

Projet DCSH - Règles pour le renseignement du service hospitalier

Point de départ et objectifs

Les données DCSH seront utilisées dans le cadre du renouvellement des autorisations de services hospitaliers prévu en 2023. Il s'agira de s'approprier des données DCSH des années 2021 et 2022 afin de vérifier si les pathologies et les prises en charges du patient correspondent bien aux nombres de lits attribués dans le cadre des autorisations de services et d'apporter, le cas échéant, des ajustements à ces autorisations. Il est évident qu'au vue de saisonnalités et autres « réalités du terrain » il n'est pas envisageable à ce que chaque patient soit toujours pris en charge dans le service approprié. Il s'agit plutôt de relever des différences systémiques entre attributions de services et types de prise en charge afin de s'assurer que dans une majorité des cas, le patient soit hospitalisé dans une unité organisationnelle dans laquelle le personnel médical et infirmier est spécialisé dans la prise en charge de sa pathologie.

Dans ce contexte, les modalités de codage DCSH (<https://www.dcsch.lu/ressources>) définissent plusieurs variables qui sont à renseigner par les hôpitaux de soins aigus pour tous les séjours hospitaliers et qui sont particulièrement d'intérêt dans le cadre du renouvellement des autorisations de services :

- a) Diagnostic principal : code alphanumérique selon la classification ICD-10-CM, la définition du diagnostic principal suit les règles du manuel de codage ICD-10-BE
- b) DRG : code à 3 caractères représentant le groupe DRG dans lequel le séjour a été affecté par le grouper APR-DRG
- c) Date d'admission et de sortie : date au format AAAAMMJJ
- d) Spécialité médicale du médecin traitant : spécialité médicale du médecin traitant selon code du tableau vi) du chapitre IV des modalités de codage
- e) Type de service hospitalier assurant la prise en charge : indication du code à 4 caractères repris au tableau v) du chapitre IV des modalités de codage
- f) Code de la procédure : code alphanumérique d'une procédure selon la classification ICD-10-PCS
- g) Mode d'admission (« P » : admission programmée ; « N » : admission non-programmée)
- h) Modalité de sortie : code numérique à 2 chiffres repris au tableau iv) du chapitre IV des modalités de codage

Pour le renouvellement des autorisations de services il s'agit donc d'analyser les données relatives à ces variables afin d'identifier si les journées d'hospitalisations dans les différents types de services hospitaliers sont en adéquation avec les diagnostics des patients et les spécialités des médecins. Dans ce contexte il y a lieu de rappeler la définition du « service hospitalier » de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements

hospitaliers et à la planification hospitalière : « unité d'organisation et de gestion comportant une ou plusieurs unités de soins où s'exerce l'activité médico-soignante de l'hôpital ».

Pour le service hospitalier il s'agit donc d'identifier l'unité d'organisation et de gestion en question et non pas la spécialité du médecin.

Constats sur les données DCSH

Dans le cadre d'une analyse des données DCSH des années 2018 et 2019 il a été constaté que la notion de service hospitalier n'est pas codée de manière cohérente. En effet, le « Rapport général sur la qualité des données DCSH 2018 et 2019 » tire les conclusions suivantes :

