

Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive  
Unité de Statistique  
Lausanne

**Validation du codage des diagnostics dans  
les établissements médicaux vaudois :  
Données 2000**

Rapport final

au

Service cantonal de recherche et d'information  
statistiques de  
l'Etat de Vaud

Préparé par

Hélène Gauthier, Alfio Marazzi, Alex Randriamiharisoa

## Table des matières

<b>I. INTRODUCTION .....</b>	<b>3</b>
<b>II. METHODOLOGIE .....</b>	<b>3</b>
<b>III. RESULTATS .....</b>	<b>6</b>
<b>IV. CONCLUSIONS.....</b>	<b>7</b>
<b>Annexe 1 : Tailles des échantillons, nombre de visites et déplacements .....</b>	<b>9</b>
<b>Annexe 2 : Nombre de dossiers échantillonnés et nombre de dossiers non trouvés par établissement.....</b>	<b>10</b>
<b>Annexe 3 : Analyse par établissement I .....</b>	<b>11</b>
<b>Annexe 4 : Analyse par établissement II.....</b>	<b>20</b>
<b>Annexe 5 : Sommaire des constats (H. Gauthier) .....</b>	<b>30</b>
<b>Annexe 6 : Sommaire des constats par hôpitaux (H. Gauthier) .....</b>	<b>36</b>
1. Centre Hospitalier Universitaire Vaudois .....	37
2. Hôpital Ophtalmique – Lausanne.....	40
3. Hôpital Orthopédique – Lausanne .....	41
4. Hôpital de l’Enfance .....	43
5. P.M.U. – Lausanne.....	44
6. Hôpital de Morges.....	46
7. Hôpital Riviera : Site de Montreux et du Samaritain (Vevey).....	47
8. Hôpital de Zone de Nyon .....	49
9. Hôpital d’Yverdon .....	50
10. Hôpital Intercantonal de la Broye – Payerne (HIB).....	51
11. Hôpital du Chablais – Aigle et Monthey (HDC) .....	53
12. Hôpitaux de St-Loup, Orbe et La Vallée (resHO).....	55
13. Hôpital de Lavaux – Cully .....	58
14. Hôpital d’Aubonne.....	60
15. Hôpital de Rolle .....	61
16. Hôpital de Ste-Croix.....	63
17. Hôpital du Pays d’en Haut – Château d’Oex : .....	65

## I. INTRODUCTION

Une première évaluation du codage des statistiques hospitalières, concernant les données 1998 (ED98), a été effectuée en 1999-2000. Une deuxième a eu lieu en 2000-2001 pour les données 1999 (ED99). L'évaluation décrite dans ce rapport est la troisième, et elle concerne les données 2000 (ED00).

Les études sont basées sur un protocole commun décrit dans le rapport de l'ED98. En bref, chaque étude est menée en trois étapes. Premièrement, un échantillon aléatoire de séjours codés et stratifiés par établissement est tiré du fichier des statistiques médicales (OFS/SCRIS). Ensuite, un vérificateur formé ad hoc effectue un codage des cas échantillonnés ; ce codage est indépendant de celui original. Enfin, les deux codages sont comparés. Différents types de discordances (*Barazzoni F., Beffa D., Grilli R., Bianchi P. Codage des maladies et interventions chirurgicales : un projet pilote sur le contrôle de la qualité. Bulletin des médecins suisses 1999 ; 80 : 712-26*) sont repérés et évalués statistiquement.

En raison, d'une part, de la mauvaise applicabilité des codes aux soins psychiatriques, d'autre part, de l'absence des dossiers médicaux dans les cliniques privées, seuls les établissements en soins généraux du réseau d'intérêt public ont été pris en considération dans l'ED99 et l'ED00.

Pour l'ED98 et l'ED99, un assistant médecin (le Dr Ali Najda) a été engagé comme vérificateur. Celui-ci a été remplacé par une archiviste médicale (Mme Hélène Gauthier) dans l'ED00. Ce changement a amélioré de façon significative les contacts entre le vérificateur et les responsables du codage auprès des établissements. Le vérificateur a établi des rapports détaillés sur les problèmes rencontrés dans chaque hôpital. En outre, une discussion des problèmes a eu lieu.

D'autre part, les taux globaux des discordances pour le diagnostic principal observés dans l'ED00 sont généralement plus élevés que les taux observés dans l'ED99. Ceci ne peut être que partiellement expliqué par la variabilité aléatoire des échantillons; les différences sont probablement dues à une vérification plus exigeante (ou à des changements de codeurs dans les établissements).

## II. METHODOLOGIE

### 2.1 Base de données

La base de données est constituée des hospitalisations et semi-hospitalisations pour les patients sortis entre le 1er janvier 2000 et le 31 décembre 2000, enregistrées dans le fichier des statistiques médicales (OFS/SCRIS). Les 18 établissements pris en considération et le nombre de séjours effectués en 2000 auprès de ces établissements figurent dans l'Annexe 1.

Un échantillonnage aléatoire de dossiers - stratifié par établissement - a été réalisé. Les tailles des strates ont été fixées selon les règles de l'ED98 ou de l'ED99. Les tailles des échantillons ainsi que les détails du calcul se trouvent dans l'Annexe 1.

## **2.2 Déroutement des travaux**

En accord avec les plans de l'ED98 et de l'ED99, le contrôle a été fondé sur la cohérence entre les informations codées et les informations à la source (voir rapport de l'ED98 ; forme de vérification V4). Les étapes suivantes ont été réalisées.

### **Phase préparatoire**

Une lettre circulaire à destination des directeurs d'établissements a été envoyée par le SCRIS et les échantillons aléatoires d'enregistrements ont été déterminés.

### **Phase opérationnelle**

Les visites du vérificateur ont été effectuées en deux temps : janvier-avril 2002 et septembre-octobre 2002. Parallèlement, des rencontres entre le vérificateur et les responsables du codage dans les différents établissements ont eu lieu. Des rapports détaillés ont été établis, remis et discutés. Ces rapports sont fournis dans l'Annexe 6.

## **2.3 Analyse des dossiers**

Pour chaque dossier, le diagnostic principal, le diagnostic complémentaire, les diagnostics supplémentaires et les interventions ont été relevés de la lettre de sortie. Des codes ont été établis par le vérificateur et comparés avec les codes originaux.

Les sources suivantes ont été consultées pour établir les codes :

- classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes – dixième révision (CIM-10) ;
- classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) ;
- différents avis publiés dans CodeInfo (H+) ;
- le Dr. Christiane Garin et d'autres spécialistes lors de difficultés d'interprétation
- les médecins-conseil du groupe H+

## **2.4 Retour des informations**

Une feuille de « commentaires » a été complétée pour chaque hôpital pour les cas de discordance entre le code original et le code établi par le vérificateur. En particulier, les informations suivantes ont été fournies :

- le diagnostic concerné par la discordance
- le code inscrit par l'hôpital
- le code établi par le vérificateur

→ la raison de ce choix.

Les discordances ont été examinées avec les responsables du codage concernés. Les experts de H+ ont été consultés pour les cas les plus difficiles. L'Annexe 6 fournit les rapports détaillés que le vérificateur a transmis à chaque établissement. Un résumé de l'ensemble des constats (établi par le vérificateur) se trouve dans l'Annexe 5.

## Remarques

L'utilisation de la 5<sup>e</sup> position pour certains codes de la CIM-10 (principalement les codes des traumatismes) a été recommandée lorsqu'elle était possible mais non obligatoire selon les directives de H-Plus. Toutefois, aucune incohérence n'a été comptée dans l'évaluation au cas où cette position serait absente.

Le logiciel de saisie de certains hôpitaux (CHUV, hôpital de l'enfance, PMU) ne permet pas de saisir le « diagnostic complémentaire » et celui-ci est souvent saisi comme « diagnostic supplémentaire. Le diagnostic complémentaire a été évalué comme « absent » dans ce cas.

## 2.5 Critères d'évaluation

Les critères d'évaluation sont ceux de l'ED98 et de l'ED99. En outre, certains codes de diagnostic ou d'intervention ont été classés comme « en trop » lorsque le vérificateur les a jugés inutiles. Les règles de cohérence sont résumées ci-dessous.

Degré de cohérence	Diagnostic (CIM-10)	Intervention (ICD-9-CM, vol.3)
Précis	+++ .++	++ .++
Imprécis	+++ .+- ou +++ .-+	++ .+- ou ++ .-+
Faux	++- .++ ou +- .++	+- .++
Faux grave	--- .--	-- .--
Absent	Code absent malgré diagnostic décrit dans la lettre de sortie	Code absent malgré intervention décrite dans la lettre de sortie
Manque	Pas de lettre de sortie ou de dossier médical	Pas de lettre de sortie ou de dossier médical

Un code de diagnostic se compose d'une lettre en première position et de 3 ou 4 chiffres dans les positions suivantes. Un signe “ + ” indique que la lettre ou le chiffre de cette position est cohérent avec celui du vérificateur; un signe “ - ” indique que la lettre ou le chiffre est jugé erroné ou manquant. Un code de diagnostic est donc évalué comme :

- “ Précis ”, si toutes les positions sont cohérentes (cinq “ + ”) ;
- “ Imprécis ”, si la 4<sup>ème</sup> ou la 5<sup>ème</sup> position est erronée ou manquante ;
- “ Faux ”, si la 2<sup>ème</sup> ou la 3<sup>ème</sup> position est erronée ou manquante ;
- “ Faux grave ”, si la lettre en première position est erronée ou manquante.

Un code d'intervention comprend 4 chiffres. Il est évalué comme :

- “ Précis ”, si toutes les positions sont cohérentes (quatre “ + ”) ;

- “ Imprécis ”, si la 3<sup>ème</sup> ou la 4<sup>ème</sup> position est erronée ou manquante ;
- “ Faux ”, si la 2<sup>ème</sup> position est erronée ou manquante ;
- “ Faux grave ”, si la lettre en première position est erronée ou manquante.

**Remarque.** Parfois la 4<sup>ème</sup> position du code de diagnostic n'est pas utilisée et, dans ce cas, il est recommandé d'utiliser la lettre « X » dans le codage de cette position. Pour cette raison, dans l'analyse des données 1998, un code avait été classé comme « Imprécis » si le « X » était absent.

Cette règle a été abandonnée dans l'analyse des données 1999 et 2000.

### III. RESULTATS

Cette section résume l'exhaustivité de l'étude et les comptages des cas selon leur degré de cohérence (Précis, Imprécis, Faux, Faux grave, Absent et En trop) avec le code établi par le vérificateur pour l'ensemble des hôpitaux. Les cas manquants sont exclus des comptages. Les résultats correspondants pour chaque hôpital, sont donnés dans les Annexes 3 et 4.

#### Exhaustivité

Parmi les dossiers échantillonnés, 54 (3,45%) n'ont pas été mis à disposition du vérificateur (Annexe 2). Un code de diagnostic principal a été retrouvé dans 1500 cas (95,97%). Pour 9 hospitalisations, le code de diagnostic principal était absent (ces cas sont classés comme « Absent » dans les comptages). Pour 54 dossiers, la lettre de sortie était absente (il y avait toutefois un code de diagnostic principal dans le fichier OFS/SCRIS; ces cas sont classés comme « Manquant »).

#### Cohérence

**Table 1.** Degré de cohérence pour le code de diagnostic principal

Précis	Imprécis	Faux	Faux grave	Absent	Total
1108	127	119	146	9	1509
73,43%	8,42%	7,89%	9,68%	0,60%	100%

La Table 1 donne le degré de cohérence entre le code de diagnostic principal décrit en toutes lettres et le code de diagnostic principal attribué par la vérificatrice. Globalement, ces codes sont « Précis » dans 73.43% des cas. Ils sont donc « satisfaisants » (« Précis » ou « Imprécis ») pour les 81.85% des cas.

**Table 2.** Degré de cohérence pour le code de diagnostic complémentaire

Précis	Imprécis	Faux	Faux grave	En trop	Absent	Total
42	1	6	13	5	105	172
24,42%	0,58%	3,49%	7,56%	2,91%	61,05%	100%

La Table 2 indique que seul le 25% des codes de diagnostic complémentaire sont « Précis » ou « Imprécis ».

**Table 3.** Degré de cohérence pour les diagnostics supplémentaires

Précis	Imprécis	Faux	Faux grave	En trop	Absent	Total
1915	127	158	167	71	481	2919
65,60%	4,35%	5,41%	5,72%	2,43%	16,48%	100%

La Table 3 donne les mesures de cohérence pour l'ensemble des codes des diagnostics supplémentaires. Ce code est satisfaisant pour les 69,95% des cas.

**Table 4.** Degré de cohérence pour l'ensemble des codes d'intervention

Précis	Imprécis	Faux	Faux grave	En trop	Absent	Total
1421	78	19	44	29	230	1821
78,03%	4,28%	1,04%	2,42%	1,59%	12,63%	100%

La Table 4 donne le degré de cohérence pour l'ensemble des codes d'intervention. Ce code est satisfaisant pour les 82,31% des cas.

#### IV. CONCLUSIONS

La table suivante permet de comparer les pourcentages de codes « Précis » et « Imprécis » de l'ED98, l'ED99 et l'ED00, tous les établissements réunis. Pour établir cette comparaison, seul les établissements de l'ED00 ont été pris en considération.

**Table 5.** Pourcentages globaux de « Précis » et « Imprécis » pour l'ED98, l'ED99 et l'ED00

	Données 1998		Données 1999		Données 2000	
	Précis %	Imprécis %	Précis %	Imprécis %	Précis %	Imprécis %
Diagnostic principal	77.4	12.6	88.6	8.6	73.4	8.4
Diagnostic complémentaire	3.0	1.3	21.2	4.0	24.4	0.6
Ensemble des diag. supplémentaires	28.2	3.2	87.9	5.9	65.6	4.4
Ensemble des interventions	75.6	3.5	78.9	3.1	78.0	4.3

Pour le diagnostic complémentaire, on remarque une légère amélioration du pourcentage de « Précis » entre l'ED99 et l'ED00. Pour l'ensemble des interventions le pourcentage de « Précis » est stable. Par contre, le pourcentage de « Précis » pour le diagnostic principal et l'ensemble des diagnostics supplémentaires subit une diminution entre l'ED99 et l'ED00. Ceci ne peut être que partiellement expliqué par la variabilité aléatoire des échantillons ; les différences sont essentiellement dues à une vérification plus exigeante (voire à des changements de codeurs dans les établissements). L'analyse par établissement présentée dans la table 6 montre ces différences de façon plus détaillée.

