

# RIMP, comptabilité, gestion : des rapports difficiles

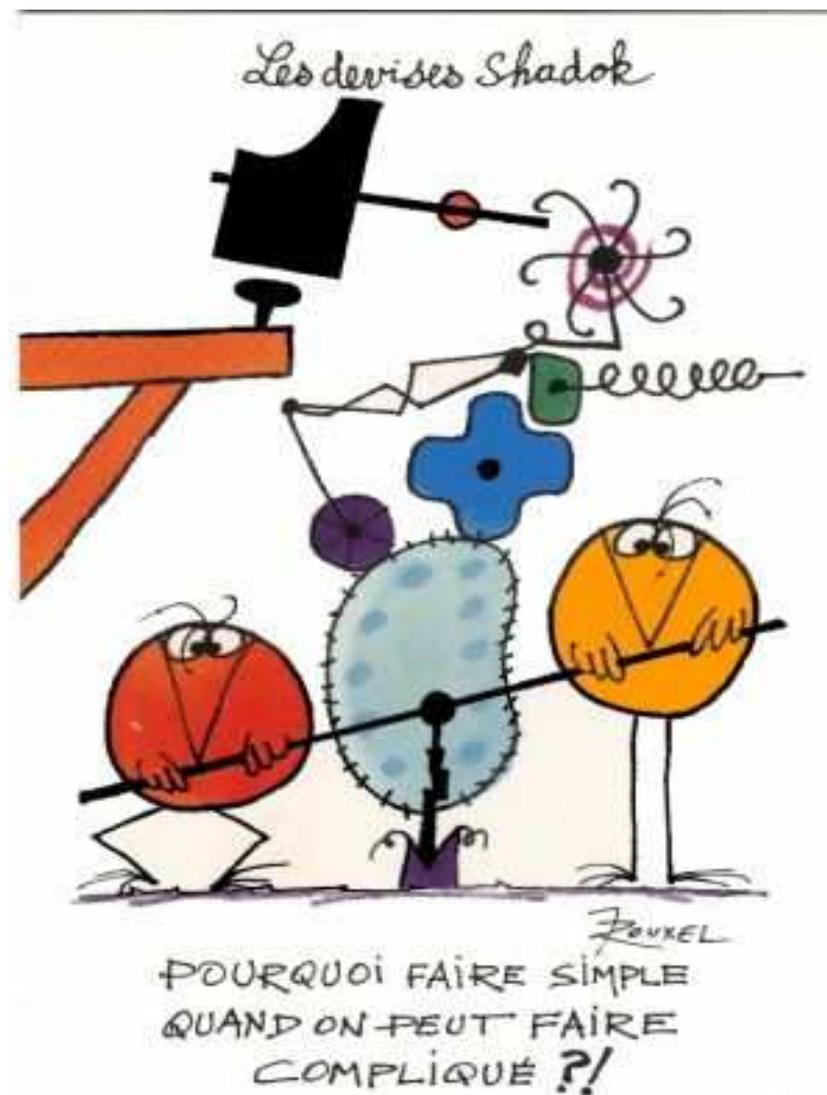
Catherine LE BRAS    DIM  
Yohann MOURIER    DAF  
( Centre Hospitalier Les Murets)  
(94)

