

# « Un plus un, ça ne fait pas toujours deux » : le codage médical en coulisse

Bovet, Émilie

[Résumé](#) | [Index](#) | [Plan](#) | [Texte](#) | [Notes](#) | [Illustrations](#) | [Citation](#) | [Auteur](#)

## Résumés

Alors que le champ du *big data* en santé est peuplé de codes de différents types, les sciences sociales se sont peu intéressées aux codes plus « classiques » qui composent les classifications internationales des maladies. Ceux-ci sont pourtant constitutifs du système de santé, tout comme les professions habilitées à les faire exister et évoluer. Grâce à l'analyse de sources écrites telles que des manuels, des rapports ou des classifications, combinée à des entretiens et des observations menés auprès de professionnelles du codage médical, cet article revient non seulement sur les enjeux qui sous-tendent les publications successives de la classification internationale des maladies en matière de choix de codes, mais explore aussi le quotidien professionnel de celles et ceux qui doivent sélectionner des codes pour chaque patient-e hospitalisé-e.

While the field of big data in health is filled with codes of various types, social sciences have shown little interest in the more “traditional” codes that make up the International Classifications of Diseases. Yet these codes are the building blocks of the health system, as are the professions entitled to make them exist and evolve. Through the analysis of written sources such as textbooks, reports or classifications, combined with interviews and observations obtained from medical coding professionals, this article not only revisits the underlying stakes in the successive publications of the International Classification of Diseases in terms of code selection, but also explores the daily professional life of those who have to select codes for each and every hospitalized patient.

[Haut de page](#)

## Entrées d'index

[Haut de page](#)

## Texte intégral

### Les codes médicaux : des objets peu explorés par les sciences sociales

1 Dans le champ du *big data*, en santé comme ailleurs, les « codes » sont présents partout : ils correspondent à la création de nouveaux langages, de logiciels et d'algorithmes. De plus, les données en santé sont « codées », c'est-à-dire transformées pour de multiples usages (établir des statistiques, croiser des informations, alimenter des études de marché, renseigner les assureurs, mener des recherches, etc.), mais aussi pour pallier l'impossibilité de les anonymiser. Face à cette masse de codes, souvent difficilement compréhensibles pour des non-expert-es, on perd de vue les codes plus « classiques » tels ceux qui composent la Classification internationale des maladies (CIM) et les ouvrages qui en sont dérivés, qui sont pourtant constitutifs des données de santé et sont mobilisés sur l'ensemble de la planète. Ces codes se créent, se transforment ou sont abandonnés au cours des diverses révisions des classifications des maladies.

2 Pour qu'ils circulent, les ressources humaines mobilisées sont nombreuses : des centaines d'expert-es, mandaté-es par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et réparti-es dans le monde entier, débattent, publient et tentent de s'accorder sur des structures de classement ; des groupes indépendants de l'OMS, spécialisés dans différents domaines de la médecine et de l'épidémiologie, développent des outils pour améliorer le codage de l'information, établir des études comparatives entre pays et s'assurer du maintien de la continuité statistique entre les révisions de la CIM. Enfin, des codeurs et codeuses doivent apprivoiser le langage de la CIM, maîtriser les innombrables codes et les non moins innombrables termes auxquels ils se réfèrent, connaître suffisamment les situations cliniques concrètes pour les coder adéquatement.

- 1 Pour plus de détails, voir le site du programme DataSanté : <https://www.data-sante.fr/> (consulté le 1 (...))
- 2 Une exception notable est le travail du sociologue Pierre-André Juven sur la manière dont on quant (...)

3 Le présent article prolonge les nombreuses réflexions autour du parcours des données de santé, partagées au sein du groupe de recherche « Relation thérapeutique, place de l'individu souffrant et imaginaires soignants des prémices de la médecine clinique aux promesses de la médecine personnalisée (xviii-xix<sup>e</sup> siècles) ». Ce groupe est composé d'historien-nes et de sociologues impliqué-es dans le programme DataSanté, soutenu par la région Pays de la Loire et l'université de Nantes et réunissant une cinquantaine de chercheuses et chercheurs « autour des algorithmes et de l'utilisation des data en santé<sup>1</sup> ». La recherche post-doctorale effectuée dans ce cadre m'a rapidement menée à m'intéresser aux codes en tant que tels, ainsi qu'aux codeurs et codeuses, catégorie professionnelle qui œuvre dans l'ombre alors que le champ de la médecine ne peut absolument pas s'en passer. Les travaux réalisés en sciences sociales sur le codage médical et les personnes chargées d'exercer cette fonction sont rares<sup>2</sup>, et il est difficile d'appréhender leur quotidien ainsi que les exigences nécessaires pour maîtriser le codage. Une double démarche paraît nécessaire pour pallier ce manque de travaux.

- 3 En l'occurrence, je n'ai pas eu d'interlocuteur masculin qui soit un codeur professionnel.
- 4 Pour des questions de confidentialité, la ville et le nom de l'hôpital ne seront pas mentionnés.
- 5 Les codeuses ont veillé à ne jamais me montrer les données confidentielles figurant sur les dossier (...)
- 6 Gladys Swain, « Chimie, cerveau, esprit et société : paradoxes épistémologiques des psychotropes e (...)
- 7 Si j'ai réalisé un travail critique sur les classifications médicales grâce à l'analyse de sources (...)

4 Premièrement, l'exploration de sources écrites et audiovisuelles, telles que les différentes classifications de maladies, les rapports de l'OMS, les manuels, les sites relatifs à la formation professionnelle, les documents hospitaliers, les documents publiés par des associations de codeurs et codeuses, ainsi que les vidéos réalisées dans les pays anglo-saxons pour faciliter la

tâche des futur-es professionnel·les m'ont aidée à cerner progressivement les contours du codage médical. Il m'a été indispensable, dans un second temps, de compléter ces sources par des entretiens avec trois médecins, spécialistes en épidémiologie clinique, pour me familiariser avec la complexité du système relatif au codage des données médicales dans une perspective de remboursement des séjours hospitaliers. Je me suis enfin entretenue avec cinq professionnel·les du codage<sup>3</sup>, qui m'ont par ailleurs autorisée à passer quelques journées auprès d'elles, dans l'unité de codage d'un hôpital de Suisse romande<sup>4</sup>, afin de mieux saisir les opérations à effectuer quotidiennement<sup>5</sup>, les échanges nécessaires pour le choix d'un code, ainsi que les questions et problèmes récurrents. Ce n'est qu'en combinant ces sources variées que j'ai pu, au fur et à mesure, structurer l'analyse des différentes données pour effectuer ce que la psychiatre française Gladys Swain nommait une « analyse historique du présent<sup>6</sup> » et avoir ainsi un meilleur aperçu des enjeux qui caractérisent la publication des classifications et des changements que cela entraîne aujourd'hui sur l'exercice du codage<sup>7</sup>.

## La CIM : d'un usage statistique à la justification des remboursements

- 8 Xavier Heuschling, « La statistique internationale, son origine et ses progrès », *Journal de la so* (...)
- 9 Organisation mondiale de la santé, *Manuel de classement statistique international des maladies*, tr (...)

<sup>5</sup>Le codage médical repose sur un ouvrage principal : la Classification internationale des maladies, plus communément appelée CIM. Sa genèse remonte à la Liste internationale des causes de décès. Parue en 1900, cette liste poursuit l'un des principaux objectifs explicités à l'époque par le champ de la statistique médicale : répertorier les causes de décès et les introduire dans un classement systématique à des fins de comparaison et de généralisation<sup>8</sup>. Cette première version sera révisée environ tous les dix ans. Après la Seconde Guerre mondiale, le choix est de privilégier une approche statistique qui se focalise sur la morbidité en plus de la mortalité. Une commission préparatoire suggère d'intituler ce classement « Classification internationale des maladies, blessures et causes de décès<sup>9</sup> », et c'est ainsi que l'International Classification of Diseases (ICD ou CIM en français) est mobilisée pour la première fois en 1948. Dès lors, elle est publiée par l'OMS.

<sup>6</sup>Actuellement, la CIM-10 est utilisée sur l'ensemble de la planète, dans des versions sensiblement différentes en fonction des pays. La onzième révision est entrée en vigueur au début de l'année 2022, mais son usage ne s'est pas encore généralisé. Suivant les versions et les régions, on la nomme « Classification internationale des maladies », ou « Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes ». Concrètement, la CIM se présente comme un volumineux ouvrage contenant des rubriques, des tableaux et de longues listes de codes, accompagnés de précisions sur l'étiologie de la maladie ou sur l'endroit du corps où cette dernière est localisée. Des rubriques sont également conçues pour se référer à tous les accidents, traumatismes ou empoisonnements dont les séquelles nécessitent une hospitalisation, et par conséquent un code spécifique.

Fig. 1 : Version canadienne de la Classification internationale des maladies, 10<sup>e</sup> édition (CIM-10), code N83

<b>N83</b>	<b>Affections non inflammatoires de l'ovaire, de la trompe de Fallope et du ligament large</b>
	A Exclusion de : hydrosalpinx (N70.1)
<b>N83.0</b>	<b>Kyste folliculaire de l'ovaire</b>
	Comprend : Kyste (du) :
	• folliculaire hémorragique (de l'ovaire)
	• folliculaire de De Graaf
<b>N83.1</b>	<b>Kyste du corps jaune</b>
	Comprend : Kyste hémorragique du corps jaune
<b>N83.2</b>	<b>Kystes de l'ovaire, autres et sans précision</b>
	Comprend :
	Rétentionnel } kyste de l'ovaire
	Simple }
	A Exclusion de : kyste de l'ovaire :
	• au cours du développement (Q50.1)
	• tumoral (D27)
	syndrome ovarien polykystique (E28.2)
<b>N83.3</b>	<b>Atrophie acquise de l'ovaire et de la trompe de Fallope</b>
<b>N83.4</b>	<b>Prolapsus et hernie de l'ovaire et de la trompe de Fallope</b>
<b>N83.5</b>	<b>Torsion de l'ovaire, du pédicule ovarien et de la trompe de Fallope</b>
<b>N83.50</b> ◆	<b>Torsion de l'ovaire et du pédicule ovarien</b>
<b>N83.51</b> ◆	<b>Torsion de la trompe de Fallope</b>
<b>N83.52</b> ◆	<b>Torsion de l'ovaire et du pédicule ovarien avec torsion de la trompe de Fallope</b>
<b>N83.6</b>	<b>Hématosalpinx</b>
	A Exclusion de : hématosalpinx avec :
	• hématoocolpos (N89.7)
	• hématométrie (N85.7)
<b>N83.7</b>	<b>Hématome du ligament large</b>
<b>N83.8</b>	<b>Autres affections non inflammatoires de l'ovaire, de la trompe de Fallope et du ligament large</b>
	Comprend : Endosalpingiose
	Syndrome de déchirure du ligament large [Allen-Masters]
<b>N83.9</b>	<b>Affection non inflammatoire de l'ovaire, de la trompe de Fallope et du ligament large, sans précision</b>

Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, 10<sup>e</sup> version, Ottawa (Canada), Institut canadien d'information sur la santé, 2012.