**Table 6.** Diagnostic principal : pourcentages de Précis et Imprécis par établissement pour l'ED98, l'ED99 et l'ED00

	Diagnostic principal					
	1998		1999		2000	
	Précis %	Imprécis %	Précis %	Imprécis %	Précis %	Imprécis %
CHUV	92.5	0.0	99.0	0.0	82.6	5.4
Ophtalmique	91.7	3.6	96.0	0.0	52.8	25.8
Orthopédique	70.2	27.4	65.4	28.2	84.5	8.3
Enfance	79.7	5.4	91.8	5.9	82.9	1.2
PMU	50.0	37.5	89.3	8.9	64.3	12.5
Morges	87.5	3.4	94.0	4.8	87.9	1.1
Montreux	82.9	13.6	80.0	18.8	91.1	1.1
Vevey	93.4	4.9	87.1	8.2	80.2	1.1
Nyon	65.9	12.5	87.6	7.9	83.3	6.4
Yverdon	81.8	10.4	95.0	5.0	79.8	5.6
HIB	83.8	11.3	82.1	14.1	65.9	12.1
HDC	69.1	20.2	78.8	13.8	69.0	11.5
resHo	69.4	13.9	89.1	7.9	61.8	10.1
Lavaux	64.2	25.9	81.8	13.0	69.9	9.6
Aubonne	23.5	23.5	100.	0.0	93.5	2.6
Rolle	78.9	15.8	94.9	2.5	48.2	18.5
Ste-Croix	68.8	12.5	92.5	6.0	62.5	7.5
Pays d'en Haut	85.0	5.0	84.0	13.3	57.0	12.7

**Annexe 1 : Tailles des échantillons, nombre de visites et déplacements**

Hôpital	N	n	v	km	t	T	Km	
CHUV	30865	92	5	0	0	25	0	p 0,4
Ophthalmique	3115	90	5	2	15	175	20	d 0,1
Orthopédique	2247	89	5	0	0	25	0	k 1,96
Enfance	3214	90	5	3	15	175	30	
PMU	180	61	3	0	0	15	0	
Morges	11184	91	5	11	20	225	110	
Montreux	4381	90	5	25	35	375	250	
Vevey	5662	91	5	21	25	275	210	
Nyon	5819	91	5	39	45	475	390	
Yverdon	8992	91	5	45	45	475	450	
HIB	6719	91	5	52	45	475	520	
HDC	8641	91	5	54	50	525	540	
resHO	6872	91	5	40	40	425	400	
Lavaux	1547	87	4	10	20	180	80	
Aubonne	633	81	4	24	30	260	192	
Rolle	864	83	4	26	35	300	208	
Ste Croix	678	81	4	65	65	540	520	
Moudon *	1042	85	4	30	30	260	240	
Pays d'Enhaut	760	82	4	100	65	540	800	
<b>Total</b>	10341	1648	87			5745	<b>4960</b>	
		5						
<b>Jours</b>			<b>87</b>			<b>12</b>		

1. La colonne N indique le nombre de sorties en 2000.
2. La colonne n donne (pour chaque établissement) la taille de l'échantillon nécessaire pour estimer un taux d'erreurs d'environ 40% avec une probabilité de 5% de commettre une erreur de  $\pm 0.1$ . (On utilise une formule du livre de *Cochran W., Sampling techniques, Wiley, 1988, p.75*).
3. Le nombre de visites dans chaque établissement est indiqué dans la colonne v. Pour calculer v on suppose que le nombre de cas que l'on peut vérifier par jour est situé entre 20 et 25.
4. Les distances (approximatives, en km) de Lausanne aux hôpitaux sont données dans la colonne km. Les distances à parcourir pour v visites sont données dans la colonne Km.
5. La colonne t donne une estimation du temps (en minutes) nécessaire pour se rendre en voiture à l'établissement depuis Lausanne.
6. Le temps de voyage en minutes (aller-retour + 5 minutes pour parquer) pour v visites est donné dans la colonne T.
7. Le nombre total de jours nécessaires pour effectuer le codage et les voyages est calculé en supposant que le temps de travail par jour est de 8h30.

\* La vérification n'a pas eu lieu dans l'hôpital de Moudon en raison de sa transformation en établissement médico-social.

**Annexe 2 : Nombre de dossiers échantillonnés et nombre de dossiers non trouvés par établissement**

Etablissement	Dossiers échantillonnés			Dossiers non trouvés		
	1998	1999	2000	1998	1999	2000
<b>CHUV</b>	92	92	92	25	2	0
Ophtalmique	90	90	90	6	9	1
Orthopédique	88	88	89	4	10	5
Enfance	90	89	90	16	4	8
PMU	20	67	61	4	11	5
Morges	91	91	91	5	8	0
Montreux	90	90	90	2	5	0
Vevey	89	90	91	28	5	0
Nyon	91	91	91	3	2	13
Yverdon	91	91	91	14	11	2
HIB	90	90	91	10	12	0
HDC	90	88	91	6	8	4
resHo	91	91	91	1	3	2
Lavaux	87	87	87	6	10	4
Aubonne	20	82	81	3	0	4
Rolle	20	82	83	1	3	2
Ste-Croix	20	82	81	4	15	1
Pays d'en Haut	20	81	82	0	6	3
Vallée de Joux	20	83	0*	2	6	0*
<b>TOTAL</b>	1290	1645	1563	140	130	54

\* Inclus dans resHo

**Annexe 3 : Analyse par établissement I****Abréviations**

Precis	=	Précis : Codage exact
Imprecs	=	Imprécis
Entrop	=	En trop
Faux	=	Faux
Faxgrav	=	Faux grave
Absent	=	Absent
Incmlpt	=	Incomplet
Manque	=	Dossier ou feuille de sortie introuvable au moment de l'enquête
hosp	=	Hôpital
Aubonne	=	Hôpital régional d'Aubonne
CHUV	=	CHUV Lausanne
Enfance	=	Hôpital de l'Enfance de Lausanne
HDC	=	Hôpital du Chablais, d'Aigle et de Monthey
HIB	=	Hôpital intercantonal de la Broye, Payerne
Lavaux	=	Hôpital régional de Lavaux, Cully
Montrex	=	Hôpital de zone de Montreux
Morges	=	Hôpital de zone de Morges
Nyon	=	Hôpital de zone de Nyon
OphlmL	=	Hôpital Ophtalmique, Lausanne
OrthpdL	=	Hôpital Orthopédique de Lausanne
PaysdEn	=	Hôpital du Pays d'Enhaut, Château-d'Oex
PMU	=	Policlinique médicale universitaire
resHO	=	Réseau de soins hospitaliers : St-Loup, Orbe et La Vallée
Rolle	=	Hôpital régional de Rolle
Ste-Crox	=	Hôpital de soins et de santé communautaire, Ste-Croix
VallJx	=	Hôpital de la Vallée de Joux
Vevey	=	Hôpital de zone du Samaritain, Vevey
Yverdon	=	Hôpital de zone d'Yverdon
Medecin	=	Département de médecine
Chirurg	=	Département de chirurgie
GynObst	=	Département de gynécologie-obstétrique
Autres	=	Autres départements (Orthopédie, Pédiatrie, ORL, Ophtalmologie)

**Diagnostic principal (données 2000)**

hosp	Precis	Imprecs	Faux	Faxgrav	Absent	RowTotl
Aubonne	72 93.51	2 2.60	1 1.30	2 2.60	0 0.00	77 5.10
CHUV	76 82.61	5 5.43	2 2.17	6 6.52	3 3.26	92 6.10
Enfance	68 82.93	1 1.22	3 3.66	9 10.98	1 1.22	82 5.43
HDC	60 68.97	10 11.49	12 13.79	5 5.75	0 0.00	87 5.77
HIB	60 65.93	11 12.09	10 10.99	10 10.99	0 0.00	91 6.03
Lavaux	58 69.88	8 9.64	6 7.23	11 13.25	0 0.00	83 5.50
Montrex	82 91.11	1 1.11	4 4.44	3 3.33	0 0.00	90 5.96
Morges	80 87.91	1 1.10	9 9.89	1 1.10	0 0.00	91 6.03
Nyon	65 83.33	5 6.41	1 1.28	3 3.85	4 5.13	78 5.17
OphtlmL	47 52.81	23 25.84	9 10.11	10 11.24	0 0.00	89 5.90
OrthopL	71 84.52	7 8.33	2 2.38	4 4.76	0 0.00	84 5.57
PaysdEn	45 56.96	10 12.66	8 10.13	16 20.25	0 0.00	79 5.24
PMU	36 64.29	7 12.50	6 10.71	7 12.50	0 0.00	56 3.71
resHO	55 61.80	9 10.11	10 11.24	15 16.85	0 0.00	89 5.90
Rolle	39 48.15	15 18.52	11 13.58	15 18.52	1 1.23	81 5.37
SteCroi	50 62.50	6 7.50	9 11.25	15 18.75	0 0.00	80 5.30
Vevey	73 80.22	1 1.10	9 9.89	8 8.79	0 0.00	91 6.03
Yverdon	71 79.78	5 5.62	7 7.87	6 6.74	0 0.00	89 5.90
ColTota	1108 73.43	127 8.42	119 7.89	146 9.68	9 0.60	1509

**Diagnostic complémentaire (données 2000)**

hosp	Precis	Imprecs	Faux	Faxgrav	Entrop	Absent	RowTotl
Aubonne	1 25.00	0 0.00	1 25.00	1 25.00	0 0.00	1 25.00	4 2.33
CHUV	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	12 100.00	12 6.98
Enfance	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 7.14	13 92.86	14 8.14
HDC	1 11.11	0 0.00	0 0.00	1 11.11	0 0.00	7 77.78	9 5.23
HIB	8 50.00	0 0.00	2 12.50	0 0.00	0 0.00	6 37.50	16 9.30
Lavaux	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 20.00	0 0.00	4 80.00	5 2.91
Montrex	9 60.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	6 40.00	15 8.72
Morges	4 66.67	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 16.67	1 16.67	6 3.49
Nyon	6 54.55	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 9.09	4 36.36	11 6.40
OphthlmL	1 20.00	0 0.00	0 0.00	1 20.00	0 0.00	3 60.00	5 2.91
OrthopL	6 22.22	1 3.70	0 0.00	6 22.22	0 0.00	14 51.85	27 15.70
PaysdEn	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	8 100.00	8 4.65
PMU	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	7 100.00	7 4.07
resHO	0 0.00	0 0.00	0 0.00	2 14.29	0 0.00	12 85.71	14 8.14
SteCroi	1 12.50	0 0.00	0 0.00	1 12.50	0 0.00	6 75.00	8 4.65
Yverdon	5 45.45	0 0.00	3 27.27	0 0.00	2 18.18	1 9.09	11 6.40
ColTota	42 24.42	1 0.58	6 3.49	13 7.56	5 2.91	105 61.05	172

**Ensemble des interventions (données 2000)**

hosp	Precis	Imprecs	Faux	Faxgrav	Entrop	Absent	RowTotl
Aubonne	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	3 100.00	3 0.16
CHUV	111 76.55	3 2.07	1 0.69	2 1.38	1 0.69	27 18.62	145 7.96
Enfance	46 59.74	1 1.30	2 2.60	17 22.08	2 2.60	9 11.69	77 4.23
HDC	35 55.56	4 6.35	1 1.59	0 0.00	0 0.00	23 36.51	63 3.46
HIB	86 79.63	7 6.48	2 1.85	1 0.93	5 4.63	7 6.48	108 5.93
Lavaux	94 69.63	11 8.15	1 0.74	3 2.22	6 4.44	20 14.81	135 7.41
Montrex	123 91.79	6 4.48	2 1.49	0 0.00	0 0.00	3 2.24	134 7.36
Morges	93 84.55	6 5.45	0 0.00	2 1.82	2 1.82	7 6.36	110 6.04
Nyon	79 76.70	8 7.77	1 0.97	1 0.97	5 4.85	9 8.74	103 5.66
OphtlmL	123 74.55	3 1.82	3 1.82	3 1.82	1 0.61	32 19.39	165 9.06
OrthopL	187 92.12	7 3.45	1 0.49	4 1.97	0 0.00	4 1.97	203 11.15
PaysdEn	13 29.55	2 4.55	0 0.00	3 6.82	0 0.00	26 59.09	44 2.42
PMU	34 68.00	2 4.00	0 0.00	2 4.00	0 0.00	12 24.00	50 2.75
resHO	52 66.67	4 5.13	1 1.28	2 2.56	0 0.00	19 24.36	78 4.28
Rolle	1 33.33	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	2 66.67	3 0.16
SteCrox	179 94.21	8 4.21	1 0.53	0 0.00	1 0.53	1 0.53	190 10.43
Vevey	88 84.62	2 1.92	2 1.92	2 1.92	2 1.92	8 7.69	104 5.71
Yverdon	77 72.64	4 3.77	1 0.94	2 1.89	4 3.77	18 16.98	106 5.82
ColTotl	1421 78.03	78 4.28	19 1.04	44 2.42	29 1.59	230 12.63	1821

