

P. Troude^{a, b}, N. Deleval^a, R. Boulkedid^c, J-M. Launay^{b, d}, D. Logeart^{b, e}, S. Laribi^f, S. Mouly^{b, g}

^a Service de Santé Publique et Economie de la Santé, Hôpital Lariboisière, AP-HP, Paris
^d Laboratoire de biochimie, Hôpital Lariboisière, AP-HP, Paris
^g Service de Médecine Interne A, Hôpital Lariboisière, AP-HP, Paris

^b Faculté de médecine, université Paris 7 Denis Diderot, Paris
^e Service de Cardiologie, Hôpital Lariboisière, AP-HP, Paris

^c Unité d'épidémiologie clinique, Hôpital Robert Debré, AP-HP, Paris
^f Service d'accueil des urgences, Hôpital Lariboisière, AP-HP, Paris

INTRODUCTION

L'utilisation croissante des biomarqueurs et leur coût élevé incite à l'optimisation de leurs prescriptions. Une situation de sur-prescription d'examen biologiques avait été objectivée dans le groupe hospitalier Lariboisière - Fernand Widal en 2007, et l'hypothèse d'une généralisation du dosage du BNP avait été proposée pour expliquer en partie ce phénomène. L'objectif de ce travail était d'étudier la faisabilité de la mise en place d'indicateurs de consommation de deux biomarqueurs (D-Dimères, troponine), ajustée sur l'activité clinique, à l'hôpital Lariboisière.

POPULATION ET METHODES

Tous les dosages réalisés entre le 01/01/2008 et le 31/12/2011 au cours d'un séjour MCO en hospitalisation complète (HC) ou lors d'un passage aux urgences ont été inclus dans l'étude. Ces données ont été agrégées par mois et par années, par service et par pôle.

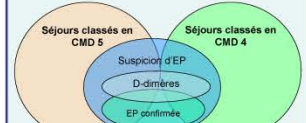
Les nombres de dosages de D-dimères et de troponine réalisés ont été fournis par les laboratoires d'hématologie et de biochimie. Les données d'activité ont été extraites via OPAL (entrepôt de données partagé de l'AP-HP) pour la même période : nombre de séjours, nombre de séjours classés en CMD4 et CMD5 (affections respiratoires et cardio-circulatoires) et nombre de passages aux urgences.

Les évolutions des nombres de dosages et de l'activité clinique ont été décrites au cours du temps, puis différents indicateurs mesurant la consommation des biomarqueurs rapportée à l'activité clinique ont été calculés aux niveaux établissement et pôle. Deux indicateurs ont été retenus.

$$D_u = \frac{\text{nb D-dimères réalisés aux urgences}}{\text{nb de passages aux urgences}}$$



$$D_{45} = \frac{\text{nb D-dimères réalisés en HC}}{\text{nb de séjours CMD4 ou CMD5}}$$



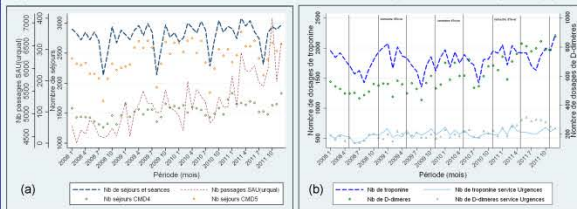
RESULTATS

Entre 2008 et 2011, la consommation de D-dimères a augmenté de 52%, celle de troponine de 8% (tableau 1) ; en parallèle, l'activité globale d'hospitalisation complète a augmenté de 5%, mais le nombre de séjours classés en CMD 4 ou 5 (aff. respiratoires et cardio-circulatoires) a augmenté de 37% et le nombre de passages aux urgences de 29%.

Tableau 1. Données annuelles de dosages et d'activité au niveau de l'établissement

