

Statistiques des établissements de santé (soins intra-muros)

Statistique médicale des hôpitaux

Conception détaillée 1997

(version : 12 décembre 2005)

Table des matières

1. INTRODUCTION	3
1.1. Statistiques des établissements de santé (soins intra-muros)	3
1.1.1. Historique	3
1.1.2. Définition d'un établissement de santé	3
1.1.3. Conception générale	3
1.1.4. Réactions à la conception générale	4
1.1.5. Importance	5
1.1.6. Organisation	6
2. LA STATISTIQUE MEDICALE DES HOPITAUX	8
2.1. Généralités	8
2.2. Bases légales	8
2.3. Champ de l'enquête et définitions	10
2.4. Conception détaillée d'avril 1996, tests et consultation	10
2.5. Cohérence avec la statistique hospitalière, la statistique des coûts par cas et les statistiques sur la vitalité	11
3. OBJECTIFS, BUTS DE LA STATISTIQUE ET LIMITES	11
3.1. Objectifs	11
3.2. Buts de la statistique	12
3.3. Intérêt de la statistique médicale des hôpitaux	13
3.4. Les limites de la statistique médicale des hôpitaux	15
4. UNITE STATISTIQUE	15
4.1. Typologie des hôpitaux	15
4.2. Fichier de correspondance des numéros d'établissements (BUR)	16
4.3. Définition du cas	17
5. VARIABLES	21
5.1. Liste de données minimale pour la statistique médicale des hôpitaux	21
5.2. Liste de données supplémentaires	22
5.2.1. Liste de données sur les nouveau-nés	23
5.2.2. Liste de données psychiatriques	23

6.	DEROULEMENT DU RELEVÉ	24
6.1.	Flux de données	24
6.1.1.	Tâches des hôpitaux	24
6.1.2.	Tâches du service statistique cantonal	26
6.1.3.	Tâches de l'OFS	26
6.2.	Les variables de la statistique médicale en détail	27
6.2.1.	Données générales	27
6.2.2.	Données minimales	29
7.	PROTECTION DES DONNEES	35
7.1.	Bases légales	35
7.2.	Conditions pour pouvoir réaliser la statistique	36
7.3.	Mesures pour garantir la protection des données	36
7.3.1.	Mesures techniques	37
7.3.2.	Mesures organisationnelles	37
8.	LA CLASSIFICATION DES DIAGNOSTICS ET DES OPERATIONS	38
8.1.	CIM-10	38
8.1.1.	Règles de codage de la CIM-10	40
8.2.	Classification suisse des opérations (ICD-9-CM, vol. 3)	41
8.3.	Mise à jour et adaptation des classifications	43
9.	ANALYSES STATISTIQUES ET PUBLICATIONS	45
Questionnaire	Annexe	I
Catalogue des variables	Annexe	II

Langue du texte original : Allemand
Traduction : service de traduction de l'OFS

Statistique médicale des hôpitaux

1. Introduction

La statistique médicale des hôpitaux s'inscrit dans un projet plus large qui tend à couvrir l'intégralité du domaine intra-muros. Il s'agit des nouvelles "statistiques des établissements de santé (soins intra-muros)" qui s'intéressent aussi bien aux hôpitaux qu'aux établissements non hospitaliers (établissements pour personnes âgées, invalides, toxicomanes, etc.).

1.1. Statistiques des établissements de santé (soins intra-muros)

1.1.1. Historique

C'est dans les années 70 qu'ont eu lieu les premières tentatives de réaliser une statistique fédérale des établissements de santé. En 1986, une commission d'experts nommée par le Conseil fédéral et chargée de concrétiser ce projet avait remis son rapport final, dans lequel elle recommandait l'instauration d'un système d'information sur les hôpitaux et sur les homes. Le groupe d'experts avait décelé certaines lacunes qui compliquaient la réalisation d'une telle statistique et avait proposé de compléter les bases juridiques.

Deux mini-enquêtes ont été réalisées (en 1988 et en 1991) au sein des maisons pour personnes âgées, des institutions pour handicapés et d'autres types de prises en charge (convalescence, toxicomanie, etc.). Ces études, dont les résultats ont été publiés respectivement en 1990 et en 1993, ont permis de mieux cerner la problématique des établissements de santé non hospitaliers ainsi que le champ de l'enquête.

1.1.2. Définition d'un établissement de santé

Les données recueillies sont administratives, médicales et financières. La présente statistique vise à couvrir, au niveau suisse, l'ensemble des établissements de santé. Un établissement de santé est défini par son activité:

Prise en charge, en continu, de patients ou de pensionnaires pour un traitement ou une assistance intra-muros. En principe, le séjour dure plus d'un jour et est prescrit par un médecin. L'établissement possède des locaux équipés pour des soins intra-muros. Dans la conception "établissements de santé", on distingue deux sous-groupes: les hôpitaux et les établissements de santé non hospitaliers.

1.1.3. Conception générale

La conception générale du projet "statistiques des établissements de santé" a été présentée en automne 1995. Ce document a été remis aux différents acteurs concernés par cette statistique: services cantonaux,

associations professionnelles représentant les milieux hospitaliers, offices fédéraux impliqués, etc.

Les objectifs étaient de donner un aperçu de l'offre, des prestations et des données financières, de surveiller la population au niveau épidémiologique, d'observer l'évolution de l'offre, des prestations et des données financières, de préparer la collaboration entre les cantons et la Confédération au niveau sanitaire, et enfin de mettre des données à la disposition d'autres statistiques, de la recherche et du public.

Selon les exigences méthodologiques, l'accent devait être mis sur l'exhaustivité du recensement des établissements, l'exactitude des données saisies, la bonne coordination entre les différentes statistiques, l'uniformité des concepts et des définitions et enfin la capacité d'adaptation de la structure à d'éventuelles modifications des conditions-cadres.

Quatre axes de relevés ont été retenus en priorité:

- les relevés des données d'exploitation des hôpitaux (statistique des hôpitaux)

les relevés des diagnostics et des opérations des patients hospitalisés (statistique médicale des hôpitaux)

- les relevés des données d'exploitation des établissements de santé non hospitaliers (statistique des établissements non hospitaliers)
- les relevés économiques par cas (statistique des coûts par cas)

Des groupes de travail ont été créés pour accompagner l'OFS dans le développement du système. Fort de cet appui, l'OFS a oeuvré selon la planification définie dans la conception générale, en mettant l'accent sur les trois premiers axes de relevés.

1.1.4. Réactions à la conception générale

La Commission suisse de statistiques sanitaires (CSSS), qui était à l'origine du projet, a donné son appui à la conception générale. En été 1995, la direction de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) a déclaré soutenir les objectifs de la conception générale et en accepter les principes, de même que ceux contenus dans les projets d'ordonnances. Elle s'est prononcée en faveur de l'organisation de la statistique telle que la proposaient la CSSS et le Département fédéral de l'intérieur (DFI).

Pour la CDS, il sera essentiel de tenir compte des préoccupations des cantons lorsque sera venu le moment de la concrétisation et de l'application de la conception générale. Enfin, toujours selon la direction de la CDS, H+/VESKA devrait avoir la possibilité de fournir rapidement à ses membres les exploitations que ces derniers souhaiteront obtenir.

Au début de 1995, le texte de la conception générale a été remis aux cantons. Ces derniers, invités à se prononcer, se sont montrés globalement favorables. Les cantons, dans leur majorité, approuvent les objectifs généraux et souscrivent à l'obligation de renseigner. La plupart

d'entre eux admettent la modification du rôle joué jusqu'à présent par la H+/VESKA. L'idée de la centralisation de l'organisation et de la coordination du projet par le DFI permettra de créer une harmonisation salubre.

Les relevés proposés dans la conception générale sont dans l'ensemble bien perçus, seule l'insuffisance des délimitations entre soins intramuros, semi-hospitaliers et ambulatoires a été critiquée.

La statistique médicale est également soutenue même si la plupart des cantons doutent de la possibilité d'une application dès 1997. Dans l'ensemble, on regrette par contre que l'obligation de renseigner ne s'applique pas aux coûts par cas, même si l'on est conscient qu'il n'est actuellement pas possible de saisir les coûts par cas effectifs, mais uniquement les "montants facturés". La technique et le format de transmission des données ne sont pas remis en cause et les cantons demandent d'être informés le plus rapidement possible sur les modalités. Le délai de mise en oeuvre de ces statistiques au premier janvier 1997 semble trop court pour bon nombre de cantons. Enfin, ces derniers sont préoccupés par les coûts engendrés par ces nouvelles statistiques.

L'ensemble des établissements hospitaliers, des institutions médico-sociales de la santé, des associations hospitalières et non hospitalières actives dans ce domaine ont reçu une lettre d'information sur les nouvelles statistiques. Le projet a été accueilli avec intérêt et les différentes instances ont pu s'exprimer au travers de leurs délégués dans les commissions et les groupes de consultation.

1.1.5. Importance

La mise en vigueur des récentes lois sur la statistique et sur l'assurance-maladie a créé une situation sans précédent. En effet, grâce à l'obligation de renseigner, l'OFS sera en mesure d'exploiter des données complètes et comparables. De plus, la position et le rôle important des cantons dans la collecte des informations préparent un terrain favorable à cette statistique, autant du point de vue des relevés que de l'utilisation des données.

En améliorant la connaissance du fonctionnement des établissements de santé (au niveau des structures, des prestations et des coûts), ces relevés statistiques devront permettre d'optimiser les planifications hospitalières cantonales ainsi que la coopération intercantonale en matière de couverture sanitaire. Certains aspects du système de santé pourront être repensés sur la base de références solides.

La Commission suisse de statistiques sanitaires (CSSS), comme la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) ont reconnu qu'il s'agit là d'une priorité absolue pour l'amélioration de la connaissance du système de santé. La diversité des systèmes statistiques cantonaux entraîne l'impossibilité de réunir, sur le plan suisse, des informations récentes, comparables et cohérentes. La statistique des établissements de santé comblera donc efficacement cette lacune.

Ce projet est en fait un ensemble de modules statistiques (établissements, séjours hospitaliers, coûts, etc.). Trois domaines sont concernés:

Administratif:

Il s'agit de fournir des données intéressant à la fois les instances fédérales, cantonales et les établissements eux-mêmes. La présente statistique fournira par exemple des données de base pour des comparaisons de l'efficacité des services hospitaliers. Les coûts des traitements dans les cas d'hospitalisation hors canton pourront également être évalués.

Epidémiologique:

La statistique médicale fournira des informations essentielles pour l'observation des tendances épidémiologiques (fréquence des maladies nécessitant des traitements hospitaliers, hospitalisations multiples, étude des services hospitaliers au niveau suisse, etc.). La surveillance des maladies transmissibles et des cancers, par exemple, s'en trouvera grandement améliorée.

La connaissance des aspects de morbidité qui, contrairement à la mortalité, n'ont guère fait l'objet d'un relevé en Suisse, sera également améliorée.

Statistique:

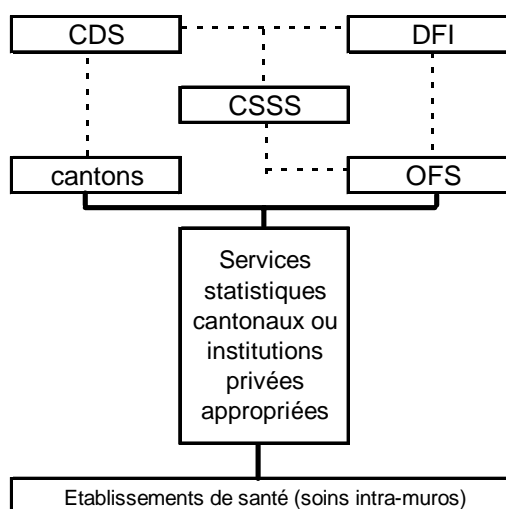
Il s'agit ici de fournir des données pour d'autres statistiques fédérales telles que celles traitant des coûts de la santé ou des comptes nationaux. Les cantons pourront également utiliser ces données pour leurs besoins propres et pour des comparaisons intercantionales.

1.1.6. Organisation

La Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) et le Département fédéral de l'intérieur (DFI) sont responsables des conditions-cadres légales et de l'attribution des moyens en personnel et des moyens financiers nécessaires. La Commission suisse de statistiques sanitaires (CSSS) sert de conseiller aussi bien à la CDS et au DFI qu'à l'Office fédéral de la statistique (OFS).

Selon le principe général, l'OFS est responsable de la mise sur pied de la statistique. Ses services établissent les principes des relevés, tiennent à jour un fichier d'adresses central et traitent les données. Les cantons veillent à ce que les relevés soient menés auprès des établissements et sont chargés de la transmission des informations à l'OFS. Les données seront déjà plausibilisées au niveau des hôpitaux et des services cantonaux.

Schéma d'organisation:



Légende: - - - Conseils et responsabilité
— Flux d'informations

Pour ces statistiques des établissements de santé (soins intra-muros), une série de principes de base concernant l'organisation doit être précisée:

- Les relevés sont effectués auprès de tous les établissements sanitaires et de tous les établissements qui se consacrent au traitement et à l'assistance intra-muros d'invalides et de personnes âgées.
- En ce qui concerne les données minimales énumérées, les établissements sont tenus de renseigner. Les établissements privés ne sont pas obligés de fournir certaines données concernant les recettes et leurs activités hors exploitation.
- L'Office fédéral de la statistique est responsable de la gestion d'un fichier d'adresses central, de la coordination de la collecte des données ainsi que de leur assemblage, de leur contrôle et de leur exploitation pour toute la Suisse. Les cantons informent l'Office fédéral de la statistique des cas de fermeture et d'ouverture d'établissements.
- Les cantons veillent à ce que les relevés soient menés auprès des établissements situés sur leur territoire. Ils peuvent demander à des organisations d'hôpitaux et de homes ou à d'autres institutions privées appropriées de se charger de leur réalisation.
- Les cantons s'assurent également de l'envoi et du retour des documents d'enquête, s'occupent de valider les données et sont responsables de l'exploitation de celles-ci au niveau cantonal. Ils transmettent une fois par année, dans les délais prescrits, à l'Office fédéral de la statistique les données apurées sur support électronique, en observant la structure uniforme des données.
- Ils peuvent, sur leur territoire, exiger des données qui ne figurent pas dans la liste fédérale des données minimales.

- Chaque canton désigne un service chargé de la coordination de la statistique avec l'Office fédéral de la statistique. Les cantons peuvent, s'ils ne disposent pas d'un service statistique cantonal approprié, faire appel à d'autres organisations compétentes pour s'occuper des tâches statistiques. Ces organisations doivent garantir la protection des données (art. 14 à 17 de la LSF) et respecter les directives de l'OFS et du canton qui les a désignées.
- Les établissements doivent fournir toutes les données requises de manière correcte sur les formulaires de relevé ou sur les supports de données et les renvoyer dans les délais au canton ou à l'instance désignée. Ces derniers encouragent les établissements à transmettre de manière électronique les données aux services statistiques cantonaux.
- Lors de ces enquêtes, on recueillera des données administratives supplémentaires à l'intention des cantons et de l'Office fédéral des assurances sociales afin de leur permettre d'assumer les fonctions de surveillance que la loi leur attribue (LAMal, art. 49-51, 53-56, 58 et 59), ainsi que dans le but d'alléger autant que possible les tâches administratives des établissements. Les données à relever en vertu de la loi précitée seront mises en évidence.

2. La Statistique médicale des hôpitaux

2.1. Généralités

De 1886 à 1969, le Bureau fédéral de statistique a réalisé une statistique médicale des cas traités dans les cliniques psychiatriques suisses. En 1969, la VESKA a mis en place un projet de statistique hospitalière des diagnostics et des opérations. L'objectif prioritaire était de réunir une documentation médicale à l'intention des divisions des hôpitaux, qui cofinancent cette statistique. Les variables relevées et les définitions répondent aux recommandations du Conseil de l'Europe.

L'utilité d'une telle enquête pour la statistique dans son ensemble et pour la recherche épidémiologique est cependant limitée, car il ne s'agit ni d'une enquête exhaustive, ni d'une enquête par échantillonnage réalisée sur la base des cas traités, de sorte qu'on ne peut établir aucun lien avec la population (calcul des taux d'hospitalisation). Par ailleurs, une part importante des divisions gynécologiques prennent part non pas à la VESKA, mais à la statistique du groupe de travail des cliniques gynécologiques et obstétriques. Dans les cantons du Tessin, de Vaud et du Valais, les hôpitaux publics sont tenus de participer à la statistique médicale de la VESKA.

2.2. Bases légales

La présente statistique s'appuie sur la loi sur la statistique fédérale.

Loi du 9 octobre 1992 sur la statistique fédérale (LSF):

La loi mentionne le devoir de mettre sur pied des statistiques sanitaires à l'échelon national (art. 3, al. 2b) et actionne la collaboration entre la Confédération, les cantons et les communes (art. 3, al. 3, et art. 7). De plus, lorsqu'il ordonne l'exécution d'un relevé, le Conseil fédéral peut rendre la participation obligatoire pour les personnes physiques ou morales (art. 6, al.1).