Fig. 2 : Version française de la Classification internationale des maladies, 10<sup>e</sup> édition (CIM-10), code N83

- N83 Affections non inflammatoires de l'ovaire, de la trompe de Fallope et du ligament large**  
*À l'exclusion de :* hydrosalpinx (N70.1)
- N83.0 Kyste folliculaire de l'ovaire**  
 Kyste (de) :  
 • folliculaire hémorragique (de l'ovaire)  
 • follicule de De Graaf
- N83.1 Kyste du corps jaune**  
 Kyste hémorragique du corps jaune
- N83.2 Kystes de l'ovaire, autres et sans précision**  
 Kyste rétionnel | de l'ovaire  
 Kyste simple  
*À l'exclusion de :* kyste de l'ovaire :  
 • au cours du développement (Q50.1)  
 • tumoral (D27)  
 syndrome ovarien polykystique (E28.2)
- N83.3 Atrophie acquise de l'ovaire et de la trompe de Fallope**
- N83.4 Prolapsus et hernie de l'ovaire et de la trompe de Fallope**
- N83.5 Torsion de l'ovaire, du pédicule ovarien et de la trompe de Fallope**  
 Torsion (de) :  
 • hydatide de Morgagni  
 • trompe surnuméraire
- N83.6 Hématosalpinx**  
*À l'exclusion de :* hématosalpinx avec :  
 • hémato-colpos (N89.7)  
 • hématométrie (N85.7)
- N83.7 Hématome du ligament large**
- N83.8 Autres affections non inflammatoires de l'ovaire, de la trompe de Fallope et du ligament large**  
 Syndrome de déchirure du ligament large Masters et Allen
- N83.9 Affection non inflammatoire de l'ovaire, de la trompe de Fallope et du ligament large, sans précision**

Source : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, CIM-10 FR 2017 à usage PMSI*, Lyon, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, 2017.

Le code N83 se trouve à la rubrique « Maladies de l'appareil génito-urinaire (N00-N99) » de la CIM-10 et se décline selon plusieurs spécificités. On peut noter que la version canadienne (figure 1) contient des codes supplémentaires (N83.50 ; N83.51 ; N83.52) par rapport à la version française (figure 2), laquelle apporte plutôt des précisions sous un seul code (N83.5). Les codes spécifiques au Canada sont marqués par une feuille d'érable.

Fig. 3 : Version française de la Classification internationale des maladies, 10<sup>e</sup> édition (CIM-10), codes V96 et V97

- V96 Accident d'aéronef sans moteur dans lequel un occupant est blessé**  
*Comprend :* atterrissage forcé  
 collision avec tout objet, fixe, mobile ou en mouvement | d'un ou à bord d'un aéronef sans  
 écrasement | moteur  
 explosion  
 incendie à bord
- V96.0 Accident de ballon blessant un occupant**
- V96.1 Accident de deltaplane blessant un occupant**
- V96.2 Accident de planeur (sans moteur) blessant un occupant**
- V96.8 Autres accidents d'aéronef sans moteur blessant un occupant**  
 Cerf-volant portant une personne
- V96.9 Accident d'aéronef sans moteur, sans précision, blessant un occupant**  
 Accident d'aéronef sans moteur SAI
- V97 Autres accidents de transport aérien précisés**  
*Comprend :* accidents dont les victimes n'occupent pas l'aéronef
- V97.0 Occupant d'un aéronef blessé dans d'autres accidents de transport aérien précisés**  
 Chute dans, sur ou du haut d'un aéronef dans un accident de transport aérien  
*À l'exclusion de :* accident en montant ou descendant de l'aéronef (V97.1)
- V97.1 Personne blessée en montant ou descendant de l'aéronef**
- V97.2 Parachutiste blessé dans un accident de transport aérien**  
*À l'exclusion de :* personne qui effectue une descente après un accident d'aéronef (V95-V96)
- V97.3 Personne au sol blessée dans un accident de transport aérien**  
 Aspirée par un réacteur  
 Heurtée par :  
 • hélice en mouvement  
 • objet tombant d'un aéronef
- V97.8 Autres accidents de transport aérien, non classés ailleurs**  
 Lésion traumatique causée par un appareil à bord de l'aéronef  
*À l'exclusion de :* accident d'aéronef SAI (V95.9)  
 exposition à des changements de pression barométrique au cours de la montée ou de la descente (W94.-)

Fig. 4 : Version française de la Classification internationale des maladies, 10<sup>e</sup> édition (CIM-10), codes W50 à W64

## Exposition à des forces animées (W50-W64)

[Voir le début de ce chapitre pour les classifications supplémentaires du lieu de l'événement et de l'activité]

À l'exclusion de : morsures venimeuses (X20-X29)  
piques (venimeuses) (X20-X29)

- W50** **Coup, torsion, morsure ou écorchure infligés par un tiers**  
À l'exclusion de : agression (X85-Y09)  
heur par des objets (W20-W22)
- W51** **Collision entre deux personnes**  
À l'exclusion de : chute due à une collision d'un piéton (ou moyen de déplacement piétonnier) avec un autre piéton (ou moyen de déplacement piétonnier) (W03.-)
- W52** **Ecrasement, poussée ou piétinement par une foule humaine**
- W53** **Morsure de rat**
- W54** **Morsure ou coup donné par un chien**
- W55** **Morsure ou coup donné par d'autres mammifères**  
À l'exclusion de : contact avec un mammifère marin (W56.-)
- W56** **Contact avec un animal marin**  
Comprend : Morsure ou coup donné par un animal marin
- W57** **Morsure ou piqure non venimeuse d'insectes et autres arthropodes**
- W58** **Morsure ou coup donné par un crocodile ou un alligator**
- W59** **Morsure ou écrasement par d'autres reptiles**  
Comprend : lézard  
serpent non venimeux
- W60** **Contact avec des épines de plantes et des feuilles acérées**
- W64** **Exposition à des forces animées, autres et sans précision**

8 Les codes des figures 3 et 4 font partie des nombreuses rubriques de la CIM relatives aux causes externes à une maladie, telles que les accidents de transport, les morsures ou les écrasements.

9 Comme on peut le constater sur les figures ci-dessus, les listes de codes de la CIM se veulent exhaustives, afin de couvrir l'ensemble des situations envisageables. Ce souci d'exhaustivité se heurte régulièrement à des problèmes de fond au moment où les expert-es contribuant à la rédaction de la CIM prennent les décisions. L'un des problèmes rencontrés est d'évaluer « l'entrée », ou l'axe de classement à privilégier pour désigner le code. En effet, doit-on classer, par exemple, selon le contexte de l'accident (accident de deltaplane ou accident de planeur) ou selon les conséquences de cet accident (fracture de la voûte crânienne ou luxation du tibia gauche) ? Pour établir des statistiques pertinentes, les deux indications sont nécessaires. Pour les accidents comme pour de nombreux cas de pathologies, on choisit souvent de ne pas trancher et de conserver plusieurs indications complémentaires, moyennant quelques subtilités dans la rédaction des codes.

- 10 Organisation mondiale de la santé, *Manuel de la classification statistique internationale des mala* (...)
- 11 Cet exemple provient du « Neuvième cours de formation continue pour les experts SIM » donné par le (...)

10 Au fil de ses éditions, la CIM est ainsi devenue de plus en plus complexe et exhaustive. Pour ne pas négliger les différents axes estimés pertinents, les signes tels que celui de la dague « † », de l'astérisque « \* » (que l'on retrouve dans les CIM-9 et 10) ou encore de la barre oblique « / » et de l'esperluette « & » (dans la CIM-11) sont autant de stratégies développées dans la production de codes contenant plusieurs indications à la fois. Ainsi, on utilisait auparavant la dague pour se référer à la cause de la maladie, alors que l'astérisque désignait l'appareil auquel se rapportait la manifestation, ce qui permettait, par exemple, de classer la méningite tuberculeuse sous deux classifications distinctes, l'une correspondant à un numéro marqué d'une dague dans le chapitre réservé aux maladies infectieuses et parasitaires, et l'autre à un numéro marqué d'un astérisque dans le chapitre réservé au système nerveux<sup>10</sup>. À l'heure actuelle, l'esperluette sert à apporter des spécifications (code de prolongation) à un premier code (code souche), alors que la barre oblique désigne les codes « de post-coordination », « soit le code qui permet de lier deux codes souches ensemble : une brucellose de Lyme couplée à une paralysie faciale équivaut par exemple au code "1C1G/8B88.o"<sup>11</sup> ».

- 12 Organisation mondiale de la santé, « Comité d'experts de la Classification internationale des mal (...) »
- 13 Voir par exemple les documents produits sur le site de l'Agence technique de l'information sur l'h (...) »

11 Un second problème fréquent est le maintien de la classification à jour, alors que le champ de la santé est marqué par des changements permanents : l'apparition du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)<sup>12</sup>, de la grippe A/H1N1 ou encore du SARS-CoV-2<sup>13</sup> a nécessité de réagir au plus vite afin de « placer » les pathologies provoquées par ces nouveaux virus sous des codes et rubriques appropriés. Parallèlement au domaine de la santé, le monde dans son ensemble évolue : les moyens de transport sont de plus en plus nombreux, tout comme les substances susceptibles de provoquer des empoisonnements ou des indigestions. Il s'agit donc d'actualiser les listes pour inclure ces nouveautés. Ainsi, il ne suffit pas de réviser la CIM tous les dix ans : chaque révision se voit rééditée à de nombreuses reprises pour s'adapter aux évolutions sociétales. Mais à peine la réédition achevée, la CIM court déjà le risque d'une nouvelle obsolescence imminente.

- 14 Organisation mondiale de la santé, *Classification statistique internationale des maladies et des p* (...)
- 15 *Ibid.*
- 16 Organisation mondiale de la santé, *Manuel de la classification statistique internationale des mala* (...)

12 L'usage de la CIM vise aujourd'hui encore une « analyse systématique » ainsi que « l'interprétation et la comparaison des données de mortalité et de morbidité recueillies dans différents pays ou régions et à des époques différentes<sup>14</sup> ». Cet outil est la référence internationale pour tout ce qui a trait à la classification diagnostique, puisqu'il permet de « transposer les diagnostics de maladies ou autres problèmes de santé en code [...], ce qui facilite le stockage, la recherche et l'analyse de données<sup>15</sup> ». L'étude épidémiologique des données codées grâce à la CIM sert ainsi à établir des statistiques médicales, à analyser des situations sanitaires spécifiques, à surveiller l'incidence ou la prévalence d'une maladie, ou encore à prévoir des tendances en matière d'évolution ou de déclin d'une maladie<sup>16</sup>.

13 Toutefois, au fil des décennies, et plus particulièrement entre les années 1990 et le début des années 2000, le recours à la



CIM, au-delà d'une priorité statistique, s'est imposé pour justifier le remboursement des prestations hospitalières. Cet usage va à l'encontre des recommandations émises par l'OMS à la fin des années 1980, lesquelles stipulaient explicitement (fig. 5) que la CIM était une classification à objectif statistique, et qu'elle ne devait pas être mobilisée à des fins financières.

