

I. Sélection du diagnostic

Les analyses sont basées sur les codes appliqués aux diagnostics dans le système CIM (Classification internationale des maladies).

Dans ce système de classification, les diagnostics sont saisis au moyen de codes pouvant comporter jusqu'à cinq positions. La structure du système de codage est hiérarchique, ce qui signifie que la quatrième et la cinquième position sont facultatives et précisent le diagnostic découlant des trois premières positions. Le système de codage ne prévoit pas quatre ou cinq positions pour chaque diagnostic.

Les codes CIM-9 et CIM-10 sont analysés ensemble.

Jusqu'en 2007, la saisie avait lieu selon le système de classification CIM-9, puis selon CIM-10. Les codes des deux systèmes sont convertis mutuellement au moyen d'un algorithme de transcodage. Des attributions non manifestes sont parfois possibles dans ce contexte. L'analyse est structurée selon le système de classification CIM-9 tant que la majorité des cas analysés pour la période d'observation relèvent du système CIM-9.

La statistique médicale offre la possibilité d'analyser des diagnostics détaillés à trois, quatre ou cinq positions.

A condition bien sûr que le nombre de cas de la catégorie concernée dépasse le nombre minimum nécessaire pour garantir la pertinence statistique des analyses.

En outre, les cas pour lesquels un diagnostic détaillé a été saisi peuvent être analysés dans le groupe de diagnostics supérieur.

A cet effet, choisissez un x en quatrième ou en cinquième position du code de diagnostic. Ce x représente un sous-code quelconque (caractère générique, *wildcard* en anglais), et il est précisé dans le texte descriptif concernant le diagnostic que tous les sous-codes relatifs à un diagnostic sont analysés.

Lorsqu'un diagnostic n'est pas connu avec précision, un espace figure en troisième ou quatrième position.

L'analyse porte alors uniquement sur les diagnostics pour lesquels les faits de nature médicale n'ont pas été précisés («np») dans le dossier.

Fracture de l'humérus, non précisée

Filtre: Cas acceptés avec diagnostic 812XX

X représente un chiffre quelconque, y compris toutes les sous-catégories du code diagnostic 812.

II. Diagnostic, diagnostic principal ou diagnostic isolé

Lorsqu'on procède au comptage de diagnostics, certains cas sont comptés plusieurs fois.

Il est possible de saisir un grand nombre de diagnostics pour chaque cas. Chacun peut avoir une signification différente pour le cas. La colonne de gauche de l'analyse indique l'incidence annuelle du diagnostic. Ce ne sont donc pas les cas, mais les diagnostics qui sont comptés. Les cas comportant un ou plusieurs autres diagnostics (parfois beaucoup plus graves) sont également pris en compte.

Pour la plupart des analyses, il convient donc de définir un diagnostic principal par cas.

Une méthode statistique permet désigner pour chaque cas le diagnostic constituant le diagnostic principal. A cet effet, chaque diagnostic est évalué en fonction des suites qu'il implique typiquement (c'est-à-dire en moyenne). Le diagnostic traumatique principal relatif au cas est alors le diagnostic pour lequel les frais de traitement les plus élevés sont observés en moyenne de tous les cas présentant le même diagnostic. Il arrive parfois que cette évaluation soit erronée, mais elle a fait ses preuves en comparaison d'autres méthodes.

Le diagnostic principal d'un cas peut changer au fil du temps.

Même si aucun nouveau diagnostic ne vient s'ajouter aux autres, il peut arriver que, avec le temps, un autre diagnostic soit considéré comme étant le plus grave. A titre d'exemple, il est possible qu'à long terme, une lésion ligamentaire accède au statut de diagnostic principal alors que celui-ci avait été attribué à une plaie ouverte pendant l'année d'accident.

Dans les cas avec diagnostic isolé, un seul diagnostic est connu, qui constitue bien entendu le diagnostic principal.

Cependant, des diagnostics supplémentaires de nature non traumatique peuvent également apparaître. Souvent, les cas avec diagnostic isolé sont ceux pour lesquels l'accident est mal documenté. Les sinistres mal documentés sont d'autant plus rares que les prestations d'assurance fournies pour le cas sont nombreuses.

Nombre de cas par année	avec diagnostic	dont diagnostic principal (1)
Extrapolation du nombre de cas par année	3'418	2'905
dont cas avec diagnostic isolé	1'817	1'817

III. Exemples d'interprétation pour les frais de traitement et les prestations d'assurance

L'analyse est effectuée sur la base de l'état des coûts cinq ans après l'enregistrement.

Ce moment a été choisi parce que les coûts sont généralement occasionnés en majeure partie durant les cinq premières années. Les rentes d'invalidité ne sont par exemple allouées qu'au terme du traitement médical; dans un peu plus de la moitié des cas donnant lieu à l'octroi d'une telle rente, celle-ci était versée à ce moment-là. Si une date encore plus tardive était choisie pour l'analyse, seules des années d'enregistrement très anciennes pourraient être prises en compte, ce qui constituerait un inconvénient.

La valeur médiane indique les coûts typiques de la catégorie de cas.

Les coûts sont plus élevés que le montant indiqué dans une moitié des cas et moins élevé dans l'autre. Les 10^e et 90^e centiles donnent une idée de la fourchette à l'intérieur de laquelle les cas présentant le diagnostic en question sont normalement représentés.

Les coûts moyens par cas sont largement supérieurs à la valeur médiane.