--

Philippe MANGION Editeur  
Logiciel

**RIMP, Dossier Patient  
et  
Gestion administrative :  
des rapports difficiles ?**

Dr Catherine LE BRAS  
DIM  
16 septembre 2010



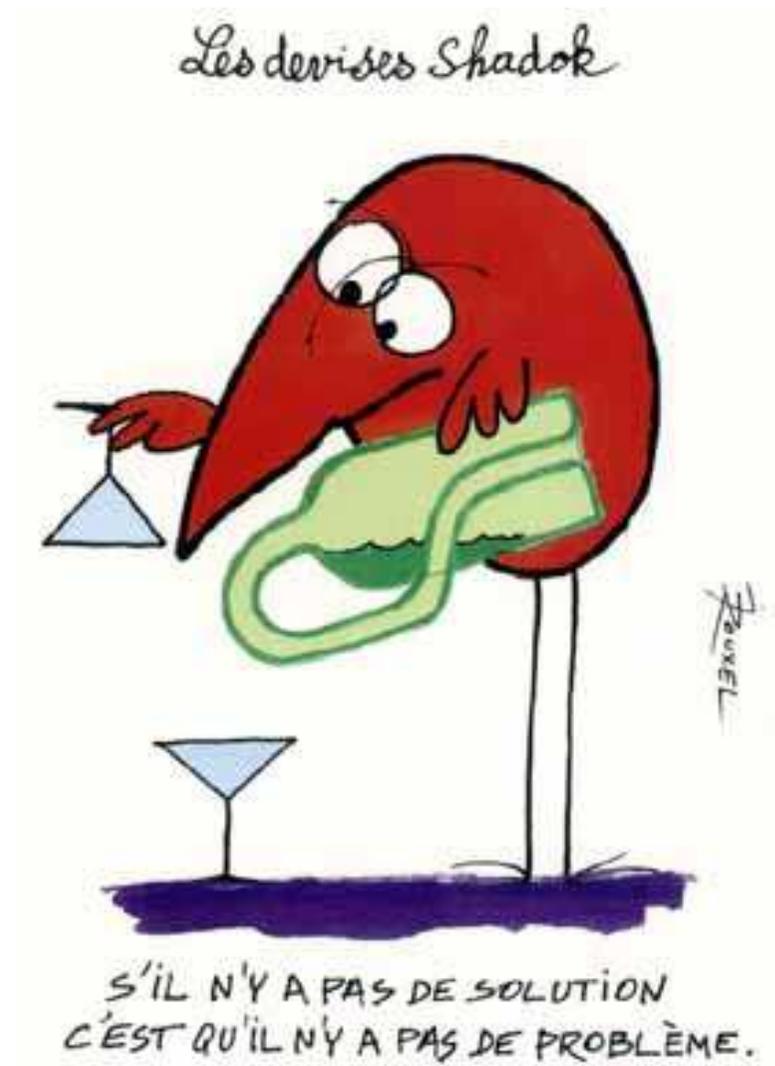
# *Une expérience au CH Les Murets*

- « .... Extraction du système d'information des établissements... » :
- 2 bases de données :
  - Gestion administrative des malades (GAM)
  - Dossier Patient Informatisé (DPI) – Module d'extraction RIMP
- **Des données saisies dans l'une et/ou l'autre des deux bases, sans règles communes** (facturation / RIMP / habitudes)
- Services communiquant peu ensemble, cultures différentes.

- Identité
- Données sociodémographiques
- Activité en d'hospitalisation tarifée
- Activité en ambulatoire et hospitalisation non tarifée
- Localisation, FINESS
- Séjours, mouvements, modes entrée, sortie, provenance/ destination,
- Mode de placement
- Diagnostics, isolement thérapeutique, AVQ,

*Corréler les bases de données, rationaliser et harmoniser la saisie :*

- 1) Faire fonctionner des **interfaces** entre logiciels
- 2) Adapter les **Organisations professionnelles** des services concernés (secrétariats / Admissions / DIM / service informatique)



# *Les « indispensables »*

- **Logiciel GAM serveur d'identité, d'activité tarifée et de mouvements**
  - Récupération des identités et activité ambulatoire (année en cours) du logiciel FPP vers DPI
  - Récupération de l'activité tarifée (antériorité un an) du GAM vers DPI
  - Intégration des patients ambulatoires exclusifs au fil de l'eau dans GAM
- **Puis les premières Interfaces :**
  - Interface unidirectionnelle GAM → DPI pour localisation, ouverture/fermeture de séjours, mouvements (bidirectionnel possible techniquement)
  - Interface bidirectionnelle identité –IPP
- **Fichier structure, Identito-vigilance...**

# *L'ambitieux*

- Suivre la règle d'intégration : saisie à la source de l'information, une seule fois par une seule personne dans un seul logiciel,
- En respectant les besoins de chaque base : règles du RIMP, règles facturation
- Sans mettre le feu! : faisabilité organisationnelle dans les services
- En déployant parallèlement un dossier patient 24h/24h (avec accès GAM 24h/24)
- Et l'informatisation du circuit du médicament (dont prescription médicamenteuse, validation de l'administration du médicament) : autre série d'interfaces.

