

ECOLE DE MANAGEMENT POUR LES MEDECINS DES HÔPITAUX - E.MA.M.H.

**MANAGEMENT POUR LES PRATICIENS HOSPITALIERS
ET LES CADRES SUPERIEURS**

PROMOTION 2013 - 2014

MEMOIRE

**LA PROFESSIONNALISATION DU CODAGE
Quel management pour quelle qualité ?**

Gilles MADELON

CENTRE HOSPITALIER de MULHOUSE

Octobre 2014



Centre Hospitalier de Mulhouse

Je remercie vivement toute l'équipe du Service des Etudes et Application de l'Information Médicale du Centre Hospitalier de Mulhouse

En particulier Arnaud Etienne le chef du service, avec qui ce projet a été élaboré

L'équipe du SEAIM qui me supporte depuis 4 ans sur ce projet :

Clémence Erhrard , Chantal Haennig, Belinda Keller, Brigitte Mourad, Philippe Perrin , Delphine Saidi ,
Elodie Simon, Astrid Wespieser

Je remercie le directoire pour son engagement dans ce projet, la directrice du futur Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse et Sud Alsace, la direction des ressources humaines qui ont permis la mise en œuvre de ce projet institutionnel

Un remerciement spécial à Christophe Segouin pour son soutien et ses précieux conseils

Je remercie Frédéric Kletz pour la qualité de ses interventions
et Jacqueline Serreau pour l'organisation exceptionnelle de cette formation

Enfin, je tiens particulièrement à remercier Sophie
pour sa patience, ses encouragements quotidiens et ses conseils éclairés

Table des matières

I/ Contexte.....	4
Le Centre hospitalier de Mulhouse	4
Le PMSI et la TAA	4
Le rôle des services cliniques et du DIM.....	5
Objectifs de notre travail	6
II / Méthode.....	7
A/ Premier temps : Analyse de l'organisation du codage professionnalisée au CHM.....	7
B/ Second temps : Analyse d'une atypie de codage au CHM.....	7
C/ Troisième temps : Analyse d'organisations de codage comparables	9
III- Résultats	10
A/ Premier temps : Analyse de l'organisation de codage du CHM : « check ».....	10
Etape 6 : La gestion des atypies au CHM	11
B/ Second temps : Analyse d'une atypie de codage au CHM.....	16
3.1 Description de l'échantillon de dossiers audités.....	16
3.2 Typologie des erreurs et changement de GHM	16
3.3 La sévérité	19
3.4 L'impact descriptif et financier d'un changement de GHM.....	23
C/ Troisième temps : Confronter les organisations de codage PMSI.....	25
IV - DISCUSSION	35
Un management revisité pour sécuriser les recettes issues du codage au CHM	37
Les risques et les défis d'un nouveau management	39
Conclusion	42

Résumé

Introduction : Le codage professionnalisé est l'organisation choisie en 2011, au centre hospitalier de Mulhouse, pour optimiser les recettes. La persistance d'atypies de codage à fort impact financier interroge. Nous avons étudié l'organisation actuelle du codage pour adapter l'approche managériale du DIM face aux enjeux.

Méthode :

L'analyse du contexte et de l'organisation actuelle contribue dans un 1^{er} temps, à repérer les forces et faiblesses de la professionnalisation. Dans un second temps, la recherche ciblée, d'une atypie nous informe sur son origine et mesure les conséquences de sa correction. Le dernier temps se nourrit de l'expérience d'autres DIM, organisés en codage professionnalisé, pour permettre finalement de conclure sur de nouvelles propositions de management du projet, au CHM, adapté à notre environnement.

Résultats :

L'optimisation des recettes par la professionnalisation du codage est globalement efficace, cependant son management montre des faiblesses. L'étude d'une atypie de codage ciblée, nous informe sur ses origines, partagées entre le DIM et les services cliniques. Le questionnement sur les méthodes de travail d'autres établissements nous rassure sur nos pratiques, met en avant nos failles et propose des solutions.

Discussion : La présence d'une atypie est un reflet de non-qualité du codage. Son impact financier est souvent réelle. Lorsque le codage est perfectible, un nouveau management devient nécessaire. La réussite d'une nouvelle approche managériale mobilise tous les acteurs parallèlement : gouvernance, services cliniques, DIM et TIM

Conclusion et Perspective : La mise en place d'un plan de management évolutif du projet est débuté depuis avril 2014. La rencontre des services cliniques reste ponctuelle, celle du directoire est en attente. Et pourtant professionnaliser le codage est l'affaire de tous, pas uniquement celle du DIM.

FIDES et le GHT sont les 2 prochains défis du DIM auquel il doit se préparer sans tarder.

I/ Contexte

En introduction de ce travail, après avoir présenté brièvement le Centre hospitalier de Mulhouse, nous rappellerons les principes généraux du P.M.S.I. puis ceux de la tarification à l'activité (TAA) en court séjour. Nous évoquerons ensuite le rôle déterminant du Département d'Information Médicale (DIM) et celui des services cliniques dans ce domaine stratégique qu'est le P.M.S.I., et nous décrivons particulièrement l'organisation du codage professionnalisé délocalisé, ainsi que les modalités de contrôle de la qualité de codage mises en place au CHM

Le Centre hospitalier de Mulhouse

Le Centre Hospitalier de Mulhouse est un hôpital non-universitaire de 1576 lits et places de court séjour (Médecine – Chirurgie - Obstétrique : MCO) , de soins de suite et réadaptation (SSR) , de psychiatrie sectorisée et de long séjour (Unité de soins de longue durée : USLD). Les 948 lits et places de court séjour se répartissent entre médecine (584) , chirurgie (269) , de gynécologie obstétrique (99) .

En 2013, le CH de Mulhouse a pris en charge en MCO plus de 35 000 patients , il a produit plus de 101 000 séjours (RSS), dont 64 000 ambulatoires et totalisé près de 247 000 journées d'hospitalisation.

Le PMSI et la TAA

L'augmentation des dépenses de santé et la réforme du financement des établissements de santé (ES) par la dotation globale ont conduit à mettre en place dès la décennie 1970-1980 un système d'information pour évaluer la production des soins dans les établissements : le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) .

Le PMSI fondé par le décret n° 94-666 du 27 juillet 1994 " *met en œuvre des systèmes d'information médicalisés qui tiennent compte des pathologies et des modalités de prises en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins*". LE PMSI est mis en œuvre sous la responsabilité d'un médecin responsable du Département d'information médicale (DIM), chargé notamment d'envoyer chaque année l'intégralité de l'activité réalisé par l'ES, dans un cadre de recueil très réglementé, que l'univers des ES désigne par « le PMSI ».

Le PMSI est un outil de description médico-économique de l'activité hospitalière visant initialement à combler les écarts inter et intra régionaux reproduits par la dotation globale instaurée en 1983. Son objectif était de concourir à un juste financement des établissements de santé à partir d'un budget global partiellement ajusté à l'activité médicale déclarée. Dix années après sa mise en œuvre en court séjour, le mode de régulation du financement des ES publics ou privés, a montré ses limites macro-économiques, inter et intra-régionales. Les rentes de situation ont persistées et les injustices sont restées parfois comme fortement ressenties.

Dans la perspective d'une population française vieillissante et de ressources limitées souvent mal réparties entre ES, l'objectif d'un accès aux soins pour tous ne peut être atteint que dans le cadre d'une optimisation des dépenses de santé et en particulier des dépenses hospitalières.

Le 20 novembre 2002, le Ministre de la Santé de la Famille et des personnes handicapées dévoilait aux ES le " Plan Hôpital 2007 " qui mettait en place la réforme dite de la " tarification à l'activité " (TAA). La TAA modifie fondamentalement les modalités de financement des ES publics et privés. Dorénavant, chaque séjour d'hospitalisation, décrit par le PMSI, produit une recette dont le montant est fixé par l'assurance maladie.

Le rôle des services cliniques et du DIM

Depuis l'arrivée de la TAA, les ressources d'un ES sont calculées à partir d'une estimation d'activités pour l'année n+1, donc de recettes prévisionnelles issues pour l'essentiel de la déclaration PMSI .Cet exercice financier s'appelle « l'état prévisionnel des recettes et des dépenses » (EPRD). L'ES ne peut dorénavant engager en dépenses que s'il prévoit de gagner une recette équivalente. L'enjeu pour l'ES est de garantir suffisamment d'activités pour équilibrer son budget . Le pilotage financier d'un ES est devenu délicat, dès lors que les recettes attendues sont directement soumises aux fluctuations d'activité, et à l'exhaustivité et à la qualité des informations PMSI transmises aux tutelles.

Le projet médical d'établissement d'une part, et le rôle primordial de la production du PMSI d'autre part, ont pris depuis 10 ans, une nouvelle dimension.

1. L'offre de soin de l'ES déclinée dans le projet médical d'établissement, doit prévoir autant que possible une augmentation de l'activité, mais également une gestion optimale des dépenses engagées particulièrement dans les soins
2. La description des prises en charge en hospitalisation doit être exhaustive pour espérer que la production du PMSI génère une recette conforme à la lourdeur des dépenses engagées par les soins.

Le « codage PMSI » est fréquemment organisé sur deux modèles, souvent complémentaires : les uns organisent un « codage PMSI décentralisé » dans les services cliniques, les autres organisent un « codage PMSI centralisé » au DIM. La plupart des DIM mixent ces deux modèles selon les contraintes de l'ES et leurs ressources propres.

Quelque soit l'organisation du « codage PMSI », les recettes produites sont toujours le fruit de responsabilités partagées entre les services cliniques à la source de l'information et le DIM en charge de son traitement.

On comprend dès lors que le choix de l'organisation du « codage PMSI » dans un ES est devenu progressivement un enjeu stratégique dans un mécanisme de financement lié à l'activité décrite et codée.

Faire le choix de centraliser le « codage PMSI » au DIM, c'est faire le choix d'une professionnalisation du codage par des professionnels dont d'est le métier, sous l'autorité du médecin responsable du DIM. Faire ce choix ne peut garantir à lui seul, une production exhaustive et optimale de recettes. Professionnaliser le codage nécessite de disposer :

- de compétences humaines hautement spécifiques en médecin(s) et technicien(ne)s de l'information médicale (TIM), chevilles ouvrières du « codage PMSI »
- d'outils informatiques spécialisés dans l'évaluation de la qualité du codage, car le codage à la source est régulièrement producteur d'erreurs de codage , parfois responsables de pertes de recettes conséquentes.

Objectifs de notre travail

La professionnalisation du codage est la solution mise en œuvre au CHM pour optimiser les recettes d'hospitalisation.

Elle doit être organisée sur un mode collaboratif très structuré entre le DIM et les services, et rester conforme aux règles de production. Seulement des contraintes propres ou extérieures au DIM peuvent détériorer le processus de production du codage au fil de l'eau, faisant apparaître de nombreuses atypies de codage, responsable de pertes financières.

L'objectif de ce travail est d'apprécier si l'organisation du codage au CHM est optimale.

Nous posons l'hypothèse qu'elle ne l'est pas, puisque chaque semaine, le DIM repère de nombreuses atypies de codage.

L'évaluation de cette organisation doit permettre de mettre en place une approche managériale mieux adaptée à cette mission confiée par le directoire au SEAIM :

- Nous constaterons les points forts et faibles de l'organisation en place
- Nous étudierons les circonstances d'apparition d'une atypie de codage du CHM, et les conséquences de sa correction
- Nous rechercherons dans l'organisation du codage professionnalisé d'autres établissements de santé, les solutions adoptées pour réduire le taux d'atypies de codage

Nous discuterons les résultats observés pour conclure sur de nouvelles propositions de management, afin d'optimiser la qualité du codage PMSI produit et les recettes de l'établissement

II / Méthode

La méthode utilisée pour ce travail se déroule en 3 temps

A/ Premier temps : Analyse de l'organisation du codage professionnalisée au CHM

Nous posons l'hypothèse que la qualité du codage professionnalisé n'est pas optimale du fait que le SEAIM repère de nombreuses atypies de codage susceptibles d'avoir une influence sur la facturation.

L'analyse du contexte et de l'organisation mise en place depuis 2011, constitue la 3^{ème} étape de la méthode PDCA (Plan/Do/Check/Act), habituelle pour repérer des explications à la production de ces atypies de codage

- L'origine du projet « OPTIM » de professionnalisation du codage
- Les différentes étapes de sa mise en œuvre
- Analyse des forces et faiblesses du projet OPTIM par la matrice SWOT

B/ Second temps : Analyse d'une atypie de codage au CHM

L'analyse détaillée, des circonstances d'apparition d'une atypie de codage au CHM, nous renseigne plus finement sur le niveau d'implication du SEAIM, dans cette apparition.

L'étude des conséquences médico-économiques d'une atypie de codage nous instruit sur l'utilité de la corriger.