Fig. 5 : Discussion d'expert-es de l'OMS, en novembre 1987, avant la publication de la CIM-10

4. REMARQUES GENERALES SUR LE QUATRIEME AVANT-PROJET DE LA CIM-10

4.1 Titre de la Classification

Lors de sa première réunion, le Comité d'experts avait recommandé que la CIM-10 reçoive le titre de "Classification internationale des Maladies et des Problèmes de Santé connexes". Depuis cette réunion, en 1984, il a fallu à diverses reprises insister sur le fait que la Classification ne peut être utilisée à des fins autres que celles qui lui ont été assignées et qu'elle ne convient pas, par exemple, pour l'affectation des ressources ou pour le remboursement des frais médicaux. Pour bien mettre en lumière le principal objet de la Classification, le Secrétariat recommande que le titre soit développé et devienne "Classification statistique internationale des Maladies et des Problèmes de Santé connexes", le titre abrégé demeurant CIM.

Le Comité d'experts a donné son adhésion à cette proposition et il a recommandé que le titre complet ci-dessus figure sur la couverture et sur la page de garde de la CIM-10.

Afin d'insister sur l'usage statistique prioritaire de la CIM, il est par ailleurs recommandé d'ajouter le terme « statistique » dans l'intitulé de la CIM, recommandation qui sera adoptée.

Source : Organisation mondiale de la Santé, Comité d'experts de la Classification internationale des maladies, 10<sup>e</sup> révision, deuxième réunion, Genève, 23-27 novembre 1987, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1987.

14 Cette modification importante dans la mobilisation de la CIM a évidemment eu des répercussions sur les exigences à l'égard des professionnel·les habilité·es à coder, comme le souligne une spécialiste en codage médical :

- 17 Entretien avec une spécialiste en codage médical travaillant dans un hôpital de Suisse romande, 2 (...)

On a toujours codé. Avant, c'était les médecins, mais surtout les secrétaires médicales qui codaient. Elles avaient des pages A4 et elles étaient moins attentives, car c'était de la statistique. On s'en fichait un peu plus. Donc avant, les experts produisaient plein de codes, mais les hôpitaux en produisaient moins. Et le métier était plus simple. Et puis, quelqu'un a dû se dire qu'on pouvait utiliser la statistique pour facturer. Maintenant c'est devenu tellement précis. Les statistiques sont devenues beaucoup plus performantes depuis qu'on facture<sup>17</sup>.

15 Ce constat rejoint le propos des documents officiels produits non seulement en Suisse, mais aussi en France, à l'instar de la « fiche métier codeur des diagnostics et des actes médicaux » :

- 18 APM International, « Fiche métier : codeur des diagnostics et des actes médicaux », s. d. , docume (...)

La tarification à l'activité (T2A) étant devenue, en 2008, l'unique mode de financement des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), il est désormais primordial pour les établissements de santé d'optimiser le codage des actes médicaux et des diagnostics qui caractérisent le séjour des patients. L'objectif est de coder au plus juste pour garantir un remboursement des prestations par l'assurance maladie. Il s'agit d'éviter le sous-codage, qui conduit à un manque à gagner, ou un surcodage qui peut conduire à des amendes, parfois sévères, en cas de contrôle par l'assurance maladie. [...] Dans la plupart des établissements, ce sont les médecins, voire les secrétaires médicales des différents services qui sont chargés de décrire, à partir des RSS [résumés de sortie standardisés], les actes et les diagnostics des patients pris en charge dans leur unité, puis d'y associer un code. [...] Le codage est devenu au fil des ans de plus en plus complexe et chronophage. Afin de limiter les erreurs de codage et de libérer du temps de travail pour les médecins qu'ils pourront alors consacrer aux patient·es, la tendance est à la professionnalisation du codage<sup>18</sup>.

- 19 Voir notamment (la liste n'est pas exhaustive) : Étienne Minvielle, André-Pierre Contandriopoulos, (...)

16 On perçoit dans cet extrait les enjeux qui sous-tendent aujourd'hui l'exercice du codage médical, lesquels s'inscrivent dans une logique générale de gestion hospitalière bien antérieure à la tarification à l'activité. En effet, l'établissement de critères spécifiques pour réguler les séjours hospitaliers, la multiplication d'instruments et de logiciels censés optimiser la gestion du flux de patient·es, la fragmentation des tâches pour augmenter la rentabilité constituaient déjà un terrain fertile pour la mise en place de nouvelles contraintes administratives et financières. Si de nombreux travaux se sont penchés avec beaucoup de pertinence sur le nouveau management hospitalier<sup>19</sup>, il reste aujourd'hui à explorer comment les contraintes liées à la tarification de l'activité hospitalière reconfigurent, depuis une décennie, les exigences à l'égard de la fonction des codeurs et codeuses, ainsi qu'à étudier le quotidien de la profession et le sens que lui attribuent les personnes qui l'exercent.

## Codes, données et algorithmes

- 20 En France, on les nomme « résumés de sortie standardisés » (RSS).
- 21 Dans cet article, j'ai fait le choix de traiter des diagnostics dans leur ensemble, sans insister (...)
- 22 Discussion avec une spécialiste en codage médical travaillant dans un hôpital de Suisse romande lo (...)

17 Sans énumérer toutes les spécificités nationales, revenons sur ce qu'implique le processus de justification pour le remboursement des prestations hospitalières. Les dossiers des patient·es ainsi que les lettres de sortie<sup>20</sup> publiées au terme du séjour hospitalier sont synthétisés et regroupés en un ensemble de codes et de données. Il s'agit, pour commencer, des codes correspondants aux maux présenté(s) par le patient ou la patiente, sélectionnés sur la base des listes de la CIM, réparties en plusieurs volumes. Les codeurs et codeuses manipulent en permanence ces gros ouvrages et en parcourent les nombreuses pages, pour attribuer et vérifier les codes qui correspondent au(x) diagnostic(s) figurant dans les dossiers des patient·es, ou pour se référer à une règle relative à un diagnostic spécifique<sup>21</sup>. Chaque pays utilise sa propre version de la CIM : en Suisse, la version allemande (CIM-10 German Modification) fait foi, ce qui, comme le note une codeuse, « cause des problèmes pour donner les similitudes avec l'Europe dans les statistiques<sup>22</sup> ». Une difficulté supplémentaire pour établir des statistiques comparables entre pays est liée au choix du diagnostic principal, ainsi que l'explique un médecin :

- 23 Entretien avec un médecin suisse, spécialiste en épidémiologie clinique, 23 avril 2019.

Dans certains pays, le diagnostic principal, c'est ce qui fait venir la personne à l'hôpital, alors que dans d'autres, c'est ce qui a coûté le plus cher à l'hôpital. Déjà, ce n'est pas toujours évident de trancher. Et ça donne forcément

des statistiques différentes, par exemple si tu fais un AVC suite à un infarctus, le diagnostic principal changera en fonction du pays, et donc tu auras plus d'AVC d'un côté, et plus d'infarctus de l'autre<sup>23</sup>.

- 24 Discussion avec un membre de l'équipe de codage médical d'un hôpital de Suisse romande lors d'une (...)
- 25 Au niveau mondial, la Classification internationale des actes médicaux (CIAM) a été utilisée entre (...)

18 En plus du recours systématique à la CIM, il faut spécifier l'intervention ou les interventions médicale(s) ainsi que les différents traitements employés durant le séjour à l'hôpital. « Pour les interventions médicales, on ne va pas absolument tout mettre. Par exemple, ce qui fait partie de la routine, on ne met pas. Les perfusions, ça n'a pas besoin de figurer, sinon on se perdrait<sup>24</sup>. » On utilise pour cette étape d'autres codes que ceux de la CIM, fondés sur une classification nationale des actes médicaux. En France, il s'agit de la CCAM, soit la Classification commune des actes médicaux, alors qu'en Suisse, la référence est la CHOP, la Classification suisse des interventions chirurgicales<sup>25</sup>. S'il existe des versions en ligne de cet outil, le format imprimé est souvent utilisé ; il se présente comme la CIM, mais avec différents types de codes (figure 6). De la même façon que la CIM, la CHOP est régulièrement révisée, ce qui implique des ajouts ou des suppressions de codes, autant de changements que les codeurs et codeuses doivent rapidement intégrer dans leur pratique.

Fig. 6 : Codes extraits de la Classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP)