**Ensemble des interventions (données 1999)**

Hosp	Precis	Imprecs	Incmplt	Faux	Faxgrav	Absent	RowTotl
Aigle	46 69.70	6 9.09	3 4.55	0 0.00	1 1.52	10 15.15	66 4.21
Aubonne	0 0.00	0 0.00	1 50.00	0 0.00	0 0.00	1 50.00	2 0.13
CHUV	63 79.75	0 0.00	3 3.80	0 0.00	0 0.00	13 16.46	79 5.04
Enfance	78 96.30	2 2.47	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 1.23	81 5.16
Lavaux	65 80.25	12 14.81	0 0.00	0 0.00	1 1.23	3 3.70	81 5.16
Montrex	120 85.71	5 3.57	2 1.43	1 0.71	9 6.43	3 2.14	140 8.92
Morges	93 95.88	0 0.00	2 2.06	0 0.00	0 0.00	2 2.06	97 6.18
Nyon	75 71.43	1 0.95	6 5.71	1 0.95	12 11.43	10 9.52	105 6.69
OphtlmL	101 55.19	1 0.55	39 21.31	2 1.09	0 0.00	40 21.86	183 11.66
OrthpdL	200 93.02	0 0.00	2 0.93	0 0.00	7 3.26	6 2.79	215 13.70
PMU	29 87.88	0 0.00	2 6.06	0 0.00	0 0.00	2 6.06	33 2.10
Payerne	79 79.80	1 1.01	6 6.06	1 1.01	5 5.05	7 7.07	99 6.31
PaysdEn	14 41.18	10 29.41	2 5.88	1 2.94	0 0.00	7 20.59	34 2.17
Rolle	1 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 0.06
St-Loup	47 75.81	1 1.61	6 9.68	1 1.61	0 0.00	7 11.29	62 3.95
Ste-Cro	32 88.89	0 0.00	2 5.56	0 0.00	0 0.00	2 5.56	36 2.29
ValldJx	44 88.00	4 8.00	1 2.00	0 0.00	0 0.00	1 2.00	50 3.19
Vevey	92 86.79	5 4.72	1 0.94	0 0.00	2 1.89	6 5.66	106 6.76
Yverdon	59 59.60	0 0.00	18 18.18	0 0.00	2 2.02	20 20.20	99 6.31
ColTota	1238 78.90	48 3.06	96 6.12	7 0.45	39 2.49	141 8.99	1569

**Ensemble des interventions (données 1998)**

Hosp	Precis	Imprecs	Incmplt	Faux	Faxgrav	Absent	RowTotl
Aigle	58 82.86	3 4.29	3 4.29	0 0.00	0 0.00	6 8.57	70 4.97
CHUV	71 61.21	1 0.86	7 6.03	0 0.00	3 2.59	34 29.31	116 8.23
Enfance	116 87.22	6 4.51	0 0.00	7 5.26	3 2.26	1 0.75	133 9.44
Lavaux	59 67.05	15 17.05	1 1.14	0 0.00	0 0.00	13 14.77	88 6.25
Montrex	107 89.92	4 3.36	1 0.84	0 0.00	2 1.68	5 4.20	119 8.45
Morges	67 80.72	1 1.20	2 2.41	5 6.02	2 2.41	6 7.23	83 5.89
Nyon	54 58.06	7 7.53	4 4.30	1 1.08	1 1.08	26 27.96	93 6.60
OphtlmL	137 96.48	2 1.41	0 0.00	0 0.00	0 0.00	3 2.11	142 10.08
OrthpdL	115 69.70	1 0.61	4 2.42	0 0.00	0 0.00	45 27.27	165 11.71
PMU	5 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	5 0.35
Payerne	80 89.89	4 4.49	1 1.12	0 0.00	1 1.12	3 3.37	89 6.32
PaysdEn	9 42.86	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	12 57.14	21 1.49
St-Loup	47 50.00	3 3.19	4 4.26	0 0.00	4 4.26	36 38.30	94 6.67
Ste-Cro	12 63.16	0 0.00	1 5.26	1 5.26	0 0.00	5 26.32	19 1.35
ValldJx	7 53.85	1 7.69	1 7.69	1 7.69	1 7.69	2 15.38	13 0.92
Vevey	53 79.10	1 1.49	4 5.97	0 0.00	2 2.99	7 10.45	67 4.76
Yverdon	68 73.91	1 1.09	4 4.35	1 1.09	2 2.17	16 17.39	92 6.53
ColTota	1065 75.59	50 3.55	37 2.63	16 1.14	21 1.49	220 15.61	1409

**Ensemble des diagnostics supplémentaires (données 2000)**

Hosp	Precis	Imprecs	Faux	Faxgrav	Entrop	Absent	RowTotl
Aubonne	250 85.03	8 2.72	15 5.10	11 3.74	2 0.68	8 2.72	294 10.07
CHUV	212 79.70	6 2.26	5 1.88	24 9.02	2 0.75	17 6.39	266 9.11
Enfance	53 77.94	1 1.47	1 1.47	6 8.82	0 0.00	7 10.29	68 2.33
HDC	23 21.10	3 2.75	3 2.75	3 2.75	4 3.67	73 66.97	109 3.73
HIB	108 63.53	3 1.76	18 10.59	12 7.06	5 2.94	24 14.12	170 5.82
Lavaux	119 58.91	13 6.44	14 6.93	15 7.43	5 2.48	36 17.82	202 6.92
Montrex	129 87.16	7 4.73	3 2.03	0 0.00	4 2.70	5 3.38	148 5.07
Morges	85 72.65	8 6.84	9 7.69	2 1.71	3 2.56	10 8.55	117 4.01
Nyon	145 84.80	1 0.58	2 1.17	6 3.51	11 6.43	6 3.51	171 5.86
OphthlmL	1 3.13	0 0.00	0 0.00	3 9.38	0 0.00	28 87.50	32 1.10
OrthopL	119 85.00	3 2.14	4 2.86	2 1.43	0 0.00	12 8.57	140 4.80
PaysdEn	108 50.70	17 7.98	24 11.27	24 11.27	2 0.94	38 17.84	213 7.30
PMU	16 18.82	4 4.71	6 7.06	6 7.06	1 1.18	52 61.18	85 2.91
resHO	76 52.05	6 4.11	8 5.48	14 9.59	11 7.53	31 21.23	146 5.00
Rolle	186 55.69	28 8.38	25 7.49	14 4.19	13 3.89	68 20.36	334 11.44
SteCrox	64 48.48	11 8.33	7 5.30	17 12.88	1 0.76	32 24.24	132 4.52
Vevey	177 84.29	3 1.43	10 4.76	6 2.86	3 1.43	11 5.24	210 7.19
Yverdon	44 53.66	5 6.10	4 4.88	2 2.44	4 4.88	23 28.05	82 2.81
ColTotl	1915 65.60	127 4.35	158 5.41	167 5.72	71 2.43	481 16.48	2919

**Ensemble des diagnostics supplémentaires (données 1999)**

Hosp	Precis	Imprecs	Faux	Faxgrav	Absent	RowTotl
Aigle	37 59.68	6 9.68	0 0.00	5 8.06	14 22.58	62 2.81
Aubonne	274 98.21	5 1.79	0 0.00	0 0.00	0 0.00	279 12.66
CHUV	230 94.26	10 4.10	1 0.41	3 1.23	0 0.00	244 11.07
Enfance	53 77.94	1 1.47	1 1.47	9 13.24	4 5.88	68 3.09
Lavaux	66 83.54	10 12.66	0 0.00	2 2.53	1 1.27	79 3.58
Montrex	133 93.01	6 4.20	0 0.00	4 2.80	0 0.00	143 6.49
Morges	87 96.67	1 1.11	0 0.00	2 2.22	0 0.00	90 4.08
Nyon	39 69.64	2 3.57	0 0.00	5 8.93	10 17.86	56 2.54
OphtlmL	4 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	4 0.18
OrthpdL	56 62.22	3 3.33	1 1.11	15 16.67	15 16.67	90 4.08
PMU	47 85.45	5 9.09	0 0.00	2 3.64	1 1.82	55 2.50
Payerne	109 87.20	12 9.60	0 0.00	1 0.80	3 2.40	125 5.67
PaysdEn	145 94.77	5 3.27	0 0.00	2 1.31	1 0.65	153 6.94
Rolle	201 87.39	27 11.74	0 0.00	2 0.87	0 0.00	230 10.44
St-Loup	102 91.07	6 5.36	0 0.00	2 1.79	2 1.79	112 5.08
Ste-Crx	69 93.24	4 5.41	0 0.00	1 1.35	0 0.00	74 3.36
ValldJx	103 79.84	15 11.63	0 0.00	2 1.55	9 6.98	129 5.85
Vevey	134 85.90	11 7.05	0 0.00	9 5.77	2 1.28	156 7.08
Yverdon	49 89.09	1 1.82	0 0.00	0 0.00	5 9.09	55 2.50
ColTotl	1938 87.93	130 5.90	3 0.14	66 2.99	67 3.04	2204

**Ensemble des diagnostics supplémentaires (données 1998)**

Hosp	Precis	Imprecs	Incmplt	Faux	Faxgrav	Absent	RowTotl
Aigle	51 41.46	14 11.38	0 0.00	4 3.25	11 8.94	43 34.96	123 7.75
Aubonne	0 0.00	4 8.16	0 0.00	5 10.20	24 48.98	16 32.65	49 3.09
CHUV	133 81.10	5 3.05	0 0.00	3 1.83	17 10.37	6 3.66	164 10.33
Enfance	18 22.78	0 0.00	0 0.00	8 10.13	18 22.78	35 44.30	79 4.98
Lavaux	4 5.00	2 2.50	0 0.00	5 6.25	61 76.25	8 10.00	80 5.04
Montrex	7 4.17	4 2.38	0 0.00	36 21.43	114 67.86	7 4.17	168 10.59
Morges	59 69.41	4 4.71	1 1.18	7 8.24	11 12.94	3 3.53	85 5.36
Nyon	8 14.04	4 7.02	0 0.00	4 7.02	23 40.35	18 31.58	57 3.59
OphtlmL	0 0.00	1 11.11	0 0.00	1 11.11	6 66.67	1 11.11	9 0.57
OrthpdL	29 29.90	0 0.00	0 0.00	0 0.00	19 19.59	49 50.52	97 6.11
PMU	17 56.67	4 13.33	0 0.00	2 6.67	2 6.67	5 16.67	30 1.89
Payerne	2 1.50	0 0.00	0 0.00	33 24.81	97 72.93	1 0.75	133 8.38
PaysdEn	2 4.88	0 0.00	0 0.00	4 9.76	34 82.93	1 2.44	41 2.58
Rolle	45 60.81	4 5.41	0 0.00	0 0.00	14 18.92	11 14.86	74 4.66
St-Loup	2 1.49	0 0.00	0 0.00	21 15.67	101 75.37	10 7.46	134 8.44
Ste-Cro	0 0.00	0 0.00	0 0.00	2 8.70	16 69.57	5 21.74	23 1.45
ValldJx	5 20.83	0 0.00	0 0.00	2 8.33	10 41.67	7 29.17	24 1.51
Vevey	65 50.78	4 3.13	0 0.00	1 0.78	28 21.88	30 23.44	128 8.07
Yverdon	0 0.00	0 0.00	0 0.00	18 20.22	63 70.79	8 8.99	89 5.61
ColTota	447 28.17	50 3.15	1 0.06	156 9.83	669 42.16	264 16.64	1587

**Annexe 4 : Analyse par établissement II****CHUV : Diagnostic principal (données 2000)**

	Medecin	Chirurg	GynObst	Autres	RowTotl
Precis	25 32.89 83.33	9 11.84 75.00	13 17.11 92.86	29 38.16 80.56	76 82.61
Imprecs	1 20.00 3.33	1 20.00 8.33	0 0.00 0.00	3 60.00 8.33	5 5.43
Faux	2 100.00 6.67	0 0.00 0.00	0 0.00 0.00	0 0.00 0.00	2 2.17
Faxgrav	1 16.67 3.33	1 16.67 8.33	0 0.00 0.00	4 66.67 11.11	6 6.52
Absent	1 33.33 3.33	1 33.33 8.33	1 33.33 7.14	0 0.00 0.00	3 3.26
ColTotl	30 32.61	12 13.04	14 15.22	36 39.13	92

**Hôpital Ophtalmique : Diagnostic principal (données 2000)**

	Autres	RowTotl
Precis	47 100.00 52.81	47 52.81
Imprecs	23 100.00 25.84	23 25.84
Faux	9 100.00 10.11	9 10.11
Faxgrav	10 100.00 11.24	10 11.24
ColTotl	89 100	89

**Hôpital Orthopédique : Diagnostic principal (données 2000)**

	Autres	RowTotl
Precis	71	71
	100.00	84.52
	84.52	
Imprecs	7	7
	100.00	8.33
	8.33	
Faux	2	2
	100.00	2.38
	2.38	
Faxgrav	4	4
	100.00	4.76
	4.76	
ColTotl	84	84
	100	

**Hôpital de l'Enfance : Diagnostic principal (données 2000)**

	Chirurg	Autres	RowTotl
Precis	2	66	68
	2.94	97.06	82.93
	50.00	84.62	
Imprecs	0	1	1
	0.00	100.00	1.22
	0.00	1.28	
Faux	0	3	3
	0.00	100.00	3.66
	0.00	3.85	
Faxgrav	1	8	9
	11.11	88.89	10.98
	25.00	10.26	
Absent	1	0	1
	100.00	0.00	1.22
	25.00	0.00	
ColTotl	4	78	82
	4.88	95.12	

**PMU : Diagnostic principal (données 2000)**

	Medecin	Chirurg	Autres	RowTotl
Precis	28	3	5	36
	77.78	8.33	13.89	64.29
	68.29	37.50	71.43	
Imprecs	6	0	1	7
	85.71	0.00	14.29	12.50
	14.63	0.00	14.29	
Faux	4	2	0	6
	66.67	33.33	0.00	10.71
	9.76	25.00	0.00	
Faxgrav	3	3	1	7
	42.86	42.86	14.29	12.50
	7.32	37.50	14.29	
ColTotl	41	8	7	56
	73.21	14.29	12.50	

