

Centre Hospitalier  
de Mulhouse

# La performance appliquée à la durée des séjours : mesures et interprétation

Journée des DIM d'Alsace  
4 novembre 2014

Dr Arnaud ETIENNE  
Centre Hospitalier de Mulhouse

# De la DMS à l'IP-DMS

- La « performance », l' « efficacité » de la prise en charge hospitalière ont longtemps été appréciées avec la mesure de la durée moyenne des séjours.
- La DMS, durée moyenne de séjour répond à une définition historique administrative
- Elle a tendance à être remplacée en MCO par l'IP-DMS, Indice de Performance de la DMS

# De la DMS à l'IP-DMS ... dans le PLFSS

- Notes de cadrage

**2013** : « La durée moyenne de séjour MCO en hospitalisation complète diminue légèrement en 2011, et s'établit à 5,7 jours en 2011 (5,8 jours en 2010). »

**2014** : « La durée moyenne de séjour MCO en hospitalisation complète diminue en 2012, et s'établit à 5,3 jours (5,7 jours en 2011). »

⇒ PLFSS 2014 : objectif de diminution de l'IP-DMS

« L'efficacité des établissements de santé est **pour la première fois** approchée dans ce programme par un indicateur de performance basé sur la durée moyenne de séjours »

Indicateur n°4-11 : IP-DMS MCO

# Le principe de l'IP-DMS

- La DMS « brute » ne tient pas compte de la diversité des activités réalisées => comparaison difficile
- Pour permettre la comparaison et l'évaluation de la performance dans le temps ou entre établissements, il faut standardiser l'indicateur de durée des séjours sur l'activité réalisée

# Le principe de l'IP-DMS

Casemix différents

ETAB 1	Nb séj	Nb Jrs PMSI	DMS observée	DMS réf. Nat
GHM A	10	68	6,8	7,2
GHM B	100	700	7,0	7,0
GHM C	1 000	7 200	7,2	6,8
total	1 110	7 968	7,18	

ETAB 2	Nb séj	Nb Jrs PMSI	DMS observée	DMS réf. Nat
GHM A	810	5 600	6,9	7,2
GHM B	100	700	7,0	7,0
GHM C	200	1 668	8,3	6,8
total	1 110	7 968	7,18	

2 établissements avec la **même DMS** mais ...

... IP-DMS = **1,05** pour étab 1, soit 396 journées en excès

... IP-DMS = **1,01** pour étab 2, soit 76 journées en excès

# Définition de l'IP-DMS

- **ANAP** : Cet indicateur compare la DMS de l'établissement à celle standardisée de son casemix auquel on applique les DMS de référence. Il synthétise ainsi la sur ou sous performance de l'organisation médicale de l'établissement (hors ambulatoire).

Numérateur : Nombre de journées réalisées

Dénominateur : Nombre de journées théoriques

<1 = 😊

- **ATIH** : Indicateur de performance globale : nombre de journées théorique/nombre de journées réel. Ce rapport estime la performance globale en termes de durée de séjour de l'établissement par rapport à la base nationale

>1 = 😊



**Numérateur / Dénominateur inversés dans les 2 définitions !  
Modalités de calcul différentes => résultats non superposables  
Pour la suite, on utilisera la définition ANAP**

# Calcul de l'IP-DMS

<b>ETAB 1</b>	Nb séj	Nb Jrs PMSI	DMS observée	DMS réf. Nat
GHM A	10	68	6,8	7,2
GHM B	100	700	7,0	7,0
GHM C	1 000	7 200	7,2	6,8
total	1 110	7 968	7,18	

Nb de journées réalisées = **7 968** jrs

Nb de journées théoriques

$$\begin{aligned} & 7,2 \times 10 \\ & + 7,0 \times 100 \\ & + 6,8 \times 1\,000 \\ & = \mathbf{7\,572} \text{ jrs} \end{aligned}$$

**IP-DMS = (7 968 / 7 572) = 1,05**

# Calcul de l'IP-DMS



Une erreur à éviter :

Calculer l'IP-DMS à partir des moyennes

<b>ETAB 1</b>	Nb séj	Nb Jrs PMSI	DMS observée	DMS réf. Nat
GHM A	10	68	6,8	7,2
GHM B	100	700	7,0	7,0
GHM C	1 000	7 200	7,2	6,8
total	1 110	7 968	7,18	

DMS réalisée :  $(6,8+7,0+7,2)/3 = 7,0$  ... **FAUX !**

DMS théorique :  $(6,8+7,0+7,2)/3 = 7,0$  ... **FAUX !**

Calcul parfois encore retrouvé ...