<p>35 Opérations des valves et des septa du cœur</p> <p><input type="checkbox"/> (Génioromie (médiante) (transverse), comme voie d'abord Thoracotomie, comme voie d'abord Coder aussi: Bypass cardio-pulmonaire [circulation extracorporelle] (39.61.)</p> <p>35.0 Valvulotomie à cœur fermé Commissurotomie *</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Valvuloplastie percutanée (par ballonnets) (35.96)</p> <p>35.00 Valvulotomie à cœur fermé, valve non précisée</p> <p>35.01 Valvulotomie à cœur fermé, valve aortique</p> <p>35.02 Valvulotomie à cœur fermé, valve mitrale</p> <p>35.03 Valvulotomie à cœur fermé, valve pulmonaire</p> <p>Opération de Brock *</p> <p>35.04 Valvulotomie à cœur fermé, valve tricuspide</p> <p>35.1 Valvuloplastie à cœur ouvert sans remplacement</p> <p><input type="checkbox"/> Valvulotomie (commissurotomie) à cœur ouvert Coder aussi: Bypass cardio-pulmonaire [circulation extracorporelle] (machine cœur-poumon), si effectué (39.61)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Réparation de défaut des coussinets endocardiques (canal AV) (35.54, 35.63, 35.73) Réparation de défaut valvulaire associé aux communications interauriculaires et interventriculaires (35.54, 35.63, 35.73) Valvuloplastie percutanée (par ballonnets) (35.96)</p> <p>35.10 Valvuloplastie à cœur ouvert sans remplacement, valve non précisée</p> <p>35.11 Valvuloplastie à cœur ouvert sans remplacement de valve aortique</p> <p>35.11.0 Détail de la sous-catégorie 35.11</p> <p>35.11.00 Valvuloplastie à cœur ouvert sans remplacement de la valve aortique, SAP</p> <p>35.11.10 Valvulotomie à cœur ouvert de la valve aortique</p> <p>35.11.11 Technique préservant les valves, avec reconstruction de la racine aortique (intervention de Tisone David)</p> <p><input type="checkbox"/> Reconstruction selon Yacoub Note: Technique préservant les valves, avec reconstruction de la racine aortique, refixation de la valve et réimplantation des nœuds coronaires</p> <p>35.11.20 Reconstruction à cœur ouvert de la valve aortique sans remplacement, lors d'anomalie valvulaire cardiaque congénitale</p> <p>35.11.99 Valvuloplastie à cœur ouvert sans remplacement de la valve aortique, autre Réparation de la valve aortique, décalcification</p> <p>35.12 Valvuloplastie à cœur ouvert sans remplacement de valve mitrale</p> <p>35.12.0 Valvuloplastie à cœur ouvert sans remplacement de la valve mitrale</p> <p>35.12.00 Valvuloplastie à cœur ouvert sans remplacement de la valve mitrale, SAP</p> <p>35.12.10 Valvulotomie à cœur ouvert de la valve mitrale</p> <p>35.12.11 Reconstruction à cœur ouvert du voile mitral</p> <p>35.12.20 Reconstruction à cœur ouvert sans remplacement de la valve mitrale, lors d'anomalie valvulaire cardiaque congénitale</p> <p>35.12.99 Valvuloplastie à cœur ouvert sans remplacement de la valve mitrale, autre Décalcification</p> <p>35.13 Valvuloplastie à cœur ouvert sans remplacement de valve pulmonaire</p>	<p>35.13.0 Valvuloplastie à cœur ouvert sans remplacement de la valve pulmonaire</p> <p>35.13.00 Valvuloplastie à cœur ouvert sans remplacement de la valve pulmonaire, SAP</p> <p>35.13.10 Valvulotomie à cœur ouvert de la valve pulmonaire</p> <p>35.13.20 Reconstruction à cœur ouvert sans remplacement de la valve pulmonaire, lors d'anomalie valvulaire cardiaque congénitale</p> <p>35.13.99 Valvuloplastie à cœur ouvert sans remplacement de la valve pulmonaire, autre Décalcification</p> <p>35.14 Valvuloplastie à cœur ouvert sans remplacement de valve tricuspide</p> <p>35.14.0 Détail de la sous-catégorie 35.14</p> <p>35.14.00 Valvuloplastie à cœur ouvert sans remplacement de la valve tricuspide, SAP</p> <p>35.14.10 Valvulotomie à cœur ouvert de la valve tricuspide</p> <p>35.14.11 Reconstruction à cœur ouvert des feuillets de la valve tricuspide [voile tricuspide]</p> <p>35.14.20 Reconstruction à cœur ouvert sans remplacement de la valve tricuspide, lors d'anomalie valvulaire cardiaque congénitale</p> <p>35.14.99 Valvuloplastie à cœur ouvert sans remplacement de la valve tricuspide, autre Décalcification</p> <p>35.19 Valvuloplastie à cœur ouvert sans remplacement, autre valve cardiaque</p> <p>35.19.0 Détail de la sous-catégorie 35.19</p> <p>35.19.00 Valvuloplastie à cœur ouvert sans remplacement, autre valve cardiaque, SAP</p> <p>35.19.10 Reconstruction à cœur ouvert de valve auriculo-ventriculaire sans remplacement, lors d'anomalie valvulaire cardiaque congénitale</p> <p>35.19.11 Reconstruction à cœur ouvert d'une valve bicuspidaire sans remplacement, lors d'anomalie valvulaire cardiaque congénitale</p> <p>35.19.99 Valvuloplastie à cœur ouvert sans remplacement, autre valve cardiaque, autre</p> <p>35.2 Remplacement de valve cardiaque</p> <p><input type="checkbox"/> Excision de valve cardiaque avec remplacement de tissu, SAP Coder aussi: Circulation extra-corporelle [machine cœur-poumon] (39.61)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Réparation de défaut des coussinets endocardiques (canal AV) (35.54, 35.63, 35.73) Réparation de défaut valvulaire associé aux communications interauriculaires et interventriculaires (35.54, 35.63, 35.73)</p> <p>35.20 Remplacement de valve cardiaque, valve non précisée Réparation de valve cardiaque non précisée avec greffe de tissu ou prothèse</p> <p>35.21 Remplacement de valve aortique, avec greffe de tissu Réparation de valve aortique avec greffe de tissu (autogreffe) (hétérogreffe) (homogreffe)</p> <p>35.21.0 Détail de la sous-catégorie 35.21</p> <p>35.21.00 Remplacement de valve aortique avec greffe de tissu, SAP</p> <p>35.21.10 Remplacement de valve aortique avec greffe, bioprothèse</p> <p>35.21.11 Remplacement de valve aortique avec greffe, bioprothèse auto-expandible, sans suture, par chirurgie ouverte</p> <p>35.21.12 Remplacement de valve aortique avec greffe, bioprothèse sans monture (stentless), par chirurgie ouverte</p>
--	---

Source : Team Nomenclatures médicales, *Classification Suisse des Interventions Chirurgicales (CHOP). Index systématique – Version 2016*, Neuchâtel, Office fédéral de la statistique, 2015.

19 Enfin, les données « connexes » sont récoltées ; elles concernent par exemple l'âge, le sexe, le type d'admission, le type de sortie (la personne est-elle ensuite rentrée chez elle ? A-t-elle été transférée dans un autre établissement ? Est-elle décédée ?), la durée du séjour, etc.

- 26 En Suisse, par exemple, en plus des assurances, ce sont les cantons qui remboursent les hôpitaux e (...)
- 27 Ce système des groupes est nommé différemment selon les pays : en France, ce sont les GHM (groupes (...))
- 28 Pour plus de détails, voir le site de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (A (...))

20 L'ensemble de ces informations est alors traité par un algorithme (appelé « algorithme de groupage » ou « algorithme groupé » selon les pays) qui résume le séjour sous forme de nouveaux codes et de graphiques. Cette synthèse permet aux hôpitaux de répertorier les prises en charge, mais surtout de les facturer, aux assurances ou aux autres organismes qui supportent le remboursement<sup>26</sup>. Pour éviter que chaque prise en charge engendre des synthèses toutes distinctes les unes des autres, l'algorithme de groupage effectue des groupes de cas, en fonction de diverses variables (diagnostic principal, autres diagnostics, gravité de la maladie, durée du séjour, interventions mobilisées, âge de la personne, etc.) : les hôpitaux établissent ensuite leurs demandes de remboursement sur ces différents groupes de cas<sup>27 28</sup>.

21 Dans ce contexte, l'intervention des codeuses et codeurs est indispensable, puisqu'elles et ils examinent les dossiers et les lettres de sorties, codent les diagnostics et les traitements, rassemblent les données connexes, introduisent le tout dans l'algorithme groupé. Les responsables des équipes de codage sont en outre chargés de vérifier le travail de leurs collègues et d'assurer le suivi de chaque cas afin de pouvoir, notamment, justifier les tarifs auprès des organismes qui remboursent les prestations hospitalières.

- 29 L'Office fédéral de la statistique (OFS) est le centre de compétences de la statistique publique s (...)

22 En Suisse, en plus des codeurs et codeuses œuvrant au sein de l'hôpital, des spécialistes du codage médical sont recrutés à

l'Office fédéral de la statistique<sup>29</sup> pour répondre aux questions des professionnel·les de santé, des assureurs, mais aussi des journalistes, et participer à l'élaboration d'un *Manuel de codage médical*. Les compagnies d'assurance maladie comptent elles aussi des codeuses et codeurs expérimenté·es, chargé·es de vérifier les dossiers reçus de leurs collègues codant à l'hôpital. Quel que soit le lieu où s'exerce le codage médical, les représentant·es de cette fonction la pratiquent généralement après une autre profession :

- 30 En moyenne, les codeurs et codeuses ont un salaire mensuel de 6 400 francs suisses (soit 6 175 eur (...))
- 31 Entretien avec une spécialiste en codage médical travaillant dans un hôpital de Suisse romande, 2 (...)

La très grande majorité, ce sont des gens qui étaient déjà avant dans les soins. Des laborantines, des techniciens en radiologie médicale, des assistantes médicales, des infirmières, des instrumentistes. Des fois c'est même des médecins, comme ceux qui étaient médecins en Allemagne et sont devenus codeurs en Suisse allemande, parce que ça paie mieux<sup>30</sup>. Ou bien alors, ce sont des infirmières qui sont fatiguées, qui ont mal au dos, et elles se reconvertisent<sup>31</sup>.

- 32 Informations recueillies lors d'un entretien avec une spécialiste en épidémiologie clinique, 16 av (...)
- 33 Entretien avec une spécialiste en codage médical travaillant dans un hôpital de Suisse romande, 2 (...)

23Si la Suisse a embauché avant la France des professionnel·les habilité·es à coder prioritairement pour un usage statistique, elle a d'abord étranger cette tâche à des équipes travaillant dans des hôpitaux au Québec avant de proposer à des codeurs et codeuses de l'étranger (notamment du Canada) de venir travailler dans un service des hôpitaux universitaires consacré spécifiquement au codage<sup>32</sup>. Pour les professionnelles interrogées, « tu es obligé d'être dans le domaine médical pour faire ce job. Certaines personnes étaient employées de commerce avant, mais c'est vraiment beaucoup plus difficile pour elles. [...] On n'exerce presque jamais le métier à 100 %... on est devant un écran à tout le temps coder, c'est pas possible<sup>33</sup> ».

- 34 Entretien avec une membre de l'équipe de codage médical d'un hôpital de Suisse romande, 7 mai 2021

24Il est nécessaire en Suisse de suivre une formation rigoureuse, qui aboutit au brevet fédéral de spécialiste en codage médical, pour occuper un poste à responsabilité dans ce domaine. Ce diplôme a son équivalent en France, le diplôme universitaire de technicien de l'information médicale. Des formations intensives sur quelques mois existent aussi pour maîtriser les bases du codage médical, mais selon les professionnelles interrogées, « après, tu es obligé d'apprendre sur le tas, tu es jeté dans le bain, car la formation ne suffit pas<sup>34</sup> ». La formation intensive doit par conséquent être suivie de deux ans de stage, avec le choix, à terme, de se présenter ou non à l'examen du brevet fédéral.

## Traduire des situations cliniques en données homogènes

- 35 Entretien avec une spécialiste en codage médical travaillant dans un hôpital de Suisse romande, 2 (...)
- 36 Entretien avec une membre de l'équipe de codage médical d'un hôpital de Suisse romande, 7 mai 2021

25Rassembler les codes des classifications et les données connexes pour les grouper dans un algorithme nécessite un aperçu précis d'une situation clinique dans son ensemble. Ainsi, les professionnel·les ont simultanément sous les yeux et à portée de main de multiples documents. Il faut en effet constamment revenir aux phrases rédigées par les médecins et autres soignant·es dans les dossiers et résumés de sortie, pour ensuite les traduire en codes et en synthèse de données. La responsable d'une équipe de codage insiste sur ce que cela implique : « Je dois vraiment TOUT lire, et demander des précisions aux infirmières et aux médecins s'il manque des informations. Je regarde les diagnostics, les protocoles opératoires. Je regarde tout, sur l'informatique et sur le papier. Je n'ai pas le droit d'interpréter, ce codage doit vraiment être la photo du séjour du patient<sup>35</sup>. » Pour s'assurer de la cohérence du processus, il faut passer parfois du temps sur un cas, vérifier les traitements reçus et se préparer à justifier les codes retenus auprès des assurances ou lors des contrôles externes exercés par des médecins. En effet, la surveillance du codage par les assurances régit le travail des professionnel·les, puisque le remboursement du séjour hospitalier dépend des codes sélectionnés et rassemblés par groupes de cas apparentés au diagnostic. C'est la raison pour laquelle les compagnies d'assurance engagent elles aussi des codeurs et codeuses, qui ont accès aux données codées et parfois même aux dossiers des patient·es : ils et elles scrutent ainsi les choix effectués à l'hôpital, opposent leurs arguments à leurs collègues hospitaliers en cas de désaccord, et sont chargé·es d'optimiser la qualité de contrôle. Pour éviter les potentielles erreurs, les codeurs et codeuses hospitaliers échangent fréquemment sur les cas et se conseillent mutuellement : « On peut passer une demi-heure sur Teams pour discuter d'un seul cas. On regarde les règles, on discute, on essaye de comprendre<sup>36</sup>. »

26Toute la subtilité réside donc dans l'acte de traduire des situations à chaque fois différentes en données qui aboutissent à un groupe de cas spécifique. Pour ce faire, les professionnel·les se réfèrent d'abord à la CIM, qui contient de nombreux passages censés favoriser la compréhension de ce qui peut distinguer un cas clinique d'un autre (figure 7).

