



Markus Spinatsch, 30 juin 2008

Révision partielle de la statistique médicale des hôpitaux

Résultats de l'évaluation de l'ensemble des modifications requises et des adaptations exigées de toute urgence par SwissDRG

*Ce rapport est disponible en allemand, français et italien, exclusivement sous forme électronique:
<http://www.bfs.admin.ch>*

Langue originale: allemand.

Traductions: Office fédéral de la statistique

Auteur:

Dr. Markus **Spinatsch**

Beratung für Politik und Verwaltung
Consultant en administration et politiques publiques
Consulting for Public Policies and Administration

Spitalgasse 14
3011 Bern
Tel. 031 312 13 24
Fax 031 312 13 25
info@m-spinatsch.ch
www.m-spinatsch.ch

La documentation concernant la révision partielle de la statistique médicale des hôpitaux se compose des trois rapports suivants :

Révision partielle de la statistique médicale des hôpitaux

Liste des modifications urgentes selon Swiss-DRG et autres modifications demandées : résultats des consultations

Adaptation de la statistique médicale aux exigences d'un financement des hôpitaux axé sur les prestations (SwissDRG)

Les modifications en détail

Variables de la statistique médicale Spécifications valables dès 2009 (« Conception d'interface »)

Tous les rapports peuvent être téléchargés séparément à l'adresse suivante:

Office fédéral de la statistique > Infothèque > Enquêtes, sources > > Statistique médicale des hôpitaux > Conception ou

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/02.html

Résumé

La loi révisée sur l'assurance-maladie (LAMal), approuvée le 21 décembre 2007 par l'Assemblée fédérale, prévoit que les prestations fournies par les hôpitaux dans le domaine des soins somatiques aigus seront rémunérées à l'avenir sous la forme de forfaits par cas. Le montant de ces forfaits sera déterminé sur la base de données agrégées relatives aux diagnostics et aux traitements. Comme l'Office fédéral de la statistique relève depuis plusieurs années de telles données dans sa statistique médicale, la décision a été prise d'adapter cette statistique pour qu'elle réponde aux besoins du système de forfaits par cas de SwissDRG. Les modifications demandées par SwissDRG ont conduit l'OFS à examiner l'opportunité d'inclure dans la révision partielle de cette statistique d'autres modifications qui étaient en suspens depuis un certain temps.

Dans une première phase, nous avons examiné la pertinence et la faisabilité des modifications prévues dans le cadre de cette révision partielle. Des interviews ont été réalisées dans ce but avec un certain nombre de fournisseurs et d'utilisateurs des données. En outre, les principaux groupes intéressés ont été informés par écrit et invités à se prononcer sur cette révision. Voici les décisions qui ont été finalement arrêtées, sur la base des résultats de la consultation :

Saisie des cas:

- *Patients dont le traitement en soins aigus est terminé mais dont le séjour se poursuit dans le même hôpital: les cas correspondants seront clos et un nouveau cas sera ouvert pour les patients qui poursuivent leur séjour hospitalier.*
- *Patients traités plusieurs fois dans un même hôpital : les cas correspondants seront désormais regroupés dans la statistique, à certaines conditions (décision à confirmer).*
- *Dans les hôpitaux du réseau, les numéros de cas de la statistique des données économiques par cas seront désormais relevés également dans la statistique médicale.*

Diagnostics et traitements:

- *Il sera désormais possible de relever jusqu'à 50 diagnostics et jusqu'à 100 traitements par cas, ainsi que la date des traitements.*
- *La saisie des diagnostics et des traitements pourra à l'avenir se faire sur six positions au lieu de cinq.*
- *Les codes de traitement (CHOP) compteront désormais six positions.*
- *Les nouveaux codes de diagnostic comptent cinq positions selon la CIM 10-GM ; la sixième position est une réserve pour des besoins futurs.*
- *De nouvelles variables sont relevées, à savoir la latéralité du diagnostic ou du traitement, l'activité tumorale ainsi que le traitement en soins intensifs et les heures de ventilation.*

Nouveau-nés/nourrissons:

- *Deux nouvelles variables sont relevées, à savoir le poids à l'admission pour les nourrissons et le périmètre crânien pour les nouveau-nés.*

Localisation du traitement:

- *La localisation géographique de l'unité traitante sera relevée pour tous les séjours hospitaliers ainsi que pour tous les traitements dispensés en ambulatoire pendant un séjour hospitalier.*

Ces modifications entreront en vigueur définitivement au début de 2009 pour tous les hôpitaux participant au réseau SwissDRG et d'ici au début de 2010 au plus tard pour les autres hôpitaux de soins somatiques aigus.

Überblick

Die eidgenössischen Räte haben bei der Revision des Krankenversicherungsgesetzes vom 21.12.2007 entschieden, dass die Spitäler in Zukunft für ihre Leistungen im akut-somatischen Bereich nach Fallpauschalen abgegolten werden. Die Bestimmung der Höhe dieser Fallpauschalen beruht auf aggregierten Daten über die gefällten Diagnosen und die durchgeführten Behandlungen. Da das Bundesamt für Statistik (BFS) bereits seit einiger Zeit mit der Medizinischen Statistik in den Schweizer Spitälern Diagnose- und Behandlungsdaten erfasst, wurde entschieden, diese Statistik so anzupassen, dass auch die Bedürfnisse des schweizerischen Fallpauschalensystems SwissDRG damit abgedeckt werden können. Das BFS hat die Anträge von SwissDRG zum Anlass genommen, die Medizinische Statistik einer Teilrevision zu unterziehen und dabei auch weitere Anpassungen und Ergänzungen zu prüfen, die seit einiger Zeit im Raum stehen.

Die mit dieser Teilrevision vorgesehenen Änderungen wurden in einem ersten Schritt auf ihre Sinnhaftigkeit und Machbarkeit hin überprüft. Dazu wurden mit einer Gruppe von ausgewählten Produzenten und Nutzern der Daten Interviews durchgeführt. Zusätzlich wurden wichtige Anspruchsgruppen schriftlich informiert und zur Stellungnahme eingeladen. Aufgrund der Ergebnisse dieser Konsultationen wurden schliesslich die folgenden Änderungen beschlossen:

Fallerfassung:

- Fälle, die nach Abschluss der Akutbehandlung weiterhin im gleichen Spital verweilen, werden für die Statistik abgeschlossen und wieder neu eröffnet
- Fälle von Patienten, die mehrfach im gleichen Spital behandelt werden, werden (voraussichtlich) unter bestimmten Bedingungen für die Statistik zusammen gefügt
- in Netzwerkspitälern wird zusätzlich die Fallnummer der Statistik diagnosebezogener Fallkosten erhoben.

Diagnose und Behandlung:

- neu werden pro Fall bis zu 50 Diagnosen und bis zu 100 Behandlungen sowie das Datum der Behandlungen erfasst
- für die Erfassung von Diagnosen und Behandlungen stehen neu sechs statt wie bis anhin fünf Stellen zur Verfügung
- die Behandlungskodes (CHOP) werden in Zukunft sechs Stellen umfassen
- die neuen Diagnosekodes bestehen nach ICD-10-GM aus fünf Stellen, die sechste Stelle bleibt künftigen Erweiterungen vorbehalten
- zusätzlich erhoben werden die Körperseite einer Diagnose oder Behandlung, die Tumoraktivität sowie die intensivmedizinische Behandlung und die Beatmungsstunden.

Neugeborene/Säuglinge:

- zusätzlich erfasst wird bei Säuglingen das Aufnahmegewicht sowie bei Neugeborenen der Kopfumfang.

Behandlungsort:

- bei allen stationären Fällen sowie bei ambulanten Behandlungen während eines Spitalaufenthalts wird neu der geografische Standort der Behandlungseinheit erfasst.

Diese Anpassungen treten bei den Netzwerkspitälern von SwissDRG definitiv auf Anfang 2009 in Kraft, bei allen übrigen Spitälern mit akutsomatischen Fällen sind sie bis spätestens Anfang 2010 einzuführen.

Diese Anpassungen treten bei den Netzwerkspitälern definitiv auf Anfang 2009 in Kraft, bei allen übrigen Spitälern sind sie bis spätestens Anfang 2010 einzuführen.

Breve quadro generale

Il 21.12.2007, in occasione della revisione della legge sull'assicurazione malattie, le Camere federali hanno deciso di finanziare in futuro le prestazioni ospedaliere nell'ambito delle patologie somatiche acute mediante importi forfetari per singolo caso. L'ammontare di tali somme è definito sulla base di dati aggregati relativi alle diagnosi emesse e ai trattamenti effettuati. Poiché l'Ufficio federale di statistica (UST) già da tempo rileva, nel quadro della statistica medica degli stabilimenti ospedalieri, dati in questi due ambiti, è stato deciso di modificare questa statistica in modo tale da soddisfare anche le esigenze del sistema di forfait per caso di Swiss-DRG. L'UST ha colto le richieste di SwissDRG come occasione per sottoporre a revisione parziale la statistica medica e valutare eventuali altri adattamenti e integrazioni, già da tempo in sospeso.

In un primo momento, le modifiche proposte con la revisione parziale sono state analizzate nella loro fattibilità e ragionevolezza: sono state effettuate interviste con alcuni produttori e utilizzatori dei dati, informati per iscritto gli interlocutori principali e invitati a fornire il loro parere in merito. In seguito all'esito di queste consultazioni, per la statistica si sono imposte le modifiche seguenti:

Registrazione del caso

- I casi che a conclusione di un trattamento acuto rimangono nell'ospedale sono chiusi e riaperti come casi nuovi.
- I casi di pazienti che si sottopongono a cure ripetute presso lo stesso ospedale sono, in alcuni casi, (presumibilmente) raggruppati.
- Negli ospedali della rete è rilevato inoltre il numero del caso della statistica dei costi economici per caso diagnosticato.

Diagnosi e trattamenti

- Per singolo caso sono censiti fino a 50 diagnosi e 100 trattamenti. È inoltre registrata la data di ciascun trattamento.
- Per la registrazione delle diagnosi e dei trattamenti sono a disposizione sei posizioni anziché cinque.
- I codici riguardanti i trattamenti (CHOP) in futuro presenteranno 6 posizioni.
- I nuovi codici delle diagnosi constano di cinque posizioni, conformemente all'ICD-10-GM. La sesta posizione è riservata ad ampliamenti futuri.
- Sono registrati inoltre il lato del corpo cui si riferisce la diagnosi o sul quale è effettuato il trattamento, l'attività tumorale nonché i trattamenti di medicina intensiva e le ore di respirazione artificiale.

Neonati/lattanti

- Per i lattanti è rilevato anche il peso all'entrata in ospedale, per i neonati la circonferenza cranica.

Luogo di trattamento

- Per tutti i casi stazionari nonché per i trattamenti ambulatoriali durante la degenza ospedaliera è rilevata anche l'ubicazione geografica dell'unità di trattamento.

Per gli ospedali della rete di SwissDRG tali modifiche entrano in vigore in via definitiva all'inizio del 2009, per gli altri ospedali con casi somatici acuti tali modifiche dovranno essere introdotte al più tardi entro l'inizio del 2010.