	2008	2009	2010	2011	Evolution 2011/2008
Nb dosages D-dimères réalisés	6 082	6 309	7 507	9 230	+52%
Prescrits aux urgences (DU)	2 037	2 264	2 413	3 199	+57%
Prescrits en hospitalisation complète (CH)	4 045	4 045	5 094	6 031	+49%
Nb dosages troponine réalisés	21 272	21 200	21 648	22 990	+8%
Prescrits aux urgences (TU)	6 303	6 991	6 963	7 567	+20%
Prescrits en hospitalisation complète (TH)	14 969	14 209	14 685	15 423	+3%
Données d'activité					
Nb passages SAU (U)	55 550	61 834	62 002	71 924	+29%
Nb séjours HC	32 705	33 303	33 960	34 282	+5%
Nb séjours HC CMD04 (respi)	930	1 243	1 284	1 502	+62%
Nb séjours HC CMD05 (cardio)	2 781	3 441	3 441	3 543	+28%
Nb séjours HC CMD4 ou CMD05 (H45)	3 691	4 684	4 725	5 045	+37%
Indicateurs proposés					
Du=nb D-dimères urgences/nb passages urgences (DU/U)	0,037	0,037	0,039	0,044	↑
D45=nb D-dimères HC/nb séjours CMD04-CMD05 (DH/H45)	1,096	0,864	1,078	1,195	↑
Tu=nb tropo urgences/nb passages urgences (TU/U)	0,113	0,113	0,112	0,105	↓
T45=nb tropo HC/nb séjours CMD04-CMD05 (TH/H45)	4,056	3,034	3,108	3,057	↓

Figure 1. Données mensuelles au niveau de l'établissement: activité (a), D-dimères et troponine (b)



La figure 1 retrouve la tendance globale à une augmentation au cours du temps des données d'activité et des biomarqueurs. Il existe une relative concordance entre les variations mensuelles observées pour l'activité et pour la consommation des biomarqueurs.

Les figures 2 et 3 représentent l'évolution au cours du temps des indicateurs retenus, respectivement pour les D-dimères et la troponine. Les 2 biomarqueurs ont des évolutions différentes: la consommation de D-dimères ajustée sur l'activité augmente au cours du temps, alors que celle de la troponine a tendance à diminuer.

Figure 2. Indicateurs mensuels de consommation des D-dimères

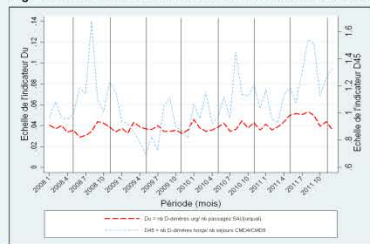
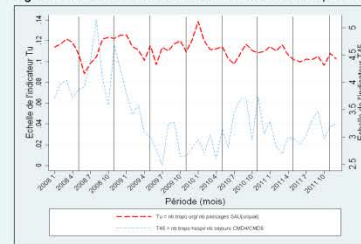


Figure 3. Indicateurs mensuels de consommation de troponine



CONCLUSION

Les indicateurs de consommation des biomarqueurs rapportée au nombre de passages aux urgences et aux séjours classés en CMD 4 ou CMD 5 semblent être des indicateurs prometteurs et pourraient être développés sur d'autres sites à des fins de comparaison inter-établissements. Les changements des structures (pôles et services) au cours du temps peuvent être un frein au suivi de ces indicateurs au cours du temps, en fonction du niveau de structure choisi.

INTRODUCTION

Le recours aux soins hospitaliers des personnes âgées souvent polypathologiques est en constante augmentation. Pour répondre à ces besoins croissants de prise en charge, les parcours de soins gériatriques se développent. L'hôpital Lariboisière comporte une unité médicale gériatrique aiguë (UMGA) de 18 lits et un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) de 60 lits.

OBJECTIFS

- 1) Décrire le parcours des patients hospitalisés en SSR gériatrique dans le groupe hospitalier (GH);
- 2) Décrire leurs caractéristiques sociodémographiques et médicales.

POPULATION ET MÉTHODES

Les données sont issues du PMSI MCO et du PMSI SSR du groupe hospitalier. Les données du PMSI SSR présentent certaines particularités. La morbidité principale se décompose en 3 composantes: la finalité principale de prise en charge (FPPC), la manifestation morbide principale (MMP) et l'affection étiologique (AE). Les prises en charge sont catégorisées en **catégorie majeure clinique (CMC)**. La **dépendance** est mesurée à partir de 6 variables cotées de 1 à 4 : 4 pour la dépendance physique et 2 pour la dépendance cognitive. Elles permettent le calcul du score de dépendance.

La période d'étude couvre les 6 premiers mois de l'année 2012, correspondant à 216 séjours en SSR gériatrique.

Les analyses ont été réalisées en 2 temps :

1) Évaluation de la qualité du codage des données PMSI SSR

Le codage réalisé en routine a été confronté avec le recodage du médecin DIM sur 50 dossiers tirés au sort.

2) Description des parcours et caractéristiques des patients

Description des parcours des patients (mode d'entrée, parcours en MCO dans le GH, mode de sortie) et description des caractéristiques des patients.