Des prescriptions concernant la statistique médicale des hôpitaux sont arrêtées dans l'ordonnance du 30 juin 1993 concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux (modifiée le 1er août 1995) et son annexe. Cette dernière fixe la liste des organes responsables des relevés et précise les conditions de réalisation:

Organe responsable de l'enquête:	Office fédéral de la statistique
Définition de l'enquête:	Statistique médicale des hôpitaux
Objet de l'enquête:	Caractéristiques socio-démographiques, données concernant l'hospitalisation, codes des diagnostics, codes des opérations des patients qui subissent des soins intra-muros (durée d'hospitalisation de plus de 24 heures)
Type et méthode d'enquête:	Enquête exhaustive
Milieus interrogés:	Hôpitaux
Renseignement:	Obligatoire
Date de l'enquête:	A partir de 1997 (sorties, à partir du 1er janvier 1997)
Périodicité:	annuelle
Milieus participant à l'enquête:	cantons, communes, associations hospitalières
Dispositions particulières:	Les diagnostics et les problèmes de santé s'y rapportant doivent être codés au moyen du code à quatre positions de la Classification internationale des maladies (CIM), 10e révision, les interventions chirurgicales au moyen du code à quatre positions de l'édition suisse de la classification américaine des opérations, ICD-9-CM, vol. 3. Les cantons peuvent également réaliser l'enquête en rythme mensuel. Les cantons ont le droit de réaliser le relevé à partir du 1er janvier 1996. A la demande des établissements, les cantons peuvent solliciter le Département fédéral de l'intérieur pour renvoyer l'introduction d'un à deux ans.

La statistique médicale facilitera en outre le respect des exigences de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie, les hôpitaux étant obligés de tenir, à l'aide d'une méthode homogène, une comptabilité analytique et une statistique des prestations (LAMal, art. 49, al. 6).

Voici la disposition déterminante pour les données supplémentaires touchant aux nouveau-nés:

Organe responsable de l'enquête:	Office fédéral de la statistique
Définition de l'enquête:	Etat de santé des enfants nés vivants
Objet de l'enquête:	Durée de la grossesse, nombre des grossesses précédentes, déplacement de la mère ou de l'enfant avant ou après la naissance, malformations congénitales, lieu de naissance et données pouvant être mises en relation avec celles de la statistique des naissances
Type et méthode d'enquête:	Enquête exhaustive
Milieux interrogés:	Médecins et sages-femmes
Renseignement:	Facultatif
Date de l'enquête:	-
Périodicité:	Permanente à partir de 1996
Milieux participant à l'enquête:	-
Dispositions particulières:	L'Office peut adresser au médecin compétent les demandes de compléments d'information provenant des services de statistique et des centres de recherche

2.3. Champ de l'enquête et définitions

Sont reconnus comme hôpitaux, les établissements en activité 24 heures sur 24 qui accueillent des patients pour des examens, des traitements et des soins intra-muros. Ces soins doivent être dispensés en continu par un personnel formé sous la surveillance d'un médecin.

Une délimitation qui tient compte de critères économiques est faite entre secteur public et secteur privé. Enfin, la liste des établissements est tirée du Registre des entreprises et des établissements et confirmée par les services cantonaux concernés. Le classement par catégorie est effectué à posteriori selon une typologie hiérarchique qui tient compte de la mission de l'établissement et de la gamme principale des prestations offertes.

2.4. Conception détaillée d'avril 1996, tests et consultation

En accord avec la planification du projet, l'OFS a produit une conception détaillée provisoire en avril 1996. Cette conception a été envoyée aux différents partenaires pour consultation; il s'agit principalement des

offices cantonaux désignés, des offices fédéraux concernés (OFAS, OFSP) et des associations compétentes (telles que H+/VESKA, la FHM, l'association des patients). Ces organes ont été appelés à se prononcer sur la pertinence et la cohérence du projet. Un questionnaire, tiré du catalogue des variables, a été testé auprès de quelques hôpitaux.

Les nombreuses prises de position issues de la consultation et les résultats des tests ont été analysés en automne 1996. Une synthèse des remarques a été réalisée. Un dernier travail dans les sous-groupes d'accompagnement a permis de revoir l'ensemble du projet et de rédiger l'actuelle conception définitive, version 1997.

2.5. Cohérence avec la statistique hospitalière, la statistique des coûts par cas et les statistiques sur la vitalité

Il faut pouvoir mettre en relation la statistique médicale avec les données administratives des hôpitaux (statistique hospitalière). On peut ainsi déterminer le « case-mix » (soit la composition de la population des patients) au niveau de l'hôpital et pour les principaux postes de dépenses. Ce « case-mix » permet de comparer les ressources ou les coûts entre les hôpitaux.

La coordination avec la statistique des coûts par cas doit par ailleurs être garantie. Le relevé des coûts par cas devrait être réalisé à l'avenir au moyen d'un catalogue complémentaire de questions relatives à la statistique médicale.

Des données statistiques sur les décès et les naissances dans les hôpitaux seront également relevées dans le cadre de la statistique médicale. Ce mode de collecte ne remplace pas l'obligation légale de renseigner sur ces événements, qui reste en vigueur.

Dans la statistique des causes de décès, ces derniers, qu'ils soient dus à une cause unique ou à des causes multiples, seront attestés par écrit par le médecin, puis codés par l'OFS d'après la CIM-10. On continuera de procéder ainsi, car il n'apparaît pas utile d'initier les médecins aux techniques complexes de codage utilisées pour la statistique de la mortalité. La statistique médicale comprend également les diagnostics principaux et les diagnostics supplémentaires des patients décédés à l'hôpital. Ces diagnostics sont documentés en fonction de la morbidité, c'est-à-dire des diagnostics entrant en ligne de compte dans l'enquête et le traitement.

3. Objectifs, buts de la statistique et limites

3.1. Objectifs

La statistique médicale des hôpitaux a pour buts de:

1. garantir la surveillance épidémiologique de la population résidente suisse. Doivent notamment pouvoir être constatées l'incidence et la

prévalence des principales maladies au sein de la population résidente des cantons et de la Suisse. Il s'agit des maladies infectieuses soumises à déclaration, du cancer, des malformations ainsi que du genre de traitement et des risques inhérents à ce traitement;

2. poser les bases d'une saisie homogène des prestations médicales et du contrôle de la qualité dans les hôpitaux tels qu'ils sont fixés dans l'art. 49 de la LAMal (statistique des prestations). Grâce à des systèmes de classification des patients ('diagnosis related groups, DRG' p. ex.), les cas d'hospitalisation peuvent être décrits d'après des critères médicaux en vue d'une tarification par cas ou de la formation d'enveloppes budgétaires.
3. offrir des données médicales de base pour étudier les structures intercantionales offrant des prestations dans le domaine hospitalier. Cela est particulièrement important compte tenu de la diversité cantonale des couvertures hospitalières et des mesures de planification hospitalière exigées par la loi (cf. art. 39 LAMal);
4. offrir des données pour des statistiques de synthèse intercantionales ou internationales, pour la recherche scientifique et pour le public.

3.2. Buts de la statistique

Aperçu des prestations fournies par les hôpitaux

Les traitements médicaux dispensés en milieu hospitalier constituent le noyau des prestations d'un hôpital. On considère normalement un jour d'hospitalisation comme une unité statistique permettant de mesurer la prestation. Les prestations en rapport avec le patient ne doivent pas être prises en compte. Elles doivent être saisies sous forme de cas définis d'après les diagnostics et les traitements. Cela permet de:

- ####décrire la population des patients/les produits des hôpitaux (« case-mix »),
- étudier le taux de réhospitalisation selon le diagnostic, le genre et la catégorie de traitement,
- décrire le territoire couvert par l'hôpital par diagnostic, opération ou catégorie « case-mix ».

Constitution des bases pour une saisie homogène des prestations et calcul des coûts par cas

Une saisie homogène des prestations est un préalable nécessaire à l'utilisation de systèmes de classification des patients (DRG p. ex.) et, dans le domaine de la comptabilité analytique, au calcul des coûts par cas au moyen d'une méthode utilisable dans toute la Suisse. Un tel mode de saisie permet donc de mener des études sur l'efficacité des prestations proposées.

Contrôle de la qualité et recherche clinique

La statistique médicale peut à tout le moins constituer un instrument permettant de vérifier, sous différents aspects, l'efficacité des programmes visant à l'obtention d'une qualité élevée dans les hôpitaux. A elles seules, ces données ne sont toutefois pas suffisantes; il faut au moins tenir compte de la structure de l'hôpital, des standards en vigueur quant au traitement et de valeurs de référence. La recherche clinique se trouvera facilitée par cette documentation médicale minimale et uniforme. Il s'agira le plus souvent de compléter ces données de routine par des données provenant de la recherche.

Surveillance de la population sur le plan épidémiologique

Ce projet offre une base pour la surveillance épidémiologique de la population. Les informations statistiques fournissent une large vision de l'incidence et de la prévalence des principales maladies selon le lieu, le moment et la personne. Cela peut aider à planifier et à adopter des mesures préventives et thérapeutiques, à mesurer les effets de ces mesures ainsi qu'à planifier et à mettre en oeuvre des études sur la santé publique en Suisse. Le calcul des taux d'hospitalisation livre des indications sur le mode de fonctionnement du système médical et peut être utilisé pour vérifier les structures de ce système. Ces données sur la morbidité servent également à la recherche scientifique (recherche clinique, recherche épidémiologique, recherche sur les services de santé) et sont utiles au public. La statistique médicale permet d'établir une multitude d'indicateurs sur l'état de santé de la population en Suisse.

Bases pour la planification dans les cantons et entre les cantons

Il faut regarder au-delà des frontières cantonales pour envisager d'optimiser la gestion des prestations qu'il est aujourd'hui possible d'offrir en Suisse. La couverture sanitaire étant définie au niveau des cantons, il est important de pouvoir disposer de données collectées dans toute la Suisse selon des méthodes uniformes.

La connaissance de la population des patients traités dans les différents hôpitaux permettra d'élaborer les bases d'une planification hospitalière cantonale ainsi que des critères objectifs pour les négociations intercantionales visant à renforcer la collaboration entre régions ou entre cantons.

Le manque de coordination, de comparabilité et l'absence de définitions uniformes ont incité le législateur à demander des réformes dans le domaine de la santé, ce dont témoigne la nouvelle loi sur l'assurance-maladie. Celle-ci exige en effet une saisie harmonisée des prestations fournies.

3.3. Intérêt de la statistique médicale des hôpitaux

La saisie des diagnostics et des opérations au niveau des patients dans les hôpitaux de Suisse répond non seulement aux besoins de la Confédération en matière de données statistiques, mais également à ceux des

médecins traitants, des épidémiologistes, des hôpitaux et des autorités sanitaires.

Intérêt pour la santé publique et l'épidémiologie

L'observation statistique est particulièrement importante dans un système de santé publique structuré de manière très hétérogène. Les données des hôpitaux sur la morbidité y jouent un rôle central, car elles mesurent la fréquence et l'évolution relative des maladies à l'origine des hospitalisations et montrent quels secteurs hospitaliers contribuent le plus aux coûts de la santé.

Les questions épidémiologiques peuvent concerner l'évolution de l'incidence de l'asthme, de l'infarctus du myocarde ou des fractures du col du fémur. De telles informations servent à la planification de mesures préventives ou thérapeutiques au niveau régional ou national. Les données sur les opérations sont utilisées pour estimer la justesse des indications médicales, les résultats des méthodes de traitement ou la qualité des prestations.

Intérêt pour les médecins traitants

L'utilité de ces données pour les médecins traitants est de trois ordres. Premièrement, elles permettent à ces derniers de documenter leurs propres activités grâce à des instruments valables aussi bien en Suisse qu'à l'étranger et de dresser de manière efficace des statistiques sur les traitements et les opérations qu'ils ont pratiqués. Deuxièmement, ces données constituent la base d'un système visant à garantir la qualité. Les écarts par rapport aux valeurs standard ou normales sont mis en évidence, et le médecin peut comparer ses données avec celles de ses collègues. Troisièmement, ces informations livrent des éléments sur le « case-mix » et, à partir de là, sur les ressources nécessaires, sur les négociations budgétaires ou tarifaires et sur le marketing.

Intérêt pour les hôpitaux

La statistique médicale peut être un instrument de gestion important pour les hôpitaux. Comparer ses données avec celles d'autres hôpitaux situés dans des régions semblables ou avec des données nationales peut livrer des enseignements intéressants concernant la fonction et la position sur le marché par rapport aux prestations offertes à la population régionale. Les données servent à la planification administrative, à l'octroi de moyens, à l'amélioration de la qualité et à l'augmentation de l'efficacité. Les enseignements qui en découlent vont enrichir l'argumentaire utilisé lors des négociations avec les autorités et les sociétés d'assurance.

Intérêt pour les cantons

Avec les nouvelles statistiques, les cantons disposent d'un aperçu de l'offre, des prestations et des coûts de la couverture de leur canton en milieu hospitalier. Ces informations servent à la planification hospitalière du canton et à l'établissement de listes d'hôpitaux, à l'analyse de la fonction de chaque hôpital et à la définition de mandats de prestations.

Elles permettent de représenter de manière détaillées les flux de patients à l'intérieur du canton et avec les autres cantons. L'analyse de la population des patients permet d'établir des indicateurs utiles pour établir ou réviser des mandats de prestations. Par ailleurs, les nouvelles statistiques fournissent les bases pour établir des modèles de financement. Des enquêtes réalisées à différentes époques et visant à mettre en évidence les différences régionales permettent en outre d'estimer le succès des mesures adoptées en matière sanitaire.

3.4. Les limites de la statistique médicale des hôpitaux

La statistique médicale n'est pas un instrument de recherche épidémiologique sur les causes de l'hospitalisation. Elle n'est pas non plus adaptée pour évaluer la qualité du traitement ou des soins. Bien qu'elle puisse servir de point de départ à une statistique portant sur l'ensemble des prestations, elle ne saurait remplacer à elle seule une telle statistique.

Dans sa forme actuelle, la statistique médicale ne donne aucune information directe concernant le domaine des soins, alors que ce dernier joue un rôle essentiel tant au niveau du traitement qu'à celui des coûts. Actuellement, des méthodes et des instruments destinés à saisir, dans le domaine des soins, des éléments tels que les diagnostics, les interventions et les prestations sont en voie de développement sur le plan international. Cependant, il n'existe pas encore d'instruments standardisés au niveau international. C'est une des principales raisons pour lesquelles nous avons renoncé pour l'heure à intégrer des données concernant les soins dans la liste minimale de données ou de réaliser une liste minimale spécialement à cet effet. Cette absence représente sans conteste une lacune qu'il s'agira de combler dès que possible, en collaboration avec la Commission suisse de statistiques sanitaires.

Vu l'hétérogénéité de l'objet de l'enquête, il s'agira de réviser, dans un proche avenir, quelques définitions et certaines des variables relevées. Cela devra se faire après que le Conseil fédéral aura défini les modalités d'une nouvelle statistique des prestations et d'une nouvelle comptabilité analytique.

4. Unité statistique

La statistique médicale se fondera sur une enquête exhaustive centrée sur le patient qui effectue un séjour hospitalier ou semi-hospitalier. L'unité statistique est le traitement défini à partir du diagnostic principal et dispensé dans un hôpital ou une clinique.

4.1. Typologie des hôpitaux

Plus particulièrement, les hôpitaux sont des institutions qui accueillent des patients pour des diagnostics, des traitements et des soins intra-muros. Le terme intra-muros se rapporte aux traitements qui impliquent en règle générale un séjour continu de plus d'un jour dans une institution. La condition préalable est de recevoir des soins en continu par un

personnel formé et sous la responsabilité d'un médecin (dont la disponibilité en tout temps doit être garantie par contrat). Le service doit être en activité 24 heures sur 24.

La typologie présentée ci-dessous sert avant tout à l'organisation du relevé dans les hôpitaux et à la répartition uniforme des établissements d'après la nomenclature des activités économiques coordonnées avec différentes autres statistiques, de la Confédération et des autres pays européens. Cette typologie n'a aucun rapport avec les typologies cantonales qui sont principalement utilisées à des fins de planification de la couverture sanitaire.

1. Hôpitaux généraux (code NOGA 8511A, voir §5.1.1): traitement des maladies corporelles assuré par plusieurs disciplines médicales.
 - 1.1 Hôpitaux non universitaires:
 - 1.2 Hôpitaux universitaires: disciplines médicales appartenant à des facultés de médecine.
2. Cliniques spécialisées (code NOGA 8511B): traitement des maladies corporelles assuré pour une seule spécialité (p. ex. maternité, hôpital pour enfants, clinique ophtalmologique, clinique pneumologique, clinique de rhumatologie, réadaptation médicale).
 - 2.1 Cliniques spécialisées non universitaires: traitement des maladies corporelles assuré pour une seule spécialité
 - 2.2 Cliniques spécialisées universitaires: disciplines médicales appartenant à des facultés de médecine.
3. Cliniques psychiatriques (code NOGA 8511C): traitement des maladies mentales.
 - 3.1 Cliniques psychiatriques:
 - 3.2 Cliniques psychiatriques universitaires: disciplines médicales appartenant à des facultés de médecine.
4. Cliniques de gériatrie (code NOGA 8511D): traitement des maladies gériatriques (thérapie médicale active).

Cette typologie correspond à la NOGA de l'OFS (Nomenclature Générale des Activités économiques) en remplacement de la Nomenclature générale des activités économiques de 1985.

Chaque établissement est classé par l'OFS selon un type, en collaboration avec les services cantonaux compétents. Les hôpitaux sont tenus de fournir une liste minimale de données complète pour chaque phase du traitement.

4.2. Fichier de correspondance des numéros d'établissements (BUR)

L'OFS tient à disposition des partenaires cantonaux chargés du relevé de la statistique des établissements de santé une liste nominative des établissements. Cette liste permet d'une part la correspondance entre l'identité de l'établissement et le numéro BUR, et d'autre part différents attributs qui fa-

ilitent la saisie de la statistique médicale et l'interprétation des résultats diffusés par l'OFS.