Fig. 7 : Définitions figurant dans l'édition française de la CIM-10, version 2017, afin de distinguer les différents types de mortalité maternelle

#### 4. Définitions relatives à la mortalité maternelle

4.1 La *mort maternelle* se définit comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient la durée et la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite.

4.2 La *mort maternelle tardive* se définit comme le décès d'une femme résultant de causes obstétricales directes ou indirectes survenu plus de 42 jours, mais moins d'un an, après la terminaison de la grossesse.

4.3 La *mort survenant pendant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité* se définit comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle que soit la cause de la mort (obstétricale ou non obstétricale).

Les morts maternelles se subdivisent en deux groupes:

4.4 *Décès par cause obstétricale directe*: ce sont ceux qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus.

4.5 *Décès par cause obstétricale indirecte*: ce sont ceux qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse.

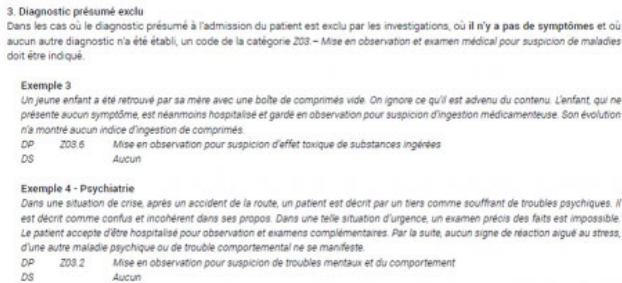
Source : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. CIM-10 FR 2017 à usage PMSI*, Lyon, Agence technique de l'information sur



l'hospitalisation, 2017.

27 Il existe, d'autre part, de nombreuses circulaires, très régulièrement actualisées, contenant tous les changements en matière de directives pour le codage médical. Enfin, des manuels de codage médical, distincts d'un pays à l'autre, constituent l'outil de référence pour apprendre sélectionner le code adéquat. Puisque l'ensemble des situations cliniques rencontrées dans la réalité ne peut être contenu dans un ouvrage, aussi volumineux soit-il, le manuel décrit des vignettes factices mais réalistes, censées être suffisamment représentatives du quotidien hospitalier pour servir d'exemples et ainsi faciliter le codage (figure 8).

Fig. 8 : Exemples figurant dans le *Manuel de codage médical*, en Suisse, afin d'aider les codeurs et codeuses à exclure un diagnostic présumé



Source : Christiane Ricci, Jörg Julen, Sylvia Zihli, Ursula Althaus, Pierre Phedon Tahintzi, *Manuel de codage médical : le manuel officiel des règles de codage en Suisse*, Neuchâtel, Office fédéral de la statistique, 2017.

- 37 Entretien avec un spécialiste en épidémiologie clinique, 23 avril 2019.

28 Généralement, les situations créées pour le manuel sont des condensés de cas problématiques qui ont suscité des débats entre des expert-es du champ de la santé et des représentantes du codage, et qui sont donc considérés comme emblématiques. Malgré ces exemples qui se veulent proches de la réalité, il demeure délicat de sélectionner des codes similaires entre expert-es pour traduire une situation clinique. C'est ce qu'évoque un médecin : « On était quatre à se pencher sur une même vignette, et à la fin, aucun d'entre nous n'a choisi exactement les mêmes codes<sup>37</sup>. »

- 38 Entretien avec une membre de l'équipe de codage médical d'un hôpital de Suisse romande, 7 mai 2021
- 39 Entretien avec une membre de l'équipe de codage médical d'un hôpital de Suisse romande, 7 mai 2021 (...)
- 40 Entretien avec une spécialiste en codage médical travaillant dans un hôpital de Suisse romande, 2 (...)

29 Malgré l'exigence de ne laisser aucune place à l'interprétation, la subjectivité est forcément de mise dans le codage des cas hospitalisés. Aussi exhaustives soient-elles, les listes de codes proposées par la CIM ne couvrent jamais l'ensemble des situations rencontrées, et il est fort rare que les médecins qui prennent en charge les patient-es introduisent dans les dossiers suffisamment de détails pour procéder ultérieurement à la sélection du code le plus précis possible. Une codeuse confie en souriant : « C'est bien rigolo tous ces codes, mais tu crois que le médecin prend le temps d'écrire sur la lettre de sortie si la patiente est tombée la tête en avant ou en arrière<sup>38</sup> ? ». En outre, deux situations *a priori* similaires peuvent nécessiter un codage totalement différent : « Si par exemple tu as deux bébés qui ont le même poids à la naissance, au même stade de grossesse, mais que l'un naît sur le parking de l'hôpital et l'autre dans l'ambulance, c'est tout différent. Celui qui naît sur le parking, on considère qu'il est né à l'hôpital, alors que celui de l'ambulance, ce sera hors hôpital. Ça va changer le regroupement [dans l'algorithme]<sup>39</sup>. » Des interstices subsistent parmi les différents types d'informations nécessaires au codage, et ce sont notamment ces espaces plus équivoques qui intéressent les organismes chargés de rembourser les séjours hospitaliers : ce diagnostic principal n'est-il pas plutôt un diagnostic supplémentaire ? Ce médicament a-t-il bien été administré dès le début de l'hospitalisation et non pas au milieu du séjour ? Cette amputation du pied d'un patient diabétique est-elle liée à son diabète ou à l'accident qui l'a mené à l'hôpital ? Lors de mes observations, toutes ces questions sont apparues dans les demandes de justification des compagnies d'assurance. « Le plus compliqué, ce sont les gros dossiers, quand il y a plusieurs opérations, des transfusions. Il faut changer les codes, quand il y a beaucoup d'opérations, il y a parfois plusieurs assurances<sup>40</sup>. »

- 41 Discussion avec une membre de l'équipe de codage médical d'un hôpital de Suisse romande lors d'une (...)

30 Dans ce contexte, les équipes de codage doivent être prêtes à voir la qualité de leur travail, voire leur bonne foi remises en question, et à subir des pressions variées : exigence d'un codage « parfait » de la part de l'hôpital, contrôle de divers organismes, argumentation des choix opérés en cas de désaccord. Ce type de situation fait partie du quotidien professionnel des codeurs et codeuses, qui les évoquent comme des occasions de valoriser la rigueur et la précision que requiert leur fonction, voire de les distinguer des autres professionnel-les habilités à coder : « Les médecins qui codent sont très bons en anatomie, mais souvent ils interprètent les situations. Ils pensent que le patient a eu tels symptômes alors que ce n'est pas noté. Peut-être qu'ils ont raison, mais ce n'est pas écrit tel quel. On devrait aller demander s'il manque des informations, il faut toujours être capable de justifier<sup>41</sup>. »

## « On n'est pas des machines à prestation »

- 42 Discussion avec une spécialiste en codage médical travaillant dans un hôpital de Suisse romande lo (...)
- 43 Discussion avec une spécialiste en codage médical travaillant dans un hôpital de Suisse romande lo (...)
- 44 Les questions des années 2017 et 2018 peuvent être consultées sous la rubrique « Coup d'œil dans le (...)

31 L'exigence et la particularité de la profession comme de la formation sont ainsi évoquées à de multiples reprises dans les propos des codeuses avec lesquelles je me suis entretenue : « Les gens pensent qu'on est des machines à prestation, mais on doit maîtriser toute l'anatomie, c'est vraiment élevé<sup>42</sup>. » Le niveau exigé pour le brevet est décrit avec une certaine fierté : « C'est en tout cas un niveau infirmières, y a même des médecins qui arrivaient pas à répondre aux questions d'anatomie. » « Moi, je suis vraiment pas sûre que je le repasserais aujourd'hui<sup>43</sup>. » Durant mes observations, les professionnelles m'ont fait parcourir les différentes questions figurant dans les examens des années précédentes<sup>44</sup>, pour souligner la diversité et la complexité des connaissances à assimiler.



- 45 Voir le règlement concernant l'examen professionnel de spécialiste en codage médical sur le site H (...)

32 Afin de se présenter aux examens du brevet, il faut au préalable travailler pendant deux ans à temps complet en tant que codeur ou codeuse. Le taux de réussite étant limité (entre 60 et 70 %), une ou deux années supplémentaires de codage sont souvent ajoutées aux deux ans obligatoires, afin d'optimiser les chances. Les connaissances requises sont nombreuses, puisque cela implique, entre autres, de maîtriser la terminologie médicale et les désignations d'anatomie et de physiologie humaine, de connaître les lois et les ordonnances s'appliquant au codage, ainsi que toutes les règles et les normes relatives à cette activité. Une connaissance du système de santé est également exigée, sans oublier la maîtrise des « contenus, objectifs, effets et utilité de la statistique médicale<sup>45</sup> ». En quelques heures, il s'agit de répondre à des centaines de questions relatives au codage, au système de santé et aux connaissances médicales, questions préparées et corrigées par une commission d'examen composée de six à huit expert-es provenant de l'Organisation nationale des hôpitaux, de la Fédération des médecins suisses et de la Société suisse de codage médical, en collaboration avec l'Office fédéral de la statistique. Certaines des questions sont à choix multiple (figures 7 à 10), comme lors des examens des premières années du cursus de médecine ; d'autres sont des vignettes cliniques concrètes contenant de nombreuses informations à évaluer pour effectuer un codage adéquat.

Fig. 9 à 12 : Exemples de questions à choix multiple figurant dans l'examen pour le brevet fédéral de spécialiste en codage médical

De quelles protéines plasmatiques les anticorps font-ils partie?

- A) gamma-globulines
- B) albumines
- C) bêta-globulines
- D) alpha-globulines

Quel est l'agent pathogène à l'origine d'une colite associée aux antibiotiques?

- A) Clostridium difficile
- B) Clostridium fragile
- C) Clostridium labile
- D) Clostridium agile

À quoi faut-il être attentif quand on code des maladies ou des troubles après un acte médical (complications)?

Parmi les affirmations suivantes, laquelle est correcte?

- A) Les codes T80-T88 (Complications de soins chirurgicaux et médicaux) sont prioritaires par rapport aux chapitres consacrés aux organes.
- B) Pour indiquer que l'on a affaire à une maladie ou à un trouble faisant suite à un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, on peut saisir en plus un code du chapitre XX (Y57-Y84).
- C) Les complications sont codées même si elles ne sont pas indiquées comme telles par le médecin.
- D) Les complications peuvent aussi être codées de manière non spécifique quand elles se trouvent également dans les chapitres consacrés aux organes correspondants.

La série de données sur les patients en psychiatrie contient des données supplémentaires importantes, mais aussi très sensibles, sur les patients et leur hospitalisation.

En fait partie notamment l'information suivante:

- A) nombre d'incarcérations
- B) participation, avant l'hospitalisation, à un programme de substitution par la méthadone
- C) dernière situation connue en matière de logement (taille du ménage)
- D) formation scolaire la plus élevée

Source : Onglet « Coup d'œil dans les coulisses des examens » de la page consacrée à l'examen professionnel fédéral sur le site H+ Bildung : <https://www.hplus-bildung.ch/weitere-angebote/examens-professionnels-federaux/examen-professionnel-specialiste-codage-medical/> (consulté le 8 juillet 2022).

