

Utilisation et évaluation du thesaurus belge adapté au Rwanda

Use and evaluation of the Belgian thesaurus adapted for Rwanda

De Jonghe M¹, Jamouille M, Porignon D²

¹ Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine, Université libre de Bruxelles

Campus Facultaire Erasme - Route de Lennik 808 (BP612) – 1070 Bruxelles

micheldejonghe@skynet.be

² Cemubac, Ecole de Santé Publique, Université libre de Bruxelles

Route de Lennik 808 (CP 595) - 1070 Bruxelles

Tél. 32 2 555 40 72

Fax 32 2 555 40 12

cemubac@ulb.ac.be

Résumé :

Contexte : le Centre Hospitalier Universitaire de Kigali a besoin depuis de nombreuses années de mieux savoir ce qui y est fait. La gestion de l'institution, la compréhension de la place de l'institution dans le système de soins de santé rwandais, le renforcement de la visibilité de l'institution sont autant d'objectifs de politique de santé. Cependant, aucun outil n'avait été mis en place.

Outils : en août 2005, le thesaurus belge, biclassifié (ICD-10/ICPC-2) adapté au CHUK a été mis en place.

Critères de jugements primaires : qualité des enregistrements, validité du thesaurus.

Résultats : une analyse qualitative a été réalisée sur 899 enregistrements. Les occurrences faibles ($\leq 0.2\%$) de près de 25% des enregistrements justifient l'utilisation et l'amélioration du thesaurus. Près de 45% des enregistrements vides peuvent être complétés suite à la simple consultation des dossiers. Moins de 0.5% des enregistrements sont manquants dans le thesaurus, tandis que près de 2% des enregistrements ont des concepts similaires, mais non identifiables par un non médecin. Enfin, un enregistrement en double aveugle par un médecin habitué aux classifications et par un non médecin habitué à l'encodage de dossiers de patients hospitalisés montre une similitude parfaite dans 70% des enregistrements et une perte de précision dans près de 20% des enregistrements. Aucune faute n'a été relevée, même si elles ne peuvent être exclues.

Conclusions : la qualité des enregistrements par un non médecin à l'aide du thesaurus belge est suffisante pour pouvoir interpréter les résultats quantitatifs des enregistrements. Une correction rapide par un médecin permet de corriger les enregistrements vides et manquants.

Abstract :

1. Aspects méthodologiques :

a. Contexte :

Au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Kigali, la problématique liée à la classification des pathologies a été identifiée depuis de nombreuses années. Elle n'a jamais fait l'objet d'une réelle démarche pour essayer de mettre en place un système répondant, dans la mesure du possible, à la fois aux exigences en matière de gestion et aux contraintes liées aux professionnels de santé.

Une consultation locale a permis, sur base de la revue des dossiers et des informations disponibles au service des statistiques de l'hôpital, de préciser quels sont les diagnostics les plus fréquemment rencontrés au CHUK. Sur cette base une révision de la Classification internationale des maladies (ICD-10) a été faite. Cette révision a permis d'élaguer de manière substantielle la liste des pathologies pour la réduire de 12 000 entrées à quelque 3500 entrées. Ce travail a été entièrement réalisé par l'ESP-Butare et était finalisé au début du mois de juillet 2005.

En août 2005, une analyse de terrain a été effectuée dans le but de suivre la genèse de l'information médicale au sein de différents services du CHUK et le parcours de cette information jusqu'à l'établissement du rapport d'activité du CHUK. Il avait été relevé un grand biais d'interprétation puisque toute la richesse du vocabulaire professionnel était normalisée à 220 items reliés à un code propre au CHUK, mais sans relation aucune avec une classification de maladies quelle qu'elle soit.

b. Outils :

Dans ce contexte, il a été proposé d'introduire un thesaurus. L'intérêt d'un thesaurus est d'apporter un vocabulaire professionnel normalisé, contrôlé, le plus exhaustif possible, mais toujours dynamique. Le thesaurus belge est spécifique : il repose sur un identificateur unique par ligne proposée (IBUI), ce qui permet de lier à chaque diagnostic un code ICPC-2, un code ICD-10, d'assurer plusieurs traductions.

Le thesaurus doit permettre de traduire l'ensemble des diagnostics relatifs aux pathologies rencontrées tels qu'exprimées par les professionnels de santé dans les dossiers "papier" des malades et de les mettre en relation avec les classifications CIM-10 (ICD-10¹) et CISP-2 (ICPC-2)². La version implémentée est ICPC-2-R³. Ces deux classifications reconnues par l'OMS sont complémentaires. Le thesaurus a été développé en Belgique par le Département de Médecine générale de l'ULB et par le Département de Médecine générale de Gent sous la direction du Ministère de la Santé Publique⁴. Il a été proposé de l'adapter au contexte rwandais afin de pouvoir l'utiliser au CHUK⁵.

c. Interprétation des résultats :

L'exploitation des enregistrements cliniques dépend :

