

 **émois**
2015



Quel management pour quelle qualité après 4 ans de codage professionnalisé ?

L'expérience du CH de Mulhouse

G. Madelon, C. Erhrard, C. Segouin, A. Etienne

Le CH de Mulhouse



- * Le CH Mulhouse :
- * 6 sites, 2 majeurs
- * 14 pôles cliniques
MCO, SSR, PSY
- * 1580 lits et places
110 000 RSS
58 000 séances
250 000 journées
36 000 patients



- * Depuis le 1/1/15, fusion avec 4 établissements pour devenir
Groupe Hospitalier de la Région Mulhouse et Sud Alsace

<http://www.ghrmsa.fr/>

Le projet « OPTIM » en 2011

- * Chiffrage du projet : 1 ETP TIM pour 6000 RUM en hosp complète
- * Recrutement : 4 secrétaires médicales sur 2 ans
- * Formation initiale spécifique par le DIM puis Licence professionnelle
- * Responsabilité fonctionnelle et hiérarchique du DIM sur chaque TIM
- * Chaque TIM est en charge de plusieurs services cliniques
- * Accompagnement par le DIM dans le service durant 2 semaines
- * Codage , au cœur du service clinique , à partir des informations disponibles dans le dossier papier et informatisé

Le codage professionnalisé en 2014

- * 4,1 TIM établies dans les services
- * En moyenne, 14 000 RUM codés par TIM
- * 80% des ... séjours HC/HDJ
33 % des ... séances codés par les TIM
- * Exhaustivité du codage régulière et rapide (J15)
- * Les atypies de codage ...
 - En 2010 : 8500 atypies, 60% contrôlées dont 25% changt GHM
 - En 2014 : 2200 atypies, 70% contrôlées dont 33% changt GHM

Comment optimiser la qualité du codage au regard de l'organisation ?

La méthode

1. Analyse des points forts et faibles de l'organisation en place en 2014
2. Recherche dans l'organisation du codage d'autres établissements de santé, les organisations adoptées pour réduire le taux d'atypies de codage

Les Forces

- * Soutien institutionnel fort (Directoire, CME) ... au démarrage
- * Des recrutements volontaires
- * Une formation diplômante, une reconnaissance statutaire
- * Une équipe stable
- * Une expérience acquise auprès de chaque service sur les spécificités par spécialité
- * Une relation TIM-service stable, en faveur d'une meilleure qualité de codage
- * Des services globalement satisfaits

Les Faiblesses

- * Isolement des TIM
 - Éloignement géographique du SEAIM / services cliniques (2 sites)
 - Spécialisation peu favorable aux échanges sur le codage
- * Esprit d'équipe diminué
 - l'augmentation « brutale » des effectifs, isolement
- * Déploiement du codage à la source au détriment des contrôles qualité : contrôles peu exploités, volumes réduits
- * Engagements hétérogènes
 - Pas de contractualisation, bascule du mode projet « évalué » à un fonctionnement en routine sans évaluation

Les Menaces

- * Tensions sur la charge de travail
 - 14 000 RUM par TIM : seuil très élevé, temps de codage réduit
 - Exhaustivité atteinte, avec un risque d'une perte de qualité
- * La lassitude
 - 20% des problèmes occupent 80% du temps :
 - relances de dossiers manquants, dossiers incomplets, ...
 - Codage répétitif dans chaque service
- * Contexte de fusion : refonte du SIH (2015)
- * Informatisation du dossier patient à moyens DIM constants
 - => glissement de tâches
- * T2A SSR en 2016, FIDES séjours : contraintes à venir sur la qualité, l'exhaustivité et les organisations ... à moyens constants ?

Les Opportunités

- * 2 postes (volontairement) vacants :
marges de manœuvre pour organiser les tâches du service
- * Modernisation du SIH PMSI annoncé en 2015 :
meilleur accès aux informations dossiers
contrôles qualités intégrés et plus complets

Discussion

- * Un management initial satisfaisant
- * Un glissement dans la routine, avec une perte sur l'accompagnement et le suivi du projet
- * Focus : un taux d'atypies de codage persistant malgré un codage professionnalisé
- * Une confrontation des organisations en place dans d'autres ES met en évidence des pistes de management à explorer

Plan d'actions

Directoire / CME

- * Contractualisation
DIM- Pôles cliniques

Services

- * Etat des lieux de l'organisation
versus les prérequis
- * Faciliter les contacts entre
service et TIM
(staffs « terminologie médicale »)

DIM / TIM

- * Rotation des TIM sur les services
- * Présence plus marquée du
médecin DIM auprès des TIM
- * Staffs plus fréquents, plus
structurés sur la qualité du codage
(Retour sur les atypies détectées)
- * Production de fiche de codage
- * Accès aux formations continues
pour les TIM

Conclusions

- * Un « bon » codage à la source ne suffit pas à faire disparaître les erreurs : ne pas négliger la démarche continue d'amélioration
- * La professionnalisation du codage n'est pas que l'affaire du DIM ...

Suivi régulier institutionnel, engagements de chacun sur des objectifs et des moyens adaptés

... mais le DIM reste l'élément essentiel et doit être moteur sur la maîtrise de l'ensemble du process