# Calcul de l'IP-DMS

$$IP - DMS = \frac{\text{Nb de jrs réalisés}}{\text{Nb de jrs théoriques}}$$



Tous les séjours, à l'exclusion :

- Séjours en erreur
- Séjours PIE
- Séjours de 0 nuit



Basé sur la **DMS de référence**

- Inclut les séjours 0 nuit
- Exclut les extrêmes (trimage)

- Périmètre différents entre le dénominateur et le numérateur => source de difficultés d'interprétation

# Interprétation de l'IP-DMS

## Les paramètres associés à la mesure de l'IP-DMS

- Organisation des soins (disponibilité des plateaux techniques, lits d'aval,..)  
Part d'activité réalisée en ambulatoire (hosp 0 nuit)
- Optimisation du codage
- Évolutions de la fonction groupage (liste des codes CMA, groupage GHM)
- Structure hospitalière (autorisation d'activité type Réanimation, Urgences)  
Profil des patients (âge, situation sociale, ...)

**Paramètres propres  
à l'établissement**

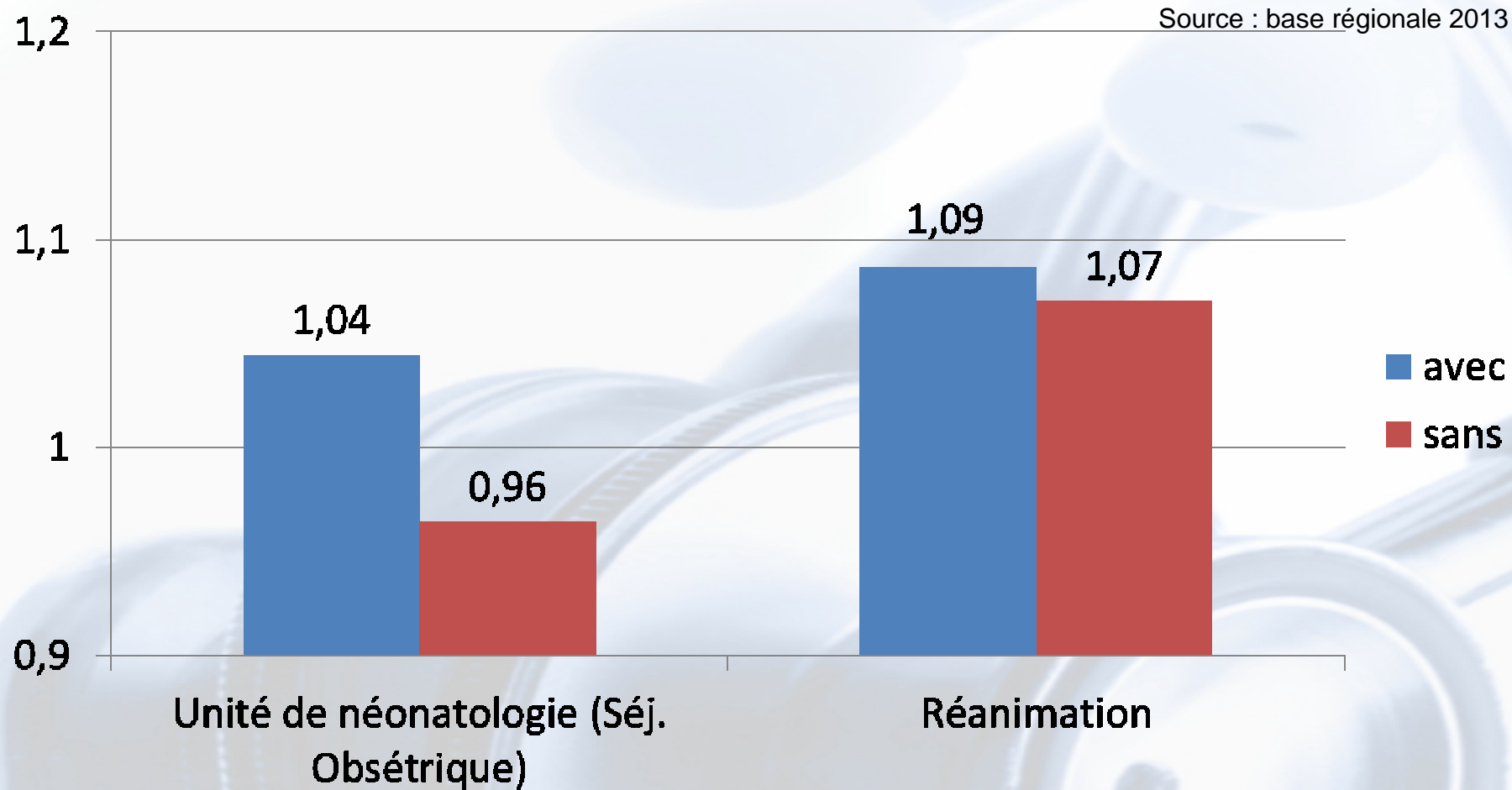
**Paramètres des établissements  
contribuant à la DMS de référence**