- i. D'une bonne appréciation du problème de santé
- ii. D'une transcription correcte du ou des diagnostic(s) dans les dossiers
- iii. D'un encodage rigoureux, qui peut être évalué qualitativement
- iv. D'un enregistrement précis dans des champs bien définis : la qualité du logiciel informatique peut être évaluée
- v. D'une analyse statistique rigoureuse et précise en fonction de questions clairement posées.
- vi. D'une restitution à qui de droit en prenant le soin de montrer les limites des résultats.

d. Justification de l'utilisation de classifications internationales des pathologies au CHUK

L'analyse des données telles que présentées dans les rapports annuels du CHUK ne permettent que très difficilement d'avoir une vue d'ensemble des activités de l'hôpital, si ce n'est à travers un périlleux exercice intellectuel de compilations des données partielles reprises dans chacun des chapitres de ce rapport et qui correspondent à la synthèse inégale des activités de chaque entité de l'hôpital^a.

L'ensemble de ces données, même si leur intérêt est évident pour certains responsables, n'en demeurent pas moins très difficilement interprétables en terme de performances réelles de l'institution que ce soit d'un point de vue quantitatif épidémiologique et financier ou encore en termes qualitatifs.

Les informations produites par le Service des Statistiques sont assez exhaustives quant à leur collecte systématique mais ne sont que partiellement reconnues par les responsables des services cliniques comme reflétant l'activité réelle des différents services.

Les données actuellement disponibles permettent de dégager des informations utiles sur le volume d'activités du CHUK, ainsi que sur la grande variabilité des performances entre les différents services de l'hôpital. Néanmoins, il apparaît également que ces mêmes informations ne permettent pas, à l'heure actuelle, d'avoir une idée précise et internationalement

^a 14 services administratifs, 10 services cliniques et 5 services techniques, soit un total de 29 entités et 160 pages

comparable sur les pathologies prises en charge et de faire des liens entre ces pathologies et la productivité réelle de l'hôpital en termes opérationnels (durée de séjour,...) et financier (coût par pathologie,...).

Cet écueil devrait être partiellement levé par la mise en place d'une ou plusieurs classifications internationales.

2. Résultats préliminaires :

A. Analyse du processus :

Dans cette partie du travail, il s'agit d'évaluer l'apport du thésaurus belge pour l'enregistrement des données cliniques des patients hospitalisés. **Il faut noter qu'il s'agit du tout premier travail de validation du thésaurus belge.**

1. Impression subjective :

Les deux encodeurs du service administratif du CHUK, et qui ne sont donc pas des médecins (!) trouvent l'encodage des données cliniques facilitées par le thésaurus. Ils se disent satisfaits, mais relèvent qu'il manque une série d'items parfois fort communs tels « cancer de la prostate », « gastro-entérite aiguë », etc. Ils nous remettent une liste comprenant 30 items manquants.

2. Analyse qualitative :

Les premiers enregistrements cliniques à l'aide du thésaurus débutent début janvier 2006. Ils sont réalisés par une administrative du CHUK, habituée à la logique d'encodage d'informations cliniques depuis quelques années. Fin mars 2006, une première analyse des résultats est effectuée. Le fichier comprend 899 enregistrements.

	n	n/enr. remplis
nombre d'enregistrements	899	
enregistrements remplis	883	98,22%
enregistrements vides	16	1,78%
réurrence la + forte d'un item	223	25,25%
réurrence la + faible d'un item	1	0,11%
nombre d'items apparaissant une seule fois	154	17,44%
nombre d'items apparaissant deux fois	30	6,80%
		24,24%

Interprétation : les récurrences très faibles de près de ¼ des enregistrements justifient l'utilisation et l'amélioration de la qualité du thésaurus.

2.1. Analyse des enregistrements vides :

Les enregistrements vides sont des données inexistantes au niveau des champs adéquats dans le logiciel. Nous avons pu retrouver les dossiers des patients grâce au service d'archivage et

relever les diagnostics posés par les praticiens. Nous avons alors tenté de trouver un équivalent dans le thésaurus.

	n	n/vides	n/total enregistrements
enregistrement vide/ patient	16		1,81%
Dossier retrouvé	12	75,00%	
diagnostic mentionné	18		
diagnostic non mentionné dans dossier	0	0,00%	
diagnostic mentionné et retrouvé dans thésaurus	8	44,44%	0,89%
diagnostic mentionné non retrouvé mais concept apparenté existant	8	44,44%	0,89%
diagnostic mentionné non retrouvé et concept inexistant dans thésaurus mais existant dans ICD	1	5,56%	0,11%
diagnostic mentionné non retrouvé et concept inexistant dans le thesaurus et dans ICD	1	5,56%	0,11%

Tableau 1 : analyse qualitative des enregistrements vides

Interprétation : 1,81% d'appréciations cliniques non enregistrées ne modifieront pas fondamentalement les résultats des analyses micro-épidémiologiques qui seront réalisées au sein du CHUK. Il faut cependant remarquer que reprendre simplement les dossiers, relever les diagnostics portés et encoder les appréciations retrouvées permet de diminuer l'incertitude de près de 45% en valeur relative et d'un peu moins de 1% en valeur absolue. L'explication la plus plausible est qu'il s'agit d'oublis lors de l'encodage.

