



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

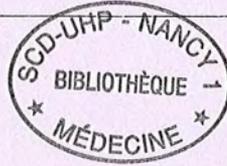
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

142677

UNIVERSITE DE NANCY
FACULTE DE MEDECINE

LABORATOIRE SPI-EAO
Professeur F. KOHLER



**ETUDE NATIONALE DES COUTS
ASSURANCE QUALITE
UNE APPLICATION A L'HOPITAL DE MONT-SAINT-MARTIN**

MEMOIRE

présenté pour l'obtention du

**DESS D'INFORMATION MEDICALE A L'HOPITAL
ET DANS LES FILIERES DE SOINS**

Par

Lionel COMTE, Docteur en Médecine

Né le 6 janvier 1952 à Villeneuve Saint Georges (94)



Directeur de Mémoire : Dr Daniel MAYEUX

NANCY 1999

PLAN



1- INTRODUCTION

2 - LE P.M.S.I.

2.1 La page historique et les textes fondateurs

2.2 De l'expérience Languedoc - Roussillon en 1994 à la généralisation en 1995

2.3 Des DRGs aux GHM

2.4 Des RUM aux RSS et RSA

2.5 La CIM, le CdAM et les points ICR

2.6 De l'activité hospitalière aux points ISA

2.7 Des points ISA aux réajustements budgétaires

3 - L'ETUDE NATIONALE DES COUTS

3.1 Historique

3.2 Objectifs

3.3 Actualisation

3.4 Méthode de construction

3.5 Principes de découpage

3.6 La question de la charge en soins infirmiers

3.7 Calcul du coût du séjour hospitalier

3.8 Un premier contrôle de vraisemblance

3.9 Nature des informations transmises

4 - L'ASSURANCE QUALITE DANS L'E.N.C.

4.1 Définitions

4.1.1 Convention

4.1.2 Qualité

4.1.3 Contrôle-qualité

4.1.4 Assurance-qualité

4.1.5 Système d'assurance qualité

4.2 Les relations dans le cadre de l'ENC sont régies par une Convention

4.3 Calendrier

4.4 Mise en œuvre d'un "système d'assurance qualité" pour les données médicales

4.4.1 Système d'assurance qualité de première génération - 1996 et 1997

4.4.2 Système d'assurance qualité de deuxième génération - 1998

4.4.3 Système d'assurance qualité de troisième génération - 1999

5 - PRESENTATION DE L'HOPITAL DE MONT-SAINT-MARTIN

5.1 Panorama général

5.2 Activités en court , moyen et long séjour et psychiatrie

5.3 L'activité court séjour

5.4 Le Département d'Information Médicale

5.5 L'information médicale dans le SIH

5.5.1 Circuit de recueil de l'information médicale :

5.5.2 Le niveau d'information

5.5.3 Les modes de recueil de l'information

5.5.4 Les problèmes relatifs au système d'information

5.5.5 L'informatique

5.5.6 La comptabilité analytique

6 - L'ASSURANCE QUALITE DANS L'ENC A L'HOPITAL DE MONT-ST-MARTIN

6.1 Le préalable à toute notion de qualité

6.1.1 Procédures de contrôle systématisées

6.1.2 Aide au codage

6.2 Système d'assurance qualité de première génération - 1996

6.2.1 Constats

6.2.2 Mesures adoptées

6.3 Système d'assurance qualité de première génération - 1997

6.3.1 Thème : chirurgie

6.3.2 Résultats

6.3.3 Evaluation du système d'assurance qualité

6.4 Système d'assurance qualité de deuxième génération - 1998

6.4.1 Thème : les DP redondants

6.4.2 Résultats

6.4.3 Commentaires

7 - DISCUSSION

7.1 Quel intérêt pour un établissement de participer à l'ENC ?

7.1.1 Raisons financières

7.1.2 Raisons individuelles

7.1.3 L'expérience à l'hôpital de Mont-Saint-Martin

7.2 Pourquoi une Assurance Qualité uniquement sur l'information médicale ?

7.3 La question de la représentativité de la base nationale ENC

7.4 La lourde charge de l'Assurance Qualité

7.5 Le risque de "pénalisation" des établissements participant à l'ENC

7.6 Les risques de la transparence

8 - CONCLUSION

1- INTRODUCTION

Confrontée, comme tous les pays développés, à l'obligation de maîtriser ses dépenses de santé, la France a emprunté au système américain la mesure de l'activité hospitalière à travers les GHM, issus des DRGs, et au système allemand la valorisation a posteriori de cette activité. Par contre le Programme de Médicalisation du Système d'Information (P.M.S.I) est une spécificité bien française [1].

Ce programme, initialement Projet, a débuté en 1986 par la diffusion des GHM, relayée en 1989 à la fois par la circulaire relative à l'informatisation des hôpitaux et par la généralisation de ce Programme et enfin la création des **D**épartements **d'**Information **M**édicale qui constituent un des pôles majeurs du système d'information hospitalier.

Cependant, ce n'est qu'en 1992 que le versant financier du PMSI, instrument d'analyse médico-économique, devient plus manifeste à travers l'appel à candidatures pour la constitution d'une base de données sur les coûts des activités médicales à partir d'un échantillon d'hôpitaux : l'Etude Nationale des Coûts.

Enfin c'est en 1996 que le dispositif PMSI, outil de maîtrise des coûts, prend toute sa mesure avec en particulier la promulgation des Ordonnances du 24 avril portant à la fois sur l'organisation de la sécurité sociale, dont la gestion est retirée aux partenaires sociaux et confiée à l'Etat, sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée et sur la maîtrise médicalisée des dépenses.

C'est cette même année que la Mission PMSI, structure dépendant de la Direction des Hôpitaux, impose aux établissements participant à l'Etude Nationale des Coûts l'instauration de mesures d'Assurance Qualité pour les informations médicales.

Nous retracerons donc dans un premier temps les grandes lignes du PMSI, globalement puis sous ses deux aspects, médicaux et économiques, avant d'aborder l'Etude Nationale des Coûts, outil d'échantillonnage médico-économique et enfin de découvrir ce que peut être l'Assurance Qualité dans un établissement participant à l'E.N.C..

Au terme de cette présentation nous aborderons les aspects constructifs mais également critiques de cette démarche d'Assurance Qualité de l'information médicale tant sur le plan méthodologique que sur celui de son application sur le terrain.

Enfin, concernant le déroulement de ce mémoire, nous avons tenté d'éviter de réécrire ce qui l'avait déjà été en privilégiant les faits marquants et en invitant le lecteur à approfondir tel ou tel point par la consultation du glossaire, de la page historique, de la bibliographie, des annexes ou encore des pages Internet correspondantes avec les références des sites [10].

2 - LE P.M.S.I. [8,10,12]

C'est en 1982 qu'émerge le PMSI dans le système de soins français. Il concrétise alors un travail commun de recherche mené à l'initiative de la Direction des Hôpitaux et associant le Centre de Gestion Scientifique de l'Ecole des Mines pour les aspects comptables du PMSI et le Centre de Recherche en Gestion de l'Ecole Polytechnique sur les systèmes d'information médicale.

Précurseurs dans le domaine de l'optimisation des ressources affectés au système de soins les Etats-Unis avaient développé vers la fin des années 70 une classification par groupes homogènes de séjours (DRGs) utilisée par l'administration fédérale pour le paiement forfaitaire des séjours dans le cadre de Medicare.

Confrontés au même défi de maîtrise des dépenses de soins la plupart des pays industriels ont développé des approches inspirées des DRGs, alors même que leurs systèmes de santé et de financement étaient souvent très différents les uns des autres.

Cependant, ces approches comportent des étapes communes :

- 1^{re} phase évaluation de la faisabilité technique consistant à classer tout séjour dans un équivalent de DRG et un seul.
- 2^{ème} phase évaluation de la capacité du modèle à expliquer une part significative de la variation observée des durées de séjour, de prix et de coût.
- 3^{ème} phase développement d'un modèle de comptabilité analytique fondée sur l'activité mesurée en DRG (ou équivalent) et adaptée au cadre comptable et budgétaire national.
- 4^{ème} phase développement des systèmes d'information et des logiciels nécessaires pour le recueil et l'analyse.

Enfin, depuis 1996, le Programme est passé à sa phase opérationnelle avec utilisation de l'outil à des fins de meilleure répartition des moyens et d'ajustement des budgets.

2.1 La page historique et les textes fondateurs

Ces deux pages ont pour objectif de retracer les grandes étapes jalonnant le développement des systèmes d'information et de leurs traitements informatiques, la Maîtrise des coûts hospitaliers, le PMSI et sa généralisation, l'Etude Nationale des Coûts et l'Assurance Qualité de l'Information Médicale dans le cadre de l'ENC.

6 janvier 1978	Loi n° 78-17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés
1982 - 1985	Phase de conception du PMSI
1985 - 1989	Phases d'expérimentation et d'évaluation
6 janvier 1983	Réforme dite du Budget global, première tentative de maîtrise du coût de l'hospitalisation
3 octobre 1985	Arrêté créant dans les établissements publics et privés PSPH un traitement informatisé d'informations nominatives dont l'objet est la production de RSS - voir Annexe 3 : circulaire n° 160 du 5 août 1986
31 décembre 1985	Mise à disposition de la première classification des GHM
5 août 1986	Circulaire n° 160 relative à la classification des Groupes Homogènes de Malades
6 janvier 1989	Circulaire n° 275 relative à l'informatisation des hôpitaux
24 juillet 1989	Circulaire n° 303 généralisant le PMSI à tout le service public et aux hôpitaux privés PSPH et organisant l'information médicale
12 février 1990	Circulaire n° 325 relative aux modalités de mise en place des structures de gestion de l'information médicale dans les établissements publics et les hôpitaux PSPH

- 19 avril 1991 Circulaire n° 23 relative aux systèmes d'information et à l'informatique hospitalière
- 4 juin 1991 Appel à candidatures pour participer à des sessions de formation au PMSI à l'ENSP-Paris, Nancy ou Montpellier
- 31 juillet 1991 Loi portant réforme hospitalière et rendant **obligatoire** pour les établissements de santé publics et privés la mise en place de procédures **d'évaluation et d'analyse de l'activité.**
- 28 février 1992 Circulaire lançant un appel à candidatures auprès de l'ensemble des établissements publics et PSPH afin de participer à une **Etude Nationale des Coûts** et constituer une Base Nationale de données de coûts par séjour hospitalier
- 27 juillet 1994 Arrêté créant un traitement informatique national des Résumés de Sortie Standardisés et des Résumés Standardisés de Facturation
- 10 mai 1995 Circulaire n° 23 généralisant à la France entière le dispositif expérimenté jusqu'alors en Languedoc- Roussillon de mesure de l'activité médicale et des coûts à partir des données issues du PMSI
- Mars 1995 Premières transmissions aux DRASS des données d'activité médicale et de coût (RSA produits par GENRSA à partir des RSS + données administratives permettant le calcul de l'exhaustivité + compte administratif retraité) et concernant l'activité des deux semestres 1994. Après le Languedoc-Roussillon la Lorraine devient la deuxième région à détenir une base de données PMSI couvrant un exercice budgétaire
- 31 décembre 1995 Pour la première fois les DRASS transmettent leurs informations à la Mission PMSI - Direction des Hôpitaux

1 avril 1996	Démarrage avec effet rétroactif au 1 ^{er} janvier 96 d'une Assurance Qualité (contrôlée par la Mission PMSI) pour les établissements participant à l'ENC
24 avril 1996	Ordonnance n° 96-344 relative à l'organisation de la sécurité sociale Ordonnance n° 96-345 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins Ordonnance n° 96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

2.8 De l'expérience Languedoc - Roussillon en 1994 à la généralisation en 1995

L'expérimentation conduite en Languedoc-Roussillon en 1994 et qui intégrait l'ensemble des établissements publics et privés de la région disposant d'un secteur de soins de courte durée a donné lieu à un rapport qui :

- démontre la faisabilité du dispositif technique de collecte et de traitement des données médicales et comptables
- préconise des ajustements au dispositif en particulier l'allégement de la procédure de validation des données médicales.