**Morges : Diagnostic principal (données 2000)**

	Medecin	Chirurg	GynObst	Autres	RowTotl
Precis	18	8	17	37	80
	22.50	10.00	21.25	46.25	87.91
	78.26	88.89	80.95	97.37	
Imprecs	1	0	0	0	1
	100.00	0.00	0.00	0.00	1.10
	4.35	0.00	0.00	0.00	
Faux	3	1	4	1	9
	33.33	11.11	44.44	11.11	9.89
	13.04	11.11	19.05	2.63	
Faxgrav	1	0	0	0	1
	100.00	0.00	0.00	0.00	1.10
	4.35	0.00	0.00	0.00	
ColTotl	23	9	21	38	91
	25.27	9.89	23.08	41.76	

**Montreux : Diagnostic principal (données 2000)**

	Medecin	Chirurg	Autres	RowTotl
Precis	6	19	57	82
	7.32	23.17	69.51	91.11
	100.00	90.48	90.48	
Imprecs	0	0	1	1
	0.00	0.00	100.00	1.11
	0.00	0.00	1.59	
Faux	0	1	3	4
	0.00	25.00	75.00	4.44
	0.00	4.76	4.76	
Faxgrav	0	1	2	3
	0.00	33.33	66.67	3.33
	0.00	4.76	3.17	
ColTotl	6	21	63	90
	6.67	23.33	70.00	

**Vevey : Diagnostic principal (données 2000)**

	Medecin	Chirurg	GynObst	Autres	RowTotl
Precis	33	6	11	23	73
	45.21	8.22	15.07	31.51	80.22
	78.57	75.00	78.57	85.19	
Imprecs	1	0	0	0	1
	100.00	0.00	0.00	0.00	1.10
	2.38	0.00	0.00	0.00	
Faux	4	1	3	1	9
	44.44	11.11	33.33	11.11	9.89
	9.52	12.50	21.43	3.70	
Faxgrav	4	1	0	3	8
	50.00	12.50	0.00	37.50	8.79
	9.52	12.50	0.00	11.11	
ColTotl	42	8	14	27	91
	46.15	8.79	15.38	29.67	

**Nyon : Diagnostic principal (données 2000)**

	Medecin	Chirurg	GynObst	Autres	RowTotl
Precis	19	14	10	22	65
	29.23	21.54	15.38	33.85	83.33
	82.61	100.00	100.00	70.97	
Imprecis	3	0	0	2	5
	60.00	0.00	0.00	40.00	6.41
	13.04	0.00	0.00	6.45	
Faux	0	0	0	1	1
	0.00	0.00	0.00	100.00	1.28
	0.00	0.00	0.00	3.23	
Faxgrav	1	0	0	2	3
	33.33	0.00	0.00	66.67	3.85
	4.35	0.00	0.00	6.45	
Absent	0	0	0	4	4
	0.00	0.00	0.00	100.00	5.13
	0.00	0.00	0.00	12.90	
ColTotl	23	14	10	31	78
	29.49	17.95	12.82	39.74	

**Yverdon : Diagnostic principal (données 2000)**

	Medecin	Chirurg	GynObst	Autres	RowTotl
Precis	17	8	4	42	71
	23.94	11.27	5.63	59.15	79.78
	80.95	88.89	44.44	84.00	
Imprecis	0	1	0	4	5
	0.00	20.00	0.00	80.00	5.62
	0.00	11.11	0.00	8.00	
Faux	1	0	4	2	7
	14.29	0.00	57.14	28.57	7.87
	4.76	0.00	44.44	4.00	
Faxgrav	3	0	1	2	6
	50.00	0.00	16.67	33.33	6.74
	14.29	0.00	11.11	4.00	
ColTotl	21	9	9	50	89
	23.60	10.11	10.11	56.18	

**HIB : Diagnostic principal (données 2000)**

	Medecin	Chirurg	GynObst	Autres	RowTotl
Precis	15	7	7	31	60
	25.00	11.67	11.67	51.67	65.93
	68.18	77.78	70.00	62.00	
Imprecis	2	2	0	7	11
	18.18	18.18	0.00	63.64	12.09
	9.09	22.22	0.00	14.00	
Faux	2	0	3	5	10
	20.00	0.00	30.00	50.00	10.99
	9.09	0.00	30.00	10.00	
Fauxgrav	3	0	0	7	10
	30.00	0.00	0.00	70.00	10.99
	13.64	0.00	0.00	14.00	
ColTotl	22	9	10	50	91
	24.18	9.89	10.99	54.95	

**HDC : Diagnostic principal (données 2000)**

	Medecin	Chirurg	GynObst	Autres	RowTotl
Precis	13	10	13	24	60
	21.67	16.67	21.67	40.00	68.97
	61.90	90.91	76.47	63.16	
Imprecis	6	1	0	3	10
	60.00	10.00	0.00	30.00	11.49
	28.57	9.09	0.00	7.89	
Faux	2	0	3	7	12
	16.67	0.00	25.00	58.33	13.79
	9.52	0.00	17.65	18.42	
Fauxgrav	0	0	1	4	5
	0.00	0.00	20.00	80.00	5.75
	0.00	0.00	5.88	10.53	
ColTotl	21	11	17	38	87
	24.14	12.64	19.54	43.68	

**resHO : Diagnostic principal (données 2000)**

	Medecin	Chirurg	GynObst	Autres	RowTotl
Precis	15	3	4	33	55
	27.27	5.45	7.27	60.00	61.80
	55.56	100.00	33.33	70.21	
Imprecs	4	0	2	3	9
	44.44	0.00	22.22	33.33	10.11
	14.81	0.00	16.67	6.38	
Faux	3	0	2	5	10
	30.00	0.00	20.00	50.00	11.24
	11.11	0.00	16.67	10.64	
Faxgrav	5	0	4	6	15
	33.33	0.00	26.67	40.00	16.85
	18.52	0.00	33.33	12.77	
ColTotl	27	3	12	47	89
	30.34	3.37	13.48	52.81	

**Lavaux : Diagnostic principal (données 2000)**

	Medecin	Chirurg	GynObst	Autres	RowTotl
Precis	2	24	1	31	58
	3.45	41.38	1.72	53.45	69.88
	40.00	88.89	33.33	64.58	
Imprecs	0	1	0	7	8
	0.00	12.50	0.00	87.50	9.64
	0.00	3.70	0.00	14.58	
Faux	1	1	1	3	6
	16.67	16.67	16.67	50.00	7.23
	20.00	3.70	33.33	6.25	
Faxgrav	2	1	1	7	11
	18.18	9.09	9.09	63.64	13.25
	40.00	3.70	33.33	14.58	
ColTotl	5	27	3	48	83
	6.02	32.53	3.61	57.83	

**Aubonne : Diagnostic principal (données 2000)**

	Medecin	Autres	RowTotl
Precis	2	70	72
	2.78	97.22	93.51
	50.00	95.89	
Imprecs	1	1	2
	50.00	50.00	2.60
	25.00	1.37	
Faux	0	1	1
	0.00	100.00	1.30
	0.00	1.37	
Faxgrav	1	1	2
	50.00	50.00	2.60
	25.00	1.37	
ColTotl	4	73	77
	5.19	94.81	

**Rolle : Diagnostic principal (données 2000)**

	Medecin	Autres	RowTotl
Precis	38	1	39
	97.44	2.56	48.15
	58.46	6.25	
Imprecs	14	1	15
	93.33	6.67	18.52
	21.54	6.25	
Faux	11	0	11
	100.00	0.00	13.58
	16.92	0.00	
Faxgrav	1	14	15
	6.67	93.33	18.52
	1.54	87.50	
Absent	1	0	1
	100.00	0.00	1.23
	1.54	0.00	
ColTotl	65	16	81
	80.25	19.75	

**Ste-Croix : Diagnostic principal (données 2000)**

	Medecin	Chirurg	Autres	RowTotl
Precis	21	7	22	50
	42.00	14.00	44.00	62.50
	58.33	87.50	61.11	
Imprecis	4	1	1	6
	66.67	16.67	16.67	7.50
	11.11	12.50	2.78	
Faux	7	0	2	9
	77.78	0.00	22.22	11.25
	19.44	0.00	5.56	
Faxgrav	4	0	11	15
	26.67	0.00	73.33	18.75
	11.11	0.00	30.56	
ColTotl	36	8	36	80
	45	10	45	

**Pays-d'Enhaut : Diagnostic principal (données 2000)**

	Medecin	Chirurg	GynObst	Autres	RowTotl
Precis	17	8	2	18	45
	37.78	17.78	4.44	40.00	56.96
	62.96	72.73	50.00	48.65	
Imprecis	2	1	0	7	10
	20.00	10.00	0.00	70.00	12.66
	7.41	9.09	0.00	18.92	
Faux	4	0	1	3	8
	50.00	0.00	12.50	37.50	10.13
	14.81	0.00	25.00	8.11	
Faxgrav	4	2	1	9	16
	25.00	12.50	6.25	56.25	20.25
	14.81	18.18	25.00	24.32	
ColTotl	27	11	4	37	79
	34.18	13.92	5.06	46.84	

**Tous les hôpitaux : Diagnostic principal (données 2000)**

	Medecin	Chirurg	GynObst	Autres	RowTotl
Precis	269	128	82	629	1108
	24.28	11.55	7.40	56.77	73.43
	68.45	83.12	71.93	74.17	
	17.83	8.48	5.43	41.68	
Imprecs	45	8	2	72	127
	35.43	6.30	1.57	56.69	8.42
	11.45	5.19	1.75	8.49	
	2.98	0.53	0.13	4.77	
Faux	44	6	21	48	119
	36.97	5.04	17.65	40.34	7.89
	11.20	3.90	18.42	5.66	
	2.92	0.40	1.39	3.18	
Faxgrav	33	10	8	95	146
	22.60	6.85	5.48	65.07	9.68
	8.40	6.49	7.02	11.20	
	2.19	0.66	0.53	6.30	
Absent	2	2	1	4	9
	22.22	22.22	11.11	44.44	0.60
	0.51	1.30	0.88	0.47	
	0.13	0.13	0.07	0.27	
ColTotl	393	154	114	848	1509
	26.04	10.21	7.55	56.20	

## ***Annexe 5 : Sommaire des constats (H. Gauthier)***

### **Le codage des interventions chirurgicales**

Un nombre important d'interventions chirurgicales n'ont pas été codées quoiqu'elles aient été réalisées. De plus, l'information apparaissait sur la lettre de sortie ou sur le protocole opératoire.

Il faut rappeler que ces codages sont déterminants dans l'élaboration des DRG.

Par contre, pour certains cas, on avait codé l'intervention alors qu'elle n'avait pas eu lieu pour différentes raisons.

### **Le codage des examens diagnostiques**

La validation du codage a permis de réaliser que plusieurs examens diagnostiques étaient codés même si cela n'était pas nécessaire. Une réflexion pourrait être faite pour connaître l'utilité d'une telle pratique. Si elle n'est d'aucune utilité pour le centre hospitalier, elle pourrait être abandonnée puisque cela occasionne du sur-codage.

H+ fournira d'ici début 2003 une liste des examens diagnostiques ou gestes non chirurgicaux, importants à coder.

### **L'utilisation de l'index alphabétique**

L'utilisation du Volume 3, index alphabétique, est fortement recommandée en tout premier lieu pour trouver un code. CodeInfo 1/00 nous précise comment rechercher un code. L'utilisation de l'index permet de voir entre autres les « inclusions » et « les exclusions » et d'arriver au code précis recherché.

### **Les lettres de sortie comprenant 2 séjours hospitaliers**

La validation de certains dossiers fut difficile, car la lettre de sortie englobait deux séjours hospitaliers. Il n'était pas facile de distinguer les diagnostics appartenant au séjour que nous avions à valider.

### **Le codage des cas d'obstétrique**

Les directives du volume 2 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes connexes (pages 124 et 125) et CodeInfo 2/00 expliquent de façon très précise la façon de coder les cas d'obstétrique.

Ces directives précisent que les codes du chapitre XV, correspondant aux problèmes liés à un accouchement, doivent être utilisés en diagnostic principal, et les codes O80 à O84 peuvent

être utilisés comme diagnostics secondaires. Ces codes O80 à O84 ne seront utilisés en diagnostic principal que lors d'un accouchement sans complication ou problème.

Pour certains hôpitaux, La validation du codage nous a permis de constater que les codes concernant les techniques obstétricales (codes 72 à 75 - exemples : épisiotomie, rupture artificielle des membranes, forceps, réparation de déchirure obstétricale, ...) , n'apparaissent pas dans les données qui nous ont été transmises pour la validation

### **Le codage des cas de nouveau-né**

Comme pour les cas d'obstétrique, les règles du volume 2 et les précisions du CodeInfo 2/01 devraient être mises en application pour le codage de tous les cas de nouveau-nés.

Ces directives précisent que lorsqu'un nouveau-né présente une pathologie, cette pathologie doit être codifiée comme diagnostic principal. L'utilisation du code « Z38 nouveau-né normal » est facultative lorsqu'un nouveau-né a un diagnostic de pathologie.

A titre d'exemple, pour un nouveau-né prématuré, on codera un « P07.\_ » comme diagnostic principal. Le code Z38, s'il est utilisé, sera placé dans une case de diagnostic secondaire.

### **Le lien de « codage-mère » et du « codage-enfant » pour les cas d'obstétrique et de nouveau-né**

Dans l'application des directives de codage, on ne doit pas faire de lien entre le « codage-mère » et le « codage-enfant ». Le libellé du CodeInfo 2/01, stipule que «les morbidités de la mère n'ont aucune influence sur les codes du nouveau-né. Il n'existe ainsi aucun lien direct entre les codes de la mère et ceux de l'enfant. Par contre, si les morbidités de la mère ont des conséquences sur la santé de l'enfant, celles-ci seront indiquées dans le data-set de l'enfant par les codes P00.- à P04.-».

