

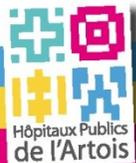


Centre Hospitalier de Lens



Contrôle externe CH Lens 2025 sur l'année 2023

Par Drs Timothé Choteau, Vincent Coevoet, Lionel Bardoel, François Dufossez
Département d'Information Médicale du centre hospitalier de Lens



Un réseau de **compétences** pour votre Santé

Hôpitaux Publics de l'Artois



✚ Les activités étudiées sur 480 dossiers :

- **Activité 1** : Nombre de racines apparentées et autres avec une proportion élevée de la racine la plus valorisée
⇒ Sur Lens, les appendicites avec péritonites.
- **Activité 2** : Séjours avec une seule CMA valorisant le niveau 3 du GHM
⇒ Irénale Aigue, Iresp Aigue, Dénutrition, Obésité, Ulcère, Rhabdomyolyse, Divers...
- **Activité 3** : Séjours dans des racines avec une proportion élevée de séjours de niveau 3 (CMA identique à l'activité 2)
- **Activité 4** : Séjours de moins de 2 nuitées pouvant relever d'une PIE prestataire



- ✚ L'assurance maladie nous laisse la possibilité de choisir entre 2 méthodes :
 - contrôle à l'ancienne : lecture des dossiers sur place.
 - nouvelle méthode : extraction par le DIM des pièces médicales et envoi sur Blue files.
- ✚ Le choix a été fait d'extraire nous-même les données médicales,
- ✚ Un programme a été créé spécifiquement par le datascientist pour extraire toutes les pièces de chaque dossier à partir du DPI.
- ✚ Tous les dossiers extraits ont été relus au préalable par l'équipe des TIM centraux (qui s'occupent de la revalorisation et des contrôles).
- ✚ Des TIM des deux établissements, Béthune et Lens, ont participé à cette relecture



- ✚ Un script informatique a extrait les principales pièces médicales : comptes-rendus divers (CRH, CRO, imagerie, etc.), notes cliniques (OM, TCIDE, macrocibles), prescriptions, paramètres vitaux, biologie.
- ✚ Des agents ont récupéré les documents non extraits informatiquement : RSS, documents scannés, documents précédents non identifiés ou mal extraits par le script...
- ✚ Les codes valorisants de chaque dossier ont été évalués pour vérification et identifier les dossiers à risque d'indu, voire améliorer le codage. On a réutilisé la traçabilité de nos contrôles internes.
- ✚ Les dossiers ont donc été classés en 3 catégories :
 - ● Vert : Correct (pas d'indu attendu)
 - ● Orange : A risque (traçabilité discutable ou recodage demandé)
 - ● Rouge : non défendable (le contenu du dossier ne permet pas de justifier le codage)



Les activités étudiées sur 480 dossiers :

- Activité 1 : Nombre de racines apparentées et autres avec une proportion élevée de la racine la plus valorisée.
- Activité 2 : Séjours avec une seule CMA valorisant le niveau 3 du GHM
- Activité 3 : Séjours dans des racines avec une proportion élevée de séjours de niveau 3
- Activité 4 : Séjours de moins de 2 nuitées pouvant relever d'une PIE prestataire (10 séjours loupés sur défaut de traçabilité)

Activités	Avis AM final : Défavorable	Avis AM final : Favorable	Total général	Taux AD
1	34	44	78	43,59%
2	78	175	253	30,83%
3	21	108	129	16,28%
4	15	5	20	75,00%
Total général	148	332	480	30,83%



Activité 1 : Appendicite avec péritonite

- ⊕ Activité 1 : 96% appendicectomie et péritonite
- ⊕ Arguments de rejet pour l'assurance maladie :
 - Appendicite phlegmoneuse : ce n'est pas forcément associé à une péritonite
 - Absence de bactériologie concomitante (dans le liquide péritonéal)
 - Utilisation du terme « suspicion » codé à tort « péritonite ».
 - Présence de liquide qui n'est pas noté « purulent » dans péritoine, simplement une mention de liquide « trouble ». -> éviter cette façon de rédiger!
- ⊕ Nombre de dossiers contrôlés : 75
- ⊕ Dossiers rejetés : 26 (35%)



Centre Hospitalier de Lens

Activités 2 & 3 : Insuffisance respiratoire aigue

✚ J960*

✚ Il faut 2 éléments concomitants (CF guide méthodo MCO) :

- La clinique : le dossier comporte la mention d'une insuffisance respiratoire aiguë ou d'une décompensation, ou d'une détresse respiratoire et pour les enfants les signes habituels (tirage, muscles accessoires....)
- La paraclinique = la constatation au cours du séjour :
 - Adulte : saturation artérielle en oxygène (SaO₂) inférieure à 90% ou d'une pression partielle dans le sang artériel (PaO₂) inférieure à 60 mm de mercure en air ambiant.
 - Enfant : Pour enfant, saturation < 92% en AA*

✚ OK association J46 asthme aigue grave et J960 détresse respiratoire (traçabilité !! OGC 149 contrôle 2017, Tribunal Judiciaire Arras 13 oct 2022 ≠ avis ATIH ancien)

✚ Nombre de dossiers contrôlés : 41

✚ Nombre de dossiers rejetés : 10 (24%)