2.9 Des DRGs aux GHM

Elaboré initialement entre 1967 et 1983 à l'université de Yale par le Professeur FETTER et son équipe le système américain des DRGs (Diagnosis Related Groups) réduit considérablement l'infinie variété des séjours hospitaliers à un nombre limité de groupes de séjours. Ces groupes de séjours sont caractérisés d'un côté par une certaine homogénéité des consommations de ressources et de l'autre par une certaine cohérence clinique.

Dérivé de la classification des DRGs, la classification française en GHM est construite pour orienter en un seul GHM et un seul.

La quasi totalité des pays membres de l'Union Européenne ainsi que la Hongrie et l'Australie ont adopté les DRGs ou s'en sont largement inspirés.

2.10 Des RUM aux RSS et RSA

Chaque passage dans une unité médicale de court séjour hospitalier fait l'objet d'un Résumé d'Unité Médicale (**R.U.M.**) qui contient un nombre limité de rubriques avec des informations d'ordres administratif et médical. Si, au cours d'un même séjour un patient fréquente plusieurs unités médicales, il y aura autant de RUM que d'unités médicales fréquentées. Le RUM unique ou l'ensemble des différents RUM constitue alors un Résumé de Sortie Standardisé (**R.S.S.**).

L'anonymisation des RSS en autant de Résumés de Sortie Anonymisés (RSA) se fait à l'aide du logiciel GENRSA, propriété de l'Etat. Cette anonymisation permet la transmission d'informations médicales à la direction de l'établissement ou à l'extérieur de celui-ci.

2.5 La CIM, le CdAM et les points ICR

Pour que les informations médico-administratives contenues dans les RUM puissent bénéficier d'un traitement automatisé elles sont codées selon des nomenclatures et des classifications standardisées.

Les nomenclatures utilisées pour les RUM sont :

- La **Classification Internationale des Maladies** dans sa version 10 (CIM 10) pour le codage des diagnostics ; la CIM-10 a succédé à la CIM 9 le 1^{er} janvier 1996 dans les établissements participant à l'ENC et le 1^{er} janvier 1997 pour les autres hôpitaux.

Organisée en 21 chapitres la CIM-10 couvre l'éventail complet des états morbides classés par organe ou appareil fonctionnel et bénéficie d'un codage alphanumérique et plus seulement numérique comme dans la CIM-9.

Afin de permettre une description plus précise de certains types de pathologies ou de patients les codes de la CIM-10 peuvent être enrichis par des extensions élaborées par le PERNNS.

Le PERNNS, ou Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé, a été créé en 1992 dans le cadre d'une convention entre le Ministère de la Santé et l'AUNIS (Association des Utilisateurs de Nomenclatures Nationales et Internationales de Santé). Composé d'experts médicaux, il est chargé d'assurer l'évolution et la maintenance des outils PMSI (Catalogue des Actes Médicaux, ICR, classification des GHM).

- Le **Catalogue des Actes Médicaux (CdAM)** pour le codage des actes.

Ce catalogue a été élaboré par des comités d'experts médicaux coordonnés par le Direction des Hôpitaux ; il est donc spécifiquement français.

Ses objectifs :

- ✓ Identifier les actes pendant le séjour du patient
- ✓ Mesurer la consommation de ressources humaines et matérielles pour réaliser cet acte au moyen d'un **Indice de Coût Relatif (ICR)**

Ce CdAM est structuré en cinq champs correspondant chacun à un domaine de l'activité médico-technique.

1. Champ Alpha : actes diagnostics et thérapeutiques
2. Champ Beta : actes d'anesthésiologie
3. Champ Gamma : actes d'imagerie médicale
4. Champ Mû : actes de radiothérapie
5. Champ Omega : actes de réanimation

Dans le CdAM chaque acte est affecté d'un Indice de Coût Relatif reflétant, à dire d'expert au début puis par affinage grâce à la base nationale des coûts, la valeur relative d'un acte ; ainsi un acte ayant un ICR à 200 est un acte qui mobilise deux fois plus de moyens matériels et humains qu'un acte ayant un ICR à 100.

Devant l'évolution rapide des pratiques hospitalières, la mise à jour permanente du CdAM et, depuis le second semestre 1995, des ICR a été confiée au PERNNS. Cette mise à jour permanente est également conditionnée par l'amélioration de la connaissance des coûts de ces actes apportée par la Base nationale ; ce qui entraîne des ajustements des valeurs relatives de certains actes par rapport à d'autres.

2.6 De l'activité hospitalière aux points ISA

Au total, à partir des informations médicales et économiques décrivant en détail la production des hôpitaux de l'ENC il a été possible de construire une échelle nationale de coûts par GHM, en s'appuyant sur une échelle de coûts par séjour.

En partant du GHM 540 (accouchement par voie basse sans complication), pris par convention comme référence et valorisé à 1000 points ISA, tous les autres GHM se positionnent par rapport à ce « GHM calant ».

C'est ainsi qu'en 1995, année de première publication de l'échelle on pouvait constater que les valeurs prises par les GHM s'étendaient de 89 points ISA (GHM 682 : séance de radiothérapie) à 18697 points ISA (GHM 151 : transplantation cardiaque). Cela signifiait qu'une transplantation cardiaque avait un **coût médian** 210 fois plus élevé qu'une séance de radiothérapie.

Ce sont donc les données médicales et économiques fournies par les établissements participant à l'Etude Nationale des Coûts qui permettent :

1. de construire et de faire évoluer la classification par GHM, avec l'éclatement de certains si la Base nationale montre des disparités significatives ; ainsi le nombre de GHM est passé de 512 (462 GHM + 50 autres dont 46 ambulatoires + 4GHM de séjours erreurs ou inclassables) en 1995 à 578 en 1998.
2. de modifier les valorisations en points ISA des différents GHM
3. d'adapter la valorisation en points ICR des actes du CdAM
4. de rechercher si des prises en charge particulières engendrent des surcoûts significatifs ; nous sommes par exemple dans l'attente des résultats d'un travail mené par la Mission PMSI avec les établissements de l'ENC pour savoir si la prise en charge de la « précarité » engendre des surcoûts afin, si cela se vérifiait, d'envisager une valorisation supplémentaire en points ISA pour les séjours de patients en situation de précarité.

5. de connaître, en termes de gestion interne, pour tout établissement hospitalier qui le souhaite, ses « points forts » et ses « points faibles » en se basant précisément sur la ventilation des dépenses par poste telles qu'elles apparaissent, en médiane, sur l'ensemble des établissements de l'ENC.

2.7 Des points ISA aux réajustements budgétaires des hôpitaux [10, 12]

Un contrôle interne semestriel est effectué par le médecin du DIM sur 100 dossiers tirés au sort par l'un des utilitaires du logiciel GENRSA sur l'ensemble des RSA envoyés à la DRASS et maintenant à l'ARH. Ce contrôle, ou plus précisément ce recodage « en aveugle », est passé à son tour au logiciel AOH, développé par le CTIP*, qui reroupe et sort un état "GHM initial - GHM final". Ce fichier est alors envoyé semestriellement aux tutelles régionales. L'ARH redressera alors au vu de ce recodage la valorisation en points ISA des RSA transmis.

Le CTIP ou centre de Traitement de l'Information du PMSI, rattaché à l'université Paris VI, est chargé par la Direction des Hôpitaux d'effectuer les développements informatiques liés à la fonction groupage, à la gestion de la base nationale, aux études et expérimentations (ENC, PMSI-Privé, PMSI-SSR, etc).

Ce contrôle interne semestriel est complété par un contrôle externe annuel effectué sous l'égide de l'ARH.

Les informations transmises par les établissements sont traitées par le logiciel MAHOS développé par le CTIP et implanté dans les DRASS. Ce qui permet, avec l'ensemble des RSA des établissements de son ressort, à chaque ARH :

- de constituer la base régionale en affectant ensuite à chaque séjour le nombre de points ISA correspondant aux GHM ; cette valorisation s'effectue au moyen de l'Echelle Nationale des Coûts ;
- de redresser, s'il y a lieu, la valorisation en points ISA des RSA transmis
- de calculer le nombre de points ISA moyen par séjour pour l'ensemble des établissements de la région
- de contrôler et redresser, s'il y a lieu, l'exhaustivité des RSA transmis

- de valoriser l'activité externe, décrite par les établissements au moyen des lettres-clés de la NGAP et auxquelles MAHOS affecte un certain nombre de points ISA
- de calculer la valeur régionale du points ISA
- de calculer la dotation théorique de chaque établissement au regard de son activité MCO
- d'estimer, s'il y a lieu, le niveau de sur ou de sous dotation de l'établissement
- enfin de simuler les ajustements budgétaires.

3 - L'ETUDE NATIONALE DES COUTS

3.1 Historique [1,6,10]

Par la Circulaire du 28 février 1992 la Direction des Hôpitaux lançait un appel à candidatures auprès de l'ensemble des établissements publics et privés participant au service public hospitalier (PSPH) afin de constituer une **base nationale de données de coûts par séjour hospitalier** pour les activités de court séjour MCO des établissements publics et PSPH.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- un taux d'exhaustivité du recueil des informations PMSI supérieur à 95 %
- une bonne expérience de la comptabilité analytique hospitalière
- et un système d'information capable d'identifier pour chaque séjour la totalité des actes médico-techniques et des consommations médicales.