### **L'utilisation du code 075.8 pour un accouchement avec épisiotomie ou une rupture artificielle des membranes**

L'utilisation du code O75.8 pour coder un accouchement avec épisiotomie ou une rupture artificielle des membranes n'est pas juste. Ces techniques d'accouchement doivent être codées avec la CHOP, soit 73.6 ou 73.0.

### **Le codage du résultat de l'accouchement avec les codes du dossier de la mère**

Pour tous les cas d'obstétrique où il y a eu un accouchement, le résultat de l'accouchement doit également être codé. Le code « Z37.\_ - naissance » doit alors être utilisé, en y indiquant la précision de la 4<sup>e</sup> position selon le cas.

### **Le codage des cas de nouveau-nés :**

On a codé les nouveau-nés au code « Z76.2 » alors que le code à utiliser est un code de la section « Z38.\_ ».

### **Le codage des cas de « tentamen »**

CodeInfo 2/99 explique de façon très claire comment coder les cas de tentamen et ce, selon différentes circonstances. Une revue des directives serait appropriée pour bien coder ce type de cas.

### **Le codage des traitements de chimiothérapie**

Pour plusieurs dossiers, on a codé la tumeur en diagnostic principal alors qu'elle avait été enlevée. Le patient se présentait pour un traitement de chimiothérapie. Le code approprié pour ce type d'hospitalisation est un code « Z51.-- ».

La tumeur enlevée doit être codée en diagnostic secondaire avec un code « Antécédents de tumeur .....- Z85.-- ».

Si lors de l'hospitalisation pour de la chimiothérapie la tumeur est encore présente, elle sera aussi codée en diagnostic secondaire.

### **Les interventions bilatérales**

Les interventions pratiquées de façon bilatérale doivent être codées 2 fois si le libellé de la CHOP ne parle pas d'intervention bilatérale. Il faut aussi coder 2 fois le diagnostic.

### **Le code pour « contrôle post-ablation de tumeur maligne »**

On a codé comme diagnostic principal la tumeur déjà enlevée lorsque le patient se présentait pour un examen de contrôle après traitement d'une tumeur. Le code approprié est « Z08.\_:examen de contrôle » et en diagnostic supplémentaire : antécédent de tumeur : Z85.—.

### **La lecture du protocole opératoire**

Certains cas notés « imprécis » le sont parce qu'on n'utilise pas le protocole opératoire afin de préciser les codes. La lecture du protocole opératoire ainsi que du rapport anatomo-pathologique sont très utiles afin de préciser les codes.

### **L'utilisation du rapport de pathologie**

Pour quelques cas, l'utilisation du rapport de pathologie permettrait de préciser un diagnostic. Il serait probablement opportun d'utiliser toutes les parties du dossier qui sont disponibles lors de la codification, particulièrement le protocole opératoire et le rapport anatomo-pathologique.

### **Le codage des transfusions**

La validation a permis de réaliser que les transfusions n'étaient pas codées. Comme ces patients se présentaient pour recevoir des transfusions, nous pensons qu'il serait très utile de coder les transfusions puisque la CHOP offre cette possibilité (code 99.0\_).

### **Les codes de techniques codées comme interventions**

Dans les codes d'interventions chirurgicales, sont codées des techniques de rééducation comme l'ergothérapie, la physiothérapie, ... Il y aurait lieu de vérifier l'utilité de coder ces techniques tant au niveau des statistiques de l'hôpital, que pour l'attribution des DRG.

Dans la plupart des hôpitaux, cette pratique de codage fut abandonnée pour les dossiers de 2002.

### **Le codage de réadaptation après traitement**

Plusieurs dossiers validés avaient en diagnostic principal une pathologie telle que fracture, pathologie cardiaque, ....., déjà traitée dans un autre centre, le patient se présentant pour une rééducation ou suite de soins.

Il aurait fallu indiquer en diagnostic principal un code Z50.—et pour être plus précis, en diagnostic supplémentaire, un status post-opératoire (présence d'implants, de pontage aorto-coronarien, antécédents de tumeur maligne, ... et les maladies concomitantes en autant qu'elles soient importantes pour le séjour actuel.

Cette précision est abondamment documentée entre autres dans les CodeInfo 1/99, 2/99, 1/00.

### **L'utilisation de la 5<sup>e</sup> position pour les cas de fracture**

Bien que ce ne soit pas une obligation, nous vous encourageons à utiliser la 5<sup>e</sup> position pour les cas de fracture, position qui permet de déterminer s'il s'agit d'une fracture ouverte ou d'une fracture fermée.

Cette information pourra avoir de l'importance pour des Groupeurs qui utiliseraient les niveaux de gravités.

### **Les diagnostics non transmis**

Pour certains cas, les diagnostics inscrits sur la lettre de sortie et codés par le médecin n'avaient pas été transmis. Pour d'autres cas, les codes avaient été transmis, mais avec quelques erreurs de transcription.

### **Les diagnostics secondaires**

Un pourcentage relativement élevé de diagnostics secondaires n'avaient pas été codés. Ces diagnostics secondaires auraient dû être codés puisqu'ils avaient bien été inscrits sur la lettre de sortie par le médecin traitant.

### **Les diagnostics avec « dague » et « astérisque »**

On ne semble pas connaître la règle des diagnostics avec dague et astérisque. Lorsqu'un diagnostic comporte la mention de « dague » en diagnostic principal, le diagnostic avec la mention « d'astérisque » doit être placé dans la case de diagnostic complémentaire.

Par contre, si le diagnostic avec dague est codé en supplémentaire, le code astérisque est aussi codé en supplémentaire.

### **L'utilisation des codes « Z » pour déterminer la source d'une hépatite**

La nomenclature CIM-10 nous permet d'utiliser des codes « Z » pour déterminer la source d'une maladie transmise. Il serait peut-être opportun de profiter de cette possibilité en ajoutant un code « Z » qui indiquerait si le patient a un diagnostic de toxicomanie ou s'il a été en contact avec une personne souffrant d'une hépatite...

Cette information pourrait probablement être très utile au niveau statistique.

Par contre, lors de la validation, nous n'avons pas mis d'erreur puisque le codage de cette information est facultatif dans les règles de codage. Il s'agit là d'une décision interne à l'établissement.

### **Le codage de symptôme au lieu d'un diagnostic**

Les règles de codification sont assez claires lorsqu'un patient est admis avec un diagnostic de symptôme et qu'un diagnostic à la sortie est confirmé, il faut coder le diagnostic en principal.

### **L'absence de diagnostic**

Pour un faible nombre de cas, il n'y avait pas de lettre de sortie ou de notes de visite. Les seuls éléments présents correspondant aux dates à valider étaient les codes inscrits par le médecin sur des documents administratifs. Pour ces cas, nous avons simplement reproduit

les codes déjà inscrits par le médecin, ne pouvant pas valider avec les notes manuscrites ou dactylographiées.

### **Le codage des causes externes**

Le codage des causes externes est obligatoire pour les codes compris dans les chapitres « S... et T... » tel que stipulé dans les différents « CodeInfo » traitant de la question.

### **L'utilisation des codes INFO**

Au cours de la validation, il a été fortement suggéré aux codificatrices de se référer aux CodeInfo publiés 2 fois l'an par H+. Elles ont été informées qu'il y aura un manuel de codification, publié par H+ qui sortira début janvier 2003.

Dans plusieurs hôpitaux, nous avons donné un document résumant les avis donnés par H+ concernant les problèmes de code qui leur ont été soumis au cours des dernières années. L'adresse internet pour contacter H+ est : [CodeInfo@hplus.ch](mailto:CodeInfo@hplus.ch).

***Annexe 6 : Sommaire des constats par hôpitaux (H. Gauthier)***

1. Centre Hospitalier Universitaire Vaudois .....	37
2. Hôpital Ophtalmique – Lausanne .....	40
3. Hôpital Orthopédique – Lausanne .....	41
4. Hôpital de l’Enfance .....	43
5. P.M.U. – Lausanne .....	44
6. Hôpital de Morges .....	46
7. Hôpital Riviera : Site de Montreux et du Samaritain (Vevey) .....	47
8. Hôpital de Zone de Nyon .....	49
9. Hôpital d’Yverdon .....	50
10. Hôpital Intercantonal de la Broye – Payerne (HIB) .....	51
11. Hôpital du Chablais – Aigle et Monthey (HDC).....	53
12. Hôpitaux de St-Loup, Orbe et La Vallée (resHO) .....	55
13. Hôpital de Lavaux – Cully .....	58
14. Hôpital d ‘Aubonne .....	60
15. Hôpital de Rolle .....	61
16. Hôpital de Ste-Croix .....	63
17. Hôpital du Pays d’En Haut – Château d’Oex .....	65

## 1. CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE VAUDOIS :

Compte tenu de la complexité des cas traités au CHUV et du nombre de codificatrices, le codage me semble excellent. Les résultats obtenus nous montrent bien que le codage a été fait avec le souci de bien mettre les codes qui correspondent à la réalité de l'épisode de soins. De plus, le fonctionnement actuel au centre des archives médicales contribue à assurer une codification la plus juste possible : les rencontres hebdomadaires pour discuter des cas difficiles, pour discuter des décisions prises concernant le codage en sont des exemples.

En ce qui a trait au codage des actes opératoires, nous avons cru bon de faire une distinction entre les actes opératoires réalisés en obstétrique, au bloc opératoire et ailleurs dans le centre hospitalier. Cette façon de faire permettait de déterminer les endroits où les améliorations seraient souhaitables.

Nous avons alors réalisé à quel point le codage des actes opératoires effectué au bloc même était excellent. Nous avons même été agréablement surprise des résultats exceptionnels étant donné la complexité des interventions qui y sont pratiquées. Un tel résultat ne peut qu'être le fruit d'une collaboration étroite entre les médecins et la personne responsable de cette codification et également, le résultat d'un travail soutenu et de longue haleine pour bâtir le logiciel actuellement utilisé. Ce logiciel, développé au CHUV, me semble un outil très performant et très complet.

A la suite des visites pour la validation du codage, je suggère une réflexion concernant les éléments suivants:

◆ L'utilisation du code 075.8 pour un accouchement avec épisiotomie ou une rupture artificielle des membranes :

L'utilisation du code O75.8 pour coder un accouchement avec épisiotomie ou un accouchement avec rupture artificielle des membranes ne correspond pas au code qui doit être utilisé pour ce type d'accouchement.

Sous la rubrique « O80 : accouchement unique et spontané », il est écrit : « comprend accouchement tout à fait normal, **cas avec assistance minime ou sans assistance, avec ou sans épisiotomie** ». Il serait donc souhaitable que les codes opératoires correspondant aux techniques obstétricales soient plutôt utilisés dans de tels cas (73.6 pour un accouchement avec épisiotomie et 73.0 pour rupture artificielle des membranes).

◆ Le codage des manoeuvres obstétricales :

La validation du codage nous a permis de constater que les codes concernant les techniques obstétricales (codes 72 à 75 - exemples : épisiotomie, rupture artificielle des membranes, forceps, réparation de déchirure obstétricale,...), n'apparaissent pas dans les données qui nous ont été transmises pour la validation. Dans le décompte des codes absents au niveau des interventions, 10 sur les 25 dénombrés proviennent de cas d'obstétrique.

Par contre, les codes correspondant aux césariennes faisaient partie des données transmises.

◆ Le codage des cas de nouveau-né :

Comme pour les cas d'obstétrique, les règles du volume 2 et les précisions du CodeInfo 2/01 devraient être mises en application pour le codage de tous les cas de nouveau-nés.

Ces directives précisent que lorsqu'un nouveau-né présente une pathologie, cette pathologie doit être codifiée comme diagnostic principal. L'utilisation du code « Z38 nouveau-né normal » est facultative lorsqu'un nouveau-né a un diagnostic de pathologie.

À titre d'exemple, pour un nouveau-né prématuré, on codera un « P07. \_ » comme diagnostic principal. Le code Z38, s'il est utilisé, sera placé dans une case de diagnostic secondaire.

◆ Le lien de « codage-mère » et du « codage-enfant » pour les cas d'obstétrique et de nouveau-né :

Dans l'application des directives de codage, on ne doit pas faire de lien entre le « codage-mère » et le « codage-enfant ». Le libellé du CodeInfo 2/01, stipule que «les morbidités de la mère n'ont aucune influence sur les codes du nouveau-né. Il n'existe ainsi aucun lien direct entre les codes de la mère et ceux de l'enfant. Par contre, si les morbidités de la mère ont des conséquences sur la santé de l'enfant, celles-ci seront indiquées dans le data-set de l'enfant par les codes P00.- à P04.-».

◆ Le codage des causes externes :

Une attention particulière pourrait être apportée au codage des causes externes pour les codes compris dans les chapitres « S... et T... » tel que stipulé dans les différents « Codes Infos » traitant de la question.

La moitié des codes absents au niveau du diagnostic complémentaire proviennent du fait que le code fut inscrit, mais au niveau de la case « diagnostic secondaire ». Nous avons, après entente avec le Dr Garin, considéré ces cas comme « absent » au niveau du diagnostic complémentaire, mais précis au niveau du « diagnostic secondaire » puisque le diagnostic était précis et que le logiciel utilisé au moment de la saisie des données de 2000 ne permettait pas l'utilisation de cette case.

Par contre, parmi les 5 autres cas « absents », 3 provenaient de l'absence réelle du code correspondant à la cause externe et 2 autres provenaient des cas de « dague et astérisque », où le diagnostic correspondant à l'astérisque doit être placé dans la case « diagnostic complémentaire ».

◆ Le codage des cas d'hospitalisation pour chimiothérapie :

Nous avons constaté que la règle de codification pour les cas de patients se présentant pour de la chimiothérapie n'était pas suivie. De plus, le dernier « CodeInfo 2/01 » précise également, de façon très claire la façon de coder ces cas. Une correction a déjà été apportée à ce sujet au niveau du codage au CHUV.

