



Rapport général sur la qualité des données DCSH 2018 et 2019

Destiné au

CHEM

HRS

CHdN

CHL

Luxembourg, le 8 avril 2022



Table des matières

1	Introduction	3
1.1	Point de départ.....	3
1.2	Objectifs	4
1.3	Périmètre des données	4
1.3.1	<i>Hôpitaux concernés</i>	<i>4</i>
1.3.2	<i>Type de séjour concerné</i>	<i>4</i>
1.3.3	<i>Type de procédure concernée.....</i>	<i>4</i>
1.3.4	<i>Référentiel</i>	<i>4</i>
1.4	Groupe de travail « Exploitation des données »	5
1.4.1	<i>Rôle.....</i>	<i>5</i>
1.4.2	<i>Composition.....</i>	<i>5</i>
2	Analyse de la qualité des données	6
2.1	Messages clefs des différentes analyses	6
2.2	Contrôles sur base de l'analyse de l'activité	7
2.2.1	<i>Exhaustivité des données.....</i>	<i>7</i>
2.2.2	<i>Comparaison des durées moyennes de séjour et benchmarking avec la Belgique</i>	<i>8</i>
2.2.3	<i>Données sur l'admission et sur la sortie du patient (séjours électifs).....</i>	<i>9</i>
2.2.4	<i>Analyse du Top 10 des Major Disease Category (MDC)</i>	<i>13</i>
2.2.5	<i>Analyse du Top 10 des Diagnosis-related groups (DRG)</i>	<i>14</i>
2.2.6	<i>Nombre de diagnostics secondaires et de procédures codées par hôpital</i>	<i>14</i>
2.2.7	<i>Distribution statistique des services hospitaliers assurant la prise en charge par hôpital.</i>	<i>17</i>
2.2.8	<i>Taux des POA (Present on Admission, Présent à l'admission) par hôpital</i>	<i>18</i>
2.2.9	<i>Distribution statistique des lieux de procédure par hôpital</i>	<i>18</i>
2.3	Contrôles sémantiques des données sur base de règles	19
2.4	Contrôles syntaxiques	20
3	Conclusions et recommandations	21
3.1	Evaluation globale de la qualité des données	21
3.2	Recommandations.....	21
4	Table des figures	23
5	Annexe - Autres observations.....	24
5.1	Les séjours programmés.....	24
5.2	Les séjours non-programmés	25



1 Introduction

1.1 Point de départ

Dans le cadre du projet de documentation et de classification des séjours hospitaliers (DCSH), la qualité des données doit être contrôlée de manière systématique. En effet, au vu des objectifs poursuivis par les différentes parties prenantes (Direction de la Santé, Caisse nationale de santé, Inspection générale de la sécurité sociale, Fédération des hôpitaux Luxembourg, AMMD, instituts de recherche...) il est essentiel que les données reflètent de manière précise les réalités de la pratique clinique et soient comparables entre elles.

Les Ministres de la Santé et de la Sécurité sociale ont donc mandaté la Direction de la santé (DiSa) pour la mise à disposition d'un portail sécurisé permettant le transfert des données DCSH pseudonymisées provenant des établissements hospitaliers et l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) pour la mise à disposition d'un environnement de type bureau virtuel permettant d'initier le développement à court terme d'un ensemble de tests analysant la qualité des données à traiter. L'ensemble des données concernées par ce traitement est constitué par un set de données complet défini et validé par la Commission consultative de la documentation hospitalière (CCDH) pour les années de référence 2018 et 2019.

Les mesures et procédures appliquées par l'IGSS depuis le lancement de la « Luxembourg Microdata Platform on Labour and Social Protection » en 2018 ont aussi été mises en œuvre dans le présent contexte pour mettre à la disposition de chaque partie prenante les microdonnées pseudonymisées qui lui sont utiles à l'initiation et au développement de tests de qualité sur ces données tout en agissant en conformité avec le GDPR.

Les données ont été mises à disposition sous forme pseudonymisée sur un bureau virtuel dont l'accès est régi par une vérification forte d'un système d'accès à distance sécurisé et développé en collaboration avec le Centre des technologies de l'information de l'État (CTIE).

La mise à disposition des données est couverte par une analyse d'impact relative à la protection des Données (AIPD).

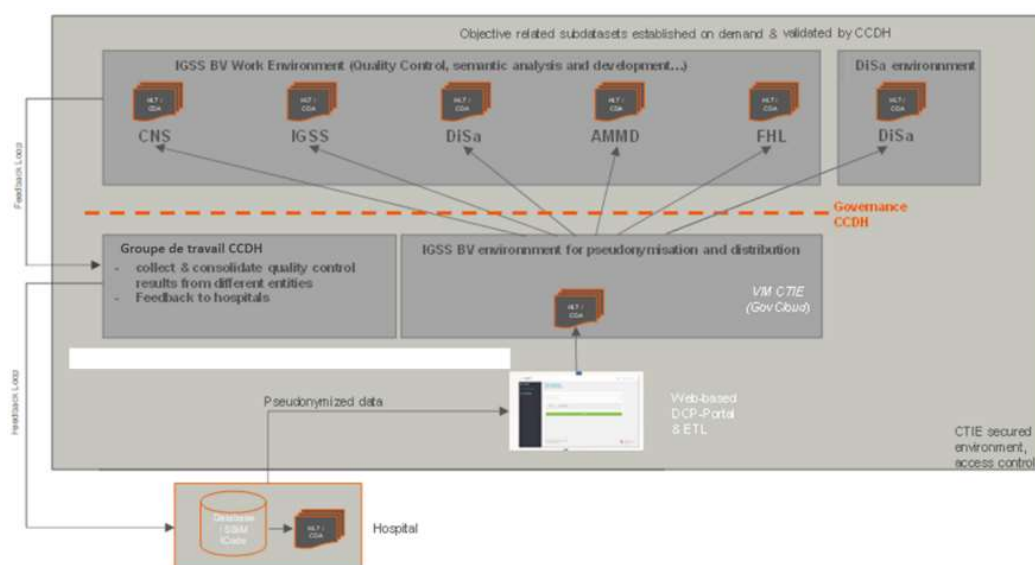


Figure 1 | Environnement qualité



1.2 Objectifs

L'objectif du présent document est de fournir aux membres de la Commission consultative de la documentation hospitalière (CCDH) un retour structuré sur la qualité des données DCSH des années 2018 et 2019. Il ne s'agit en aucun cas de comparer l'activité des hôpitaux en termes de performance mais de donner des recommandations quant à la qualité de la documentation et du codage des séjours hospitaliers.

1.3 Périmètre des données

1.3.1 Hôpitaux concernés

- CHdN Centre Hospitalier du Nord
- CHEM Centre Hospitalier Emile Mayrisch
- CHL Centre Hospitalier de Luxembourg
- HRS Hôpitaux Robert Schumann

1.3.2 Type de séjour concerné

Le codage des diagnostics et des procédures en ICD-10-CM et ICD-10-PCS ainsi que le groupage des séjours hospitaliers selon APR-DRG sont effectués pour tous les séjours hospitaliers stationnaires ainsi que pour les hospitalisations de jours. A noter que les séjours de psychiatrie et de rééducation étaient exclus du codage en 2018 et en 2019.

1.3.3 Type de procédure concernée

Toute procédure qui répond à au moins un des critères suivants fait partie intégrante des données :

- La procédure est de nature chirurgicale
- La procédure comporte un risque anesthésique
- La procédure comporte un risque lié à la procédure elle-même
- La procédure requiert une formation spécialisée

1.3.4 Référentiel

Les données DCSH 2018 et 2019 ont été codées par rapport au référentiels suivants :

- Le catalogue ICD-10-CM (version 2019) pour les diagnostics
- Le catalogue ICD-10-PCS (version 2019) pour les procédures
- La version 2018 des modalités de codage pour les données de 2018
- La version 2019 des modalités de codage pour les données de 2019
- La version 2017 (v.2.3) du manuel de codage ICD-10-BE



1.4 Groupe de travail « Exploitation des données »

1.4.1 Rôle

Pour l'élaboration du présent rapport un groupe de travail « exploitation des données » a été mis en place par la commission consultative de la documentation hospitalière (CCDH). Ce groupe de travail est chargé de coordonner, d'effectuer et de résumer les analyses de qualité sur les données en question ainsi que de formuler des recommandations quant à l'amélioration future de la qualité des données.

1.4.2 Composition

Le groupe de travail « Exploitation des données » est composé des membres suivants :

Dr. Nicole M'Bengo	Direction de la Santé
Gordon Gudendorf	Direction de la Santé
Eva Hansen	Direction de la Santé
Vanessa Di Bartolomeo	Inspection générale de la sécurité sociale
Katharina Rausch	Inspection générale de la sécurité sociale
Carole Franck	Inspection générale de la Sécurité sociale
Olivier Wolf	Caisse nationale de santé
François Muller	Muller Healthcare Consulting

Le comité a effectué les analyses faisant partie intégrante du présent document et établi les conclusions et recommandations destinées à la CCDH.



2 Analyse de la qualité des données

2.1 Messages clés des différentes analyses

- Les hospitalisations stationnaires sont codées de manière exhaustive si l'on compare le nombre de séjours codés par rapport aux nombres de séjours totaux tels que rapportés par les hôpitaux. Pour les hospitalisations de jour médicales, des différences dans le périmètre de codage ont été constatées ce qui, en absence d'une définition concrète de l'hospitalisation de jour, rend un contrôle d'exhaustivité impossible. Le niveau d'exhaustivité s'est amélioré entre 2018 et 2019.
- L'analyse / la comparaison des durées moyennes de séjour ainsi que des niveaux de sévérité avec les valeurs Belges laisse conclure que le codage des diagnostics est cohérent au Luxembourg avec une légère tendance à un sous-codage des diagnostics associés.
- Concernant le mode d'admission, la proportion d'hospitalisations programmées varie d'un hôpital à l'autre. Dans la grande majorité des cas, lorsqu'un séjour est enregistré comme « programmé », le patient n'est pas passé par le service d'urgence, ce qui montre une certaine cohérence des données.
- La provenance du patient est souvent inconnue ou codée comme « autre » et certaines improbabilités ont pu être constatées. Entre 2018 et 2019, le codage de cette donnée s'est pourtant amélioré. Il en est de même pour les autres données sur l'admission et sur les sorties telles que la modalité d'entrée, le mode d'adressage ou encore la modalité de sortie qui sont codées de manière hétérogène.
- L'analyse des « Major Disease Category » montre à la fois une certaine homogénéité entre les années 2018 et 2019 et entre les hôpitaux.
- L'analyse des DRGs montre que le nombre de DRGs inconnus a fortement diminué de 2018 à 2019, ce qui s'explique notamment par un codage de diagnostic principal plus exhaustif.
- Les hôpitaux luxembourgeois codent en moyenne légèrement moins de diagnostics secondaires par séjour hospitalier que les hôpitaux dans des pays comparables. Ceci n'est pas surprenant, étant donné que dans une majorité des pays, le codage des diagnostics a un impact direct sur le financement des hôpitaux. Le nombre de procédures codées quant à lui, est comparable aux hôpitaux étrangers.
- Les services hospitaliers tels que définis dans la loi hospitalière du 8 mars 2018 et autorisées par la Commission permanente hospitalière (CPH) ne sont pas reflétés de manière adéquate dans les systèmes de codage des hôpitaux.
- Pour le codage de la notion de « Present on Admission », il y a une certaine cohérence entre les hôpitaux.
- La majorité des contrôles appliqués ne relèvent qu'un nombre négligeable d'erreurs de codage et témoignent d'une certaine cohérence.
- Près de 3'000 séjours comprennent un passage aux urgences dépassant les 24 heures ce qui est peu probable et témoigne d'une certaine incohérence dans le codage des services.

2.2 Contrôles sur base de l'analyse de l'activité

Le recours à des analyses de l'activité permet de déduire des conclusions par rapport à la qualité du codage. Si ce chapitre s'intéresse par exemple aux durées moyennes de séjour, il n'y a pas lieu d'en déduire des conclusions par rapport aux durées de séjours elles-mêmes, mais plutôt de repérer des improbabilités (omission de codage de diagnostics secondaires) ou différences dans la pratique de codage.

2.2.1 Exhaustivité des données

En 2019, 172'816 séjours hospitaliers ont été codés, ce qui représente une augmentation de 24,8% par rapport à l'année 2018. Les principales causes de cette augmentation sont l'extension du périmètre de la DCSH sur l'hospitalisation de jour ainsi que l'augmentation générale du niveau d'exhaustivité du codage.