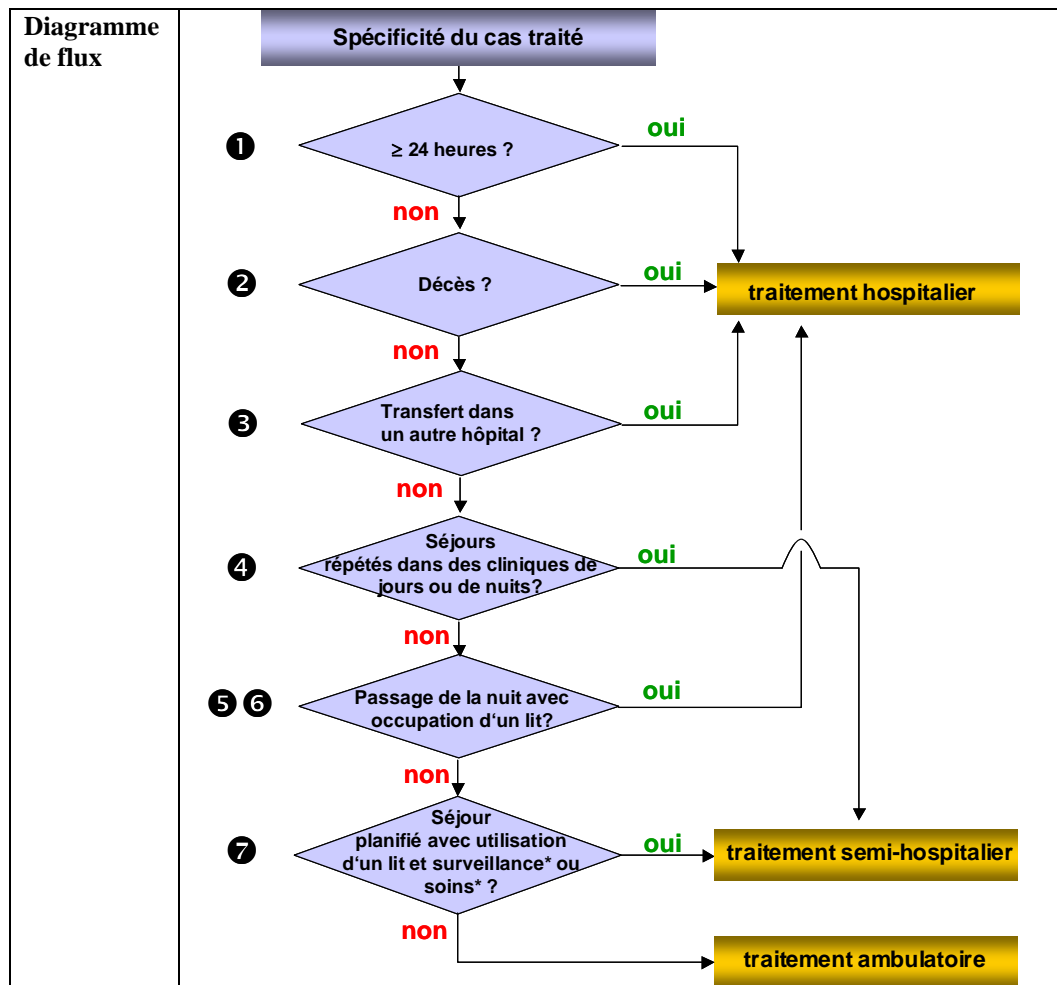
4.3. Définition du cas

Une prise en charge dans un établissement hospitalier peut correspondre à un séjour hospitalier, une semi-hospitalisation ou une prise en charge ambulatoire. Ces trois types se différencient par des notions de durée, de lieu et de planification.

Hospitalisation: Sont considérés comme traitements hospitaliers au sens de l'art. 49, al.1, de la loi les séjours à l'hôpital d'une durée d'au moins 24 heures pour des examens, des traitements et des soins. Les séjours à l'hôpital d'une durée de moins de 24 heures, au cours desquels un lit est occupé durant la nuit, ainsi que les séjours à l'hôpital en cas de transferts dans un autre hôpital ou en cas de décès sont également considérés comme séjours hospitaliers.

Semi-hospitalisation: Sont considérés comme traitements semi-hospitaliers au sens de l'art. 49, al. 5, de la loi les séjours planifiés pour des examens, des traitements et des soins qui nécessitent une surveillance ou des soins immédiatement consécutifs au traitement, ainsi que l'utilisation d'un lit. Sont également considérés comme traitements semi-hospitaliers les séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit.

Ambulatoire: Sont considérés comme traitements ambulatoires au sens de l'art. 49, al. 5, de la loi les traitements qui ne sont pas considérés comme hospitaliers ou semi-hospitaliers.



Critères Le diagramme de flux doit être interprété au moyen des critères suivants :

- ❶ Critère rempli si le patient reste au minimum 24 heures dans l'hôpital
- ❷ Critère rempli si le patient décède à l'hôpital.
- ❸ Critère rempli si le patient a été transféré dans un autre hôpital.
- ❹ Il s'agit d'une décision médicale et fait partie intégrante du plan thérapeutique du patient. Les séjours répétés en psychiatrie dans les cliniques de jours et de nuits sont des traitements semi-hospitaliers. Les séjours répétés dans d'autres domaines de prestations médicales et thérapeutiques comme par exemple la chimio- ou la radiothérapie, les dialyses, les traitements de la douleur effectués à l'hôpital, ou la physiothérapie, continuent à être considérés comme traitements ambulatoires.
- ❺ Ce critère est rempli lorsqu'un patient est dans l'hôpital à minuit (00:00).

- ⑥ Un patient est réputé occupant un lit lorsqu'il s'agit d'un lit d'unité de soins. Le traitement de patients qui nécessite uniquement le service d'urgence (aussi bien de jour que de nuit), est considéré comme ambulatoire.
- ⑤ et ⑥ Ces critères sont inséparables ; pour qu'un traitement de moins de 24 heures soit saisi et/ou facturé en tant que traitement hospitalier, il doit satisfaire tant au critère de "nuit" qu'au critère d'"utilisation d'un lit".
- ⑦ On parle de séjour planifié lorsque l'examen, le traitement ou les soins nécessitant une surveillance ou des soins immédiatement consécutifs au traitement, ainsi que l'utilisation d'un lit, sont planifiés. Lorsqu'un séjour n'est pas planifié, il s'agit d'une urgence. Sont qualifiés d'urgence, tous les séjours pour lesquels les positions tarifaires TARMED "Triage de l'urgence" 36.0010 et 36.0110 (respectivement reconnu et non reconnu) sont saisies et/ou mis en facturation. Tous les autres séjours sont des séjours planifiés. Les séjours planifiés ne nécessitant pas l'utilisation d'un lit ou de surveillance/soins immédiatement après l'examen, le traitement ou les soins, sont des traitements ambulatoires.

Au vu des définitions ci-dessus, il s'agira de saisir obligatoirement, pour la statistique médicale, tous les cas de patients ayant subi une hospitalisation ou une semi-hospitalisation.

Un cas est défini comme le traitement d'un patient fondé sur un diagnostic principal établi dans le même hôpital. Si un autre traitement a lieu sur la base d'un autre diagnostic principal, il faut considérer celui-ci comme un nouveau cas.

Lorsque différents traitements reposant sur le même diagnostic principal et correspondant, dans un même hôpital, à différentes spécialités ou différents postes de coûts, se suivent sans interruption, ceux-ci sont à considérer comme un seul séjour hospitalier.

De courtes absences n'entraînant pas la fin du traitement (sortie) sont possibles pendant un traitement intra-muros. Les absences de plus de 24 heures sont considérées comme un congé administratif et doivent être indiquées.

Font partie de telles absences les congés d'une durée maximale de 24 heures ou un bref séjour d'une durée également inférieure à 24 heures dans un autre hôpital pour un examen ou un traitement spécial.

La statistique médicale ne recense pas les consultations et les traitements entrecoupés de phases de traitements d'une durée inférieure à 24 heures si ceux-ci ne répondent pas aux critères susmentionnés.

La méthode de calcul des congés administratifs est basée sur la prise en compte des seuls congés dépassant 24 heures. Lors de congés multiples,

le principe est respecté en sommant les séjours individuels dépassant chacun un jour.

Ces définitions de cas présentent les avantages suivants:

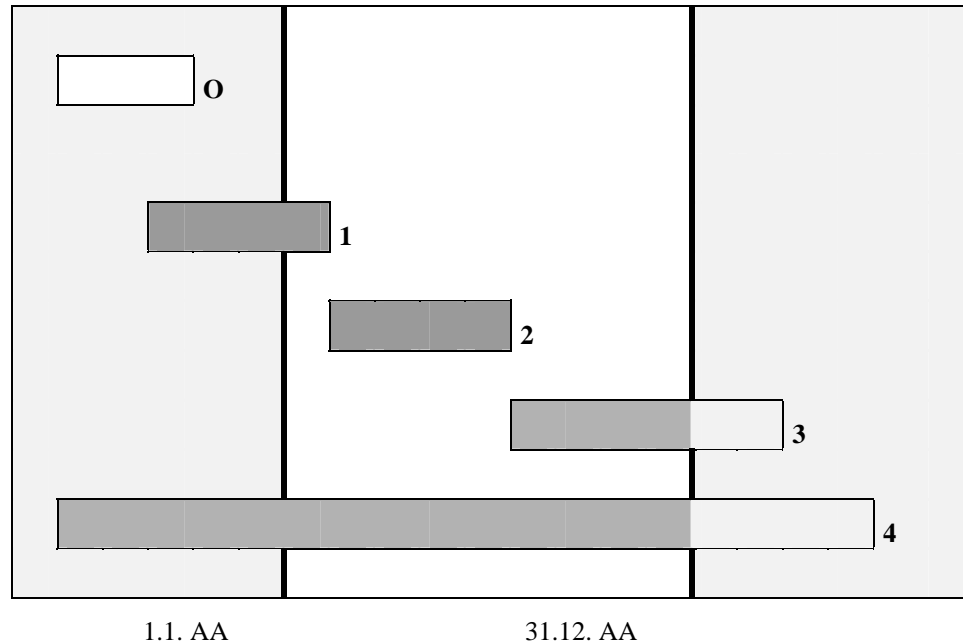
- 1) Elles correspondent mieux aux objectifs épidémiologiques fixés, puisque les transferts effectués dans un même hôpital n'ont pas d'effet.
- 2) L'organisation interne de l'établissement n'influence plus la définition du traitement, alors que ce serait le cas avec une définition se fondant sur le séjour dans une division donnée. C'est pourquoi on ne relève pas de données sur les divisions spécialisées, l'organisation des établissements étant bien trop hétérogène de ce point de vue. Pour pouvoir fournir une appréciation économique, on relève cependant le poste de coûts principal.

Ces définitions présentent cependant les inconvénients suivants:

- 1) Pour les traitements qui s'accompagnent de transferts à l'intérieur de l'hôpital, il faut réunir toutes les données à la sortie du patient. Cela requiert une organisation appropriée et un travail supplémentaire.
- 2) Il faut également saisir et, selon les besoins, exploiter des données au niveau des disciplines médicales ou des centres de charge afin que l'hôpital puisse satisfaire à des besoins internes (listes de données relatives à la discipline médicale).

Normalement, l'enregistrement est établi lors de la sortie de l'hôpital ou de la fin du traitement. Pour les patients en traitement le jour de référence (31 décembre), on établit une annonce administrative, qui ne contient pas encore de données sur les diagnostics ou sur les traitements (qui ne sont pas forcément connus à ce moment-là). Cette annonce permet d'établir l'effectif des patients le jour de référence. Lorsque le patient est hospitalisé depuis plus de 12 mois, il faut néanmoins effectuer une annonce complète incluant les diagnostics et les traitements.

On peut résumer la saisie des traitements au cours d'une période de relevé (du 1er janvier au 31 décembre) au moyen du schéma suivant:



Cas 0: aucune saisie, la période considérée étant exclue de celle du relevé

Cas 1: saisie au moyen d'une liste de données minimale

Cas 2: saisie au moyen d'une liste de données minimale

Cas 3: annonce administrative au moyen d'une liste de données réduite

Cas 4: annonce administrative au moyen d'une liste de données minimale

Alors que les cas « normaux » (1 et 2 selon le schéma) peuvent être annoncés en tout temps, de manière périodique ou une fois au début de l'année suivant celle du relevé, les annonces administratives ne peuvent être effectuées qu'au début de l'année suivante. Dans l'exemple « 3 », l'annonce administrative porte sur la période de l'année de relevé sur laquelle s'est étendu le traitement, sans que soient pris en compte les variables concernant les diagnostics, le traitement ou la date de sortie. La saisie complète s'effectue l'année suivante, comme c'est le cas dans l'exemple « 2 ». Pour ce qui est des patients de longue durée (exemple « 4 ») on effectue une annonce administrative sans indiquer la date de sortie, mais en mentionnant les diagnostics émis et les traitements dispensés jusque-là. C'est au moment de la sortie effective que l'on procède à une saisie standard des données portant sur toute la durée du traitement.

5. Variables

5.1. Liste de données minimale pour la statistique médicale des hôpitaux

Au vu des définitions formulées précédemment, il s'agira de relever, pour la statistique médicale, les données minimales suivantes, qui

concernent les cas dont la date de sortie se situe dans l'année du relevé (du 1er janvier au 31 décembre).

Variables d'ordre technique	Type de relevé Définition du cas Données supplémentaires
Fournisseur de prestations	Numéro de l'établissement Code NOGA Canton
Variables relatives au patient	Code de liaison anonyme Sexe Date de naissance Age à l'admission Région de domicile Nationalité
Variables relatives au séjour	Date d'admission (urgences: également l'heure) Séjour avant l'admission Mode d'admission Décision d'envoi Type de prise en charge Classe Séjour en soins intensifs Vacances, congés administratifs Centre de prise en charge des coûts Prise en charge des soins de base Date de sortie Décision de sortie Séjour après la sortie Prise en charge après la sortie
Diagnostics	Diagnostic principal Complément au diagnostic principal 1 à 8 (max.) diagnostics supplémentaires
Traitement chirurgical, traitement médical	Traitement principal Date du début du traitement principal 1 à 9 (max) traitements supplémentaires

Ces variables sont décrites dans le chapitre 6.2. ("Les variables de la statistique médicale en détail"). L'annexe contient des informations supplémentaires et un tableau donnant un aperçu des valeurs autorisées. On y trouve également la description d'interfaces et des remarques concernant les données demandées.

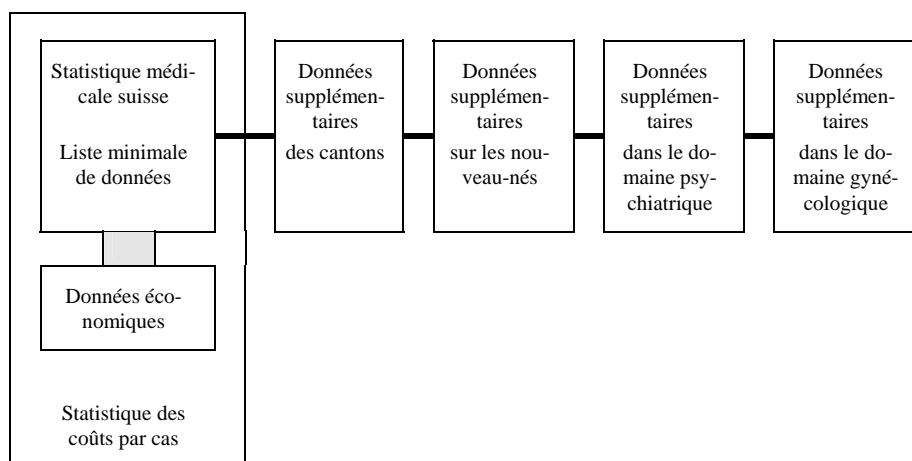
La protection de la sphère individuelle figure en tête des priorités. Pour éviter qu'un individu puisse être identifié par le couplage de la date de naissance, du domicile et de la nationalité, ces variables sont agrégées à un niveau supérieur. Le chapitre 7, consacré à la protection des données, apporte plus de détails à ce sujet.

5.2. Liste de données supplémentaires

La liste minimale des données de la statistique médicale peut être complétée par d'autres questions. Celles-ci se répartissent en modules qui se complètent l'un l'autre. Ce système s'ajoute à la liste minimale de données, valable à l'échelle suisse. Il pourra être étendu à d'autres éléments

et permettra surtout d'ajouter de manière simple des données cantonales.

L'illustration suivante montre les liens qui unissent, sur le plan du contenu, la liste minimale de données de la statistique médicale et d'autres listes de données supplémentaires cantonales ou suisses (enregistrement des nouveau-nés, données psychiatriques, etc.) d'une part, et la statistique des coûts par cas d'autre part.



Cette structure modulaire représente les fondements qui permettront de fournir les données supplémentaires dont ont besoin la statistique officielle (cf. statistique des données économiques par cas et statistique des naissances), les cantons ou les associations médicales spécialisées (voir entre autres la Société suisse de psychiatrie) qui, dès lors, pourront se doter d'un outil garantissant la qualité des informations.

5.2.1. Liste de données sur les nouveau-nés

Il est prévu de collecter, pour les nouveau-nés, une liste minimale de données, obligatoire, ainsi qu'une liste de données complémentaire. On pourra ainsi recueillir, dans le cadre de la statistique médicale, et à des fins médicales et épidémiologiques, des informations complémentaires sur les naissances intervenues à l'hôpital (plus de 95% des cas en Suisse), concernant notamment la parité, la durée de la grossesse, le poids à la naissance et les transferts. On pourra donc limiter aux naissances en ambulatoire l'organisation d'une nouvelle enquête sur les nouveau-nés, pour laquelle on prévoit de recourir à des questionnaires. Cette liste de données représente une simplification du travail administratif des hôpitaux. Mais l'obligation légale d'annoncer les décès et les naissances vivantes reste en vigueur.