2.2. Analyse des enregistrements manquants :

Les enregistrements manquants sont des données qui n'ont pu être trouvées dans le thésaurus par les administratifs et pour lesquelles ils ont relevé le diagnostic des praticiens dans une base séparée.

	n	n/non trouvés	n/total enregistrements
diagnostic non trouvé dans thésaurus par administratif	30		3,23%
diagnostic retrouvé dans thésaurus par médecin	4	13,33%	0,43%
diagnostic non retrouvé dans thésaurus (=pas de correspondance complète)	26	86,67%	2,80%
diagnostic non retrouvé mais concept apparenté présent	18	69,23%	1,94%
diagnostic non retrouvé et concept inexistant dans thésaurus mais existant dans ICD-10	2	7,69%	0,22%
diagnostic non retrouvé et concept inexistant dans thésaurus et inexistant dans ICD-10	2	7,69%	0,22%
diagnostic non valide (procédure, anglais)	4	15,38%	0,43%
		100,00%	

Tableau 2 : analyse qualitative des enregistrements manquants

Interprétation : le chiffre de 3,23% d'intitulés cliniques non retrouvés dans le thésaurus pose la question de sa validité. Cependant, une première vérification permet déjà de diminuer ce chiffre sous la barre des 3% rien qu'en essayant à nouveau les recherches. Un médecin, habilité à rechercher et valider des concepts apparentés (néoplasie = tumeur maligne = cancer) et à refuser l'intitulé d'une procédure en tant qu'appréciation diagnostique, permet de

diminuer l'incertitude à moins de 0,5% et même sous les 0,25% s'il prend la peine de rechercher les concepts dans les tables de classifications elles-mêmes.

2.3. Analyse de terrain :

Un médecin habitué aux classifications et une administrative du service d'encodage au sein du CHUK ont travaillé ½ journée ensemble sur les mêmes dossiers. 32 diagnostics, bilan médical de l'hospitalisation, sont encodés, en double aveugle. Les résultats de ce travail sont présentés ci-dessous.

correspondance totale	69,70%
imprécision d'encodage	21%
faute d'encodage	0%
inconnu	9,09%
	100,00%

Tableau 3 : résultats de l'encodage en double aveugle de 32 diagnostics

Interprétation : près de 70% de l'encodage est parfaitement similaire : le même IBUI est choisi par les deux encodeurs. Il y a près de 20% d'imprécision d'encodage de l'administrative par rapport au médecin, celle-ci préférant diminuer la précision de l'information par rapport au diagnostic clinique écrit du praticien, plutôt que de commettre une faute. Il faut souligner qu'aucune faute d'encodage n'a été relevée ! Nous ne pouvons certainement pas conclure qu'aucune faute d'encodage n'est réalisée, mais on peut raisonnablement penser qu'elles seront limitées, et donc n'interféreront pas sur l'analyse générale globale de l'activité au sein du CHUK. Les 9 % d'inconnus résultent du fait que l'administrative préfère ne pas faire de faute. Les dossiers sont mis sur le côté et pourront être retrouvés pour pouvoir être retravaillés par après si nécessaire.

2.4. CONCLUSION du travail d'analyse qualitative de l'enregistrement des données au CHUK :

- 2.4.1. la qualité de l'encodage par les administratifs du CHUK est suffisante pour pouvoir interpréter les résultats des enregistrements.
- 2.4.2. la relecture des inconnues par un médecin sensible à la logique classificatoire permet de diminuer les imprécisions à un taux inférieur à 0,25% des enregistrements à réaliser, ce qui est remarquable.
- 2.4.3. un meilleur système de recherche dans le thesaurus permettrait de gagner de la précision et du temps. Cela paraît important, même si l'enjeu n'est sans doute ni crucial, ni immédiat, pour la qualité des données cliniques enregistrées.

Références :

¹ ICD-10. International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems. Geneva (Switzerland): World Health Organisation; 1992.

² ICPC-2 International Classification of Primary Care, second edition. Prepare by the International Classification Committee of WONCA. Oxford: Oxford University Press, 1998.

³ WONCA International Classification Committee. International Classification of Primary Care ICPC-2-R, revised second edition, Oxford University Press, 2005.

⁴ Roland M, De Jonghe M, Kacelenbogen N, Dendeau B. Convention « implémentation d'un thesaurus belge, codé ICPC-2 », N° 605 QG / N04 - 365 – années 2004 – 2005 entre le Ministère de la Santé Publique et l'ULB.

⁵ Annexe C, Rapport de la mission complémentaire relative à la classification des pathologies au niveau du CHUK, Dr Michel De Jonghe, Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine, Dr Denis Porignon, Ecole de Santé Publique Université libre de Bruxelles, 13 au 20 août 2005.