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

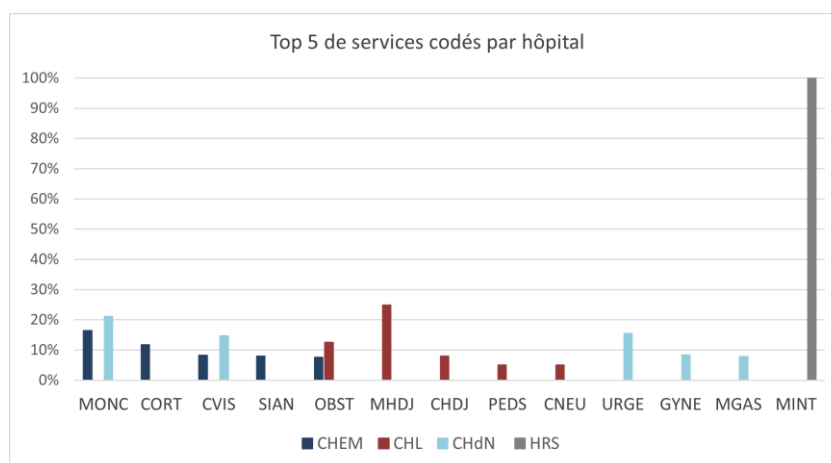


Figure 1 | Top 5 des services codés par hôpital en 2018 et 2019 cumulés
MONC = Oncologie, CORT = Orthopédie, CVIS = Chirurgie viscérale, SIAN = Soins intensifs et anesthésie, OBST = Obstétrique, MHDJ = Hospitalisation de jour non chirurgicale, CHDJ = Hospitalisation de jour chirurgicale, PEDS = Pédiatrie spécialisée, CNEU = Neurochirurgie, URGE = Urgence, GYNE = Gynécologie, MGAS = Gastroentérologie, MINT = Médecine interne Générale

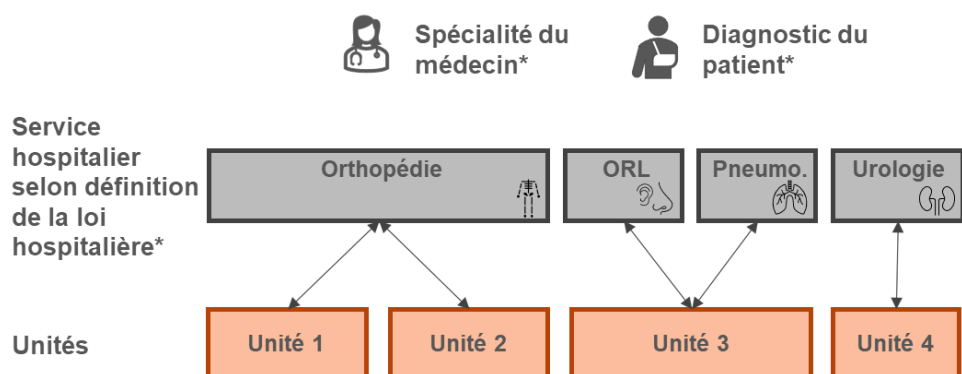
Chaque hôpital présente une organisation différente et par conséquent, l'attribution des services dans lesquels les patients sont hospitalisés varie d'un établissement à l'autre.

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

Proposition sur la manière de renseigner la notion de service hospitalier

Au vu des constats précités, il y a donc lieu de définir une méthode commune à tous les hôpitaux pour identifier le service hospitalier ayant pris en charge le patient. Dans le cadre d'un workshop avec médecins DIM et informaticiens des hôpitaux, l'arborescence / la hiérarchie suivante pour le renseignement du service hospitalier a été retenue :

- a) Indiquer directement la notion de service hospitalier si celle-ci est disponible dans le système ADT de l'hôpital
- b) Si la notion de service hospitalier n'est pas directement disponible, s'approprier de la notion d'unité de soins pour renseigner le service hospitalier si l'unité peut être « mappée » avec un seul service hospitalier
- c) Si l'unité de soins pointe vers plusieurs services, il faudra choisir au niveau du service DIM le service hospitalier le plus pertinent parmi ces services
 - i. Indication du service pour le patient qui est hospitalisé sur le « bon » service (p.ex. Unité 3 → Service ORL pour le patient ORL dans le schéma ci-dessous) en utilisant le diagnostic du patient ou la spécialité du médecin
 - ii. Choix du service le plus pertinent pour les autres (p.ex. patient orthopédique hospitalisé sur l'unité 3 dans le schéma ci-dessous)
- d) En aucun cas il faut utiliser en premier lieu la spécialité du médecin ou le diagnostic du patient pour renseigner le service hospitalier.



*éléments renseignés par la DCSH

A titre exemplaire, pour un patient hospitalisé pour une prothèse totale de la hanche dans un service de gériatrie aigüe, il faudra indiquer « MGER » pour le service hospitalier et « S0 » (orthopédie) pour la spécialité du médecin.

Décisions prises par la CCDH en date du 14 janvier 2022

- a) Validation de la proposition sur la manière de renseigner la notion de service hospitalier
- b) Mise en œuvre de la proposition pour tous les séjours avec une date de sortie supérieure ou égale au 1er janvier 2022
- c) Questions à trancher : Mise en œuvre rétroactive de la proposition pour tous les séjours avec une date de sortie supérieure ou égale au 1er janvier 2021