## 2. HÔPITAL OPHTALMIQUE – LAUSANNE :

À la suite de la validation du codage, nous vous proposons une réflexion relativement aux éléments suivants :

◆ Le codage des traitements de chimiothérapie :

Pour plusieurs dossiers, on a codé la tumeur en diagnostic principal alors qu'elle avait été enlevée. Le patient se présentait pour un traitement de chimiothérapie. Le code approprié pour ce type d'hospitalisation est un code « Z51.. ».

La tumeur enlevée peut être codé en diagnostic secondaire avec un code « Antécédents de tumeur .....- Z85. ».

◆ Les interventions bilatérales :

Les interventions pratiquées de façon bilatérale doivent être codées 2 fois si le libellé ne parle pas d'intervention bilatérale.

La même règle s'applique pour le diagnostic s' il y a eu intervention chirurgicale des 2 côtés.

◆ Le code « examen oculaire » :

Sous le libellé « 95.04 - examen oculaire sous anesthésie », on précise qu'il faut coder aussi le type d'examen. Il me semble important de faire préciser, par les médecins, la différence entre chacun des codes du libellé « 95 » et à quel moment chacun des codes est utilisé.

Comme aide-mémoire et comme outil de référence, une liste pourrait être faite pour faciliter le codage.

◆ Le code pour « contrôle post-ablation de tumeur maligne » :

On a codé la tumeur enlevée lorsque le patient se présentait pour un examen de contrôle après traitement d'une tumeur. Le code approprié est « Z08.. ».

◆ Le codage des diagnostics secondaires et des antécédents de tumeur:

Les diagnostics secondaires ne sont pas codés dans la majorité des cas que nous avons validés.

Il pourrait y avoir un intérêt au niveau statistique pour l'hôpital à coder les antécédents de tumeur et la présence de maladie familiale tel que « rétinoblastome familial ».

◆ Le code pour réfection de cavité avec muqueuse buccale :

Au code correspondant à la réfection de cavité, il faut ajouter le code pour le prélèvement de la greffe de la muqueuse buccale: 27.49.

### 3. HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE – LAUSANNE :

À la suite des visites pour la validation du codage, je suggère une réflexion concernant les éléments suivants:

◆ Le codage des causes externes :

Nous avons noté deux problèmes concernant le codage de la cause externe de traumatisme. En effet, pour certains cas, le code était bon, mais placé dans une case de diagnostic secondaire. Pour d'autres cas, le code était tout simplement absent de la liste des codes transmis.

Pour d'autre cas, un diagnostic de pathologie avait été placé dans la case de diagnostic complémentaire, section réservée aux codes des causes externes et aux codes avec un astérisque en complément du diagnostic avec une dague en principal.

Une révision des règles de codage et des différents Codes Infos traitant du sujet serait souhaitée.

◆ La lecture du protocole opératoire :

Certains cas notés « imprécis » le sont parce que le protocole opératoire n'est pas utilisé pour le codage. La lecture du protocole opératoire ainsi que du rapport anatomo-pathologique nous permet souvent de préciser les diagnostics. A titre d'exemple, citons la réduction de fracture avec ou sans fixation interne.

◆ Les codes d'interventions:

Plusieurs techniques de rééducation sont codées. A titre d'exemples, citons : l'ergothérapie, la physiothérapie... Il y aurait peut-être lieu de valider l'utilité de coder toutes ces techniques, tant au niveau des statistiques de l'hôpital que pour l'attribution des DRG. Cette pratique fut abandonnée à partir du codage de 2002.

◆ Le codage des pathologies bilatérales :

Après consultation, il convient de coder une pathologie qui est présente de façon bilatérale lorsque celle-ci est traitée bilatéralement. Un correctif a également été apporté dans la procédure interne de codage pour l'année 2002.

◆ Le codage des fractures après intervention :

Une attention particulière doit être apportée pour le codage en diagnostic final d'un cas de traumatisme traité au CHUV et transféré par la suite à l'Hôpital Orthopédique pour réadaptation. Dans de tel cas, un code « Z » doit être utilisé en diagnostic principal.

Cette précision est abondamment documentée entre autres dans les Codes Infos 1/99, 2/99, 1/00.

#### 4. L'HÔPITAL DE L'ENFANCE :

À la suite des visites pour la validation du codage, je suggère une réflexion concernant les éléments suivants:

◆ Le codage d'un symptôme en diagnostic final :

Les règles de codage précisent que l'on doit coder la pathologie trouvée à la suite d'un épisode de soins et non le symptôme qui avait justifié l'admission. Nous retrouvons également des précisions concernant les cas où le symptôme peut être codé en final dans le « CodeInfo 2/97 ».

◆ Le codage des causes externes :

Tous les cas nécessitant l'ajout d'un code de cause externe avaient été codés. Par contre, le code avait été inscrit dans la case « code secondaire » au lieu de « diagnostic complémentaire ». S'agissait-il du même problème rencontré au CHUV où le logiciel utilisé à ce moment-là ne permettait pas l'utilisation de cette case. Cette éventualité semble peu probable puisque pour un cas, un diagnostic avait été placé dans cette case.

Si ce n'est pas le cas, une attention particulière devra être faite afin de s'assurer du bon emplacement de ce diagnostic.

Pour un cas seulement, le code de cause externe inscrit dans la case « diagnostic secondaire » était erroné.

Pour un autre cas, le diagnostic avait été mis dans « diagnostic complémentaire » mais il allait dans « diagnostic secondaire ».

◆ Le codage des cas d'amygdalectomie et adénoïdectomie :

A deux reprises nous avons constaté que des codes pour ces interventions, étaient en trop. Il s'agissait du code de contrôle d'hémorragie alors qu'il n'y avait pas eu d'hémorragie en complication.

◆ Les codes d'interventions chirurgicales :

Pour 12% des cas validés, les codes d'interventions chirurgicales étaient absents. Le pourcentage des interventions chirurgicales avec un faux code est également élevé à 22%. Une attention particulière pourrait être apportée au codage des cas de chirurgie.

## 5. P.M.U. – LAUSANNE:

À la suite des visites pour la validation du codage, je suggère une réflexion concernant les éléments suivants:

◆ Le codage des visites de contrôles après traitement de tumeur:

Pour plusieurs dossiers validés, on avait codé en diagnostic final une tumeur déjà opérée. Il aurait fallu inscrire un code « Z.. » visite de contrôle et l'antécédent de tumeur en diagnostic complémentaire.

◆ Les diagnostics avec dague et astérisque :

On ne semble pas connaître la règle des diagnostics avec dague et astérisque. Lorsqu'un diagnostic comporte la mention de « dague » en diagnostic final, le diagnostic avec la mention « d'astérisque » doit être placé dans la case de diagnostic complémentaire.

◆ L'utilisation des codes « Z » pour déterminer la source d'une hépatite :

La nomenclature CIM-10 nous permet d'utiliser des codes « Z » pour déterminer la source d'une maladie transmise. Il serait peut-être opportun de profiter de cette possibilité en ajoutant un code « Z » qui indiquerait si le patient a un diagnostic de toxicomanie ou s'il a été en contact avec une personne souffrant d'une hépatite.

Cette information pourrait probablement être très utile au niveau statistique.

Par contre, lors de la validation, nous n'avons pas mis d'erreur si elle n'était pas présente puisque le codage de cette information est facultatif dans les règles de codage. Il s'agit là d'une décision interne à l'établissement.

◆ L'inscription et la saisie de la 4<sup>e</sup> position :

Pour quelques dossiers, on avait omis d'inscrire la 4<sup>e</sup> position. Les règles de codage obligent l'inscription de la 4<sup>e</sup> position lorsque celle-ci existe dans le code.

◆ Les codes d'interventions chirurgicales :

Plusieurs interventions chirurgicales n'ont pas été codées quoiqu'elles aient été réalisées. Par contre, pour certains cas, on avait codé l'intervention alors qu'elle n'avait pas eu lieu pour différentes raisons.

◆ Les diagnostics secondaires :

Un pourcentage élevé de diagnostics secondaires n'avaient pas été codés. Il y aurait lieu de déterminer l'utilité de coder ces diagnostics secondaires puisqu'ils avaient bien été inscrits sur la lettre de sortie.

◆ L'utilisation du rapport de pathologie :

Pour quelques cas, l'utilisation du rapport de pathologie permettait de préciser un diagnostic. Il serait probablement opportun d'utiliser toutes les parties du dossier qui sont disponibles lors de la codification, particulièrement le protocole opératoire et le rapport anatomo-pathologique.

◆ Le codage des transfusions :

La validation a permis de réaliser que les transfusions n'étaient pas codifiées. Comme ces patients se présentaient pour recevoir des transfusions, nous pensons qu'il serait très utile de coder les transfusions puisque la CHOP offre cette possibilité .

◆ Le codage de symptôme au lieu d'un diagnostic :

Les règles de codification sont assez claires lorsqu'un patient est admis avec un diagnostic de symptôme qui s'est confirmé lors de l'hospitalisation. Il faut coder alors le diagnostic et le symptôme en diagnostic secondaire si c'est jugé utile.

## 6. HÔPITAL DE MORGES :

La validation du codage des dossiers nous permet de constater que le codage est fait avec beaucoup de professionnalisme et de souci de bien coder, particulièrement en ce qui a trait au diagnostic principal.

Les outils disponibles en support au codage sont connus et bien utilisés au besoin. Je suggère quelques éléments de réflexion concernant les 3 points suivants :

◆ Le codage des cas d'obstétrique :

Les directives aux pages 124 et 125 du volume 2 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes connexes, dixième révision ainsi que le CodeInfo 2/00 nous expliquent de façon très précise la façon de coder les cas d'obstétrique. Ces directives précisent que les codes du chapitre XV correspondant aux problèmes lors d'un accouchement doivent être utilisés en diagnostic principal et que les codes O80 à O84 seront utilisés lorsqu'il s'agit d'un accouchement normal sans complication ou problème.

La correction pour cet item sera en vigueur pour les dossiers 2002.

◆ Le codage des causes externes :

Même si la lecture du rapport, concernant les codes à placer comme diagnostic complémentaire, semble indiquer qu'il y a un problème à ce niveau, il me semble important de préciser que le petit nombre de cas concerné fait en sorte que le nombre de cas précis n'est que de 67%. En réalité, on comprend bien comment utiliser la case réservée au diagnostic complémentaire. Les deux seules erreurs proviennent d'une correction d'un diagnostic principal, nouveau code qui nécessitait l'ajout d'un diagnostic complémentaire et d'une erreur dans l'emplacement d'un diagnostic secondaire.

◆ Le codage des cas de « tentamen » :

Le CodeInfo 2/99 explique de façon très claire comment coder les cas de tentamen et ce, selon différentes circonstances.

Une revue des directives serait appropriée pour bien coder ce type de cas.

## **7. HÔPITAL RIVIERA : SITE DE MONTREUX ET DU SAMARITAIN (VEVEY) :**

Dans l'ensemble, le codage est excellent. Les résultats obtenus nous montrent bien que le codage a été fait avec le souci de bien mettre les codes qui correspondent à la réalité de l'épisode de soins.

À la suite des visites pour la validation du codage, je suggère une réflexion concernant les éléments suivants:

◆ Le codage des cas d'obstétrique :

Les directives aux pages 124 et 125 du volume 2 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes connexes, dixième révision ainsi que le dernier CodeInfo 2/01 nous expliquent de façon très précise la façon de coder les cas d'obstétrique.

Il serait donc souhaitable que ces règles soient suivies pour la classification de ces cas.

◆ Le codage des cas de nouveau-né :

Comme pour les cas d'obstétrique, les règles du volume 2 et les précisions du CodeInfo 2/01 devraient être mises en application pour le codage de tous les cas de nouveau-nés.

◆ Le codage des causes externes :

Dans le même ordre d'idées, une attention particulière pourrait être apportée au codage des causes externes pour les codes compris dans les chapitres « S... et T... » tel que stipulé dans les différents « Codes Infos » traitant de la question.

◆ Le codage des examens diagnostiques :

La validation du codage a permis de réaliser que plusieurs examens diagnostiques étaient codifiés. Une réflexion pourrait être faite pour connaître l'utilité d'une telle pratique. Si elle n'est d'aucune utilité pour le centre hospitalier, elle pourrait être abandonnée puisque cela occasionne du sur-codage.

Par contre, une demande sera faite afin de tenter d'uniformiser cette pratique dans les hôpitaux et qu'une liste des examens diagnostiques à coder leur soit transmise.

◆ Le codage des antécédents personnels des maladies :

Là encore, une réflexion pourrait être faite pour connaître l'utilité de coder les antécédents personnels des maladies antérieures. Après consultation à ce sujet, on suggère de coder uniquement les antécédents personnels importants et qui ont une incidence pour le traitement lors de l'épisode de soins. Quand on parle d'incidence, ce serait que l'antécédent d'une maladie ferait en sorte que le séjour soit prolongé à cause de cet antécédent.

Par contre, il pourrait y avoir un intérêt pour le centre hospitalier au niveau statistique de coder certains antécédents tels les antécédents de tumeur maligne, d'ablation de certains organes...

◆ L'utilisation de l'index alphabétique :

L'utilisation du Volume 3, index alphabétique, est fortement recommandée en tout premier lieu pour trouver un code. Le CodeInfo 1/00 nous précise comment rechercher un code. L'utilisation de l'index permet de voir les inclusions, les exclusions... et d'arriver au code précis recherché.

◆ Les lettres de sortie comprenant 2 séjours :

Le codage de certains dossiers a été difficile dû au fait que la lettre de sortie comprenait 2 séjours. Il a été très difficile de savoir si les codes notés correspondaient au premier ou au deuxième séjour.

## 8. L'HÔPITAL DE ZONE DE NYON :

Dans l'ensemble on peut dire que les dossiers sont très bien codés. Par contre, nous avons noté des codes de diagnostics où l'on ne voyait pas la nécessité de coder, surtout dans les codes « Z... : antécédents de » qui n'avait aucun rapport avec l'hospitalisation actuelle.

Dans un autre ordre d'idées, nous avons des dossiers dont les données n'avaient pas été transmises, nous avons donc des pourcentages élevés de dossiers avec des codes absents, tant au niveau du diagnostic principal, complémentaire, supplémentaire que des interventions.