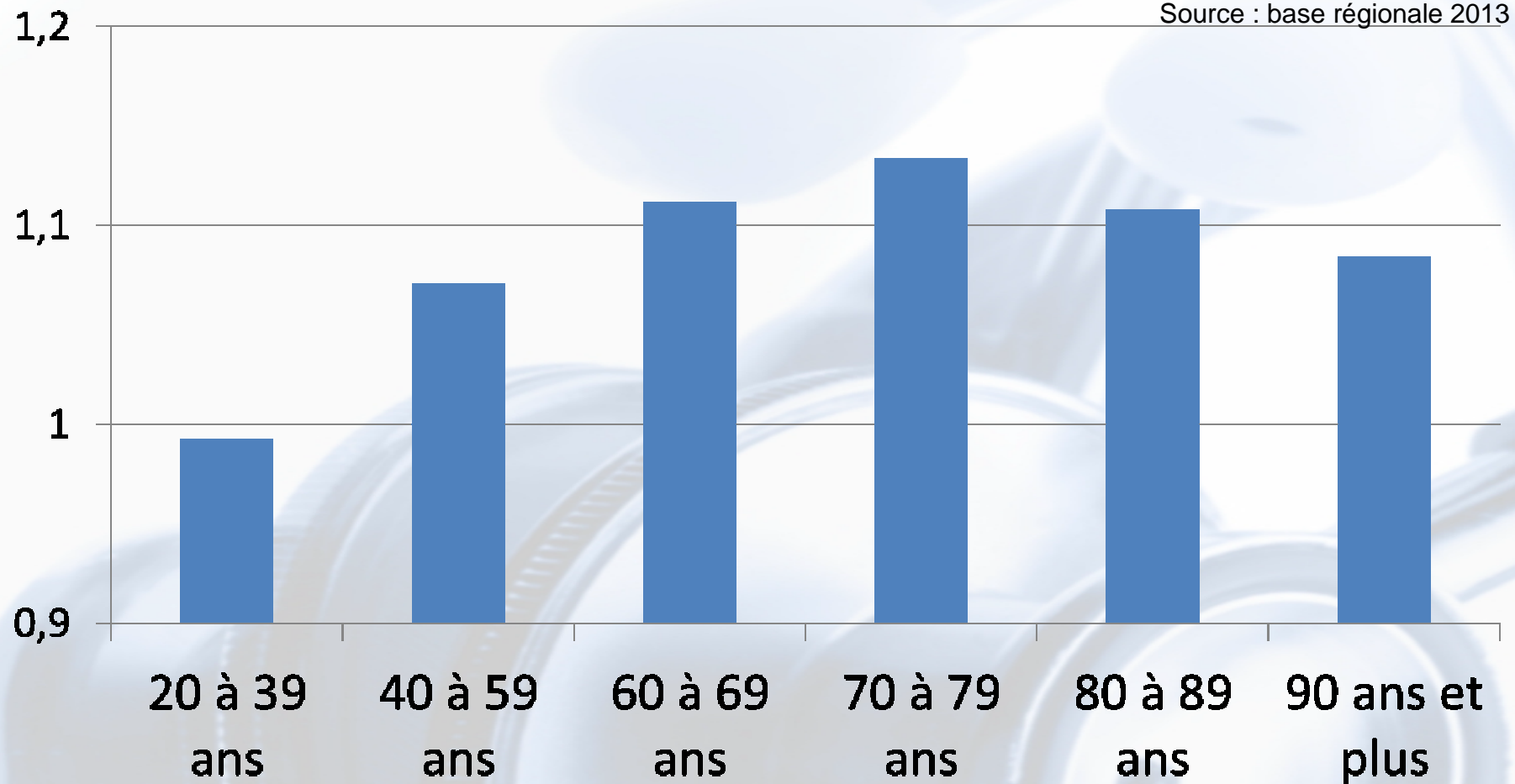
**IP-DMS**

- ⇒ Indicateur « complexe », associant l'influence de plusieurs paramètres dont certains inaccessibles à l'établissement / au pôle
- ⇒ ! développer l'activité ambulatoire revient à dégrader l'IP-DMS