1/ Le choix de l'atypie

L'outil « CQ » de repérage des atypies de codage permet de repérer des atypies de codage sur la base des données PMSI produites au CHM . Parmi les différentes atypies contrôlables dans « CQ », nous décidons en collège médical du SEAIM, d'en retenir un pour ce travail d'audit.

L'audit réalisé en juillet 2014, porte sur tous les séjours clos du 1^{er} semestre 2014, dont la description PMSI est traduite en séjours à comorbidités absentes ou de faible sévérité (2), dont la durée de séjour de minimum 10 jours, est deux fois supérieure à la borne haute du Groupes homogènes de malades (GHM)

Nous voulons vérifier deux hypothèses, pouvant expliquer la présence de cette atypie:

- Hypothèse 1 : liée à une réelle erreur de codage : il s'agit de séjours médicalement lourds mal hiérarchisés ou avec des comorbidités « lourdes » oubliées lors du codage PMSI initial
- Hypothèse 2 : il s'agit de séjours médicalement « légers », c'est à dire sans comorbidités « lourdes » et dont la durée est allongée anormalement. L'allongement inhabituel de la durée d'hospitalisation peut s'expliquer par des raisons de nature organisationnelle propres à l'ES ou liées au défaut de prise en charge en l'aval , comme par exemples :
 - la traçabilité des soins lourds n'existe pas ou leur codification PMSI est impossible
 - durée de séjour prolongé pour obtenir un bilan d'imagerie spécifique
 - apparition de complications, en cours de séjour, de niveau de sévérité 2
 - recherche retardée d'une place en aval ou défaut de place en aval
 - retour à domicile impossible sans aide
 - prise en charge médicale « atypique »

2/L'audit de la qualité du codage

Nous considérons que les informations médicales relatives aux soins sont disponibles de manière exhaustive et précise dans le dossier du patient, conformément aux engagements pris par les services cliniques dans le cadre du projet OPTIM.

Nous présumons qu'habituellement, un séjour est long lorsque le patient est atteint de pathologies lourdes ou de complications.

L'audit va donc vérifier la qualité du codage initial, à partir des informations disponibles dans le dossier. Cet audit est réalisé en 3 phases :

Phase 1 : Codage par le médecin DIM

A partir du dossier papier et informatisé du patient, le médecin DIM recode de l'intégralité du séjour, sans tenir compte du codage initial

Phase 2 : Comparaison du codage initial et final

Etape 1 : Vérifier le diagnostic principal (DP)

Etape 2 : Vérifier l'existence de diagnostics associés (DAS) pouvant expliquer l'allongement inhabituel de la durée du séjour

Etape 3 : Contrôle de la qualité des actes médicaux

Phase 3 : Analyse de l'audit

Les corrections intervenues sont détaillées, afin d'analyser leurs origines et leurs conséquences descriptives et financières.

Sept critères sont pris en compte pour permettre la comparaison du codage initial au codage final :

1. Le service concerné par l'atypie
2. La typologie d'erreur de codage : erreur de hiérarchisation du DP (type H) ,oubli de diagnostic (type O) , imprécision de codage (type I)
3. Le niveau de l'erreur : erreur de DP, erreur de DAS, erreur de DP et de DAS, erreur d'acte
4. Le GHM : sa description alpha – numérique : suite aux modifications apportées sur les diagnostics ou les actes, soit le GHM n'est pas modifié, soit il change simplement de niveau de sévérité, soit il change complètement.

Trois situations peuvent se présenter lors des corrections du codage initial :

- Si le DP est modifié ; le GHM final peut changer totalement, ou rester identique.
- Si de nouveaux DAS sont retrouvés et codés ; le GHM final peut changer de niveau de sévérité, si les comorbidités sont plus « sévères » que celles codées initialement, ou rester identique.
- Si le DP et un ou des DAS sont recodés ; Les deux effets précédents peuvent s'additionner, le GHM final peut changer totalement, changer uniquement de niveau de sévérité, ou plus rarement rester identique.

5. La sévérité initiale et finale du GHM
6. Le nombre de journées produites au-delà de la borne haute
7. La recette initiale et finale du GHS

C/ Troisième temps : Analyse d'organisations de codage comparables

Le dernier temps de notre travail recherche, dans l'organisation du codage professionnalisé d'autres établissements de santé, d'éventuelles solutions adoptées pour améliorer la qualité du codage.

Pour y parvenir, nous mettons en œuvre, un questionnaire en ligne sur Internet, accessible du 03/06 au 30/06/2014, destiné aux DIM d'établissements mettant ou ayant mis en place un traitement PMSI professionnalisé.

(Annexe 1 : Questionnaire Internet)

Afin d'espérer obtenir un nombre suffisant de réponses, un mailing a été réalisé sur deux forums de discussions spécialisés pour les DIM. La participation au questionnaire est volontaire, mais ciblée.

Les questions portent sur l'organisation humaine et technologique du DIM dans le domaine de la production du codage et de la gestion des atypies :

- Identification de l'établissement
- Identification des ressources humaines de l'équipe du DIM
- Organisation du codage par type d'hospitalisation (complet, de jour, chirurgie ambulatoire, lits porte, séances)
- Volume annuel global de Résumés d'unité médicales (RUM) à traiter et volume de RUM traités par le DIM
- Organisation du DIM en matière de repérage et de correction des atypies de codage (qui repère, qui corrige, quels retours à qui et comment?)
- Disponibilité au DIM d'un utilitaire informatique de repérage des atypies de codage

Pour faciliter notre analyse, 5 catégories d'ES répondants ont été créées, selon le nombre de séjours produits (hors séance) et en précisant le nombre de lits et places installées¹. Les résultats observés sont rapprochés de ceux du CHM

Tableau 1 : Catégorie des établissements

Catégorie	Nombre de lits et places	Nombre de séjours (hors séance)
Catégorie 1	<= 100	<=5000 RSS
Catégorie 2	> 100 et <= 300	>5000 et <= 15000
Catégorie 3	>300 et <= 900	>15000 et <= 40000
Catégorie 4	>900 et <= 1000	>40000 et <= 60000
Catégorie 5*	>1000 et <1500	>70000 et <= 90000

* La catégorie 5 ne concerne que des CHU

Pour terminer ce travail, nous discuterons, les résultats de ces 3 temps d'analyse pour réagir, « ACT », et proposer un management adapté, « PLAN », afin de répondre efficacement aux enjeux actuels et futurs de la professionnalisation du codage PMSI .

¹ source : <http://www.scopesante.fr/> référence : année 2012

III- Résultats

A/ Premier temps : Analyse de l'organisation de codage du CHM : « check »

L'origine du projet « OPTIM » de professionnalisation du codage

Le « codage PMSI » regroupe un ensemble d'étapes successives que l'on peut résumer ainsi: *« repérer, hiérarchiser selon des consignes nationales strictes, puis coder à l'aide de classifications spécifiques les pathologies prises en charge et les actes réalisés durant un séjour en hospitalisation complète ou de jour et enfin saisir le tout dans un environnement informatique dédié ».*

Jusqu'en 2010, le codage PMSI au CHM était essentiellement décentralisé dans les services cliniques. Au cours de cet exercice 2010, le contrôle de la qualité du codage, réalisé par le SEAIM, permet de repérer 3500 séjours portant au moins une atypie de codage.

L'atypie est décrite par l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH) dès le démarrage du PMSI : *« Elle est définie soit comme une incohérence entre les données, soit comme une absence de conformité à une référence, soit comme ce qui diffère de l'habituellement observé. Les atypies peuvent révéler un défaut de qualité de codage des informations. »*

Les corrections réalisées à l'époque, par le SEAIM ne peuvent porter que sur 50% des séjours repérés, faute de ressource suffisante. Elles permettent, de récupérer près de 1,2 M€. Suite à ce constat inquiétant, à la fois sur la qualité du codage mais surtout sur d'importantes pertes de recettes, le SEAIM propose au directoire de professionnaliser le codage PMSI dans les services de court séjour, ce que le directoire valide aussitôt.

Ce projet, nommé « OPTIM » a alors trois objectifs annoncés :

- Réaliser le traitement du PMSI par des professionnels du codage rattachés au SEAIM
- Rendre du temps aux soignants en les libérant du traitement PMSI, pour leur permettre notamment de se recentrer sur la réalisation des soins et sur l'amélioration des écrits des prises en charge au sein du dossier du patient.
- Optimiser in fine, de manière pérenne, la production des recettes d'hospitalisations

Les différentes étapes de sa mise en œuvre

OPTIM a été mis en place progressivement, à compter de février 2011, en 6 étapes.

Etape 1 : Communiquer

La mise en œuvre du projet OPTIM passe par une communication large auprès des cliniciens et des soignants, notamment au directoire et en commission médicale d'établissement (CME), mais également dans les services cliniques

Etape 2 : Recruter

La TIM recrutée doit être volontaire, efficace, très rapidement opérationnelle, autonome, encline à apprendre spontanément et régulièrement du fait de l'évolution annuelle de la réglementation PMSI. Le recrutement s'est étalé entre février 2011 et février 2012. Au total 4 anciennes secrétaires médicales et une ancienne TIM sont recrutées.

Etape 3 : Former

Une formation théorique et pratique de base est assurée par le médecin DIM aux futures TIM, au gré de leur recrutement. La formation est centrée sur les domaines propres au codage PMSI : l'usage de la CIM10 et du guide de production PMSI MCO, et l'usage des outils informatiques de saisie du PMSI.

Une formation diplômante en licence professionnelle, axée sur la terminologie médicale et les règles de codage du P.M.S.I. est validée par quatre TIM entre 2011 et 2013

Etape 4 : Organiser

Le service clinique bénéficiant d'un codage professionnalisé doit garantir la pérennité de ses engagements auprès du SEAIM. Un questionnaire destiné au chef du service clinique, pointe les prérequis sur lesquels son service s'engage auprès du SEAIM. Les réponses restent déclaratives et aucune contractualisation entre le SEAIM et le service clinique n'est formellement réalisée. (Annexe 2 : questionnaire des prérequis)

Les prérequis portent sur :

- La logistique d'accueil de la TIM dans un espace de lieu de temps et de moyens techniques doit être définie de manière pérenne
- La gestion du circuit du dossier à traiter par la TIM doit se conformer à cette environnement logistique et aux engagements habituels des services, notamment de produire un compte rendu d'hospitalisation dans un délai de 7 jours (14 jours tolérés)
- Le contenu du dossier doit être conforme à la réglementation

Etape 5 : Démarrer OPTIM

Une fois que les prérequis sont validés par le SEAIM, le chef de service clinique, le cadre et la secrétaire référente du pôle, une date du démarrage du projet OPTIM est fixée. Aucune autre forme de contractualisation n'est formalisée entre le SEAIM et le service clinique

La professionnalisation du codage par des TIM est mise en place progressivement dans les pôles au fur et à mesure des recrutements de TIM. Chaque TIM intervient dans plusieurs services d'un ou plusieurs pôles cliniques, pour y réaliser sa tâche de « codage PMSI »

L'objectif annuel initial de codage est de 6000 Résumés d'unités médicales (RUM) par TIM.

Début d'année 2014, le SEAIM a professionnalisé le codage PMSI de 29 des 33 services cliniques, il traite près de 40000 séjours annuellement.

Etape 6 : La gestion des atypies au CHM

Dès que le codage professionnalisé démarre, il est fondamental de rechercher régulièrement l'existence d'atypies de codage, notamment du fait de la nouveauté du métier pour ces nouveaux agents exerçant comme TIM. Au CHM, la recherche des atypies de codage est réalisée, à partir d'un outil « maison » développé sur Microsoft Access, dont l'acronyme est « CQ » signifiant « contrôle de la qualité ». « CQ » propose 18 contrôles différents (+ 2 à la recherche de CMD90)

(Annexe 3 : CQ)

Etape 7 : Evaluation du projet OPTIM

En mai 2011, cinq indicateurs d'évaluation annuel du projet ont été proposés par le SEAIM au directoire pour déclencher l'intéressement des pôles .