RÉSULTATS

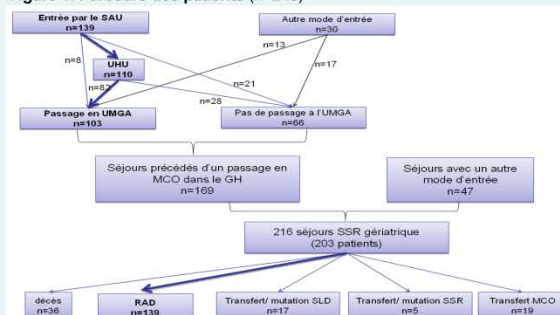
L'évaluation de la qualité du codage a été réalisée sur 48 séjours. Les résultats pour les diagnostics associés (DAS) sont présentés dans le tableau 1.

En médiane, **6 DAS** sont codés en routine et **7 DAS** avec le codage par le médecin DIM. Pour la majorité des DAS étudiés, la concordance est **> 70%**. Cependant, il existe une **hétérogénéité** selon le diagnostic auquel on s'intéresse, avec une tendance à un **sous-codage** des diagnostics ou des complications lorsque le codage est réalisé en routine.

Tableau 1. Concordance des codages pour les DAS (n=48)

	Codage en routine	Codage du médecin DIM	% de concordance
Pathologie présente en DAS			
Diabète non compliqué	19%	8%	85% (41)
Diabète compliqué	0%	19%	81% (39)
Diabète non compliqué et compliqué	19%	27%	92% (44)
Insuffisance cardiaque	8%	19%	90% (43)
HTA	17%	44%	60% (29)
Démence	50%	31%	73% (35)
Maladie cérébro-vasculaire	17%	4%	79% (38)

Figure 1. Parcours des patients (n=216)



Le parcours des patients est présenté sur la figure 1 (216 séjours). La majorité des patients hospitalisés en SSR gériatrique viennent d'un service MCO du GH.

Le parcours le plus fréquent est : passage par les urgences, hospitalisation à l'unité d'hospitalisation de courte durée des urgences (UHU), puis à l'UMGA.

La majorité des patients retournent à leur domicile (64%).

Tableau 2. Principales caractéristiques des patients (n=216)

Caractéristiques des patients	n	%
Age		
65-74ans	12	5,6%
75-84ans	81	37,5%
85-94 ans	105	48,6%
≥ 95ans	18	8,3%
Sexe		
homme	69	37,7%
femme	114	62,3%
Lieu de résidence		
bassin habituel de recrutement*	146	67,6%
région parisienne et province	68	32%
CMC		
affections du système nerveux	112	51,9%
autres affections	22	10,2%
troubles mentaux & du comportement	17	7,9%
affections de l'appareil respiratoire	16	7,4%
soins palliatifs	16	7,4%
réadaptation	15	6,9%
autres CMC	18	8%
Dépendance		
forte (score > 12)	100	88%
modérée (score ≤ 12)	26	12%

*Arrondissements B, 9, 10, 17, 18 et 19 de Paris.

CONCLUSION

L'évaluation de la qualité du codage réalisé en routine suggère une documentation insuffisante des diagnostics associés. Le principal parcours suivi par les patients comporte un passage par les urgences et une hospitalisation à l'UMGA. Une majorité des patients retrouve son lieu de vie habituel après le SSR. Ce travail permet d'apporter des éléments à la réflexion actuelle sur la structuration de parcours patient.

C. Lequeu^a, S. Guéant^a, B. Kunzli^a, G. Maillard^a

^a Service de Santé Publique et Economie de la Santé, GH Saint Louis – Lariboisière – F. Widal, AP-HP, Paris

INTRODUCTION

L'hôpital Lariboisière a totalisé 44 711 séjours en 2011, ce qui représente un chiffre d'affaire – basé sur le tarif du GHS – de 129 M€. Ce montant, versé par l'assurance maladie à l'hôpital, dépend directement des informations recueillies et codées en majeure partie par les cliniciens en charge des malades au cours des séjours. La qualité des informations, essentielle à la valorisation des activités, n'est pas encore aujourd'hui optimale. Ainsi, la procédure de « rattrapage » des séjours de 2010 (ou « LAMDA 2010 ») a permis de récupérer 1,6 M€, preuve du potentiel d'amélioration de la qualité du codage initial.

