



Nos données
au service
de la Santé

EXPÉRIMENTATION CIM-11

19 juin 2026

LA CIM-11 EN BREF

La CIM-11 en bref

- CIM-10 depuis 1990, CIM-11 depuis 2022
- Nécessité de refléter les nouvelles connaissances médicales
- Besoins de dématérialiser la CIM pour l'intégrer aux outils

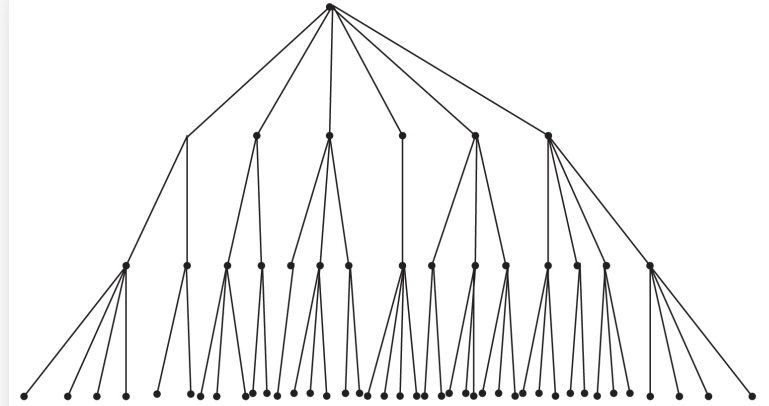
CIM-10

- Organisation hiérarchique simple mono-axiale avec 22 chapitres
- Liens limités entre les concepts

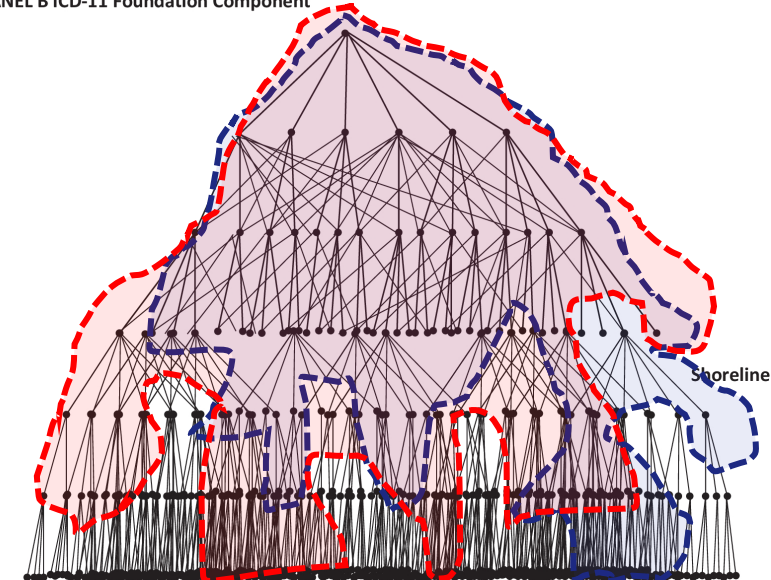
CIM-11

- Construction sur un modèle multirelationnel [**fondation**]
- Classification statistique de 26 chapitres [**linéarisations**]
- Propriétés standardisées par concept [**modèle conceptuel**]
- Concepts cliniques combinés [**postcoordination**]
- **Maintenance** intégrée et continue

PANEL A ICD-10 Foundation Structure



PANEL B ICD-11 Foundation Component





Principales nouveautés

Architecture nouvelle et contenu enrichi

- Architecture plus puissante (fondation, modèle de contenu, linéarisations)
- Connaissances médicales actuelles et alignement avec d'autres terminologies cliniques (Orphanet, DSM5, CIM-oncologie...)
- Ajout de nouveaux chapitres (*Système immunitaire, Affections liées à la santé sexuelle, Troubles du sommeil et de l'éveil, Codes d'extension, Médecine traditionnelle*)

Format numérique

- Format entièrement numérique pensé pour être nativement interopérable
- Outil de codage avec une interface web interactive (CIM-11 MMS)
- API pour intégration dans les systèmes d'information
- Plateforme de maintenance collaborative

Post-coordination des codes

- Ajout des concepts de lien entre les entités nosologiques
- Démultiplication du volume et de la qualité des informations véhiculées



CIM-11 vs CIM-10 : précision des termes



CIM-10

C25.0

R52.18

Tumeur maligne de la tête du pancréas

Douleurs chroniques irréductibles

=> La CIM-10 est moins détaillée et ne permet pas de préciser ultérieurement la sévérité, l'anatomie, l'histologie ni les manifestations douloureuses.