Suite à l'appel à candidatures une centaine d'établissements s'étaient manifestés. Finalement seules les données de 22 hôpitaux avaient été retenues, représentant 449 000 séjours et séances. Toute la difficulté résidait (et réside encore) à trouver à la fois des établissements répondant aux critères ci-dessus et constituant par leur éventail un échantillon représentatif.

La base nationale des coûts par séjour permet de calculer des coûts de référence par GHM à l'usage des services déconcentrés de l'Etat et des établissements hospitaliers, à usage interne.

3.2 Objectifs

Le modèle aboutit à des coûts par séjour et non directement à des coûts par GHM afin de laisser une plus grande marge pour l'analyse de l'homogénéité des coûts de tel ou tel GHM et pour des révisions de la classification des GHM.

Tous les GHM sont représentés dans la base ; cependant, pour plus de détails justificatifs ou critiques concernant l'abattement de 13 % pour les CHR et les CLCC, le redressement de chaque GHM en fonction de la représentativité des établissements de l'échantillon et le trimmage des séjours extrêmes on pourra consulter "ISA et PMSI" d'Elias COCA [2].

3.3 Actualisation

L'échelle de coûts est actualisée chaque année, tenant compte de l'évolution de la classification des GHM et de celle des procédures de soins ainsi que des coûts. L'actualisation permet également d'améliorer la représentativité des établissements de l'échantillon.

Une première échelle nationale des coûts par GHM portant sur l'exercice 1993 avait été publiée en 1995

Le nombre d'établissement participants s'établit à une cinquantaine ; chaque année un certain nombre d'hôpitaux quittent l'ENC, ou ne sont pas retenus, d'autres l'intègrent. La liste des hôpitaux de l'ENC, année 96, figure en annexe.

3.4 Méthode de construction [2,7]

3.4.1 Les dépenses médicales sont **directement** affectées au patient tandis que les autres dépenses le sont indirectement.

3.4.2 Ainsi, les dépenses de logistique et de structure, telles que le blanchissage des draps, les repas, le chauffage de la chambre, la gestion administrative, les frais financiers ou encore l'amortissement des bâtiments, sont globalisées, traitées ensemble et réaffectées au patient **indirectement** à la journée de présence du patient.

3.5 Principes de découpage [11]

Chaque patient au cours de son trajet hospitalier peut fréquenter différents services de soins, et bénéficier du recours de différents plateaux techniques (radiologie classique, scanner, différentes explorations fonctionnelles, etc). Chacune de ces unités, à la fois productrice de service, les **Unités d'Oeuvre (U.O.)**, et consommatrices de ressources est considérée comme une **Section d'Analyse**. On distingue :

3.5.1 des **Sections d'Analyse Cliniques (SAC)** ou unités de soins médicaux, chirurgicaux ou gynéco-obstétricaux, dont l'Unité d'Oeuvre est la **journée** d'hospitalisation

3.5.2 des **Sections d'Analyse Médico-Technique (SAMT)** :

3.5.2.1 Ce sont les unités d'**explorations fonctionnelles**, qu'il faut différencier des services de soins de même spécialité dans lesquels elles se situent le plus souvent, et dont les U.O. sont des **I.C.R.** tels que les donne le Catalogue des Actes Médicaux

3.5.2.2 Mais également les différentes **consultations** de médecine, de chirurgie, celles assurées par du personnel para-médical : kinésithérapie, diététique, etc. Les U.O. sont exprimées en **ICR** (CdAM) ou, si la valorisation en ICR n'existe pas, en lettres-clés de la NGAP.

3.5.2.3 Les **Urgences** dont l'Unité d'Oeuvre est le **passage**

3.5.2.6 L'**anesthésiologie** dont l'activité est mesurée en nombre d'**ICR BETA**

3.5.2.7 La **salle de réveil** dont l'U.O. est le nombre de **passages**

3.5.2.8 Le **SMUR** dont l'activité est exprimée en **demi-heures** de transport

3.5.3 Les Sections d'Analyse Mixtes (SAMXT)

3.5.3.1 La **dialyse et la radiothérapie** ont pour Unités d'Oeuvre la **séance** ou l'**ICR** suivant que le patient est en ambulatoire (RSS séances) ou hospitalisé (ICR).

3.5.3.2 La **réanimation** qui est considérée à la fois comme un service clinique qui produit des **journées** et un service médico-technique qui produit des **ICR** du champ Omega.

3.5.3.3 La **chirurgie ambulatoire** dont les Unités d'œuvre sont la **journée** et l'**ICR** du champ Alpha

3.5.3.4 La **logistique médicale**, exprimée en francs, comprend le DIM, la pharmacie, la stérilisation, la désinfection, le CLIN, etc ; ces dépenses sont ventilées sur les différentes SA cliniques et médico-techniques.

3.6 La question de la charge en soins infirmiers

Les dépenses de personnel soignant représentent une part très importante des dépenses hospitalières totales, entre 30 à 40 %. Pour calculer l'incidence de cette charge en soins infirmiers dans la construction du coût des séjours une première tentative d'intégration de l'IPSI (Indice de Pondération en Soins Infirmiers) avait été faite mais les analyses avaient démontré l'invalidité de l'échelle IPSI et en l'état actuel seule la règle d'imputation à la journée-service est utilisée.

A terme différents indicateurs pourraient, s'ils s'avéraient pertinents, servir au calcul : PRN (Projet de Recherche en Nursing) ou SIIPS (Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée). [2, 8]

3.7 Le calcul du coût du séjour hospitalier est donc obtenu en additionnant l'ensemble des coûts affectables au séjour du patient :

- dépenses directes affectées au malade
- dépenses d'actes médico-techniques

- dépenses de séjour dans les différentes unités cliniques fréquentées
- dépenses de restauration, de blanchisserie, de logistique et d'administration
- dépenses de structure

Toutes ces données sont récupérées par le logiciel WIN SALVATOR, délivré par le CTIP, qui relie les informations médicales et les informations comptables.

3.8 Un premier contrôle de vraisemblance est alors possible en interne.

La confrontation des données médicales aux données comptables permet de mettre en évidence des *suspensions d'incohérence* qu'il appartient au DIM de vérifier. Ces données a priori suspectes peuvent s'avérer justifiées ou au contraire mettre en évidence des erreurs d'informations médicales, des erreurs dans le circuit de l'information, des problèmes informatiques ou encore des erreurs d'imputation comptable.

Le logiciel WIN SALVATOR permettant ce premier contrôle est également utilisé par la mission PMSI ; il comprend 22 requêtes :

- durée séjour > 150
- année sortie différente de année de recueil
- âge > 0 et CMD 15
- âge < 14 ou âge >50 et CMD 14
- coût (COUTH) = . ou 0
- consommables médicaux (DEPCM) > 100 000 F
- factures extérieures (DEPEXT) > 30 000 F
- autres actes (AUTREF) > 100 000 F
- dépenses de salaires (DPMED+DPIDE+DPA) > 400 000 F
- dépenses de salaires (DPMED+DPIDE+DPA) = 0 et GHM 1 à 675
- total score Oméga (REAW_J) > 80
- Nb de B de biologie (BIOB) > 60 000
- ICR de bloc (BLOCI) > 1000
- ICR de radio (RADIOI) > 600
- ICR d'exploration fonctionnelle (EXPLFI) > 700
- ICR de dialyse (DIALI) > 600
- ICR de dialyse / 30 différent d'un nombre entier

- ICR de bloc (BLOCI) = 0 et ICR d'exploration fonctionnelle (EXPLFI)=0 et GHM de chirurgie
- ICR de bloc (BLOCI) > 400 et coût anesthésie (ANESTF) = 0
- durée de séjour (DSTOT) < 2 et coût bloc (BLOCF) > 10 000F et mode de sortie différent de transfert
- durée séjour (DSTOT) < ou égal et DMS > 7 et mode de sortie = domicile

Exemples de réponses à certains de ces contrôles :

- durée séjour > 150

Après contrôle de l'information nous confirmons ces séjours et leur durée

- dépenses de salaires (DPMED+DPIDE+DPA) = 0 et GHM 1 à 675

Il s'agit de passages courts en réanimation au cours desquels il n'y a pas eu d'actes OMEGA; c'est la raison de l'absence de dépenses de personnel médical.

- ICR de bloc (BLOCI) > 400 et coût anesthésie (ANESTF) = 0

Après contrôle des 2 dossiers, les ICR de BLOC étaient respectivement de 18 et 10 et non pas de 525 et 670 ; actes effectués sous anesthésie locale donc ANESTI=0. Ce contrôle a permis de mettre en évidence et de régler un incident informatique.

- ICR de dialyse (DIALI) > 600

Il est normal que ICR dialyse soit >600 chez cette patiente dialysée 50 fois pendant son hospitalisation de 114 jours pour des problèmes d'artérite avec actes d'amputation entraînant un GHM 161.

- ICR de dialyse / 30 différent d'un nombre entier

Pour les observations 1359, 4304, 4306, il s'agit de séances de dialyse aigüe (N121 avec ICR à 39) soit respectivement 4,7 et 1 séance(s).

3.9 Nature des informations transmises [6, 7]

Les informations que l'établissement doit transmettre à l'administration sont recensées et détaillées, pour la partie comptable, dans le "Guide de Comptabilité Analytique Hospitalière" paru au Bulletin Officiel (le dernier paru est sous la référence 97.2 bis), et pour les fichiers informatiques, dans le "Manuel de l'étude nationale des coûts" (la dernière version date d'avril 1995).

Ces informations à transmettre obligatoirement sont :

1. des données médicales, à savoir un fichier-séjours comportant :

- Les RSEX (Résumé de Sortie Expérimental), codés en CIM 9 pour les données 1995 et en CIM 10 pour les données à partir de 1996 et avec la dernière version du CdAM - actuellement Catalogues 96.10 bis pour le champ alpha, 95.9 bis pour le champ gamma et 95.4 bis pour les champs beta et omega.
- La description économique de chaque séjour
 - nombre de jours par Unité Médicale,
 - poids des actes en ICR ou en B,
 - dépenses de sang, prothèses, actes faits à l'extérieur,
 - et depuis 1997 (portant donc sur les données 96) valeur de l'IGS II et décomposition des points omega pour les séjours en Réanimation
 - médicaments coûteux, depuis 1998 (et portant donc sur les données 97)

2. des données comptables [7], à savoir :

- un fichier des dépenses directes par sections d'analyse clinique (S.A.C.), médico-technique (SAMT), mixtes (SAMTX), de moyen et long séjour, de consultations. A ce fichier doit être joint un tableau récapitulatif la liste des S.A., leur libellé et le total des dépenses par S.A..
- les retraitements comptables réalisés à partir du compte administratif (B.O. 97.2 bis) où seule la ventilation des dépenses de blanchisserie et de restauration par "bloc" d'activités (MCO, Moyen Séjour, ...) est demandée.
- les dépenses de structure, logistique et autres activités.

