'est certainement pas réalisable à court et à moyen terme.

Théoriquement, toutes les possibilités restent ouvertes. On peut par exemple aussi imaginer de passer

de l'ICD-9-CM à la ICPM. Selon un certain expert, il est de toute façon préférable de reprendre un système existant que d'en développer soi-même un nouveau.

### Conclusions

- Du point de vue strictement médical, les experts sont unanimes à penser que tous les systèmes de classification sont valables et qu'aucun d'entre eux ne se distingue des autres par ses meilleures qualités.
- Pour les applications extra-médicales et en particulier celles allant au delà de la documentation, la préférence est actuellement

donnée à l'ICD-9-CM, vol. 3. Eu égard notamment à l'emploi des DRGs aux Etats-Unis, cela est dû aussi bien à l'appréciation de l'efficacité des traitements hospitaliers qu'aux paiements eux-mêmes.

- Les progrès fulgurants de la technologie impliquent que la classification des opérations soit révisée constamment. Les systèmes de classification qui ne sont pas révisés en permanence se dévalorisent rapidement.
- Une infrastructure est indispensable pour procéder à des adaptations ou révisions permanentes. Si une collaboration internationale facilite certes les travaux du service responsable, elle n'en devient pas superflue pour autant.

---

### Ce rapport a été établi pour la Commission suisse de statistiques sanitaires par:

Dr Thomas Spuhler, Katharina Weiss  
Office fédéral de la statistique  
Division de la population et  
de l'emploi  
Section de la santé  
Schwarztorstrasse 53  
CH-3003 Berne/Suisse