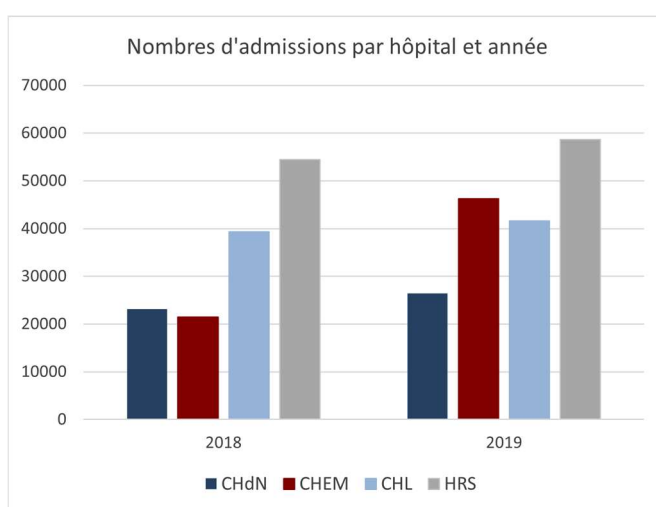


Figure 2 | Nombres d'admissions par hôpital et année
Nombres d'admissions par hôpital et année (2018/ 2019)

Les hospitalisations de jour n'étaient pas codées au CHEM en 2018 ce qui explique en partie le quasi-dédoublage du nombre de séjours codés. Généralement, les hospitalisations stationnaires sont codées de manière exhaustive, si l'on compare le nombre de séjours codés par rapport aux nombres de séjours totaux tels que rapportés par les hôpitaux par le biais des dashboards DCSH. Pour les hospitalisations de jour, des différences dans le périmètre de codage ont été constatées entre les hôpitaux, ce qui se manifeste principalement parmi les hospitalisations de jour médicales. Tant que ces incohérences continuent à exister, il est donc difficile d'évaluer le niveau d'exhaustivité des hospitalisations de jour.

2.2.2 Comparaison des durées moyennes de séjour et benchmarking avec la Belgique

Les données sur les durées moyennes de séjour peuvent être utilisées afin d'évaluer la pertinence du codage. Si par exemple une durée de séjour était « anormalement » élevée pour un DRG donné, l'omission du codage des diagnostics secondaires pourrait être soupçonnée.

En raison du niveau élevé de comparabilité, il a été fait recours aux DRGs suivants pour la comparaison entre le Luxembourg et la Belgique :

- Remplacement de l'articulation de la hanche (DRG 301)
- Accouchement par césarienne (DRG 540)

D'abord, il y a lieu de comparer la distribution statistique de ces DRGs par niveau de sévérité :

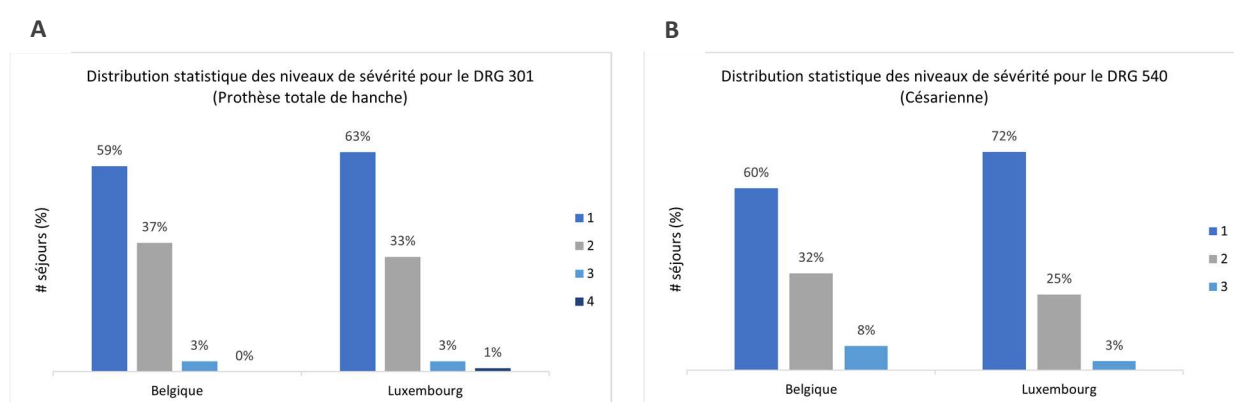


Figure 3 | Distributions statistiques des niveaux de sévérité pour le DRG 301 (A) et le DRG 540 (B)

Distributions statistiques des niveaux de sévérité pour la prothèse totale de hanche (DRG 301) et la césarienne (DRG 540). Le degré de de gravité est défini comme suit : 1 = faible / 2 = modéré / 3 = élevé / 4 = extrême

La distribution des niveaux de sévérité ne varie que légèrement entre la Belgique et le Luxembourg et les données semblent donc à priori probables. Le fait que la Belgique dispose de plus de séjours en sévérité 2 et 3 pour les DRGs 301 et 540 suggère que les diagnostics associés soient codés de manière moins exhaustive au Luxembourg qu'en Belgique. Vu qu'en Belgique le budget des moyens financiers (BMF) des hôpitaux est en lien direct avec le codage, ceci ne surprend pas. A noter que le Luxembourg utilise les mêmes règles de codage que la Belgique.

La comparaison de la durée moyenne des séjours à niveau de sévérité faible (1) de patients en dessous de 75 ans, permet de constater que :

- La durée moyenne de séjour pour un remplacement de l'articulation de la hanche (DRG 301) est de 6,25 jours au Luxembourg, contre 4,45 jours en Belgique (année 2019).
- La durée moyenne de séjour pour un accouchement par césarienne au Luxembourg est comparable à la durée moyenne de séjour pour un accouchement par césarienne en Belgique (4,74 jours au Luxembourg, contre 4,97 jours en Belgique).

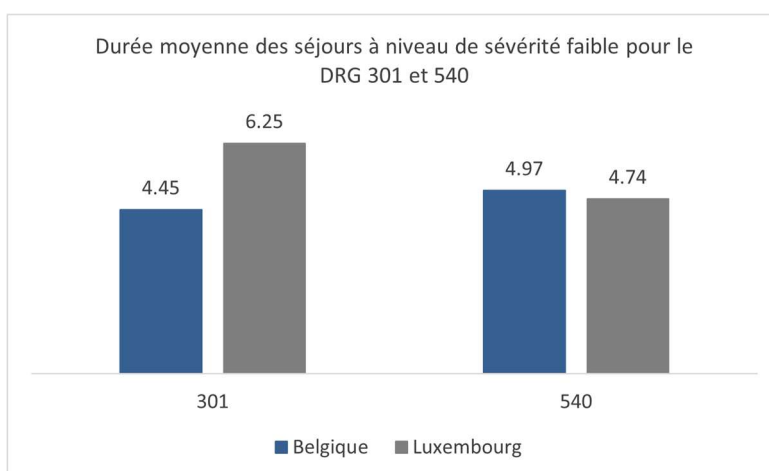


Figure 4 | Durée moyenne des séjours à niveau de sévérité faible
Comparaison des durées moyennes de séjour des séjours à niveau de sévérité faible pour le DRG 301 (prothèse totale de hanche) et DRG 540 (Césarienne) entre la Belgique et le Luxembourg.

A priori, la différence constatée pour le DRG 301 peut soulever des questions sur la pertinence des données. La comparaison des durées moyennes de séjour rapportées à l'OECD, qui indiquent 7,4 jours pour le Luxembourg et 6,5 jours pour la Belgique¹, permet de constater que l'écart semble justifié. L'analyse des durées moyennes de séjour ainsi que des niveaux de sévérité indique donc une certaine cohérence.

2.2.3 Données sur l'admission et sur la sortie du patient (séjours électifs)

a) Mode d'admission :

La proportion d'hospitalisations programmées varie entre les quatre hôpitaux. Alors que dans deux hôpitaux, environ deux tiers des séjours sont programmés, la proportion des séjours programmés aux HRS est nettement supérieure aux autres avec 80% et la proportion respective dans le CHEM est largement inférieure avec 30%. Cette observation concerne les deux années analysées. Les divergences dans les activités des hôpitaux ne laissent pourtant pas expliquer de telles différences et il y a donc lieu de préciser davantage la définition de la notion « programmé / non programmé » voire d'augmenter la qualité de codage de cette variable. En revanche, lorsqu'un séjour est enregistré comme « programmé », le patient n'est pas passé par le service d'urgence dans la grande majorité des cas, ce qui montre une certaine cohérence.

b) Provenance du patient

La grande majorité des patients vient de leur domicile et assimilable (56% en 2018 et 74% en 2019). La provenance du patient est inconnue dans un quart des cas (2018 et 2019) avec une tendance décroissante. Malgré une certaine imprécision, le codage de la provenance du patient est en train de s'améliorer.

¹ <https://data.oecd.org/healthcare/length-of-hospital-stay.htm>

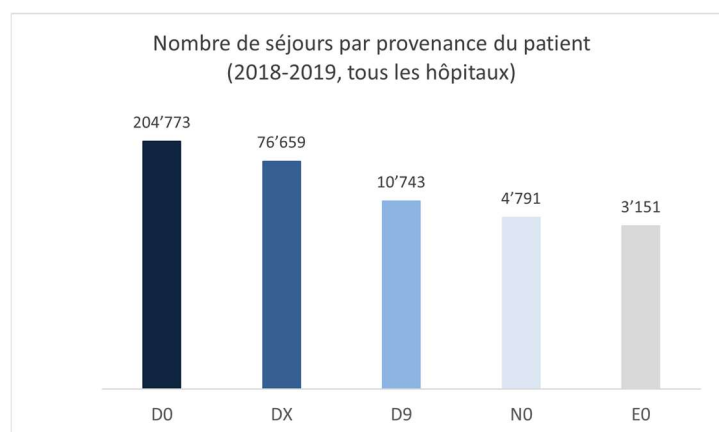


Figure 5 | Nombre de séjours par provenance du patient

Nombre de séjours par provenance du patient en 2018 et 2019 cumulés pour tous les hôpitaux. Les cinq provenances les plus fréquentes ont été prises en compte. D0 = domicile et assimilable / DX = non connu / D9 = autre / N0 = nouveau-né à l'hôpital / E0 = CIPA, maison de soins, autres institutions de long séjour.

Parmi les 17 codes qui figurent dans la liste correspondante des modalités de codage, l'utilisation effective des codes varie d'un hôpital à l'autre.

Les codes « D1 - Voie publique », « D3 - Lieu de travail » et « D5 - Autre lieu accessible au public » sont surtout utilisés par deux hôpitaux (CHEM, HRS), ce qui représente environ 1'500 cas sur la période analysée allant de 2018 et 2019. Les codes « D2 - Lieu dédié au sport » et « D4 - Structure scolaire ou d'enseignement » sont utilisés par un seul hôpital (HRS, environ 50 cas par code). Le code « D9 – Autre », quant à lui, est utilisé par tous les hôpitaux (3,5% de tous les cas), allant de 0,03% (CHEM) à 1,70% (HRS) en 2019.

En 2019, 47% de l'ensemble des séjours du CHL ont une provenance inconnue (« DX ») tandis que 98% des patients du CHdN proviennent de leur domicile (2018 ainsi que 2019).

Seuls le CHL et les HRS indiquent la provenance « N0 - Nouveau-né, né à l'hôpital ». Ce code est utilisé 3'321 fois au CHL pour 2019. S'y ajoutent 7 séjours avec le code « N1 - Nouveau-né, né hors de l'hôpital ». Cependant, la somme des séjours avec les provenances N0 et N1 dépasse le nombre de nouveau-nés communiqué par le CHL pour cette année (3'028). Aux HRS, par contre, le nombre de séjours avec la provenance N0 s'élève à 2'349 pour 2019, ce qui est inférieur au nombre d'enfants nés à la Clinique Bohler.

Par rapport aux autres hôpitaux, le CHL et le CHdN affichent un nombre faible d'admissions de patients ayant comme provenance « CIPA » (12 respectivement 32 séjours en 2019). Le CHEM par contre, enregistre 995 admissions avec cette provenance en 2019 (1,5% des cas) et les HRS comptent 592 séjours (0,5% des cas).

Entre 0,24% (CHdN) et 1,1% (HRS) des séjours ont un des codes correspondant aux transferts (H0 - H4) comme provenance du patient. Dans ce cas de figure, l'hôpital d'origine doit également être indiqué. Cependant, cette variable n'est jamais renseignée pour le CHEM. De plus, bien que les modalités de codage ne prévoient pas la valeur « DX – Non connu » pour cette variable, celle-ci est utilisée par tous les hôpitaux et en particulier les HRS dépassent les autres hôpitaux à ce niveau avec 54% des transferts provenant d'un hôpital inconnu.

c) Modalité d'entrée

La comparaison de l'utilisation du code « Né à l'hôpital » entre les hôpitaux met en évidence que le codage n'est pas homogène : aux HRS, 97% des naissances sont codées comme séjour programmé tandis qu'au CHL, 98% des naissances sont considérées comme séjours non-programmés. Le CHdN se retrouve entre les deux avec 57% des naissances classées en programmé. Le CHEM ne renseigne pas l'information « Né à l'hôpital ».