La valeur moyenne arithmétique est propulsée vers le haut par un petit nombre de cas ayant occasionné des coûts très élevés. On parle de «distribution asymétrique» des coûts.

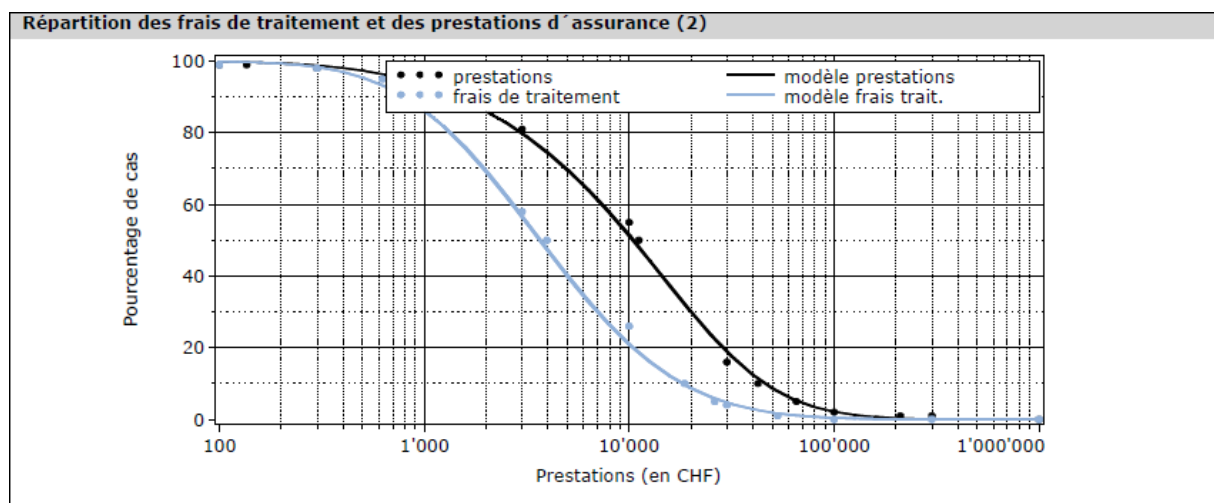
Les cas avec diagnostic principal engendrent des coûts par cas moins élevés que la moyenne de tous les cas présentant le diagnostic en question.

Cela s'explique par le fait que la colonne «avec diagnostic» inclut également des cas qui présentent d'autres diagnostics parfois beaucoup plus graves et ont occasionné de ce fait des coûts plus élevés.

Frais de traitement (en CHF)	avec diagnostic	dont diagnostic principal (1)
Moyenne des frais de traitement	11'270	7'613
Médiane des frais de traitement	4'075	3'666
10% des cas ont des frais de traitement inférieurs à	923	827
10% des cas ont des frais de traitement supérieurs à	23'629	18'079
Part de ces 10% de cas par rapport au total des frais	54%	42%

IV. Graphiques de distribution des coûts

Dans ce graphique, les frais de traitement (ligne bleue) et le total des prestations d'assurance (ligne noire) sont représentés pour les cas présentant le diagnostic principal sélectionné. Les graphiques de distribution des coûts ont une échelle logarithmique. Sur cette échelle, l'écart de 1000 CHF à 3000 CHF est le même que l'écart de 3000 CHF à 9000 CHF. Un exemple d'interprétation: dans environ 70 % des cas, les prestations d'assurance dépassent 5000 CHF. Les lignes continues sont des modèles calculés sur la base des distributions observées.



V. Graphiques concernant la guérison

Le processus de guérison stagnant après un certain temps pour de nombreux diagnostics, il est également représenté sur une échelle logarithmique.

Les personnes accidentées rétablies sont définies comme étant aptes à travailler et ne percevant pas d'indemnité journalière ni de rente.

Ces cas sont situés en dessus de la ligne grise. L'aptitude à travailler est déduite du fait que les personnes accidentées n'ont plus perçu d'indemnités journalières au-delà d'un moment donné et qu'aucune rente ne leur est versée. Le temps écoulé jusqu'à la guérison est donc mesuré sous forme de jours indemnisés. La nature de l'indemnisation - indemnités journalières ou rente - ne joue aucun rôle dans ce contexte. Il arrive parfois qu'à la suite d'opérations administratives, l'assureur n'impute pas les prestations au sinistre concerné, de sorte que le cas ne comporte aucun jour indemnisé.

Durant le processus de guérison, les personnes accidentées perçoivent des indemnités journalières, mais pas (encore) de prestations sous forme de rente.

Ces cas sont situés en dessous de la ligne grise et en dessus des lignes bleue et noire. Dans l'exemple ci-dessous, seul un petit nombre de personnes accidentées guérissent après 300 jours indemnisés. Par contre, c'est en gros à partir de ce moment-là que des rentes d'invalidité sont allouées.

En cas d'incapacité de travail persistante, une rente d'invalidité est octroyée au terme du processus de guérison.

Ces cas sont situés entre la ligne bleue et la ligne noire. Sur le plan administratif, le versement des indemnités journalières est alors en quelque sorte simplement converti en versement de rente. Celle-ci n'est toutefois pas limitée dans le temps.

La proportion de décès figure en dessous de la ligne noire. Dans l'exemple ci-dessous, environ 2 % des personnes accidentées décèdent immédiatement ou dans les trois jours.