4 - L'ASSURANCE QUALITE DANS L'E.N.C.

Sur ce thème général de la "Qualité", de plus en plus d'actualité, on pourra lire utilement l'article de E. SAULEAU et C. MATHY [14] : "Qualité versus assurance-qualité : quelle accréditation pour les établissements de santé ?"

4.1 Définitions

4.1.1 Convention

Une **convention** régit les relations et engagements mutuels de deux ou plusieurs partenaires mais elle est d'abord une réponse à la question "comment ?" sans qu'il soit nécessaire de se poser la question "pourquoi ?".

4.1.2 Qualité

La **qualité** est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme "la garantie de l'assortiment pour chaque patient d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins".

D'une manière plus générale, la qualité peut encore être définie comme "l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés et implicites" (norme ISO 8042)

Enfin, une démarche qualité porte sur les moyens de la qualité, sur les procédures et sur les résultats, alors qu'une démarche d'assurance qualité ne porte que sur l'évaluation des moyens et des procédures.

4.1.3 Contrôle-qualité

Le contrôle qualité est d'une manière générale la mesure d'une non-qualité. L'autre paradoxe, a priori, est que plus le contrôle qualité est "de qualité" plus il révèle de non-qualité ! Inversement l'absence de contrôle qualité, ou encore un mauvais contrôle qualité pourra donner une image flatteuse mais fausse.

Le contrôle qualité consiste, à un niveau quelconque de la chaîne de production mais le plus souvent à son extrémité, à prélever des échantillons de "produits" et à contrôler leur qualité, c'est à dire leur conformité à un modèle ou un ensemble de critères prédéfinis.

A exigence de contrôle constante, l'amélioration de la qualité se mesurera à la diminution de la non-qualité (du rebut dirait-on en milieu industriel).

4.1.4 Assurance-qualité

L'assurance qualité est l'ensemble des activités préétablies et systématisées mises en œuvre pour donner la confiance appropriée qu'une entité satisfera aux exigences de la qualité. On peut considérer qu'il s'agit d'un processus consistant en la répétition **permanente** (*Continuous Quality Improvement*) d'une démarche qualité cyclique, allant de l'évaluation de la situation jusqu'à la mise en œuvre d'actions censées améliorer cette situation de départ. L'évaluation de la nouvelle situation, modifiée par ces actions, sert de point de départ à un nouveau cycle.

4.1.5 Système d'assurance qualité

Un système d'assurance qualité est l'ensemble de **l'organisation**, des **procédures**, des **processus** et des **moyens** nécessaires pour mettre en œuvre le management de la qualité.

4.2 Les relations dans le cadre de l'ENC sont régies par une Convention

Dès l'origine de l'Etude Nationale des Coûts, des conventions annuelles étaient passées entre la Direction des Hôpitaux (Mission PMSI) et les établissements sélectionnés. Par contre l'Assurance Qualité a été introduite dans ces conventions en 1996.

L'établissement hospitalier s'engage à fournir à la Mission PMSI un ensemble exhaustif d'informations médicales et de coûts ; de son côté l'administration (Mission PMSI) s'engage à apporter à l'établissement des moyens méthodologiques et financiers lui permettant de produire ces informations et à lui restituer les résultats des traitements réalisés sur ses données. Tous les articles de cette convention ont été repris dans ce mémoire mais intégrés au chapitre correspondant à l'article concerné ; ainsi le **calendrier** est repris en 4.3, le **nombre de dossiers à contrôler** ou encore la **contribution financière** de la Mission PMSI sont en 4.4.1.

Les hôpitaux sélectionnés ont donc bénéficié de moyens permettant de financer les surcoûts tant au niveau de la comptabilité à mettre en place qu'au niveau du système d'information médicale et à son traitement informatique.

En plus de l'Assurance Qualité décrite en détail, l'établissement s'engage à transmettre :

- les résultats du contrôle "interne" DRASS sur 200 dossiers
- les résultats du contrôle de qualité en continu réalisé dans le cadre de la procédure d'assurance qualité pour les données médicales.

En outre l'établissement veille :

- à garantir l'exhaustivité sur les séjours et les actes,
- à utiliser le logiciel SALVATOR pour générer les fichiers demandés et vérifier la qualité des données avant transmission,
- et à vérifier la concordance des données comptables entre le fichier des sections d'analyse, les retraitements comptables et le compte administratif.

4.3 Calendrier

L'importance de l'échelle de coûts dans la procédure d'allocation budgétaire impose aux établissements et à l'administration l'adoption d'un calendrier rigoureux : l'ensemble des résultats doit être disponible à la fin de l'année suivant l'année du recueil des informations. L'établissement s'engage à produire et à transmettre les informations indiquées plus haut selon le calendrier suivant :

- Envoi par l'établissement de l'ensemble des données médicales et comptable de l'année N-1 avant le 30 avril de l'année N. A cet envoi doit être joint le compte administratif provisoire de l'établissement.
- Envoi par l'établissement du compte administratif définitif de l'année N-1 et des résultats du contrôle interne DRASS des 200 dossiers, tirés au sort, des deux semestres de l'année N-1 avant le 30 juin de l'année N.
- Envoi par l'établissement des résultats du contrôle de qualité en "continu" avant le 1^{er} avril de l'année N pour la moitié des dossiers et avant le 1^{er} octobre de l'année N pour l'autre moitié des dossiers contrôlés ; dossiers portant sur l'année N. Doivent également être joints à ces résultats les rapports semestriels d'activité des assureurs qualité.
- En retour l'administration s'engage à traiter les données dans un délai de deux semaines à compter de leur réception et à aviser immédiatement l'établissement des problèmes rencontrés.
- L'établissement s'engage à apporter dans un délai de trois semaines les correctifs demandés par l'administration.
- La date limite de retour des données en vue de la constitution définitive de la base nationale des données N-1 est arrêtée au 31 août de l'année N.
- La base nationale de coûts par séjour issue des données de l'année N-1 est définitivement constituée le 30 septembre de l'année N.

4.4 Mise en œuvre d'un "système d'assurance qualité" pour les données médicales

Compte tenu du rôle que l'échelle était appelée à jouer dans la procédure d'allocation budgétaire il était important de garantir la qualité de l'information médicale transmise par les établissements participant à l'ENC ainsi que la validité du classement de chaque séjour.

Si l'Etude Nationale des Coûts a débuté en 1993 ce n'est qu'en 1996 qu'une assurance qualité des informations médicales a été mise en place.

4.4.1 Système d'assurance qualité de première génération - 1996 et 1997

En 1996 la convention entre les établissements participant à l'ENC et la Mission PMSI introduisit l'obligation pour les hôpitaux d'un **système d'assurance qualité** pour les données médicales comportant les phases suivantes :

- A partir de l'historique des contrôles de qualité appliqués les années précédentes sur les données médicales de l'établissement et de leur résultats, l'établissement était invité à rechercher les types d'erreur les plus fréquents et à adopter des mesures propres à les éviter.
- Réalisation d'un contrôle de qualité en continu sur les données médicales : suivant la taille des établissements de 60 à 120 dossiers étaient à contrôler chaque mois (280 et 400 pour les CHU de Rouen et Strasbourg), suite à un tirage au sort et à un recodage "de novo" sur les données de l'année en cours, en l'occurrence 1996. Pour les établissements de la taille de l'hôpital de Mont St Martin le nombre de dossiers mensuels à contrôler était de 60.
- Correction des erreurs repérées et mise en place d'un ensemble de dispositions préétablies et systématiques visant à améliorer la qualité de l'information médicale.
- En plus du contrôle "interne" de 200 dossiers de l'année N-1, en l'occurrence 1995, tirés au sort par GENRSA.

Pour ce faire l'établissement devait désigner un assureur qualité (médecin ou vacataire, placé sous l'autorité du médecin DIM) responsable de la réalisation de ces tâches.

En échange l'administration s'engageait à :

- assurer gratuitement deux sessions de formation au courant du 1^{er} semestre 1996 pour l'assureur qualité de l'établissement ; formation obligatoire quelle que soit la formation antérieure de l'assureur qualité,
- apporter à l'établissement une aide au codage
- verser à l'établissement les crédits nécessaires à la rémunération d'un assureur qualité.

Suivant la taille des hôpitaux, et donc leur contribution, le nombre de vacations hebdomadaires variait de 3 à 6 (14 et 20 pour les CHU de Rouen et de Strasbourg) pour une allocation située entre 70,2KF et 140,4KF (327,6 KF et 468 KF pour Rouen et Strasbourg). Les établissements de la taille de l'hôpital de Mont-St-Martin ont obtenu le financement de 3 vacations par semaine (0,3 Equivalent-Temps-Plein) pour une allocation de 70,2KF.

4.4.2 Système d'assurance qualité de deuxième génération - 1998

Le nombre de dossiers à contrôler dans le cadre du Système d'assurance qualité passait de 720 dossiers annuels à 200, pour les hôpitaux de la taille de Mont-Saint-Martin ; toujours en plus des 200 dossiers du "contrôle ARH"

Par contre une nouvelle contrainte est introduite : la mise en place d'une assurance qualité suivie assortie de la rédaction **d'un rapport semestriel d'activité** dans lequel le responsable de l'Assurance Qualité détaille les actions réalisées ou en cours ainsi que les résultats obtenus.

4.4.3 Système d'assurance qualité de troisième génération - 1999

Le nombre de dossiers à contrôler passe à 300 par an.

5 - PRESENTATION DE L'HOPITAL DE MONT-SAINT-MARTIN

5.1 Panorama général

L'Hôtel-Dieu, dénomination d'origine, a été fondé en 1900 dans le cadre des œuvres de prévoyance et d'assistance des Aciéries de Longwy.

L'Association Hospitalière du Bassin de Longwy, organisme à but non lucratif gestionnaire de l'Hôtel-Dieu, a été créée en 1942 afin de répondre aux besoins liés à l'augmentation de la population et à la reprise de l'activité industrielle. L'hôpital civil de Longwy ayant été détruit, l'Hôtel-Dieu restait le seul établissement hospitalier.