Une incohérence entre le nombre de séjours avec une modalité d'entrée « NN – Né à l'hôpital » et le nombre de séjours avec une provenance du patient « N0 - Nouveau-né, né à l'hôpital » peut être observée pour tous les hôpitaux.

Alors que le CHdN indique pour 70% des séjours « AT – Autre » comme modalité d'entrée, ce chiffre est très faible pour le CHEM et les HRS (moins que 7%) et le CHL n'utilise pas cette valeur. En ce qui concerne les séjours pour lesquels la provenance du patient est « E0 » (CIPA etc.), un certain nombre des patients du CHEM et des HRS retourne à la maison.

Une analyse détaillée de l'encodage de la modalité d'entrée d'un patient provenant d'une prison met en évidence qu'il est souvent renvoyé chez lui ou sort contre avis médical après son séjour hospitalier. A l'inverse, parmi les 308 patients pour lesquels « Prison » a été indiquée comme modalité de sortie en 2019, la provenance est inconnue pour 90% des patients, pour 6% la provenance « domicile » est indiquée et pour seulement 0,3% la provenance « prison ».

En 2019, 77 patients ayant la provenance « Nouveau-né » ont comme modalité de sortie « Décédé ».

d) Mode d'adressage

A côté des incohérences déjà abordées (cf. par exemple mode d'admission), une application incohérente des modes d'adressages « XX - Non applicable » et « MX – Autre » s'observe. En 2019, la valeur « XX » est utilisée dans 71% des séjours du CHdN, tandis que les HRS utilisent la valeur « MX » dans 70% des cas. Pour 6% des séjours du CHdN et du CHL, le mode d'adressage n'est pas indiqué.

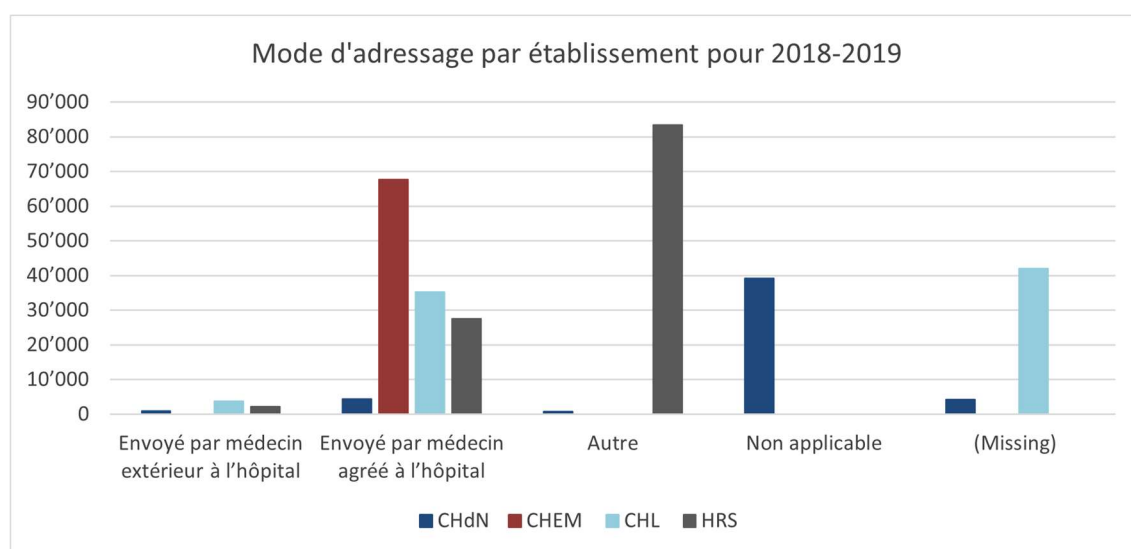


Figure 6 | Mode d'adressage par établissement
Mode d'adressage par établissement en 2018 et 2019 confondus.



e) Passage par le service d'urgence

Indépendamment du mode d'admission analysé, la proportion des patients passant par un service d'urgence varie d'une année et d'un hôpital à l'autre. Ainsi, sur toute la période analysée, aucun patient des HRS ne passe par le service d'urgence. Comparée aux autres hôpitaux, la proportion des passages par le service d'urgence est également très faible au CHL avec 5% du total des passages (0% en 2018 et 9% en 2019). Environ 20% des patients passent par un service d'urgence dans les deux autres hôpitaux en 2019.

f) Modalité de sortie

La plupart des observations relatives à l'encodage de la modalité de sortie est déjà décrite sous la rubrique « Provenance du patient ». Néanmoins, 41% des patients du CHdN (2018 et 2019) ont comme modalité de sortie « SP domicile » ou « SP hôpital », chiffre supérieur à la moyenne de tous les hôpitaux de 7%.

2.2.4 Analyse du Top 10 des Major Disease Category (MDC)

En considérant les Major Disease Categories (MDC) de tous les hôpitaux pour tous les types de séjour et toutes les hospitalisations documentées des deux années analysées, le Top 3 reste le même d'une année à l'autre. La plupart des hospitalisations est classée dans la catégorie « 8 - Diseases and Disorders of the Musculoskeletal System And Connective Tissue », suivie de la catégorie « 6 - Diseases and Disorders of the Digestive System » et de la catégorie « 23 - Factors Influencing Health Status and Other Contacts with Health Services ».

L'analyse du Top 10 des MDC montre des changements d'une année à l'autre dans les catégories « 9 - Diseases and Disorders of the Skin, Subcutaneous Tissue And Breast » et « 17 - Myeloproliferative DDs (Poorly Differentiated Neoplasms) ». La première n'est pas représentée dans le Top 10 en 2018 et occupe la 8e place en 2019. La deuxième en revanche, passe de la 7e place en 2018 à la 4e place en 2019. La catégorie « 0 – Inconnu » occupe la 10e place en 2018 en raison des diagnostics principaux non codés, mais disparaît du classement en 2019 permettant de conclure à une amélioration de l'exhaustivité du codage.

Même si, en général, le classement varie selon le type de séjour, la catégorie « 8 - Diseases and Disorders of the Musculoskeletal System And Connective Tissue » occupe la première place du classement au niveau des séjours ambulatoires et des séjours stationnaires. Dans le cas des séjours ambulatoires, les catégories « 23 - Factors Influencing Health Status and Other Contacts with Health Services », « 6 - Diseases and Disorders of the Digestive System » et « 2 - Diseases and Disorders of the Ear, Nose, Mouth And Throat » sont également présentes dans le Top 10. La catégorie « 4 - Diseases and Disorders of the Respiratory System » n'apparaît toutefois pas dans le Top 10 des séjours ambulatoires. Pour les séjours stationnaires, les catégories « 14 - Pregnancy, Childbirth And Puerperium » et « 15 - Newborn And Other Neonates (Perinatal Period) » jouent un rôle majeur (16% de tous les séjours hospitaliers stationnaires et 22% des séjours du Top 10). Les catégories « 17 - Myeloproliferative DDs (Poorly Differentiated Neoplasms) » et « 23 - Factors Influencing Health Status and Other Contacts with Health Services » ne sont pas représentées dans le Top 10 des séjours hospitaliers stationnaires en 2018, mais se retrouvent en 2e respectivement en 7e position du Top 10 en 2019.

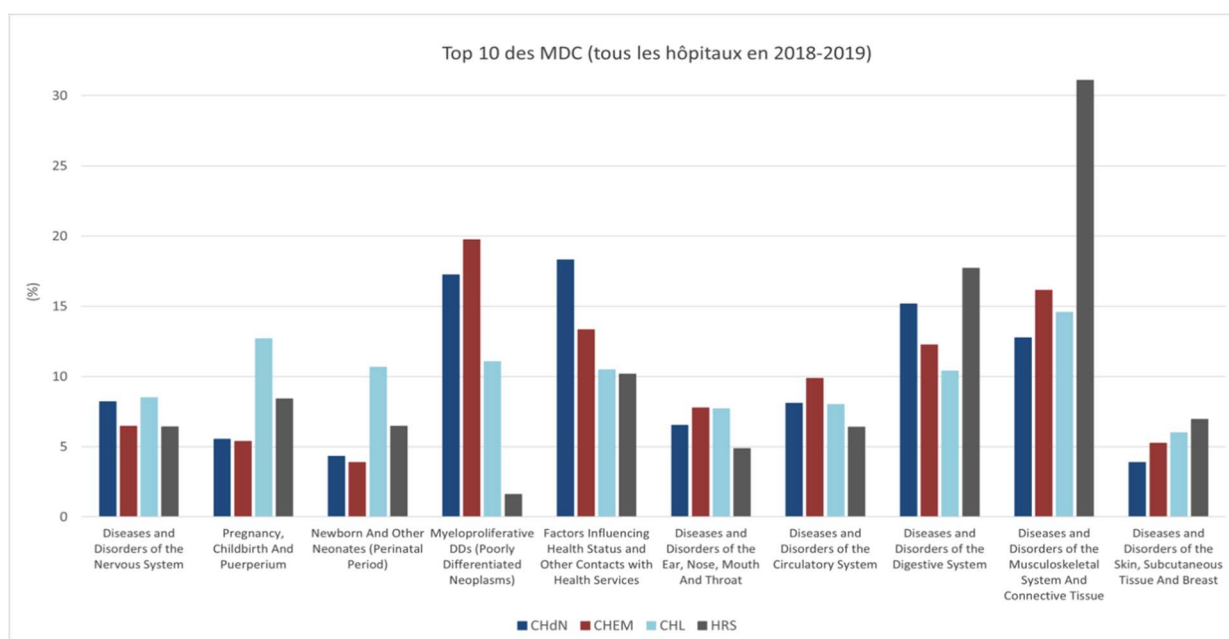


Figure 7 | Top 10 des MDC

Top 10 des MDC pour tous les hôpitaux et toutes les années confondus.

2.2.5 Analyse du Top 10 des Diagnosis-related groups (DRG)

Le Top 10 des Diagnosis-related groups (DRG) se reflète sur le Top 10 des MDC. L'analyse du Top 10 des DRG pour tous les établissements hospitaliers et tous les types de séjours met en évidence une variation conséquente dans la composition du Top 10 des DRG d'une année à l'autre qui fait preuve d'une amélioration du codage. En effet, alors qu'en 2018, le DRG « INC – DRG inconnu » figure en première place du Top 10, il est remplacé par le DRG « 696 – Other Chemotherapy » (place 4 en 2018) et ne se retrouve plus dans les Top 10 en 2019. Ceci s'explique par un codage plus exhaustif des diagnostics principaux. Le nombre de séjours enregistrés sous le DRG « 861 – Signs, symptoms & other factors influencing health status » a plus que doublé entre 2018 et 2019 et passe de la 5e place à la 2e place du Top 10 des DRG en 2019.

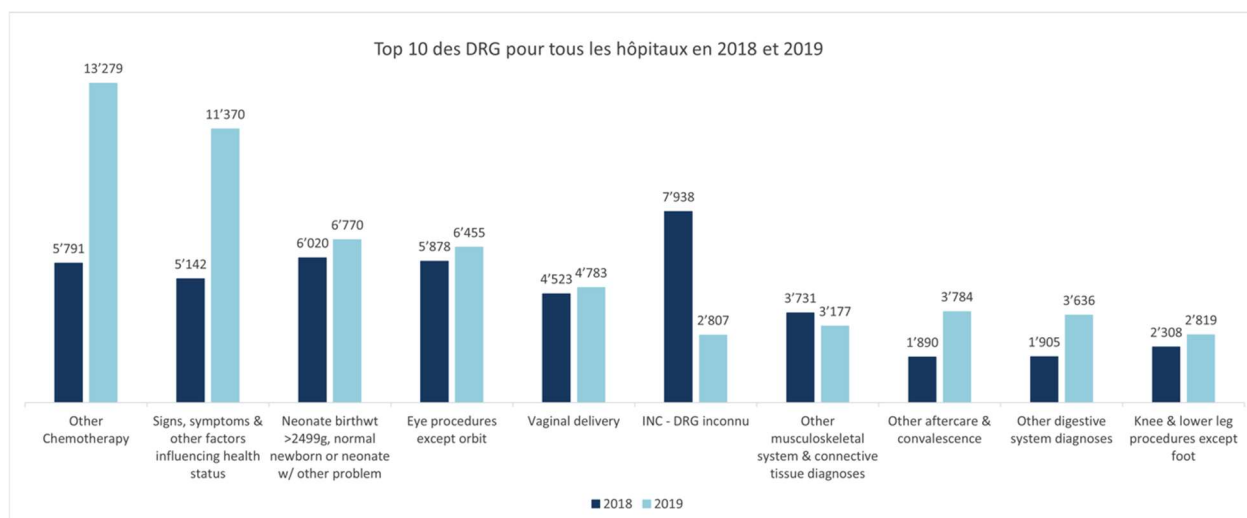


Figure 8 | Top 10 DRG pour tous les établissements hospitaliers

Top 10 DRG pour tous les hôpitaux et types de prise en charge en 2018 et 2019

2.2.6 Nombre de procédures et de diagnostics secondaires codés par hôpital

Pour tous les séjours hospitaliers, quel que soit leur type de séjour et l'année de la fin de l'hospitalisation, le nombre de procédures codées varie fortement d'un hôpital à l'autre et, dans certains cas, au sein de l'hôpital. En éliminant les valeurs aberrantes, la médiane pour tous les hôpitaux est de 1 procédure codée par séjour hospitalier. La moyenne varie entre 1,1 procédures par séjour pour les HRS et 1,7 procédures par séjour pour le CHEM. Au CHEM et au CHL, la variation au sein de l'hôpital est la plus importante.