# *Quelques difficultés... et renoncements (provisoires ?)*

- **Les interfaces**

- Dialogue plus ou moins bon entre éditeurs
- Organisation locale solide nécessaire : secrétaires / DIM / Admissions / Informaticiens (tests, opérations maintenance)

- **Identité GAM / DPI**

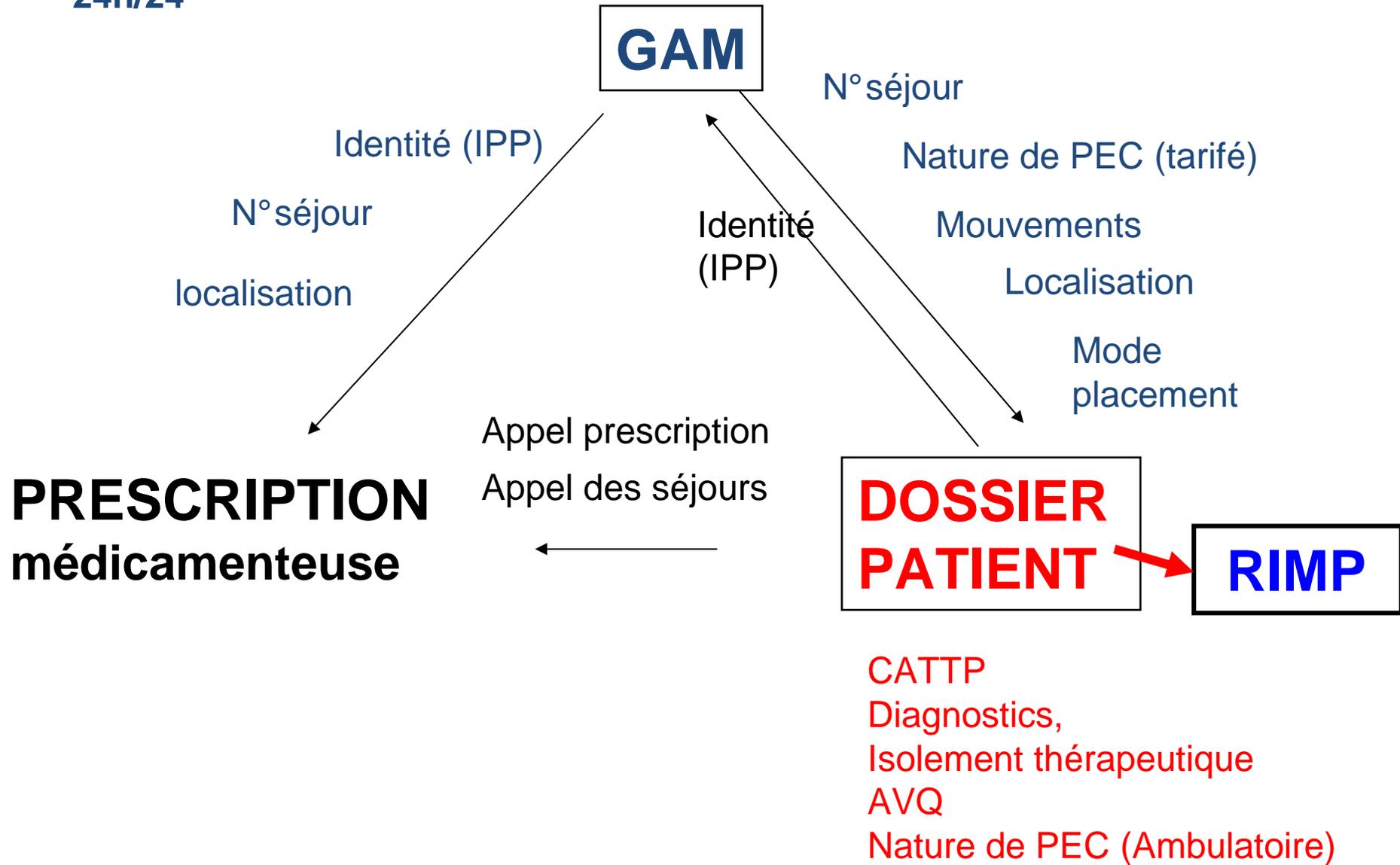
- Nom marital/jeune fille prioritaires, caractères autorisés,
- Année de naissance inconnue