Le Bassin de Longwy regroupe 85.000 habitants ; la zone d'attraction du centre hospitalier concerne 130.000 habitants.

5.2 Activités en court , moyen et long séjour et psychiatrie

L'AHBL participe au service public hospitalier depuis le 1er janvier 1977 et gère le Centre hospitalier de Mont-Saint-Martin, établissement de court séjour de 412 lits. L'hôpital est pourvu également de 13 postes de dialyse, d'un scanner et d'une angiographie numérisée. Cinquante trois praticiens y exercent à temps partiel ou complet.

L'Association gère également quatre autres établissements :

- | | |
|---|----------|
| 1. La Résidence pour Personnes Agées de Mont Saint Martin | 120 lits |
| 2. La Clinique des Peupliers à Villerupt | 70 lits |

Représentant 40 lits de Soins de Suite et de Réadaptation

- | | |
|--|-----------|
| 3. Le Service de Soins à Domicile pour Personnes Agées | 45 places |
| 4. La Clinique psychiatrique de Mont Saint Martin | 23 lits. |

5.3 L'activité court séjour 1998 peut se décrire ainsi :

- 15083 séjours MCO pour 17 327 370 points ISA
- 94726 consultations et actes externes pour 1 216 859 points ISA

- 17773 passages aux urgences
- 6024 séances de dialyse pour 1 259 016 points ISA
- **Case-mix : 473 GHM différents sur 578 possibles avec échelle 1999 (82%)**

5.4 Le Département d'Information Médicale

Situé au "cœur" de l'établissement il fonctionne avec un médecin DIM temps complet assisté de 2 TIM dont une à temps plein. Il assure également la responsabilité du service des Archives.

En 1990 le DIM de Mont Saint Martin a été créé par le Docteur Michel CURE, chirurgien et ancien responsable du service informatique de l'hôpital. Son charisme a permis de compter d'emblée sur un bon niveau d'adhésion du corps médical au PMSI.

Depuis 1996 on note une relative démotivation des cliniciens à l'égard du PMSI, voire une méfiance, en raison de l'immixtion de la dimension financière, vécue comme une menace et une "désappropriation" d'un outil qu'ils considéraient comme médical.

5.5 L'information médicale dans le SIH

5.5.1 Circuit de recueil de l'information médicale :

Les *informations administratives* (nom, prénom, sexe, date de naissance, adresse, mode d'entrée, date et service d'entrée) émanent du Bureau des Entrées et sont transmises automatiquement sur le serveur DIM via le réseau Ethernet.

Depuis 1984, le système d'information de l'AHBL attribue *un numéro d'identification* sur 9 caractères ; les 6 premiers constituent la racine *permanente* ; les 3 caractères suivants sont attribués par le compteur de séjour. Le tout permet un chaînage des séjours.

Le *numéro du séjour* est donc déclenché par le Bureau des Entrées.

Le *numéro de RUM* est ouvert automatiquement par le serveur DIM dès que le numéro de séjour est dupliqué sur sa base.

Depuis février 98, les passages aux urgences bénéficient de la même numérotation de séjours que les hospitalisations. Il reste encore à appliquer ce même principe aux consultants externes afin de pouvoir chaîner les consultations, les passages aux urgences et les hospitalisations d'un même patient.

5.5.2 Le niveau d'information

Depuis 1991 un *dossier informatisé* minimal commun est consultable par tous les services médicaux. Ce dossier minimal commun est constitué, outre les données administratives (nom, prénom, sexe, date de naissance, dates et modes d'entrée ainsi que dates et modes de sortie des différents séjours) des données du PMSI pour chaque séjour, à savoir : diagnostic principal, diagnostics associés et actes.

Le passage à un dossier minimal commun informatique plus étoffé, comprenant, entre autres, courriers de sortie et résultats d'examens complémentaires est en cours d'étude et sera intégré au prochain schéma directeur informatique.

Depuis janvier 1998 un *dossier "papier"* commun à tous les services a été institué, parallèlement à la constitution d'un service d'archives centralisées ; un système de traçage informatique en temps réel des dossiers est en cours d'installation.

5.5.3 Les modes de recueil de l'information

Codage et saisie des diagnostics :

La hiérarchisation des diagnostics se fait dans chaque service par le médecin en charge du patient et le codage est le plus souvent délégué aux secrétaires médicales. Ces secrétaires sont à des postes stables, elles utilisent directement la CIM, sans thesaurus de spécialité. Le choix du diagnostic principal est fait par le médecin avec la collaboration de la secrétaire médicale ; aucune sélection n'est faite concernant les diagnostics associés connus, ils sont tous codés. La saisie des diagnostics est faite par les secrétaires médicales de chaque service.

Le codage et la saisie des actes sont effectués là où ils sont produits. Tous les actes réalisés (y compris les ECG, gaz du sang, etc) sont recueillis et figurent sur les R.U.M., sans sélection, autant de fois que réalisés. Le codage se fait directement à partir des CDAM de chaque spécialité.

Pour l'anesthésie et la salle de réveil le codage est effectué par les médecins et infirmières en temps réel en salle de réveil avec recueil d'autres paramètres (heures de début et de fin de préparation, heures de début et de fin de réveil, complication (O/N), nom du médecin anesthésiste).

Pour le bloc, le codage est réalisé par les infirmières de bloc en temps réel avec également des paramètres spécifiques : codes du bloc-opératoire, de la salle, des noms de l'instrumentiste, du panseur, de l'infirmier anesthésiste, les heures d'entrée et de sortie du bloc, les heures de début et de fin d'intervention, septique (O/N), total K, total KC, total KCC, total ARK, total Z, coût des consommables, coût de la prothèse, type de la ou des prothèse(s), coût des implants, intervention programmée (O/N)).

Le codage des interventions du bloc chirurgie est contrôlé et encodé par une secrétaire médicale du DIM. La saisie des interventions des autres blocs (endoscopies pneumologie et gastro-entérologie, ORL/OPH, salle des naissances) est faite par les secrétaires des services correspondants qui effectuent un premier contrôle systématique de la cohérence (choix du code acte, en fonction du compte rendu opératoire)

Rappel des versions CDAM utilisés pour les champs ALPHA , GAMMA, BETA et OMEGA

Année	ALPHA	GAMMA	BETA/OMEGA
1996	93/13bis	90/7bis	91/5bis
1997	96/10bis	95/9bis	95.4bis
1998	96/10bis	95/9bis	95.4bis

La formule de l'ICR BETA du catalogue 95.4bis est appliquée depuis janvier 1997 par un développement interne du calcul, en respectant strictement les consignes décrites pages 7 à 10 de ce catalogue.

Concernant l'ICR GAMMA, les utilisateurs codifient tous les actes réalisés (jusqu'à la radiographie pulmonaire et autant de fois que réalisée) ; la valeur ICR est induite automatiquement.

Concernant l'ICR OMEGA la décomposition en omégas 1,2,3 est réalisée et l'IGS2 est relevé depuis janvier 96.

5.5.4 Problèmes relatifs au système d'information

La création d'un serveur unique d'identité est programmée dans le schéma directeur informatique débutant en janvier 2000 afin d'éviter la duplication et la redondance des informations avec leurs conséquences.

Mais la conséquence est lourde puisque l'essentiel des programmes utilisés pour le PMSI est écrit sous Informix 4GL et ceux-ci devront donc être réécrits.

5.5.5 L'informatique

L'hôpital dispose d'un réseau Ethernet avec un coaxial "gros" sur 350 mètres en 10 base T, sous UNIX.

A ce réseau sont rattachés :

- le DIM
- Le Laboratoire
- L'Hémovigilance
- Le serveur des consultations externes
- L'administratif
- Les services de soins

Ce réseau, c'est également 60 micros sous Windows 95.

Les systèmes d'exploitation et les langages de programmation sont :

Système d'exploitation : UNIX SCO

Système de Gestion de Base de Données : INFORMIX

Langages de programmation : 4GL d'INFORMIX, SQL, DELPHI

5.5.6 La comptabilité analytique

L'activité de l'hôpital de Mont Saint Martin a été divisée en 75 Sections d'Analyse.

Certaines de ces sections se superposent tout à fait à des Unités Fonctionnelles ou des services médicaux ou chirurgicaux proprement dits : Sections d'Analyse Cliniques (SAC).

D'autres correspondent aux différentes consultations externes et internes, explorations fonctionnelles, urgences, anesthésiologie, salle de réveil et SMUR : Sections d'Analyse Médico-Techniques (SAMT).

Enfin les dernières sont les Sections d'Analyse Mixtes (SAMTX) comprenant, à Mont-Saint-Martin : la dialyse, la réanimation et la logistique médicale.

6 - ASSURANCE QUALITE DANS L'ENC : APPLICATION A L'HOPITAL DE MONT-ST-MARTIN

6.1 Le préalable à toute notion de qualité

A l'hôpital de Mont-Saint-Martin le préalable à toute notion de qualité comprend des procédures de contrôle systématisées et une aide au codage en ligne.

6.1.1 Procédures de contrôle systématisées

Ces procédures sont assurées par le DIM en développement « maison » ; elles portent sur :

▪ **des contrôles administratifs :**

- recherche hebdomadaire systématique des services où il manque le numéro d'UF, le code médecin hospitalier ou la date d'entrée ainsi que les services dont les numéros d'UF ou de code médecin hospitalier sont des codes inconnus
- recherche hebdomadaire systématique des personnes sans date de naissance
- recherche hebdomadaire systématique des malades sans création de séjour
- recherche hebdomadaire systématique des séjours sans identité malade (absence de lien)
- recherche hebdomadaire systématique des séjours avec date de naissance improbable (ex né en 1880)
- recherche hebdomadaire systématique des séjours non groupés dont la date de sortie est antérieure à la date d'entrée
- recherche hebdomadaire systématique des patients présents depuis plus de 61 jours

▪ **contrôles spécifiques à certains services :**

- recherche hebdomadaire systématique des patients dont l'âge ne correspond pas a priori à l'activité des services (exemple moins de 15 ans en cardiologie)

▪ **contrôles intégrés dans la base de données :**

- recherche hebdomadaire systématique des séjours dont le nombre de services groupés est différent du nombre de services pour un même séjour
- recherche hebdomadaire systématique d'examens « orphelins » (absence de lien avec un séjour)
- recherche hebdomadaire systématique des séjours sans service et inversement
- recherche hebdomadaire systématique des séjours sans numéro de RUM
- recherche hebdomadaire systématique des séjours dont le GHM est calculé, mais pour lesquels il reste des RUM à grouper.