Tableau 2 : Indicateurs de suivi du projet OPTIM

Indicateur	Score cible
Délai de production du codage	90% à 8 jours
Qualité du codage initial	90%
Audit qualité dossier patient	80%
Nombre de réunions de suivi	4 /an
Nombre d'actions d'améliorations réalisées et évaluées	2/an

Cette 7^{ème} étape n'a jamais validée par le directoire

Les conditions d'optimisation de la qualité du codage

Sécuriser les recettes en optimisant le codage est un objectif hautement stratégique, dans la recette produite par les séjours représente environ 80% du budget de l'hôpital

La réussite d'un tel projet de professionnalisation du codage implique et engage de nombreux acteurs de l'hôpital :

- la direction s'engage auprès des services cliniques à permettre au SEAIM de recruter et de former du personnel compétent, en nombre suffisant et veille au bon déroulement du projet
- la direction informatique s'engage auprès du SEAIM, à fournir un logiciel de recueil du PMSI conforme à la réglementation, et un logiciel d'analyse de la qualité du codage efficace
- le SEAIM s'engage auprès des services cliniques, à coder à leur place, l'exhaustivité des informations médicales et soignantes disponibles dans le dossier des patients, conformément aux règles de codage en vigueur.
- Le SEAIM s'engage à organiser la formation continue des TIM
- La TIM s'engage à respecter son planning de travail, elle veille à limiter les retards de codage et s'interdit d'interpréter une information partielle lors du codage PMSI
- les services cliniques s'engagent à fournir, chaque semaine à la TIM, dans un environnement de travail dédié, le dossier du patient complet et ordonné, dans un délai de 7 jours suivant sa sortie, avec l'information exhaustive et précise des prises en charge réalisées durant le séjour

Pour analyser les conditions d'optimisation de la qualité du codage, au regard de l'organisation actuellement en place, nous choisissons la matrice SWOT (Strengths(forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunities (opportunités), Threats (menaces)) adaptée aux projets stratégiques

Figure 1 : Analyse des forces et faiblesses de la professionnalisation du codage

	Forces	Faiblesses
Interne	<p>Professionnalisation en place depuis 4 ans</p> <p>Satisfaction globale des services</p> <p>2 médecins DIM compétents pour le codage</p> <p>4 TIM diplômées en 2 ans + 1 TIM « détournée »</p> <p>CQ permet de repérer les atypies de codage et 0.4 ETP de TIM est dédié à CQ</p>	<p>La formation initiale insuffisante</p> <p>Rares sollicitations par les TIM du médecin DIM pour le codage difficile</p> <p>Staff fréquence insuffisante (trimestriel)</p> <p>Un taux d'atypies de codage non nul (6.5%) , impossible de tout contrôler faute de ressources suffisantes</p> <p>Erreurs de codage ; méconnaissance du guide de production</p> <p>Isolement des TIM, pas d'esprit d'équipe, travail peu enthousiasmant</p> <p>Pas assez de rappels aux TIM, à propos des atypies corrigées</p> <p>Pas assez de présence du DIM auprès des TIM de pôle</p> <p>Nombre insuffisant de TIM pour la charge totale à traiter provoquant des surcharges de codage après une période d'absence</p> <p>Hyperspécialisation des TIM ne permettant pas les « coups de main » en période de surcharge par incompétence</p> <p>Le SEAIM ne dispose pas des outils informatiques nécessaires à l'optimisation du codage à la source</p>
	Opportunités	Menaces
Externe	<p>Le directoire reste à la gouvernance du projet OPTIM</p> <p>Le directoire est à la gouvernance du projet</p> <p>La DRH organise le recrutement, les formations professionnelles et proposent des évolutions de carrière aux TIM.</p> <p>Le recrutement d'une 5^{ème} TIM est en cours</p>	<p>Le directoire ne reçoit plus le SEAIM sur le suivi du projet depuis 2 ans</p> <p>Le directoire n'a pas validé de déclenchement d'intéressement aux pôles pour ce projet pourtant stratégique . Il n'existe pas de contrat d'engagement avec les services / Non-respect des prérequis OPTIM provoquant un retard, une dégradation du codage par déséquilibre de la charge quotidienne de codage</p> <ul style="list-style-type: none"> - Précision et exhaustivité des écrits absente des dossiers - Gros retard voire absence de compte rendu d'hospitalisation lors du codage (20% à 7 jours-30% à 14 jours) - Dossiers perdus de vue temporairement - Certains actes chirurgicaux ne sont pas déclarés, d'autres sont erronés <p>Les outils informatiques PMSI sont chaque année livrés avec plusieurs mois de retard</p>

D'emblée la matrice SWOT pointe un nombre de points négatifs très supérieur aux points positifs, ce qui confirme l'intérêt de notre travail.

La principale opportunité pour faire évoluer ce projet dans le bon sens, pourrait venir du directoire s'il accordait de nouveau un intérêt au sujet et un temps de parole au SEAIM.

Cependant, la réalité est plutôt amer, car la menace de voir scléroser ce projet est bien réelle, dans la

mesure où le directoire s'en désintéresse depuis 2 ans, alors même qu'il a initié en 2011.

De plus, la nonchalance de quelques services, vis-à-vis de leurs engagements initiaux dans ce projet ne leur est pas profitable. A titre d'exemples, citons la non mise à disposition des dossiers dans les délais attendus voire leur disparition totale, l'absence de compte rendu d'hospitalisation lors du codage (en juillet 2014 : le délai moyen de production du compte rendu d'hospitalisation est de 18% à 7 jours et de 30% à 14 jours)

L'absence d'intéressement et / ou l'absence de contractualisation entre les services cliniques et le SEAIM, dans le cadre du suivi de ce projet, n'arrange rien à cette situation.

Alors certes, le SEAIM dispose d'une équipe compétente, et le projet OPTIM « tourne » plutôt bien depuis 2011.

Et certes les TIM semblent exercer leur mission de codage sans difficulté, si l'on se réfère aux rares sollicitations faites auprès du médecin DIM.

Pourtant, il est évident, que la professionnalisation du codage , en l'état de son organisation, ne permet pas de faire disparaître les atypies de codage.

Dans ce contexte « atypique », la rareté de sollicitations des TIM devient suspecte d'une démarche de codage centrée sur la quête de l'exhaustivité quotidienne, **peut être au détriment de la qualité finale.**

Ce sont les entretiens individuels de fin d'année, qui nous apporte des réponses sur certaines faiblesses ressenties ou rencontrées par la TIM, toutes susceptibles de dégrader la qualité du codage.

- Certaines TIM se sentent isolées et regrettent le peu de réunions de service SEAIM. L'esprit d'équipe est en berne et les échanges professionnels entre TIM insuffisants. Le codage PMSI est un long apprentissage ou les échanges avec les collègues sont essentiels à favoriser. On constate dans ces conditions d'exercice, **un travail à la chaîne peu enthousiasmant dont le résultat pourrait être une dégradation de la qualité du codage**
- La stabilité « rassurante » du poste, proposé au démarrage du projet, conduit progressivement à une « hyperspécialisation » de chaque TIM en matière de codage PMSI. L'absence relative de polyvalence dans le codage PMSI a été parfois mal vécue, lors des rares remplacements organisés durant les congés des unes et des autres. Ces situations montrent les limites atteintes par certaines TIM et fait craindre que la qualité finale du codage ait pu également se dégrader dans de telles situations. **La recherche d'une exhaustivité trop rapide est néfaste à la qualité finalement produite.**
- Lorsqu'elles rencontrent des difficultés à obtenir de certains services, l'exhaustivité des dossiers ou des informations à coder, dans le délai prévu par le projet OPTIM (7-14 jours) cela provoque un retard dans le codage. D'autres difficultés liées aux périodes de surcharges de travail du fait d'absence de la TIM ou de la secrétaire du service créent également un retard dans le codage. Ces deux situations créent mécaniquement une accumulation de dossiers à traiter, une surcharge de travail stressante particulièrement pour la TIM, susceptible de dégrader la qualité du codage finale. **Un codage PMSI trop lent peut également être néfaste à la qualité produite**
- les rares retours structurés aux TIM, à propos des atypies de codage repérées par « CQ » et corrigées par les TIM expertes, ne leur permettent pas de s'améliorer et donc de réduire le nombre d'atypies de codage qu'elles produisent au fil de l'eau. **La production des atypies ne peut pas se réduire dans ces conditions**

Enfin, nous l'avons déjà souligné, le codage PMSI s'appuie sur la **qualité et l'exhaustivité** des informations médicales disponibles dans le dossier du patient. Il est donc essentiel que l'opération de codage PMSI n'omette aucune information disponible, dans le respect des règles suscitées, sous peine d'occasionner une atypie de codage.

La seconde partie de notre travail permettra d'apprécier la qualité du codage réalisé au regard de ces deux premiers points déterminants dans l'optimisation finale des recettes.

B/ Second temps : Analyse d'une atypie de codage au CHM

La production régulière de nombreuses atypies de codage au CHM nous alerte sur la qualité du codage. L'examen, d'une part, de l'origine d'une atypie de codage au CHM, doit nous renseigner sur le niveau d'implication des TIM dans son apparition.

D'autre part, l'analyse des conséquences médico-économiques des corrections réalisées lors de cet audit nous renseigne sur l'efficacité de cette atypie et sa pertinence à être maintenu dans les contrôles qualité de « CQ »

Ce bilan complet doit permettre d'adapter la réponse managériale auprès des TIM ou des services cliniques, afin de réduire l'apparition d'une telle atypie

3.1 Description de l'échantillon de dossiers audités

L'atypie dont fait l'objet cet audit du codage, concerne tous les séjours clos du 1^{er} semestre 2014, dont la description PMSI est traduite en séjours à comorbidités absentes ou de faible sévérité (2) et dont la durée du séjour de minimum 10 jours, est deux fois supérieure à la borne haute du GHM.

Ces séjours sont repérés dans le PMSI parmi les GHM ayant une racine terminée par 1, 2, ou A et B

Les 60 dossiers repérés dans « CQ » concernent 2 groupes de services :

- Groupe A : les services bénéficient d'un codage par des TIM (projet OPTIM)
- Groupe B : les services n'en bénéficient pas encore en 2014 (codage décentralisé)

Les dossiers de l'échantillon concernent 20 services, répartis ainsi selon le mode de codage

- Groupe A : 16 services sont concernés par 41 dossiers (68% des séjours)
- Groupe B : 4 services sont concernés par 19 dossiers (32% des séjours)

L'atypie étudiée est fortement présente dans les services codés par des TIM. Elle reste néanmoins proportionnellement, 2 fois plus fréquentes dans les services qui codent eux-mêmes

3.2 Typologie des erreurs et changement de GHM

Le codage et le GHM obtenu par le médecin DIM à la fin de son travail d'audit, sont comparés au codage et au GHM initiaux. Sur l'ensemble de l'échantillon, on observe que:

- 37% des dossiers audités ne présentent aucune erreur de codage
- 40% des séjours ne changent pas de GHM

On peut estimer que 24 séjours sont d'authentiques séjours longs et médicalement « légers », au regard des informations médicales et soignantes disponibles dans le dossier patient

Les erreurs de codage modifient le plus souvent le GHM final. Elles concernent, une fois sur 2 au moins un diagnostic associé significatif (DAS), plus de 4 fois sur 10 à la fois le DP et au moins un DAS, et plus rarement le diagnostic principal (DP) seul.

60% des séjours concernés par cette atypie de codage présente au moins une erreur de codage touchant indifféremment DP ou DAS avec une prépondérance pour les DAS.

L'étape suivante de notre travail va rechercher s'il existe des différences de taux d'atypies, selon que le codage est réalisé par les TIM ou par les services cliniques.

Pour le groupe A des services bénéficiant d'un codage professionnalisé, les 3 niveaux d'erreurs rencontrés sont décrits dans le tableau 2, en dénombrant les séjours concernés, et en précisant si l'effet du codage par le médecin DIM change ou non le GHM final

Tableau 3 : Types d'erreurs et impact sur le GHM – Groupe A

<u>Groupe A codé par le DIM (41 séjours)</u>	<u>Changement de GHM</u>	<u>Pas de changement de GHM</u>	<u>Total</u>
<u>Pas d'erreur de diagnostic</u>	1*	15	16
<u>Erreur de DP</u>	2	0	2
<u>Erreur de DAS</u>	12	1	13
<u>Erreur de DP +DAS</u>	9	1	10
<u>Total</u>	24	17	41

La comparaison du codage initial réalisé par la TIM, à celui obtenu par le médecin DIM, permet de mettre en évidence que 61% de séjours portent au moins une erreur de diagnostic, dont :

- 8% porte sur le DP.
- 52% portent uniquement sur les DAS
- 40% sur DP et DAS

Dans le groupe des séjours codés par les TIM, on note que 24 séjours changent de GHM à l'issue de l'audit du fait pour :

- 100% par d'une modification du DP (imprécision, erreur de hiérarchisation)
- 92% d'une correction de DAS (oubli, imprécision, excès de codage)
- 90% d'une modification du DP et d'une correction portant sur les DAS

Un seul séjour mentionné par une * dans le tableau 1 change de GHM, du fait du rajout d'un acte médical dont la saisie avait été oubliée.

L'audit de l'atypie de codage a mis en évidence dans le groupe des services bénéficiant d'un codage professionnalisé, un taux d'erreur de codage de 61%.

Les corrections apportées modifient plus de 58% des GHM initiaux.

