

**ECOLE DE MANAGEMENT POUR LES MEDECINS DES HÔPITAUX - E.M.A.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<sup>er</sup> 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 décrirons 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 réalisée 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<sup>ème</sup> 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<sup>er</sup> 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 installées<sup>1</sup>. 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 .

<sup>1</sup> 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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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"> <li>- Précision et exhaustivité des écrits absente des dossiers</li> <li>- Gros retard voire absence de compte rendu d'hospitalisation lors du codage (20% à 7 jours-30% à 14 jours)</li> <li>- Dossiers perdus de vue temporairement</li> <li>- Certains actes chirurgicaux ne sont pas déclarés, d'autres sont erronés</li> </ul> <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<sup>er</sup> 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