# IP-DMS selon les autorisations d'activité

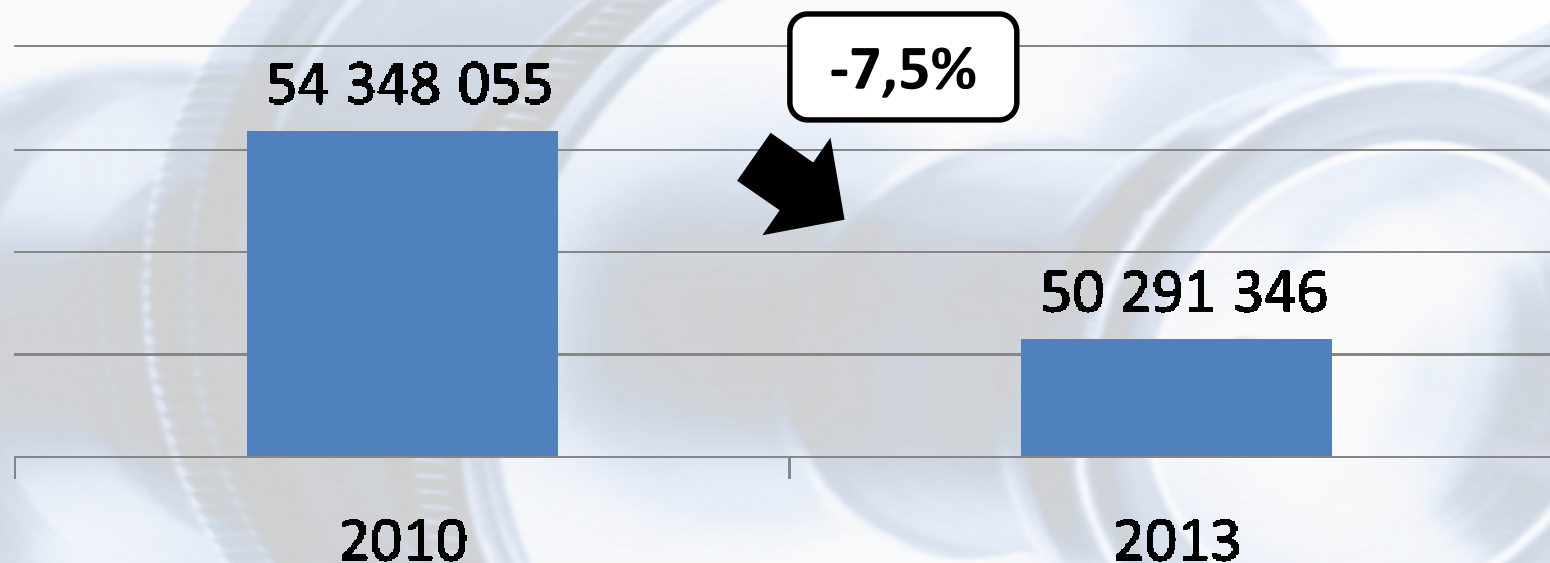


# IP-DMS selon l'âge des patients



# Évolution 2010 – 2013 de l'IP-DMS

- Activité 2013, à l'exclusion de la CMD 28, des GHM de courte durée (J,T), des soins palliatifs
  - Analyse sur les GHM représentant 90% de l'activité
- ⇒ **10 197 802 séjours**
- ⇒ On applique les DMS de 2010 et les DMS de 2013 pour déterminer le **nombre de journées**



# Focus sur 2 racines

- 05M09 Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire  
04M05 Pneumonies et pleurésies banales, âge sup. à 17 ans
- 2 plus importantes racines médicales en volume (Nb jours)

	2010				2013			
	Nb séj	Prct niv.	DMS	Nb Jrs	Nb séj	Prct niv.	DMS	Nb Jrs
05M091	46 286	<b>30,7%</b>	8,1	373 065	32 720	<b>25,1%</b>	7,2	234 275
05M092	65 137	43,2%	10,3	668 306	74 802	57,4%	9,4	704 635
05M093	45 862	<b>30,4%</b>	13,6	625 558	54 966	<b>42,2%</b>	13,1	717 856
05M094	8 321	5,5%	20,7	171 829	12 576	9,7%	19,5	244 855
05M09T	26 981	17,9%	1,0	25 632	28 376	21,8%	1,0	27 525
Total	192 587		9,7	1 864 389	203 440		9,5	1 929 145
simul (activité 2010, DMS 2013)			9,0		(activité 2013, DMS 2010)		10,2	