- 46 Entretien avec une spécialiste en codage médical travaillant dans un hôpital de Suisse romande, 2 (...)
- 47 Entretien avec un membre de l'équipe de codage médical d'un hôpital de Suisse romande, 6 mai 2021

33 Obtenir le brevet permet non seulement de prétendre à un poste à responsabilités (diriger des équipes, contrôler des documents émis par d'autres, participer à la rédaction de manuels et de circulaires sur l'actualité du codage, ou encore devenir soi-même expert-e lors des futurs examens fédéraux), mais aussi de s'assurer une certaine reconnaissance de la part du milieu médical grâce à un autre type de savoir-faire : « Les médecins sont très cartésiens, pour eux 1 + 1, ça fait 2. Alors que dans notre milieu, 1 + 1, ça ne fait pas toujours 2. Avec notre expertise, on peut leur tenir tête<sup>46</sup>. » La différence de statut entre les personnes titulaires du diplôme et celles qui ont uniquement suivi la formation initiale de codage médical inscrit forcément une hiérarchie dans les équipes. Cela se répercute d'ailleurs sur les termes utilisés pour désigner la fonction : « Il y

a des gens qui n'aiment pas le mot "codeur", ça fait un peu moche. Ils préfèrent plutôt dire "codificateur", ou "spécialiste en codage"<sup>47</sup>. »

- 48 Entretien avec une spécialiste en codage médical travaillant dans un hôpital de Suisse romande, 2 (...)
- 49 Entretien avec une spécialiste en codage médical travaillant dans un hôpital de Suisse romande, 2 (...)

34 Il est toutefois apparu à plusieurs reprises que les codeuses expérimentées avaient aussi à cœur de transmettre leurs connaissances et leurs techniques aux nouveaux et nouvelles. C'est ce que souligne une responsable d'équipe : « Moi, celles qui ont le brevet, je les contrôle pas. [...] Celles qui arrivent après la formation [intensive de trois mois], elles me posent tout le temps des questions, et je leur propose de tout tester, j'ai envie de tout leur apprendre<sup>48</sup>. » Plus tard, elle ajoute : « Mes filles peuvent m'appeler quand elles veulent si elles ont des questions, je leur montre ce qui manque dans les supports de cours de la formation, je leur apprend comment comprendre toutes les subtilités<sup>49</sup>. » Cette envie de transmission est renforcée par une problématique qui inquiète certaines professionnelles interrogées : les spécialistes en codage venant à sérieusement manquer, il arrive fréquemment que les équipes soient débordées et effectuent des heures supplémentaires. L'inquiétude est d'autant plus grande que le système de santé se complexifie, que les lieux de soins s'agrandissent, que les dossiers s'informatisent et que les demandes de justification relatives aux remboursements augmentent.

- 50 Discussion avec une membre de l'équipe de codage médical d'un hôpital de Suisse romande lors d'une (...)
- 51 Entretien avec une membre de l'équipe de codage médical d'un hôpital de Suisse romande, 6 mai 2021

35 Dans ce contexte, il importe d'attirer de nouvelles recrues vers la profession. Une simple recherche sur Internet permet de prendre connaissance de sites promouvant la formation dans le codage ou répertoriant les offres d'emploi dans cette fonction. De très nombreuses vidéos, principalement réalisées dans des pays anglo-saxons, visent également soit à expliquer les bases du métier, en proposant parfois des exercices concrets de codage, soit à vanter les mérites de la profession. La rhétorique utilisée met l'accent sur la contribution essentielle des codeurs et codeuses au système de santé, et sur l'intérêt de participer de manière rigoureuse et précise à son amélioration. Plusieurs vidéos insistent par ailleurs sur le « plaisir » et la « passion » à l'œuvre lors de l'exercice de cette fonction. Cet enthousiasme revient dans les propos de certaines codeuses côtoyées : « C'est une passion, des fois je m'arrête pour comprendre. Tu comprends mieux le système, comme les gens vont, comment ça s'explique<sup>50</sup>. » « Si on fait uniquement du codage, c'est monotone, mais si on comprend la globalité, on se prend au jeu<sup>51</sup>. »

## Injonctions contradictoires

- 52 Organisation mondiale de la santé, « Onzième Révision de la Classification internationale des mala (...)
- 53 Voir le dossier de présentation de la CIM-11 et notamment le document « CIM-11 – Aide-mémoire » su (...)
- 54 Discussion informelle avec une spécialiste en codage médical travaillant dans un hôpital de Suisse (...)
- 55 Discussion avec une membre de l'équipe de codage médical d'un hôpital de Suisse romande lors d'une (...)
- 56 Discussion avec une membre de l'équipe de codage médical d'un hôpital de Suisse romande lors d'une (...)

36 Malgré les efforts déployés pour encourager de nouvelles recrues à se lancer dans cette aventure professionnelle, le niveau élevé de formation requis, la polyvalence des tâches ainsi que les exigences de réactivité face aux constantes révisions en décourageant plus d'un·e. Par ailleurs, de nouveaux enjeux se profilent pour la profession, puisqu'à l'informatisation croissante du système de santé dans son ensemble s'est ajoutée la parution récente de la CIM-11, outil dont la promotion s'appuie principalement sur une adaptation aux technologies de l'information et sur une garantie d'utilisation dans de nouveaux environnements numériques<sup>52</sup>. En plus d'un accès en ligne et de réformes importantes dans les codes et les manières de classer, cette version présente une terminologie adaptée à celle des programmes d'information en santé et des applications médicales électroniques<sup>53</sup>. Il ne fait aucun doute qu'il faudra s'habituer rapidement à ce nouveau langage, maîtriser toujours plus les outils informatiques et oublier progressivement certains des réflexes acquis avec l'usage répété des versions précédentes de la CIM. En 2021, la responsable de l'équipe de codage mentionnait cette nouvelle étape en riant : « J'espère que je serai à la retraite avant que ça sorte ! » Elle ajoutait cependant : « Oui, ce sera beaucoup plus détaillé, mais on devrait s'en sortir, la structure ne change pas totalement. J'ai changé de CIM trois ou quatre fois, donc une fois de plus... Si on me change les codes, c'est juste une question d'adaptation, on a des aides informatiques pour ça<sup>54</sup>. » Les codeuses rencontrées semblent avoir à cœur de montrer que les ressources humaines nécessaires au codage médical ne peuvent être remplacées par des machines. Une codeuse me montre, sur l'écran, un scan de lettre de sortie, avec plusieurs remarques ajoutées manuellement par un médecin et me dit : « Tu crois vraiment que l'ordinateur va pouvoir lire ce genre de choses ?<sup>55</sup> » Sa collègue ajoute : « L'intelligence artificielle, on n'y est pas encore... Peut-être un jour, mais il faudra toujours un être humain qui vérifie, qui justifie, qui fait les liens<sup>56</sup>. »

- 57 Durant cette grève, des centaines de chef-fes de service, soutenu-es par leurs équipes, ont refusé (...)

37 La gestion d'une masse croissante de données numériques alors que la relève humaine de professionnel·les spécialisés·es dans leur gestion est loin d'être assurée constitue assurément l'un des principaux paradoxes qui sous-tendent l'exercice de la profession, et c'est pour cette raison qu'il paraît nécessaire que les sciences humaines et sociales s'attellent à documenter davantage la manière dont ce type de fonction se reconfigure structurellement au gré des nouvelles politiques de santé et des exigences d'informatisation du système de soins. Cette analyse est d'autant plus urgente que les données de santé sont toujours plus nombreuses et que les codes médicaux deviennent des objets politiques. À cet égard, la « grève du codage », survenue à la fin de l'année 2019 en France, est venue souligner à quel point le refus de coder les actes médicaux, proposé par des soignant·es épuisés par leurs conditions de travail, pouvait servir de levier politico-économique pour exiger des réformes hospitalières – telles que l'augmentation des budgets alloués aux hôpitaux, un recrutement massif de personnel hospitalier, une revalorisation salariale ou encore la réouverture de lits – dans un contexte extrêmement tendu<sup>57</sup>.

38 À l'analyse de ce paradoxe s'ajoute une nécessaire réflexion sur la manière dont les professionnel·les du codage médical donnent du sens à leur fonction et à leurs tâches. Les codeuses rencontrées faisaient en effet constamment face à des injonctions contradictoires, telles que se plonger dans la complexité spécifique d'une situation clinique pour la traduire en une série de données homogènes à celles d'autres situations ; se démarquer par un esprit d'initiative dans l'étude des dossiers, tout en tentant de gommer la subjectivité de l'interprétation ; connaître les failles du système de santé, mais se soumettre à l'autorité des organes décideurs ; exercer son métier avec passion et assumer d'être perçue par certain·es soignant·es comme des « machines à prestation » ; être salariée de l'hôpital et rester cependant « neutre » dans le codage qui doit servir le remboursement de celui-ci. Ces diverses injonctions poussent les professionnel·les à construire un discours qui intègre les nouvelles contraintes du système de santé, tout en soulignant la marge de manœuvre qu'elles ou ils y trouvent pour avoir l'impression de personnaliser chaque cas hospitalisé et de lui rendre justice par un codage adéquat de ses données de santé, lequel ne pourrait se faire sans de solides connaissances médicales.

39 Étudier les enjeux qui composent le quotidien professionnel des spécialistes du codage, ainsi que la façon dont elles et ils pensent leurs pratiques, permet d'entamer une réflexion plus large sur les écueils auxquels la médecine dite « des 4 P » est susceptible de se heurter. Cette « nouvelle » médecine, promue notamment par les partisan·es du *big data* en santé, se veut à la fois « personnalisée, préventive, prédictive et participative ». Si ces objectifs sont louables, on peut toutefois questionner leur mise en pratique. Comment prétendre en effet à une médecine personnalisée et centrée sur les particularités de chaque patient·e alors que les cas doivent être regroupés et homogénéisés ? Comment favoriser la prévention, alors que cette dernière n'est ni mesurable ni économiquement rentable à court terme ? Comment s'assurer que les projets de recherche visant à renforcer une médecine prédictive servent véritablement les intérêts des patient·es plutôt que des carrières académiques ? Comment encourager la participation et l'expertise des patient·es dans un contexte où chaque acte doit être justifié en vue d'une réduction des coûts ? À l'heure où le *big data* en santé fait l'objet d'une attention soutenue et critique des sciences sociales, il semble essentiel de ne pas s'attarder uniquement sur la rhétorique des promesses véhiculées par les promoteurs et promotrices des données de masse, mais de développer aussi d'autres types de démarches qui explorent ces questions en profondeur.

[Haut de page](#)

## Notes

1 Pour plus de détails, voir le site du programme DataSanté : <https://www.data-sante.fr/> (consulté le 21 juin 2022).

2 Une exception notable est le travail du sociologue Pierre-André Juven sur la manière dont on quantifie l'activité de l'hôpital par la production et la diffusion d'un langage gestionnaire, lequel est notamment sous-tendu par l'exercice du codage médical. Voir en particulier le chapitre « La T2A au quotidien : coder et transformer les patients », dans [Pierre-André Juven, Une santé qui compte ? Les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public](#), Paris, Presses universitaires de France, 2016, p. 25-58.