*EMC pédiatrie Volume 9 > n ° 2 > avril 2014 [http://dx.doi.org/10.1016/S1637-5017\(13\)41679-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1637-5017(13)41679-4)
Archives de Pédiatrie 2012;19:528-536



- ⊕ N17* -> (N17* sont reclassés en R392)
- ⊕ Dès lors qu'une amélioration de la fonction rénale est présente, reclassement en R392.
 - La clinique : traçabilité correcte dans les dossiers
 - Erreur de codage.
- ⊕ Nombre de dossiers contrôlés : 33
- ⊕ Nombre de dossiers rejetés : 11 (33%)



- ✚ E43 et E44*
- ✚ Evolution des critères diagnostiques : phénotypique, étiologique.
- ✚ Traçabilité correcte dans les dossiers, dès lors que l'équipe diététicienne intervient.
- ✚ En général refus sur :
 - Diagnostic basé sur albumine seule (historique)
 - L'assurance maladie refuse de tenir compte du critère « tour de mollet < 31 cm » chez le sujet âgé (critère cité dans les recommandations de bonne pratique de l'HAS*, mais non repris in extenso dans le guide).
- ✚ Nombre de dossiers contrôlés : 113
- ✚ Nombre de dossiers rejetés : 6 (5%)

*Haute Autorité de Santé. Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus. Recommandation de bonne pratique 2021 ; https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/reco368_recommandations_denutrition_pa_cd_20211110_v1.pdf



- ✚ E66*
- ✚ Traçabilité correcte du terme obésité dans les dossiers.
- ✚ Systématiquement refus sur :
 - Absence de trace retrouvée de la majoration de l'effort de soin.
- ✚ Nombre de dossiers contrôlés : 28
- ✚ Nombre de dossiers rejetés : 4 (14%)



⊕ L97, L984, I830, L89*

⊕ Problème de traçabilité des soins réalisés dans les dossiers.

⊕ Refus sur :

- Absence de trace de la prise en charge de la plaie (essentiellement la réfection du pansement, et la description de la plaie).

⊕ Nombre de dossiers contrôlés : 42

⊕ Nombre de dossiers rejetés : 4 (9,5%)

⊕ Cela concerne aussi les veinites : 2 dossiers rejetés



- ✚ T796 (reclassé en M62*)
- ✚ Refus systématique de l'assurance maladie dans le cas suivant:
 - Patients ayant une crise épileptique associée à une rhabdomyolyse bien mentionné dans le courrier.
- ✚ « *La nature épileptique n'est pas suffisante pour affirmer la nature traumatique* », l'AM propose M62890 à la place.
- ✚ Nombre de dossiers contrôlés : 20
- ✚ Nombre de dossiers rejetés : 4 (20%)



⊕ Problème de codage de DAS

- Pancréatite (la mention d'une « coulée de nécrose » constatée à l'IRM n'est pas synonyme d'une « péritonite clinique »)

⊕ Problème de codage DP

- Diabète multi compliqué (DP E1*7) doit être remplacé par le codage individuel de chaque complication. Ex E1170 → E1130 + E1150 change cmd
Guide méthodologique 2023 bas de la page 74, ATIH contredit l'usage de l'OMS
- Première chimiothérapie en hospitalisation complète.

⊕ Défaut de Traçabilité des soins

- Confusion
- Ostéite (défaut de traçabilité de soin et aucune imagerie)

⊕ Il existe de nombreux diagnostics non évoqués qui tournent autour des défauts cités.

⊕ Nombre de dossiers rejetés : 58



- ✚ La nouvelle méthode a demandé un investissement en temps et agents, entre 1 h 30– 2h par dossier en temps total.
 - réalisation des programmes,
 - sortie manuelle des documents complémentaires,
 - relecture des dossiers.
 - Préparation des argumentaires
- ✚ Elle avait déjà été testée en 2018 sur Béthune avec sortie des dossiers imprimés en avance, et classés vert/orange/rouge.
 - Les temps de préparation sont comparables entre 2025 et 2018.
- ✚ Pour la concertation : au moins 2 médecins DIM
 - 1 MIM ayant analysé tous les dossiers discordants (AM vs analyse initiale)
 - 1 MIM qui se fait présenter le dossier avant la concertation et simule la position AM pour améliorer l'argumentation des dossiers à problème (pour préparer la défense). Cela permet de minimiser un attachement au dossier.
 - Les 2 médecins sont présents en concertation pour travailler à 2 voix



Résultats :

- Gain de temps dans la concertation avec l'assurance maladie.
 - Meilleure ambiance relationnelle sur les dossiers à problèmes.
 - On a récupéré 16 % des avis défavorables initiaux (soit 27 sur 170).
 - Aucun dossier en désaccord final ⇒ Pas de contentieux !
 - Accompagnement avec un avocat, qui s'est limité à des conseils en cours de contrôle puisqu'il n'y aura pas de contentieux. (conclusion inattendue...)
 - Le croisement des lectures de dossiers par les TIM de 2 établissements (Lens et Béthune), a mis le doigt sur des différences de traçabilité importantes dans les DPI entre établissements.
-
- Gros investissement dans la méthode 100% numérique
 - Attention nécessite environ 1h30 moyenne / dossier (moyens à engager)
 - Accompagnement juridique à ne jamais négliger, on avait même envisagé de ne pas signer les concertations en cas de blocage.



Centre Hospitalier de Lens

 **Merci de votre attention**