⇒ La DMS « brute » n'a que peu évolué  
 ⇒ Avec une répartition de l'activité équivalente,  
 la DMS 2013 est plus basse que la DMS 2010

⇒ **Effet**  
**« casemix »**

# Mesure de l'IP-DMS par pôle / service

- Attente de la part de la Direction et des pôles de disposer d'un indicateur à l'échelle des organisations
- Quelles sont les difficultés à calculer l'IP-DMS ?
  - Passages aux urgences  
Le passage aux urgences n'est pas identifié dans les données PMSI hormis par le code de provenance (5)
  - Séjours multi-unités

# Mesure de l'IP-DMS par pôle / service

- Passages aux urgences
  - allonge inévitablement la prise en charge
  - n'est pas identifié dans les données PMSI hormis par le code de provenance (5)
  - ⇒ Réussir à en tenir compte revient à se retrouver devant la 2<sup>ème</sup> difficulté
- Séjours multi-unités
  - L'IP-DMS est basée sur une durée « théorique » de séjour, qui ne distingue pas la part contributive théorique de chaque unité
  - ⇒ Plusieurs méthodes d'approche possibles
- Last but not least ... la « qualité » de l'indicateur



# Les séjours multi-unités

- L'approche « prorata temporis »

On répartit la durée théorique de chaque séjour au prorata du temps réellement passé dans chaque unité

Avantage : formule mathématique facilement applicable, permet de tenir compte de l'ensemble des séjours

Inconvénient : repose sur un postulat non vérifié que la « performance » est également répartie entre les services

Séjour de 20 jours

dont 8j dans le service A et 12j dans le service B

La DMS du GHM est à 9 jours

=> Nb j théorique pour le service A :  $9 * (8/20) = 3,6j$

=> Nb j théorique pour le service B :  $9 * (12/20) = 5,4j$

# Les séjours multi-unités

- L'approche « sélective » : séjours mono-service (pôle)

On exclut les séjours multi-unités des séjours pris en compte pour constituer le numérateur

Avantage : satisfait à l'objectif d'afficher un indicateur « complètement » maîtrisé par le pôle (service)

Inconvénient : le dénominateur n'est pas adapté, l'indicateur perd de son sens

Par exemple, le profil (et donc la DMS) des séjours pour « Pneumonies et pleurésies banales, âge sup. à 17 ans » ne sera pas identique selon qu'il se soit déroulé dans une seule unité, ou partagé entre plusieurs unités (réanimation, lits porte, ...)

# Les séjours multi-unités

- L'approche « multiple » : IP-DMS séjour et part contributive

On attribue l'IP-DMS séjour (complet) à chaque service ayant contribué au séjour, indicateur complété de la « part contributive » de chaque service (nombre de journées réalisées dans le service rapporté au nombre de journées du séjour)

Avantage : Respectueux du calcul de l'IP-DMS

Inconvénient : Complexifie la lecture, en ajoutant un paramètre

Séjour de 20 jours

dont 8j dans le service A et 12j dans le service B

La DMS du GHM est à 9 jours

=> Service A : IP-DMS = 2,2 et part contributive à 40%

=> Service B : IP-DMS = 2,2 et part contributive à 60%

# La « qualité » de l'indicateur

- Un bon indicateur mesure ce qu'il est censé mesurer. Quand est-ce qu'un IP-DMS « service » est un bon indicateur ?
  - Lorsque ...
    - L'activité est majoritairement réalisée au sein du service (pas de séjour multi-unités)
    - L'activité du service est suffisamment « variée » pour être « comparable » à l'activité de référence (on exclut par exemple les « pneumonies », dont le profil varie sensiblement selon le service : pneumologie, médecine interne, gériatrie ...)
- ⇒ In fine, cela revient à dire qu'un IP-DMS « service » est un bon indicateur lorsqu'il se rapproche ... de l'IP-DMS « séjour » de l'établissement

## En conclusion

- Une construction non consensuelle, ne favorisant pas la reproduction et le suivi dans le temps
- Un indicateur bien plus « complexe » à interpréter qu'on ne semble vouloir le faire croire (cf fiche Hospidiag)
- Qui ne mesure pas la performance « ambulatoire »
- Le « poids » des facteurs organisationnels maitrisables par les pôles reste à déterminer : pourtant, il semble avoir été désigné comme un indicateur de choix dans le dialogue avec les pôles

# Courrier reçu récemment au DIM...



À l'hôpital, qui est « Responsable des DMS » ?  
Le DIM bien entendu !