A la suite de la validation, une attention particulière pourrait être apportée aux éléments suivants :

◆ Le codage des antécédents de tumeur :

Pour quelques cas, on a codé une tumeur déjà enlevée au lieu de coder l'antécédent. La règle veut que lorsque la tumeur a été enlevée et que le patient se présente pour des soins (chimiothérapie...), il faut coder « antécédent de tumeur » en diagnostic secondaire et non pas la tumeur.

◆ Le codage des causes externes :

Une attention particulière pourrait être apportée au codage des causes externes pour les codes compris dans les chapitres « S... et T... » tel que stipulé dans les différents « Codes infos » traitant de la question.

◆ Le code d'accouchement assisté :

Selon l'expert de H+, dans les traitements, « il n'est pas correct d'indiquer systématiquement le 73.59 : accouchement assisté. Ce code s'applique uniquement dans les cas où le médecin a effectivement procédé à une assistance manuelle (ce qui n'est pas toujours le cas).

## 9. HÔPITAL D'YVERDON :

À la suite des visites pour la validation du codage, je suggère une réflexion concernant les éléments suivants:

◆ Le codage des diagnostics secondaires :

Un nombre important de diagnostics secondaires (28%) n'avaient pas été codés bien qu'ils aient été notés par le médecin sur la lettre de sortie.

◆ Le code « Z37...: résultat de l'accouchement » :

Pour tous les cas d'obstétrique où il y a eu un accouchement, le résultat de l'accouchement doit également être codé. Le code « Z37.\_ - nouveau-né » doit alors être utilisé, en y indiquant la précision de la 4<sup>e</sup> position selon le cas.

◆ Le codage des cas d'obstétrique :

Une attention particulière doit être apportée au codage des cas d'obstétrique, particulièrement lorsqu'il s'agit d'un cas d'accouchement avec complication.

◆ Les codes pour les interventions chirurgicales :

Un pourcentage assez important d'interventions chirurgicales (17%) n'avaient pas été codées bien que les interventions aient eu lieu.

## 10. HÔPITAL INTERCANTONAL DE LA BROYE – PAYERNE (HIB) :

À la suite des visites pour la validation du codage, je suggère une réflexion concernant les éléments suivants:

### ◆ Le code pour traitement de chimiothérapie en diagnostic final :

11% des diagnostics principaux sont des « faux graves ». Ces « faux graves » sont attribuables plus particulièrement au fait que l'on a codé une tumeur alors que le patient était admis pour des traitements de chimiothérapie. Le « CodeInfo 2/01 » précise de façon très claire la façon de coder ces cas.

Selon ces règles, il faut alors inscrire un code Z51.- admis pour traitement de chimiothérapie. Un code de tumeur ou d'antécédents de tumeur s'il est mentionné, doit être ajouté au diagnostic secondaire si l'hôpital le désire.

### ◆ Le codage des causes externes :

Une attention particulière pourrait être apportée au codage des causes externes au niveau du diagnostic complémentaire. Ce code doit être inscrit pour tous les codes du diagnostic principal compris dans les chapitres dont le code commence par un « S... ou T... ».

### ◆ Les lettres de sortie comprenant 2 séjours :

Le codage de certains dossiers a été difficile parce que la lettre de sortie comprenait 2 séjours. Il a été très difficile de savoir si les diagnostics notés correspondaient au premier ou au deuxième séjour.

### ◆ Le codage des examens diagnostiques :

La validation du codage a permis de réaliser que des examens diagnostiques étaient codés. Une réflexion pourrait être faite pour connaître l'utilité d'une telle pratique. Si elle n'est d'aucune utilité pour l'hôpital, elle pourrait être abandonnée puisque cela occasionne du sur-codage.

Par contre, il devrait y avoir tout prochainement une publication par H+ de la liste des interventions et des examens diagnostiques à coder.

### ◆ Les codes dagues et astérisques :

Lorsque le diagnostic principal est un diagnostic avec un code dague, il faut nécessairement coder en diagnostic complémentaire le code astérisque correspondant.

◆ Le code précisant la fracture ouverte et la fracture fermée :

Nous avons noté lors de la validation que la 5<sup>e</sup> position de la fracture ouverte ou fermée était utilisée. Même si cela n'est pas une obligation selon les règles de la CIM-10, il s'agit là d'une excellente habitude puisque cela fournit des statistiques plus précises.

◆ Le codage des cas d'obstétrique :

Les directives aux pages 124 et 125 du volume 2 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes connexes, dixième révision ainsi que le CodeInfo 2/00 nous expliquent de façon très précise la façon de coder les cas d'obstétrique. Ces directives précisent que les codes du chapitre XV correspondant aux problèmes lors d'un accouchement doivent être utilisés pour le diagnostic principal et que les codes O80 à O84 seront utilisés lorsqu'il s'agit d'un accouchement normal sans complication ou problème.

◆ Le codage des hospitalisations après traitement pour de la réadaptation ou des complications:

Pour plusieurs dossiers validés, on avait codé en diagnostic final une pathologie (fracture, ...) déjà traitée alors que le patient se présentait pour de la rééducation ou des suites de soins ou pour des complications.

Il aurait fallu inscrire un code « Z.. » soins de réadaptation ou un code « T... » de complication comme diagnostic principal. L'ajout de l'antécédent en diagnostic secondaire n'est pas obligatoire mais suggéré.

◆ L'utilisation du code d'antécédent :

Pour un certain nombre de dossiers, on a codé une pathologie comme étant présente (tumeur) alors que l'on aurait dû coder « antécédent de.... » puisqu'il s'agissait plutôt d'antécédent.

◆ Le codage de symptôme au lieu d'un diagnostic :

Les règles de codification sont assez claires lorsqu'un patient est admis avec un diagnostic de symptôme qui s'est confirmé lors de l'hospitalisation. Il faut coder alors le diagnostic et le symptôme en diagnostic secondaire si c'est jugé utile.

◆ L'absence de code pour des diagnostics secondaires et des interventions :

Un nombre important de diagnostics secondaires et d'interventions n'avaient pas été codés bien qu'ils aient été notés par le médecin sur la lettre de sortie et que les interventions aient été réalisées.

## 11. HOPITAL DU CHABLAIS – AIGLE ET MONTHEY (HDC) :

À la suite des visites pour la validation du codage, je suggère une réflexion concernant les éléments suivants:

◆ Le codage des causes externes :

Une attention particulière pourrait être apportée au codage des causes externes au niveau du diagnostic complémentaire. Ce code doit être inscrit pour tous les codes du diagnostic principal compris dans les chapitres dont le code commence par un « S... ou T... ».

◆ Le codage des interventions chirurgicales :

Un nombre important d'interventions chirurgicales (36.51%) n'ont pas été codées quoiqu'elles aient été réalisées et que l'information apparaissait sur la lettre de sortie ou sur le protocole opératoire.

◆ Les diagnostics secondaires :

Un pourcentage relativement très élevé (66.97%) de diagnostics secondaires n'avaient pas été codés. Ces diagnostics secondaires auraient dû être codés puisqu'ils avaient bien été inscrits sur la lettre de sortie par le médecin traitant.

◆ Le codage des manoeuvres obstétricales :

La validation du codage nous a permis de constater que pour certains dossiers, les codes concernant les techniques obstétricales (codes 72 à 75 - exemples: épisiotomie, rupture artificielle des membranes, forceps, réparation de déchirure obstétricale, ...), n'apparaissent pas dans les données qui nous ont été transmises pour la validation.

◆ Le codage des cas d'obstétrique :

Les directives aux pages 124 et 125 du volume 2 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes connexes, dixième révision ainsi que le CodeInfo 2/00 nous expliquent de façon très précise la façon de coder les cas d'obstétrique. Ces directives précisent que les codes du chapitre XV correspondant aux problèmes lors d'un accouchement doivent être utilisés en diagnostic principal et que les codes O80 à O84 seront utilisés lorsqu'il s'agit d'un accouchement normal sans complication ou problème.

◆ Le codage des cas de nouveau-né :

Comme pour les cas d'obstétrique, les règles du volume 2 et les précisions du CodeInfo 2/01 devraient être mises en application pour le codage de tous les cas de nouveau-nés.

Ces directives précisent que lorsqu'un nouveau-né présente une pathologie, cette pathologie doit être codée comme diagnostic principal. L'utilisation du code « Z38 enfant né vivant » en diagnostic secondaire est facultative lorsqu'un nouveau-né a un diagnostic de pathologie en diagnostic principal.

◆ Le codage du résultat de l'accouchement avec les codes du dossier de la mère :

Pour tous les cas d'obstétrique où il y a eu un accouchement, le résultat de l'accouchement doit également être codé. Le code « Z37.\_ - nouveau-né » doit alors être utilisé, en y indiquant la précision de la 4<sup>e</sup> position selon le cas.

## 12. HOPITAUX DE ST-LOUP, ORBE ET LA VALLEE (resHO) :

À la suite des visites pour la validation du codage, je suggère une réflexion concernant les éléments suivants:

◆ Le codage des causes externes :

Une attention particulière pourrait être apportée au codage des causes externes au niveau du diagnostic complémentaire. Ce code doit être inscrit pour tous les codes du diagnostic principal compris dans les chapitres dont le code commence par un « S... ou T... ». Pour les dossiers que nous avons validés, le code de cause externe était absent pour 86%, soit pour 12 des 14 dossiers.

Les 2 cas de « faux grave » au niveau du diagnostic complémentaire viennent du fait que ces codes devaient être inscrits au niveau du diagnostic secondaire puisqu'il ne s'agissait pas de code de cause externe.

◆ Le codage des interventions chirurgicales :

Un nombre important d'interventions chirurgicales (24.36%) n'ont pas été codées quoiqu'elles aient été réalisées et que l'information apparaissait sur la lettre de sortie ou sur le protocole opératoire.

◆ Les diagnostics secondaires :

Un pourcentage relativement élevé (21%) de diagnostics secondaires n'avaient pas été codés. Ces diagnostics secondaires auraient dû être codés puisqu'ils avaient bien été inscrits sur la lettre de sortie par le médecin traitant.

◆ Le codage des cas d'obstétrique :

Les directives aux pages 124 et 125 du volume 2 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes connexes, dixième révision ainsi que le CodeInfo 2/00 nous expliquent de façon très précise la façon de coder les cas d'obstétrique. Ces directives précisent que les codes du chapitre XV correspondant aux problèmes lors d'un accouchement doivent être utilisés en diagnostic principal et qu'autrement les codes O80 à O84 doivent être utilisés lorsqu'il s'agit d'un accouchement normal sans complication ou problème.

◆ Le codage du résultat de l'accouchement avec les codes du dossier de la mère :

Pour tous les cas d'obstétrique où il y a eu un accouchement, le résultat de l'accouchement doit également être codé. Le code « Z37.\_ résultat de l'accouchement » doit alors être utilisé, en y indiquant la précision de la 4<sup>e</sup> position selon le cas. Pour un dossier validé, ce code avait été inscrit dans la case du diagnostic complémentaire. Le code Z37.\_ doit être inscrit au niveau du diagnostic secondaire.

Pour 2 cas d'obstétrique, on avait inscrit en diagnostic principal le code Z37 (résultat de l'accouchement) au lieu d'un code correspondant à la grossesse et l'accouchement.

◆ L'utilisation de la 5<sup>e</sup> position pour les cas de fracture :

Pour tous les cas de fracture, la CIM-10 offre la possibilité de préciser s'il s'agit d'une fracture ouverte ou d'une fracture fermée par une 5<sup>e</sup> position. Bien que cette information ne soit pas obligatoire actuellement, l'habitude de coder cette 5<sup>e</sup> position pourrait être prise puisque lorsque les « DRG » comporteront des niveaux de gravité, cette information sera utile.

Par contre, lors de la validation, nous n'avons pas indiqué d'erreur lorsque cette information n'était pas codée puisque ce n'est pas obligatoire dans les règles actuelles de codification.

◆ Le codage des visites de contrôles après traitement de tumeur:

Pour certains dossiers validés, on avait codé en diagnostic final une tumeur déjà traitée. Il aurait fallu inscrire un code « Z.. » visite de contrôle et l'antécédent de tumeur en diagnostic supplémentaire.

Cette règle s'applique également lorsqu'un patient vient pour une visite de contrôle pour une autre pathologie qu'une tumeur. Il faut coder un « Z.. » en diagnostic principal et un code d'antécédent en diagnostic secondaire.

◆ Les diagnostics avec dague et astérisque :

On ne semble pas connaître la règle des diagnostics avec dague et astérisque. Lorsqu'un diagnostic comporte la mention de « dague » en diagnostic final, le diagnostic avec la mention « d'astérisque » doit être placé dans la case de diagnostic complémentaire.

◆ Le codage de symptôme au lieu d'un diagnostic :

Les règles de codification sont assez claires lorsqu'un patient est admis avec un diagnostic de symptôme qui s'est confirmé lors de l'hospitalisation. Il faut coder alors le diagnostic établi en diagnostic principal et le symptôme en diagnostic secondaire si c'est jugé utile pour l'hôpital.

◆ Les interventions bilatérales :

Les interventions pratiquées de façon bilatérale doivent être codées 2 fois si le libellé du code ne parle pas d'intervention bilatérale.

La même règle s'applique pour le diagnostic s'il y a eu intervention chirurgicale des 2 côtés.

### 13. HÔPITAL DE LAVAUX – CULLY :

À la suite des visites pour la validation du codage, je suggère une réflexion concernant les éléments suivants:

◆ Le code pour traitement de chimiothérapie en diagnostic final :

13.25% des diagnostics principaux sont des « faux graves ». Ces « faux graves » sont attribuables plus particulièrement au fait que l'on a codé une tumeur alors que le patient était admis pour des traitements de chimiothérapie. Le CodeInfo 2/01 précise de façon très claire la façon de coder ces cas.