Les erreurs de codage concernent tous types de diagnostics, notamment des DAS oubliés par les TIM

Pour le groupe B , des services codant eux-mêmes, les 3 niveaux d’erreurs repérées sont décrits dans le tableau 3, en dénombrant les séjours concernés ,et en précisant si l’effet du recodage change ou non le GHM final

Tableau 4 : Types d’erreurs et impact sur le GHM – Groupe B

<u>Groupe B codé par les services (19 séjours)</u>	Changement de GHM	Pas de changement de GHM	Total
<u>Pas d’erreur de diagnostic</u>	0	6	6
<u>Erreur de DP</u>	0	0	0
<u>Erreur de DAS</u>	6	1	7
<u>Erreur de DP + DAS</u>	6	0	6
<u>Total</u>	12	7	19

La comparaison, au sein du groupe B, du codage initial réalisé par le service clinique à celui réalisé par le médecin DIM après l’audit, permet de mettre en évidence que 68% de séjours portent au moins une erreur de diagnostic, dont :

- aucune sur le DP
- 54% portent uniquement sur les DAS
- 46% sur tous types de diagnostics

Le taux de cette atypie mesuré à 68%, est plus important encore que dans le groupe A

Dans cet échantillon, on note que 63% des séjours changent de GHM à l’issue de l’audit

- 50% par rajout de DAS
- 50% par modification du DP et rajout de DAS

Le recodage par le médecin du DIM met en évidence un taux d’erreur de codage initial de 68% dans des services « codeurs ».

Les corrections apportées modifient 63% des GHM initiaux, soit près de 5% de plus que dans le groupe A

Les erreurs de codage concernent toujours des DAS, et une fois sur deux elles concernent en plus le DP

Les résultats observés, à l'issue de l'audit, par typologies d'erreurs est présentée dans le tableau ci – dessous

Tableau 5 : Typologie des erreurs par groupe :

	Groupe A : codage SEAIM			Groupe B : codage service		
	Erreur de type H	Erreur de type O	Erreur de type I	Erreur de type H	Erreur de type O	Erreur de type I
Erreur de DP	4	-	2	-	-	-
Erreur de DAS	-	14	1	-	5	-
Erreur de DP et de DAS	2	2	-	3	5	3
% du total des erreurs du groupe	24%	64%	12%	19%	62%	19%

L'analyse de ces résultats nous informe que les oublis de DAS (type O) concernent dans les 2 échantillons plus de 6 séjours sur 10.

Les erreurs de type H relative au codage du DP, sont présentes dans plus d'un séjour sur 5.

Les erreurs liées à un manque de précision du code initialement renseigné (type I) sont plus importante (près de 20%) dans le groupe des services « codeurs » que dans le groupe des services codés par le SEAIM.

Sur l'ensemble de l'échantillon, l'audit de cette atypie de codage s'est avérée justifiée et efficiente puisque près de 6 séjours sur 10 changent finalement de GHM après le contrôle du médecin DIM.

Le taux considérable de cette atypie reflète un processus de production du codage perfectible quelque-soit la méthode de codage mise en place . Il interpelle les responsables du SEAIM dans le management de la production du codage

On note que les corrections sont 7% plus nombreuses dans le groupe B par rapport au groupe A.

On constate une prédominance remarquable des oublis de DAS, suivi d'erreurs dans le choix du DP

Ces résultats doivent permettre de préciser les consignes de codage à restituer au responsable du codage.

Le rôle du SEAIM, en matière de conseil de codage auprès des services « codeurs » ne doit pas être négligé étant donné les 68% de séjours corrigés lors de cet audit

3.3 La sévérité

Généralement, un séjour est long, lorsque le patient est atteint de pathologies lourdes ou de complications. Un tel séjour est groupé dans un GHM, dont le niveau de sévérité est habituellement supérieur à 2. L'atypie étudiée repère 60 séjours longs dont la sévérité est inférieure ou égale à 2.

Nous postulons que cette atypie est le fruit d'un oubli de comorbidités sévères. Dans l'hypothèse où ces comorbidités sévères sont retrouvées, les corrections apportées sur le codage initial

occasionnent un changement du niveau de sévérité du GHM initial.

La suite de ce travail va étudier la proportion des GHM, dont le niveau de sévérité change à l'issue de l'audit.

Examinons s'il existe un lien entre l'évolution du taux de sévérité et l'organisation du codage en place grâce aux deux groupes de services initialement constitués.

Le tableau 6 présente la répartition des sévérités dans chacun des groupes A et B avant et après l'audit dans le tableau ci-dessous :

Tableau 6 : Distribution des sévérités avant et après l'audit par échantillons

Effectif du groupe entre []	Echantillon complet		Groupe A		Groupe B	
	Avant audit [60]	Après audit GHM modifié [36]	Avant audit [41]	Après audit GHM modifié[24]	Avant audit [19]	Après audit GHM modifié[12]
Sévérité 1	33	3	20	2	13	1
Sévérité 2	16	8	12	3	4	5
Sévérité 3	-	14	-	10	-	4
Sévérité 4	-	8	-	6	-	2
Sévérité A	3	0	3	0	-	-
Sévérité B	-	1	-	1	-	-
GHM en Z	8	2	6	2	2	0

Dans l'échantillon initial complet, on relève que :

- 55% des séjours présentent un niveau de sévérité 1
- 26.6% présentent un niveau 2
- 5% sont décrits avec un niveau de type A
- 13.4% avec une racine terminée en Z

Déclinés dans les 2 groupes constitués, les taux de sévérité, avant l'audit sont sensiblement différents :

- Le groupe A présente 48% de séjours de niveau 1, le groupe B en présente plus de 68%
- Le groupe A présente 29% de séjours de niveau 2, le groupe B en présente 21%

On constate, dans l'échantillon d'origine que le codage réalisé par les services du groupe B décrit 20% de séjours de niveau 1 de plus que dans le groupe A, pour atteindre plus de 2/3 de l'effectif du groupe B. Ce constat reflète peut être une lassitude, ou une difficulté à réaliser le codage de séjours très longs

Examinons dans le tableau 6, le taux de sévérité de l'échantillon de 24 séjours dont le GHM ne change pas à l'issue de l'audit

Tableau 7 : Taux de sévérité par groupe

	Groupe A	Groupe B	Total
Sévérité 1	47%	85%	58%
Sévérité 2	35%	15%	29%
Sévérité A	6%	-	4%
GHM en Z	17%	-	13%

On remarque, dans cet échantillon, qu'à l'issue de l'audit, le taux de GHM dont le niveau de sévérité est à 1, représente en moyenne 6 séjours sur 10, ce qui reste très important.

Le SEAIM explique la stabilité de ces faibles niveaux de sévérité, par

-un manque d'information médicale, suffisante, disponible dans le dossier du patient permettant d'expliquer la prolongation du séjour.

- des difficultés de prises en charge d'ordre structurelle non codables

Examinons l'évolution des sévérités selon le groupe de service producteur du codage, parmi les GHM ayant été modifiés après l'audit

Dans le groupe A, on observe une réduction très importante des GHM de niveau 1 et de niveau 2 ou B au profit des GHM de niveaux 3 ou 4 qui apparaissent à hauteur de 66% du volume des séjours de l'échantillon du groupe . On note également une forte diminution des GHM qui présente une racine initiale en Z

Dans le groupe B, même si le taux de GHM de niveau 1 et 2 infléchit également au profit des niveaux supérieur, pour autant 50% de l'effectif reste avec un niveau de sévérité à 1 ou 2 à l'issue de l'audit. On note la disparition des GHM avec une racine initiale en Z

L'effet de l'audit sur l'évolution des taux de sévérités est fortement marqué. Il est surtout le fait d'oublis de DAS fortement sévères.

Typologie d'erreurs et sévérités

Examinons s'il existe un lien entre l'évolution du taux de sévérité et la typologie d'erreur :

Pour les 35 séjours concernés exclusivement par une erreur de diagnostic, le tableau 8 présente en lignes les niveaux de sévérités, et en colonnes les typologies d'erreur de codage rencontrées, déclinant chacune, le nombre de GHM initial et final.

Tableau 8 : Distribution des sévérités par types d'erreurs

	Erreur de DP seulement		Erreur de DAS seulement		Erreur de DP et de DAS	
	Nb de GHM dont la sévérité initiale est	Nb de GHM dont la sévérité finale est	Nb de GHM dont la sévérité initiale est	Nb de GHM dont la sévérité finale est	Nb de GHM dont la sévérité initiale est	Nb de GHM dont la sévérité finale est
Sévérité 1	2	1	10	0	7	1
Sévérité 2	-	-	7	5	2	3
Sévérité 3	-	-	-	11	-	3
Sévérité 4	-	-	-	1	-	7
Sévérité A	-	-	1	0	1	0
Sévérité B	-	-	-	1	-	-
Sévérité Z	-	1	-	-	5	1

- Dans le groupe des 2 GHM concernés par une erreur de DP, on ne constate pas de changement influant sur le niveau de sévérité.
- Dans le groupe des 18 GHM modifiés, du fait d'au moins une erreur de DAS, on note une disparition totale des GHM de niveau 1, la réduction de 30% du nombre de GHM de niveau 2 et l'apparition de 72% de GHM dont le niveau de sévérité est supérieur au niveau des GHM initiaux
- Dans le groupe des 15 GHM modifiés du fait d'une erreur conjointe du DP et d'un ou plusieurs DAS, on signale l'apparition de 66% de GHM dont le niveau de sévérités est supérieur au niveau des GHM initiaux. On note également une quasi-disparition des GHM de racine initiale en Z.

Dans cet échantillon, le contrôle de l'atypie de codage permet de faire évoluer le nombre de GHM avec une sévérité > 2 de l'ordre de 63% par rapport au casemix initial.

Cette augmentation se fait notamment au détriment des séjours dont la sévérité initiale était à 1. Ceux-ci disparaissent à plus de 90%.

On observe que cette évolution est très fortement liée aux erreurs de DAS, ce qui semble normal du fait du mécanisme d'allocation des sévérités par le groupeur PMSI

3.4 L'impact descriptif et financier d'un changement de GHM

Parmi les principales caractéristiques d'un GHM, on retiendra que chaque GHM est caractérisé par une borne haute et par un GHS, son pendant financier

Le changement de GHM s'accompagne donc d'un changement de cette borne haute et d'un changement du montant des recettes propre au nouveau GHS.

Ces deux critères d'analyse nous intéressent dans cette dernière partie de notre audit.

La variation du nombre de journées « EXH » produites au-delà de la borne haute, varie mécaniquement à la baisse dès lors que la sévérité d'un GHM augmente.

Comparer le nombre de journées « EXH » initial à celui recalculé après l'audit, est une analyse à double effet, tant sur le plan financier que sur celui de la description des séjours.

L'évolution du nombre de journées totales ainsi que l'évolution du nombre de journées « EXH » produites dans l'échantillon global est déclinée dans le tableau 9

Tableau 9 : Nombre de journées et nombre de journées « EXH » par échantillon

[nombre de séjours]	Nb jours	Nb jours EXH
Echantillon global avant l'audit [60]	1845	1091
Echantillon global après l'audit [60]	1845	637
Séjours sans modification du GHM [24]	667	370
Séjours avant modification du GHM [36]	1178	721
Séjours après modification du GHM [36]	1178	267

Le nombre de journées dans l'échantillon initial, composé de 60 séjours, est de 1845 jours, dont on note que 59% sont des journées qualifiées « EXH » du fait du GHM initialement codé.

Dans l'échantillon des 24 séjours pour lesquels aucun changement du codage n'est intervenu, on totalise 667 journées dont 55% sont des journées produites au delà de la borne haute des GHM de cet échantillon.

Parmi les 36 séjours dont le GHM final a été modifié, on note que le taux des journées « EXH » représentait 61% des journées produites initialement et qu'il ne représente plus que 22.6% après l'audit. Cela correspond à un gain de 454 journées « EXH ».

Hormis, l'effet du changement de GHM sur le nombre de journées « EXH » produites, la dernière caractéristique propre au nouveau GHM concerne son rattachement à un GHS spécifique auquel est rattaché un tarif, défini par l'assurance maladie.

La recette avant et après l'audit sont deux indicateurs mesurés dans ce travail.

Les résultats sont présentés dans le tableau 10 .

- La recette affichée concerne l'ensemble de l'échantillon de chaque ligne , elle est calculée pour sur une base de tarif de GHS remboursé à 100%
- Le PMCT est le Poids moyen du cas traité : il présente la valeur moyenne d'un séjour hospitalier, calculée en €
- Le PMJ : poids moyen journalier : il représente la valeur moyenne d'une journée d'hospitalisation calculée en €

Tableau 10 : Evolution des recettes , du PMCT ET DU PMJ selon l'échantillon

[nombre de séjours]	Recette	PMCT	PMJ
Echantillon globale avant l'audit [60]	461 261€	7 754€	250€
Séjours sans modification du GHM [24]	164 867€	6 869€	247€
Séjours avant modification du GHM [36]	300 394€	8344€	255€
Séjours après modification du GHM [36]	351 033€	9750€	297€
Echantillon global après l'audit [60]	515 900€	8598€	279€

Sur le plan financier, les 36 séjours de l'échantillon dont le GHM final a été modifié suite à l'audit de l'atypie évaluée, permettent de retrouver une recette de l'ordre de 50 000€. On observe une augmentation non négligeable du PMCT (+4.5%) et du PMJ (+16%) par rapport aux PMCT ET PMJ initiaux.