L'analyse des diagnostics secondaires codés montre que la variation d'une année à l'autre au sein d'un hôpital est la plus considérable au CHdN et au CHL. La moyenne des diagnostics secondaires codés par séjour varie entre les hôpitaux: avec une moyenne de 5,1 diagnostics secondaires codés par séjour, le CHdN présente le nombre le plus élevé tandis que les HRS se retrouvent en dernière position avec 1,6 diagnostics secondaires codés en moyenne. La médiane varie également entre 1 diagnostic secondaire par séjour aux HRS et 4 diagnostics secondaires par séjour au CHdN.

Par rapport à la Suisse, qui code en moyenne 3,1 diagnostics par séjour (diagnostic principal inclus, moyenne en 2018 et 2019), et l'Allemagne, qui code en moyenne 3,6 diagnostics par séjour, les hôpitaux luxembourgeois codent en général légèrement moins de diagnostics.² En Suisse et en Allemagne, le codage des diagnostics a un impact direct sur le financement des hôpitaux.

Au Luxembourg, le nombre moyen de procédures codées varie entre 1,1 procédures par séjour pour les HRS et 1,7 procédures par séjour pour le CHEM. La comparaison avec la Suisse, qui code en moyenne 1,2 procédures par séjour, et l'Allemagne, qui code en moyenne 0,9 procédures par séjour, permet de conclure que l'exhaustivité du codage des procédures au Luxembourg est comparable à celle de la Suisse et de l'Allemagne.³

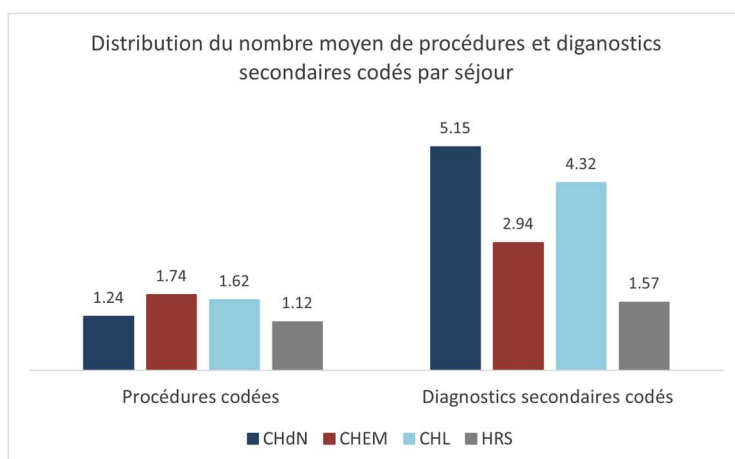


Figure 9 | Distribution du nombre moyen de procédures et de diagnostics secondaires codés par séjour

Distribution du nombre moyen de procédures et de diagnostics secondaires codés par séjour et par établissement hospitalier en 2018 et 2019 cumulés.

Distribution du nombre de procédures et diagnostics secondaires codés par séjour et par établissement hospitalier en 2018 et 2019 cumulés.

Dans la suite, une analyse plus détaillée du nombre moyen de diagnostics secondaires et de procédures codés par DRG est réalisée pour le TOP 5 des DRGs en milieu stationnaire.⁴

1. DRG 640 - Neonate birthwt > 2499g normal newborn or neonate w other problem

En moyenne, 0,1 procédures et 0,6 diagnostics secondaires sont codés. Ces chiffres sont similaires dans tous les hôpitaux. La moyenne des procédures codées varie entre 0,0 au CHdN et 0,2 au CHEM et la moyenne des diagnostics secondaires codés entre 0,4 aux HRS et 0,9 au CHEM. La variation au sein des hôpitaux est également très faible. Ce résultat peut être lié au DRG analysé.

2. DRG 560 - Vaginal delivery

En moyenne, 2,4 procédures sont codées pour les séjours du DRG 560, variant entre 1,7 procédures par séjour aux HRS à 3,2 procédures par séjour au CHEM. Le nombre moyen de diagnostics secondaires codés pour ce DRG s'élève à 3,5, avec des valeurs entre 2,7 pour les HRS et 4,1 pour le CHdN.

² DRG-Statistik 2019, Statistisches Bundesamt

³ DRG-Statistik 2016, Statistisches Bundesamt

⁴ Le Top 5 de tous les séjours ne reflète pas le Top 5 des différents hôpitaux considérés individuellement.

3. DRG 696 - Other chemotherapy

Pour le DRG 696, le nombre moyen de procédures codées est de 1,2, s'étendant entre 1 procédure en moyenne au CHEM et 2,2 procédures en moyenne au CHdN et au CHL. Les différences dans le nombre de diagnostics secondaires codés varient entre 2,7 en moyenne aux HRS et 6,6 en moyenne au CHdN.

4. DRG 861 - Signs, symptoms & other factors influencing health status

La moyenne du nombre de procédures codées varie entre 0,4 au CHEM et 0,9 au CHL. La moyenne de tous les séjours stationnaires pour ce DRG est de 0,5 procédure par séjour. Concernant la moyenne des diagnostics secondaires codés, la variation observée est plus grande (entre 4,1 et 7,5 diagnostics secondaires codés). La variation au sein des hôpitaux est également importante.

5. DRG 540 - Cesarean delivery

Le nombre moyen de procédures codées pour l'ensemble des séjours est de 1,6 procédures par séjour pour les césariennes. Un hôpital (CHEM) est bien au-dessus de la moyenne avec une moyenne de 2,5 procédures codées, tandis que le HRS code le moins de procédures avec une moyenne de 1,1. Le nombre de diagnostics secondaires codés varie entre 2,9 aux HRS et 4,9 au CHdN.

Même si le profil des patients traités varie d'un hôpital à l'autre, cette analyse sur le nombre moyen de diagnostics secondaires et de procédures codés à l'aide du TOP 5 du DRG en milieu stationnaire permet d'identifier des tendances dans les exemples examinés, notamment en ce qui concerne le codage des diagnostics secondaires. En effet, le CHL et le CHdN se situent toujours au-dessus de la moyenne des diagnostics secondaires codés, tandis que les HRS figurent en dessous pour tous les DRG à l'exception du DRG 861.

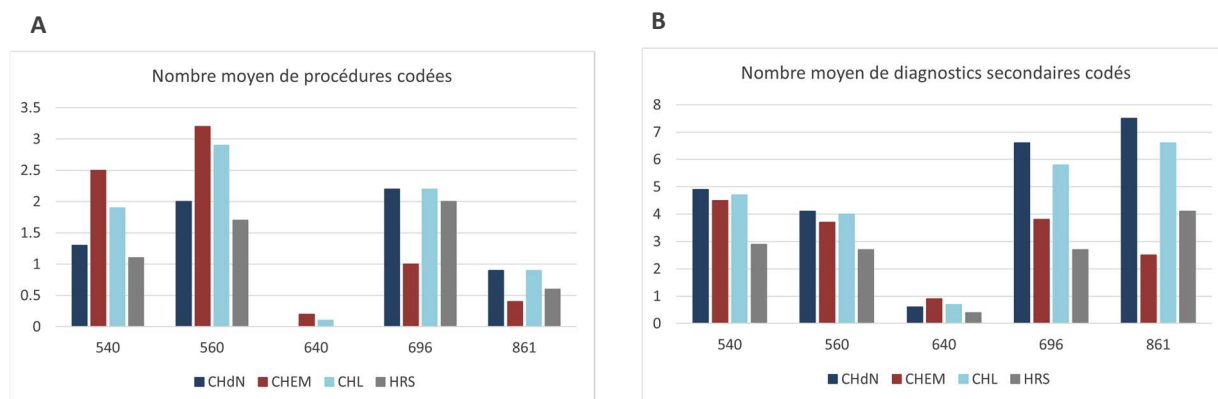


Figure 10 | Nombre moyen de procédures (A) et de diagnostics secondaires (B) codés

Nombre moyen de procédures et de diagnostics secondaires codés par établissement hospitalier pour le top 5 des DRG (540 – Cesarean delivery/ 560 - Vaginal delivery/ 640 – Neonate birthwt >2499g normal newborn or neonate w other problem/ 696 – Other chemotherapy/ 861 – Signs, symptoms & other influencing health status) en 2018 et 2019 confondus

2.2.7 Distribution statistique des services hospitaliers assurant la prise en charge par hôpital

Pour analyser la distribution statistique des services hospitaliers assurant la prise en charge par l'hôpital, l'analyse se base sur le TOP 5 des services par hôpital ayant assuré la prise en charge sur la période allant de 2018 à 2019. Pour un hôpital (HRS), aucune distinction n'a été faite entre les services, tous les traitements ont été codés sous un service (MINT Médecine interne Générale). Le service MONC (Oncologie) était le plus codé dans deux hôpitaux, d'autres parallèles entre ces deux hôpitaux existent pour le service CVIS (chirurgie viscérale), qui est le troisième service le plus utilisé dans les deux cas. Une grande partie des prises en charge codées dans trois hôpitaux (tous sauf HRS) représentent moins de 5% par service individuel.

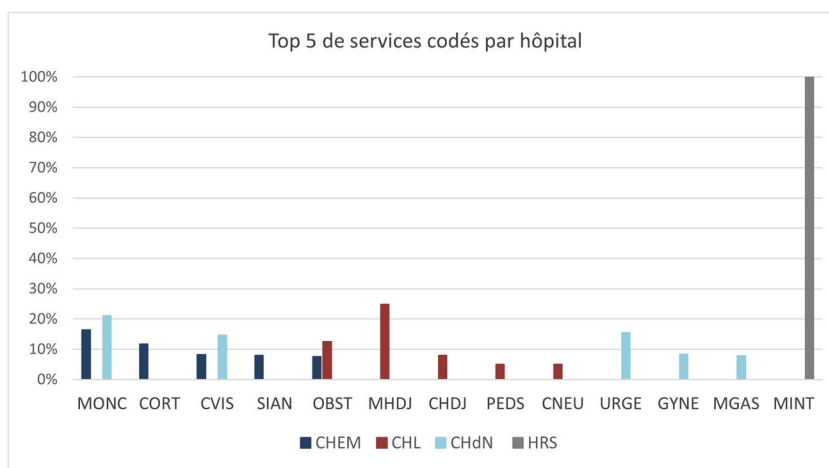


Figure 11 | Top 5 des services codés par hôpital en 2018 et 2019 cumulés

MONC = Oncologie, CORT = Orthopédie, CVIS = Chirurgie viscérale, SIAN = Soins intensifs et anesthésie, OBST = Obstétrique, MHDJ = Hospitalisation de jour non chirurgicale, CHDJ = Hospitalisation de jour chirurgicale, PEDS = Pédiatrie spécialisée, CNEU = Neurochirurgie, URGE = Urgence, GYNE = Gynécologie, MGAS = Gastroentérologie, MINT = Médecine interne Générale

Chaque hôpital présente une organisation différente et par conséquent, l'attribution des services dans lesquels les patients sont hospitalisés varie d'un établissement à l'autre.

Les différences de codage ne peuvent cependant pas s'expliquer uniquement par les différences d'organisation entre les hôpitaux. Les services hospitaliers tels que définis dans la loi hospitalière du 8 mars 2018 et autorisées par Commission permanente hospitalière (CPH) ne sont pas reflétés de manière adéquate dans les systèmes de codage des hôpitaux.