L'annexe présente les variables contenues dans la liste des données supplémentaires.

5.2.2. Liste de données psychiatriques

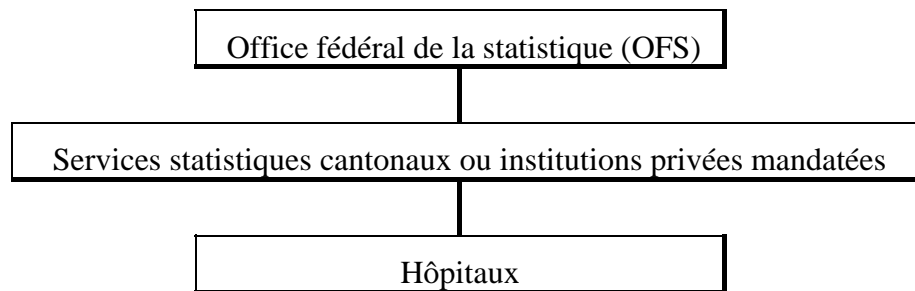
Une liste de données supplémentaires dans le domaine psychiatrique a été développée en collaboration avec la Société suisse de psychiatrie et

de l'Association suisse des chefs des cliniques psychiatriques. Cette liste porte sur des variables socio-démographiques, sur les traitements et l'accompagnement après la sortie. L'obligation de renseigner ne s'applique pas à ces données; ces dernières seront spécifiées par la suite.

6. Déroulement du relevé

6.1. Flux de données

Le déroulement du relevé se fonde sur les principes et les modèles d'organisation figurant dans la conception générale (chapitre 7). L'organisation, décentralisée, se présente comme suit:



Les hôpitaux suisses sont tenus d'indiquer les variables prévues dans la liste minimale de données pour tous les cas d'hospitalisation selon la définition sous 4.2. Il s'agit d'un relevé représentatif réalisé une fois par année dans toute la Suisse. Les cantons qui le désirent peuvent introduire un relevé mensuel ou continu des données afin de garantir une logistique parfaite dans la réalisation au niveau des hôpitaux et des services statistiques cantonaux.

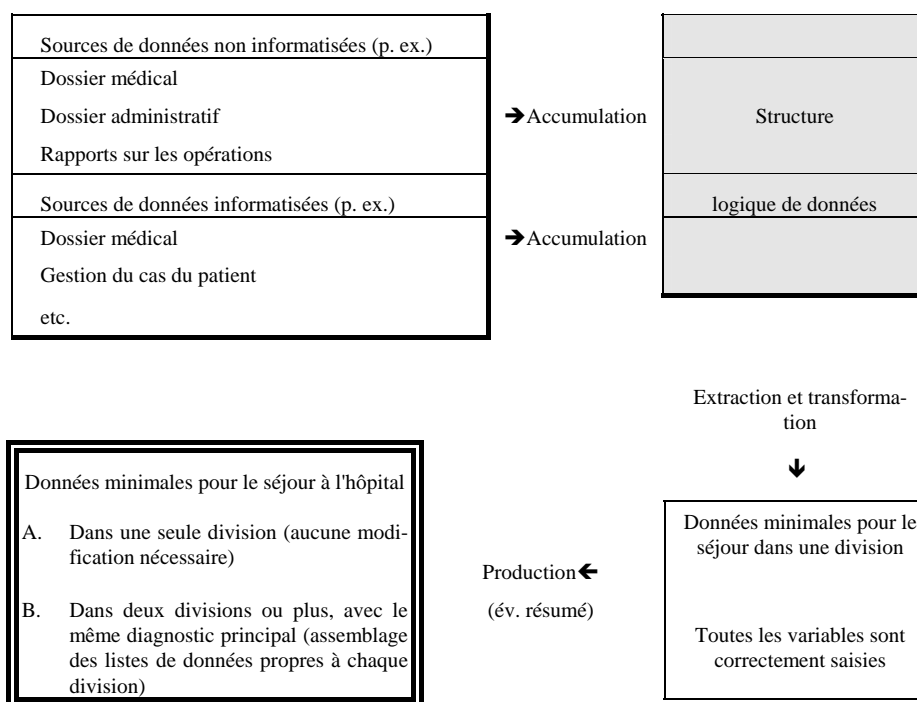
6.1.1. Tâches des hôpitaux

Les hôpitaux sont responsables de l'établissement des listes de données selon les directives susmentionnées. Il s'agit là des données minimales à collecter sur le plan suisse et/ou des données minimales à collecter sur le plan cantonal, ainsi que des données supplémentaires (les données minimales sur le plan cantonal doivent impérativement correspondre aux variables appliquées au niveau suisse). Ces listes de données sont établies vers la fin du traitement ou lors de la sortie de l'hôpital. Les annonces administratives sont quant à elles établies le 31 décembre pour les patients toujours hospitalisés ce jour-là. Aux dates convenues, toutes les listes de données réalisées au cours d'une période de relevé sont transférées au service cantonal par le biais de supports électroniques. Des directives régleront les détails des formats et du transfert informatiques. Les hôpitaux ne devraient pas envoyer de formulaires écrits aux services statistiques cantonaux. Au cas où les listes de données ne pourraient être réalisées à l'aide du système d'information hospitalier, l'hôpital doit confier la saisie des données à un service externe (outsourcing), en respectant les principes relatifs à la protection des données.

Un modèle théorique d'organisation pour la production des listes de données destinées à la statistique médicale:

Bien entendu, plusieurs possibilités s'offrent pour la production, même parmi les différentes divisions d'un seul hôpital, selon leur culture et leur expérience. Néanmoins, on peut établir, théoriquement du moins, un modèle contenant les phases de travail nécessaires.

Peu importe comment s'organise la saisie des données au sein de l'établissement ou comment fonctionne le système d'information hospitalière: les variables prévues pour la liste minimale de données qui se rapportent à un traitement chirurgical ambulatoire, intra-muros ou à une semi-hospitalisation, doivent s'insérer dans une structure logique (cf. schéma). Celle-ci doit être en mesure d'accumuler du début (entrée à l'hôpital) à la fin (sortie de l'hôpital) de tout traitement l'ensemble des informations nécessaires à l'établissement d'un diagnostic principal. Cette conception de la production constitue un système logique et ne requiert pas de directives concrètes sur les plans de l'organisation, de la technique et de l'informatique.



Généralement, la production commence au moment de l'admission du patient et se termine au moment de sa sortie. Lorsque le traitement suivi dans une division est arrivé à son terme, les données collectées peuvent être transformées (pour établir les variables nécessaires) ou extraites (pour sélectionner les diagnostics entrant en ligne de compte). On dispose ainsi d'une liste minimale de données une fois le traitement hospitalier terminé. Lorsque le patient traité dans un hôpital est transféré dans un autre ou que le traitement s'effectue dans différentes divisions, d'autres listes de données propres à chaque division doivent être éta-

blies. Celles-ci seront fondues en une seule liste de données au cours de la dernière phase de production.

Les répertoires ou les listes nécessaires au codage des différents variables peuvent être obtenues auprès du service statistique cantonal, à l'exception de la CIM-10 et de la classification suisse des opérations, disponibles en librairie ou auprès des associations et des firmes spécialisées.

6.1.2. Tâches du service statistique cantonal

Ce service organise la collecte des données auprès des hôpitaux et des cliniques du canton. Il se charge donc d'informer les établissements sur les questions de détail et sur le calendrier, de contrôler la livraison des données, de vérifier la qualité des données collectées et de transmettre à l'OFS les données minimales collectées sur le plan suisse. Le service statistique cantonal reçoit en outre de la part de l'OFS les listes de données des résidents qui se sont fait traiter dans d'autres cantons. Les services cantonaux envoient à l'OFS les données validées jusqu'au 30 juin de l'année suivante au plus tard.

Parmi les tâches principales du service statistique cantonal, on trouve en outre l'exploitation et la publication des données cantonales.

6.1.3. Tâches de l'OFS

L'OFS tient, à l'échelon suisse, le Registre des entreprises et des établissements, en collaboration avec les cantons. C'est à partir de ce registre que le relevé est réalisé.

L'OFS s'occupe, en plus de la coordination, de l'organisation du relevé sur le plan suisse. Il informe les services cantonaux sur les questions de détail et sur le calendrier, contrôle la livraison des données par les services statistiques cantonaux et transmet à ces derniers les listes de données relatives à des personnes appartenant à leur population résidente qui ont été traitées par des établissements sis hors du canton.

L'OFS établira en outre deux listes complémentaires de données:

- a) Listes de données relatives aux personnes: une fois rendues anonymes, les listes de données de la statistique médicale qui se rapportent aux traitements sont réunies à l'aide du code de liaison anonyme dans des listes relatives à des personnes (dont le nom est inconnu). Ces listes de données relatives aux personnes permettent, au contraire des données sur les traitements, d'étudier la fréquence des maladies au sein de la population résidente (nombre de personnes souffrant de diabète sucré pour 100'000 personnes résidentes p. ex.) ou la fréquence croissante des réhospitalisations en raison du raccourcissement de la durée de séjour à l'hôpital.
- b) Listes de données comprenant davantage de variables anonymes: pour rendre les données de la statistique médicale accessibles à la statistique et à la recherche scientifique, une agrégation supplémentaire des données est effectuée. L'anonymat des données s'en

trouve augmenté et le risque que l'on retrouve l'identité du patient traité est notablement réduit. La sécurité des données est donc meilleure (voir aussi 7.3).

Enfin, l'OFS s'occupe de l'exploitation et de la publication des données sur le plan suisse. Les principaux résultats sont publiés sous la forme d'indicateurs ou de taux de prévalence, essentiellement par le biais de supports électroniques, sans qu'il soit possible de retrouver l'établissement ou le cas concerné.

6.2. Les variables de la statistique médicale en détail

La liste minimale de données prévue par la statistique médicale décrit les variables soumises à l'obligation de renseigner. Dans ce chapitre, nous en expliquons les variables. Les données exactes figurent dans l'annexe, accompagnées d'explications, de définitions et de détails techniques; le tout sous forme d'un questionnaire (annexe I) et d'une liste de variables (annexe II). Les numéros entre parenthèses correspondent aux sous-chapitres de la liste des variables.

6.2.1. Données générales

Etablissement (0.1.):

Type de relevé

Cette variable sert à identifier le type de relevé auquel appartient la liste de données. On sait grâce à cette information que la liste de données concerne la statistique médicale. Lorsqu'on révisera les formats de données, on laissera dans ce champ la place pour indiquer en plus la version de la liste en question.

Spécification: MB = liste de données de la statistique médicale ('B' données de base).

Numéro d'établissement

Le numéro d'établissement, un numéro à huit chiffres attribué de manière arbitraire, désigne l'institution en question, conformément au Registre des entreprises et des établissements de l'OFS (numéro REE). Cette identification permet d'exploiter les données médicales par institution et de mettre en relation les données avec la statistique hospitalière et d'autres données structurelles provenant du REE.

Spécification: Chaque hôpital se voit attribuer, de manière arbitraire, un numéro d'identification. Ce numéro (numéro REE) est délivré par l'OFS, en collaboration avec les services cantonaux responsables.

Code NOGA

En collaboration avec les services cantonaux, on classe chaque établissement selon son type. Voir à ce propos le chapitre 4.1, typologie des hôpitaux.

Spécification: Numéro OFS-NOGA correspondant au type d'établissement.

Canton

Abréviation figurant sur les plaques minéralogiques.

Identification du cas (0.2):

Code de liaison anonyme

Pour analyser les cas de réhospitalisation, pour étudier les flux de patients au sein d'une même région et entre différentes régions (traitements suivis hors du canton p. ex.) et pour réaliser des études épidémiologiques, il doit être possible de relier, pour une même personne, différentes phases de traitement, indépendamment du lieu et du moment. On recourt pour ce faire à des études longitudinales, qui reposent sur une méthode classique, souvent utilisée en épidémiologie et en démographie. Cette variable permet de réaliser ce type d'exploitation de manière anonyme.

Pour protéger la sphère personnelle de chaque individu, on ne relève pas de données nominatives, mais on recourt à un procédé de codage à plusieurs niveaux pour créer un code de liaison anonyme. Pour générer ce code, on part de données constantes, comme le prénom et le nom, la date de naissance et le sexe de la personne. Le codage est unidirectionnel, c'est-à-dire qu'on ne peut identifier la personne à partir du code. Le document intitulé "La protection des données dans la statistique médicale" apporte des détails techniques et méthodologiques sur le code de liaison anonyme.

Spécification: A partir du prénom et du nom, de la date de naissance et du sexe de la personne traitée, on crée un code de liaison anonyme. L'algorithme utilisé est fourni aux hôpitaux afin que ceux-ci l'intègrent dans leurs programmes.

Définition du cas

Les annonces statistiques portent aussi bien sur des cas dont la durée de traitement est comprise dans la période de relevé (année civile) que sur les traitements s'étendant sur plusieurs années; ces derniers sont indiqués sous forme d'annonce administrative et permettent de dresser un inventaire global des patients traités au cours d'une année donnée.

Spécification: Indiquer s'il s'agit d'une liste minimale de données (A, correspondant au cas 1, 2 de la page 20) ou d'une annonce administrative au moyen d'une liste de données réduite (B, cas 3 de la page 20) ou

d'une liste minimale de données (C, cas 4 de la page 20).

Données supplémentaires (0.3):

La liste minimale de données étant complétée par diverses autres données, il s'agit d'en indiquer la nature.

Spécification: Indiquer la nature des données jointes au cas (réponse par oui/non pour chaque type de questionnaire supplémentaire).

6.2.2. Données minimales

Données socio-démographiques (1.1):

Sexe

Le sexe est une variable fondamentale de toute exploitation statistique.

Spécification: Sexe de la personne traitée (1 - homme, 2 - femme).

Date de naissance (année de naissance obligatoire)

Cette variable est nécessaire pour des études épidémiologiques. L'indication du mois et du jour de la naissance permet de coupler cette statistique avec celles des naissances et des causes de décès, également réalisées par l'OFS.

Pour des questions liées à la protection de la sphère personnelle, on ne demande la date de naissance complète que pour les enfants jusqu'à deux ans (révolus) et en cas de décès. En revanche, l'indication de l'année de naissance est obligatoire dans tous les cas.

Spécification: Indiquer la date de naissance de la personne traitée (AAAAMMJJ). L'indication du mois et du jour est facultative, sauf pour les décès et les enfants hospitalisés de moins de deux ans (révolus).

Age à l'admission (en années révolues)

L'âge de la personne est une variable fondamentale de toute exploitation statistique: on calcule l'âge en années révolues (différence entre la date de naissance et la date d'admission).

Spécification: Calculer l'âge exact à l'admission, en années révolues (trois chiffres; différence entre la date de naissance et la date d'admission).

Région de domicile

La région de domicile est une variable socio-démographique importante. Elle situe l'institution sur le plan géographique et renseigne sur la

fréquence des maladies au niveau régional. C'est le domicile civil qu'il faut indiquer. Cela se fait à l'hôpital, au moyen du code postal à quatre chiffres. Cette indication intéresse les cantons; elle est effacée et remplacée par un code de région avant que le service cantonal ne transmette ses données à l'OFS. Pour les personnes résidant à l'étranger, on utilise le code du pays correspondant.

Spécification: Facultatif: code postal à quatre chiffres de la commune du domicile civil.

Obligatoire: indication de la région de domicile. L'OFS renseigne sur la composition des différentes régions.

Nationalité

La nationalité est une variable importante sur le plan épidémiologique, les personnes venant d'horizons lointains éprouvant souvent des difficultés avec le système de santé. Environ un cinquième de la population suisse étant étrangère, il faut tenir compte de la nationalité des personnes hospitalisées. Les nationalités extra-européennes sont regroupées.

Spécification: Cette variable est codée à l'aide des codes de pays ISO. (Code alphabétique à trois positions ISO alpha3. Les nationalités extra-européennes sont regroupées). L'OFS met à disposition les tableaux contenant les codes.

Variables concernant l'admission (1.2.):

Date et heure d'admission

La date et l'heure d'admission sont des variables essentielles sur le plan épidémiologique. Elles renseignent sur l'évolution du nombre d'hospitalisations pour une maladie donnée et représentent une base de décision en matière de politique de santé. Cette indication est par ailleurs importante pour apprécier la disponibilité d'un établissement et, donc, pour mesurer la qualité des prestations fournies.

Spécification: Doivent être indiquées la date et l'heure d'entrée complètes (AAAAMMJJhh). Est considéré comme urgent un cas qui nécessite un traitement dans les 12 heures.

Séjour avant l'admission

Cette information renseigne sur le lieu de séjour avant l'hospitalisation ainsi que sur les transferts entre les différentes institutions de santé.

Spécification: Description du lieu de séjour immédiatement avant l'admission (cercle familial, hôpital, home médicalisé, etc.).

Mode d'admission

Cette variable décrit les conditions de l'admission.

Spécification: On distingue entre les urgences (traitement nécessaire dans les 12 heures) et les admissions planifiées. La modification du diagnostic principal n'est pas un motif d'admission. Pour les nouveau-nés venus au monde à l'hôpital, on a prévu la mention "naissance". Dans un tel cas, on créera une liste de données pour nouveau-nés.

Décision d'envoi

Ce point donne des informations sur l'organisation du système médical; il est donc important du point de vue de la politique sanitaire.

Spécification: Indiquer la personne ou l'instance qui est à l'origine de l'hospitalisation. (le patient même, le service des urgences, le médecin, etc.).