Table des matières

1	Situation de départ, objectifs et méthode	1
2	Adaptations envisagées	3
	2.1 Adaptations obligatoires (exigées par SwissDRG)	3
	2.2 Adaptations possibles	4
3	Résultats des consultations	5
	3.1 Résultats généraux	5
	3.1.1 Disponibilité et accessibilité des informations	6
	3.1.2 Possibilités et limites des adaptations informatiques	7
	3.1.3 Mise en œuvre des adaptations	7
	3.2 Résultats spécifiques concernant les adaptations indispensables	9
	3.2.1 Définition du cas	9
	3.2.2 Possibilité de saisir jusqu'à 50 diagnostics et 100 traitements	11
	3.2.3 Extension des classifications des diagnostics et des traitements	12
	3.2.4 Informations complémentaires sur les diagnostics et les traitements	12
	3.2.5 Heures de ventilation	13
	3.2.6 Traitements complexes de médecine intensive	14
	3.2.7 Poids à l'admission des nourrissons	14
	3.3 Résultats spécifiques concernant les modifications possibles	15
	3.3.1 Lieu du traitement ambulatoire	15
	3.3.2 Localisation de la clinique	16
	3.3.3 Date du traitement	17
	3.3.4 Centre de prise en charge des coûts	18
	3.3.5 Motifs d'une admission extracantonale	18
	3.3.6 Implants et médicaments	19
	3.3.7 Périmètre crânien à la naissance	20
	3.4 Modifications supplémentaires	20
	3.4.1 Mode de facturation : DRG ou ancien mode	20
	3.4.2 Lieu de séjour avant la réadmission	21
	3.5 Autres propositions de modifications	21
	3.6 Autres commentaires relatifs à la statistique médicale	25
4	Modifications définitives	29
	4.1 Modifications à apporter	29
	4.2 Demandes de modification rejetées pour l'heure	30
	4.3 Questions en suspens et tâches à définir	30

5	Annexes	33
5.1	Institutions interrogées (participant/e/s aux interviews)	33
5.2	Prises de position écrites à l'OFS	34
5.3	Liste des modifications prévues (document pour les interviews)	35

Liste des abréviations

<i>APDRG</i>	<i>All patients diagnosis related groups</i>
<i>OFS</i>	<i>Office fédéral de la statistique</i>
<i>REE</i>	<i>Registre des entreprises et des établissements</i>
<i>CHOP</i>	<i>Classification suisse des interventions chirurgicales</i>
<i>CHUV</i>	<i>Centre Hospitalier Universitaire Vaudois</i>
<i>DRG</i>	<i>Diagnosis Related Group</i>
<i>EAN</i>	<i>European Article Number – système de codes-barres européens</i>
<i>G-DRG</i>	<i>German Diagnosis Related Group (système allemand de forfaits par cas)</i>
<i>CIM</i>	<i>Classification internationale des maladies</i>
<i>CIM-10 GM</i>	<i>Classification internationale des maladies – version allemande (codes de diagnostic pour la G-DRG)</i>
<i>AI</i>	<i>Assurance-invalidité</i>
<i>LAMal</i>	<i>Loi sur l'assurance-maladie</i>
<i>MedPlaus</i>	<i>Logiciel de plausibilisation de la statistique médicale</i>
<i>CTM</i>	<i>Commission des tarifs médicaux</i>
<i>AM</i>	<i>Assurance militaire</i>
<i>Pharma Code</i>	<i>Pharmaceutical Binary Code</i>
<i>SSMI</i>	<i>Société suisse de médecine intensive</i>
<i>SwissDRG</i>	<i>Swiss Diagnosis Related Groups ; société du même nom fondée par les partenaires tarifaires et les cantons pour développer le système SwissDRG</i>
<i>AA</i>	<i>Assurance-accidents</i>

1 Situation de départ, objectifs et méthode

Depuis 1998, l'Office fédéral de la statistique (OFS) publie chaque année les résultats de la statistique médicale des hôpitaux, une enquête exhaustive réalisée auprès de tous les hôpitaux de Suisse. Cette enquête vise à relever, pour l'ensemble des patients effectuant un séjour hospitalier ou semi-hospitalier (le cas représente l'unité de relevé), des données sociodémographiques, des informations sur l'admission, le séjour et la sortie et des données sur les diagnostics et les traitements. Telle que réalisée jusqu'ici, la statistique a permis de couvrir la plupart des besoins des utilisateurs.

A l'occasion de la dernière révision de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), les Chambres fédérales ont décidé que les prestations fournies par les hôpitaux dans le domaine des soins somatiques aigus seraient rétribuées désormais au moyen de forfaits par cas. Le montant de ces forfaits est déterminé par le genre de diagnostic et par les traitements dispensés, sur la base des informations livrées par la statistique médicale. Comme nous l'avons indiqué, de telles données sur les diagnostics et les traitements sont déjà relevées dans le cadre de la statistique médicale. Toutefois, ces données ne satisfont pas aux exigences du système suisse de forfaits par cas SwissDRG. L'extension du champ d'utilisation de ces données à ce système oblige donc l'OFS à adapter sa statistique médicale. La révision partielle de cette dernière a pour principaux objectifs de modifier les définitions de cas ainsi que d'élargir et d'approfondir les informations relevées sur les diagnostics et les traitements.

Indépendamment de ces développements, l'OFS est confrontée depuis quelque temps déjà à diverses demandes et suggestions qui le pressent d'étendre la portée de la statistique médicale. La section Santé de l'OFS a décidé d'examiner le bien-fondé et l'urgence des modifications demandées dans le cadre de la révision partielle de la statistique et d'adapter cette dernière le cas échéant.

Le projet de « Révision partielle de la statistique médicale des hôpitaux » traité dans le présent rapport a donc pour principaux objectifs

- de définir les modifications à apporter à la statistique médicale pour pouvoir déterminer les forfaits par cas selon les standards fixés par SwissDRG
- d'examiner la pertinence d'autres adaptations de la statistique médicale souhaitées et discutées depuis quelque temps
- de déterminer la faisabilité des adaptations obligatoires et des adaptations possibles et
- de définir la nature des adaptations à apporter et les délais dans lesquels elles seront réalisées.

Le Parlement a fixé dans la LAMal révisée au 31 décembre 2011 au plus tard le délai pour mettre en place au niveau national un système de facturation fondé sur des forfaits par cas. L'introduction du système suppose que la livraison de données d'après les nouveaux standards commence quelques années plus tôt, si l'on veut déterminer la structure des coûts. SwissDRG a donc demandé que les modifications pertinentes de la statistique médicale

soient introduites au 1^{er} janvier 2009. Les délais prévus pour mener à bien le projet de révision étaient d'autant plus réduits que les hôpitaux concernés ont eux aussi besoin d'un certain temps pour collecter les informations requises et adapter leurs programmes informatiques.

Le projet de révision, réalisé de septembre 2007 à juin 2008, était divisé en quatre étapes :

Dans une **première étape**, l'OFS a établi une liste des modifications envisagées. Une distinction a été faite entre les adaptations obligatoires, définies par SwissDRG, et qui n'étaient donc pas négociables, et les adaptations possibles, à prendre en compte dans la mesure du possible et pour autant que leur utilité soit avérée (cf. liste des modifications prévues en p. 35).

Dans une **deuxième étape**, l'auteur du présent rapport a réalisé de début octobre à mi-novembre 2007 18 interviews auprès des utilisateurs et des fournisseurs de données de la statistique médicale (cf. liste en p. 33). Les institutions qui y ont participé ont été sélectionnées par l'OFS. Leurs responsables ont été préalablement informés par écrit du projet. Ils ont ensuite désigné la personne appelée à représenter leur institution lors de l'interview. Après avoir communiqué aux personnes sélectionnées, par téléphone, la date de l'interview, l'OFS leur a envoyé une confirmation par mail, accompagnée d'une liste sur laquelle figuraient les adaptations obligatoires et les adaptations possibles (cf. annexe p. 35). Lors de l'interview, il s'agissait de répondre, pour chacune des 16 modifications considérées, aux quatre questions suivantes :

- a. l'information est-elle disponible ?
- b. les informations sont-elles accessibles sans charge de travail excessive ?
- c. la modification informatique est-elle faisable entre mi-2008 et fin 2008 ?
- d. faudra-t-il prendre en compte d'autres problèmes ?

Après avoir répondu à ces questions, les personnes interviewées ont pu aborder d'autres sujets en lien avec la statistique médicale.

Parallèlement, l'OFS a informé par écrit d'autres acteurs importants et participé à diverses réunions consacrées à la révision partielle. Plusieurs institutions ont ensuite communiqué à l'OFS, par écrit, leur position sur le projet (cf. annexe p. 34).

L'OFS s'est basé sur les résultats de ces consultations pour élaborer dans une **troisième étape** un projet détaillé contenant les adaptations définitives. Ce projet contenait d'une part une description détaillée de chacune des variables à introduire ou à modifier, d'autre part la liste des spécifications conceptuelles et techniques découlant de cette révision partielle, présentée dans une conception d'interface séparée.

Dans une **quatrième étape**, le projet a été envoyé à l'ensemble des milieux hospitaliers consultés au départ, qui ont reçu des explications détaillées lors d'une rencontre d'information. Il s'agissait de régler les questions encore en suspens et d'offrir aux représentants des hôpitaux une occasion supplémentaire de formuler des demandes spécifiques. Ces rencontres d'information se sont déroulées de la mi-mars à la mi-avril 2008.

Dans le même temps, l'OFS a une nouvelle fois informé des acteurs importants de l'avancement des travaux. Cela a incité certains d'entre eux à nous faire part à leur tour par écrit de leur position.

2 Adaptations envisagées

Comme nous l'avons indiqué, l'OFS a établi au début du projet une liste de l'ensemble des adaptations exigées par SwissDRG (adaptations obligatoires) ainsi que d'autres modifications envisageables (adaptations possibles ; cf. p. 35). Selon le calendrier de l'époque, il était prévu que tous les hôpitaux auraient obtenu d'ici à la mi-2008 une liste contraignante des modifications définitives, de sorte qu'ils auraient disposé de six mois pour adapter leur organisation et leurs logiciels. A partir du 1^{er} janvier 2009, tous les hôpitaux devaient commencer à saisir leurs cas d'après le nouveau système.

2.1 Adaptations obligatoires (exigées par SwissDRG)

1. Définition du cas : un cas est normalement délimité par le début et la fin du séjour hospitalier. Pour les transferts internes et les patients en attente (d'une place dans un service de réadaptation, de gériatrie ou dans un home médicalisé), le cas sera à l'avenir subdivisé en un cas aigu et un cas non aigu, même si le patient continue d'occuper le même lit. Cette modification ne nécessite aucune adaptation de l'interface. Dans une telle situation toutefois, le cas aigu doit être clos en indiquant les données de sortie et un nouveau cas doit être ouvert simultanément au moyen des données d'admission.
2. Jusqu'ici, il était possible de saisir 10 diagnostics et traitements par cas (30 au format 2006). La limite supérieure est désormais fixée à 50 diagnostics et 100 traitements.
3. La classification des diagnostics utilisée jusqu'ici, fondée sur la CIM-10, ne comptait que 4 positions ; elle sera étendue à 6 positions, dont une position de réserve.
4. La classification des interventions utilisée jusqu'ici, fondée sur la CHOP, ne comptait que 4 positions ; elle sera étendue à 6 positions.
5. Il sera désormais possible, pour chaque diagnostic ou traitement, de saisir des données supplémentaires concernant par ex. le degré de gravité, le côté du corps touché (droite, gauche, bilatéral) ou l'activité de la tumeur (tumeur active ou inactive).
6. Les heures de ventilation par cas seront également saisies désormais.
7. Pour les traitements complexes de médecine intensive, des données supplémentaires seront saisies afin de recueillir des informations essentielles.
8. Pour les nourrissons admis à l'hôpital qui ont moins de 28 jours, on saisira en plus le poids à l'admission.
(Remarque de l'auteur : l'âge indiqué ici, tel que communiqué au départ, est erroné et a été corrigé par la suite. La saisie du poids à l'admission concerne en réalité les nourrissons jusqu'à 12 mois).