2.2.8 Taux des POA (Present on Admission, Présent à l'admission) par hôpital

La notion de présent à l'admission qualifie chaque diagnostic en précisant si le diagnostic était présent ou non au moment de l'admission du patient.

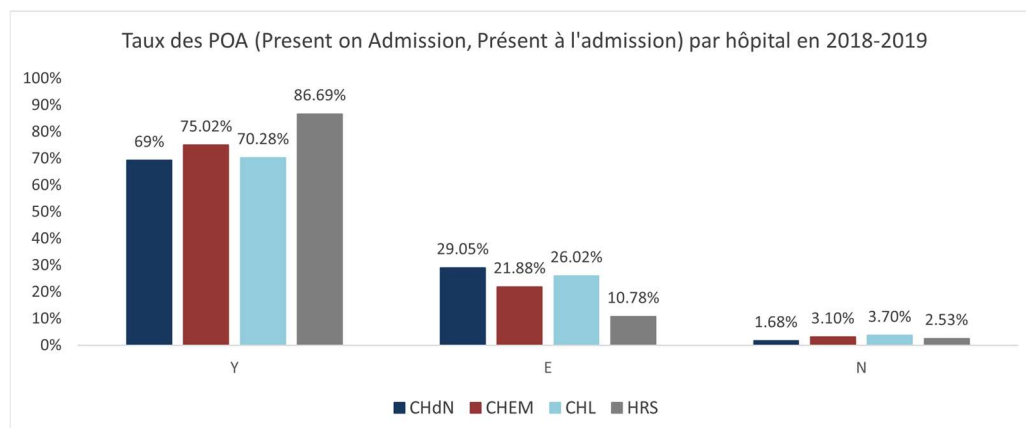


Figure 12 | Taux des POA par hôpital

Taux des POA (Present on Admission, Présent à l'admission) par hôpital en 2018 et en 2019 confondus. «Y» pour chaque diagnostic qui était présent au moment de l'admission du patient/ «N» dans le cas contraire/ «E» pour les diagnostics pour lesquels la notion de présent à l'admission n'est pas applicable selon les règles de codage.

Sur les deux années analysées, le taux des POA était supérieur à 69% pour tous les hôpitaux.

A l'exception des HRS, plus de 20% des diagnostics étaient qualifiés de « E », pour lesquels la notion de "présent à l'admission" n'est pas applicable selon les règles de codage. Le fait que très peu de diagnostics sont qualifiés de non présents à l'admission semble cohérent.

Pour le codage de la notion de « Present on Admission », il y a donc une certaine cohérence entre les hôpitaux.

2.2.9 Distribution statistique des lieux de procédure par hôpital

Pour trois hôpitaux, le lieu de la procédure n'a pas été codé (CHL et CHdN) ou un seul lieu (« X - Autre service diagnostique ») a été utilisé (CHEM). Dans le seul hôpital (HRS) où les lieux ont été distingués, plus de 60% ont été classés en « A » (Salle opératoire) et près de 20% en « B » (Plateau médico-technique hospitalier).

Au vue de l'absence apparente de codage, ces données pour 2018-2019 ne peuvent être exploitées.



2.3 Contrôles sémantiques des données sur base de règles

Ce type de contrôle vise à vérifier la pertinence des données sur base de règles établies préalablement. Au total, 24 règles de contrôle de codage ont été appliquées.

- La majorité des contrôles appliqués n'identifient qu'un nombre négligeable d'erreurs de codage et témoignent d'un bon niveau de qualité :
 - Pour moins que 5 séjours d'un enfant de 0-7 jours, la valeur = « U (inconnu) » est retrouvée pour la variable « sexe ».
 - Pour la variable « Procédures (codes ICD-10-PCS) » réservées au sexe féminin réalisées sur des patients dont la variable « sexe » = masculin « M », moins que 5 séjours ont été retrouvés.
 - Pour la variable « Procédures (codes ICD-10-PCS) » réservées au sexe masculin réalisées sur des patients dont la variable « sexe » = féminin « F » moins que 5 séjours ont été retrouvés.
 - Séjours avec un diagnostic secondaire = O80 (contact pour un accouchement à terme non compliqué). Le code « O80 » doit être codé en diagnostic principal et ne peut pas s'accompagner d'un code de complication de grossesse : Contact O80 (accouchement sans complication) toujours en code principal et ne peut être associé à un code de complication de grossesse. Ces règles ont été très bien respectées. Il n'y a que 5 séjours concernés.
 - Nombre de séjours hospitaliers avec un diagnostic figurant sur la liste « Manifestation » apparaissant comme diagnostic principal, sachant que ces codes doivent être uniquement utilisés en diagnostic secondaire : seulement 46 séjours ont été retrouvés
 - Diagnostics réservés au sexe féminin relevés sur des patients de sexe masculin : Diagnostic de femme chez des hommes : rien de retrouvé (cancers organes de femmes, accouchements).
- D'autres contrôles relèvent des erreurs de codage plus fréquents :
 - 2'964 séjours aux urgences dépassent 24 heures (sur 31'460 Total urgence séjours en total pour 2018 & 2019, cela reflète un taux d'improbabilité de 9,4% sur tous les séjours codés pour passage par urgence).
 - 2'193 séjours de personnes proviennent de CIPAs/Maison de soins et rentrent à domicile. Bien qu'un tel parcours soit probable, la fréquence semble trop élevée.
 - 2'769 séjours ou la modalité d'entrée est né à l'hôpital et qu'en même temps la provenance est indiquée comme « domicile » ou « non connu ».
 - Pour 635 séjours, les patients sont uniquement passés par les services des urgences. En ne considérant que seulement les hospitalisations et les hospitalisations de jours font partie du périmètre de codage, ces nombres peuvent interroger.



2.4 Contrôles syntaxiques

Ce type de contrôle vise à contrôler le format des données codées. Une erreur syntaxique est une erreur de forme, de format et de l'exploitabilité des données du fichier.

Les erreurs suivantes ont été constatées régulièrement. Ces erreurs doivent être systématiquement revues. De plus, des règles de contrôle syntaxiques correspondant à ces erreurs, doivent être implémentées dans les outils de codage.

Type d'erreur
Age nouveau-né non valide.
Classement du séjour ne correspond pas au DRG renseigné.
Classement du séjour non valide.
Code établissement de sortie manquant.
Code pays inexistant
DRG non valide.
DRG à l'admission non valide.
Date admission postérieure à date de sortie.
Date de début de prise en charge incohérente par rapport aux dates du séjour.
Date de fin de prise en charge incohérente par rapport aux dates de séjour ou de début de prise en charge.
Etablissement de provenance non valide.
Le format du prescripteur n'est pas correct.
Major disease category non valide.
Major disease category à l'admission non valide.
Patient Format de Matricule incorrect
Patient inexistant/introuvable

Tableau 1 | Erreurs syntaxique retrouvées (Source: CNS)



3 Conclusions et recommandations

3.1 Evaluation globale de la qualité des données

Le codage des séjours hospitaliers selon la méthodologie DCSH est en vigueur depuis le 1er juillet 2017. Les médecins DIM et les codeurs contribuent de manière constructive à l'amélioration continue de la qualité des données.

La présente analyse des données de la documentation hospitalière montre que l'exhaustivité et la qualité de codage s'améliore continuellement. Sur de certaines analyses une nette augmentation de la qualité a pu être constatée de 2018 à 2019.

Des incohérences de codage d'un hôpital à l'autre peuvent être constatées, surtout en ce qui concerne les données administratives.

Finalement, la qualité des données diffère en fonction de la nature de l'information : si les données médicales (diagnostics, procédures) semblent avoir atteint un bon niveau d'exhaustivité et de cohérence, il s'avère que la qualité des données administratives reste en grande partie médiocre.

3.2 Recommandations

1. Prévoir au niveau des hôpitaux une formation régulière de toutes les personnes responsables de la collecte des données en vue de continuer à améliorer la qualité des données collectées.
2. Automatiser davantage le codage des données administratives en reliant les systèmes de codage à d'autres logiciels (système d'admission, système de programmation du bloc opératoire).
3. Préciser davantage les données à coder, les règles y relatives (par exemple pour le codage du service hospitalier) et définir de manière plus concrète le périmètre de codage en définissant la notion d'hospitalisation de jour.
4. Considérer une réduction du nombre de variables administratives à coder en particulier pour les variables qui ne peuvent être transposées dans les outils de codage de manière automatisée et qui par conséquent, sont donc des sources potentielles d'erreurs. En même temps, des efforts conséquents pour l'amélioration des données administratives « restantes » sont à engager.
5. Considérer des liens entre le financement des hôpitaux et les données de la DCSH afin d'inciter les hôpitaux à coder davantage de manière plus exhaustive (voir analyse sur le nombre de diagnostics secondaires codés) et à valoriser la qualité du codage.
6. Augmenter l'utilisation des données à tous les niveaux en publiant davantage de rapports sur les données DCSH ou en établissant davantage de benchmarks avec des données internationales.



7. Définir des indicateurs et des règles permettant de vérifier la cohérence et comparabilité des données dans le temps
8. Mettre en place un outil de codage uniforme en y intégrant des règles de contrôle afin de réduire davantage les erreurs de codage. Une activation des verrous de saisie dans la base de données permet d'éviter la saisie incorrecte de données (par exemple des diagnostics supplémentaires qui ne peuvent pas être des diagnostics principales, code de pays selon ISO 3166 alpha-2, etc.). La définition de champs obligatoires permet de s'assurer que les données collectées sont complètes. La saisie des données ne peut être achevée que si toutes les informations importantes sont disponibles.
9. Afin de disposer de données homogènes et comparables, il s'agit dès lors d'harmoniser davantage le paramétrage informatique entre les différents hôpitaux et surtout d'harmoniser les liens entre les différents systèmes informatiques et l'outil de codage.



4 Table des figures

Figure 1 Environnement qualité	3
Figure 2 Nombres d'admissions par hôpital et année	7
Figure 3 Distributions statistiques des niveaux de sévérité pour le DRG 301 (A) et le DRG 540 (B)	8
Figure 4 Durée moyenne des séjours à niveau de sévérité faible.....	9
Figure 5 Nombre de séjours par provenance du patient.....	10
Figure 6 Mode d'adressage par établissement	11
Figure 7 Top 10 des MDC	13
Figure 8 Top 10 DRG pour tous les établissements hospitaliers	14
Figure 9 Distribution du nombre moyen de procédures et de diagnostics secondaires codés par séjour.....	15
Figure 10 Nombre moyen de procédures (A) et de diagnostics secondaires (B) codés	16
Figure 11 Top 5 des services codés par hôpital en 2018 et 2019 cumulés.....	17
Figure 12 Taux des POA par hôpital	18