Variables de séjour (1.3):

Type de prise en charge

Cette variable permet de distinguer entre les traitements ambulatoires, les hospitalisations et les semi-hospitalisations.

Spécification: Indiquer le type de prise en charge du patient (ambulatoire, semi-hospitalisation, hospitalisation, inconnu). Appliquer les définitions du chapitre 4.2.

Classe

Indiquer le genre de chambre qui accueille le patient pendant la majeure partie de son séjour à l'hôpital. Cette donnée renseigne sur les conditions auxquelles le patient est assuré. Elle informe en outre sur la situation sociale du patient; elle est facile à recueillir (information administrative standard).

Spécification: Indiquer le genre de chambre dans laquelle est placé le patient pendant l'essentiel de son séjour, et non pas tel que prévu par l'assurance. Une seule indication (commune, semi-privé, privé).

Séjour en soins intensifs

La prise en charge en soins intensifs coûte cher en personnel, en équipement et en infrastructure; cette variable permet d'estimer cette charge de manière approximative. C'est le nombre d'heures qui sert d'indicateur de cette charge.

Spécification: Indiquer le nombre d'heures passées en soins intensifs (dans des divisions reconnues par la Société suisse de médecine intensive) ou dans une unité de néonatalogie. On peut aller jusqu'à quatre positions (9999 heures, soit 416 jours au maximum).

Vacances, congés administratifs

Lorsqu'un patient quitte une institution pour plus de 24 heures mais qu'un lit reste réservé à son intention, il faut considérer cette absence comme un congé administratif. Indiquer le nombre d'heures de congé.

Spécification: Indiquer le nombre d'heures passées hors de l'institution pour congé administratif. Jusqu'à quatre positions possibles.

Données économiques (1.4):

Centre de prise en charge

Cette variable détermine le centre de prise en charge responsable du cas. Elle permet d'établir un lien comptable et représente un élément important pour des exploitations microéconomiques.

Spécification: Indiquer le centre de prise en charge responsable du cas (M000-M990).

Prise en charge des soins de base

L'indication de l'institution qui prend en charge le coût du traitement est importante pour la réalisation de statistiques économiques de synthèse (sur les coûts de la santé p. ex.).

Spécification: Indiquer l'institution qui prend en charge le traitement selon l'assurance de base de la personne domiciliée en Suisse (assurance maladie, assurance invalidité, assurance accidents, assurance militaire, etc.). Une seule réponse possible, celle de l'institution assumant la majeure partie des coûts.

Variables de sortie (1.5):

Date de sortie (heure de sortie facultative)

Connaître la date de sortie permet de calculer la durée du séjour et de déterminer le temps écoulé entre deux hospitalisations.

Spécification: Indiquer la date complète. L'indication de l'heure est facultative (AAAAMMJJhh).

Décision de sortie

Comme pour le mode d'admission, on indique ici les modalités ayant mené à la sortie ou à l'interruption du traitement. Cette variable peut également être utilisée pour mesurer la qualité des soins.

Spécification: Indiquer les modalités de sortie (de sa propre initiative, sur l'initiative du médecin, modification du diagnostic principal, etc.)

Séjour après la sortie

Comme pour le séjour avant l'admission, indiquer la situation après le départ de l'hôpital.

Spécification: Indiquer le lieu de séjour après la sortie (cercle familial, autre institution, etc.).

Prise en charge après la sortie

Cette variable renseigne sur le genre de traitement et de soins (en rapport avec le diagnostic principal) dispensés après la sortie sur recommandation ou sur ordre du médecin de l'hôpital. Cette donnée informe également sur le succès du traitement et sur le degré d'autonomie du patient après la sortie. Elle est importante du point de vue qualitatif.

Spécification: Indiquer les besoins en traitement du point de vue du médecin (patient guéri, traitement ou soins ambulatoires nécessaires (SPITEX), etc.).

Diagnostics (1.6):

Diagnostic principal

L'affection principale est définie comme l'affection qui, au terme du traitement, est considérée comme ayant essentiellement justifié le traitement ou les examens prescrits. En présence de plusieurs affections de ce type, on choisira celle qui a entraîné l'engagement des moyens les plus importants. Si aucun diagnostic n'a été posé, on retiendra comme affection principale le symptôme, le résultat s'écartant le plus de la norme ou le trouble affectant le plus la santé.

Pour autant qu'ils puissent être utilisés, il faut choisir une dague (+) ou un astérisque (*) pour coder le diagnostic principal, ces deux codes désignant deux perceptions différentes d'un même état pathologique. La dague désigne toujours le diagnostic principal. Voir également les explications du chapitre 8, intitulé "La classification des diagnostics et des opérations".

Spécification: Utiliser les codes de la CIM-10, à l'exception des numéros avec astérisque. Les codes sont indiqués sur 4 positions. Ils peuvent atteindre 5 positions pour des futurs développements.

Complément au diagnostic principal

Il s'agit d'indiquer ici soit le code avec astérisque correspondant au diagnostic principal, soit la cause externe dans les cas d'accidents ou d'intoxications (diagnostics figurant au chapitre XX de la CIM-10). Dans d'autres situations, laisser le champ vierge.

Spécification: Utiliser les codes (jusqu'à cinq positions) tirés de la CIM-10 (chapitre XX) ou un code avec astérisque correspondant au diagnostic principal.

Diagnostics supplémentaires (maladies concomitantes)

Il serait bon d'indiquer, en plus du diagnostic principal, les affections ou les troubles dont a souffert le patient pendant le traitement. Il peut s'agir soit de maladies coexistant avec la maladie principale (maladies concomitantes), soit d'affections apparues pendant le traitement et influant sur ce dernier. Ne pas mentionner d'anciennes maladies qui n'influencent aucunement le traitement. Observer les directives internationales pour le codage des diagnostics principaux et des diagnostics supplémentaires (cf. CIM-10, volume 2, chapitres 4.4.2-4.4.4).

Spécification: Utiliser les codes de la CIM-10 (jusqu'à cinq positions). Les éventuels autres codes accompagnés d'une dague ou d'un astérisque sont ajoutés l'un à la suite de l'autre, sans autre indication. Les données ne doivent concerner que les faits essentiels sur le plan médical. On peut indiquer jusqu'à 8 diagnostics supplémentaires.

Traitements (1.7):

Traitement principal

Principales interventions (traitements médicaux, opérations chirurgicales, mesures thérapeutiques ou diagnostiques) liées au diagnostic principal et codées selon la classification suisse des interventions (CHOP).

Spécification: Utiliser les codes de la CHOP (jusqu'à cinq positions).

Début du traitement principal

Cette information est utile pour les études sur la qualité des soins et la "Health Services Research".

Spécification: Indiquer la date et l'heure correspondant au début du traitement proprement dit (AAAAMMJJhh).

Traitements supplémentaires

Indiquer jusqu'à neuf traitements supplémentaires.

Spécification: Utiliser les codes de la CHOP (jusqu'à cinq positions).

7. Protection des données

Les données utilisées pour la statistique médicale concernent l'état de santé et font l'objet d'une protection particulière, comme l'exige la législation suisse en matière de protection des données sensibles. L'enquête initialement prévue, dans laquelle on aurait indiqué, à l'aide de codes Soundex, le prénom, la date de naissance et la commune de domicile de chaque patient, a été considérée comme par trop détaillée et ne satisfaisant pas aux critères de la protection des données.

7.1. Bases légales

La loi fédérale du 22 juin 1992 sur la protection des données précise que les données récoltées à des fins statistiques doivent être rendues anonymes dès que le but du traitement le permet (art. 22, al. 1a). La loi du 9 octobre 1992 sur la statistique fédérale précise que les données collectées ou communiquées à des fins statistiques ne peuvent être utilisées à d'autres fins, à moins qu'une loi fédérale n'autorise expressément une autre utilisation (art. 14, al. 1).

La LAMal et par extension l'OAMal demandent que les données collectées par l'OFS servent à la comparaison des frais d'exploitation entre les hôpitaux et à l'examen du degré de couverture des coûts, du caractère économique et de la qualité des prestations. Cette approche a pour conséquence de rendre nominative la statistique des hôpitaux (personnes morales); l'interdiction de communiquer les données à des tiers est levée pour l'OFAS et pour les gouvernements cantonaux au sens de l'art. 14, al. 1 de la LSF et rend caduque l'anonymisation des données au sens de la loi sur la protection des données.

Les autres principes de protection des données doivent toutefois être respectés, notamment:

- **la confidentialité:** "les personnes et les services chargés d'exécuter les relevés sont tenus de traiter les données de manière confidentielle, ils veillent à ce que les données soient conservées en lieu sûr" (art. 7 de l'ordonnance)
- le **secret d'office** (y compris pour les cantons) "les personnes chargées de travaux statistiques sont tenues de garder le secret ..." (art. 14 LSF) et "le traitement de données par les organes cantonaux est régi par les articles 14..." (art. 17 LSF)
- les **mesures techniques:** les producteurs de statistiques de la Confédération sont en droit de communiquer des données personnelles à des services de statistique, à des institutions de recherche de la Confédération ou à des tiers, à des fins ne se rapportant pas à des personnes, notamment dans le cadre de la recherche, de la planification ou de la statistique, si: a. ces données sont rendues anonymes dès que le début du traitement le permet; b. le destinataire ne communique ces données à des tiers qu'avec l'accord de l'organe qui les a produites; c. la forme choisie par le destinataire pour communiquer

les résultats ne permet pas d'identifier les personnes concernées et d. tout porte à croire que le destinataire respectera le secret statistique et les autres dispositions relatives à la protection des données. (art. 19 LSF).

Les offices cantonaux sont soumis aux mêmes devoirs de protection des données que l'OFS à moins qu'une législation cantonale particulière ne leur permette d'y déroger.

7.2. Conditions pour pouvoir réaliser la statistique

Il faut tenir compte des éléments suivants lorsqu'on examine les critères qui permettront de remplir les objectifs de la statistique médicale.

Pour l'analyse des réhospitalisations, il faut pouvoir coupler les différents traitements hospitaliers suivis par une même personne dans plusieurs institutions et sur plusieurs années. A cet effet, on doit disposer d'un procédé permettant de réunir les données concernant cette personne. Cela doit se faire de manière anonyme, de manière à ce qu'on ne puisse pas retrouver l'identité du patient.

Ce même procédé s'avère nécessaire pour la réalisation d'analyses épidémiologiques. Ainsi, on ne peut calculer la fréquence des maladies au sein de la population (prévalence, incidence) que si l'on connaît le nombre de traitements dispensés. Parallèlement, il faut aussi déterminer le nombre de personnes ayant bénéficié des traitements en question. Il faut donc recourir à une approche longitudinale, rendue possible par les données sur les cas traités fournies par la statistique médicale, pour calculer la taille réelle de la population hospitalisée pour une maladie déterminée (diabète sucré p. ex.).

Un autre point important est l'harmonisation avec la statistique des naissances et des causes de décès. Une telle harmonisation permettra une analyse des données plus approfondie sur le plan épidémiologique et une interprétation des statistiques sur la vitalité existantes, comme la morbidité des nouveau-nés ayant un poids réduit à la naissance ou l'évolution de certaines maladies chez les personnes âgées dans les 6 à 12 derniers mois de leur vie.

Certaines variables socio-démographiques, comme le lieu de domicile ou la nationalité, ne sont pas absolument indispensables à ce niveau de détail pour analyser les données sur le plan fédéral. Ils répondent cependant aux besoins des cantons, qui peuvent réunir de cette manière des données précises sur la fréquence des hospitalisations sur leur territoire.

7.3. Mesures pour garantir la protection des données

Les mesures permettant d'assurer la protection des données sont d'ordre technique et organisationnel. Voici un aperçu des mesures à prendre. La description détaillée et les spécifications techniques figurent

dans une conception spéciale de la protection des données intitulée "La protection des données dans la statistique médicale".

7.3.1. Mesures techniques

La création d'un code de liaison anonyme a constitué une solution au problème de la protection des données dans l'analyse des cas de réhospitalisation. Le procédé, techniquement complexe, se résume en quelques mots. Les données individuelles des personnes hospitalisées sont converties en un code crypté (procédé unidirectionnel avec hashing et codage des données). Les données identifiables sont donc transmises, de manière anonyme, aux cantons, puis à l'OFS. Arrivés à leur destination, les codes sont transformés en codes de liaison uniformes et anonymes. Ces derniers servent à reconnaître les traitements suivis par une même personne, ceux-ci étant tous accompagnés du même code anonyme. On peut ainsi déterminer les cas d'hospitalisations multiples.

Pour améliorer encore la protection des données, on n'indiquera la date de naissance complète que pour les enfants de moins de deux ans (révolus) et pour les personnes décédées. Cette mesure assure la compatibilité avec la statistique des naissances et des causes de décès.

L'indication du domicile (numéro postal) se fait par unités régionales comptant environ 10'000, mais au moins 35'000 personnes. Pour les cantons qui désirent disposer de données plus détaillées pour leur planification hospitalière, cette variable enregistrée de manière précise et ne sera codée par ces derniers qu'au moment où ils transmettront les données à l'OFS.

Les données concernant les personnes de nationalité extra-européenne sont également regroupées.

Pour augmenter la protection des données, on rend anonymes les listes minimales de données en modifiant les variables suivantes:

Liste minimale de données	Liste des données agrégées
Identification de l'hôpital	Genre d'hôpital et région géographique
Code de liaison anonyme	-
Date de naissance	Années révolues (nouveau-nés: jours)
Domicile	Région géographique

7.3.2. Mesures organisationnelles

La sécurité des données archivées à l'OFS est garantie par toute une série de mesures organisationnelles. Outre les systèmes de sécurité usuels, on trouve le codage supplémentaire du code de liaison. D'autres infor-

mations touchant à la conservation des données figurent dans la conception de la statistique médicale relative à la protection des données.

Les données individuelles complètes qui proviennent de la statistique médicale des hôpitaux et qui sont disponibles aux niveaux des cantons et de la Confédération ne peuvent être traitées que par les services statistiques des cantons et par l'OFS.

Relevons ici qu'aucune utilisation publique des données individuelles n'est possible en Suisse. Des données statistiques peuvent être mises à la disposition des chercheurs. La loi sur la statistique fédérale et l'ordonnance concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux définissent les conditions de leur utilisation.

8. La classification des diagnostics et des opérations

8.1. CIM-10

Après avoir procédé à une évaluation critique des classifications internationales existant dans le domaine médical, la Commission suisse de statistiques sanitaires (CSSS) a recommandé d'introduire en 1997, dans tous les hôpitaux du pays, deux nouveaux systèmes de classification des diagnostics et des opérations.

L'OMS a approuvé en 1990 la 10^e révision de la Classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes, dont elle a recommandé l'utilisation à partir de 1993 dans les statistiques sur la morbidité et sur la mortalité.

Organisation de la CIM-10:

La CIM-10 comprend trois volumes qui constituent les instruments fondamentaux de codage des informations relatives aux diagnostics.

- 1er volume - Table analytique

Ce volume comprend un répertoire alphanumérique systématique de l'ensemble des codes de maladies et problèmes de santé apparentés contenus dans la CIM-10. Il compte 21 chapitres répartis selon les systèmes biologiques et l'étiologie.

- 2e volume - Manuel d'utilisation

Ce volume comprend des directives à l'intention des utilisateurs étrangers, les principes de la classification, les règles fondamentales du codage et les directives concernant l'utilisation des volumes 1 et 3.

- 3e volume - Index alphabétique

Ce volume contient un répertoire alphabétique des maladies. Les termes génériques y figurent en gras; la version révisée du chapitre consacré aux tumeurs contient désormais les tumeurs malignes secondaires et une liste détaillée des syndromes éponymes.

- Version électronique

La version électronique de référence de la CIM-10 est désormais disponible sur le site www.icd10.ch.

Structure de la CIM-10:

Structure alphanumérique du code: c'est là la nouveauté essentielle par rapport à l'ICD-9. Cette structure augmente le nombre des codes disponibles et devrait faciliter les révisions futures. Toutes les lettres de l'alphabet sont utilisées. La lettre U ("update") sert à l'attribution de codes à usage local ou provisoire.

Axes de classification: l'axe représente le critère utilisé dans les différents chapitres pour classer les maladies. Ces axes reposent sur des principes cliniques ayant fait leurs preuves et se répartissent selon les critères suivants:

- manifestation (résultat)
- pathogénèse
- cause
- déroulement

Structure hiérarchique: la classification est construite selon une hiérarchie qui comprend des chapitres, des groupes, des catégories à trois chiffres et des catégories à quatre chiffres. 17 des 21 chapitres comportent les maladies systémiques et celles touchant certaines régions du corps. Deux chapitres traitent des blessures, intoxications et autres traumatismes, des causes extérieures de blessures, de leur genre et de leur localisation (chapitres XIX et XX). Certains codes (chapitre XXI) portent sur les raisons du recours aux services de santé sans qu'on soit en présence d'une maladie (examen de routine, contrôle, prévention). Le chapitre XVII traite des symptômes, des indices de maladie ou des résultats d'examens cliniques qui s'écartent de la norme, ainsi que des troubles mal définis, pour lesquels un diagnostic déterminé n'est pas possible.

Améliorations:

Les modifications et les améliorations qui caractérisent la CIM-10 reflètent les pratiques actuelles ainsi que l'évolution suivie dans le domaine des soins. L'utilisation de la classification dans les domaines de la documentation médicale, de l'épidémiologie et de l'évaluation des soins médicaux s'en trouve facilitée.