Selon ces règles, il faut alors inscrire un code Z.- admis pour traitement de chimiothérapie. Un code de tumeur ou d'antécédents de tumeur s'il est mentionné, doit être ajouté au diagnostic secondaire si l'hôpital le désire.

◆ Le codage des causes externes :

Une attention particulière pourrait être apportée au codage des causes externes au niveau du diagnostic complémentaire. Ce code doit être inscrit pour tous les codes du diagnostic principal compris dans les chapitres dont le code commence par un « S... ou T... ».

◆ Les lettres de sortie comprenant 2 séjours :

Le codage de certains dossiers a été difficile parce que la lettre de sortie comprenait 2 séjours. Il a été très difficile de savoir si les diagnostics notés correspondaient au premier ou au deuxième séjour.

◆ Le codage des interventions chirurgicales :

Un nombre important d'interventions chirurgicales (14%) n'ont pas été codées quoiqu'elles aient été réalisées et que l'information apparaissait sur la lettre de sortie ou sur le protocole opératoire.

Par contre, 4.44% des codes d'interventions ont été codés en trop parce que le libellé était déjà inclus dans le libellé d'un autre code inscrit.

◆ Les diagnostics secondaires :

Un pourcentage relativement élevé (18%) de diagnostics secondaires n'avaient pas été codés. Ces diagnostics secondaires auraient dû être codés puisqu'ils avaient bien été inscrits sur la lettre de sortie par le médecin traitant.

◆ L 'utilisation du code d'antécédent :

Pour un certain nombre de dossiers, on a codé une pathologie comme étant présente alors que l'on aurait dû coder « antécédent de.... » puisqu'il s'agissait plutôt d'antécédent.

◆ La place du code d'opération par voie endoscopique :

Lorsqu'une intervention chirurgicale a lieu par voie endoscopique et que l'approche endoscopique n'apparaît pas dans le libellé du code, il faut coder la procédure endoscopique après le code de l'intervention principale.

Par contre, même si ce code était inscrit en 1<sup>ère</sup> intervention, nous n'avons pas mis d'erreur parce que le code inscrit était exact.

## 14. HÔPITAL D'AUBONNE :

Les résultats obtenus nous montrent bien que le codage a été fait avec le souci de bien mettre les codes qui correspondent à la réalité de l'épisode de soins.

À la suite des visites pour la validation du codage, je suggère une réflexion concernant les éléments suivants:

◆ Le codage des antécédents de tumeur:

Pour quelques cas, on a codé une tumeur déjà enlevée au lieu de coder l'antécédent. La règle veut que lorsque la tumeur a été enlevée et que le patient se présente pour des soins palliatifs ou autre, il faut coder « antécédent de tumeur » en diagnostic secondaire et non pas la tumeur.

◆ Le code « présence d'implants orthopédiques »:

Bien que ce ne soit pas une obligation de mettre le code « Z--.- présence d'implants orthopédiques », nous avons mis comme absent lorsqu'il n'avait pas été noté parce que pour 17 cas le code était présent. Il était absent pour 5 autres cas.

Nous avons conclu que l'hôpital avait pris la décision de coder cette information.

◆ L'utilisation de la 5<sup>e</sup> position pour les cas de fracture:

Bien que ce ne soit pas une obligation également, nous encourageons l'utilisation de la 5<sup>e</sup> position pour les cas de fracture, position qui permet de déterminer s'il s'agit d'une fracture ouverte ou une fracture fermée.

Cette information aura de l'importance lorsque lors de la mise en place de la prochaine version des « DRG », puisque cette version comprendra des niveaux de gravité.

◆ Le codage des codes « Z.... » :

Nous avons constaté que l'utilisation des codes « Z... - admission pour réadaptation ou autres... » est très juste. Le codage est très précis et cela se traduit par des résultats excellents, particulièrement pour le diagnostic principal qui est précis à 93.51%.

## 15. HÔPITAL DE ROLLE :

Tout d'abord, il nous semble important de préciser qu'il a été très difficile de bien évaluer la qualité du codage pour les dossiers, particulièrement en ce qui concerne le diagnostic principal, parce que la lettre de sortie contenait plus d'un séjour, allant parfois jusqu'à 3 séjours.

Nous avons donc tenté, du mieux qu'il nous était possible, d'évaluer les diagnostics qui correspondaient à l'épisode de soins qui avait été transmis dans la banque de données 2000 pour l'évaluation.

Il faudrait donc être prudent dans l'analyse des résultats à cause de cet état de faits.

Pour pallier à cette difficulté, je me permets de citer l'Hôpital du Pays d'En Haut qui a mis en place une feuille sur laquelle sont inscrits les diagnostics appartenant à chacun des séjours pour une seule lettre de sortie. La mise en place de cette feuille va, pour l'avenir, faciliter l'évaluation du codage.

A la suite de la visite, je suggère une réflexion concernant les éléments suivants:

- ◆ Le codage des hospitalisations après traitement pour de la réadaptation:

Pour plusieurs dossiers validés, on avait codé en diagnostic final une pathologie alors que le patient se présentait pour de la rééducation.

Il aurait fallu inscrire un code « Z50 » soins de réadaptation et les diagnostics des pathologies existantes en diagnostics secondaires.

Cet état de fait est la cause de la plupart des codes « faux grave » en diagnostic principal.

- ◆ Le codage des tumeurs déjà enlevées:

Pour certains cas, on avait codé en diagnostic principal un code de tumeur déjà opérée alors que le patient se présentait soit pour des soins palliatifs ou pour la suite des traitements.

Il fallait alors utiliser un code « Z... » en diagnostic principal et selon les besoins de l'établissement, coder les antécédents de tumeur en diagnostic secondaire.

- ◆ Les diagnostics inscrits sur la lettre de sortie mais non codés:

Un nombre important de diagnostics secondaires (20%) n'avaient pas été codés, quoiqu'ils étaient présents sur la lettre de sortie.

◆ Le codage des interventions chirurgicales :

Quelques cas avaient un diagnostic de procédure opératoire qu'il est possible de coder. La procédure opératoire était la « ponction pleurale ». Il existe un code CHOP pour cette procédure.

◆ Le code pour une « hernie hiatale » :

Le diagnostic de « hernie hiatale » fut codé à « Q40.1 - hernie congénitale », alors que le code « K44.9 » est le code à utiliser puisqu'il ne s'agissait pas de hernie congénitale.

Comme il semble que l'hôpital code avec le logiciel de codage, il y aurait lieu de vérifier si la correction a été faite dans le logiciel même.

◆ La lettre de sortie comprenant plus d'un séjour :

Cet item a déjà été documenté plus haut.

## 16. HÔPITAL DE STE-CROIX :

À la suite des visites pour la validation du codage, je suggère une réflexion concernant les éléments suivants:

◆ Le codage des hospitalisations après traitement pour de la réadaptation :

Pour certains dossiers validés, on avait codé en diagnostic final une pathologie (fracture) déjà traitée alors que le patient se présentait pour de la rééducation ou des suites de soins.

Il aurait fallu inscrire un code « Z50 » soins de réadaptation ou suites de soins et l'antécédent de fracture ou autre en diagnostic secondaire si l'hôpital juge cette information nécessaire pour les statistiques internes. L'ajout de l'antécédent en diagnostic secondaire n'est par contre pas obligatoire.

◆ Le codage des causes externes pour les codes commençant par les lettres « S.. et T.. »:

Une attention particulière doit être apportée au codage des causes externes pour les codes compris dans les chapitres des lettres « S... et T... » tel que stipulé dans les différents « Codes Infos » traitant de la question ainsi que dans les règles de codification énoncées dans le volume 2 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision.

Ce code doit être inscrit dans la case « diagnostic complémentaire », case réservée aux codes des causes externes et au « code astérisque » lorsque le diagnostic principal est un code « dague ».

◆ L'utilisation de la 5<sup>e</sup> position pour les cas de fracture:

Pour tous les cas de fracture, la CIM-10 offre la possibilité de préciser s'il s'agit d'une fracture ouverte ou d'une fracture fermée par une 5<sup>e</sup> position. Bien que cette information ne soit pas obligatoire actuellement, l'habitude de coder cette information pourrait être prise puisque lorsque les « DRG » comporteront des niveaux de gravité, cette information influencera le niveau de gravité du DRG.

Par contre, lors de la validation, nous n'avons pas indiqué d'erreur lorsque cette information n'était pas codée puisque ce n'est pas obligatoire dans les règles actuelles de codification.

◆ Les diagnostics secondaires :

Un pourcentage relativement élevé (24%) de diagnostics secondaires n'avaient pas été codés. Ces diagnostics secondaires auraient dû être codés puisqu'ils avaient bien été inscrits sur la lettre de sortie par le médecin traitant.

◆ Le code pour traitement de chimiothérapie:

Lorsqu'un patient se présente pour un traitement de chimiothérapie, on doit utiliser un code « Z51. : admis pour chimiothérapie » en diagnostic principal et antécédent de tumeur en diagnostic secondaire. Pour la plupart des cas, on avait codé la tumeur.

◆ Le codage des examens diagnostiques :

La validation du codage a permis de réaliser que plusieurs examens diagnostiques étaient codés. Une réflexion pourrait être faite pour connaître l'utilité d'une telle pratique. Si elle n'est d'aucune utilité pour le centre hospitalier, elle pourrait être abandonnée puisque cela occasionne du sur-codage.

◆ L 'absence de diagnostic :

Pour un certain nombre de cas, il n'y avait pas de lettre de sortie ou de notes de visite. Les seuls éléments présents correspondant aux dates à valider étaient les codes inscrits par le médecin. Pour ces cas, nous avons simplement reproduit les codes déjà inscrits par le médecin, ne pouvant pas valider avec les notes manuscrites ou dactylographiées.

## 17. HÔPITAL DU PAYS D'EN HAUT – CHATEAU D'OEX :

À la suite des visites pour la validation du codage, je suggère une réflexion concernant les éléments suivants:

◆ Le codage des hospitalisations après traitement pour de la réadaptation :

Pour plusieurs dossiers validés, on avait codé en diagnostic final une pathologie (fracture, pathologie cardiaque,...) déjà traitée alors que le patient se présentait pour de la rééducation ou des suites de soins.

Il aurait fallu inscrire un code « Z » soins de réadaptation et l'antécédent de fracture ou autre en diagnostic secondaire si l'hôpital juge cette information nécessaire pour les statistiques internes. L'ajout de l'antécédent en diagnostic secondaire n'est pas obligatoire.

◆ Le codage des causes externes pour les codes commençant par les lettres « S.. et T.. »:

Une attention particulière doit être apportée au codage des causes externes pour les codes compris dans les chapitres des lettres « S... et T... » tel que stipulé dans les différents « Codes Infos » traitant de la question ainsi que dans les règles de codification énoncées dans le volume 2 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision.

Ce code doit être inscrit dans la case « diagnostic complémentaire », case réservée aux codes des causes externes et au « code astérisque » lorsque le diagnostic principal est un code « dague ».

◆ L'utilisation de la 5<sup>e</sup> position pour les cas de fracture :

Pour tous les cas de fracture, la CIM-10 offre la possibilité de préciser s'il s'agit d'une fracture ouverte ou d'une fracture fermée par une 5<sup>e</sup> position. Bien que cette information ne soit pas obligatoire actuellement, l'habitude de coder cette information pourrait être prise puisque lorsque les « DRG » comporteront des niveaux de gravité, cette information sera utile.

Par contre, lors de la validation, nous n'avons pas indiqué d'erreur lorsque cette information n'était pas codée puisque ce n'est pas obligatoire dans les règles actuelles de codification.

◆ Le codage des cas de nouveau-nés :

On a codé les nouveau-nés au code « Z76.2 » alors que le code à utiliser est un code de la section « Z38.\_ ».

◆ Le codage du résultat de l'accouchement avec les codes du dossier de la mère :

Pour tous les cas d'obstétrique où il y a eu un accouchement, le résultat de l'accouchement doit également être codé. Le code « Z38.\_ - nouveau-né » doit alors être utilisé, en y indiquant la précision de la 4<sup>e</sup> position selon le cas.

L'inscription du code de résultat de l'accouchement est important, particulièrement lorsque vient le temps de faire le couplage pour les DRG.

◆ Les diagnostics inscrits et codés sur la lettre de sortie mais non transmis :

Pour certains cas, les diagnostics inscrits sur la lettre de sortie et codés par le médecin n'avaient pas été transmis. Pour d'autres cas, les codes avaient été transmis, mais avec quelques erreurs de transcription.

◆ Le codage des interventions chirurgicales:

Un nombre important d'interventions chirurgicales (59%) n'ont pas été codées quoiqu'elles aient été réalisées et que l'information apparaissait sur la lettre de sortie ou sur le protocole opératoire.

◆ Les diagnostics secondaires:

Un pourcentage relativement élevé (17.84%) de diagnostics secondaires n'avaient pas été codés. Ces diagnostics secondaires auraient dû être codés puisqu'ils avaient bien été inscrits sur la lettre de sortie par le médecin traitant.

◆ Le code pour une « hernie hiatale »:

Le diagnostic de « hernie hiatale » fut codé à « Q40.1 - hernie congénitale », alors que le code « K44.9 » est le code à utiliser puisqu'il ne s'agissait pas de hernie congénitale.

Comme il semble que les médecins codent avec le logiciel de codage, il y aurait lieu de vérifier si la correction a été faite dans le logiciel même.

◆ La lettre de sortie comprenant plus d'un séjour :

Pour certains dossiers, il a été difficile de distinguer quels diagnostics appartenaient à quel séjour puisque la lettre de sortie comprenait plus d'un séjour.

Par contre, après discussion avec le médecin responsable, ce problème semble avoir été résolu par l'instauration d'une feuille sur laquelle la distinction des diagnostics appartenant à chaque séjour est faite.

Pour faciliter le prochain exercice de validation du codage, je vous suggère fortement de laisser cette feuille au dossier du patient, peut-être immédiatement après la lettre de sortie.