- **Temps partiel**

- CATTp (séjour tarification zéro)
- HDJ (comptage journées)
- HN (pas de séjour dans GAM quand PEC alternée PT/HN)

- **Mouvements : modes d'entrée/sortie, sortie d'essai**
  - Utilisation différente de la nomenclature ME / MS
  - La sortie d'essai est un mouvement dans le GAM mais pas dans le RIMP
- **Problématique du temps réel : Saisie directe dans DPI des mouvements et des identités** décentralisée dans les unités de soins ?
  - Compétence requise ?
  - Contrainte de l'admission ou du mouvement minimum?
  - Transcodage des mouvements : perte d'informations si interface dans le sens DPI → GAM
  - Actuellement : saisie 24h/24 dans GAM par un pool réduit administratifs/cadres soignants formés.
- **Prescription :**
  - Problématique des séjours multiples en cours

24h/24



# Deux raisons de persévérer...

*Les devises Shadok*



EN ESSAYANT CONTINUELLEMENT  
ON FINIT PAR RÉUSSIR. DONC:  
PLUS ÇA RATE, PLUS ON A  
DE CHANCES QUE ÇA MARCHE.

*Les devises Shadok*



IL VAUT MIEUX POMPER MÊME S'IL NE SE PASSE  
RIEN QUE RISQUER QU'IL SE PASSE QUELQUE CHOSE  
DE PIÈRE EN NE POMPANT PAS.

# RIM-P et gestion : rapports difficiles?

Yohann MOURIER

DAFQC

# RIM-P, Compta ana et gestion

- Problématique : quel apport du RIM-P pour le dialogue et le contrôle de gestion?
  - Compta ana, contrôle de gestion et délégation de gestion par pôles = obligatoire pour tous les EPS
  - Travaux RIM-P : + tardifs et moins aboutis que PMSI MCO et PMSI SSR
- ⇒ lien données médicales / financement = pas déterminé (déterminant?)

MCO/SSR/PSY = même contraintes mais

⇒ pas les mêmes outils.

⇒ Pas le même stade de développement des programmes médicalisés des systèmes d'information

# S'inspirer de l'expérience MCO?

- Pré-requis des PMSI ou RIM-P pour le dialogue et le contrôle de gestion :
  - Champs de recueil et d'analyse : le fichier structure commun
  - Stabilité et fiabilité des données (médicales, budgétaires,...)
  - Etablir et partager les règles de retraitement et d'imputations
  - Retraiter les données = outils technique
  - Mettre en forme et diffuser
  - Dialogue de gestion itératif et répartition des moyens
- Quelles étapes pour le RIM-P
  - Fichier structure = possible!
  - Stabilité et fiabilité des données : RIM-P pas finalisé (objectifs nationaux) – culture médico-eco
  - Etablir et partager les règles de retraitement et d'imputations : ex: pas de T2A/VAP = comment répartir les recettes ?
  - Retraiter les données = outils technique (e-pmsi + excel?)
  - Mettre en forme et diffuser
  - Dialogue de gestion itératif et répartition des moyens

# Bilan rapide

- RIM-P = premières données quantitatives qui permettent d'initier une réflexion (mais pas de lien financier= usage limité pour dialogue de gestion)
- Incertitude sur évolution forme et usage du RIM-P : MIG et autres ? Prise en charge courte ou longue durée? ENC psy? engager un dialogue quand même ?
- Fiabilité : le MCO a mis du temps, et la PSY?
- Outils : limités à ce jour pour retraitement rapide en forme « nouvelle gouvernance »