On note que le PMJ de l'échantillon des GHM non modifiés est 20% moins valorisé que celui de l'échantillon qui l'a été, et ceci malgré le versement du tarif journalier « EXH ». Cette observation permet de rappeler que le financement des journées « EXH » reste très inférieur à celui d'une journée « standard »

Cet audit a permis de

- confirmer que la qualité actuelle du codage à la source, qu'il soit professionnalisé ou non n'est pas optimale, et que cette atypie de codage est responsable de perte de recettes
- souligner l'importance des informations disponibles au sein du dossier du patient, pour expliquer la raison d'une prolongation d'un séjour
- rappeler l'importance du juste codage du casemix
- évoquer l'amélioration mécanique de l'indice de performance IP-DMS²

² Ce ratio DMS observée / DMS attendue tient naturellement compte de la DMS du GHM décrit. Si celui-ci est correct l'IP DMS se rapprochera de « 1 » signe d'une performance optimale

C/ Troisième temps : Confronter les organisations de codage PMSI

Cette dernière étape de notre travail, recherche dans l'organisation du codage professionnalisé d'autres établissements de santé, d'éventuelles solutions adoptées pour réduire le nombre d'atypies de codage.

Nous présentons les principaux résultats de cette enquête en insérant les données propres du Centre Hospitalier de Mulhouse afin de faciliter la comparaison et l'analyse.

Au total 31 questionnaires sur 35 réponses obtenues sont exploitables

2.1.1 / Cinq catégories d'établissements

Les DIM volontaires qui ont répondu au questionnaire exercent dans des ES de tailles très variables : de 27 à 1463 lits et places.

Les résultats observés au cours de cette enquête seront présentés selon 5 catégories d'ES formées en fonction du nombre de séjours produits (hors séance) et du nombre de lits et places installées.

Tableau 11 : Les catégories

Catégorie	Nombre de lits et places	Nb de séjours (hors séance)
Catégorie 1 :	< = 100	<=5000 RSS
Catégorie 2 :	> 100 et < = 300	>5000 et <= 15000
Catégorie 3 :	>300 et <= 900	>15000 et <= 40000
Catégorie 4 :	>900 et <= 1000	>40000 et <= 60000
Catégorie 5 :	>1000 et <1500	>70000 et <= 90000

Tableau 12 : Les effectifs des ES par catégorie

Catégorie	Nombre d'établissements
Catégorie 1 :	6
Catégorie 2 :	9
Catégorie 3 :	11
Catégorie 4 :	2
Catégorie 5 :	3

Le CHM se situe parmi les établissements de la catégorie 4 avec une capacité de 948 lits et places de MCO et une production de 47571 séjours d'hospitalisation (hors séances) en 2012.

2.1.2 / Le personnel du DIM

L'équipe actuelle du Service des Etudes et Applications de l'Information Médicale (S.E.A.I.M.), désignant le DIM de Mulhouse, est composée de 2.5 équivalents temps plein (ETP) de praticiens hospitaliers et de 10 agents répartis ainsi : 4.9 ETP de techniciennes d'information médicale (TIM), 1.7 ETP d'informaticien, 1 ETP de statisticien, 0.8 ETP de qualicienne et 0.5 ETP de secrétaire.

La première partie du questionnaire s'intéresse aux effectifs des équipes des DIM.

Le nombre moyen d'équivalents temps plein (ETP) de chaque métier est présenté par catégorie d'ES . Le nombre minimum et maximum d'ETP par métier est présenté entre crochets.

Tableau 13 : Les effectifs du DIM

Moyenne [mini, maxi]	Médecin	TIM	Secrétaire	Cadre	Autre	Effectif moyen
Catégorie 1	0.2 [0-0.5]	1.09 [0.8-1.1]	0.04 [0-0.2]	0	0	1.33 [1-2.3]
Catégorie 2	0.75 [0-1]	2.2 [0.8-5.8]	0.42 [0-2]	0.05 [0-0.5]	0	3.43 [2.3-6.8]
Catégorie 3	1.4 [0.5-3.5]	5.56 [3.8-8.7]	0.23 [0-0.5]	0.21 [0-2]	0.71 [0-5]	8.09 [4.8-12.5]
Catégorie 4	2.4 [1.8-3]	8.15 [6.7-9.6]	0	0.25 [0-0.5]	0.5 [0-1]	11.3 [8.5-14.1]
Mulhouse*	2.5	4.9	0.5	0	3.5	11.4
Catégorie 5	4.6 [3-5.8]	12 [9.6-16.2]	0.5 [0-1]	0.67 [0-1]	0.83 [0-1.5]	18.53 [15-25]

Les items des métiers mentionnés ne préjugent pas du périmètre des missions exercées

On note un effet « catégorie » sur les effectifs des DIM avec une augmentation progressive attendue de ceux-ci selon la taille de l'ES.

On remarque également des écarts dans certains corps de métiers au sein d'une même catégorie professionnelle. A titre d'exemple, on note dans la catégorie 2 un écart de 1 à 6 du nombre de TIM en poste, ou de 1 à 2 dans la catégorie 3.

Au CHM, l'effectif global du SEAIM est très proche de celui des 2 autres établissements de sa catégorie. Celui des TIM est proche du nombre moyen de TIM des ES de la catégorie 3 . La catégorie « autres » semble très importante au regard des autres réponses.

L'effectif du DIM, et notamment des TIM est un élément important à prendre en compte pour calibrer un projet de professionnalisation du codage intégrant le traitement des atypies

Au CHM ; l'effectif actuel reste insuffisant pour permettre une continuité du codage au fil de l'eau et un contrôle hebdomadaire efficace des atypies produites

2.1.3 / Quel volume de codage pris en charge par le DIM ?

Le rapprochement du nombre de résumés d'unité médicale (RUM) traités de l'effectif disponible en ETP de TIM dans chaque ES, permet de connaître d'une part le pourcentage de RUM codés par le DIM, mais également le nombre moyen de RUM codés par TIM par catégorie.

Tableau 14 : Production annuelle de RUM codés par le DIM

	Nombre annuel moyen de RUM produits (2013)	% RUM annuel codés par le DIM	Nombre RUM annuel codés par TIM
Toutes catégories	45247	84%	7000
Catégorie 1	2390	100%	2295
Catégorie 2	16352	76%	6160
Catégorie 3	53150	92%	9187
Catégorie 4	98432	59%	6945
Mulhouse*	101200	70%	15454
Catégorie 5	134500	71%	8120

Nous observons que, parmi les réponses obtenues, la professionnalisation du codage n'est jamais exhaustive hormis pour les ES de la catégorie 1 dont le volume total de RUM est nettement inférieur à la moyenne de RUM codé par TIM.

L'exhaustivité du codage professionnalisé est à rapprocher du volume total de RUM codé et à coder. On remarque que le nombre total de RUM codés par les « gros CH et autres CHU » est supérieur au volume totale des RUM à coder des catégories 1 à 3

Pour mémoire ces volumes de RUM ne nous renseignent pas sur la complexité de leur codage

Le nombre moyen de RUM codé par TIM évolue progressivement avec en moyenne 7000 RUM traités par ETP

L'analyse du codage par TIM, au CHM, nous montre que 4 des 6 TIM codent en moyenne 8100 RUM, une seule TIM code près de 20000 RUM sur le pôle femme – mère - enfant et la TIM référente traite environ 10000 RUM de séances par an, en plus de sa mission de contrôle des atypies de codage.

Cette situation de sous-effectif chronique perdure depuis le démarrage du projet, il ne permet pas de garantir une fluidité de la tâche de codage lors des absences, et contribue à dégrader les conditions de travail de chaque TIM et donc probablement à dégrader la qualité du codage produit à la source.

2.1.4 / Quelles organisations du codage centralisé ?

La notion de volume global de RUM codés par le DIM, permet d'avoir une vision générale de l'organisation mise en place. Une TIM code un RUM à chaque passage dans une unité médicale.

La suite du questionnaire s'intéresse aux typologies de prise en charge codés par le DIM : la réponse est de type « oui/non ». La description des organisations de codage en place est présentée dans le tableau suivant :

Tableau 15 : Pourcentage d'ES déclarant un codage par le DIM, décliné par typologie de prise en charge [nombre d'ES concernés par cette prise en charge]

	Hospitalisation complète	Hospitalisation de jour	Séances	Chirurgie ambulatoire	Lits porte
Toutes catégories [nb ES concernés]	90% [31]	85% [26]	75% [25]	80% [25]	71% [28]
Catégorie 1	100% [6]	100% [1]	100% [1]	100% [1]	100% [3]
Catégorie 2	89% [9]	89% [9]	57% [7]	88% [8]	77% [9]
Catégorie 3	91% [11]	91% [11]	91% [11]	82% [11]	82% [11]
Catégorie 4	100% [2]	50% [2]	50% [2]	50% [2]	50% [2]
CHM	100%	0%	100%	100%	0%
Catégorie 5	67% [3]	67% [3]	67% [3]	67% [3]	0% [3]

Globalement dans l'échantillon le codage est réalisé par le DIM :

- 90% des 31 ES qui ont une activité d'hospitalisation complète
- 85% des 26 ES qui ont une activité d'hospitalisation de jour
- 75% des 25 ES ayant une activité de séance
- 80% des 25 ES qui ont une activité de chirurgie ambulatoire
- 71% des 28 ES ayant une activité de lits porte aux urgences

Parmi les 3 établissements de la catégorie 5 qui disposent de lits porte, on note qu'aucun n'a organisé le codage de ces lits porte par le DIM. Les notes associées au questionnaire nous

apprennent qu'un des 3 CHU n'a pas encore mis en place le codage centralisé au DIM. Les 10 TIM du DIM sont exclusivement en charge du contrôle de la qualité du PMSI produit par les services cliniques.

On observe au CHM, une stratégie partagée avec les 3 CHU et un des 2 CH de la catégorie 4 de ne pas centraliser le codage des lits porte au DIM, et dans une moindre mesure une stratégie similaire sur les hôpitaux de jour.

Le codage centralisé au CHM permet de traiter l'hospitalisation complète, les séances et la chirurgie ambulatoire. Concrètement au CHM, 70% des séjours en hospitalisation complète, toutes les séances et 50% de la chirurgie ambulatoire sont codés par le SEAIM.

L'organisation de la saisie des actes CCAM est unanimement déclarée comme restant à la charge des praticiens ou services réalisateurs en mode décentralisée

Le codage professionnalisé des diagnostics traite toutes les modalités d'hospitalisation, selon les possibilités du DIM en priorisant les séjours à forte impact financière.

Aucun DIM n'a déclaré prendre en charge le codage des actes médicaux

Plus l'éventail des cas traités est large et plus le choix du contrôle des atypies de codage est vaste. Elargir le périmètre de contrôle des atypies contribue à alourdir la charge de travail du DIM.

2.1.5 / Quelle méthode de traitement PMSI ?

La question relative à la méthode de codage PMSI employée par la TIM porte sur deux critères :

- codage sur dossier papier et/ou informatique
- codage sur compte rendu d'hospitalisation

Tableau 16 : Codage par le DIM selon le support utilisé

	codage sur dossier papier et/ou informatique	codage sur compte rendu d'hospitalisation
Toutes catégories [31]	71%	29%
Catégorie 1 [6]	50%	50%
Catégorie 2 [9]	78%	22%
Catégorie 3 [11]	82%	18%
Catégorie 4 [2]	100%	-
CHM	100%	-
Catégorie 5 [3]	33%	66%

Attention des % ne sont pas comparables entre eux du fait des effectifs de chaque catégorie

Les 2/3 des DIM de l'échantillon codent sur le dossier complet du patient, comme c'est le cas au CHM et dans les 2 autres ES de la catégorie 4.

Trois établissements signalent coder le séjour à partir d'une fiche de RUM renseignée par le clinicien, mais toujours contrôlée sur la base des informations disponibles dans le dossier

On note que l'utilisation du seul rapport d'hospitalisation pour coder, concerne 2 des 3 CHU de notre échantillon.

2.1.6 / Quel délai du codage ?

Même si la déclaration du délai moyen du codage est annoncée par certains médecins interrogés comme étant parfois approximatif, cet indicateur reste néanmoins intéressant à observer.

Il reflète le délai de mise à disposition des informations nécessaires au codage par le DIM

Il est de 20 jours pour 80% des établissements répondants

Il est de 21 jours au CHM si l'on exclue les séances et de 12 jours pour les seules séances. On peut s'étonner d'un tel délai de codage quand on sait qu'au CHM, les TIM sont censés coder chaque semaine, les séjours des patients sortis depuis 2 semaines.

On retrouve dans la dégradation de cet indicateur, les périodes de codage glissantes d'une semaine à l'autre, avec à la clé une surcharge de travail stressante pour la TIM, et probablement un contexte idéal pour un codage atypique

2.1.7 / Quels contrôles de la qualité du codage et quelles suites sont données ?