2.2 Adaptations possibles

9. Pour chaque traitement ambulatoire, il s'agirait de définir désormais si celui-ci a été dispensé dans l'hôpital de séjour du patient où dans un autre hôpital. Cette proposition est motivée par le fait que la nouvelle définition du cas par SwissDRG a pour conséquence, lorsque les patients sont transférés ou mis en attente, que les données relatives à un traitement ambulatoire externe sont intégrées dans le dossier de l'hôpital traitant, et donc attribuées à ce dernier. Le benchmarking et les autres comparaisons entre hôpitaux s'en trouveraient biaisés.
10. Introduction d'une variable supplémentaire sur la localisation de la clinique (NPA ou abréviation de la clinique). Il devrait être ainsi également possible de localiser les prestations dispensées au sein des hôpitaux multisites. Cette information est importante pour la planification hospitalière cantonale notamment.
11. Il s'agirait d'ajouter, pour chaque traitement, la date de ce dernier. Cette adaptation facultative a été demandée par SwissDRG.
(Remarque de l'auteur : au cours des discussions menées dans l'intervalle, SwissDRG a demandé que cette adaptation soit rendue obligatoire).
12. Actuellement, il n'est possible d'indiquer qu'un seul centre de prise en charge des coûts dans les cas soumis à des traitements multiples dispensés dans différents services. Bien que les règles de codage soient clairement définies dans ces cas, certains hôpitaux ne les appliquent pas correctement, ce qui empêche les comparaisons entre établissements. Le but de la mesure proposée est de permettre la saisie, pour un même cas, de plusieurs centres de prise en charge des coûts. Cela permettrait de représenter plus fidèlement le séjour d'un patient et rendrait possible des comparaisons entre hôpitaux.
13. Par suite de l'introduction du libre choix de l'hôpital, lors de la dernière révision de la LAMal, il serait souhaitable que l'on puisse déterminer, lors de l'admission de patients provenant d'autres cantons, si celle-ci a lieu sur indication d'un médecin ou par décision du patient. Plusieurs cantons ont souhaité la saisie de cette information.
14. Pour chaque cas, il faudrait relever désormais les implants et les médicaments utilisés.
15. La série de données supplémentaires pour les nouveau-nés devrait être complétée de la variable « Périmètre crânien à la naissance ». Cette variable, que les milieux spécialisés considèrent depuis plusieurs années comme plus pertinente que le « poids » et la « taille » utilisés jusqu'ici, fait figure de référence dans un nombre croissant d'études épidémiologiques.

3 Résultats des consultations

Nous présentons ci-après une synthèse des résultats des consultations (interviews, entretiens d'information, prises de position écrites transmises par la poste ou par courriel), accompagnées le cas échéant des commentaires de l'OFS (*en italique*).

3.1 Résultats généraux

Au cours des **interviews** réalisées en automne 2007, bon nombre des personnes interrogées se sont réjouies de l'entretien personnalisé mené par l'OFS afin de connaître leurs opinions et leurs expériences. Elles ont également grandement apprécié l'assurance qui leur a été donnée, selon laquelle elles seraient invitées, au début de l'année suivante, à se prononcer une fois encore sur la formulation concrète des modifications proposées. Toutes les personnes interviewées ont fait preuve d'une réelle motivation à coopérer, de sorte que les adaptations proposées ont été partout bien accueillies, en dépit du surcroît de travail occasionné pour les hôpitaux. La plupart des interlocuteurs étaient conscients de la nécessité d'adapter le relevé de la statistique médicale pour satisfaire aux exigences de SwissDRG, même si quelques-uns ont déploré ne pas avoir reçu suffisamment d'informations. Plusieurs des personnes interviewées connaissant très bien SwissDRG nous ont livré des indications précieuses qui nous ont permis d'affiner les propositions de modification, même si quelques-unes de ces informations présentaient des contradictions.

Pour environ la moitié des institutions interrogées, les **rencontres d'information** qui se sont tenues au printemps 2008 ont été à peu près aussi longues et intenses que les précédentes interviews. Plusieurs hôpitaux attendaient beaucoup de ces discussions et y ont convié un nombre (parfois nettement) plus élevé de participants, parmi lesquels des responsables informatiques et des codeurs. Ceux-ci étaient souvent très bien préparés, de sorte que les discussions consacrées à certains points se sont révélées plus longues et plus pointues et ont parfois duré nettement plus que les interviews. Pour différentes raisons, certains hôpitaux n'ont montré qu'un intérêt limité pour les rencontres d'information, qui ont dans ces cas été moins intenses et duré moins longtemps que les précédentes interviews.

De manière générale, il ressort des interviews que les modifications proposées sont toutes réalisables et que les adaptations qualifiées d'indispensables ne sont pas contestées. Tous les établissements disposent des informations et des précisions demandées. Ces informations figurent déjà en partie dans les logiciels de gestion de certains hôpitaux. Ailleurs, les informations en question pourraient être obtenues au moyen de quelques aménagements. L'adaptation des interfaces est également réalisable, même si de nombreuses réserves ont été émises à propos du calendrier.

Une partie des personnes interrogées ont déploré lors des rencontres d'information l'abandon de certaines des adaptations prévues à l'origine, ainsi que le fait qu'aucune des modifications supplémentaires proposées lors des interviews n'a été retenue. D'autres ont fait part de leur satisfaction à cet

égard, certains indiquant même qu'ils auraient souhaité voir réduit davantage le nombre de caractères à relever.

Les **critiques d'ordre général** suivantes méritent d'être retenues :

- Certains des interlocuteurs redoutent un manque de concertation et de coordination entre l'OFS et SwissDRG, ce qui obligerait les hôpitaux à satisfaire deux types de spécifications distincts.
- Plusieurs interlocuteurs déplorent le peu de temps prévu pour pouvoir prendre position par écrit et le nombre réduit de services invités à participer à une interview. D'aucuns auraient souhaité disposer de plus de temps, pour procéder à un état des lieux au sein de leur hôpital ou de leur administration et faire bénéficier le projet de ces résultats. D'autres auraient souhaité que l'on consulte davantage les services qui utilisent les données et les services informatiques.
- Plusieurs des services interviewés ont demandé que les exigences de SwissDRG, même si elles ne sont pas contestées, soient limitées au minimum indispensable ou qu'elles ne soient pas revues à la hausse. L'augmentation massive du nombre de données sur les diagnostics et les traitements, mais aussi l'ajout de variables supplémentaires, suscitent la crainte que l'on n'accumule une montagne de données gigantesque (possibilité de relever, pour 1,5 million d'hospitalisations par année, 50 diagnostics et 100 traitements à 6 positions, auxquels viennent s'ajouter d'autres champs supplémentaires), qui pourrait être difficile à traiter et occasionner de nombreuses erreurs.
- Nombre d'hôpitaux ont relevé le coût élevé que représentaient pour eux les adaptations demandées, d'une part pour la modification de l'interface (coût unique), d'autre part pour la collecte et le traitement des données (coût récurrent). Les hôpitaux privés se sont plaints d'avoir à assumer l'intégralité de ces coûts supplémentaires, contrairement aux hôpitaux publics.
- Dans ce contexte, les interlocuteurs ont exigé que tout nouvel élargissement de la portée du relevé, notamment pour des raisons épidémiologiques, apporte à l'ensemble des milieux participants un bénéfice suffisant et démontrable, qui justifie les investissements à réaliser. De ce point de vue, les modifications exigées par SwissDRG n'ont pas été contestées.

3.1.1 Disponibilité et accessibilité des informations

Pour réaliser la statistique médicale, des informations aussi bien administratives que médicales sont nécessaires. Dans certains hôpitaux, les informations sont saisies à l'endroit et au moment où elles sont générées, dans l'interface qui alimente la statistique médicale. Dans de tels cas, les codeurs ont essentiellement pour tâche d'en contrôler la qualité et de combler les éventuelles lacunes. Dans la majorité des hôpitaux toutefois, les données administratives sont entièrement saisies à l'ordinateur, où elles sont accessibles en ligne, tandis que les informations médicales sont généralement ajoutées par les codeurs au moment de la sortie du patient, sur la base du rapport médical d'ordinaire établi à la main. Enfin, certains hôpitaux ne sont pas dotés des interfaces nécessaires, de sorte que les codeurs doivent également saisir séparément les données administratives. Ces hôpitaux notamment ont souli-

gné à quel point la gestion simultanée, dans la statistique médicale, des données administratives et des données médicales était coûteuse en temps et pouvait être source d'erreurs, et ils ont insisté pour que cet aspect soit pris en compte en cas d'extension de la statistique médicale.

Même si toutes les personnes interviewées ont indiqué que les informations qualifiées d'indispensables étaient en principe disponibles, certaines ont ajouté qu'elles ne pourraient fournir de réponse définitive sur ce point qu'une fois la formulation concrète des diverses questions connue. Cette réserve, qui concerne avant tout des objets de portée générale, comme les implants, les médicaments ou les soins intensifs, a amené les auteurs du projet à préciser les énoncés d'une bonne part des questions, de sorte que les rencontres d'information n'ont plus donné lieu qu'à quelques demandes isolées de clarification.

Le principal point faible mentionné pour ce qui est de l'accessibilité des informations est la qualité des rapports livrés par les médecins. Étant donné que la statistique médicale révisée implique la collecte d'informations plus nombreuses et plus détaillées, il est très important que les hôpitaux édictent des directives à l'intention des médecins, afin d'inciter ceux-ci à établir des rapports de qualité. Si cela ne devait pas suffire, les hôpitaux pourraient être amenés à faire pression sur les médecins, en mettant en place un système contraignant de contrôle de la qualité.

3.1.2 Possibilités et limites des adaptations informatiques

De nombreuses personnes ont souhaité que l'OFS s'adresse directement aux fabricants de logiciels, étant donné que les principaux travaux incombent à ces derniers. Ce d'autant que trois fabricants fournissent à eux seuls la grande majorité des hôpitaux. Il faut également tenir compte du fait que les adaptations à apporter aux interfaces diffèrent d'un hôpital à l'autre, puisque chaque hôpital dispose de son propre environnement informatique interne. Le travail occasionné par ces adaptations est jugé nettement plus important que les modifications résultant directement de la révision de la statistique médicale. Le risque est donc relativement grand que les entreprises tenues d'apporter des modifications dans un grand nombre d'hôpitaux n'arrivent pas à tenir les délais. Plusieurs interlocuteurs ont exprimé le souhait que ces entreprises soient informées des modifications par l'OFS, et non par chacun de leurs clients. Il a par ailleurs été suggéré que l'OFS mette en place une hotline (téléphone, e-mail) à l'intention des milieux concernés, qui pourraient ainsi obtenir des informations en cas de nécessité.

Commentaire de l'OFS : par respect du principe d'égalité de traitement, l'OFS ne peut pas informer de manière privilégiée certains fournisseurs de logiciels. Il revient donc aux hôpitaux de le faire. L'OFS n'a malheureusement pas les ressources nécessaires pour mettre en place une véritable hotline. Il répondra cependant volontiers à toutes les questions qui lui seront adressées par les voies habituelles.

3.1.3 Mise en œuvre des adaptations

La plupart des personnes interrogées considèrent que les logiciels pourraient être adaptés dans le délai prévu. Une minorité estime ce dernier trop court et est d'avis que les modifications ne pourraient se faire que pour le 1^{er} janvier

2010. Par ailleurs, plusieurs des personnes interviewées ont relevé qu'outre les modifications logicielles, d'autres travaux seraient nécessaires, pour adapter les guides d'utilisation, effectuer des tests de plausibilisation (ne se limitant pas seulement à MedPlaus), adapter les processus et former le personnel concerné. Il faut prendre garde de ne pas sous-estimer le temps nécessaire pour toutes ces opérations (la seule formation des codeurs pourrait prendre 2 à 3 mois), sans quoi la réalisation des statistiques, la facturation des prestations et le financement des hôpitaux pourraient se révéler chaotiques. Les représentants de Suisse romande et du Tessin ont insisté pour que l'ensemble des documents soient traduits en français et en italien et leur soient remis suffisamment tôt, sans quoi ces régions ne seront pas en mesure de procéder dans les temps aux adaptations demandées. L'une des critiques émises concerne notamment le fait que le calendrier des publications ne contient aucune indication sur les versions italiennes des documents, ni sur les dates de publication des règles de codage (dans toutes les langues).