CIM-11

2C10.0&**XS9R**&**XS7Z**&**XS4Z**&**XH9B93**&**XA1412**&**XA3789** / **MG30.10**&**XS9Q**&**XT5G**

Adénocarcinome de la tête du pancréas, stade IV, grade 3, avec présence de métastases et responsable d'un tableau de **douleurs chroniques** modérées intermittentes.

Le diagnostic histologique précise un **adénocarcinome mixte acinaire et ductal intéressant le canal de Wirsung**.

=> La CIM-11 permet de transcrire tous les concepts du bilan diagnostic et de spécifier les liens entre eux.



CIM-11 vs CIM-10 : information des liens



CIM-10

N10

J15.8

B96.2

B96.8

U83.2

Pyélonéphrite aiguë

Autres pneumopathies bactériennes

Escherichia coli

Autres agents bactériens précisés

Agents résistant à un seul autre antibiotique précisé

=> La CIM-10 est moins précise et ne permet pas de renseigner les liens entre les concepts.

CIM-11

GB51&**XK9K**&**XN6P4** / **MG50.21**

CA40.0Y&**XN8LS**&**XB22**&**XK9J**

Pyélonéphrite aiguë droite due à Escherischia Coli avec résistance aux fluoroquinolones.

Pneumonie à acinetobacter baumanii, bilaterale et acquise en communauté

=> La CIM-11 permet d'associer les germes et les résistances aux antimicrobiens aux pathologies associées.

EXPERIMENTATION CIM-11

Etablissements expérimentateurs



- **Appel à candidature** publié sur le site de l’ATIH le 29 avril pour « *Identifier les problématiques pratiques liées au codage de la CIM-11 par les professionnels du codage du PMSI en termes d’organisation humaine et d’adaptation des outils* »
- Candidatures déposées avant le 10 juin puis évaluation ATIH/experts externes
- **27 établissements MCO répondeurs éligibles** (20 publics et 7 privés de 11 régions)
- **Sélection de 12 établissements** le 3 juillet 2025 (12 départements et 8 régions)

Région	Département	Raison sociale	Secteur
ARA	Isère (38)	CHU Grenoble Alpes – Hôpital Nord	CHU
ARA	Rhône (69)	Hospice Civils de Lyon – Hop Croix-Rousse	CHU
Guadeloupe	Guadeloupe (971)	Centre Hospitalier de la Basse-Terre	CH
Hauts-de-France	Somme (80)	Centre Hospitalier de Péronne	CH
Hauts-de-France	Nord (59)	Centre Hospitalier de Tourcoing	CH
Hauts-de-France	Somme (80)	SA Sainte-Isabelle – Abbeville	Privé
Île-de-France	Paris (75)	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris	CHU
Île-de-France	Val-de-Marne (94)	Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil	CH
Normandie	Calvados (14)	CLCC François Baclesse – Caen	ESPIC
Nouvelle-Aquitaine	Pyrénées-Atlantiques (64)	Centre Hospitalier de Saint-Palais	CH
Occitanie	Pyrénées-Orientales (66)	Centre Hospitalier Saint-Jean – Perpignan	CH
PACA	Bouches-du-Rhône (13)	Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille	CHU

Etat des lieux et calendrier

Phase de préparation (juillet – août)

- Introduction à la CIM-11 et aux outils
 - Création d'une communauté
 - Conventions