6.1.2 Aide au codage

Une assistance permanente est largement sollicitée par l'ensemble des acteurs de la chaîne d'information. Les outils de base restent la CIM10, les CdAM, le guide méthodologique et le tableau des situations cliniques auquel il est fait référence en permanence

Aucun thesaurus n'a été réalisé par choix délibéré pour éviter que ne se créent « de nouveaux thesaurus du thesaurus » rétrécissant ainsi encore plus l'éventail du choix. C'est pourquoi nous faisons référence en permanence à ces outils de base (CIM 10 et CdAM) et réadressons systématiquement les utilisateurs aux nomenclatures dans leur totalité ; exemple : l'importance des « inclusions, exclusions »

6.2 Assurance qualité en 1996

L'assurance qualité dans l'Etude Nationale des Coûts a donc débuté le 1^{er} avril 1996 avec rattrapage à partir du 1^{er} janvier 1996.

A Mont St Martin le contrôle a été initié sur la base des 60 dossiers mensuels comme il était demandé dans la convention. Ce travail a été effectué pendant 3 mois et interrompu sur le constat que la totalité du temps "assureur qualité" était consacré au contrôle strict des dossiers et ne laissait en rien le temps disponible pour effectuer les corrections auprès des acteurs et d'autre part, mettre en place une véritable assurance qualité : 3 vacations de 3h30 par semaine, soit : 35 mn pour récupérer le dossier, l'analyser, le coder de novo, comparer et restituer le dossier !

Contrairement à la convention nous avons donc pris l'initiative, :

- d'arrêter le contrôle systématique des dossiers
- de consacrer le temps imparti à l'Assurance qualité à l'analyse et à la synthèse des défauts constatés sur les dossiers déjà contrôlés, en tirant profit également des 200 dossiers DRASS contrôlés par nous-même
- et enfin de mettre en place des actions de sensibilisation et de pédagogie auprès des acteurs de la chaîne de production de l'information médicale.

6.2.1 Constats

1. - nombreux diagnostics associés manquants,
1. - erreurs de hiérarchisation de situation de prise en charge clinique,
2. - non cohérence entre le courrier et le diagnostic principal codé sur le RUM,
3. - actes manquants et/ou mal codés,
4. - difficulté de mise en relation entre les actes chirurgicaux et les anesthésies quand il y a plusieurs interventions dans le même séjour.

6.2.2 Mesures adoptées

1. L'action pédagogique a été renforcée en direction des médecins (présentation en CME, puis réunions de travail ayant rassemblé 80% des médecins) et en direction des secrétaires.
2. Formation d'initiation du PMSI pour les nouvelles secrétaires médicales.
3. Renouvellement de l'invitation à ne pas hésiter à recourir au codage en ligne assuré par le DIM pour les médecins et les secrétaires.
4. Retour des courriers de sortie en direction des médecins cliniciens pour les inciter à améliorer le contenu du courrier et la cohérence du codage,
5. Recherche des séjours avec diagnostics principaux redondants pour un même patient, analyse du bien fondé du codage, et/ou retour des dossiers dans les services pour recodage, avec rappel du tableau des situations cliniques de prise en charge (ex. recodage en Z à la place d'un code en C,...)

Au total cette première année d'assurance qualité a consisté, essentiellement, à mesurer les éléments et le niveau de non-qualité en termes de courrier, hiérarchisation et codage.

6.3 Assurance qualité en 1997

Les termes de la convention 1997 étaient les mêmes que ceux de l'année 1996, en particulier pour la quantité de dossiers à contrôler, 720 par an pour les hôpitaux de la taille de celui de Mont-Saint-Martin. Pour les raisons exposées à la page précédente, et renouvelées à la Mission PMSI nous avons fait le choix de diminuer le quota de dossiers à contrôler pour nous concentrer sur un processus cyclique : constats, action, évaluation.

Le temps n'étant pas extensible nous avons choisi de renouveler annuellement le thème choisi pour un cycle. La logique méthodologique dictait de poursuivre l'évaluation en année N + 2, N + 3, ... de l'action menée en année N et déjà évaluée en N + 1, mais, toujours en raison des contraintes de temps, il nous a semblé préférable de renouveler annuellement les thèmes d'action.

6.3.1 Choix d'un thème permettant d'agir sur le système d'assurance qualité

Suite aux constats effectués en 1996 et aux actions menées une nouvelle évaluation a été faite. Le choix a été porté sur les services de **chirurgie** car le système d'information étant le même pour les trois secteurs, cela permettait au contrôle de couvrir une partie importante de l'activité de l'établissement.

De plus, le contrôle de l'activité chirurgicale amène à vérifier les diagnostics et les actes ainsi que leur cohérence avec les courriers et comptes rendus opératoires ; mais il conduit également à porter son attention sur un système d'information plus étendu avec:

- Anesthésies
- Livres de blocs
- Coûts des consommables et prothèses
- Gestion des salles

Ce contrôle de la qualité s'inscrivait donc bien dans le cadre d'un système d'assurance qualité avec action sur les différents éléments du système :

l'organisation du circuit de l'information médicale : revoir ou redéfinir qui fait quoi, où et quand

les procédures : rédefinition, avec chacun des acteurs du circuit, des attitudes à avoir en cas de déroulement anormal de la circulation de l'information ou en cas de non-qualité de l'information ;

le processus : vérification des différentes séquences depuis le livre de bloc opératoire, jusqu'à l'acte figurant sur le RSS en passant par le compte rendu opératoire en vérifiant la concordance entre ces différentes étapes.

les moyens : retour au secrétariat du service concerné de tout dossier incomplet, de tout courrier insuffisamment explicite, de tout RUM non cohérent avec le courrier, etc

Ce choix du domaine chirurgical étant fait, l'activité de chacun des secteurs étant par ailleurs quasiment égale, le tirage au sort a donc été fait sur la base d'environ un tiers des 100 dossiers pour chacun à partir d'un programme de tirage aléatoire.

6.3.2 Résultats du contrôle

Nous avons pu noter une amélioration de la qualité du courrier bien que le niveau soit encore loin d'être satisfaisant :

- 2 lettres manquantes, au lieu de 4,
- 8 lettres imprécises au lieu de 20,
- amélioration de la cohérence courrier/codage
- et surtout une diminution de moitié des DA manquants sur les courriers avec cependant un chiffre de 72 DA **importants** manquants pour 100 dossiers ; chiffre qui n'était pas pour autant acceptable.

Néanmoins une légère augmentation du nombre de changements de GHM avait été notée et surtout de celui des changements des DP passait de 10 à 15. Sur ce dernier point 8 changements de DP sur 15 étaient dus à un changement de digit et 3 autres à la même erreur du choix de situation clinique.

Concernant les changements de GHM au nombre de 6 au lieu de 5 lors du premier contrôle les raisons étaient les suivantes :

- 1 changement de GHM dû à un acte manquant
- 1 changement de GHM dû à un DA (CMAS) manquant
- 4 changements de GHM dus à un changement de DP dont 3 pour la même raison : choix par le clinicien d'un code en Z pour une hospitalisation prévue et programmée dans le cadre d'un bilan, mais qui finalement a permis de porter un diagnostic amenant à coder ce dernier en DP.

6.3.3 Evaluation du système d'assurance qualité

La mise à plat, à cette occasion, du circuit d'information concernant le recueil et le codage des actes opératoires et des anesthésies n'a pas mis en évidence de dysfonctionnements.

Les liens entre les dépenses de sang, de prothèses et d'implants et chacune des interventions sont déjà opérationnels. Seule reste à réaliser l'affectation des consommables des blocs chirurgicaux à chacune des interventions, comme cela est déjà le cas dans les blocs de spécialité (ORL, ophtalmologie, stomatologie).

6.4 Assurance qualité en 1998

6.4.1 Thème : les DP redondants

Ayant constaté au cours des derniers contrôles internes la présence injustifiée dans certains cas de **DP redondants** pour le même patient au cours de différentes hospitalisations, nous avons envisagé de faire porter notre démarche Assurance Qualité sur la recherche systématique des DP redondants injustifiés.

Dans un premier temps nous avons pensé effectuer ce contrôle sur la **redondance des DP en année pleine** mais le nombre de dossiers concernés pour un seul semestre (198) nous en a dissuadés.

Le contrôle a donc porté sur 198 dossiers présentant au cours du deuxième semestre de l'année 98 plusieurs fois le même DP.

6.4.2 Résultats

1. Au cours du 2^{ème} semestre 1998 : **198 dossiers**, représentant 441 séjours, avaient un DP redondant et ont donc été contrôlés.
2. Parmi ces 198 dossiers les DP redondants étaient **injustifiés** dans 21 dossiers et concernaient 27 séjours
3. Le recodage de ces 21 dossiers avec DP redondant injustifié orientait uniquement vers des codes en Z :
 - dans 17 dossiers, soit 19 séjours, le nouveau DP devenait Z 09.8 (examen de contrôle après traitement) au lieu du code de la pathologie principale ;

- dans 2 dossiers, soit 3 séjours, le nouveau DP devenait Z 51.8 (saignées) au lieu de du code de la pathologie principale ;
- dans 2 dossiers, soit 5 séjours, le nouveau code devenait Z 51.3 (transfusions) au lieu du code de la pathologie principale.

4. Sur les 177 dossiers ayant un DP redondant justifié :

- 38 l'étaient pour intervention sur cataractes droite et gauche, soit 76 séjours;
- 24 pour diagnostic en médecine puis hospitalisation en chirurgie pour intervention, soit 48 séjours ;
- 12 pour chimiothérapie, soit 37 séjours ;
- 7 pour transfusions, soit 28 séjours ;
- 7 pour poussées d'insuffisance ventriculaire gauche, soit 14 séjours ;
- 4 pour poussées d'insuffisance cardiaque congestive, soit 9 séjours ;
- sur le reste, soit 85 dossiers, correspondant à 201 séjours :
 - 53 présentaient un DP redondant pour nouvel épisode aigu
 - 32 pour raisons diverses, essentiellement des codes en Z (autres que Z51.3 et Z51.8), tels que Z 09.* = examen de contrôle après traitement.

6.4.3 Commentaires

Ce contrôle a porté sur la redondance au cours **d'un seul semestre** (2^{ème} semestre 98).

Au cours de ce contrôle en continu pour l'Assurance Qualité, 198 dossiers ont donc été contrôlés, représentant 441 séjours ; le nombre de séjours avec DP redondant injustifié au cours du 2^{ème} semestre 98 était de 27 et portait sur 21 patients différents.