Faisant notamment allusion au coût des adaptations, plusieurs personnes ont émis le souhait que celles-ci soient réalisées d'un seul tenant et qu'ensuite l'on ne touche plus à la statistique médicale pendant plusieurs années.

Cette proposition n'a cependant pas rencontré l'adhésion de toutes les parties. Une autre proposition prévoit ainsi une procédure en étapes, selon laquelle le nouveau système serait, dans une première phase, introduit le plus rapidement possible dans les quelque 30 hôpitaux du réseau, dont les informations doivent être disponibles rapidement. Ces hôpitaux connaissent très bien le sujet et sont disposés à aller de l'avant. Les autres hôpitaux se verraient accorder plus de temps pour réaliser les adaptations.

Une deuxième proposition prévoit, dans une première phase, de remanier le code CHOP au 1^{er} janvier 2009, ce qui permettrait de disposer rapidement des données les plus essentielles. Au cas où, en dépit de l'adaptation du code CHOP, d'autres données se révéleraient rapidement indispensables pour le projet SwissDRG, celles-ci pourraient être obtenues auprès des hôpitaux du réseau et transmises directement à SwissDRG, qui en disposerait pour élaborer un groupeur SwissDRG. Les autres besoins en données seraient alors précisés et les modifications nécessaires mises en œuvre dans une deuxième étape (d'ici à 2010 ou 2011 par ex.). Cette option offre suffisamment de temps pour peaufiner la liste et la nature des modifications à apporter, compte tenu des données disponibles dans d'autres statistiques, et pour mener à bien une consultation afin de vérifier la faisabilité matérielle et technique des adaptations envisagées. Cette deuxième étape porterait sur des questions telles que l'introduction de nouvelles variables ou la révision de la définition des cas (SwissDRG, révision LAMa).

En plus des modifications par étapes, il a été proposé d'intégrer à la série de données 20 champs de réserve (champs à libre disposition) pour des données supplémentaires. Ces champs pourraient être utilisés pour des extensions ultérieures de la statistique médicale, par exemple pour des données supplémentaires sur les diagnostics et les traitements, telles qu'on en relève déjà aux Etats-Unis. L'adaptation des interfaces s'en trouverait facilitée. La souplesse d'exploitation de ces champs de réserve permettrait par ailleurs d'organiser des collectes temporaires de données, de limiter la saisie de données à certains hôpitaux, ou de relever des données pour une étude ponctuelle, par exemple.

Ces remarques d'ordre général semblent indiquer que le projet, s'il suscite un certain nombre de craintes et de critiques pour ce qui est du calendrier, ne contient que des propositions d'adaptations réalisables et que les problèmes mentionnés sont surmontables. La décision, prise au terme des interviews, de prolonger d'une année le délai d'introduction des adaptations pour les hôpitaux n'appartenant pas au réseau a été accueillie avec soulagement lors des rencontres d'information. Les hôpitaux du réseau ont tous confirmé pouvoir tenir le délai du 1^{er} janvier 2009 (à condition que l'OFS respecte lui-même le calendrier fixé).

En plus de ces considérations d'ordre général exprimées au cours des interviews, nous présentons dans les chapitres suivants des problèmes plus spécifiques mentionnés lors des diverses rencontres et dans les prises de position écrites. Certains de ces problèmes ont été abordés au cours d'un petit nombre d'interviews, parfois d'un unique entretien (les interviews n'étaient pas dirigées). Ils n'en concernent pas moins d'autres hôpitaux également.

3.2 Résultats spécifiques concernant les adaptations obligatoires

3.2.1 Définition du cas

Contenu : pour les transferts internes et les patients en attente (réadaptation ; gériatrie) le cas (correspondant normalement à la période délimitée par l'entrée et la sortie) est désormais subdivisé en un cas aigu et un cas non aigu, même lorsque le patient ne change pas de lit.

Interfaces : aucune modification nécessaire ; adaptation du codage.

Plusieurs des personnes interrogées ont indiqué que le médecin traitant représentait le « maillon faible » pour la saisie de cette donnée. Les médecins ne sont en général pas habitués à prendre de telles décisions motivées par des raisons de technique d'assurance. Il est donc nécessaire d'établir des critères clairs, que les médecins pourront et devront appliquer : à quel moment la phase aiguë s'achève-t-elle et la phase non aiguë commence-t-elle ? Ce faisant, il faut tenir compte du fait que les soins font dès le premier jour partie de la thérapie en hôpital de soins aigus, et qu'il n'est donc pas facile de décider du moment où il faut passer d'un type de cas à l'autre.

L'application de cette nouvelle définition dépendra dans une large mesure de la manière dont l'hôpital introduira ce changement, et plus particulièrement des informations qu'il communiquera à ce sujet. La pression exercée par les assurances sera également déterminante. Enfin, il faudra prévoir suffisamment de temps pour former le personnel.

Pour le reste, il s'agira de tenir compte des points suivants :

- Cette distinction peut poser problème dans les hôpitaux qui collaborent avec des médecins indépendants, étant donné que ces derniers ne sont pas présents tous les jours. Il se pourrait, par exemple, qu'un patient soit en état de sortir ou d'être transféré dans un centre de réadaptation un lundi, mais que le médecin indépendant qui en a la charge soit absent et

ne puisse prendre de décision qu'à son retour, le mercredi. Il devrait alors décider rétroactivement si ces deux jours sont à considérer comme une période d'attente ou s'ils font partie du traitement.

Commentaire de l'OFS : le médecin indépendant peut fixer à l'avance les critères selon lesquels le patient peut être « transféré » en son absence, ce qui permettrait alors de clore le cas même lorsqu'il n'est pas là.

- En ce qui concerne les soins de réadaptation gériatrique aigus, la question a été posée de savoir si ceux-ci devaient être attribués aux soins aigus ou à la réadaptation, et comment des hôpitaux organisés différemment allaient devoir procéder (hôpitaux dotés d'une division en gériatrie distincte/hôpitaux où les services de gériatrie sont intégrés dans une division de médecine interne, de rhumatologie, etc.).

Commentaire de l'OFS : les cas facturés au moyen des DRG doivent aujourd'hui être attribués aux soins aigus. L'éventuelle prise en compte des cas de réadaptation dans le système des DRG pourrait entraîner la révision de cette directive.

- Un canton a émis le souhait que la définition du cas appliquée dans les secteurs ambulatoire et semi-hospitalier soit harmonisée avec les nouveaux critères définis pour les soins hospitaliers. Faut-il ouvrir un cas chaque fois que le patient vient recevoir de nouveaux soins ? Comment définir les cas qui reçoivent un même jour des soins de différentes natures (consultation, IRM, physiothérapie, etc.) ?
- Il faudrait s'assurer que les patients en attente saisis comme de nouveaux cas ne soient pas assimilés à des cas de réhospitalisation au moment de calculer l'outcome.

Commentaire de l'OFS : il importe que les cas en question soient codés de façon correcte et qu'ils désignent clairement des patients en attente.

- Plusieurs hôpitaux soulignent le fait que l'introduction, début 2009, de la nouvelle définition du cas pour les patients en attente engendre une incohérence entre la statistique médicale et la facturation des prestations, étant donné que la facturation des forfaits par cas ne sera introduite qu'en 2010 au plus tôt. Un hôpital envisage de conserver pour l'heure l'ancien système, utilisé pour la facturation, et de compléter son interface de deux variables, la date de sortie et la date de nouvelle entrée, pour pouvoir générer deux cas et répondre aux besoins de la statistique médicale.
- A relever également que, d'après la nouvelle définition, lorsque la date de sortie du cas aigu est identique à la date d'entrée du cas non aigu, le jour du transfert est relevé (et donc facturé) deux fois. Il faudrait trouver une solution généralement applicable, telle que, par exemple, la sortie au jour 1 soit fixée à 23h59 et l'entrée au jour 2 à 0h01.

Commentaire de l'OFS : la solution adoptée va dans le sens de la remarque ci-dessus, à la différence près que la sortie au jour 1 est fixée à 23h et l'entrée au jour 2 à 0h (il n'est possible de saisir que des heures entières dans la statistique médicale).

- La formulation proposée pour l'application de la nouvelle définition du cas a suscité des critiques : l'indication « changement de diagnostic principal » à la question « décision de sortie » ou « mode d'admission » n'est

pas correcte puisque, d'un point de vue médical, il ne s'agit pas d'un changement de diagnostic à proprement parler.

Commentaire de l'OFS : la formulation a été corrigée sur la base de la remarque ci-dessus. On parle désormais de « transfert interne ».

- Le CHUV applique déjà cette définition du cas. Il y est fait une distinction entre patients A (soins aigus), B (réadaptation) et C (soins de longue durée). Les médecins se fondent sur une liste de critères pour modifier la catégorie d'un patient. Le système a fait ses preuves, mais il manque (encore) un contrôle de qualité susceptible d'empêcher d'éventuelles omissions involontaires.

3.2.2 Possibilité de saisir jusqu'à 50 diagnostics et 100 traitements

Contenu : il doit être possible de coder jusqu'à 50 diagnostics et 100 traitements.

Interfaces : ajout de champs supplémentaires à la série minimale de données de l'OFS : jusqu'à 50 diagnostics et 100 traitements.

Quelques-unes des institutions interrogées ont fait part de leur incompréhension à l'égard d'une telle augmentation de la taille des fichiers de données. Des représentants des hôpitaux universitaires ont indiqué qu'ils saisissaient en moyenne 6 diagnostics et 3 procédures par cas pour les APDRG, avec de très bons résultats au niveau du codage, de sorte qu'ils ne voient pas la nécessité de prévoir autant de champs. Un médecin responsable du codage dans un petit hôpital régional indique que si, à l'origine, son équipe n'était en mesure de saisir qu'un seul diagnostic par cas, ce nombre avait passé à 3 en moyenne, même si cela se révélait parfois insuffisant pour remplir les critères de la statistique médicale. Il laisse entendre que même en augmentant massivement le nombre de champs de saisie, son équipe ne sera guère en mesure, compte tenu des ressources à disposition, de relever les données de manière plus différenciée. Il en conclut que cette augmentation resterait sans effets dans le cas de son hôpital.

Une autre institution a voulu savoir si, d'un point de vue épidémiologique, ces données seraient exploitées un jour, et combien d'exploitations avaient été effectuées à partir des informations sur les diagnostics et les traitements collectées jusqu'à présent.

La faisabilité technique de cette extension n'a pas été mise en doute. Tout au plus s'est-on interrogé sur la teneur des « 50 diagnostics » : s'agit-il ici de relever un diagnostic principal, un diagnostic supplémentaire et 48 diagnostics secondaires, ou un diagnostic principal et 49 diagnostics secondaires ?

Commentaire de l'OFS : il s'agit d'un diagnostic principal, d'un diagnostic complémentaire au diagnostic principal et de 49 diagnostics secondaires.

3.2.3 Extension des classifications des diagnostics et des traitements

Contenu : extension à cinq positions de la classification des diagnostics CIM-10 et à 6 positions de la classification des interventions CHOP.

Interfaces : extension à 6 positions de l'ensemble des champs de diagnostic et de traitement.

Cette extension ne devrait pas poser de problème technique d'après les résultats des interviews. La question a été posée de savoir si la nouvelle classification CIM comportait bel et bien six chiffres, et non cinq, comme en Allemagne, et si le point contenu dans le code occupait l'une de ces positions.