WEBINAIRES



12 établissements
> 100 participants
retours ++ positifs

ICD FIT



> 150 inscrits

TEAMS



> 100 invités
> 50% actifs

DEV OUTIL



Retours de tests

Phase 2 : recueil bientôt clôturé

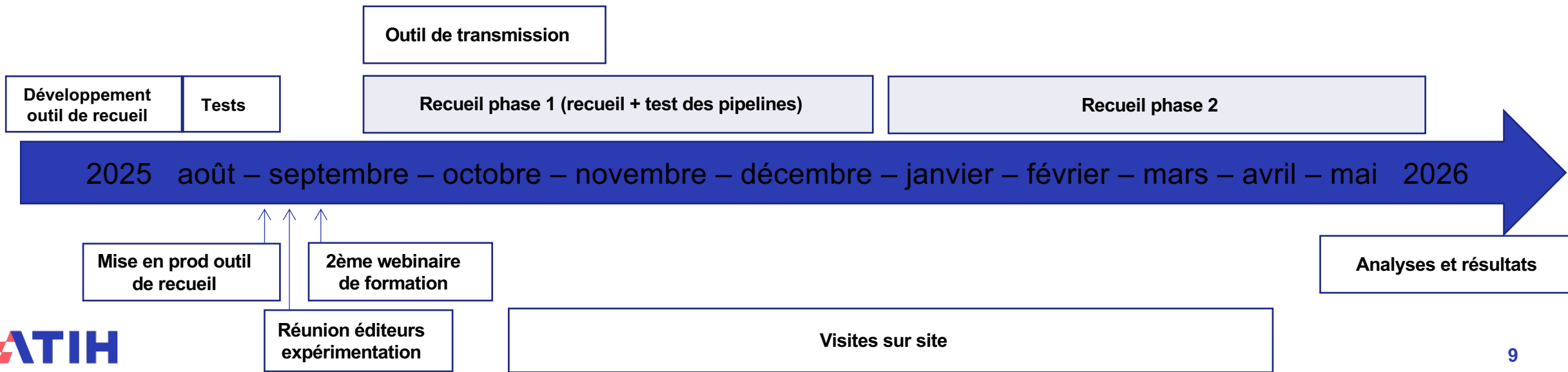
- Transmissions M12 25 + M3 26 finalisées
 - >9000 séjours transmis (>900h)
 - >50 formulaires de problématiques
 - >1500 commentaires

Visites sur site

- Rencontre des équipes et organisation
 - Echanges et formation CIM-11
- Entretiens semi-structurés DIM + TIM (40h enregistrement)

Analyses

- Quantitatives : en cours APMH/CHUGA
- Qualitatives : en cours sociologue APMH
- Communication scientifique ATIH/APMH/CHUGA



Expérimentation CIM11

Rôles de l'APHM et premiers résultats

Dr Coralie LEMOINE – Médecin DIM Hôpital Nord



4 Hôpitaux | Conception | Nord | Sud | Timone
1 Plateforme logistique | 12 instituts de formation

1. Rôles de l'APHM au sein de l'expérimentation CIM-11 (1)

- **Partenariat CHU de Grenoble-Alpes (CHUGA)-APHM :**
 - Pr B. Boussat (CHUGA) : WHO-FIC depuis 2018, impliqué dans développement CIM-11
 - Implémentation CIM-11 en France : ATIH depuis 2022 + APMH (Pr L. Boyer)
- **Etablissement expérimentateur du projet CIM-11 de l'ATIH :**
 - 1 des 12 établissements expérimentateurs
 - 1 000 séjours codés en 5 mois (octobre 2025-mars 2026)
 - 12 TIM expérimentés, 4 MIM et 1 ingénieure
- **Etablissement expérimentateur du module CIM-11 de CORA (Maincare)**
 - Identification spécificités et contraintes CIM-11
- **Responsable des analyses du projet CIM-11 de l'ATIH :**
 - Analyses des données **quantitatives** :
 - 9 000 séjours (octobre à juin 2026) / 12 établissements : FICHCOMP CIM-11 et RSA
 - Analyses des données **qualitatives** :
 - 27 entretiens menés par ATIH : échantillon de TIM + tous les MIM
 - Questionnaires envoyés aux participants en fin d'expérimentation