- En rapportant le **nombre de séjours** avec un DP non justifié (27) au nombre total de séjours (441), le "taux d'erreur" était de **6,1 %** et se soldait automatiquement par un changement de GHM.
- Ce taux était nettement inférieur à celui constaté lors du précédent contrôle ciblé sur la chirurgie (15 % de changement de DP) et qui avait entraîné également 6 % de changement de GHM.
- Par contre en se référant au **nombre de dossiers** présentant un DP redondant non justifié le taux passait **10,7 %** , soit 21 dossiers sur 198.

AU TOTAL : nous avons été surpris par la qualité de ce résultat car le "taux d'erreur" était pratiquement de moitié **inférieur** à celui des contrôles internes à visée DRASS alors que nous nous attendions à ce qu'il soit **supérieur**, en raison du ciblage de dossiers susceptibles de contenir des erreurs (redondance de DP). En prenant en considération la redondance sur une année pleine au lieu d'un semestre le taux aurait été manifestement supérieur à celui constaté mais serait resté comparable, voire inférieur au taux généralement constaté lors des "contrôles internes ARH" non ciblés.

7 - DISCUSSION

7.1 Quel intérêt pour un établissement de participer à l'ENC ?

Un établissement est une somme d'individus dont les motivations ne sont pas nécessairement les mêmes.

L'intérêt est peut-être plus celui de quelques personnes que celui d'un établissement proprement dit et les raisons peuvent être différentes.

7.1.1 Raisons financières

L'aide financière apportée par la Direction des Hôpitaux, pour la mise en place des moyens informatiques et humains, peut ou a pu constituer une opportunité pour un établissement qui, pour des raisons diverses avait décidé de franchir le cap de la mise

en place d'une comptabilité analytique, ou d'une assurance qualité de l'information médicale, ou d'un certain niveau informatique.

7.1.2 Raisons individuelles

Le plus souvent c'est la motivation d'une personne charismatique ou la rencontre de deux ou trois personnes-clés au sein d'un établissement qui conduisent à cette participation.

Mais ce peut être également une somme de motivations personnelles, de la fierté pour certains, l'accès à un "cercle restreint" pour d'autres, le partage d'un projet utile et noble, ou encore l'idée que cela pourrait s'avérer "utile" professionnellement.

7.1.3 L'expérience à l'hôpital de Mont-Saint-Martin

La motivation, le charisme et les compétences du médecin en charge du DIM à l'époque de la création de l'ENC ont été déterminants ; mais il est évident que cette participation à l'ENC est un élément motivateur pour l'équipe du DIM et parfois un bon alibi pour se montrer exigeant en termes de PMSI.

En termes de communication interne, cette participation peut également être vécue par certains, y compris parmi le personnel qui n'est pas directement concerné par le PMSI, comme un petit îlot de fierté, voire de "reconnaissance" chez une population qui a souvent eu l'impression d'être délaissée.

7.2 Pourquoi une Assurance Qualité uniquement sur l'information médicale ?[10]

Il est manifeste que l'effort de validation porte essentiellement sur les données médicales. Or, il semble pourtant que les règles du choix du Diagnostic Principal, des Diagnostics Associés et des Actes, définies dans le Guide Méthodologique de Production des RSS sont aussi claires que les consignes comptables du Guide Méthodologique de Comptabilité Hospitalière. Alors pourquoi un contrôle et une assurance qualité uniquement sur les informations médicales ?

Il est possible de tenter d'esquisser quelques éléments de réponse mais sont-ils convaincants ? On peut avancer que l'essentiel de l'activité de production d'un hôpital est a priori décrit par les outils du PMSI : RSS pour ce qui est pris en charge médicalement et GHM pour ce qui est de la valorisation économique de cette prise en charge.

Concernant les établissements de l'ENC il existe une sorte de contrôle indirect des données comptables puisque le logiciel SALVATOR produit des quotients résultants de la division de données comptables par des unités d'œuvre d'activité médicale.

Ainsi, par comparaison interne dans un premier temps puis par comparaison avec d'autres établissements de même catégorie participant à l'ENC, il est possible de pointer le doigt sur les quotients "a-normaux" ; reste ensuite à identifier si l'origine est au niveau des informations médicales ou au niveau des informations comptables. Il serait intéressant de réaliser un sondage auprès des établissements de l'ENC pour mesurer le taux d'hôpitaux où une confrontation **informations comptables / informations d'activité médicale** existe réellement, et dans un réel esprit partenarial.

7.3 La question de la représentativité de la base nationale ENC

Il n'est pas inutile de rappeler que de la qualité de cette base dépendent les réflexions sur les évolutions de la classification, les références publiées, les versions successives de l'échelle des GHM et de leur valorisation en points ISA.

Bien évidemment des mesures de "représentativité" sont prises pour tenir compte de situations particulières :

- L'abattement forfaitaire de 13 % de leurs coûts pour les CHR et les CLCC afin de tenir compte de l'incidence formation-recherche
- Le redressement de chaque GHM en fonction de l'écart de représentativité échantillon ENC / exhaustivité nationale
- Le trimmage qui dans un premier temps écartait 20% (en 1996) des séjours extrêmes, puis 10% en 1997 et 2% en 1998.
- Le passage de la médiane à la moyenne pour le coût retenu permettant une meilleure lisibilité, plus de cohérence et une utilisation en interne facilitée.

L'élargissement de la Base nationale est indispensable pour obtenir la meilleure représentativité possible en raison des enjeux qui en découlent. Certains pourraient se faire forts de rappeler que les établissements de l'ENC ne représentent que 8,5 milliards sur les 260 milliards de dépenses hospitalières, soit 3,25 %.

7.4 La lourde charge de l'Assurance Qualité

Même s'il existe une contribution financière de la Mission PMSI à l'Assurance Qualité, la participation d'un DIM à l'ENC n'en requiert pas moins une solide motivation car la charge nécessaire à cet engagement dépasse nettement le cadre des vacations imparties.

Il est par ailleurs illusoire de croire qu'une personne (par exemple un vacataire), qui n'est pas immergée dans l'établissement depuis plusieurs années, puisse faire de l'assurance qualité. Tout au plus peut-elle prendre en charge une partie du contrôle-qualité, par exemple le recodage. En effet, comment cette personne pourrait-elle faire ce qu'un médecin DIM dont la position est légitimée, a déjà beaucoup de peine à comprendre, à faire passer ou à entraîner au niveau des changements d'habitudes ou de comportements ?

7.5 Le risque de "pénalisation" des établissements participant à l'ENC

Il est clair que la multiplication des procédures de contrôle interne, la mise en place d'un système d'assurance qualité, les recoupements données comptables / données d'activité médicale, et la motivation "à l'excellence" du fait de l'appartenance à l'ENC sont autant de mesures éminemment souhaitables mais qui peuvent dans le même temps devenir autant de mesures pénalisantes pour les établissements participant à l'ENC.

7.6 Les risques de la transparence [2]

L'information médicale conjuguée à la comptabilité analytique permet une analyse sans concession du processus de production, générant de ce fait une grande transparence de l'établissement.

Rappelons qu'en dehors de l'établissement lui-même, seul le CTIP est autorisé à disposer de des données transmises.

De ce point de vue, il n'est pas illégitime de formuler certaines craintes quand on sait la propension des organismes payeurs (ARH et assurance maladie) à confondre les rôles de tutelle et de gestionnaire.

8 - CONCLUSION

Il est certain que les enjeux stratégiques qui découlent du traitement de l'information médicale méritent que tout établissement hospitalier se dote d'un DIM à la hauteur de ses ambitions.

Pour ce qui concerne l'hôpital de Mont Saint Martin, il est certain que la participation à l'Etude Nationale de Coûts est un élément de motivation pour l'équipe du département d'information médicale, mais également pour l'ensemble de l'établissement.

Cette participation à l'ENC n'en constitue pas moins une charge de travail supplémentaire importante de plus en plus difficile à assumer ; et pourtant cette assurance qualité dans le cadre de l'ENC ne constitue à nos yeux qu'un strict minimum nécessaire en terme d'assurance qualité de l'information médicale.

BIBLIOGRAPHIE

1. **BEAU E. - LEBRUN L. - FINKEL S.**
Etude Nationale des Coûts par activité médicale à l'hôpital
Informations Hospitalières / Lettre des Systèmes d'Information Médicalisées n° 16 -
Juillet 1994
2. **COCA E.**
L'ISA et le PMSI - Berger-Levrault - 1998
3. **COULON F. - FRESSON J. - BOUCHEF C. - KOHLER F.**
Quelles leçons à partir du contrôle qualité au CHU de Nancy
Informatique et Santé - Springer-Verlag - 1997
4. **LE DEPARTEMENT D'INFORMATION MEDICALE**
Informations hospitalières N°27 spécial / mars- avril 1990
5. **DUBOYS-FRESNEY C.**
Le Résumé de Soins Infirmiers (RSI)
Lettre des Systèmes d'Information Médicalisées / Informations hospitalières
N° 21, juillet 1995
6. **L'ECHELLE NATIONALE DE COÛTS RELATIFS GHM 1995**
Bulletin Officiel, Fascicule spécial n° 95-5 bis
7. **GUIDE METHODOLOGIQUE DE COMPTABILITE HOSPITALIERE**
Bulletin Officiel, référence 97/2 bis - tomes 1 et 3
8. **GUIDE ET GRILLE D'EVALUATION DU RECUEIL DES RSS AU SEIN D'UN
DEPARTEMENT D'INFORMATION MEDICALE**
GRAIH de Lorraine - consultable également en [5]

**9. GUIDE METHODOLOGIQUE DE PRODUCTION DES RSS, LISTE DES GHM et
CMD, DECLARATIONS CNIL**

Bulletin Officiel N° 90/2 bis de février 1990

10. INTERNET

<http://www.spieao.u.fr/serveurfac> - voir contenu sur page de garde (Annexe 1)

<http://webctip2.snv.jussieu.fr/dhpmisi> - voir contenu sur page de garde (Annexe 2)

11. MANUEL DE L'ETUDE NATIONALE DES COUTS PAR ACTIVITE MEDICALE

Ministère de la Santé - Direction des Hôpitaux - Mission PMSI - septembre 1993

**12. LE PMSI - ANALYSE MEDICO-ECONOMIQUE DE L'ACTIVITE
HOSPITALIERE**

Numéro spécial de La Lettre des Systèmes d'Information Médicalisés - mai 1996

également consultable sur Internet

13. LE RESUME DE SORTIE STANDARDISE (RSS)

Projet de Médicalisation des Systèmes d'Information

Document de travail de la Direction des Hôpitaux et du Centre de Recherche en gestion de
l'Ecole Polytechnique - mai 1983