De nombreuses catégories ont été étendues par rapport à l'ICD-9 afin de permettre une description clinique plus détaillée des maladies. 855 catégories nouvelles (73%) doublent la capacité descriptive; la CIM-10 offre donc des possibilités de codage plus détaillées. Ce ne sont ainsi pas moins de 9 codes qui permettent de décrire un saignement intracé-

rébral, alors que l'ICD-9 n'en comportait qu'un. Le responsable du codage doit donc maîtriser encore mieux les termes cliniques. Les maladies qui sont apparues depuis la publication de l'ICD-9 font désormais partie de la CIM-10 (exemple: syndrome d'immunodéficience acquis (SIDA), maladie de Lyme).

Le système de la dague et de l'astérisque sera désormais utilisé en Suisse. Il permet de documenter à la fois une maladie et ses manifestations. Le code accompagné de la dague (+) vient toujours en premier; il décrit par exemple le diagnostic principal. Le code accompagné d'un astérisque (*) doit figurer au point "complément au diagnostic principal".

8.1.1. Règles de codage de la CIM-10

Il s'agit de tenir compte des directives internationales lors du codage des diagnostics principal et supplémentaires (voir la CIM-10, 2e volume, chapitre 4.4.2-4.4.4). Songeons notamment à l'utilisation du système de la dague et de l'astérisque et au codage de diagnostics de suspicion et d'états non maladifs.

- A. Pour autant qu'ils puissent être utilisés, il faut choisir une dague (+) ou un astérisque pour coder le diagnostic principal, ces deux codes désignant deux perceptions différentes d'un seul état maladif. La dague désigne le diagnostic principal et le code accompagné d'un astérisque doit figurer sous la variable "complément au diagnostic principal". Exemple: péricardite du péricarde: diagnostic principal=A18.8 (+), complément au diagnostic principal=I32.0 (*).
- B. Lorsque le diagnostic principal est considéré comme hypothétique, incertain, etc. au terme du traitement (soit lors de la sortie), et qu'il n'existe pas d'information complémentaire, c'est le diagnostic hypothétique qu'il faut coder, comme si celui-ci s'était confirmé. Exemple: le diagnostic hypothétique est celui de cholécystite aiguë: diagnostic principal=K81.0.

Lorsque des examens permettent finalement d'écartier un diagnostic hypothétique, on peut utiliser la catégorie Z03.- (observation médicale et appréciation de cas suspects). Exemple: tumeur du col de l'utérus exclue, diagnostic principal= Z03.1.

Spécification de détail:

Utiliser un code à 4 chiffres tiré de la CIM-10.

Exemple de codage des diagnostics principal et supplémentaires:

Un ouvrier tombé d'un échafaudage souffre d'une fracture des vertèbres lombaires avec paraplégie à partir de L2 ainsi que de troubles neurogéniques des fonctions vésicales et sexuelles.

Voici comment établir le diagnostic:

Diagnostic principal	fracture des vertèbres lombaires	S32.0
----------------------	----------------------------------	-------

Complément au diagnostic principal	chute d'un échafaudage	W12.6
1er diagnostic supplémentaire	Paraplégie dès L2	G82.2
2e diagnostic supplémentaire	troubles des fonctions vésicales et sexuelles	G83.4

8.2. Classification suisse des opérations (ICD-9-CM, vol. 3)

La classification des interventions chirurgicales (ICD-9-CM, vol. 3) est une adaptation américaine du 5e fascicule de la classification internationale des interventions médicales, publié à titre d'essai par l'OMS en 1978. Cette classification a été élaborée aux Etats-Unis conjointement par des sociétés et par des écoles spécialisées en chirurgie, en gynécologie, etc. placées sous la direction du Conseil national des statistiques sanitaires. Elle est la plus répandue des classifications concernant les interventions chirurgicales. C'est sur elle et sur la CIM que reposent les DRG (diagnosis related groups).

La version suisse se fonde sur la 4e édition américaine, mise à jour en 1994. Elle existe en français, en allemand et en italien.

La version 7.0 de la CHOP est désormais disponible en format électronique. Elle est téléchargeable depuis le site web de l'OFS :

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/codage/03.html

(rubrique : codage/classifications)

Le codage des traitements de la statistique médicale peut se faire dès le 01.01.2004 avec cette version mais la version 7.0 deviendra obligatoire seulement dès le 01.01.2005, pour le relevé des données 2005.

Organisation et structure de la classification des opérations:

Cette classification se compose de deux parties:

- Index alphabétique

L'index alphabétique contient un répertoire des opérations qui se fonde sur les principaux termes chirurgicaux (termes génériques) ou sur les termes exacts décrivant habituellement une intervention. Les termes éponymes y figurent également.

- Nomenclature

La nomenclature représente la classification en elle-même; elle se divise en 16 chapitres. Elle contient les désignations de classes qui s'excluent mutuellement. Le titre principal peut être suivi d'une ou de plusieurs descriptions qui en précisent le contenu.

Structure des codes: les codes sont numériques et comportent deux chiffres principaux, suivis d'un point et, selon la catégorie, d'une ou de deux décimales.

Ordre des chapitres: la structure des chapitres s'inspire plutôt de l'anatomie (chapitres I à XV) que des spécialités chirurgicales. Le chapitre XVI concerne des techniques ou des mesures diagnostiques ou thérapeutiques.

Axes de classification: à l'intérieur d'un même chapitre, l'axe de classification va de l'intervention la plus simple à l'intervention la plus complexe; il obéit en gros à l'ordre suivant:

- ponction, incision
- techniques diagnostiques (biopsies, etc.)
- excision partielle ou destruction de la lésion ou du tissu
- suture ou opération plastique
- reconstruction
- autres interventions

Améliorations

Par rapport au code opératoire de la VESKA, la Classification suisse des opérations chirurgicales (CHOP) (ICD-9-CM, vol 3) comporte davantage de codes (environ 4200). Il est ainsi possible de mieux préciser les particularités des interventions sans pour autant entrer trop dans les détails.

Par ailleurs, la nouvelle classification se caractérise par sa rigueur, puisque les classes s'excluent mutuellement: une opération ne peut être codée que dans une seule catégorie.

La mise à jour annuelle de la classification américaine des opérations constitue elle aussi une amélioration essentielle. Il s'agira de procéder de la même manière pour l'édition suisse (voir 3.8).

Conventions et règles de codage

Les deux classifications décrites plus haut représentent un compromis entre la nécessité, d'une part, d'identifier les opérations et les maladies en tant qu'entités et d'autre part, de produire des données statistiques qui apportent des informations utiles et compréhensibles. Elles reposent toutes deux sur les mêmes directives et sur les mêmes règles de classification.

Les deux classifications présentent les caractéristiques suivantes:

- Inclusion: elles se rapportent aux éléments qui doivent être classés dans une catégorie ou sous-catégorie. Elles servent essentiellement à expliquer comment coder des termes pouvant être attribués à différentes catégories proches l'une de l'autre (régions du corps, descriptions générales).
- A l'exclusion de: elles ne doivent pas figurer dans la rubrique en question, mais doivent être classées sous le code entre parenthèses. On obtient ainsi un codage uniforme de termes qui se ressemblent.

- Double codage: On obtient grâce à lui une meilleure documentation des diagnostics (indication de la cause et des manifestations p. ex.) ou des interventions (documentation des actes accomplis simultanément).

8.3. Mise à jour et adaptation des classifications

Bien que les adaptations méthodologiques ne soient pas particulièrement appréciées en statistique, les classifications médicales ne peuvent exister des décennies durant sans subir de mise à jour au vu des progrès médicaux et techniques. En médecine, ce constat s'applique notamment à la classification des diagnostics et des opérations, qui serait dépassée en quelques années sans une mise à jour permanente. Il faut absolument éviter une telle chose.

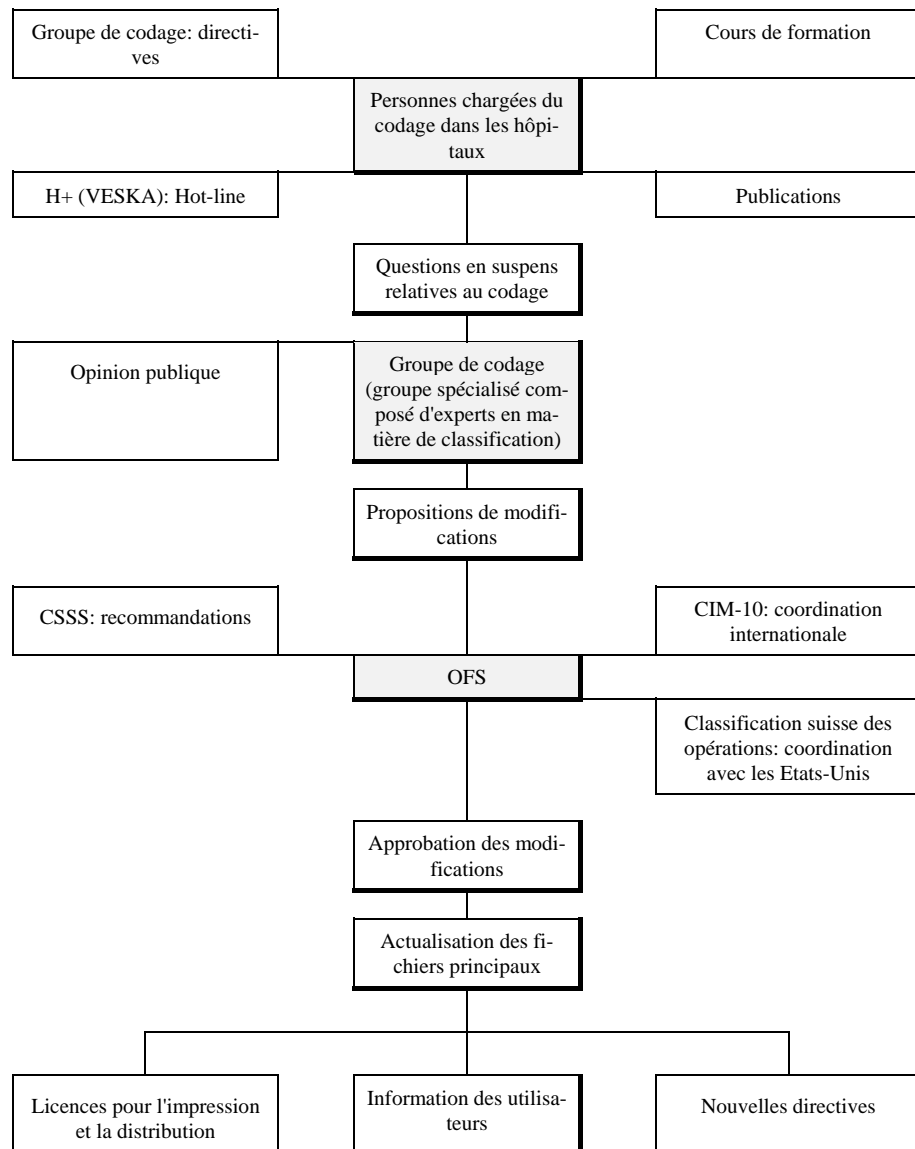
Les pays participant à la CIM-10 ont chargé l'OMS de réaliser une mise à jour permanente de la classification. Les travaux nécessaires sont réalisés par des "ICD-Collaboration Centres" mandatés par l'OMS. L'OMS s'occupe notamment des échanges d'informations entre les pays participants et les "Collaboration Centres". Les pays participants, dont la Suisse, peuvent procéder à des adaptations (définition des 5e et 6e chiffres p. ex.) ou à des mises à jour (utilisation de la lettre "U"). Pour éviter que les hôpitaux ou les cantons ne procèdent chacun dans leur coin à leurs propres adaptations ou mises à jour (ce qui coûte du temps et de l'argent), cette tâche a été confiée à un groupe de travail sur le plan suisse (voir plus bas).

Pour la mise à jour de la classification suisse des opérations (ICD-9-CM, vol. 3), il faut tenir compte en premier lieu des adaptations américaines, publiées le 1er octobre de chaque année. Ces adaptations servent de fondement aux mises à jour suisses, qui sont également coordonnées par le groupe spécialisé susmentionné.

L'Office fédéral de la statistique, qui est responsable de la publication des versions suisses de la CIM-10 et de la classification suisse des opérations, en fera paraître en principe tous les deux ans des versions actualisées.

La Confédération engage pour l'actualisation et la mise à jour des classifications suisses un groupe spécialisé qui sera composé d'experts en matière de classification médicale et disposera d'un secrétariat (secrétariat du groupe de codage) placé sous la responsabilité de H+. En plus des travaux de révision et des classifications, le groupe spécialisé et le secrétariat s'occuperont de l'élaboration de directives concernant l'utilisation des classifications.

Le schéma suivant présente les différentes phases de travail:



9. Analyses statistiques et publications

Après consolidation de la base de données fédérale, l'OFS effectuera une série d'analyses statistiques. Les tableaux standards décrits dans l'analyse informatique (concept d'exploitation, septembre 1997) seront générés et feront l'objet d'une publication annuelle. De façon optimale, cette publication devrait paraître à la fin de l'année de relevé.

Des résultats intermédiaires pourront être mis à la disposition du public sous forme de publication électronique.

Sans attendre de recevoir en retour la base de donnée consolidée de l'OFS, les offices cantonaux désignés sont libres d'analyser les données récoltées par leurs soins. Les résultats de ces analyses pourront faire l'objet de publications pour autant qu'il soit mentionné que les données sources n'ont pas été validées par l'OFS.

Statistiques des établissements de santé (soins intra-muros)

Annexes I Questionnaires

0.	Données générales	2
1.	Données minimales	3
2.	Questionnaire concernant les nouveau-nés	5
2.	Questionnaire concernant les nouveau-nés	5
3.	Données complémentaires (psychiatrie)	6

1.6.

Diagnostics

Ne remplir que pour les cas statistiques A, C (0.2V02)

- 1.6.V01 **Diagnostic principal** .
- 1.6.V02 Complément au diagnostic principal .
- 1.6.V03 1er diagnostic supplémentaire .
- 1.6.V04 2e diagnostic supplémentaire .
- 1.6.V05 3e diagnostic supplémentaire .
- 1.6.V06 4e diagnostic supplémentaire .
- 1.6.V07 5e diagnostic supplémentaire .
- 1.6.V08 6e diagnostic supplémentaire .
- 1.6.V09 7e diagnostic supplémentaire .
- 1.6.V10 8e diagnostic supplémentaire .

1.7.

Traitements

Ne remplir que pour les cas statistiques A, C (0.2V02)

1.7.V02

Date, heure du traitement

Année - mois - jour - heure

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

- 1.7.V01 **Traitement principal** .
- 1.7.V03 1er traitement supplémentaire .
- 1.7.V04 2e traitement supplémentaire .
- 1.7.V05 3e traitement supplémentaire .
- 1.7.V06 4e traitement supplémentaire .
- 1.7.V07 5e traitement supplémentaire .
- 1.7.V08 6e traitement supplémentaire .
- 1.7.V09 7e traitement supplémentaire .
- 1.7.V10 8e traitement supplémentaire .
- 1.7.V11 9e traitement supplémentaire .

2. Questionnaire concernant les nouveau-nés

A remplir pour le cas statistique A (0.2V02)

2.1. **Données générales**

2.1.V01 Type de relevé MN MN = Questionnaire nouveau-nés

2.1.V02 Numéro de naissance interne Numéro selon journal de la sage-femme

2.1.V03 Heure de la naissance : Heure de la naissance HH:MM

2.2. **Données concernant l'enfant**

2.2.V01 Etat à la naissance 0 = mort-né
1 = né vivant

2.2.V02 Naissance multiple ? 1 = simple
2 = jumeaux
3 = triplés
4 = quadruplés
etc.

2.2.V03 Rang à la naissance 1 = né en premier
2 = né en deuxième
3 = né en troisième
4 = né en quatrième
etc.

2.2.V04 Poids à la naissance grammes

2.2.V05 Longueur centimètres

2.2.V06 Malformations congénitales 0 = non
1 = oui
9 = inconnu

2.2.V07 Transfert (dans un autre hôpital après la naissance) 0 = non
1 = oui

2.3. **Données concernant la mère**

2.3.V01 Date de naissance de la mère AAAAMM(JJ)

2.3.V02 Durée de la grossesse 1 semaines et jours (révolus)
(à partir du début de la dernière menstruation)

2.3.V03 Durée de la grossesse 2 semaines et jours (révolus)
(sur la base d'un examen aux ultrasons effectué pendant la première moitié de la grossesse)

2.3.V04 Total des grossesses précédentes

2.3.V05 Nombre des naissances viv. précédentes

2.3.V06 Nombre des fausses couches ou des mortinaissances précédentes

2.3.V07 Nombre des interruptions de grossesse

2.3.V08 Transfert (mère) 0 = non
1 = oui
(d'un autre hôpital)

3. Données complémentaires (psychiatrie)

(non soumises à l'obligation de déclarer)

3.1. **Données générales**

3.1.V01 Type de relevé MP MP = données complémentaires sur la psychiatrie

3.2. **Données individuelles** A remplir pour les cas statistiques A, B, C (0.2.V02)

3.2.V01 Etat civil 1 = célibataire
2 = marié(e), vivant en couple
3 = marié(e), vivant séparément
4 = veuf/veuve
5 = divorcé(e)
9 = inconnu

Occupation avant l'admission (plusieurs réponses possibles)

3.2.V03 travail à temps partiel 0 = non, 1 = oui

3.2.V04 travail à plein temps

3.2.V05 non occupé(e) ou au chômage

3.2.V06 travail ménager à son domicile

3.2.V07 en formation (école, apprentissage, études)

3.2.V08 programme de réadaptation

3.2.V09 AI, AVS ou autre rente

3.2.V10 travail dans un cadre protégé

3.2.V11 inconnu

3.2.V02 Séjour avant l'admission (psychiatrie) 11 = à la maison, seul(e)
12 = à la maison, avec d'autres personnes
21 = à la maison, seul(e), soins à domicile
22 = à la maison, avec d'autres, soins à domicile
30 = home médicalisé
40 = foyer pour pers. âgées, instit. médico-sociale
41 = logement dans un foyer
50 = clinique psychiatrique
60 = autre hôpital (soins aigus)
70 = établissement d'exécution des peines
81 = autre
82 = sans domicile fixe
90 = inconnu

Ces données sont plus détaillées que les variables 1.2.V02 'Séjour avant l'admission' telles qu'elles figurent parmi les données minimales. La première position doit correspondre à celle indiquée sous 1.2.V02.