La gestion des atypies de codage est une étape primordiale pour garantir la recette « TAA » attendue.

Afin de déterminer comment les DIM procèdent pour repérer et corriger ces atypies de codage PMSI, le questionnaire interroge sur

- les moyens informatiques dédiés,
- la satisfaction ressentie,
- ce qui est fait pratiquement une fois des atypies repérées.

Nous présentons dans le tableau ci-dessous, successivement ces informations.

En colonnes successives nous exposons le pourcentage de DIM déclarant disposer d'un outil de recherche d'atypies de codage puis le taux de satisfaction à son usage, et enfin le taux d'atypies repérées grâce à cet outil. Les 3 dernières colonnes précisent la catégorie professionnelle qui réalise les tâches de corrections des atypies.

Tableau 17 : Modalités de repérage et de traitement des atypies

	Outil contrôle atypies	Taux satisfaction Outil	Taux d'atypies	Correction de l'atypie par la TIM qui a codé le séjour	Correction de l'atypie par la TIM experte	Correction de l'atypie par le médecin DIM
Toutes catégories [31]	87%	81%	12%	43.5%	6,5%	50%
Catégorie 1 [6]	83%	60%	11.4%	83%	-	17%
Catégorie 2 [9]	89%	100%	14.2%	30%	10%	60%
Catégorie 3 [11]	91%	70%	5.4%	50%	-	50%
Catégorie 4 [2]	50%	100%	Pas de réponse	-	-	100%
CHM	100%	80%	6.3%	-	90%	10%
Catégorie 5 [3]	100%	100%	30%	-	33%	66%

L'utilitaire informatique de contrôle des atypies de codage

87% des DIM répondants disposent d'au moins un « outil » informatique spécifique au contrôle de la qualité du codage.

Parmi eux, 2 ES l'ont développé eux-mêmes, comme c'est le cas au CHM et 75% disposent d'un logiciel « industriel » de contrôle des atypies de codage plus ou moins intégré aux outils informatiques de recueil et de traitement PMSI.

Un DIM sur 5 dispose de 2 outils de contrôle qualité d'usage complémentaire (Annexe 4)

Parmi les DIM disposant d'un tel outil de contrôle qualité, 81% des DIM en sont satisfaits

Le taux d'atypies moyen calculé pour l'échantillon des répondants est de 12%. Il est de 6.5% au CHM en 2013, pour 20 atypies contrôlées. Il atteint 30% dans les CHU.

Comparer un taux d'atypie est un exercice difficile car il dépend de nombreuses variables de temps, de volume, et de ressources

Pour autant, on peut dire que le CHM présente un taux d'atypie de codage bas au regard de la moyenne observée dans l'échantillon.

Certaines remarques exprimées dans le questionnaire, méritent d'être exposées à ce stade des résultats.

L'usage de ces outils indispensables à l'optimisation du codage nécessite des ressources propres tant sur le plan budgétaire mais également en matière d'expertise humaine dédiée.

Les développements « d'outils maison » sont généralement décrits comme très évolutifs, seulement ils sont décrits comme très chronophages à maintenir opérationnels, du fait notamment, des constantes évolutions des règles de codage. De plus, il s'agit de développements informatiques fragiles par la nature de par leur conception dépendante d'une compétence trop souvent isolée au sein de l'équipe du DIM

Ces remarques exprimées par d'autres DIM confirment notre ressenti au SEAIM ; repérer des atypies n'est que la première étape, les corriger et communiquer pour les éviter à l'avenir constituent les étapes suivantes , cependant elles nécessitent du temps d'expertise , pas nécessairement disponibles au DIM .

Examinons dans cette avant dernière question, l'organisation mise en place pour corriger les atypies repérées

Les organisations mises en œuvre pour corriger ces atypies sont liées aux priorités du DIM, et aux ressources techniques et humaines disponibles.

On relève que le médecin DIM intervient une fois sur deux dans les contrôles d'atypies de codage.

Sa place est prépondérante dans toutes les catégories 2 à 5, mais elle est bien également supérieure à la moyenne dans les ES de type CHU, où les TIM à l'origine du codage ne sont pas du tout impliquées dans les corrections des atypies.

Dans les 2 établissements de la catégorie 4, on note que toutes les atypies de codage sont retraitées par le médecin DIM.

L'autre moitié des corrections sont réalisées par la TIM qui a codé initialement le dossier, et plus rarement à une TIM experte (rarement présente dans les effectifs décrits dans l'échantillon).

Au CHM, elles sont traitées par deux « TIM expertes » durant un temps équivalent à 2 journées hebdomadaires. Seuls, les dossiers complexes, sont traités par le médecin du SEAIM

2.1.8 / Quelles restitutions de ces atypies repérées ?

Repérer puis corriger des atypies de codage est une opération chronophage, qui peut s'avérer responsable d'une perte de temps, si l'atypie n'est pas régulièrement évaluée, comme nous le proposons dans ce travail. Les conséquences descriptives et financières d'une correction d'atypies sont à prendre en compte dans cette analyse.

Une restitution de cette analyse auprès des personnes à l'origine de la production de l'atypie est une piste organisationnelle à approfondir. Il nous a semblé intéressant de savoir si le DIM réalise un retour aux personnes à l'origine du codage (TIM ou services) dans cet objectif de diminution du nombre d'atypies. Le questionnaire interroge sur le type de contrôles d'atypies réalisés et sur l'usage fait de ces analyses en interne au DIM ou auprès des services.

26 DIM ont répondu littéralement à cette question

Nous observons que les méthodes « d'exploitation » de ces atypies sont propres aux catégories d'ES du fait de la taille de l'ES et des ressources propres aux DIM

Catégorie 1

Le personnel du DIM déclare se concentrer sur l'exhaustivité et la hiérarchisation du codage en insistant néanmoins auprès des équipes soignantes sur les informations manquantes au sein des dossiers.

Les ES de cette catégorie n'organisent pas de staff pour discuter des atypies de codage produites

Catégorie 2

L'exploitation des atypies repérées fait l'objet d'actions plus précises que dans la catégorie précédente.

Si l'atypie est liée à une erreur de codage, alors soit le médecin DIM l'explique directement aux TIM individuellement ou en staff, soit il organise une formation spécifique à l'ensemble des TIM, soit il y a rédaction de fiches de consignes de codage

Si l'atypie est liée à une imprécision ou un manque d'exhaustivité du codage, un retour aux praticiens cliniciens est réalisé pour rappeler par exemples la nécessité de disposer d'un compte rendu ou d'informations médicales plus précises dans le dossier

Catégorie 3

Les uns « parient » sur l'auto-formation des TIM, lorsqu'elles corrigent elles-mêmes leurs propres erreurs, les autres organisent des rencontres hebdomadaires des TIM pour discuter des atypies complexes, les autres encore organisent une restitution à toutes les TIM des atypies corrigées par la TIM référente.

La rédaction de fiche de consignes de codage est également régulièrement mentionnée

Lorsque les atypies sont liées à la description de la prise en charge, diverses méthodes de sensibilisation sont employées .

- Envoi 5 fois par an aux cliniciens et cadres de santé d'une « lettre du DIM » relative au codage,
- Réalisation d'un « point codage » ponctuel en staff de service,
- Contact régulier du médecin DIM avec tel ou tel clinicien
- Rédaction de fiche de synthèse à destination des services cliniques et suivi par requêtes informatiques
- Revue annuelle de cas avec les services fortement atypiques

Catégorie 4

L'analyse et les consignes de codage relatives aux atypies produites sont débattues en staff de service. Pas d'autre explication sur ce sujet

Au CHM

Deux TIM expertes sont en charge du traitement des atypies repérées dans l'outil « CQ ».

Elles les traitent chaque semaine selon leur disponibilité, sachant qu'elles exercent dans le même temps le secrétariat du SEAIM.

Le retour sur les atypies corrigées est généralement directement réalisé auprès de la TIM codeuse, que ce soit par la TIM référente ou par le médecin du DIM lorsque celui ci est sollicité pour certains dossiers complexes.

Le retour sur les bonnes pratiques de codage est donc fait au cas par cas

Catégorie 5 : les CHU

Chaque TIM corrige elle-même ses propres erreurs ou valide les atypies persistantes. Elles ne peuvent parfois ne traiter que 50% des atypies repérées

Le médecin DIM ou la TIM experte intervient sur les dossiers à fort potentiel financier et supervise l'ensemble des atypies produites

Un retour est fait également collectivement lors du staff hebdomadaire ou mensuel, lorsqu'il existe (un DIM de CHU signale des problèmes d'organisation ne permettant pas de mettre en place de staff)

IV - DISCUSSION

L'objectif principal de ce mémoire est d'évaluer l'efficacité de l'organisation du codage professionnalisée mise en œuvre au CHM depuis 2011, et de mettre en place une approche managériale mieux adaptée à l'enjeu médico-économique du codage PMSI.

La présence d'atypies de codage au CHM nous alerte sur la qualité du codage. La qualité se mesure par l'exhaustivité, la précision et l'exactitude, le délai et l'auditabilité du codage. L'atypie évalue les 3 premiers critères et peut de se fait être normale. Il faut donc se garder de conclure trop vite, qu'un taux d'atypie élevé est synonyme d'une non qualité. Le taux d'atypie est biaisé par le processus de production du codage, ici l'environnement.

La présence d'atypies de codage est un signal d'alerte, pour le DIM, qui intervient lorsque les circonstances de production du codage sont dégradées et qui doit provoquer l'évaluation du processus du codage en place.

Les résultats de l'analyse exhaustive de cette atypie, nous confirme son existence et sa pertinence :

1. Le taux global de correction de cette atypie est de 60%. Les services bénéficiant du codage professionnalisé produisent moins cette atypie que les services qui n'en bénéficient pas. Pourtant, TIM et services cliniques sont acteurs dans l'apparition de cette atypie.
L'hypothèse 1 est confirmée, les séjours sont mal codés à la source.
2. Les informations disponibles dans les dossiers, dont l'audit n'a pas modifié le GHM, **permettent de conclure qu'ils répondent à l'hypothèse 2.**
3. Les erreurs de codage relevées touchent indifféremment tous les diagnostics sous la forme d'erreurs de hiérarchisation du DP, d'oublis de DAS de niveau de sévérité > 2 oubliés ou d'imprécision dans le choix du code
4. Les corrections de l'atypie apportent 2/3 de sévérité en plus
5. Chaque changement de GHM modifie le casemix, déplace sa borne haute et fait varier le nombre de journée EXH
6. Chaque changement de GHM influe sur la recette finale, le PMCT et le PMJ

On peut conclure que le codage PMSI des séjours longs est perfectible au CHM, et les conséquences financières et descriptives d'une telle atypie de codage sont très dommageables pour le CHM. Les résultats bruts et les conséquences mesurées, d'un tel audit ciblé, doit amener le DIM à mettre en place un plan d'action pour réduire les erreurs de codage.

Cet audit nous informe cependant assez peu sur les circonstances contextuelles d'apparition de l'atypie, car il ne permet pas de connaître les conditions initiales du codage susceptibles d'expliquer cette apparition. Pour y parvenir, il faudrait pouvoir analyser, in vivo, l'ensemble du processus de production du codage final dès la production de l'information de soins dans le dossier jusqu'à son codage final.

A minima, le SEAIM a réalisé durant les 2 premières années du projet, un audit conjoint de la qualité du dossier et du codage avec des résultats très moyens. Cette démarche, pourtant acceptée par les services est restée très peu efficace si l'on totalise le nombre d'actions correctrices mises en œuvre par les services cliniques. L'absence d'intéressement « à faire mieux » est à méditer.

L'évaluation stricte du codage peut se faire par un codage simultané par le couple TIM- médecin DIM. Seulement on doit craindre un effet « blouse blanche » sur la TIM encline à être plus attentive et du

même coup obtenir un meilleur résultat –temporaire ?- de son codage ...

On voit bien que l'évaluation de la qualité du codage sur dossier est complexe. Celle de la compétence des TIM à coder reste toujours possible lors d'ateliers de codage collectifs ou individuel

Une confrontation instructive

Dans la dernière partie de notre travail, nous avons recherché les solutions adoptées par d'autres ES, dont le codage est professionnalisé pour réduire le taux d'atypies de codage.

Lorsque l'on compare l'organisation du codage professionnalisé du CHM aux autres ES répondant à notre enquête, on relève plusieurs points qui peuvent contribuer à expliquer l'apparition d'atypie de codage au CHM

Sur le plan des ressources humaines, on observe un effet catégoriel des effectifs du DIM: plus l'ES est gros par sa taille et son activité, et plus l'effectif du DIM est important. **L'effectif du SEAIM**, bien que proche de la moyenne des ES de sa catégorie, **présente un déficit en TIM**. Ce déficit chronique fait parler de lui lors de chaque période de congé, du fait qu'aucun remplacement entre TIM n'est possible et que le retard du codage doit être rattrapé par la TIM à son retour. Cette situation est sans aucun doute responsable d'une dégradation du codage

De plus lorsqu'en moyenne une TIM de l'échantillon code 7000 RUM, une TIM au CHM en code 8100.