5 Annexe - Autres observations

5.1 Les séjours programmés

Modalité d'entrée

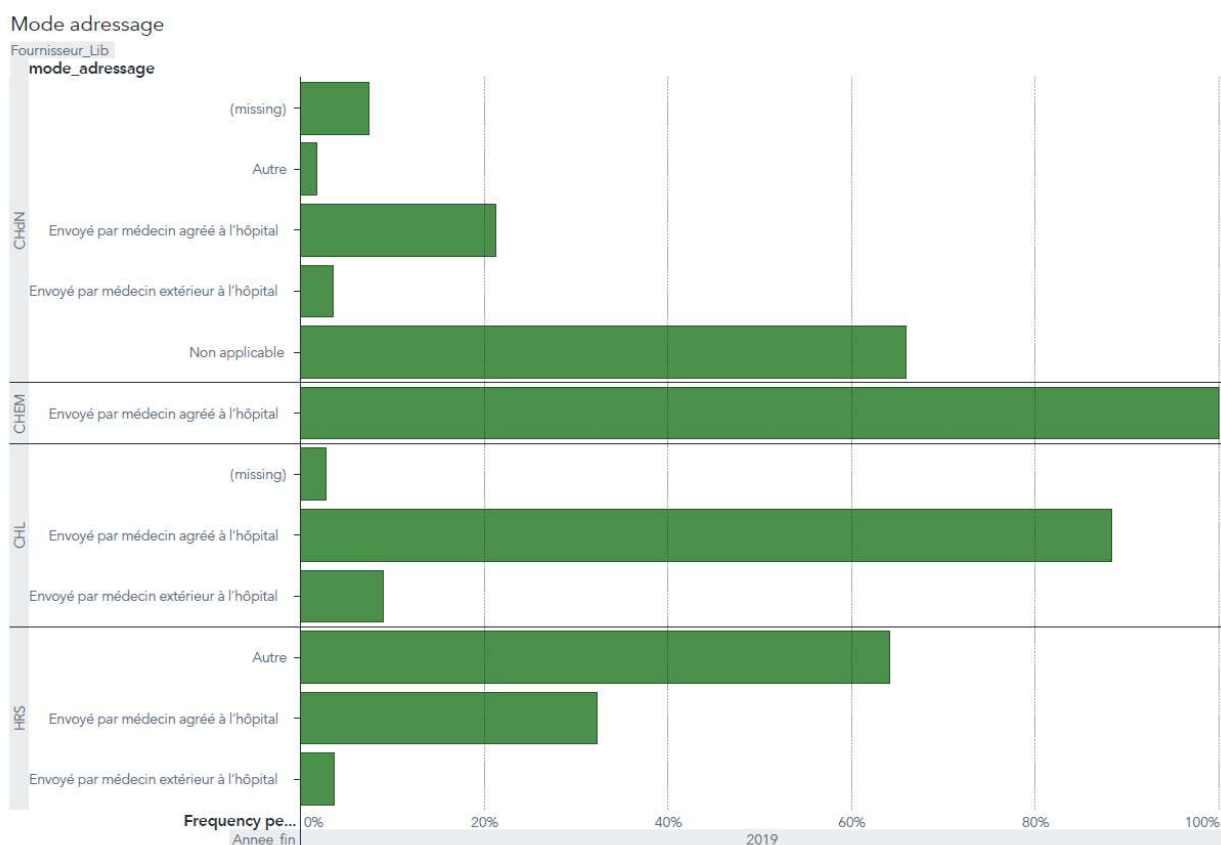
Concernant les modalités d'entrée liées aux séjours programmés, il n'y a pas d'anomalies particulières. Le patient arrive pour la plupart du temps par ses propres moyens à l'hôpital. Or, ceci ne se confirme pas pour le CHdN, qui déclare en 2018 pour 89% des séjours « AT - Autre modalité » et pour 11% des séjours l'ambulance comme modalité d'entrée. En 2019, la modalité d'entrée la plus codée pour les séjours du CHdN reste avec 58% la valeur AT, les autres patients arrivent à l'hôpital par leurs propres moyens.

Mode d'adressage

L'analyse montre que, pour la plupart des hôpitaux, les patients des séjours programmés ne sont que très rarement envoyés par un médecin à l'hôpital. Étant donné que l'exhaustivité du codage augmente de 2018 à 2019, les résultats de l'année 2019 sont présentés ci-dessous. En effet, le patient est envoyé par un médecin agréé à l'hôpital dans plus qu'un séjour sur deux et par un médecin extérieur à l'hôpital dans 4% des cas. Cependant, 29% des séjours ont comme mode d'adressage « MX – Autre - Non adressé par un médecin » et 11% « XX - Non applicable ». Pour 2% des séjours aucun mode d'adressage n'est indiqué. Les résultats varient d'un hôpital à l'autre pour les séjours programmés (Graphique 1) : Le CHEM reçoit uniquement des patients envoyés par un médecin agréé à l'hôpital, tandis que 75% des patients du CHdN et 64% des patients des HRS ne sont pas envoyés par un médecin (le mode d'adressage étant donc « autre », « non applicable » ou manquant). Au CHL, le mode d'adressage n'est pas renseigné pour 3% des séjours programmés. 88% des patients sont envoyés par un médecin agréé à l'hôpital et 9% par un médecin extérieur à l'hôpital.



Graphique 1: Mode d'adressage des séjours programmés par établissement hospitalier en 2019



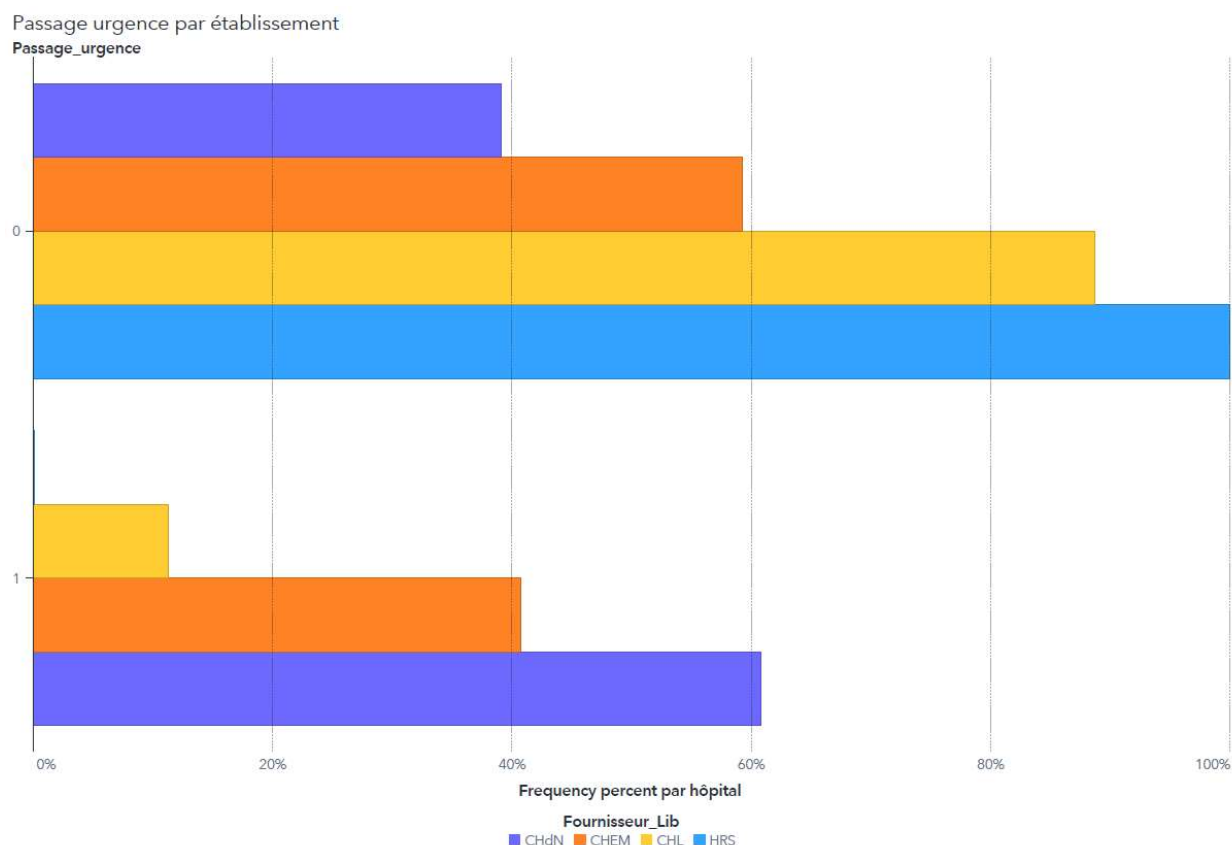
5.2 Les séjours non-programmés

Passage service d'urgence

La majorité des patients dont le séjour est défini comme non-programmé ne passe pas par le service d'urgence (environ 72% pour les deux années analysées pour l'ensemble des hôpitaux). Toutefois, une analyse par hôpital donne un bilan différencié (Graphique 2) : Tandis que les patients du CHdN passent majoritairement par le service d'urgence (61% des séjours), ce taux est moins élevé au CHEM et au CHL (41% respectivement 11% des séjours). Aucun passage par le service d'urgence n'est enregistré pour les patients des HRS.



Graphique 2: Passage par le service d'urgence pour les séjours non-programmés par hôpital pour l'ensemble des séjours de 2018 et 2019



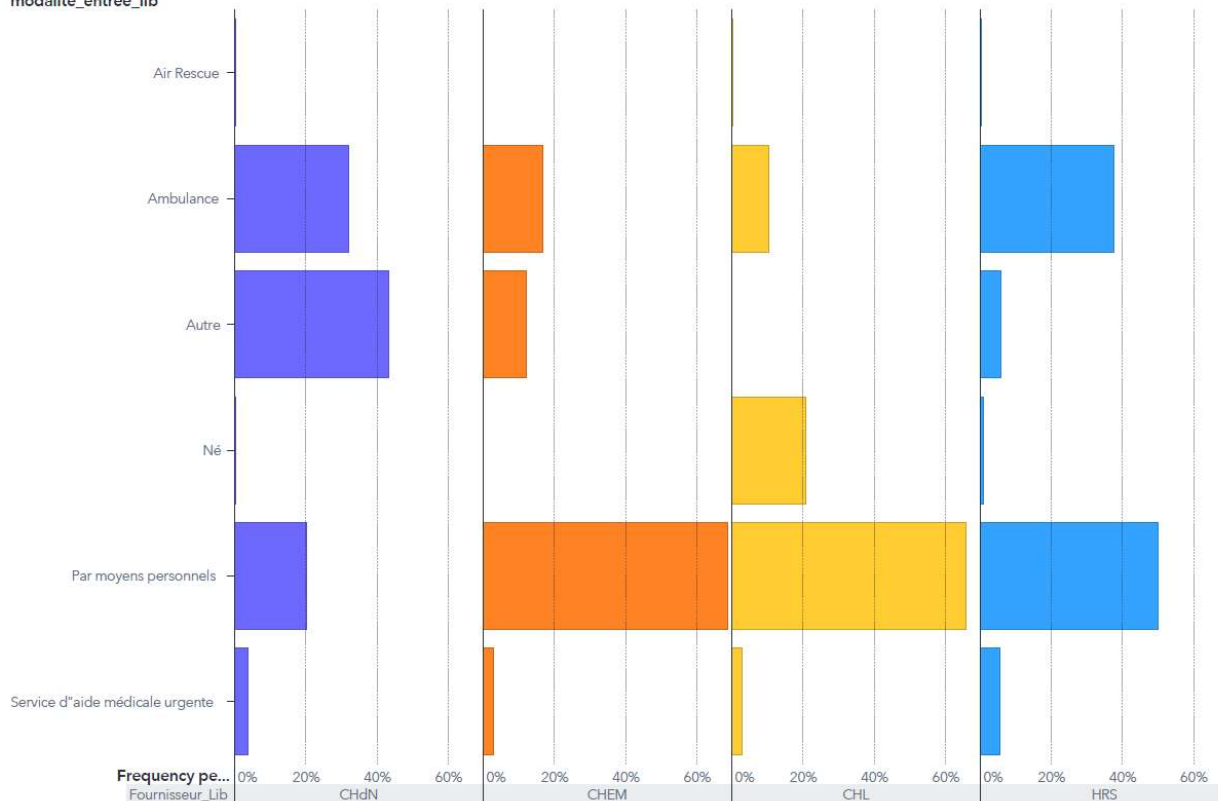
Modalité d'entrée

Comme pour les séjours programmés, la majorité des patients arrive par ses propres moyens à l'hôpital (45% en 2018 et 59% en 2019). L'ambulance figure au deuxième rang comme modalité d'entrée (32% en 2018 contre 20% en 2019). Pour deux hôpitaux par contre, la répartition des modalités d'entrée est différente : le CHdN encode la modalité « AT – Autre modalité » comme modalité d'entrée pour 43% des séjours, l'ambulance pour 32% des séjours et les propres moyens dans 20% des séjours. Au CHL, les modalités d'entrée les plus souvent utilisées en 2019 sont les propres moyens (66%) et la naissance à l'hôpital (21%).