Commentaire de l'OFS : cette question a effectivement été source de confusion au départ, étant donné que la CIM-10 GM ne comporte que cinq positions et que la sixième position utilisée en Allemagne sert à coder le côté du corps traité. En Suisse, cette sixième position sera conservée comme champ de réserve (pour indiquer par exemple quels sont les diagnostics posés au sein de l'hôpital même). Le côté du corps traité est relevé dans un champ à part pour les diagnostics et les traitements.

Des doutes subsistent également quant à savoir si les quatre premières positions de la CIM-10 GM et de la nouvelle CHOP correspondent aux quatre positions respectives des codes CIM et des codes CHOP actuels. Dans le cas contraire, tous les hôpitaux établissant leurs factures sur la base des APDRG seraient contraints de relever les diagnostics à double.

Commentaire de l'OFS : les quatre premières positions ne sont pas toujours identiques. Une solution transitoire est cependant à l'étude (transcodage).

Un hôpital estime qu'il n'est pas possible de dire si les informations souhaitées sont déjà disponibles sans connaître le détail des données à collecter. Il se pourrait que les décisions qui seront prises aient des conséquences importantes sur la manière dont les médecins établissent leurs rapports.

3.2.4 Informations complémentaires sur les diagnostics et les traitements

Contenu : informations complémentaires sur chaque diagnostic et traitement (par ex. gauche/droite, degré de gravité).

Interfaces : introduction d'un champ supplémentaire à usage multiple après chaque diagnostic et traitement, par ex. gauche/droit/bilatéral ou tumeur maligne active/inactive/éliminée, etc.

Nombre de nos interlocuteurs pensaient que ce champ contiendrait un menu déroulant proposant un choix limité de caractères, en fonction du code CIM ou CHOP indiqué. Un tel champ ouvert paraît très problématique.

Commentaire de l'OFS : les menus des outils de codage sont développés par les entreprises informatiques. L'OFS peut tout au plus faire des propositions à cet égard.

La saisie du caractère gauche/droite/bilatéral ne semble constituer un problème pour personne. Certains se demandent toutefois s'il vaut la peine de prévoir un champ de saisie spécifique, puisque les codes de la CIM-10 GM comportent une sixième position qui peut être utilisée pour la localisation.

La saisie de l'activité de la tumeur en revanche soulève des questions. L'un des reproches formulés concerne l'absence de définition des notions d'« activité de la tumeur » et du caractère « actif » ou « inactif » de la tumeur. Etant donné qu'il n'existe pas aujourd'hui de classification obligatoire à l'échelle de la Suisse, chaque hôpital a sa propre interprétation. De manière générale, une tumeur enlevée par intervention chirurgicale est dès lors considérée comme inactive, tandis qu'il est difficile de se prononcer sur une tumeur traitée par chimiothérapie ou par radiothérapie. L'ajout d'un menu déroulant comportant des définitions claires applicables au quotidien permettrait de résoudre ce problème.

Commentaire de l'OFS : il est prévu de revoir la définition.

3.2.5 Heures de ventilation

Contenu : saisie des heures de ventilation.

Interfaces : ajout d'un champ supplémentaire à la série minimale de données de l'OFS.

Plusieurs des personnes interrogées réclament une définition claire de la notion de ventilation, ainsi que des règles pour pouvoir saisir correctement cette information. La plupart des hôpitaux concernés la relèvent déjà. Certains d'entre eux se demandent s'il ne suffirait pas de saisir les heures de ventilation au moyen du questionnaire supplémentaire destiné aux soins intensifs. Nombreux sont ceux qui estiment que la définition selon la classification G-DRG est trop vague et qu'elle doit être précisée. Des clarifications s'imposent notamment pour distinguer la durée d'une ventilation ininterrompue de celle d'une ventilation ayant subi des interruptions.

Un hôpital cantonal relève déjà la variable « durée de l'anesthésie ». Cette information équivaut à la « durée de ventilation » dans les cas de narcose complète. Par ailleurs, l'actuel système de relevé ne permet pas de distinguer une anesthésie complète d'une anesthésie partielle. Il suffirait pourtant de modifier quelque peu l'outil de saisie pour pouvoir effectuer cette distinction.

Parmi les hôpitaux qui relèvent déjà les heures de ventilation, certains considèrent techniquement réalisable le transfert des données relevées au moyen du système actuel à la statistique médicale, par l'intermédiaire d'une interface encore à créer, mais ils ajoutent qu'une telle modification serait coûteuse en temps et en argent.

3.2.6 Traitements complexes de médecine intensive

Contenu : saisie des traitements complexes de médecine intensive

Interfaces : introduction d'une série de données supplémentaires (complément à la série minimale de données)

La plupart des hôpitaux concernés relèvent déjà des données sur les traitements complexes de médecine intensive, mais les systèmes utilisés à cet effet varient, de même que les volumes de données saisies. Les systèmes suivants ont été mentionnés lors des interviews : SAPS, TISS, TRIPS, NEMS, PDMS, PIM2 (enfants), CRIB (nourrissons). L'ensemble des hôpitaux concernés espère que le questionnaire supplémentaire sera compatible avec les relevés actuels, de sorte qu'il suffira de créer une interface. Dans le cas contraire, on redoute que l'adaptation se révèle coûteuse en temps et en argent.

Plusieurs hôpitaux qui utilisent déjà le questionnaire de la Société suisse de médecine intensive (SSMI) souhaitent que le choix du questionnaire s'effectue en concertation avec la SSMI, afin de trouver une solution acceptable par tous.

Commentaire de l'OFS : les définitions ont été reprises de la SSMI.

Deux hôpitaux estiment que la CHOP contient déjà des informations sur les traitements complexes de médecine intensive, et que ces informations devraient se révéler suffisantes, au prix de quelques adaptations le cas échéant. Un hôpital qui ne relève pas encore de données dans sa division de soins intensifs aimerait, en plus d'une définition claire des informations à recueillir, des dispositions contraignantes indiquant qui fait quoi (médecin responsable, personnel de soins, secrétaire, codeur/codeuse).

Plusieurs hôpitaux évoquent un problème technique : comment procéder pour un même cas qui subirait plusieurs traitements de médecine intensive ? Faut-il inclure tous ces traitements sur un même questionnaire ou remplir un questionnaire pour chaque traitement ?

Commentaire de l'OFS : il faut indiquer les données pour le total des traitements intensifs.

3.2.7 Poids à l'admission des nourrissons

Contenu : saisie du poids à l'admission des nourrissons (âgés de moins de 28 jours).

Interfaces : ajout d'un champ supplémentaire à la série minimale de données de l'OFS.

Plusieurs des personnes interviewées ont souligné des incohérences dans les définitions : on désigne les enfants en bas âge par le terme *nouveau-nés* pendant leurs 28 premiers jours d'existence, puis par celui de *nourrissons* jusqu'à l'âge d'un an.

Commentaire de l'OFS : cette remarque est pertinente. Il faudrait parler de « nourrissons jusqu'à 12 mois ». La définition a été adaptée en conséquence.

L'information recherchée ici n'est pas claire. Deux groupes d'hôpitaux voient des incohérences dans la formulation choisie par l'OFS et la remettent en question :

- Pour les uns, il s'agit du poids à l'admission (et non à la naissance) des nouveau-nés et des nourrissons jusqu'à 12 mois (et pas seulement des nouveau-nés jusqu'à 28 jours).
- Pour les autres, il faudrait relever le poids à la naissance, et non le poids à l'admission.

Commentaire de l'OFS : c'est le poids à l'admission qui est considéré ici. Si l'enfant est né dans l'hôpital en question, le « poids à l'admission » indiqué est le poids à la naissance. Pour les enfants qui ne sont pas nés dans l'hôpital, on indique en revanche le poids au moment de leur admission.

3.3 Résultats spécifiques concernant les modifications possibles

3.3.1 Lieu du traitement ambulatoire

Contenu : désignation du lieu où un cas hospitalisé a subi un traitement ambulatoire (intra- ou extra-muros). (D'après SwissDRG, les traitements ambulatoires doivent être intégrés dans le dossier du patient, codes CIM-10/CHOP inclus).

Interfaces : introduction d'un flag pour chaque traitement (par ex. 1 = intra-muros, 2 = extra-muros).

Les opinions concernant la pertinence de cette information sont partagées. Certains la considèrent digne d'intérêt pour leur hôpital, d'autres n'y voient aucune utilité. Ces derniers soulignent le surcroît de travail qu'une telle adaptation occasionnerait.

Pour le reste, le risque serait grand que les hôpitaux utilisent des valeurs par défaut, qu'ils oublient ensuite de modifier dans leur routine, rendant l'exploitation des données quasiment impossible.

Plusieurs hôpitaux soulignent que la notion de « lieu du traitement ambulatoire » est trop imprécise et que la définition doit être améliorée. Les questions suivantes doivent être résolues :

- S'agit-il de la localisation géographique (mêmes coordonnées) ou institutionnelle (même institution) ?

S'il s'agit de la localisation géographique :

- Dans la plupart des grands hôpitaux, il arrive souvent que les interventions chirurgicales, les radiographies ou les radiothérapies aient lieu dans un bâtiment différent de celui où séjourne le patient. Extra-muros signifie-t-il

en dehors du bâtiment où est traité le cas, ou en dehors de l'aire hospitalière ?

- Quelle superficie cette aire peut-elle atteindre ? A partir de quelle distance (en mètres ou en kilomètres) faut-il utiliser le terme « extra-muros » ?
- Que faire des cas qui sont soumis à un traitement ambulatoire dans le même bâtiment, dispensé par un médecin agréé indépendant qui facture lui-même ses prestations ?

S'il s'agit de la localisation institutionnelle :

- Comment procéder dans le cas des traitements ambulatoires dispensés par le même hôpital (établissement) hors d'une même aire hospitalière ?

Un hôpital qui a déjà été confronté à ce problème par le passé propose de saisir les deux aspects de ce traitement externe : défaut = même aire hospitalière, 1 = autre aire hospitalière, même établissement, 2 = autre aire hospitalière, autre établissement.

Commentaire de l'OFS : la question a été corrigée selon la proposition ci-dessus. Il est à présent possible de distinguer s'il s'agit du « même » ou d'un « autre » établissement.

3.3.2 Localisation de la clinique

Contenu : saisie de l'emplacement de la clinique (par cas de traitement) au moyen du numéro postal d'acheminement, éventuellement de l'abréviation de la clinique.

Interfaces : ajout d'un champ.

Cette modification est souhaitée notamment par les cantons qui disposent d'hôpitaux multisites. Plusieurs hôpitaux individuels ont également fait part de leur intérêt pour cette information. La plupart des personnes interrogées ne se sentent toutefois pas concernées par cette question. Celle-ci ne leur occasionnerait guère de travail supplémentaire, puisqu'elles n'auraient qu'à indiquer une valeur par défaut pour l'emplacement de leur clinique. Un hôpital note que cette information n'a pas d'importance au niveau national. Si seuls quelques utilisateurs éprouvent un intérêt pour cette information, il serait préférable que ceux-ci la relèvent dans un champ à libre disposition, en plus des autres variables.

Comme pour le traitement ambulatoire extra-muros, la question centrale qui se pose ici est de savoir quelles limites choisir pour définir la localisation d'une clinique. Dans le cas des hôpitaux multisites, tels qu'on en trouve dans les cantons de Berne, du Lucerne et du Valais, la situation est claire. Dans ces cantons, les établissements des institutions hospitalières ayant fusionné sont clairement séparés d'un point de vue géographique, et le numéro postal d'acheminement suffit à les distinguer les uns des autres. La distinction est moins aisée dans d'autres cas, comme à Lugano ou à Schaffhouse, où les établissements sont distants de 2 à 3 km et ont des adresses postales différentes, mais le même NPA. Par ailleurs, plusieurs grands hôpitaux ont leur propre NPA, qui est également valable pour d'autres établissements qui leur sont rattachés, mais qui se situent hors de l'aire hospitalière. Une autre ques-

tion ouverte concerne les cas qui font l'objet d'un transfert au sein d'une même institution, par ex. de Berthoud à Langnau (numéro REE identique mais NPA différent).