1. Rôles de l'APHM au sein de l'expérimentation CIM-11 (2)

- **Co-porteur du projet CIMLINK, avec le CHUGA :**
 - PREPS – AAP DGOS : obtenu en juin 2025
 - 6 000 séjours sur 2 CHU : 2 TIM par dossier (double codage : CIM-10 / CIM-11)
- **Objectif principal :** évaluer la validité du codage en CIM-11 par rapport à la CIM-10, en utilisant la revue des dossiers comme Gold Standard pour environ 50 diagnostics de référence
- **Objectifs secondaires :**
 - Evaluer l'utilisation des nouvelles fonctionnalités de la CIM-11 : post-coordination, codes extensions, three-part model (codage des complications)
 - Évaluer l'impact sur la charge de travail
 - Etudier l'acceptabilité et l'efficacité de l'implémentation du nouveau système par les équipes
- Recueil des séjours : automne 2026-automne 2027

2. Expérimentation CIM-11 ATIH – APHM

- **Critères de sélection :**

- Patients $\geq$ 18 ans
- Séjours de Médecine et Chirurgie
- Sortie entre 01/09/2025 et 28/02/2026
- Initialement : mono-RUM de 3 à 20j maximum, sans passage en REA, SI et UHCD
- Après 2 mois de codage : ajout des multi-RUM (max 3) de 3 à 20j maximum, toujours sans REA, ni SI

- **Montée en charge progressive des équipes :**

- Temps **d'adaptation** à l'outil de codage
- Meilleure **acceptation** de l'expérimentation CIM-11 dans son ensemble
- Implication sur le **long terme**

3. Premiers résultats – Données APHM (1)

- **Base de données APHM :**

- 994 séjours, 86 % de mono-RUM, 11 % de RSS à 2 RUM et 3 % de RSS à 3 RUM
- DMS = 6,3 jours

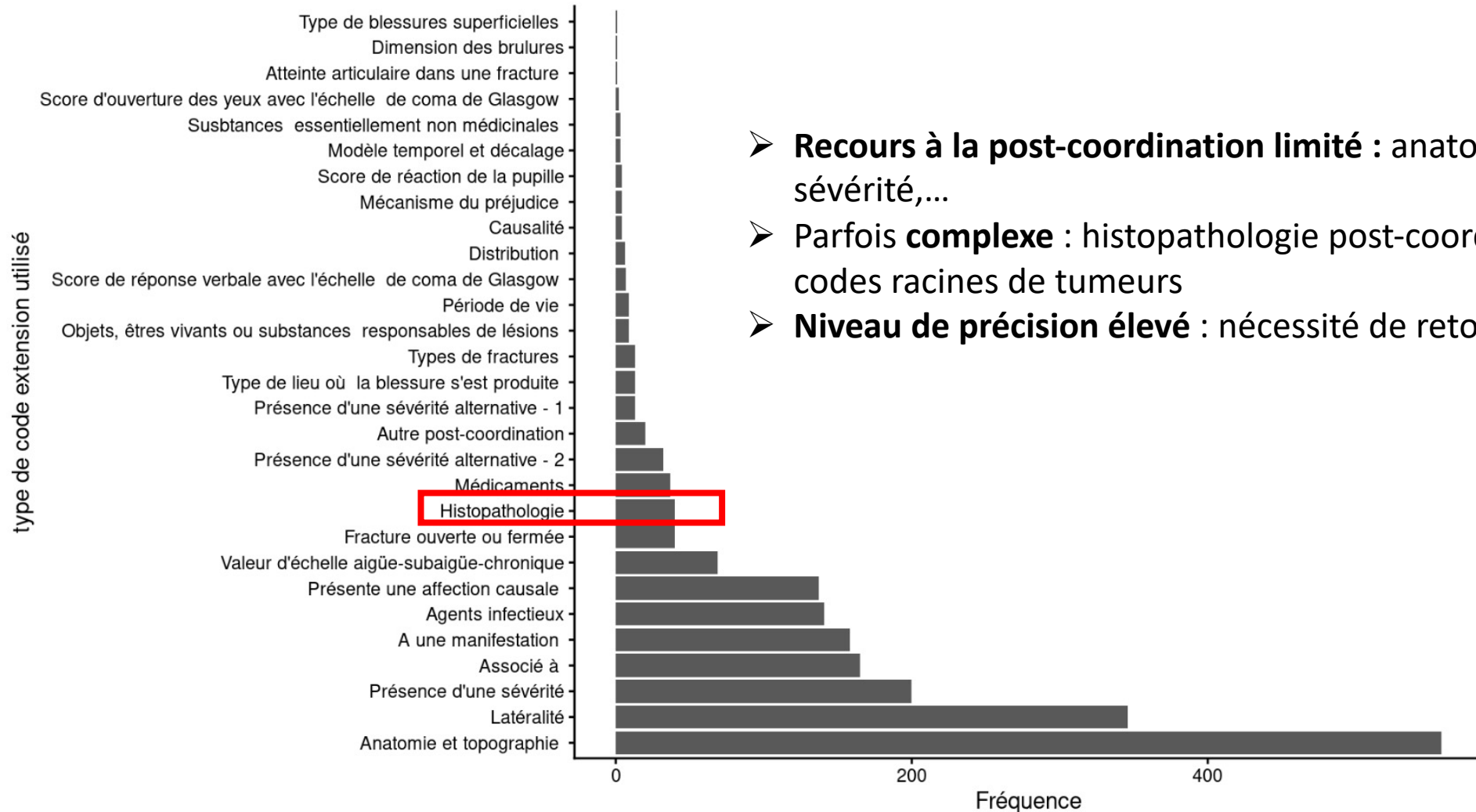
	CIM-10	CIM-11
Nombre de DP	1 159	1 159
Nombre de DR	99	77
Nombre de DAS	5 054	4 337
Nombre total de codes/clusters	6 312	5 573
Nombre total de codes saisis (codes racine + codes de post-coordination)	6 312	7 610
Nombre total de codes différents utilisés	1 485	2 071