3.2.V12 Formation scolaire ou professionnelle la plus élevée 1 = n'a pas achevé de formation scolaire
2 = scolarité obligatoire
3 = apprent. prof. ou école prof. à plein temps
4 = école menant à la maturité
5 = haute école spécialisée/école prof. supérieure
6 = université, haute école
9 = inconnu

3.3. **Variables d'entrée**

3.3.V01 Décision d'envoi (psychiatrie) 11 = propre initiative
12 = proches, parents
20 = service de sauvetage
31 = médecin pratiquant
32 = psychiatre pratiquant
33 = hôpital
34 = clinique psych. de l'établ., trait. ambulatoire
35 = clin. psych. de l'établ., trait. semi-ambulatoire
36 = clinique psych. de l'établ., trait. intra-muros
37 = clinique psych. externe, trait. ambulatoire
38 = clinique psych. ext., trait. semi-ambulatoire
39 = clinique psych. externe, trait. intra-muros
40 = thérapeute non médecin
50 = centre de consultation, service social
60 = institution pénale, autorités judiciaires
81 = autorité: de tutelle, civile, assistance publique
82 = autorités militaires
83 = assurances, AI, CNA
84 = autre
90 = inconnu

Ces données sont plus détaillées que les variables 1.2.V04 'Décision d'envoi' telles qu'elles figurent parmi les données minimales. La première position doit correspondre à celle indiquée sous 1.2.V04.

3.3.V02 Entrée volontaire ou non? 1 = oui
2 = non
9 = inconnu

3.3.V03 Internement préventif 1 = sans
2 = avec

3.4. **Variables concernant le traitement**

3.4.V01	Nombre de jours / de consultations	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	intra-muros: nombre de jours semi-ambulatorio: nombre de jours ambulatorio: nombre de consultations	3.4.V02	Traitement	<input type="checkbox"/>	1 = intervention d'urgence 2 = consultation 3 = psychothérapie individuelle 4 = psychothérapie de couple ou en famille 5 = psychothérapie de groupe 6 = traitement psychiatrique intégré 7 = traitement/assistance sociopsychologique 8 = conseil de médecins 9 = assistance technique 10 = diagnostic (uniquement) 11 = expertise 12 = autre
Psychopharmacothérapie (plusieurs réponses possibles)							
3.4.V03	Neuroleptiques	<input type="checkbox"/>	0 = non, 1 = oui	3.4.V09	Lithium	<input type="checkbox"/>	0 = non, 1 = oui
3.4.V04	Neuroleptiques-dépôt	<input type="checkbox"/>		3.4.V10	Thérapie de substitution (méthadone, etc.)	<input type="checkbox"/>	
3.4.V05	Antidépresseurs	<input type="checkbox"/>		3.4.V11	Usage d'antagonistes (antabuse, némexine, etc.)	<input type="checkbox"/>	
3.4.V06	Tranquillisants	<input type="checkbox"/>		3.4.V12	Antiparkinsoniens	<input type="checkbox"/>	
3.4.V07	Hypnotiques	<input type="checkbox"/>		3.4.V13	Autres	<input type="checkbox"/>	
3.4.V08	Antiépileptiques	<input type="checkbox"/>		3.4.V14	Médicaments non- psychopharmacotiques	<input type="checkbox"/>	

3.5. Variables de sortie							
3.5.V01	Décision de sortie (psychiatrie)	<input type="checkbox"/>	11 = d'un commun accord 12 = à la demande du traitant 20 = à la demande du patient 30 = à la demande d'une tierce personne 40 = changement de diagnostic principal 51 = le patient s'est suicidé 52 = le patient est décédé (suicide excepté) 80 = autre 90 = inconnu	3.5.V02	Séjour après la sortie	<input type="checkbox"/>	11 = à la maison, seul(e) 12 = à la maison, avec d'autres 20 = foyer, home médicalisé 32 = foyer pour pers. âgées, autre institution médico-sociale 31 = logement dans un foyer 40 = clinique psychiatrique 50 = clinique de réadaptation 60 = hôpital 70 = établ. d'exéc. des peines 81 = sans domicile fixe 82 = autre 90 = inconnu 00 = décédé
			Ces données sont plus détaillées que les variables 1.5.V02 'Décision de sortie' telles qu'elles figurent parmi les données minimales. La première position doit correspondre à celle indiquée sous 1.5.V02.				Ces données sont plus détaillées que les variables 1.5.V03 'Séjour après la sortie' telles qu'elles figurent parmi les données minimales. La première position doit correspondre à celle indiquée sous 1.5.V03.
3.5.V03	Prise en charge après la sortie	<input type="checkbox"/>	10 = guéri, aucun besoin de suivi 21 = personne de confiance, volontaire, proche 22 = centre de consultation, service social, etc. 23 = médecin pratiquant 24 = psychiatre pratiquant 25 = psychothérapeute non médecin 26 = clinique psych. de l'établ., trait. ambulatoire 27 = clinique psych. externe, trait. ambulatoire 28 = aucune, mais serait nécessaire 30 = personnel soignant, soins à domicile, etc. 41 = hôpital 42 = clinique psych. de l'établ., trait. intra-muros 43 = clinique psych. externe, trait. intra-muros 51 = réadaptation (ambulatoire ou intra-muros) 52 = clinique psych. de l'établ., semi-ambulatoire 53 = clinique psych. externe, semi-ambulatoire 81 = autorités 82 = autre 90 = inconnu 00 = décédé				
			Ces données sont plus détaillées que les variables 1.5.V04 'Séjour après la sortie' telles qu'elles figurent parmi les données minimales. La première position doit correspondre à celle indiquée sous 1.5.V04.				

Statistiques des établissements de santé (soins intra-muros)

Annexes II Variables

Données générales	2
Etablissement	
Identification	
Données supplémentaires	
Données minimales	3
Variables d'admission	
Variables de séjour	4
Données économiques	5
Variables de sortie	
Diagnostics	7
Traitements	
Données supplémentaires (nouveau-nés)	9
Données générales	9
Données concernant l'enfant	
Données concernant la mère	10
Données complémentaires (psychiatrie)	11
Données générales	
Données individuelles	
Variables d'entrée	13
Variables concernant le traitement	14
Variables de sortie	15

N°	Intitulé	Description	Remarques	Source	Définition	Taille	Type
0.	Données générales						
0.1.	Etablissement		Ne doit pas être rempli par l'établissement.				
0.1.V01	Type de relevé	MB = statistique médicale	Genre de statistique	OFS	MB	2	AN
0.1.V02	Numéro de l'établissement (satellite santé du REE)	Numéro REE	Numéro à huit chiffres de l'institution selon le Registre des entreprises et des établissements de l'OFS (REE-GES)	OFS	-	8	N
0.1.V03	Code NOGA		Code NOGA du type d'entreprise	OFS	-	5	AN
0.1.V04	Canton		Abréviation selon les plaques numéralogiques	OFS	AG - ZH	2	AN
0.2.	Identification						
0.2.V01	Code de liaison anonyme		Nom, prénom, date de naissance et sexe transformés en un identificateur anonyme selon une procédure cryptologique décrite dans le document « Protection des données dans la statistique médicale ». Le code est tout à fait arbitraire (par ex. « sV6kOEQWi9 »).	OFS	-	16	AN
0.2.V02	Définition du cas	A = Saisie au moyen d'une liste de données minimale B = Annonce administrative avec liste de données réduite C = Annonce administrative avec liste de données minimale	Le cas « A » : Cas le plus fréquent dont la date de sortie est comprise entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre. Les diagnostics et traitements sont relevés, il est possible de calculer une durée de séjour. Le questionnaire minimal doit être rempli dans son intégralité. Le cas « B » correspond à une personne dont le traitement a commencé pendant la période de relevé mais qui est toujours hospitalisée au 31 décembre. Ne pas répondre dans ce cas aux questions des groupes « 1.5. Variables de sortie », « 1.6. Diagnostics » et « 1.7. Traitements ». Le cas « C » correspond à un traitement de longue durée dont le début se situe l'année précédant la période de relevé et pour lequel la personne est toujours hospitalisée au 31 décembre de la période de relevé. Dans ce cas, remplir le questionnaire minimal sans « 1.5. Variables de sortie ».	OFS	A-B-C	1	AN
0.3.	Données supplémentaires		Existe-t-il des données complémentaires rattachées à ce cas?				
0.3.V01	Questionnaire nouveau-nés	0 = non 1 = oui	Si 1=oui, insérer à la ligne suivant la série minimale de données une série de données sur les nouveau-nés	OFS	0 / 1	1	N
0.3.V02	Questionnaire psychiatrique	0 = non 1 = oui	Si 1=oui, insérer à la ligne suivant la série minimale de données (ou les données sur les nouveau-nés) une série de données psychiatriques	OFS	0 / 1	1	N
0.3.V03	Questionnaire des coûts par cas	0 = non 1 = oui	Si 1=oui, insérer à la ligne suivant la série minimale de données (ou les autres données supplémentaires) une série de données sur les coûts par cas	OFS	0 / 1	1	N

N°	Intitulé	Description	Remarques	Source	Définition	Taille	Type
0.3.V04	Questionnaire cantonal	0 = non 1 = oui	Si 1=oui, insérer à la ligne suivant la série minimale de données (ou les autres données supplémentaires) une série de données supplémentaires définie par le canton	Cantons	0 / 1	1	N
1. Données minimales							
1.1.	Données socio-démographiques		A remplir pour tous les cas statistiques A, B, C				
1.1.V01	Sexe	1 = masculin 2 = féminin	Pour les changements de sexe, le sexe doit être indiqué selon le sexe de l'état civil qui prévaut à l'entrée de l'établissement.	OFS	1 / 2	1	N
1.1.V02	Date de naissance	Indication de la date	Année-mois-jour de la naissance obligatoire pour les enfants de moins de 2 ans révolus et pour les personnes décédées en cours d'hospitalisation. Pour les autres cas, il s'agit d'indiquer uniquement l'année et de compléter le mois et le jour par des zéros.	OFS	AAAAMMJJ	8	N
1.1.V03	Age à l'admission	Age exact	Age en années révolues au début du séjour hospitalier (Date de l'admission - date de naissance).	OFS	0-135	3	N
1.1.V04	Région de domicile		Le fichier des paramètres géographiques a été mis à jour par une nouvelle table de concordance entre les numéros postaux et les régions OFS. Elle se trouve sous le site de l'OFS : http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/08.html Pour les personnes domiciliées en Suisse, la région de domicile est donnée selon la typologie des régions de l'OFS qui découpe le territoire en zones d'environ 10'000 habitants. Le code postal peut être indiqué en lieu et place du code des régions (facultatif). Pour les personnes domiciliées à l'étranger, la région de domicile est définie selon la typologie des nationalités de l'OFS (voir variable 1.1.V05).	OFS	AG01 - ZH99 ISO alpha3 - OFS	4	AN
1.1.V05	Nationalité		Code ISO du pays d'origine. Les nationalités extra-européennes sont regroupées en régions géographiques.	OFS	ISO alpha3 - OFS	3	AN
1.2. Variables d'admission							
1.2.V01	Date et heure d'admission		L'heure d'entrée est obligatoire pour les admissions en urgence (1.2.V04=1). Un cas urgent est défini par un traitement nécessaire dans les 12 heures.	-	AAAAMMJJHH	10	N

Statistique médicale des hôpitaux

Liste des variables

N°	Intitulé	Description	Remarques	Source	Définition	Taille	Type
1.2.V02	Séjour avant l'admission	1 = Domicile	Lieu où séjournait le patient juste avant l'admission.	OFS	1-9	1	N
		2 = Domicile avec soins à domicile					
		3 = Etablissement de santé non hospitalier médicalisé					
		4 = Etablissement de santé non hospitalier non médicalisé					
		5 = Hôpital psychiatrique					
		6 = Autre institution hospitalière (soins intra-muros)					
		7 = Institution d'exécution des peines					
		8 = Autre					
		9 = Inconnu					
1.2.V03	Mode d'admission	1 = Urgence (nécessité d'un traitement dans les 12 heures)	Circonstances de l'admission. Comment le patient a-t-il été « accueilli »?	OFS	1-4 / 8-9	1	N
		2 = Annoncé, planifié					
		3 = Naissance (enfant né intra-muros)					
		8 = Autre					
		9 = Inconnu					
1.2.V04	Décision d'envoi	1 = Initiative propre, proches	Qui a pris l'initiative de l'hospitalisation ?	OFS	1-6 / 8-9	1	N
		2 = Service de sauvetage (ambulance, police)					
		3 = Médecin					
		4 = Thérapeute non médecin					
		5 = Services sociaux					
		6 = Autorités judiciaires					
		8 = Autre					
		9 = Inconnu					
		1.3.					
1.3.V01	Type de prise en charge	1 = Ambulatoire	Indication du type de prise en charge.	OFS	1-3 / 9	1	N
		2 = Semi-hospitalisation					
		3 = Hospitalisation					
		9 = Inconnu					
1.3.V02	Classe	1 = Chambre commune	Dans le cadre du séjour hospitalier, indiquer la classe de traitement et non la catégorie pour laquelle le patient est assuré. En cas de changement durant l'hospitalisation, indiquer la classe dans laquelle le patient a séjourné le plus longtemps.	OFS	1-3 / 9	1	N
		2 = Semi-privé					
		3 = Privé					
		9 = Inconnu					

N°	Intitulé	Description	Remarques	Source	Définition	Taille	Type
1.3.V03	Séjour en soins intensifs	heures révolues	Décompte des heures de prise en charge en médecine intensive avec utilisation d'une infrastructure de médecine intensive ou séjour dans une station intensive de néonatalogie.	OFS	0-9999	4	N
1.3.V04	Vacances, congés administratifs	heures révolues	Indiquer le nombre d'heures total pendant lesquelles le lit reste vide pendant plus de 24 heures, mais reste réservé pour un patient absent.	OFS	0-9999	4	N
1.4.	Données économiques		A remplir pour tous les cas statistiques A, B, C				
1.4.V01	Centre de prise en charge des coûts	M000 = Disciplines médicales (en général) M050 = Soins intensifs M100 = Médecine interne M200 = Chirurgie M300 = Gynécologie et obstétrique M400 = Pédiatrie M500 = Psychiatrie et psychothérapie M600 = Ophtalmologie M700 = Oto-rhino-laryngologie M800 = Dermatologie et vénérologie M850 = Radiologie médicale M900 = Gériatrie M950 = Médecine physique et réadaptation M990 = Autres domaines d'activités	Centre de prise en charge auquel sont imputés les coûts principaux du cas d'hospitalisation. Cette variable est prévue en anticipation de l'introduction d'une comptabilité analytique par centres de prise charge dans les établissements hospitaliers. Devrait en principe correspondre aux centres de prestations de la statistique administrative.	OFS	M000 - M990	4	AN
1.4.V02	Prise en charge des soins de base	1 = Assurance-maladie (obligatoire) 2 = Assurance-invalidité 3 = Assurance-militaire 4 = Assurance-accident 5 = Autopayeur (par ex. étrangers sans assurance) 8 = Autre 9 = Inconnue	Principale entité qui assume les frais du séjour hospitalier correspondant à la division commune. Une seule réponse est possible.	OFS	1-5 / 8-9	1	N
1.5.	Variables de sortie		Ne par répondre à ces questions pour les annonces administratives avec liste réduite (type « B » et « C » de la variable 0.2.V02).				
1.5.V01	Date et heure de sortie		L'heure de sortie est facultative. Lors de décès, indiquer la date et l'heure du décès.	OFS	AAAAMMJJhh	10	N

Statistique médicale des hôpitaux

Liste des variables

N°	Intitulé	Description	Remarques	Source	Définition	Taille	Type	
1.5.V02	Décision de sortie	1	= Sur l'initiative du traitant	Qui a pris la décision de renvoyer le patient?	OFS	1-5 / 8-9	1	N
		2	Sur l'initiative du patient (contre l'avis du traitant)					
		3	= Sur l'initiative d'une tierce personne					
		5	= Décédé					
		8	= Autre					
		9	= Inconnu					
1.5.V03	Séjour après la sortie	1	= Domicile	Où le patient a-t-il été renvoyé? Si le patient est décédé, n'inscrire qu'un 0.	OFS	0-9	1	N
		2	= Etablissement de santé non hospitalier médicalisé					
		3	= Etablissement de santé non hospitalier non médicalisé					
		4	= Institution psychiatrique					
		5	= Institution de réadaptation					
		6	= Autre institution hospitalière					
		7	= Institution d'exécution des peines					
		8	= Autre					
		9	= Inconnu					
1.5.V04	Prise en charge après la sortie	1	= Guéri, aucun besoin de suivi	Soins, traitements ou réadaptation liés à l'hospitalisation. Il s'agit de spécifier le succès du traitement et le degré d'autonomie du patient. Ne choisir que la catégorie la mieux adaptée. Si le patient est décédé, n'inscrire qu'un 0.	OFS	0-5 / 8-9	1	N
		2	= Soins ou traitement ambulatoires (cabinet médical ou en établissement)					
		3	= Soins à domicile					
		4	= Soins ou traitement stationnaires					
		5	= Réadaptation ambulatoire ou stationnaire					
		8	= Autre					
9	= Inconnue							