Avant de conclure que cette surcharge apparente du nombre de RUM à coder est peut-être responsable d'une dégradation de la qualité du codage, il est important d'apporter une précision qui relativise cette conclusion.

Rappelons qu'un RUM n'est pas équivalent à n'importe quel autre RUM. Coder une séance ou une venue en hôpital de jour ne présente pas la complexité du codage d'une hospitalisation complète en médecine ou en réanimation. La dispersion visible du nombre de RUM codés par TIM, peut également s'expliquer du fait que :

- la réponse ne distingue pas nécessairement la mission de codage, des autres missions des TIM ; on sait par expérience que plus l'ES est petit et plus la TIM est polyvalente dans les autres missions du DIM
- le nombre de RUM codés peut inclure de nombreux RUM de séances ou d'hôpitaux de jour: le nombre de RUM codé par TIM augmente alors artificiellement.
- Plus un ES est de grande taille et plus le nombre d'unités médicales (UM) est grand, en particulier à l'intérieur d'un même service : par exemple : en cardiologie un séjour peut être décrit par 3 RUM successifs : cardiologie, cardiologie soins intensifs, cardiologie. Le codage d'un tel séjour (RSS multi RUM mono service) n'est pas équivalent au codage de 3 séjours distincts (3 RSS)

Ce critère reste pertinent, notamment dans la comparaison aux ES de la même catégorie ou supérieur, en postulant que les structures sont fonctionnellement voisines.

On remarque que l'organisation du codage professionnalisé s'intéresse en priorité aux séjours à forte impact financière (hospitalisation complète ; de jour, chirurgie ambulatoire) , notamment dans les ES

des catégories 4 et 5. Le SEAIM traite en priorité, les séjours d'hospitalisation complète pour leur résultat financier et les séances parce qu'elles représentent plus de 50% des RSS produits au CHM

Le choix du SEAIM de coder sur le dossier intégral s'avère être la stratégie adoptée par la majorité des ES de l'échantillon. La raison locale de ce choix est lié d'une part au très fort retard observé dans la production du compte rendu d'hospitalisation et, de ne pas oublier de diagnostic présent dans le dossier qui serait absent du rapport d'hospitalisation.

Nous constatons parfois, un phénomène étonnant et insoupçonné au démarrage du projet : l'apparition dans le rapport d'hospitalisation de diagnostics non décrits dans le dossier du patient. Ce phénomène interroge sur la pertinence du maintien des contrôles des atypies de codage uniquement sur compte rendu d'hospitalisation.

« CQ » l'outil du SEAIM, de contrôle des atypies de codage présente les mêmes fragilités que celles décrites dans l'enquête : à savoir sa forte dépendance aux compétences d'une seule personne au SEAIM et sa chronophagie à le maintenir.

Pour autant, il fait la preuve chaque année de son efficacité : Ainsi au cours de l'exercice 2013, sur les 35 200 séjours (hors séances) traités par les TIM, CQ a repéré plus 1500 séjours concernés par 2449 atypies.

68% des séjours repérés pourront être finalement contrôlés et validés par un temps dédié (0.4 ETP) de TIM. Finalement 57% des atypies contrôlées sont normales au regard des informations disponibles dans le dossier, pour lesquels le codage n'est pas en cause.

Nous confirmons à ce stade, qu'un taux d'atypie élevé n'est strictement le reflet d'une erreur de codage. Comme nous le précisons au départ de notre discussion, il est également lié aux propres conditions de codage et aux circonstances du séjour.

Le recodage de près de 800 authentiques atypies aura permis de récupérer près de 600 000 M€. Ce constat à la fois inquiétant par son impact financier reste rassurant par son ampleur au regard du volume de séjour traités par les TIM.

Sur le plan de la gestion des atypies de codage, les nombreuses réponses obtenues constituent un socle de pistes largement exploitées dans notre réponse managériale adaptée à l'enjeu d'un codage optimal à la source

Un management revisité pour sécuriser les recettes issues du codage au CHM

Un projet de professionnalisation du codage PMSI est efficient, dès lors que la description PMSI de chaque séjour reflète la réalité, et que la recette inhérente à cette description est adaptée à la charge en soins engagée.

Pour toucher du doigt cette efficacité, un tel projet doit bénéficier de meilleures conditions de mise en œuvre et de suivi.

L'apparition d'atypies de codage au CHM est le reflet indirect que les conditions de réussite de la professionnalisation du codage ne sont pas ou plus réunies.

Nous proposons, à partir des 3 étapes de notre travail, de mettre en place une solution de management adaptée à l'enjeu

D'une part, l'analyse des forces et des faiblesses du projet OPTIM, d'autres parts, la connaissance de l'origine et la nature des erreurs de codage et les solutions exposées pour améliorer le codage dans

d'autres établissements de santé, ont participé à revisiter l'organisation initialement mise en œuvre.

Les conditions de réussite retenues, et d'ors et déjà pour partie mises en œuvre, pour rendre le projet OPTIM encore plus efficient intéresse :

- **Le directoire** : Solliciter le directoire obtenir une audience afin de présenter un bilan complet du projet OPTIM, comme nous avons pu le faire dans ce travail . Citer les forces et les faiblesses du projet. Rechercher un soutien institutionnel pour rencontrer sereinement les services peu investis ou éloigné du projet .
- **Les services** : Réévaluer les prérequis du projet avec les services à fort taux d'atypies, et à fort taux de retard de codage. Analyser le processus de la chaîne de production du codage avec le TIM, dans ces services. Rencontrer les référents du service , en présence de la TIM pour relancer les contacts et le dialogue dans un objectif de bien-être partagé des conditions de travail
- **Les TIM**
 - o Entretien individuel :
 - Deux fois par an , le médecin DIM s'entretient individuellement avec chaque TIM, pour faire un bilan sur ses conditions de travail et toutes ses attentes.
 - Faciliter les entretiens de remotivation par la TIM référente
 - Faciliter les évolutions de carrière souhaitée
 - Inscrire les souhaits de formation dans la durée
 - o Le temps collectif :
 - Mise en place, début avril 2014, suite à la formation « motiver et mobiliser son équipe » de la formation EMAMH, un « staff », chaque semaine, dédié aux TIM :
 - Ce staff PMSI a fait l'objet de la rédaction d'une charte de fonctionnement en cours de validation auprès du CHM pour être validant DPC pour les médecins du SEAIM
 - Alternier le lieu du staff sur l'un ou l'autre des 2 sites du CHM pour supprimer la notion de 2 équipes distinctes
 - Afficher un projet partagé collectif et insister sur le rôle de chacune
 - Les sujets retenus collectivement touchent à la formation continue aux règles de codage, aux retours à faire en matière d'atypies de codage repérées, à la vielle réglementaire, à des ateliers de codage suite aux atypies de codage relevée dans CQ
 - Etablir la culture de l'évaluation : Echanger, négocier sur les objectifs-indicateurs qualité à atteindre : un suivi automatique hebdomadaire de 4 indicateurs par TIM et par service, a été ainsi mis en place dès

mai 2014, avec 2 objectifs (Annexe 4)

1. repérer, par un suivi du nombre de dossiers codés, le nombre de dossiers non codés de plus et de moins de 15 jours, les retards conséquents de codage par TIM, pour organiser au-delà de 500 dossiers non codés, un « coups de main » avec la TIM experte
2. repérer les retards de codage plus de 6 semaines pour que le médecin DIM relance les services cliniques, là où la TIM s'épuise et espérer lisser au fil du temps la recherche des dossiers perdus de vue, habituellement « retrouvés lors de la clôture de l'exercice en janvier n+1

- La compétence :

- Echanger autour de la formation initiale et continue
 - inviter les TIM à participer à la réunion régionale des DIM
 - inviter des cliniciens à présenter des formations en terminologie médicale dans les domaines souhaitées par les TIM : trois interventions ont été réalisées depuis avril 2014 : cardiologie, maladies infectieuses, bactéries multi résistantes
 - Sensibiliser les TIM au changement de services pour développer leur compétence de codage et varier la réflexion

- La coordination

- Donner une place centrale à la TIM référente dans l'encadrement des conseils de codage, en amont du médecin DIM.

- Evaluer la qualité du codage :

- Organiser des audits ciblés issues d'atypies repérées dans CQ avec la TIM référente

- Structurer :

- Elaborer collectivement des « mémo » de codage en particulier sur les atypies de codage: jusque-là les consignes sont élaborées par le médecin DIM et la TIM référente
- Réviser les consignes au gré des évolutions réglementaires

Les risques et les défis d'un nouveau management

Pour le SEAIM

- Non adhésion des acteurs concernés par le projet par :
 - Lassitude du SEAIM de ne plus être soutenu par le directoire, ou compris des cliniciens.
 - Sentiment de non-reconnaissance professionnelle voire de souffrance morale

humaine dégradant le sens au travail

- Sentiment d'isolement des TIM
- Lassitude de l'activité e codage mono-tache de la TIM
- Individualisme de la TIM, ou même confort à travailler « seule » sans compte à rendre
- Sur le plan technologique
 - Épuisement de l'équipe de corriger chaque des centaines de RUM pour des raisons de code CIM10 non à jour du fait de la défaillance récurrente du fournisseur
 - Impuissance du SEAIM face à la direction informatique à pas disposer des outils informatiques PMSI avec alertes à la source de la présence d'atypies de codage
 - Lassitude pour le SEAIM de devoir construire difficilement des requêtes de recherche d'indicateurs utiles à l'optimisation du codage par défaut d'infocentre structuré
- Sur le plan managérial
 - Les conditions de travail actuelles des TIM peuvent tout autant convenir, par confort que déplaire par souffrance ou lassitude : il convient de veiller à ces points lors des entretiens individuels de remotivation
 - Le temps collectif ne doit pas être une grand-messe et privilégier sur la participation individuelle ou collective
 - La compétence est le fait d'une volonté individuelle de l'acquérir. on ne se décrète pas TIM. Tous les agents n'ont pas la même capacité et détermination à apprendre
 - Refus de la culture d'évaluation
 - La coordination du codage doit être reconnue par l'ensemble de l'équipe, sans quoi le discours de la référente n'aura aucun poids sur la qualité du travail de la TIM
 - L'évaluation du travail de codage peut être ressentie comme un contrôle individuel mal vécu. Il doit être accompagné d'explications lors d'entretiens individuels
 - Le risque que les mémo de codage ne soient pas utilisés ou jamais mis à jour

Pour les services cliniques

- Refus « masqué » de respecter leurs engagements pris auprès du SEAIM, par un discours bienveillant, notamment en matière d'exhaustivité et de précision de l'information. Leur forte valeur ajoutée à la source du processus de codage doit être comprise et entendue. Toute démobilisation dans la traçabilité des soins prodigués est synonyme de perte garantie de recettes
- Mobilisation molle des équipes médicales et des secrétariats lors des retards très importants de codage
- Perte de dossiers inexpliqués

Pour le CHM et son directoire

- Réaction empâtée du directoire aux alertes du SEAIM
- L'enjeu d'un codage optimal reste d'actualité pour sécuriser les recettes, notamment à la

veille de grands défis dont la fusion du CHM avec 3 autres établissements de la région sud Alsace. (Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse et Sud Alsace)

- Fusionner des méthodes de codage différentes avec des équipes différentes, des logiciels informatiques PMSI différents reste un défi financier, organisationnel et humain majeur.
- L'annonce de l'arrivée prochaine de la facturation individuelle des séjours (FIDES) constitue un autre défi à venir : coder pour facturer au fil de l'eau, sans possibilité de modifier le codage initial...

Conclusion

Rappelons que le SEAIM n'a pas comme seule mission au CHM le codage du PMSI, même si celui-ci garantit aujourd'hui la recette de l'établissement. A Mulhouse, le SEAIM évolue par nature ou réglementairement, dans le domaine du pilotage médico-économique de l'établissement, dans l'évaluation de la qualité des dossiers, dans le projet d'informatisation des prescriptions et du dossier patient. Il est en charge de l'organisation et du service des archives hospitalières, et assure la coordination de la recherche clinique. Enfin, il participe pour tout ou partie, à l'échelle nationale de coûts en SSR, à la certification des comptes, à toutes démarches d'audits extérieures nécessitant sa présence, dont les contrôles de l'assurance maladie, les accompagnements de l'A.N.A.P ou le projet du nouveau fusion

Pour autant, le rôle du SEAIM dans la sécurisation des recettes d'hospitalisation est essentiel. Professionnaliser le codage est une solution, mise en œuvre au CHM depuis 2011, qui engage fortement toute l'équipe du DIM, dans un processus vertueux d'amélioration continu du codage, conforme à la méthode PDCA (Plan/Do/Check/Act).