14. SAULEAU E.A. - MATHY C.

Qualité versus assurance-qualité : quelle accréditation pour les établissements de santé ? -
Informatique et Santé ; Springer-Verlag 1997

ANNEXES

L'université Virtuelle

PMSI : Programme de Médicalisation du Système d'Information

Introduction

La description de la structure de l'hôpital

- Court séjour MCO, Soins de suite et de réadaptation, Soins de longue durée...
- Description de la structure de l'établissement (B.O. 83/8 bis)

Le PMSI en court séjour

- De l'observation médicale au Résumé de Sortie Anonyme
- La classification en GHM
- Comptabilisation de l'activité externe
- L'échelle nationale de coût
- La réforme de l'allocation budgétaire
- La généralisation aux établissements privés de santé
- Le PMSI en gestion interne (Mise à Jour le 20/03/98 Cf pour en savoir plus
- Les contrôles de qualité (Nouveau 20/03/09)
- Le PMSI et l'évaluation de la qualité des soins
- **Quelques remarques et discussions par le Dr. Marion GIRARDIER-MENDELSON**
 - Problèmes liés aux RSS multi-RUM
 - Le rôle des actes classants
 - Les difficultés de lecture des GHM
 - Le nombre de diagnostics associés est pratiquement illimité
 - Problème des technologies émergentes et des nouvelles activités
 - Problèmes liés à la divergence des pratiques de codage

La description médicale et soignante

- La classification internationale des maladies de l'OMS (CIM)
- Le catalogue des actes médicaux (CdAM) (Actualisé)
- La nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)
- Déficience, Dépendance, Handicap
- La mesure de la charge en soins
- Les diagnostics infirmiers
- Score OMEGA, ICR BETA et Indice de Gravité Simplifiée

L'extension du PMSI aux autres champs

- Le PMSI en soins de suite et de réadaptation
- L'extension à la psychiatrie
- Activité ambulatoire et PMSI
- Soins de longue durée et PMSI

Statistiques d'activité

- Indicateurs non médicalisés
- Statistiques Annuelles des Etablissements de Santé
- Tableaux MAHOS (Nouveau 20/03/98)
- Bilan d'activité des plateaux techniques (Nouveau 20/03/98)

Conception et réalisation : F. KOHLER Mise à jour 20/03/98

Le PMSI

Accueil de la mission PMSI
[Présentation du PMSI](#)
[Lois et règlements](#)
[Glossaire](#)
[Acteurs du PMSI](#)

Présentation du PMSI

Le dispositif du PMSI étudié dans ses moindres détails. Présentation adaptée du texte paru dans le numéro spécial de mai 1996 de la *Lettre des systèmes d'information médicalisés* (LSIM) sous le titre :

Le PMSI : analyse médico-économique de l'activité hospitalière

[Préface](#) [Remerciements](#) [Production, traitement et utilisation de l'information médicale](#) [Analyser l'activité médicale d'un établissement hospitalier](#) [Calculer un coût de référence par GHM](#) [Expérimenter le PMSI à des fins de correction des bases budgétaires](#) [Vers une utilisation du PMSI en gestion interne](#) [Extension du champ d'activité couvert par le PMSI](#) [Les expériences étrangères de médicalisation des systèmes d'information](#)

Références législatives et réglementaires

Tous les textes officiels relatifs au PMSI : lois, arrêtés, décrets et circulaires, avec les références du Journal Officiel de la République Française.

Glossaire

Un dictionnaire des abréviations, acronymes et autres termes utilisés dans le PMSI.

[Présentation alphabétique](#) [Index du glossaire](#)

Les acteurs du PMSI

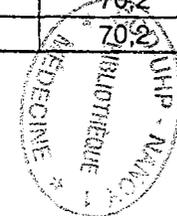
Les organismes liés au PMSI.

Financement du système d'assurance-qualité des données médicales pour les établissements de l'étude nationale de coûts - Campagne 1996

Dépt.	Etablissement	Prév. 96 Nb séjours	Prév. 96 Nb séanc.	Prév. 96 Nb Séj Tot	Nb vac Hebdo	Equivalent T.P. - P.M.	Nb doss. contr.mens.	Budget 96 Qual en KF
03	CH Vichy	14905	6965	15602	3	0,3	60	70,2
06	CH Cannes	17196	6629	17859	3	0,3	60	70,2
06	CH Grasse	15026	1470	15173	3	0,3	60	70,2
12	CH Decazeville	3819	102	3829	3	0,3	60	70,2
13	CH d'Aix en Provence	27250	17461	28996	5	0,5	100	117,0
21	CH Semur en Auxois	4045	0	4045	3	0,3	60	70,2
29	CH Quimper	25373	0	25373	5	0,5	100	117,0
30	CHR Nîmes	18553	4257	18979	4	0,4	80	93,6
30	CH Alès	10569	310	10600	3	0,3	60	70,2
31	CLCC Claudius Régaud	6741	1147	6856	3	0,3	60	70,2
31	CH Saint-Gaudens	5816	134	5829	3	0,3	60	70,2
32	CH Auch	10786	974	10883	3	0,3	60	70,2
33	Institut Bergonié - Bordeaux	6332	35224	9854	3	0,3	60	70,2
34	CHR Montpellier	108223	9779	109201	/	/	/	/
35	Clin. La Sagesse - Rennes	10909	0	10909	3	0,3	60	70,2
38	Clin. Les Eaux Claires - Grenoble	11305	234	11328	3	0,3	60	70,2
38	CH Bourgoin Jallieu	9772	0	9772	3	0,3	60	70,2
38	CHR Grenoble	/	/	/	/	/	/	/
40	CH Dax	/	/	/	/	/	/	/

Financement du système d'assurance-qualité des données médicales pour les établissements de l'étude nationale de coûts - Campagne 1996

Dépt.	Etablissement	Prév. 96 Nb séjours	Prév. 96 Nb séanc.	Prév. 96 Nb Séj Tot	Nb vac Hebdo	Equivalent T.P. - P.M.	Nb doss. contr.mens.	Budget 96 Qual en KF
42	CH Feurs	6848	322	6880	3	0,3	60	70,2
51	CH Châlons s/r Marne	/	/	/	/	/	/	/
52	CH Langres	/	/	/	/	/	/	/
54	AHBL Mont-St-Martin	15456	5441	16000	3	0,3	60	70,2
54	CH Briey	/	/	/	/	/	/	/
56	CH Ploermel	7532	0	7532	3	0,3	60	70,2
56	Clin.de l'Orient - Lorient	5395	0	5395	3	0,3	60	70,2
59	Polyclin. Grande Synthe	9436	261	9462	3	0,3	60	70,2
62	CH Montreuil s/r Mer	/	/	/	/	/	/	/
67	CHR Strasbourg	108349	31962	111545	20	2,0	400	468,0
67	CH Wissembourg	5833	0	5833	3	0,3	60	70,2
69	CH St-Joseph - St-Luc - Lyon	17293	817	17375	3	0,3	60	70,2
69	CH Villefranche	14302	451	14347	3	0,3	60	70,2
69	CH Givors	/	/	/	/	/	/	/
71	CH Mâcon	16585	6938	17279	3	0,3	60	70,2
74	CH Sallanches	9637	45	9642	3	0,3	60	70,2
74	CH Bonneville	5327	0	5327	3	0,3	60	70,2
75	AP-HP Hôtel-Dieu	/	/	/	/	/	/	/
75	Institut Curie	10803	69129	17716	3	0,3	60	70,2
75	Clin. N.D. Bon Secours	10572	0	10572	3	0,3	60	70,2



Nom et prénom : COMTE Lionel.

Adresse : 55, rue du Patural l'Evêque, 57950 MONTIGNY LES METZ.

Mémoire : DESS d'Information Médicale à l'Hôpital et dans les Filières de Soins.

Titre du Mémoire : L'Assurance Qualité à l'hôpital de Mont Saint Martin (54) dans le cadre de l'Etude Nationale des Coûts.

Mots clés : PMSI - Etude Nationale des Coûts - Information médicale - Assurance qualité

Résumé : Même si certains outils utilisés, comme les GHM inspirés des DRGs américains, ou la valorisation a posteriori de l'activité médicale inspirée du système allemand, avaient déjà fait la preuve de leur efficacité, la France n'en a pas moins construit un modèle original ayant pour objectif la maîtrise des dépenses de santé : le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information.

Commencé en 1986 ce Programme a mis dix ans avant de prendre sa pleine mesure. En effet c'est en 1996 que trois événements viennent marquer le début de "l'ère des coûts" :

- la promulgation des Ordonnances du 24 avril réformant à la fois l'organisme payeur, c'est-à-dire la Sécurité Sociale, les dispensateurs de soins donc les hôpitaux, et enfin les mécanismes de maîtrise médicalisée des dépenses ;
- les premiers ajustements budgétaires subis par certains hôpitaux au regard de leur activité ainsi mesurée
- l'obligation pour les hôpitaux participant à l'Etude Nationale des Coûts, de mettre en place une Assurance Qualité de l'information médicale. Ceci en raison de l'importance des données issues de la Base Nationale des Coûts dans l'attribution des budgets à chacun des hôpitaux français.

Les hôpitaux participant à l'ENC doivent disposer d'une part d'un système d'information médicale fiable, c'est la raison des procédures d'assurance qualité supplémentaires, et d'autre part une comptabilité analytique répondant aux critères de la Direction des Hôpitaux.

L'hôpital de Mont Saint Martin participe depuis le début à l'Etude Nationale des Coûts et de ce fait a dû mettre en place une Assurance Qualité complémentaire.

SUMMARY : Even if some tools used, like GHM inspired by American DRGs, or the with-hindsight improved status of the medical activity based on the German system, had already proved their efficiency, France has nonetheless built an original model, whose purpose is health expenditure control : the Medicalization Program of Information Systems.

Begun in 1986 this Program has needed 10 years to really show its worth. Indeed in 1996 three major events marked the beginning of the "Cost Era":

- the promulgation of April 24th Edicts reforming not only the pay back-department, that is to say the Social Security but also the care-providers – hospitals – and the Expenditure Medicalized Control Mechanisms ;
- the first budget adjustments undergone by certain hospitals and based on their activity thus measured
- the obligation for hospitals participating in the Costs National Research to set up a Quality Assurance System of the Medical Information. This is motivated by the importance of the data from the National Costs Base in the attribution of budgets to each of the French hospitals.

The hospitals participating in the CNR need to have on one hand a reliable Medical Information System – that's the reason for additional quality assurance procedures – and on the other hand a cost accounting meeting to the criteria of the Hospitals Direction.

The hospital of Mont Saint Martin has participated with the National Costs Research and therefore had to set up an additional Quality Assurance System.