En plus de ces aspects relatifs à la localisation, la question du moment de l'hospitalisation déterminant cette dernière a également été abordée : cette localisation correspond-elle au lieu de l'admission, de la sortie ou du traitement principal ?

Indépendamment de ces questions ouvertes concernant l'information à relever concrètement, différentes voix se sont élevées pour remettre en question l'utilisation du NPA comme variable de localisation. L'alternative proposée par l'OFS, qui consisterait à utiliser l'abréviation de la clinique, n'est soutenue par personne. D'autres options ont été proposées, comme le recours à un système d'information géographique (SIG) ou une différenciation du numéro REE.

3.3.3 Date du traitement

Contenu : indication de la date de chaque traitement.

Interfaces : ajout d'un champ de date après chaque champ de traitement.

La proposition d'ajouter la date de chaque traitement est controversée, également parmi les bons connaisseurs des systèmes DRG. Les uns estiment cette information indispensable et sont d'avis que tous devraient la relever. Certains proposent même que la date soit complétée de l'heure du traitement. D'autres estiment l'indication de la date et de l'heure des traitements dans les systèmes DRG sans intérêt.

Commentaire de l'OFS : au cours des consultations, il est apparu que Swiss-DRG avait impérativement besoin de cette information. Il s'agit à présent d'une information non plus facultative, mais obligatoire.

Les hôpitaux zurichois et quelques autres établissements relèvent déjà cette information et pourraient donc aisément l'intégrer dans la statistique médicale. La plupart des autres hôpitaux se montrent très sceptiques à l'égard de ce projet, voire le désapprouvent. Nombreux sont les hôpitaux qui estiment que la saisie de cette information occasionnerait un travail énorme (et donc des coûts importants) et contribuerait à gonfler la masse de données. Par ailleurs, ils ne voient pas à quoi une telle information pourrait réellement servir. Le risque est grand que cette mesure entraîne une différenciation accrue de la saisie des traitements, au point que le changement quotidien des bandages serait saisi comme un nouveau traitement. Un hôpital suggère que l'OFS dresse une liste des codes CHOP qui devraient être obligatoirement accompagnés de la date, de sorte que le relevé de cette variable serait limité à ces codes.

3.3.4 Centre de prise en charge des coûts

Contenu : par cas, plusieurs centres de prise en charge des coûts (pour représenter avec exactitude le séjour du patient).

Interfaces : ajout de champs pour les centres de prise en charge (5 champs supplémentaires par exemple).

La possibilité de saisir un nombre accru de centres de coûts a suscité un certain intérêt, mais a rencontré peu de soutien, notamment en raison des problèmes de faisabilité. Quelques hôpitaux indiquent déjà saisir de manière différenciée les centres de coûts et qu'ils pourraient transférer ces données de manière relativement aisée dans la statistique médicale, par l'intermédiaire d'une interface. D'autres redoutent que la saisie de ces variables supplémentaires ne nécessite un très important travail, puisqu'il faudrait adapter, outre les codes des centres de coût, les définitions de cas et, au final, l'ensemble du système de gestion des cas.

Le représentant d'un hôpital universitaire est d'avis qu'une telle révision serait très complexe et coûteuse, étant donné qu'elle touche de nombreux intérêts et que la situation est probablement très différente dans les hôpitaux de petite ou de moyenne taille, dont les besoins sont sans doute mieux couverts par la nomenclature actuelle, par rapport aux grands hôpitaux et aux hôpitaux universitaires, qui comptent parfois plus de 50 centres de coût. Pour ces derniers, l'ajout de 5 champs supplémentaires serait insuffisant. En outre, en cas d'introduction de nouveaux centres de coûts, il faudrait que ceux-ci soient compatibles avec le système existant.

Indépendamment du nombre de centres de prise en charge des coûts à relever, l'un des reproches adressés est que les codes du centre de prise en charge principal ne correspondent pas aux codes de traitement. En outre, il serait souhaitable que les données saisies le soient davantage en fonction de critères économiques.

3.3.5 Motifs d'une admission extracantonale

Contenu : permettre de répartir les admissions extracantonales entre celles ayant lieu sur « indication médicale » et celles découlant d'une « décision du patient ».

Interfaces : aucune ; nécessité en revanche d'adapter par ex. les modalités de la variable 1.4.V02 en précisant « 6 = assurance-maladie, autre canton avec contribution cantonale » et « 7 = assurance-maladie, autre canton sans contribution cantonale »

Une telle modification pourrait être mise en œuvre par tous les hôpitaux, au prix toutefois d'un important travail pour la plupart d'entre eux. La proposition concrète de modification, à savoir l'ajout des modalités 6 et 7 à la variable d'admission, est controversée. Quelques hôpitaux veulent connaître pour toutes les admissions extracantonales la raison de l'admission et l'agent financeur. Cette information doit donc être étendue aux cas couverts par l'AA,

l'AI, l'AM, etc., en plus de ceux financés par l'assurance-maladie. De ce point de vue, la solution à envisager doit permettre de savoir, pour tous les cas extracantonaux, si l'hospitalisation répond à une nécessité médicale ou si elle résulte en premier lieu du libre choix du patient. D'autres hôpitaux hésitent et demandent que l'OFS clarifie la situation avec la Commission des tarifs médicaux (CTM), pour savoir si la distinction « indication médicale »/ « décision du patient » revêt également une importance pour les cas ne relevant pas de l'assurance-maladie.

Une proposition prévoit comme alternative de relever l'existence d'une garantie de paiement comme indicateur d'une hospitalisation extracantonale indiquée médicalement ; les hôpitaux disposent aujourd'hui des informations à ce sujet.

3.3.6 Implants et médicaments

Contenu : saisie des implants et des médicaments.

Interfaces : aucune ; il doit être possible de saisir cette variable à l'aide de la classification des traitements.

Les cantons et plusieurs hôpitaux cantonaux soulignent l'importance que revêt pour eux la saisie des implants et des médicaments. Celle-ci est possible dans la plupart des hôpitaux, mais nombreux sont ceux qui redoutent le travail qu'une telle opération pourrait occasionner. Il a donc été proposé de limiter le nombre des implants et des médicaments à relever et d'en établir une liste qui figurerait dans la CHOP. Il reste donc à déterminer les implants et les médicaments qui devraient être relevés, sans qu'il s'agisse forcément des plus chers. On pourrait les relever au moyen du code EAN à 13 positions (implants) ou du code pharmaceutique (médicaments).

La plupart des hôpitaux pourraient se satisfaire de cette solution (saisie d'un nombre limité d'éléments figurant dans la classification des traitements). Les variantes prévoyant une saisie exhaustive et détaillée (produit, dosage, durée d'utilisation) de ces informations ou leur reprise via une interface à partir des données sur les prestations sont considérées comme très coûteuses et beaucoup trop pointues. L'introduction de variables et de champs supplémentaires extérieurs à la CHOP est considérée comme inappropriée.

L'une des personnes interrogées a émis des réserves de principe, soulignant que la statistique médicale est déjà très détaillée, et qu'il serait bon de ne pas accroître encore le degré de détail en ajoutant de nouvelles variables ou de nouveaux champs, comme dans le domaine des implants et des médicaments. D'autant que le caractère éphémère de telles variables (modification régulière de la liste des spécialités) rendrait nécessaire leur redéfinition chaque année, voire plus souvent encore, ce qui occasionnerait un travail important pour tous les acteurs. En raison de sa complexité, une telle opération pourrait en outre affecter la qualité des données. Personne n'y trouverait avantage. Au cas où les SwissDRG nécessiteraient néanmoins des données sur les implants et les médicaments particulièrement chers, celles-ci pourraient être collectées sans variables supplémentaires, en complétant la CHOP.

3.3.7 Périmètre crânien à la naissance

Contenu : mesure du tour de tête des nouveau-nés.

Interfaces : ajout d'un champ à la série de données supplémentaires de l'OFS pour les nouveau-nés.

Cette proposition de modification est applicable partout et n'a guère suscité de réaction, sauf de la part d'un hôpital universitaire. Ce dernier met fortement en doute la pertinence de cette variable et suggère d'examiner son remplacement éventuel par des indicateurs plus fiables, comme le score d'Apgar. Sur la base de cette réflexion et compte tenu des délais très serrés pour toutes les parties, les représentants de cet hôpital demandent que l'on renonce à cette variable.

3.4 Modifications supplémentaires

Différents cantons et SwissDRG ont demandé ou exigé de nouvelles modifications au cours des consultations. Après avoir soumis ces demandes à un examen préliminaire, l'OFS les a dans la mesure du possible intégrées dans le projet et soumis aux différents acteurs.

3.4.1 Mode de facturation : DRG ou ancien mode

Il était prévu d'introduire une nouvelle variable, qui aurait permis de savoir, pour chaque cas, après l'introduction de SwissDRG, si celui-ci était facturé selon le nouveau mode de facturation (forfait par cas) ou selon l'ancien mode (selon les dépenses effectives). L'une des questions abordées au fil des discussions était de savoir si les personnes chargées de relever les données pour la statistique médicale avaient ou non accès à cette information, qui n'est normalement connue que des services administratifs.

Les hôpitaux universitaires ont jugé cette variable et toutes les informations liées à celle-ci dignes d'intérêt. Ils indiquent tous disposer de ces données et estiment utile de les relever. De nombreux autres hôpitaux se demandent si, au terme de l'introduction définitive des DRG, il se trouvera encore quelqu'un dans leurs services pour continuer à facturer des cas selon l'ancien mode de facturation. Un hôpital propose, dans une prise de position écrite, de relever directement le DRG facturé, à la place d'une question sur le mode de facturation.

Commentaire de l'OFS : cette variable introduite en cours de route a été abandonnée, car il n'est pas sûr que les hôpitaux puissent fournir à temps une telle information, ou que celle-ci se révèle encore utile lorsque les DRG auront été introduits. Elle pourrait éventuellement être reprise dans un champ de réserve.

3.4.2 Lieu de séjour avant la réadmission

Plusieurs hôpitaux ne voient pas l'utilité ou la nécessité de saisir le lieu de séjour avant la réadmission. Le caractère incomplet des informations relevées est également souligné par certains. D'une part, il n'est pas possible de saisir les réadmissions répétées, d'autre part, lors des réadmissions, il manque l'information sur le lieu de séjour après la (première) sortie.

Commentaire de l'OFS : selon l'évolution de la définition du regroupement de cas, il faudra relever certaines informations sur les réadmissions. Il n'est pas possible de dire pour l'heure quelles informations seront nécessaires. Il convient donc de prévoir des champs de réserve à cet effet (cf. conception d'interface).

3.5 Autres propositions de modifications

Nombreuses sont les personnes interrogées à avoir saisi l'occasion de l'interview ou de la rencontre d'information pour indiquer ce qu'elles considéraient comme d'autres lacunes ou faiblesses de la statistique médicale et pour proposer des améliorations sans lien direct avec les forfaits par cas, mais qui mériteraient d'être étudiées en vue d'une révision plus large de la statistique médicale :

Format de livraison

Pour des raisons pratiques, il serait bon de redéfinir la variable « type de relevé », de telle sorte qu'on puisse identifier dès la première position de la série de données si celle-ci est livrée dans l'ancien ou le nouveau format. Exemple : MB1 (ancien format); MB2 (nouveau format).

Commentaire de l'OFS : l'OFS a veillé à ne pas modifier le format de livraison d'origine ; c'était la seule manière d'assurer une introduction progressive du nouveau format.