- **Information** saisie **plus importante** : + 20 % de codes saisis
- Et **plus variée** : + 40 % de codes différents utilisés

3. Premiers résultats – Données APHM (2)

- Recours à la post-coordination :

1 296 cluster post-coordonnés au total = **23,3 %**



- **Recours à la post-coordination limité** : anatomie, latéralité, sévérité,...
- Parfois **complexe** : histopathologie post-coordonne < 10% des codes racines de tumeurs
- **Niveau de précision élevé** : nécessité de retour au DPI +++

3. Premiers résultats – Données APMH (3)

- **Recours à la post-coordination :**

Concepts « pré-liés » entre eux : le code racine **détermine** les éléments de post-coordination possibles

Exemple : Perforation du grêle au cours d'une appendicectomie :

ME24.30 Perforation de l'intestin grêle => libellé **exact**, mais **ne permet pas de post-coordonner** pour préciser la notion de complications peropératoires

NB91.71 Lacération de l'intestin grêle => **synonyme**, mais permet de post-coordonner ce préjudice en précisant à la fois :

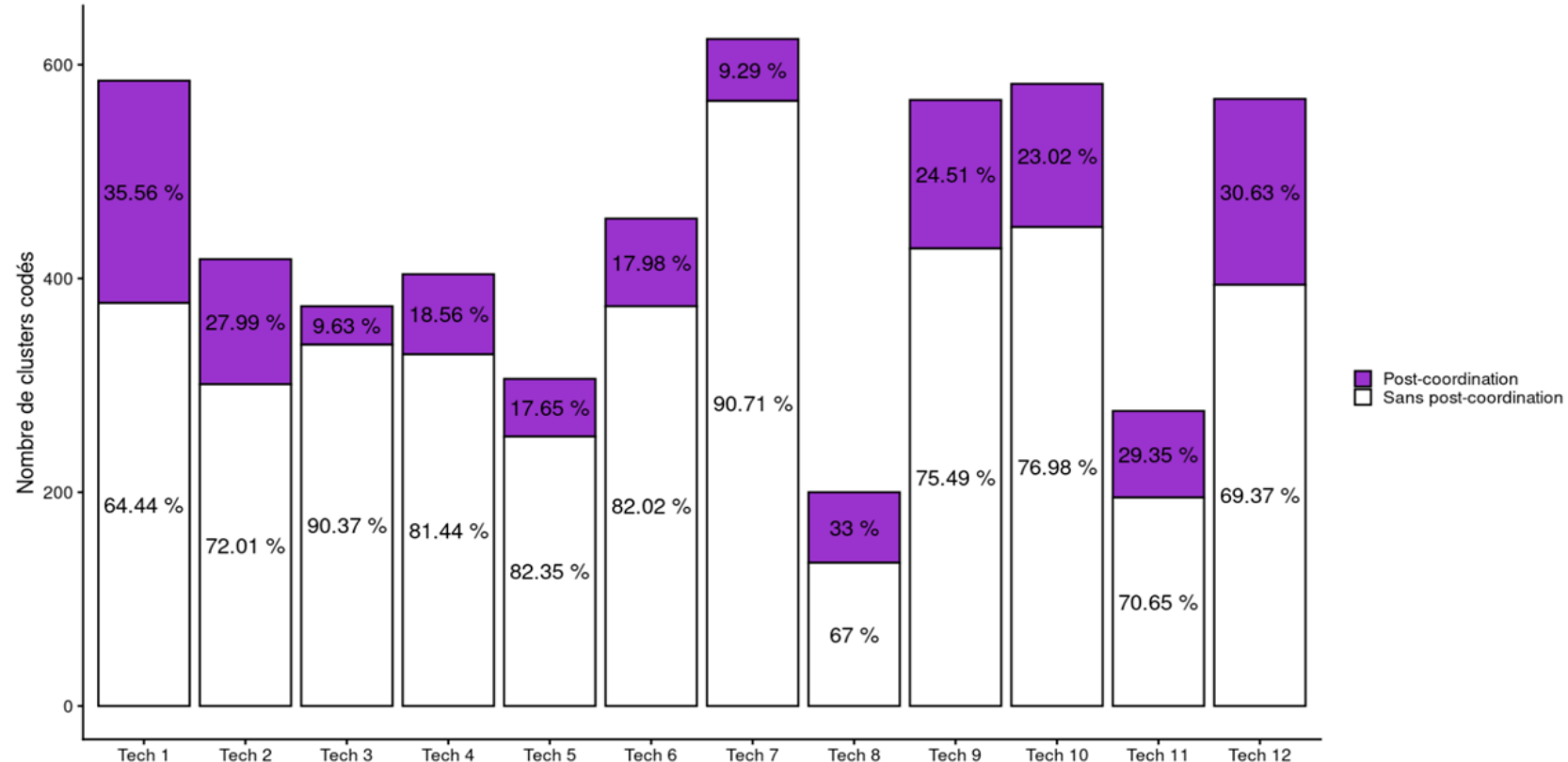
- la cause : **PK80.3Z** Intervention gastrointestinale, abdominale ou sur la paroi abdominale associée à une blessure ou à un préjudice, en utilisation thérapeutique, abord non précisé