3 En l'occurrence, je n'ai pas eu d'interlocuteur masculin qui soit un codeur professionnel.

4 Pour des questions de confidentialité, la ville et le nom de l'hôpital ne seront pas mentionnés.

5 Les codeuses ont veillé à ne jamais me montrer les données confidentielles figurant sur les dossiers de patient·es.

6 Gladys Swain, « Chimie, cerveau, esprit et société : paradoxes épistémologiques des psychotropes en médecine mentale », *Le Débat*, 47, 1987, p. 172-183 (article également publié dans Gladys Swain, *Dialogue avec l'insensé*, Paris, Gallimard, 1994, p. 265).

7 Si j'ai réalisé un travail critique sur les classifications médicales grâce à l'analyse de sources francophones et anglophones, les recherches plus spécifiques à cet article s'appuient principalement sur des sources textuelles et audiovisuelles en français. Par ailleurs, en raison de la situation sanitaire, je n'ai pu mener mes entretiens et observations qu'en Suisse, alors que j'avais initialement prévu de réaliser aussi une étude de terrain en France. Malgré ces obstacles, j'ai souhaité privilégier une perspective généralisante et ne pas m'attarder sur les nombreuses spécificités relatives à chaque pays. En effet, décrire les contextes nationaux particuliers aurait vite éloigné les lectrices et lecteurs du propos principal.

8 Xavier Heuschling, « La statistique internationale, son origine et ses progrès », *Journal de la société statistique de Paris*, 23, 1882, p. 287-295 ; Frederick Martin Meredith Lewes, « Dr Marc d'Espine's Statistical Nosology », *Medical History*, 32 (3), 1988, p. 301-313.

9 Organisation mondiale de la santé, *Manuel de classement statistique international des maladies, traumatismes et causes de décès*, sixième révision des *Nomenclatures internationales des maladies et causes de décès*, adoptée en 1948, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1950 ; Organisation mondiale de la santé, *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, fondé sur les recommandations de la Conférence pour la 9<sup>e</sup> révision, 1975 et adopté par la 29<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1977.

10 Organisation mondiale de la santé, *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, fondé sur les recommandations de la Conférence pour la 9<sup>e</sup> révision, 1975 et adopté par la 29<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé*, op. cit., p. xxvi.

11 Cet exemple provient du « Neuvième cours de formation continue pour les experts SIM » donné par le neurologue suisse Franck Elben, disponible sur le site de la Médecine d'assurance suisse : <https://www.swiss-insurance-medicine.ch/fr/> (consulté le 21 juin 2022).

12 Organisation mondiale de la santé, « Comité d'experts de la Classification internationale des maladies, 10<sup>e</sup> révision, deuxième réunion, Genève, 23-27 novembre 1987 », document numérisé et mis en ligne sur la base de données IRIS de l'OMS : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59765> (consulté le 21 juin 2022) ; Organisation mondiale de la Santé, « Relevé épidémiologique hebdomadaire », 63 (45), 4 novembre 1988, p. 343-344, document numérisé et mis en ligne sur la base de données IRIS de l'OMS : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/226924> (consulté le 21 juin 2022).

13 Voir par exemple les documents produits sur le site de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), en France, pour les détails relatifs aux nouveaux codes choisis dans l'urgence pour la grippe A/H1N1 (<https://www.atih.sante.fr/codage-de-la-grippe-ah1n1>) ainsi que pour le virus SARS-CoV-2 ([https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3782/atih\\_consignes-covid19.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3782/atih_consignes-covid19.pdf)).

14 Organisation mondiale de la santé, *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexe*, 10<sup>e</sup> révision, édition 2008, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008, p. 1.

15 *Ibid.*

16 Organisation mondiale de la santé, *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, fondé sur les recommandations de la Conférence pour la 9<sup>e</sup> révision, 1975 et adopté par la 29<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé*, op. cit.

17 Entretien avec une spécialiste en codage médical travaillant dans un hôpital de Suisse romande, 2 octobre 2020.

[18](#) APM International, « Fiche métier : codeur des diagnostics et des actes médicaux », s. d. , document précédemment en ligne sur le site du Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (<https://www.snitem.fr/>), non disponible à ce jour.

[19](#) Voir notamment (la liste n'est pas exhaustive) : Étienne Minvielle, André-Pierre Contandriopoulos, « La conduite du changement : quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière ? », *Revue française de gestion*, 150, 2004, p. 29-53 ; Aurore Schilte, Étienne Minvielle, « Le classement des hôpitaux : une nouvelle manière de rendre des comptes », *Annales des Mines. Gérer et comprendre*, 91, 2008, p. 36-47 ; Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression : enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte, 2010 ; Mihai Dinu Gheorghiu, Frédéric Moatty, *L'hôpital en mouvement : changements organisationnels et conditions de travail*, Rueil-Malmaison, Éditions Liaisons, 2013 ; Guillaume Lachenal, Céline Lefève, Vinh-Kim Nguyen, *La médecine du tri : histoire, éthique, anthropologie*, Paris, Presses universitaires de France, 2014.

[20](#) En France, on les nomme « résumés de sortie standardisés » (RSS).

[21](#) Dans cet article, j'ai fait le choix de traiter des diagnostics dans leur ensemble, sans insister sur les particularités relatives aux spécialisations médicales. En effet, de nombreux domaines de la médecine, tels que la psychiatrie, l'oncologie, le handicap ou encore la médecine générale, possèdent leurs codes spécifiques et font l'objet de sections à part, voire de volumes distincts. C'est ce que l'on appelle les « familles de classifications ». Ainsi, par exemple, la classification consacrée à l'oncologie développe amplement les références à la topographie et à la morphologie des tumeurs, alors que celles consacrées à la psychiatrie ou au handicap contiennent des descriptions cliniques et situationnelles. Ces distinctions en fonction du domaine ont évidemment des répercussions non seulement sur la manière dont le codage doit être assimilé, mais aussi sur les exigences des assurances pour justifier le remboursement d'une prestation.

[22](#) Discussion avec une spécialiste en codage médical travaillant dans un hôpital de Suisse romande lors d'une journée d'observation, 29 septembre 2020.

[23](#) Entretien avec un médecin suisse, spécialiste en épidémiologie clinique, 23 avril 2019.

[24](#) Discussion avec une membre de l'équipe de codage médical d'un hôpital de Suisse romande lors d'une journée d'observation, 1<sup>er</sup> octobre 2020.

[25](#) Au niveau mondial, la Classification internationale des actes médicaux (CIAM) a été utilisée entre la fin des années 1970 et la fin des années 1990, mais son usage a rapidement été rendu difficile au vu de l'évolution des traitements et de la non-homogénéité de ces derniers à travers le monde. Si une nouvelle version internationale est annoncée comme imminente, les outils de classification en matière d'interventions et de traitements conservent pour le moment leurs spécificités nationales. Voir : Organisation mondiale de la santé, « Onzième Révision de la Classification internationale des maladies. Rapport du Directeur général. Soixante-douzième assemblée mondiale de la santé, point 12.7 de l'ordre du jour provisoire, 4 avril 2019 », Genève, Organisation mondiale de la santé, 2019, p. 10, document numérisé et mis en ligne sur la base de données IRIS de l'OMS : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328735> (consulté le 21 juin 2022).

[26](#) En Suisse, par exemple, en plus des assurances, ce sont les cantons qui remboursent les hôpitaux et cliniques.

[27](#) Ce système des groupes est nommé différemment selon les pays : en France, ce sont les GHM (groupes homogènes de malades) ; aux États-Unis, les AP-DRG (All Patient Diagnosis Related Groups) ; au Royaume-Uni, les HRG (Health Resources Groups) ; et en Suisse, les SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups).

[28](#) Pour plus de détails, voir le site de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), et plus particulièrement les informations relatives aux groupes homogènes de malades en France : <https://www.atih.sante.fr/manuel-des-ghm-version-provisoire-2020> (consulté le 21 juin 2022) ; voir également le site de la Confédération suisse concernant les SwissDRG : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Spitalbehandlung/Tarifsysteem-SwissDRG.html> (consulté le 21 juin 2022).

[29](#) L'Office fédéral de la statistique (OFS) est le centre de compétences de la statistique publique suisse : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/ofis/office-federal-statistique.html> (consulté le 21 juin 2022).

[30](#) En moyenne, les codeurs et codeuses ont un salaire mensuel de 6 400 francs suisses (soit 6 175 euros), ce qui est légèrement plus élevé que le salaire d'un médecin spécialiste en Allemagne lorsqu'il se trouve en début ou en milieu de carrière.

[31](#) Entretien avec une spécialiste en codage médical travaillant dans un hôpital de Suisse romande, 2 octobre 2020.

[32](#) Informations recueillies lors d'un entretien avec une spécialiste en épidémiologie clinique, 16 avril 2019.

[33](#) Entretien avec une spécialiste en codage médical travaillant dans un hôpital de Suisse romande, 2 octobre 2020.

[34](#) Entretien avec une membre de l'équipe de codage médical d'un hôpital de Suisse romande, 7 mai 2021.

[35](#) Entretien avec une spécialiste en codage médical travaillant dans un hôpital de Suisse romande, 2 octobre 2020.

[36](#) Entretien avec une membre de l'équipe de codage médical d'un hôpital de Suisse romande, 7 mai 2021.

[37](#) Entretien avec un spécialiste en épidémiologie clinique, 23 avril 2019.

[38](#) Entretien avec une membre de l'équipe de codage médical d'un hôpital de Suisse romande, 7 mai 2021.

[39](#) Entretien avec une membre de l'équipe de codage médical d'un hôpital de Suisse romande, 7 mai 2021. Dans cette dernière phrase, la codeuse évoque l'algorithme final, « algorithme groupeur », qui regroupe toutes les données pour définir un cas, dont dépendra ensuite le remboursement. Ainsi, deux situations d'accouchement qui semblent en apparence proches seront interprétées différemment par l'algorithme groupeur, ce qui entraînera également des remboursements distincts pour chacun des accouchements.

[40](#) Entretien avec une spécialiste en codage médical travaillant dans un hôpital de Suisse romande, 2 octobre 2020.

[41](#) Discussion avec une membre de l'équipe de codage médical d'un hôpital de Suisse romande lors d'une journée



d'observation, 1<sup>er</sup> octobre 2020.

[42](#) Discussion avec une spécialiste en codage médical travaillant dans un hôpital de Suisse romande lors d'une journée d'observation, 1<sup>er</sup> octobre 2020.

[43](#) Discussion avec une spécialiste en codage médical travaillant dans un hôpital de Suisse romande lors d'une journée d'observation, 1<sup>er</sup> octobre 2020.

[44](#) Les questions des années 2017 et 2018 peuvent être consultées sous la rubrique « Coup d'œil dans les coulisses des examens » de la page consacrée à l'examen professionnel fédéral sur le site H+ Bildung : <https://www.hplus-bildung.ch/weitere-angebote/examens-professionnels-federaux/examen-professionnel-specialiste-codage-medical/> (consulté le 21 juin 2022).