Le risque pour un établissement de santé, de « rater » la professionnalisation du codage PMSI est bien réel, dès sa genèse, mais aussi tout au long de son déroulement. La routine est son pire ennemi.

L'analyse SWOT de l'organisation existante, met en évidence, des faiblesses responsables notamment d'une dégradation avérée de la qualité du codage professionnalisé au CHM, or la recette de l'hôpital en dépend. Même si cette dégradation peut sembler mineure au regard du volume de séjours traités par les TIM, son impact sur le budget de l'hôpital a provoqué, au SEAIM, une réaction managériale, qu'on espère mieux adaptée à l'enjeu.

L'ensemble des acteurs impliqués, dans ce qu'on désigne le « projet OPTIM », sont sollicités dans le management du projet :

- Le directoire pour redonner de la consistance aux démarches du SEAIM auprès des services et de la direction des ressources humaines et informatique.
- L'engagement de la CME est souhaitable dans le domaine de la politique du dossier patient (délai du CRH / contenu du dossier)
- Les responsables de service, pour les sensibiliser et les accompagner dans de véritables actions d'amélioration surtout celles relatives au processus de production de l'information. (délai de mise à disposition du dossier complet, délai de frappe du CRH/CRO)
- Chaque TIM, à titre individuel et collectivement, est mieux accompagnée, tant sur le plan humain, logistique, que dans le domaine de la formation continue, et de ses attentes pour donner un sens à son engagement professionnel

La professionnalisation du codage est un choix stratégique, choisi par de nombreux autres établissements de santé sans distinction de taille, qui engage durablement la gouvernance des établissements de santé.

Le DIM, en charge de ce modèle, doit en être conscient, dès son démarrage. L'évaluation régulière et factuelle de son efficacité doit être organisée et restituée à la gouvernance, ainsi qu'à la collectivité médicale. La sollicitation d'autres DIM à y participer est une piste à envisager sérieusement.

Alors que les établissements publics de santé affichent une perte de 70 millions d'euros, le projet de Loi relatif à la santé propose de définir le responsable de l'information médicale de l'établissement support d'un Groupements Hospitaliers de Territoire, comme responsable de l'analyse et de la facturation de l'activité de l'ensemble des membres du groupement.

La responsabilité du DIM dans la facturation des séjours est d'ors et déjà présente même si elle est indirecte.

La facturation individuelle des séjours des établissements de santé (FIDES), annoncée pour bientôt poussera le DIM en première ligne. Mais avant de crier au « DIM- loup » , rappelons, comme notre exposé la mentionné , que l'origine des atypies n'est pas exclusivement liée à un défaut de codage .

L'analyse du processus complet de l'apparition des atypies est incontournable, pour distinguer la responsabilité du codage par le DIM, de celle des services qui ont peut-être des pratiques déviantes, ou qui sont en difficulté du fait de l'environnement local ou extrahospitalier .

Le défi FIDES va nécessiter des ressources, des compétences , des outils, mais aussi une réelle prise de conscience de tous les acteurs de l'hôpital , que le DIM ne peut rien seul.

La mise en place d'un intéressement pour les services, et le DIM doit être étudiée,, et s'il elle ne l'est pas , ses risques doivent être repérés et communiqués et acceptés par la gouvernance.

Le DIM soutenu par sa gouvernance, ne doit pas attendre FIDES ou un texte de loi pour garantir la professionnalisation du codage et optimiser les recettes de son établissement.

Le DIM doit préparer aujourd'hui son management de demain

ANNEXES

Annexe : 1

Questionnaire en ligne relatif à la gestion des atypies en codage professionnalisé

Gestion des atypies en codage professionnalisé

Jé vous remercie de bien vouloir renseigner ce questionnaire élaboré dans le cadre d'un travail de mémoire dont le sujet porte sur la gestion par le DIM des atypies de codage dans les ETS ayant mis en oeuvre un codage "professionnalisé"

Obligatoire

Identifier votre service et Etablissement :

Description de l'équipe du DIM en charge de la production du PMSI
ne s'agit pas des services qui participent au codage initial, aux contrôles et aux corrections de codage

	Temps plein	90%	80%	70%	60%	50%	40%	30%	20%	10%
Médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TIM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
secrétaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cadre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Préciser si plus d'un ETP

Organisation du codage MCO

	codage et saisie par le DIM	codage et saisie par le service
Hospitalisation complète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalisation de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie ambulatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lits porte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres modalités d'organisation

Nombre global de RUM

Nombre de RUM codés par le DIM
C'est à dire les RUM codés par l'équipe du DIM à opposer aux autres RUMs codés par les services

Délai moyen de codage des RUM codés par le DIM

Modalité du codage par le DIM

codage sur dossier (papier ++ informatique)

codage sur compte rendu d'hospitalisation

Autres modalités de codage

Disposez vous d'un outil métier au DIM pour repérer les atypies de codage ?
Si oui merci de préciser :

En êtes vous satisfait ?

Oui

Non

Si non merci d'expliquer rapidement pourquoi

Taux d'atypies repérées après codage par le DIM
en % du nombre de RUM codés par le DIM

Qui corrige habituellement les atypies repérées ?

un médecin du DIM

une TIM experte qui ne code pas les dossiers

la TIM qui a codé le dossier en atypie

Quelle analyse faites vous des atypies repérées et corrigées ?

Organisez vous un staff de type "peer review" ?

Oui

Non

si oui à quelle fréquence ?

Si non pour quelle raison ?

Faites vous un retour aux instances des corrections d'atypies réalisées
Expliquez un peu votre démarche

Pré-requis au démarrage du projet de professionnalisation du codage des informations médicales relatives au séjour

Correspondants du pôle :

- Médecin :
- Cadre :
- Secrétaire :
- Suppléants (en cas d'absence) :

Logistique pré-requis

1. Un grand bureau et une chaise sont mises à disposition sur la plage horaire retenue Oui Non
2. Un ordinateur est disponible , connecté au réseau et équipé des accès à la plate-forme Sillage Oui Non

Gestion du dossier

Les séjours des mois précédents sont codés et saisis

Oui Non

1. Les dossiers des séjours des patients sortis dans les 7 derniers jours sont disponibles sur le bureau du TIM

Oui Non

2. Ces dossiers sont préalablement triés et ordonnés conformément à la procédure en vigueur dans l'établissement

Oui Non

3. Les dossiers des séjours non codables seront déposés dans un panier dédié

Oui Non

- a. Les dossiers des séjours non codables sont remis au praticien par le secrétariat médical dès le lendemain du traitement Oui Non

- b. Ces dossiers sont présentés pour traitement la semaine suivante distinctement des séjours de la semaine écoulée Oui Non

4. Les dossiers traités sont archivés par le secrétariat médical du service conformément à la procédure en vigueur dans l'établissement

Oui Non

Annexe 2 : les prérequis

Contenu du dossier

Le dossier du patient est conforme à la réglementation (article L1111-7 du Code de la santé publique) et à la politique dossier patient du centre hospitalier de Mulhouse. Il contient au moins :

1. Les informations formalisées recueillies au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier
Oui Non
 - a. La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission
Oui Non
 - b. Motif(s) d'admission (s)
Oui Non
 - c. Recherche d'antécédents et de facteurs de risques
Oui Non
 - d. Les conclusions de l'évaluation clinique initiale
Oui Non
 - e. Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie
Oui Non
 - f. Le compte rendu opératoire ou d'accouchement s'il existe
Oui Non
 - g. Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires
Oui Non
 - h. Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers
Oui Non
 - i. Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé
Oui Non
 - j. Les correspondances échangées entre professionnels de santé.
Oui Non
 - k. Le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie
Oui Non

Annexe 2 : les prérequis

Contenu réglementaire du dossier médical (Article R1112-2 du code de la santé publique)

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :

1° Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment :

- a) La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ;
- b) Les motifs d'hospitalisation ;
- c) La recherche d'antécédents et de facteurs de risques ;
- d) Les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;
- e) Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ;
- f) La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;
- g) Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie ;
- h) Les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L. 1111-4 ;
- i) Le dossier d'anesthésie ;
- j) Le compte rendu opératoire ou d'accouchement ;
- k) Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire ;
- l) La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 666-12-24 ;
- m) Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ;
- n) Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;
- o) Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;
- p) Les correspondances échangées entre professionnels de santé.

2° Les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment :

- a) Le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie ;
- b) La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;
- c) Les modalités de sortie (domicile, autres structures) ;
- d) La fiche de liaison infirmière.

3° Informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers. Sont seules communicables les informations énumérées aux 1° et 2°.

Annexe 2 : les prérequis

Informations figurant sur un compte rendu d'hospitalisation (ANAES / Service

évaluation des pratiques professionnelles / Juin 2003)

Chaque contact avec l'établissement doit conduire à un compte rendu de consultation ou d'hospitalisation. Ce compte-rendu gagne à être structuré de façon homogène au sein d'un établissement pour faciliter l'exploitation de son contenu par les différents professionnels intervenant dans le dossier.

La structuration peut être la suivante :

- identification du patient ;
- identification des dates du contact (date de la consultation, dates d'entrée et sortie d'hospitalisation) ;
- lieu du contact ;
- mode d'entrée ;
- motif du contact ou de l'hospitalisation ;
- antécédents du patient ;
- facteurs de risques
- mode de vie ;
- histoire de la maladie ;
- examen clinique ;
- résultats biologiques significatifs ;
- résultats des examens complémentaires ;
- traitements réalisés, y compris les transfusions ;
- évolution dans le service et discussion ;
- mode de sortie (destination du patient), y compris la date et l'heure de sortie, le moyen de transport et l'accompagnement éventuel, ainsi que la liste des éléments remis au patient ;
- traitement de sortie ;
- suite à donner (surveillance à instituer, reconvoction, etc.) ;
- conclusion sous forme de synthèse. En cas d'hospitalisation, cette synthèse doit être cohérente avec les informations portées sur le RUM du PMSI-MCO.

Annexe 2 : les prérequis

Informations figurant dans un compte rendu opératoire (Cnom –bulletins avril 1991 / novembre 1992 /janvier 1993)

Les informations que tout compte rendu opératoire doit contenir, auxquelles il faut ajouter les obligations en matière transfusionnelle.

- Données administratives :
 - identification du patient ;
 - date de l'acte ;
 - nom de l'opérateur ;
 - nom de l'anesthésiste.
- Données médicales :
 - descriptif de l'état pathologique et des lésions rencontrées ;
 - choix thérapeutique ;
 - mode d'anesthésie ;
 - exécutions et techniques réalisées ;
 - complications ou difficultés opératoires ou périopératoires ;
 - matériel prothétique utilisé avec ses caractéristiques précises ;
 - drainage ;
 - type de fermeture et nature des ligatures ;
 - prélèvements anatomo-pathologiques ou bactériologiques ;
 - plâtre ou contention particulière ;
 - heures de mise en place et de levée du garrot ;
 - transfusions effectuées (nombre de flacons, numéro du lot, etc.).
- Données complémentaires :
 - diagnostic préopératoire ;
 - K opératoire et anesthésique ;
 - heures de début et de fin d'intervention ou durée de l'intervention ;
 - nom de l'aide opératoire et/ou de l'instrumentiste.

Annexe 3 : Tableau des atypies de CQ

1. INCOMP SEXE DIAG :	recherche d'un diagnostic dont le sexe est incompatible
2. INCOMP AGE DIAG :	recherche d'un diagnostic dont l'age est incompatible
3. DP, DR RARE :	recherche d'un diagnostic rare
4. DCD ET DP Z :	recherche d'un DP codé en Z pour un patient décédé
5. DP DR IMPRECIS :	recherche d'un diagnostic principal ou relié imprécis
6. Z INHABITUEL DP :	recherche d'un diagnostic principal codé en Z
7. SEJOUR LONG DP Z :	recherche d'un diagnostic principal codé en Z pour un séjour long
8. GHM 23C02 :	GHM suspect d'incompatibilité acte-diagnostic, masquée par un diag orientant en CMD 23
9. GHM 23M06 :	GHM suspect d'imprécision dans le codage du DP ou d'absence du DR
10. DP Z PR K / DR DIFF K:	DR renseigné différent d'un cancer pour un DP Z de traitement ou de surveillance de cancer
11. DR AFF AIGUE :	DR affection aiguë
12. GHM 23M06 :	GHM suspect d'imprécision dans le codage du DP ou d'absence du DR (séjour >5j)
13. SEJOURS LONGS :	Séjour très long (2xborne sup) avec niv sévérité < 3
14. GHM MED / DP CHIR:	Séjour médical avec un DP de type chirurgical (95% des cas)
15. T INTOX :	Code T en DA, sans code T en DP
16. ACTE IRRAD SANS DIAG :	Le séjour mentionne un acte de radiothérapie sans diagnostic d'irradiation externe
17. RECUP ACTES :	Acte à récupérer après vérification
18. ANEMIE SS PREC ET AFFCHRO :	Anémie sans précision associée à une IRC ou un cancer