- le mécanisme : **PL11.0** Coupure, perforation ou déchirure comme mode de blessure ou de préjudice

2 chapitres **différents** : **Chap 21 Symptômes** et **Chap 22 Lésions traumatiques**

- **Nécessité de se référer à la classification**, malgré le résultat du moteur de recherche

3. Premiers résultats – Données APHM (4)

- Recours à la post-coordination par codeur :



- **Disparité** de post-coordination entre TIM : taux de post-coordination plus **faibles** pour les **moins expérimentés**
- **Complexité +/-** habitudes de codage

3. Premiers résultats – Données APHM (5)

- Recours aux codes imprécis :

	CIM-10		CIM-11	
	N	%	N	%
Nombre de codes/clusters de type "Autres... précisés" (.8 et .Y)	53	0,8%	137	2,3%
<i>dont clusters non post-coordonnés</i>	-	-	57	0,9%
Nombre de codes/clusters de type "... sans précision" (.9 et .Z)	90	1,4%	250	4,1%
<i>dont clusters non post-coordonnés</i>	-	-	136	2,3%

% calculés sur le nb total de codes saisis (hors codes extension en X pour la CIM-11)

- Proportion plus élevée **de codage imprécis**
- **Complexité des libellés** pour les TIM, notions plus **médicales**

Exemple : Hernie discale L5-S1 se codera :

FA80.9 Dégénérescence discale intervertébrale de la colonne lombaire avec prolapsus discal &
XA54R2 Disque ou espace intervertébral lombo-sacré L5-S1