Identification de l'établissement

Un canton souhaiterait pouvoir reconnaître dans la statistique médicale, à des fins de planification, les hôpitaux extracantonaux qui figurent sur sa liste d'hôpitaux. Cela n'est pas possible pour l'heure.

Commentaire de l'OFS : cela n'est pas possible pour des motifs liés à la protection des données.

Introduction du numéro de cas interne à l'hôpital

Un canton propose d'ajouter dans la série de données de base de la statistique médicale le numéro (non crypté) du patient/cas interne à l'hôpital. Etant donné que l'OFS n'a pas besoin de ce numéro, les services de relevé cantonaux pourraient effacer le champ en question pour l'exportation, ou l'OFS pourrait ignorer son contenu au moment d'importer les données.

Commentaire de l'OFS : cela n'est pas possible pour des motifs liés à la protection de données ; les cantons sont cependant libres de relever en sus de telles données pour leur territoire.

Séries de données supplémentaires

Le relevé de données sur les nouveau-nés devrait être exhaustif. Ce relevé présente actuellement des lacunes et n'est pas adapté aux cas des naissances qui ont lieu hors de l'hôpital et des naissances prématurées.

Dans le cas des naissances, on devrait pouvoir identifier la mère (série minimale de données) et l'enfant (données supplémentaires sur les nouveau-nés).

Le relevé des données supplémentaires sur la psychiatrie et les nouveau-nés devrait être rendu obligatoire pour tous les hôpitaux.

Données sociodémographiques

Le code utilisé pour le domicile pose problème, car il agrège les numéros postaux d'acheminement dans l'ordre croissant. Il est proposé de relever directement le NPA (comme le font déjà de nombreux codeurs) et, en plus, le numéro OFS de la commune (cela devrait être désormais possible d'un point de vue informatique) ; on pourrait ainsi constituer des agrégats cohérents pour les publications.

Commentaire de l'OFS : le NPA peut être indiqué. Les codes de domicile tels qu'ils sont agrégés sont utilisés pour des motifs de protection des données.

Variables d'admission

Il ressort d'une comparaison entre le questionnaire de la statistique médicale et celui des G-DRG que la modalité « prélèvement d'organe » manque pour le mode d'admission.

Commentaire de l'OFS : les types d'admission actuels sont « urgence », « admission planifiée », « naissance », « transfert interne », « autre » et « inconnu ». Le prélèvement d'organe entre dans la catégorie « admission planifiée ».

Type de prise en charge

Les hôpitaux interprètent et appliquent diversement les notions d'« hospitalisation », de « semi-hospitalisation » et d'« ambulatoire ». En outre, la catégorie « semi-hospitalisation » a été supprimée dans le cadre de la révision de la LAMal. Cette variable devrait être mise à jour et simplifiée et sa définition unifiée si l'on veut pouvoir procéder à des comparaisons entre les hôpitaux.

Commentaire de l'OFS : la modalité « semi-hospitalisation » est supprimée.

Séjour après la sortie

Les modalités « autre » (code 8) et « inconnu » (code 9) recouvrent-elles la même réalité ?

Commentaire de l'OFS : non. La modalité « autre » désigne une situation connue, mais pour laquelle il n'y a pas de code prévu. La modalité « inconnu » correspond à l'absence d'information.

Variables sur les séjours

Un canton souhaite connaître les hôpitaux par où passent ses patients lors de transferts (par ex. admission dans l'hôpital A, transfert dans l'hôpital B pour l'établissement du diagnostic, retour dans l'hôpital A pour le traitement).

Commentaire de l'OFS : une telle information permettrait de suivre les cas avec précision. L'OFS essayera de trouver un compromis entre la charge de travail pour les codeurs et l'obtention d'informations utiles. L'ajout de champs provisoires à cet effet nous laissera le temps d'élaborer les définitions, puis d'introduire les variables.

Diagnostics

Plusieurs hôpitaux ont proposé de compléter les informations saisies à propos du diagnostic :

- Date du diagnostic (en plus de la date du traitement).

Commentaire de l'OFS : il serait difficile de déterminer et de coder la date du diagnostic ; la proposition n'a donc pas été retenue.

- Charge de travail et ressources nécessaires pour établir le diagnostic (par ex. dans le cas d'un patient présentant des symptômes diffus, hospitalisé plusieurs jours pour subir des tests qui n'aboutissent à aucun diagnostic, de sorte qu'il quitte l'hôpital sans avoir subi de traitement).

Commentaire de l'OFS : si nécessaire, le coût du diagnostic peut être déterminé au moyen des codes CHOP.

- Introduction d'un flag permettant de préciser si le diagnostic est saisi à des fins d'exploitation (saisie des prestations) ou à des fins épidémiologiques (recherche).

Commentaire de l'OFS : un tel flag peut se révéler utile lorsqu'il faut « forcer » les DRG, c'est-à-dire qu'un diagnostic valable ne doit pas être utilisé pour la facturation. Dans le cas des SwissDRG, il vaudrait mieux dans un tel cas modifier les groupeurs plutôt qu'introduire un flag.

- Introduction d'un champ de données supplémentaire pour compléter le diagnostic principal d'un diagnostic à l'admission.
- Introduction d'un flag permettant de distinguer les diagnostics établis à l'admission des diagnostics posés durant le séjour. Cela permettrait de déterminer un taux des complications évitables.

Commentaire de l'OFS : pour toutes les questions relatives aux diagnostics établis à l'entrée et pendant le séjour, on pourra utiliser la sixième position de la CIM-10 comme « flag ». Il reste à élaborer une définition précise.

Traitements

Le manuel CHOP contient au chapitre 90 des codes facultatifs dont l'OFS n'exige pas la saisie. Le responsable des finances d'un hôpital indique que ces informations facultatives pourraient se révéler intéressantes, mais que la direction de son hôpital a demandé à ses codeurs de ne pas les saisir, considérant que le temps de travail consacré à des fins statistiques serait déjà trop

important. Il propose donc que l'OFS renonce à la catégorie « facultatif » et n'indique plus dans le manuel que les variables qui sont véritablement à saisir.

Il faudrait étudier l'introduction d'une désignation spéciale pour les interventions d'un nouveau genre dont les classifications ne tiennent pas suffisamment compte. Concrètement, on pourrait accompagner le code choisi pour le traitement d'une indication précisant que le code indiqué ne correspond pas exactement à l'intervention pratiquée, et qu'il faudrait définir un nouveau code. Cela pourrait se faire au moyen d'une case à cocher. Une autre possibilité consisterait à créer une nouvelle variable intitulée « nouvelle procédure » pour les cas où une intervention codée serait effectuée en recourant à une nouvelle technique.

Commentaire de l'OFS : l'introduction des SwissDRG nécessitera de toute manière la révision du codage CHOP. Le nouveau système ne devra ensuite subir de modifications que si celles-ci se révèlent durables.

Hauptkostenstelle (centre de prise en charge des coûts)

Le terme « Kostenstelle » (centre de prise en charge des coûts) est jugé inadéquat. Il est proposé de le remplacer par celui de « Fachrichtung » (discipline) ou de « Leistungsstelle » (centre de prestation).

Hauptkostenträger (prise en charge des soins de base)

Le terme « Hauptkostenträger » (prise en charge des soins de base) est erroné. Il est proposé de le remplacer par celui de « Hauptgarant » (garant principal), jugé correct et ne prêtant pas à confusion.

Variables de sortie

Un canton propose de remplacer, à la modalité « 8 », le terme « Autre » par le canton de domicile.

Nouvelles informations proposées

Il manque des informations concernant les réhospitalisations. On pourrait ajouter une question visant à déterminer si le patient a été traité dans un autre hôpital au cours des 30 derniers jours.

Les informations sur les cas de réadaptation figurant dans la statistique médicale actuelle comportent trop de lacunes pour la planification hospitalière des cantons. Un canton souhaite que les réadaptations soient davantage différenciées à l'avenir.

A des fins de mesure de la qualité, il faudrait saisir les complications de manière systématique (mortalité, réhospitalisations et réopérations [imprévues], taux d'infection, chutes, décubitus, perte de poids, autonomie, soins nécessaires à l'admission et à la sortie).

Il devrait être possible de ventiler statistiquement les cas entre les soins de base, la prise en charge centralisée, les cliniques spécialisées et, le cas échéant, les cliniques hautement spécialisées. Il faudrait à cet effet disposer d'informations suffisantes sur les compétences et les structures nécessaires à un traitement. On pourrait éventuellement réaliser un indicateur en combinant le diagnostic et le degré de gravité.

Commentaire de l'OFS : par manque de temps, il n'a pas été possible de discuter des points ci-dessus. Par ailleurs, on a volontairement renoncé à relever des informations supplémentaires, même si celles-ci auraient pu se révéler utiles.

3.6 Autres commentaires relatifs à la statistique médicale

Problèmes pour la saisie des nouveau-nés

Lorsqu'un bébé né hors de l'hôpital est admis dans celui-ci le jour même de sa naissance, il n'y a pas lieu de compléter une série de données supplémentaires, selon la définition de l'OFS. Plusieurs hôpitaux déplorent le fait que cette règle engendre des lacunes dans la saisie des nouveau-nés.

Comment saisir les nouveau-nés admis à l'hôpital parce qu'ils accompagnent leur mère (ré)hospitalisée et qu'il n'y a personne d'autre pour les prendre en charge ? Quelles données saisir dans ce cas pour le diagnostic et le traitement ?

Problèmes relatifs à la qualité des données

Il faudrait améliorer et renforcer le contrôle de la qualité des données. On pourrait ainsi procéder à des analyses transversales de la durée de tel ou tel traitement ou du nombre de traitements semi-hospitaliers.

Un représentant d'un canton estime que le principal point faible se situe dans les hôpitaux. Il faut souvent attendre longtemps avant que ceux-ci finissent par relever les données. Ils omettent ensuite d'effectuer les contrôles de plausibilité, ou ils les réalisent trop tard. Lorsque le canton décèle des erreurs et demande des corrections, il faut à nouveau attendre longtemps jusqu'à ce que celles-ci soient rectifiées. Les hôpitaux ont souvent de la peine à tenir leurs délais.

Le représentant d'un hôpital cantonal considère que les données des hôpitaux privés sont de moins bonne qualité que celles des hôpitaux publics. Les enregistrements livrés contiendraient de nombreuses erreurs et leur correction prendrait beaucoup de temps.

Contacts avec l'OFS

Un problème se pose au niveau du codage au moment du changement d'année. Dans le cas d'un patient qui séjournerait jusqu'au 28 décembre dans une division pour soins aigus et qui serait transféré dans un service de réadaptation à la mi-janvier par exemple, le cas n'est pas encore clos le 31 décembre. En d'autres termes, les codeurs qui doivent communiquer tous les cas à l'OFS à la fin de l'année ne peuvent pas encore coder le diagnostic et le traitement, car ils n'ont pas accès à ces informations. Les champs en question restent donc vides et MedPlaus imprime un avertissement. Un hôpital indique avoir dû se justifier à ce propos vis-à-vis de son canton, qui reçoit les mêmes informations, accompagnées des messages d'avertissement, et qui demande chaque fois des précisions. Un autre hôpital déplore une situation

identique avec l'OFS, qui semble ne pas vouloir reconnaître le problème et qui lui demande chaque année des compléments d'information sur ces cas.

Il faut toujours attendre très longtemps, souvent plus de six mois, pour que le bureau de codage de l'OFS réponde aux questions qui lui sont adressées. L'OFS devrait renforcer ce service.

Un hôpital qui estime effectuer son travail de collecte de données avec rigueur regrette ne pas obtenir en contrepartie de feed-back utile de la part de l'OFS. Il verrait dans un benchmark une incitation à poursuivre un travail de qualité.