Graphique 3: Modalité d'entrée par établissement hospitalier pour les séjours non-programmés en 2019

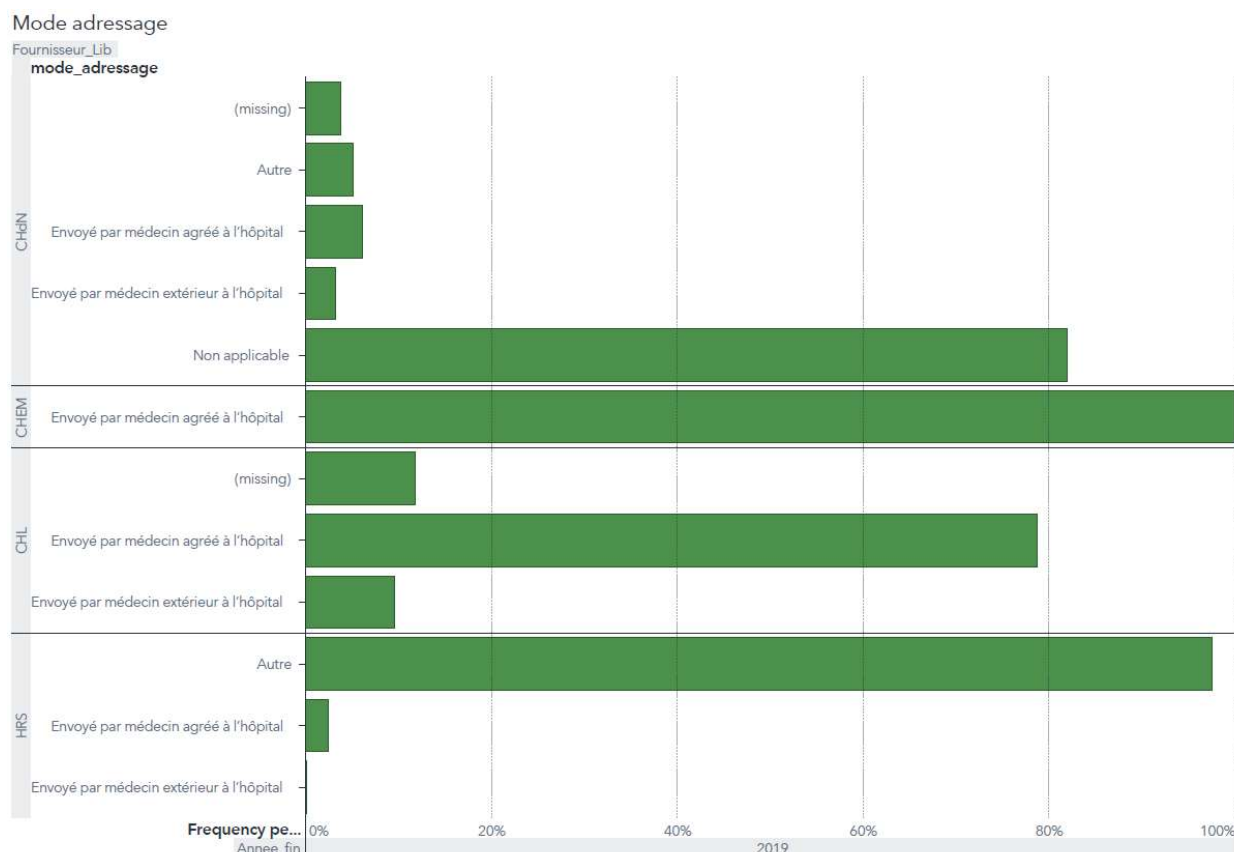
Modalité d'entrée par établissement
modalite_entree_lib



Mode d'adressage

Le CHEM utilise seulement « MA - Envoyé par médecin agréé à l'hôpital » comme mode d'adressage pour ses patients. Au CHL, les patients sont adressés par un médecin agréé à l'hôpital ou extérieur à l'hôpital dans 88% des cas et pour les autres séjours, le mode d'adressage n'est pas renseigné. Aux HRS par contre, 98% des patients ont « MX - Autre » comme mode d'adressage. Au CHdN, 82% des séjours ont le code « XX - Non applicable », 5% « MX - Autre » et pour 4% des séjours cette information n'est pas indiquée.

Graphique 4: Mode d'adressage des séjours non-programmés par établissement hospitalier en 2019



5.3 Top 10 des MDC par hôpital et type de séjour

Séjours stationnaires

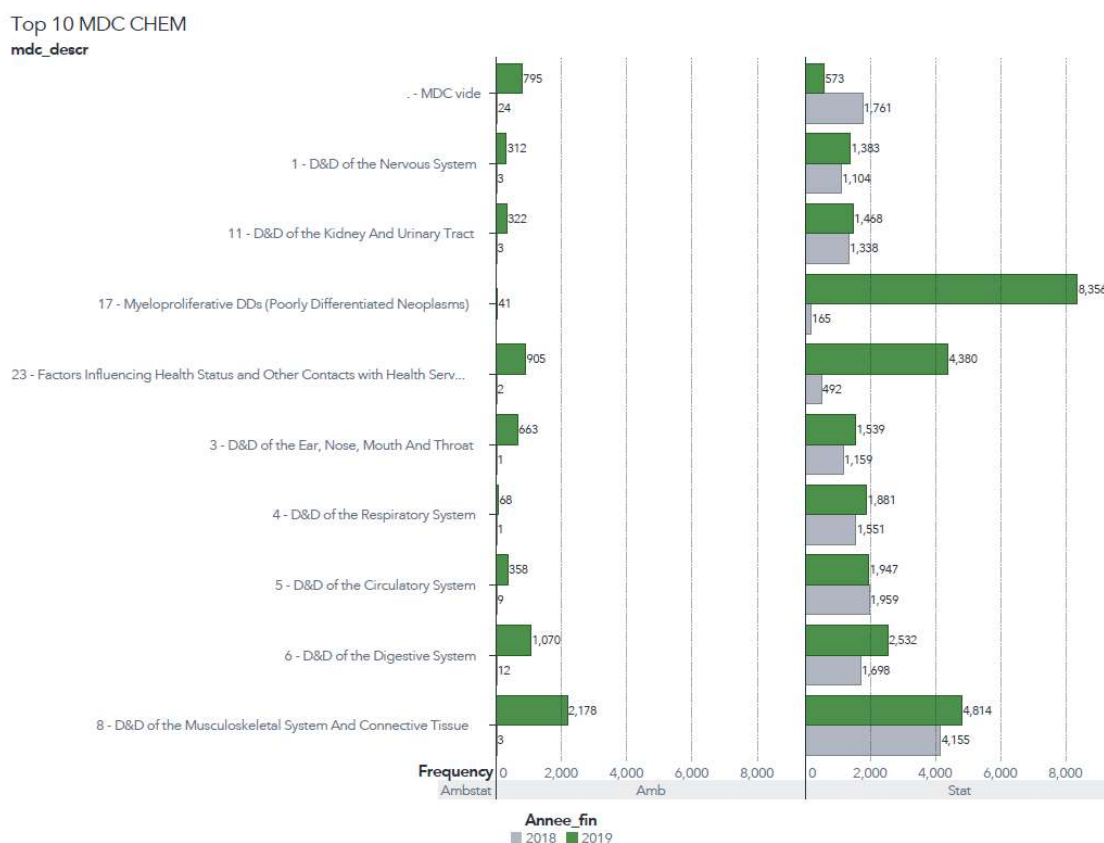
Les résultats présentés dans cette section se rapportent aux séjours hospitaliers stationnaires de l'année 2019, étant donné que le classement des MDC au sein d'un hôpital varie peu ou pas du tout dans trois des quatre hôpitaux. Le CHEM, en revanche, montre un net changement en 2019, lié aux nombreux diagnostics principaux non codés en 2018. En effet, alors que la catégorie « 0 - Inconnu » occupe la troisième place des MDC les plus souvent enregistrées en 2018, elle disparaît du Top 10 en 2019.

L'analyse du Top 10 des MDC par hôpital met en évidence que la catégorie « 8 - Diseases and Disorders of the Musculoskeletal System And Connective Tissue » occupe la première place. La catégorie « 14 - Pregnancy, Childbirth And Puerperium » apparaît parmi les premières places du Top 10 de trois hôpitaux (CHL, HRS, CHdN). Au CHEM, par contre, ni la catégorie « 14 - Pregnancy, Childbirth And Puerperium » ni la catégorie « 15 - Newborn And Other Neonates (Perinatal Period) » ne figure dans le Top 10 de MDC. Ce sont les catégories « 17 - Myeloproliferative DDs (Poorly Differentiated Neoplasms) » et « 23 - Factors Influencing Health Status and Other Contacts with Health Services » qui occupent la 1^{re} et 3^e position du Top 10 des MDC du CHEM, bien qu'il y ait eu un changement significatif de 2018 à 2019 dans ce classement. En effet, ces catégories ne sont pas présentes dans le Top 10 en 2018. Concernant les MDC figurant parmi le Top 10 du CHEM en 2019, 22% de tous les séjours stationnaires sont classés dans la catégorie « 17 - Myeloproliferative DDs (Poorly Differentiated Neoplasms) » et 12% dans la catégorie « 23 - Factors Influencing Health Status and Other Contacts with Health Services ». Dans les autres hôpitaux, la part de la catégorie « 23 - Factors Influencing Health Status and Other Contacts with Health Services » dans l'ensemble des MDC encodées est d'environ 4% et celle de la catégorie « 17 - Myeloproliferative DDs (Poorly Differentiated Neoplasms) » se situe à 2%.



En examinant les diagnostics principaux, codés en ICD-10-CM, pour les séjours hospitaliers avec la MDC « 17 - Myeloproliferative DDs (Poorly Differentiated Neoplasms) », le code Z51.1⁵ représente environ 86% des diagnostics en 2019 (8321 séjours), dont 89% ont été codés par le CHEM. Dans ce contexte, il convient également de mentionner que ce cas de figure se retrouve dans le Top 2 des séjours ambulatoires (5355 séjours en 2019) au CHL et au CHdN tandis qu'il n'est pas du tout représenté dans le Top 10 des HRS.⁶ Les codes en ICD-10-CM les plus codés pour la catégorie 23 sont Z04.8⁷ (2197 séjours, 99% CHEM), Z71.8⁸ (599 séjours, 100% CHEM) et Z51.8⁹ (311 séjours, 71% CHEM).

Graphique 5: Evolution du Top 10 des MDC au CHEM par type de séjour



⁵ Z51.1 Séance de chimiothérapie pour tumeur maligne

⁶ Une précision dans les modalités de codage pourrait éventuellement contribuer à la comparabilité des résultats en spécifiant si le diagnostic Z51.1 ou la maladie sous-jacente doit être codée pour les chimiothérapies ambulatoires.

⁷ Z04.8 Examen et mise en observation pour d'autres raisons précisées

⁸ Z71.8 Autres conseils précisés

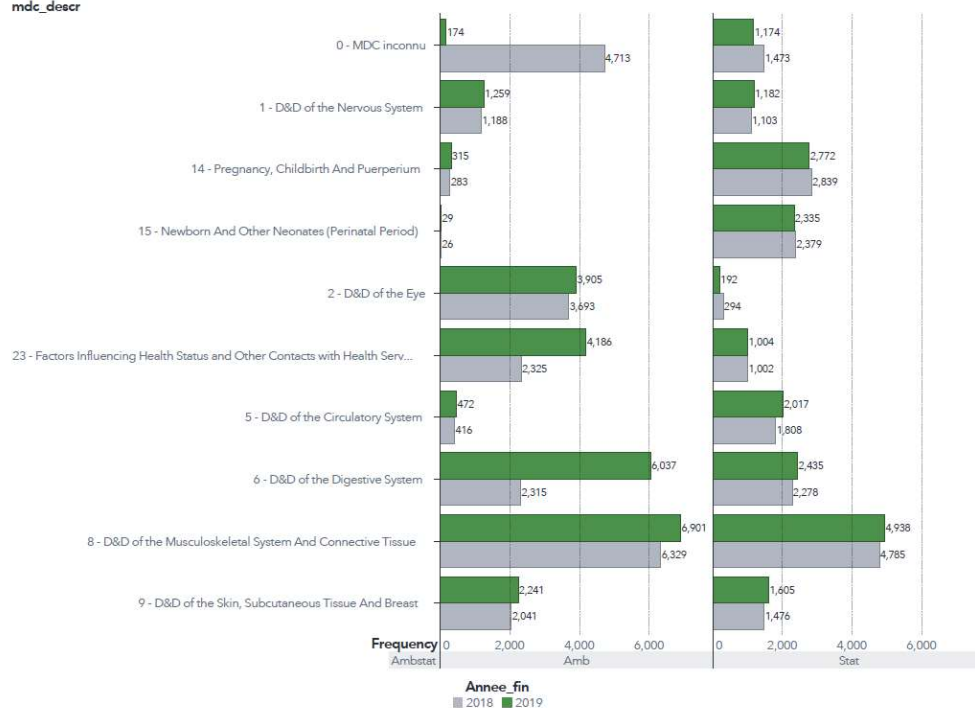
⁹ Z51.8 Autres formes précisées de soins médicaux



Documentation et Classification des Séjours Hospitaliers (DCSH)