- **Habitudes de codage à prendre** : moteur de recherche renvoi code en .Y ou .Z, code CIM-11 plus précis adéquat dans même catégorie => **vérifier systématiquement dans l'arborescence**

FB1Y

Autres affections associées à la colonne vertébrale

hernie discale *

3. Premiers résultats – Données APHM (6)

- **Temps de codage :**
 - Temps de codage des clusters :
 - Si non post-coordonné : méd = **12 secondes** (Q1 = 4, Q3 = 28)
 - Si post-coordonné : méd = **70 secondes (Q1 = 32, Q3 = 145)**
 - Temps de codage des séjours : méd = **172 secondes** (Q1 = 73, Q3 = 350)
 - Temps de codage total des séjours (lecture + codage CIM10 + codage CIM11) => méd = **17 min** (Q1 = 10 min, Q3 = 28 min)
- Temps de codage a priori **acceptable** (< 3 min par séjour)
- Post-coordination **augmente** temps de codage d'un cluster

RETOURS EXPERIMENTATION

Un premier bilan

- **CIM-11 points positifs :**
 - Outil numérique avec **moteur de recherche intégré** et **mise à jour permanente** de la CIM-11, enrichissement notamment des indexations (vu au cours de l'expérimentation)
 - Organisation des chapitres en eux-mêmes **peu différente** de la CIM-10
 - **Augmentation de l'information médicale** des séjours par :
 - **Enrichissement des concepts cliniques**, répondant mieux à la diversité des situations cliniques
 - Possibilité de **lier les concepts entre eux par post-coordination**
- **CIM-11 points de vigilance :**
 - Outil numérique :
 - Codes **non trouvés** par moteur de recherche : codes réellement absents, mais aussi respect de la casse nécessaire, indexation non exhaustive
 - Nécessité de **se référer malgré tout à l'arborescence**
 - Information médicale **plus complexe** :
 - Libellés plus proches de la clinique mais terminologie jugée trop **médicale** pour la majorité des TIM
 - Post-coordination **chronophage** avec niveau de précision élevé, nécessitant retours au CRH/DPI (parfois en vain)



Une nouvelle logique de codage...

- Utilisation de notions **sémiologiques plus fines et spécialisées**
- Une **logique de codage plus clinique**, meilleur reflet du dossier médical
- Introduction d'une **logique combinatoire** (post-coordination) porteuse de complexité

... qui impacte toute la chaîne de valeur

- **Codeurs** : transformation des pratiques et des compétences
- **Systèmes d'information** : nécessité d'outils et organisations matures pour la CIM-11
- **Modèle PMSI** : prérequis de cohérence des logiques CIM-11 et classificatoires
- **Missions** : objectifs du recueil



Expérience initiale

- **Perte de repère** des expérimentateurs
- **Complexité liée à la post-coordination** et difficulté à maîtriser certaines **combinaisons complexes**
- **Courbe d'apprentissage** (1–2 mois)
- **Variabilité possible** selon l'expérience des codeurs et la complexité des dossiers
- **Valeur informationnelle accrue** sous condition

Besoins identifiés

- Besoin de formations **sur les fondamentaux et centrée sur des cas concrets** (CRH « réels »)
- Besoin d'un **socle médical renforcé**
- Besoin **d'accompagnement et d'échanges** entre pairs
- Besoin **d'outillage adapté de toute la chaîne de production** : informations existantes, tracées et disponibles



Une transformation des compétences

- **Evolution du codage** (notamment **post-coordination**)
- Nécessite des **compétences médicales** et un **raisonnement clinique**

Dépendance aux outils et à la technique

- Mobilisation accrue de capacités **d'analyse et d'interprétation**
- Accès à la nomenclature et gestion des données **obligatoirement médiés**

Des impacts organisationnels

- **Besoins accrus en ressources humaines** (charge de codage)
- **Besoins d'adaptation de l'organisation** (spécialisation, centralisation)
- **Urbanisation** : révélateur des chaînes de production
- **Impacts systémiques** : concerne aussi les cliniciens, analystes, DSI, ...

MERCI DE VOTRE ATTENTION