N°	Intitulé	Description	Remarques	Source	Définition	Taille	Type
1.6.	Diagnostics		Ne pas répondre à ces questions pour les annonces administratives avec liste réduite (type « B » de la variable 0.2.V02).				
1.6.V01	Diagnostic principal	Code CIM-10	L'affection principale est définie comme l'affection qui, au terme du traitement, est considérée comme ayant essentiellement justifié le traitement ou les examens prescrits. En présence de plusieurs affections de ce type, on choisira celle qui a entraîné l'engagement des moyens médicaux les plus importants. Si aucun diagnostic n'a été posé, on retiendra comme affection principale le symptôme, le résultat s'écartant le plus de la norme ou le trouble affectant le plus la santé. La codification est effectuée selon les directives de la CIM-10, vol. 2. Le code peut compter jusqu'à cinq positions.	CIM-10	A0000-Z9999	5	AN
1.6.V02	Complément au diagnostic principal	Code CIM-10	Donnée complétant le code du diagnostic principal (code astérisque, code des causes externes). Les codes avec astérisque ne doivent pas être indiqués tels quels mais selon les directives de la CIM-10, vol. 2.	CIM-10	A0000-Z9999	5	AN
1.6.V03	1er diagnostic supplémentaire	Code CIM-10	Indication de la principale maladie concomitante liée au diagnostic principal. La sélection et la hiérarchisation doivent se faire selon des critères médicaux. Les codes avec dague ou astérisque seront introduits de manière « linéaire » dans les champs des diagnostics supplémentaires.	CIM-10	A0000-Z9999	5	AN
1.6.V04	2e diagnostic supplémentaire	Code CIM-10	Id.	CIM-10	A0000-Z9999	5	AN
1.6.V05	3e diagnostic supplémentaire	Code CIM-10	Id.	CIM-10	A0000-Z9999	5	AN
1.6.V06	4e diagnostic supplémentaire	Code CIM-10	Id.	CIM-10	A0000-Z9999	5	AN
1.6.V07	5e diagnostic supplémentaire	Code CIM-10	Id.	CIM-10	A0000-Z9999	5	AN
1.6.V08	6e diagnostic supplémentaire	Code CIM-10	Id.	CIM-10	A0000-Z9999	5	AN
1.6.V09	7e diagnostic supplémentaire	Code CIM-10	Id.	CIM-10	A0000-Z9999	5	AN
1.6.V10	8e diagnostic supplémentaire	Code CIM-10	Id.	CIM-10	A0000-Z9999	5	AN
1.7.	Traitements		Ne pas répondre à ces questions pour les annonces administratives avec liste réduite (type « B » de la variable 0.2.V02).				
1.7.V01	Traitement principal	Code CHOP-2	Indication du principal traitement médical décidé dans le cadre du diagnostic principal. Codage selon la classification suisse des opérations chirurgicales (CHOP-2). Le code peut compter jusqu'à cinq positions.	CHOP-2	01011-99999	5	N
1.7.V02	Début du traitement principal		Date et heure du début effectif des actes médicaux faisant partie du traitement principal (sans les préparations de routine).	OFS	AAAAMMJHH	10	N
1.7.V03	1er traitement supplémentaire	Code CHOP-2	Indication du traitement supplémentaire le plus important. Codage selon la classification suisse des opérations chirurgicales (CHOP-2).	CHOP-2	01011-99999	5	N
1.7.V04	2e traitement supplémentaire	Code CHOP-2	Id.	CHOP-2	01011-99999	5	N

N°	Intitulé	Description	Remarques	Source	Définition	Taille	Type
1.7.V05	3e traitement supplémentaire	Code CHOP-2	Id.	CHOP-2	01011-99999	5	N
1.7.V06	4e traitement supplémentaire	Code CHOP-2	Id.	CHOP-2	01011-99999	5	N
1.7.V07	5e traitement supplémentaire	Code CHOP-2	Id.	CHOP-2	01011-99999	5	N
1.7.V08	6e traitement supplémentaire	Code CHOP-2	Id.	CHOP-2	01011-99999	5	N
1.7.V09	7e traitement supplémentaire	Code CHOP-2	Id.	CHOP-2	01011-99999	5	N
1.7.V10	8e traitement supplémentaire	Code CHOP-2	Id.	CHOP-2	01011-99999	5	N
1.7.V11	9e traitement supplémentaire	Code CHOP-2	Id.	CHOP-2	01011-99999	5	N

N°	Intitulé	Description	Remarques	Source	Définition	Taille	Type
2.	Données supplémentaires sur les nouveau-nés						
2.1.	Données générales						
2.1.V01	Type de relevé	MN = questionnaire nouveau-nés	Type de relevé	OFS	MN	2	AN
2.1.V02	Numéro de naissance interne	numéro à 4 chiffres	Numéro interne correspondant à la naissance, selon le journal de la sage-femme	OFS	nnnn	4	N
2.1.V03	Heure de la naissance	heure	Heure de la naissance	OFS	hhmm	4	N
2.2.	Données concernant l'enfant						
2.2.V01	Etat à la naissance	0 = mort-né 1 = né vivant	Enfant né vivant ou né mort	OFS	0 / 1	1	N
2.2.V02	Naissances multiples	1 = simple 2 = jumeaux 3 = triplés 4 = quadruplés etc.	Indication pour les naissances multiples	OFS	1-9	1	N
2.2.V03	Rang lors d'une naissance multiple	1 = né en premier 2 = né en deuxième 3 = né en troisième 4 = né en quatrième etc.	Indication du rang lors d'une naissance multiple, comme indicateur du stress à la naissance	OFS	1-9	1	N
2.2.V04	Poids à la naissance	en grammes		OFS	0-9999	4	N
2.2.V05	Longueur	en centimètres		OFS	0-99	2	N
2.2.V06	Malformations congénitales	0 = non 1 = oui 9 = inconnu	A-t-on constaté chez l'enfant, avant ou pendant la naissance, des malformations ayant nécessité des examens complémentaires ou un traitement (y compris les malformations entraînant le décès)	OFS	0 / 1 / 9	1	N
2.2.V07	Transfert de l'enfant dans un autre hôpital	0 = non 1 = oui	L'enfant a-t-il été transféré dans un autre hôpital après la naissance?	OFS	0 / 1	1	N

N°	Intitulé	Description	Remarques	Source	Définition	Taille	Type
2.3.							
Données concernant la mère							
2.3.V01	Date de naissance de la mère	date (année et mois)	Indication de l'année et du mois obligatoire pour le couplage des données de l'enfant et de la mère.	OFS	AAAAMMJJ	8	N
2.3.V02	Durée de la grossesse 1	semaines et jours	Durée de la grossesse depuis la dernière menstruation, en semaines et en jours (semaines et jours révolus, 1er jour de la dernière menstruation= jour 0).	OFS	WWT	3	N
2.3.V03	Durée de la grossesse 2	semaines et jours	Durée de la grossesse sur la base d'un examen par ultrasons pendant la 1re moitié de la grossesse (semaines et jours révolus)	OFS	WWT	3	N
2.3.V04	Total des grossesses précédentes	nombre		OFS	0-50	2	N
2.3.V05	Nombre des naissances vivantes précédentes	nombre		OFS	0-20	2	N
2.3.V06	Nombre des fausses couches et des mortinaissances précédentes	nombre	Mort foetale (mort in utero), indépendamment de la durée de la grossesse, sans les interruptions de grossesse	OFS	0-20	2	N
2.3.V07	Nombre des interruptions de grossesse précédentes	nombre		OFS	0-30	2	N
2.3.V08	Transfert de la mère d'un autre hôpital	0 = non 1 = oui	La mère a-t-elle été transférée d'un autre hôpital avant l'accouchement?	OFS	0 / 1	1	N

N°	Intitulé	Description	Remarques	Source	Définition	Taille	Type
3.	Données complémentaires (psychiatrie)						
3.1.	Données générales						
3.1.V01	Type de relevé	MP = données compl. (psychiatrie)	Genre de données	OFS	MP	2	AN
3.2.	Données individuelles						
3.2.V01	Etat civil	1 = célibataire 2 = marié(e), vivant en couple 3 = marié(e), vivant séparément 4 = veuf/veuve 5 = divorcé(e) 9 = inconnu		Psychiatrie	1-5 / 9	1	N
3.2.V02	Séjour avant l'admission (psychiatrie)	11 = à la maison, seul(e) 12 = à la maison, avec d'autres personnes 21 = à la maison, seul(e), soins à domicile 22 = à la maison, avec d'autres, soins à dom. 30 = home médicalisé 40 = foyer pour pers. âgées, institution médico-sociale 41 = logement dans un foyer 50 = clinique psychiatrique 60 = autre hôpital (soins aigus) 70 = établissement d'exécution des peines 81 = autre 82 = sans domicile fixe 90 = inconnu	Ces données sont plus détaillées que les variables 1.2.V02 'Séjour avant l'admission' telles qu'elles figurent parmi les données minimales. La première position doit correspondre à celle indiquée sous 1.2.V02.	Psychiatrie	11 / 12 21 / 22 30 40 / 41 50 60 70 81 / 82 90	2	N
3.2.V03	Occupation avant l'admission: travail à temps partiel	0 = non 1 = oui	Question à choix multiples	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.2.V04	Occupation avant l'admission: travail à plein temps	0 = non 1 = oui	Question à choix multiples	Psychiatrie	0 / 1	1	N

Statistique médicale des hôpitaux

Liste des variables

N°	Intitulé	Description	Remarques	Source	Définition	Taille	Type
3.2.V05	Occupation avant l'admission: non occupé(e) ou au chômage	0 = non 1 = oui	Question à choix multiples	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.2.V06	Occupation avant l'admission: travail ménager à son domicile	0 = non 1 = oui	Question à choix multiples	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.2.V07	Occupation avant l'admission: en formation (école, apprentissage, études)	0 = non 1 = oui	Question à choix multiples	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.2.V08	Occupation avant l'admission: programme de réadaptation	0 = non 1 = oui	Question à choix multiples	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.2.V09	Occupation avant l'admission: AI, AVS ou autre rente	0 = non 1 = oui	Question à choix multiples	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.2.V10	Occupation avant l'admission: travail dans un cadre protégé	0 = non 1 = oui	Question à choix multiples	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.2.V11	Occupation avant l'admission: inconnue	0 = non 1 = oui	Question à choix multiples	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.2.V12	Formation scolaire ou professionnelle la plus élevée	1 = n'a pas achevé de formation scolaire 2 = scolarité obligatoire 3 = appr. prof. ou école prof. à plein temps 4 = école menant à la maturité 5 = haute école spécialisée/école prof. sup. 6 = université, haute école 9 = inconnu		Psychiatrie	1-6 / 9	1	N

N°	Intitulé	Description	Remarques	Source	Définition	Taille	Type
3.3.							
Variables d'entrée							
3.3.V01	Décision d'envoi (psychiatrie)	11 = le patient vient de sa propre initiative (avec ou sans certif.) 12 = proche, personne de confiance, volontaire 31 = médecin pratiquant 32 = psychiatre pratiquant 40 = (psycho)thérapeute non médecin 33 = hôpital 34 = clin. psych. de l'établ., ambulatoire 35 = clin. psych. de l'établ., semi-ambul. 36 = clin. psych. de l'établ., intra-muros 37 = clinique psych. externe, ambulatoire 38 = clin. psych. externe, semi-ambulatoire 39 = clin. psych. externe, intra-muros 20 = service de sauvetage (non médical, ambulance p. ex.) 50 = centre de consultation, service social 81 = autorité: de tutelle, civil, assistance publique 60 = institution pénale, autorités judiciaires 82 = autorités militaires 83 = assurances, AI, CNA 84 = autre 90 = inconnu	Ces données sont plus détaillées que les variables 1.2.V04 'Décision d'envoi' telles qu'elles figurent parmi les données minimales. La première position doit correspondre à celle indiquée sous 1.2.V04.	Psychiatrie	11 / 12 20 31-39 40 60 81-84 90	2	N
3.3.V02	Entrée volontaire ou non?	1 = oui 2 = non 9 = inconnu		Psychiatrie	1 / 2 / 9	1	N
3.3.V03	Internement préventif?	1 = sans 2 = avec		Psychiatrie	1 / 2	1	N

N°	Intitulé	Description	Remarques	Source	Définition	Taille	Type
3.4.	Variables concernant le traitement						
3.4.V01	Nombre de jours/de consultations	intra-muros: nombre de jours semi-ambulatoire: nombre de jours ambulatoire: nombre de consultations	Jusqu'à quatre positions possibles	Psychiatrie	0000-9999	4	N
3.4.V02	Traitement (ce qui a été fait)	1 = intervin d'urgence 2 = consultation 3 = psychothérapie individuelle 4 = psychothérapie de couple ou en famille 5 = psychothérapie de groupe 6 = traitement psychiatrique intégré 7 = traitement/assistance sociopsychologique 8 = conseil de médecins 9 = assistance technique 10 = diagnostic (uniquement) 11 = expertise 12 = autre		Psychiatrie	1-12	2	N
3.4.V03	Psychopharmacothérapie: Neuroleptiques	0 = non 1 = oui	Question à choix multiples	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.4.V04	Psychopharmacothérapie: Neuroleptiques-dépôt	0 = non 1 = oui	Question à choix multiples	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.4.V05	Psychopharmacothérapie: Antidépresseurs	0 = non 1 = oui	Question à choix multiples	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.4.V06	Psychopharmacothérapie: Tranquillisants	0 = non 1 = oui	Question à choix multiples	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.4.V07	Psychopharmacothérapie: Hypnotiques	0 = non 1 = oui	Question à choix multiples	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.4.V08	Psychopharmacothérapie: Antiépileptiques	0 = non 1 = oui	Question à choix multiples	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.4.V09	Psychopharmacothérapie: Lithium	0 = non 1 = oui	Question à choix multiples	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.4.V10	Psychopharmacothérapie: Thérapie de substitution (méthadone, etc.)	0 = non 1 = oui	Question à choix multiples	Psychiatrie	0 / 1	1	N

N°	Intitulé	Description	Remarques	Source	Définition	Taille	Type
3.4.V11	Psychopharmacothérapie: Usage d'antagonistes (antabuse, némexine, etc.)	0 = non 1 = oui	Question à choix multiples	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.4.V12	Psychopharmacothérapie: Antiparkinsoniens	0 = non 1 = oui	Question à choix multiples	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.4.V13	Psychopharmacothérapie: Autres	0 = non 1 = oui	Question à choix multiples	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.4.V14	Psychopharmacothérapie: Médicaments non- psychopharmacotiques	0 = non 1 = oui	Question à choix multiples	Psychiatrie	0 / 1	1	N

3.5.

Variables de sortie

3.5.V01	Décision de sortie (psychiatrie)	11 = d'un commun accord 12 = à la demande du traitant 20 = à la demande du patient (seulement contre l'avis du traitant) 30 = à la demande d'une tierce personne 40 = changement de diagnostic principal 51 = le patient s'est suicidé 52 = le patient est décédé (suicide excepté) 80 = autre 90 = inconnu	Ces données sont plus détaillées que les variables 1.5.V02 'Décision de sortie' telles qu'elles figurent parmi les données minimales. La première position doit correspondre à celle indiquée sous 1.5.V02.	Psychiatrie	11 / 12 20 30 40 51 / 52 80 90	2	N
---------	----------------------------------	--	---	-------------	--	---	---

N°	Intitulé	Description	Remarques	Source	Définition	Taille	Type
3.5.V02	Séjour après la sortie (psychiatrie)	11 = à la maison, seul(e)	Ces données sont plus détaillées que les variables 1.5.V03 'Séjour après la sortie' telles qu'elles figurent parmi les variables minimales. La première position doit correspondre à celle indiquée sous 1.5.V03.	Psychiatrie	00	2	N
		12 = à la maison, avec d'autres personnes			11		
		20 = foyer, home médicalisé			12		
		32 = foyer pour pers. âgées, autre institution médico-sociale			20		
		31 = logement dans un foyer			31 / 32		
		40 = clinique psychiatrique			40		
		50 = clinique de réadaptation			50		
		60 = hôpital			60		
		70 = établ. d'exécution des peines			70		
		81 = sans domicile fixe			81 / 82		
		82 = autre			90		
		90 = inconnu					
		00 = décédé					

N°	Intitulé	Description	Remarques	Source	Définition	Taille	Type
3.5.V03	Prise en charge après la sortie (psychiatrie)	10 = guéri, aucun besoin de suivi 21 = personne de confiance, volontaire, proche 22 = centre de consultation, service social 23 = médecin pratiquant 24 = psychiatre pratiquant 25 = psychothérapeute non médecin 26 = clin. psych. de l'établ., trait. ambulat. 27 = clin. psych. ext., trait. ambulatoire 28 = aucune, mais serait nécessaire 30 = personnel soignant, soins à domicile 41 = hôpital 42 = clinique psych. de l'établ., traitement intra-muros 43 = clinique psych. ext., trait. intra-muros 51 = réadaptation (ambulatoire ou intra-muros) 52 = clinique psych. de l'établissement, semi-ambulatoire 53 = clin. psych. ext., semi-ambulatoire 81 = autorités 82 = autre 90 = inconnu 00 = décédé	Ces données sont plus détaillées que les variables 1.5.V04 'Prise en charge après la sortie' telles qu'elles figurent parmi les données minimales. La première position doit correspondre à celle indiquée sous 1.5.V04.	Psychiatrie	00 10 21-28 30 41-43 51-53 81 / 82 90	2	N