[45](#) Voir le règlement concernant l'examen professionnel de spécialiste en codage médical sur le site H+ Bildung : <https://www.hplus-bildung.ch/assets/Uploads/Reglement2.pdf> (consulté le 21 juin 2022).

[46](#) Entretien avec une spécialiste en codage médical travaillant dans un hôpital de Suisse romande, 2 octobre 2020.

[47](#) Entretien avec une membre de l'équipe de codage médical d'un hôpital de Suisse romande, 6 mai 2021.

[48](#) Entretien avec une spécialiste en codage médical travaillant dans un hôpital de Suisse romande, 2 octobre 2020.

[49](#) Entretien avec une spécialiste en codage médical travaillant dans un hôpital de Suisse romande, 2 octobre 2020.

[50](#) Discussion avec une membre de l'équipe de codage médical d'un hôpital de Suisse romande lors d'une journée d'observation, 1<sup>er</sup> octobre 2020.

[51](#) Entretien avec une membre de l'équipe de codage médical d'un hôpital de Suisse romande, 6 mai 2021.

[52](#) Organisation mondiale de la santé, « Onzième Révision de la Classification internationale des maladies. Rapport du Directeur général. Soixante-douzième assemblée mondiale de la santé, point 12.7 de l'ordre du jour provisoire, 4 avril 2019 », document cité, p. 5.

[53](#) Voir le dossier de présentation de la CIM-11 et notamment le document « CIM-11 – Aide-mémoire » sur le site de l'OMS : <https://icd.who.int/fr> (consulté le 21 juin 2022).

[54](#) Discussion informelle avec une spécialiste en codage médical travaillant dans un hôpital de Suisse romande, 7 mai 2021.











[55](#) Discussion avec une membre de l'équipe de codage médical d'un hôpital de Suisse romande lors d'une journée d'observation, 30 septembre 2020.

[56](#) Discussion avec une membre de l'équipe de codage médical d'un hôpital de Suisse romande lors d'une journée d'observation, 30 septembre 2020.

[57](#) Durant cette grève, des centaines de chef-fes de service, soutenu-es par leurs équipes, ont refusé de transmettre à l'assurance maladie le détail des données relatives aux actes médicaux qu'ils et elles avaient réalisés, en stipulant que cette transmission ne faisait pas partie des obligations contractuelles des médecins. Certains articles parus dans des journaux quotidiens méritent d'être consultés pour avoir un aperçu des enjeux liés à cette grève : Céline Delbecq, « On ne pourra plus dire qu'on ne savait pas » : retour sur un an de crise à l'hôpital », *L'Express*, 14 février 2020, en ligne : [https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/on-ne-pourra-plus-dire-qu-on-ne-savait-pas-retour-sur-un-an-de-crise-a-l-hopital\\_2118180.html](https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/on-ne-pourra-plus-dire-qu-on-ne-savait-pas-retour-sur-un-an-de-crise-a-l-hopital_2118180.html) ; Laura Andrieu, « Crise des hôpitaux : qu'est-ce que la grève du codage ? », *Le Figaro*, 21 janvier 2020, en ligne : <https://www.lefigaro.fr/social/crise-des-hopitaux-qu-est-ce-que-la-greve-du-codage-20200121> ; Solveig Godeluck, « La grève du codage donne des sueurs froides aux Hôpitaux de Paris », *Les Echos*, 15 janvier 2020, en ligne : <https://www.lesechos.fr/economie-france/social/la-greve-du-codage-donne-des-sueurs-froides-aux-hopitaux-de-paris-1163120> ; Romain Herreros, « Quelle est cette "grève du codage" observée dans plusieurs hôpitaux ? », *Huffington Post*, 14 novembre 2019, en ligne : [https://www.huffingtonpost.fr/entry/quelle-est-cette-greve-du-codage-observee-dans-plusieurs-hopitaux\\_fr\\_5dccc182ee4b03a7e02931955](https://www.huffingtonpost.fr/entry/quelle-est-cette-greve-du-codage-observee-dans-plusieurs-hopitaux_fr_5dccc182ee4b03a7e02931955) (consultés le 21 juin 2022).

[Haut de page](#)

## Table des illustrations

	<b>Titre</b>	Fig. 1 : Version canadienne de la Classification internationale des maladies, 10 <sup>e</sup> édition (CIM-10), code N83
	<b>Crédits</b>	Source : Institut canadien d'information sur la santé, <i>Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes</i> , 10 <sup>e</sup> version, Ottawa (Canada), Institut canadien d'information sur la santé, 2012.
	<b>URL</b>	<a href="http://journals.openedition.org/hms/docannexe/image/6233/img-1.jpg">http://journals.openedition.org/hms/docannexe/image/6233/img-1.jpg</a>
	<b>Fichier</b>	image/jpeg, 384k
	<b>Titre</b>	Fig. 2 : Version française de la Classification internationale des maladies, 10 <sup>e</sup> édition (CIM-10), code N83
	<b>Crédits</b>	Source : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), <i>Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, CIM-10 FR 2017 à usage PMSI</i> , Lyon, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, 2017.
	<b>URL</b>	<a href="http://journals.openedition.org/hms/docannexe/image/6233/img-2.jpg">http://journals.openedition.org/hms/docannexe/image/6233/img-2.jpg</a>
	<b>Fichier</b>	image/jpeg, 555k
	<b>Titre</b>	Fig. 3 : Version française de la Classification internationale des maladies, 10 <sup>e</sup> édition (CIM-10), codes V96 et V97
	<b>URL</b>	<a href="http://journals.openedition.org/hms/docannexe/image/6233/img-3.jpg">http://journals.openedition.org/hms/docannexe/image/6233/img-3.jpg</a>
	<b>Fichier</b>	image/jpeg, 505k
	<b>Titre</b>	Fig. 4 : Version française de la Classification internationale des maladies, 10 <sup>e</sup> édition (CIM-10), codes W50 à W64
	<b>URL</b>	<a href="http://journals.openedition.org/hms/docannexe/image/6233/img-4.jpg">http://journals.openedition.org/hms/docannexe/image/6233/img-4.jpg</a>
	<b>Fichier</b>	image/jpeg, 442k
	<b>Titre</b>	Fig. 5 : Discussion d'expert-es de l'OMS, en novembre 1987, avant la publication de la CIM-10
	<b>Légende</b>	Afin d'insister sur l'usage statistique prioritaire de la CIM, il est par ailleurs recommandé d'ajouter le terme « statistique » dans l'intitulé de la CIM, recommandation qui sera adoptée.
	<b>Crédits</b>	Source : Organisation mondiale de la Santé, Comité d'experts de la Classification internationale des maladies, 10 <sup>e</sup> révision, deuxième réunion, Genève, 23-27 novembre 1987, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1987.
	<b>URL</b>	<a href="http://journals.openedition.org/hms/docannexe/image/6233/img-5.jpg">http://journals.openedition.org/hms/docannexe/image/6233/img-5.jpg</a>
	<b>Fichier</b>	image/jpeg, 239k
	<b>Titre</b>	Fig. 6 : Codes extraits de la Classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP)
	<b>Crédits</b>	Source : Team Nomenclatures médicales, <i>Classification Suisse des Interventions Chirurgicales (CHOP). Index systématique – Version 2016</i> , Neuchâtel, Office fédéral de la statistique, 2015.
	<b>URL</b>	<a href="http://journals.openedition.org/hms/docannexe/image/6233/img-6.jpg">http://journals.openedition.org/hms/docannexe/image/6233/img-6.jpg</a>
	<b>Fichier</b>	image/jpeg, 553k
	<b>Titre</b>	Fig. 7 : Définitions figurant dans l'édition française de la CIM-10, version 2017, afin de distinguer les différents types de mortalité maternelle
	<b>Crédits</b>	Source : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), <i>Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. CIM-10 FR 2017 à usage PMSI</i> , Lyon, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, 2017.
	<b>URL</b>	<a href="http://journals.openedition.org/hms/docannexe/image/6233/img-7.jpg">http://journals.openedition.org/hms/docannexe/image/6233/img-7.jpg</a>
	<b>Fichier</b>	image/jpeg, 453k
	<b>Titre</b>	Fig. 8 : Exemples figurant dans le <i>Manuel de codage médical</i> , en Suisse, afin d'aider les codeurs et codeuses à exclure un diagnostic présumé
	<b>Crédits</b>	Source : Christiane Ricci, Jörg Julen, Sylvia Zihli, Ursula Althaus, Pierre Phedon Tahintzi, <i>Manuel de codage médical : le manuel officiel des règles de codage en Suisse</i> , Neuchâtel, Office fédéral de la statistique, 2017.
	<b>URL</b>	<a href="http://journals.openedition.org/hms/docannexe/image/6233/img-8.jpg">http://journals.openedition.org/hms/docannexe/image/6233/img-8.jpg</a>
	<b>Fichier</b>	image/jpeg, 354k
	<b>Titre</b>	Fig. 9 à 12 : Exemples de questions à choix multiple figurant dans l'examen pour le brevet fédéral de spécialiste en codage médical
	<b>URL</b>	<a href="http://journals.openedition.org/hms/docannexe/image/6233/img-9.jpg">http://journals.openedition.org/hms/docannexe/image/6233/img-9.jpg</a>
	<b>Fichier</b>	image/jpeg, 204k
	<b>URL</b>	<a href="http://journals.openedition.org/hms/docannexe/image/6233/img-10.jpg">http://journals.openedition.org/hms/docannexe/image/6233/img-10.jpg</a>
	<b>Fichier</b>	image/jpeg, 225k

	<b>URL</b>	<a href="http://journals.openedition.org/hms/docannexe/image/6233/img-11.jpg">http://journals.openedition.org/hms/docannexe/image/6233/img-11.jpg</a>
	<b>Fichier</b>	image/jpeg, 914k
	<b>Légende</b>	Source : Onglet « Coup d'œil dans les coulisses des examens » de la page consacrée à l'examen professionnel fédéral sur le site H+ Bildung : <a href="https://www.hplus-bildung.ch/weitere-angebote/examens-professionnels-federaux/examen-professionnel-specialiste-codage-medical/">https://www.hplus-bildung.ch/weitere-angebote/examens-professionnels-federaux/examen-professionnel-specialiste-codage-medical/</a> (consulté le 8 juillet 2022).
	<b>URL</b>	<a href="http://journals.openedition.org/hms/docannexe/image/6233/img-12.jpg">http://journals.openedition.org/hms/docannexe/image/6233/img-12.jpg</a>
	<b>Fichier</b>	image/jpeg, 554k

[Haut de page](#)

## Pour citer cet article

### Référence papier

Émilie Bovet, « « Un plus un, ça ne fait pas toujours deux » : le codage médical en coulisse », *Histoire, médecine et santé*, 22 | 2022, 123-147.

### Référence électronique

Émilie Bovet, « « Un plus un, ça ne fait pas toujours deux » : le codage médical en coulisse », *Histoire, médecine et santé* [En ligne], 22 | hiver 2022, mis en ligne le 15 décembre 2022, consulté le 25 janvier 2023. URL : <http://journals.openedition.org/hms/6233> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/hms.6233>

[Haut de page](#)

## Auteur

### [Émilie Bovet](#)

Université de Nantes et Haute École de Santé Vaud, HES-SO Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale

### Articles du même auteur

- 

[Haut de page](#)