Problèmes d'utilisation

Il s'écoule trop de temps avant que les données de l'OFS parviennent au canton. Celui-ci collecte les données des hôpitaux tous les trois mois et les remet à l'OFS jusqu'au mois de juin de l'année suivante. Il faut plus de six mois à ce dernier pour livrer au canton ses données définitives. Il s'écoule donc plus de deux ans entre janvier de l'année de saisie et la livraison des données définitives. Il faudrait raccourcir ce processus. Il est incompréhensible que l'OFS ait besoin d'un tel délai pour traiter des données qui ont déjà été contrôlées et plausibilisées.

L'un des hôpitaux interrogés considère lui aussi que les données de l'OFS lui parviennent trop tard. Les hôpitaux ont besoin de ces données essentiellement à des fins comparatives, et ces données doivent être suffisamment actuelles. Il propose en conséquence que l'OFS collecte les données en rythme semestriel ou trimestriel et qu'il les leur fasse ensuite parvenir plus rapidement.

La convivialité du système informatique mis en place par l'OFS sur Internet est insuffisante. L'utilisateur se perd rapidement dans le dédale des filtres installés.

Il devrait être à l'avenir possible d'identifier les personnes dans la statistique médicale et dans la statistique des hôpitaux.

Il faut absolument préserver la possibilité d'identifier les personnes, pour pouvoir suivre les parcours médicaux. Les analyses mettant en évidence l'évolution de certains traitements et leur dispersion devraient gagner en importance et en intérêt à l'avenir, aussi bien d'un point de vue épidémiologique que de celui de la facturation. Avec le système actuel, il est très difficile d'effectuer de telles analyses de parcours, même pour des collaborateurs chevronnés, qui doivent jongler entre les personnes et les cas de traitement.

Les définitions des cas de traitement ambulatoire, de traitement semi-hospitalier et de traitement hospitalier extra-muros devraient être appliquées de manière uniforme.

Utilisation des données à des fins de facturation ou à des fins épidémiologiques

Plusieurs partenaires jugent problématique le lien existant dans la statistique médicale entre données d'exploitation et données épidémiologiques. Les résultats varient en effet selon qu'on considère les données sous l'angle de la facturation ou sous celui de l'épidémiologie. Plusieurs hôpitaux craignent que les critères fixés pour la facturation n'affectent la valeur épidémiologique des données de la statistique médicale. Il est donc demandé à l'OFS de prendre des mesures énergiques pour garantir la possibilité de réaliser des analyses

épidémiologiques dans le futur. Plusieurs hôpitaux universitaires notamment déplorent que la révision actuelle ne porte pas également sur la dimension épidémiologique de la statistique médicale. L'une des critiques porte sur l'abandon des diagnostics non traités et sur le fait que la statistique médicale ne relève que les diagnostics posés par l'hôpital, qui ne suffisent pas à eux seuls à déterminer l'évolution des maladies en Suisse.

Commentaire de l'OFS à propos du point 3.6 : L'OFS remercie tous les participants pour ces commentaires constructifs. Il n'est pas toujours aisé d'entrer en matière sur toutes les demandes, suggestions et critiques formulées par les milieux participant à une statistique nationale. L'OFS fera de son mieux afin d'en tenir compte dans l'amélioration de la qualité et de la pertinence de la statistique.

4 Modifications définitives

Au terme de cette vaste procédure de consultation, l'OFS a soumis son projet à une dernière révision et arrêté les modifications définitives à apporter. Ce faisant, il a tenu compte autant que possible des questions et des remarques formulées dans les prises de position et les rencontres d'information.

Le calendrier révisé prévoit que tous les hôpitaux du réseau devront avoir introduit les modifications au 1^{er} janvier 2009. S'ils sont également encouragés à appliquer ce calendrier, les autres hôpitaux devront de leur côté avoir introduit les directives révisées au 1^{er} janvier 2010 au plus tard.

Les modifications à apporter concernent uniquement les cas de soins aigus. Les cliniques qui ne traitent que des cas psychiatriques ou de réadaptation peuvent pour l'heure continuer de saisir leurs données dans le format actuel.

Vous trouverez ci-dessous un résumé des modifications décidées. Le rapport détaillé de l'OFS, qui décrit dans les détails les modifications apportées, ainsi que la conception d'interface figurent sur le site Internet de l'OFS.*

4.1 Modifications à apporter

Voici quelles sont les variables obligatoirement introduites ou modifiées :

- Distinction du type de cas pendant un séjour
- Regroupement de cas lors de séjours répétés (insertion de champs provisoires ; SwissDRG doit encore élaborer une définition)
- Possibilité de saisir jusqu'à 50 diagnostics et 100 traitements
- Introduction de la classification des diagnostics CIM-10 GM : extension à 6 positions des champs de diagnostic (la CIM-10 GM ne comptant que 5 positions, la sixième position tient lieu de réserve)
- Introduction de la classification complétée des interventions CHOP : extension à 6 positions des champs d'intervention
- Côté(s) du corps faisant l'objet d'un traitement ou d'un diagnostic
- Activité de la tumeur
- Traitement en soins intensifs et heures de ventilation
- Poids à l'admission des nourrissons
- Traitement ambulatoire extra-muros
- Localisation de l'hôpital
- Date du traitement
- Périmètre crânien à la naissance

* http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/02.html

- Numéro du cas dans la statistique des données économiques par cas
- Champs de réserve

4.2 Demandes de modification rejetées pour l'heure

Les demandes de modification suivantes, formulées au cours de la consultation, n'ont pas été prises en compte pour l'heure et seront réexaminées à l'occasion d'une prochaine révision :

- Centres de prise en charge des coûts supplémentaires
- Motifs d'une admission extracantonale
- Médicaments et implants
- Séjour avant la réadmission (lors d'un regroupement de cas)

4.3 Questions en suspens et tâches à définir

Compte tenu du peu de temps à disposition et des négociations menées simultanément avec SwissDRG, il n'a pas été possible d'arrêter les modifications à apporter de manière définitive et exhaustive. Il reste donc à clarifier les points suivants ces prochains temps :

- **Distinction du type de cas pendant le séjour** : il reste à définir précisément la délimitation entre cas aigus et cas non aigus pour les patients en attente et pour les patients qui, après avoir subi des soins aigus, suivent une réadaptation dans le même hôpital ou sont transférés dans une division de soins de longue durée. L'OFS propose que SwissDRG établisse rapidement, en collaboration avec l'OFS et des spécialistes expérimentés, une liste de critères pour délimiter ces deux types de cas.
- **Regroupement de cas lors de séjours répétés** : un groupe de travail de SwissDRG a défini les informations supplémentaires à relever pour pouvoir identifier les cas à regrouper. Ces modifications n'ont pas encore été approuvées. Elles ne seront intégrées dans la statistique médicale que lorsque SwissDRG aura arrêté sa position définitive.
- **Traitement ambulatoire extra-muros** : les termes définis pour désigner les traitements ambulatoires effectués extra-muros sont même/autre aire hospitalière, même/autre établissement. Il va falloir préciser ces notions. L'OFS a entamé les réflexions à ce sujet, qui devraient aboutir à des résultats définitifs d'ici au printemps 2009.
- **Localisation de l'hôpital** : il est prévu que l'emplacement de l'hôpital traitant soit désormais déterminé au moyen du numéro postal d'acheminement. Cette solution n'est cependant pas satisfaisante dans tous les cas. L'OFS conduit des réflexions à ce sujet, dont les résultats sont également attendus pour le printemps 2009.

-
- **Médicaments et implants** : la proposition de saisir les médicaments et les implants au moyen d'une variable distincte n'a pas été retenue. Au lieu de cela, il est prévu d'adapter en conséquence la classification des interventions (CHOP).

5 Annexes

5.1 Institutions interrogées (personnes participant aux interviews)

CHUV - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (Véronique Koehn)

CHYC - Centre Hospitalier Yverdon-Chamblon (Dr Bertrand Vuilleumier)

GEF-BE - Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (Dr Thomas Spuhler)

GD-ZH - Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (Dr Constanze Hergeth)

Hôpital de la Tour, Meyrin (Hervé Imesch)

H+ - Hôpitaux de Suisse, Berne (Dr Bernhard Wegmüller)

HUG - Hôpitaux Universitaires de Genève (Dr François Borst)

ISB - Inselspital Bern (Dr Frank Laukhuf)

KSA - Kantonsspital Aarau (Dr Thomas Holler)

KSL - Kantonsspital Luzern (Dr Karl-Friedrich Hanselmann)

KSSH - Kantonsspital Schaffhausen (Jürg Rahm)

KSW - Kantonsspital Winterthur (Dr Martina Gantar)

OKS - Ostschweizer Kinderspital St. Gallen (Marco Fischer)

Ospedale Regionale di Lugano (Pierluigi Lurà)

Salem Spital Bern (Andreas Kohli)

DSSE-VS – Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie du canton du Valais (Yves Martignoni)

UHBS - Universitätsspital Basel (Markus Scherer)

USZ - Universitätsspital Zürich (Dr Alfred Bollinger)

5.2 Prises de position écrites à l'OFS

APDRG Suisse

COPIL - Comité de pilotage de la révision du codage dans les hôpitaux des cantons de Genève, Neuchâtel, Valais et Vaud.

CDS – Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé.

GD-ZH - Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, Finanzen und Tarife, Tarife und Statistik.

GEF-BE - Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, Generalsekretariat, Abteilung für wissenschaftliche Auswertung.

H+ Les hôpitaux de Suisse

INSELSPIRAL Universitätsspital Bern, Fachstelle Medizinische Statistik ProCod

LUSTAT STATISTIK LUZERN

Repubblica e Cantone Ticino, Dipartimento delle finanze e dell'economia, Divisione delle risorse, Ufficio Statistica, Unità delle statistiche sanitarie.

Statistisches Amt des Kantons Basel-Landschaft

5.3 Liste des modifications prévues (document pour les interviews)

Modifications obligatoires (indispensables)

- 1 Définition du cas : un cas est normalement délimité par le début et la fin du séjour hospitalier. Pour les transferts internes et les patients en attente (d'une place dans un service de réadaptation, de gériatrie), le cas sera à l'avenir subdivisé en un cas aigu et un cas non aigu, même si le patient continue d'occuper le même lit.
- 2 Champs supplémentaires : il sera possible de coder jusqu'à 50 diagnostics et 100 traitements.
- 3 Extension de la classification des diagnostics CIM-10 de 4 à 6 positions
- 4 Extension de la classification des interventions CHOP de 4 à 6 positions
- 5 Informations complémentaires pour chaque diagnostic et traitement (par ex. côté droit ou gauche, degré de gravité)
- 6 Heures de ventilation
- 7 Traitements complexes de médecine intensive
- 8 Champ supplémentaire : poids des nourrissons (âgés de moins de 28 jours) à l'admission

Modifications possibles (facultatives)

- 9 Désignation du lieu de traitement (intra- ou extra-muros)
- 10 Introduction d'une variable (par cas de traitement) : localisation de la clinique (NPA)
(alternative : abréviation de la clinique)?
- 11 Indication de la date de chaque traitement
- 12 Plusieurs centres de prise en charge des coûts par cas (représentation fidèle du séjour du patient)
- 13 Admission d'un patient d'un autre canton : distinction entre « indication médicale » et « décision du patient ».
- 14 Saisie des implants
- 15 Saisie des médicaments
- 16 Périmètre crânien des nouveau-nés

Questions pour chacune des modifications prévues :

- a. l'information est-elle disponible ?
- b. les informations sont-elles accessibles sans charge de travail excessive ?
- c. la modification informatique est-elle faisable entre mi-2008 et fin 2008 ?
- d. faudra-t-il prendre en compte d'autres problèmes ?

Question supplémentaire

- e. La statistique médicale pose-t-elle dans sa forme actuelle des problèmes qui mériteraient d'être examinés et, le cas échéant, résolus dans le cadre de la révision ?