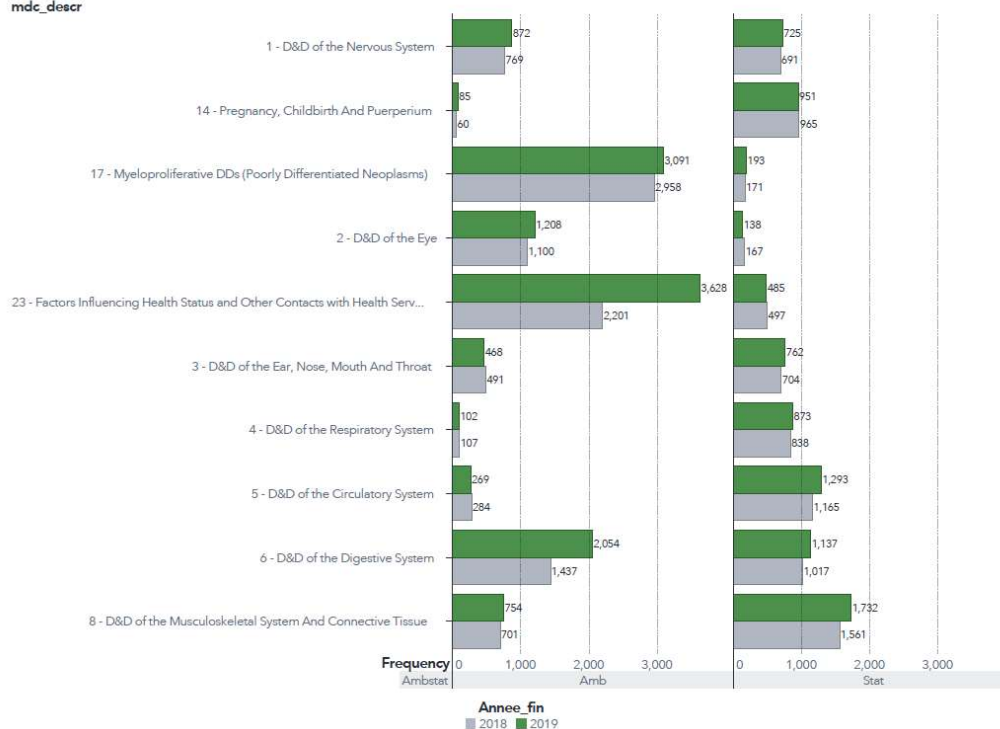
Graphique 6: Evolution du Top 10 des MDC aux HRS par type de séjour

Top 10 MDC HRS
mdc_descr



Graphique 7: Evolution du Top 10 des MDC au CHdN par type de séjour

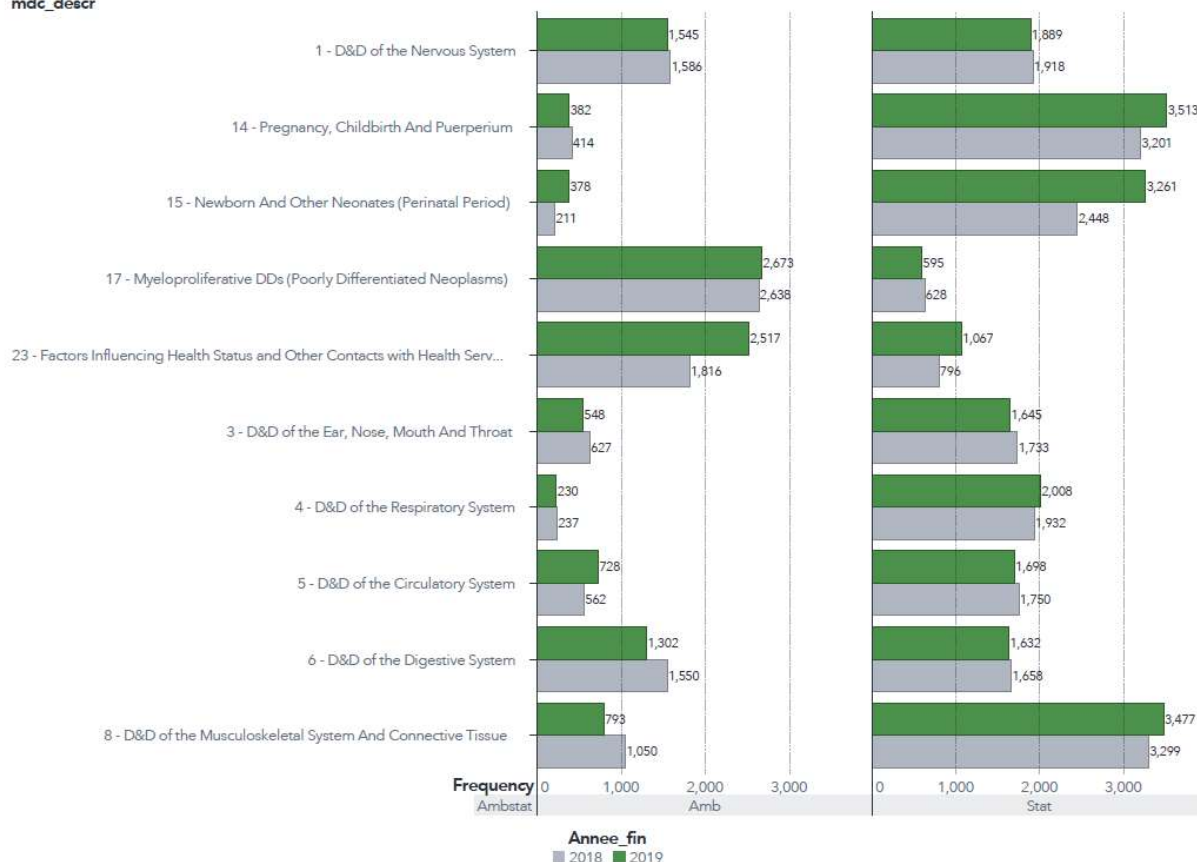
Top 10 MDC CHdN
mdc_descr



Graphique 8: Evolution du Top 10 des MDC au CHL par type de séjour

Top 10 MDC CHL

mdc_descr



Séjours ambulatoires

La plupart des séjours ambulatoires du CHdN et du CHL est classée dans les catégories 17 et 23. Comme énoncé ci-dessus, cette catégorie (17) ne figure pas dans les TOP 10 des HRS (ni en stationnaire ni en ambulatoire) et du CHEM (en ambulatoire). La catégorie « 8 - Diseases and Disorders of the Musculoskeletal System And Connective Tissue » occupe la première place au CHEM et aux HRS. Les deux diagnostics principaux les plus courants pour la catégorie 23 sont Z01.8 (68% au CHdN, 31% au CHL) et Z12.1 (74% aux HRS, 13% au CHEM). En 2019, la catégorie « 0 – inconnu » est représenté dans un seul Top 10 (CHEM, 4e place).

5.4 Top 10 des DRG par hôpital

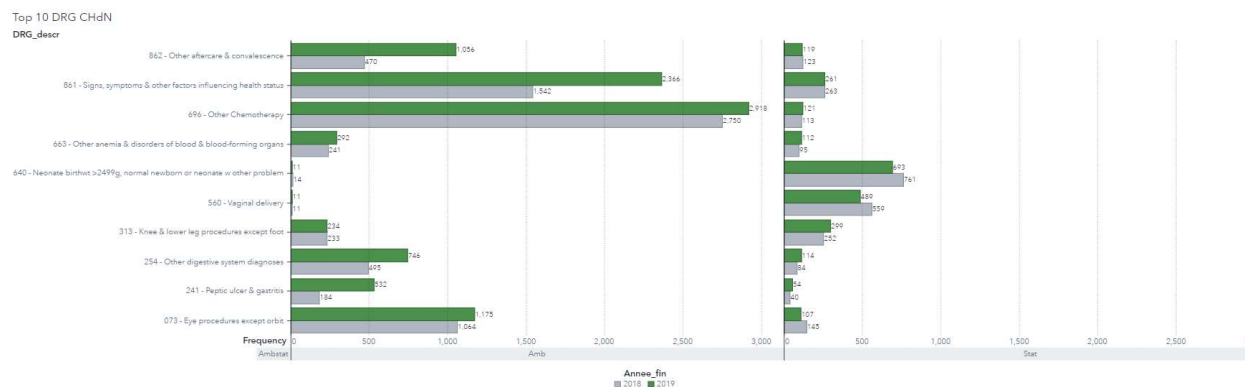
En complétant l'analyse du Top 10 des MDC par les DRG les plus fréquents, des différences quant aux DRG figurant parmi le Top 10 pour une MDC s'observent. Ainsi, pour la MDC « 23 – Factors influencing Health status and other Health Services » par exemple, les séjours sont classés au CHdN dans les DRG 861 et 862, alors qu'au CHL, cette même catégorie contient les DRG « 861 - Signs, symptoms & other factors influencing health status », « 862 - Other aftercare & convalescence » et « 850 - Procedure w diag of rehab, aftercare or oth contact w health service ». Au CHEM et aux HRS, le DRG 861 figure dans le Top 10 des DRG.

Concernant la catégorie MDC « 8 – Diseases and Disorders of the Musculetal System and Connective Tissue », le DRG « 313 - Knee & lower leg procedures except foot » figure dans le Top 10 des DRG au CHdN et au CHL, tandis que ce sont les DRG « 304 - Dorsal & lumbar fusion proc except for curvature of back », « 310 - Intervertebral disc excision & decompression » et « 347 - Other back & neck disorders, fractures ».

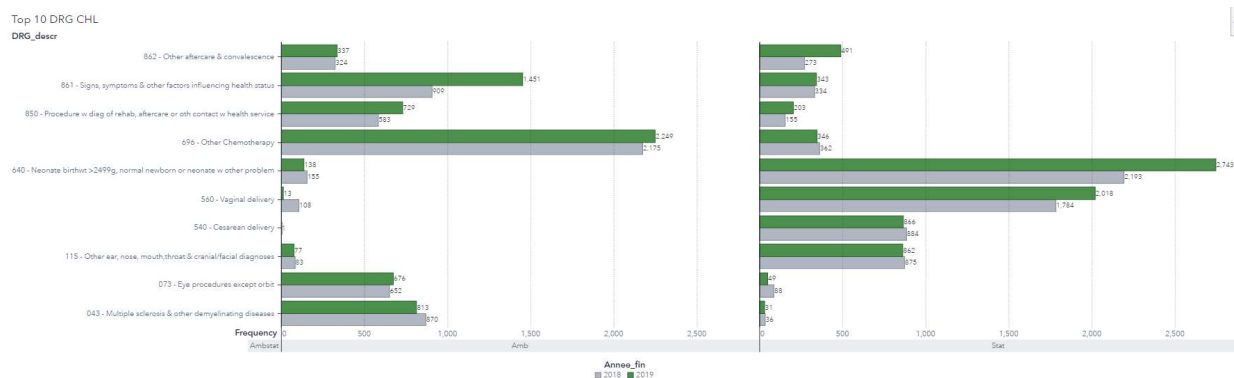


& injuries » au CHEM et les DRG 347, « 351 - Other musculoskeletal system & connective tissue diagnoses », « 346 - Connective tissue disorders » et « 316 - Hand & wrist procedures » aux HRS. Le CHL est l'unique hôpital à présenter plusieurs DRG pour la MDC « 14 - Pregnancy, Childbirth and Puerperium » dans le TOP 10, notamment les DRG « 540 - Cesarean delivery » et « 560 - Vaginal delivery ».

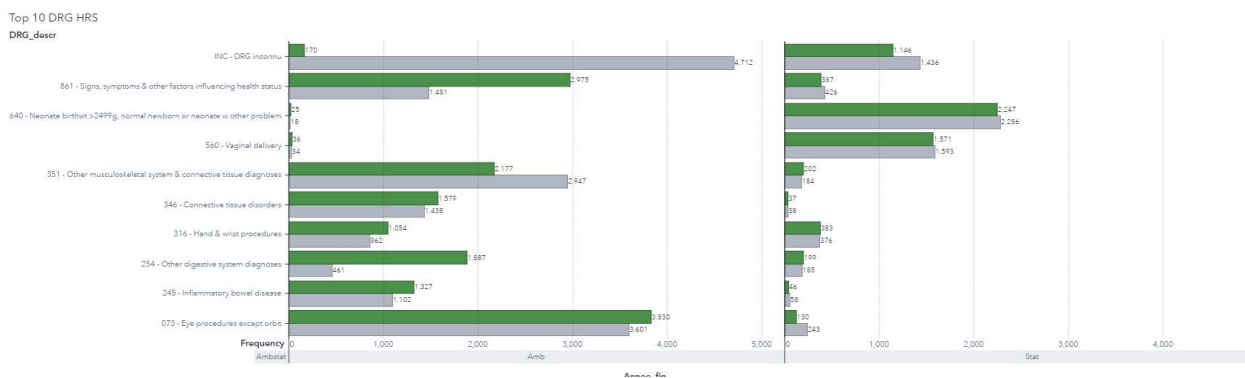
Graphique 9: Evolution du Top 10 des DRG au CHdN par type de séjour



Graphique 10: Evolution du Top 10 des DRG au CHL par type de séjour



Graphique 11: Evolution du Top 10 des DRG aux HRS par type de séjour





Graphique 12: Evolution du Top 10 des DRG au CHEM par type de séjour