OBJECTIF

Nous avons cherché à comparer la valorisation tarifaire obtenue avant et après recodage par un médecin DIM expérimenté et à décrire les situations de recodage mises en évidence.

POPULATION ET METHODES

Un échantillon a été constitué par tirage au sort de 10% des séjours d'hospitalisation (hors séances) du mois d'avril 2011 à l'hôpital Lariboisière. Un médecin DIM a procédé au recodage de chaque résumé d'unité médicale (RUM) pour disposer de l'ensemble des éléments du séjour. Les différences de valorisation et du nombre de diagnostics associés significatifs (DAS) assortis d'un niveau de sévérité ≥ 2 , avant et après recodage, ont été explorées par des analyses univariées et multivariées. Les variables recueillies étaient les caractéristiques des patients et des séjours : modes d'entrée et sortie, durée, racine, sévérité et tarif du groupe homogène de malades (GHM), diagnostics principal (DP) et associés avant et après recodage. Nous avons également recueilli le temps de recodage estimé par le médecin DIM et la difficulté établie sur échelle de 1 à 4.

RESULTATS

L'échantillon est constitué de 348 séjours d'une durée moyenne de 6,9 jours et de 500 RUM. Le recodage a conduit à un changement de GHM dans 38,3% des cas et de DP dans 45,8% des cas. La valorisation totale est augmentée de 196 234€, soit une différence moyenne de 562€ par séjour (tableau 1).

Ceci s'explique par une diminution des séjours de niveau 1 au profit des niveaux supérieurs ($p < 0,0001$). Le nombre de DAS est modifié dans 61% des cas (304 RUM) et chaque RUM est augmenté en moyenne de 1,05 DAS assortis d'un niveau de sévérité ≥ 2 ($p < 0,0001$). Le détail des séjours par niveau de sévérité est présenté en figure 1. Le nombre moyen de DAS, assortis d'un niveau de sévérité ≥ 2 , par RUM avant et après recodage, ainsi que les dix DAS (sévérité ≥ 2) les plus souvent rajoutés aux RUM sont listés dans les tableaux 2 et 3.

Tab 2. Variations du nombre moyen de DAS par RUM

	Moyenne par RUM avant recodage	Moyenne par RUM après recodage	p (test t apparié)
DAS niveau 2	0,84	1,53	
DAS niveau 3	0,38	0,65	
DAS niveau 4	0,07	0,17	< 0,0001

L'analyse univariée montre que l'âge et la durée de séjour sont significativement plus élevés pour les séjours dont le tarif est modifié (respectivement 59,4 contre 53,2 ans ; $p < 0,006$ et 8,4 contre 6,1 jours ; $p < 0,01$). La spécialité du RUM déterminant est associée à une différence de tarif avant et après recodage ($p < 0,002$, voir tableau 4). De plus, le temps de recodage et la difficulté estimée augmentent significativement avec le nombre de DAS (sévérité ≥ 2) par RUM.

Les analyses multivariées expliquent les différences de valorisation et du nombre de DAS (sévérité ≥ 2) avant et après recodage par la spécialité du RUM (respectivement $p < 0,001$ et $p < 0,01$; la chirurgie étant la référence) et la durée de séjour ($p < 0,03$ et $p < 0,002$; la classe 0-2 jours étant prise pour référence).

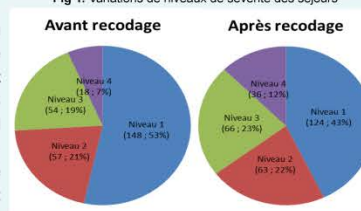
CONCLUSION

Les résultats de cette étude ont entraîné une série de mesures visant à augmenter le nombre de DAS documentés et à améliorer la justesse des DP : collecte d'informations à partir des équipes transversales (hygiène, soins palliatifs, bactériologie, ...), revue d'un plus grand nombre de dossiers en routine, formation des cliniciens, et mise en place progressive d'un codage professionnalisé.

Tab 1. Impact tarifaire du recodage des 348 séjours

	N séjours	Variation moyenne par séjour
Tarif augmenté	117	+ 1820 €
Tarif diminué	16	- 1120 €
Tarif inchangé	215	-
Total	348	+ 562€

Fig 1. Variations de niveaux de sévérité des séjours



Tab 3. Les 10 DAS les plus souvent rajoutés

	Nombre de rajout
Autres insuffisances rénales aiguës (niveau 3)	18
Désorientation, sans précision (niveau 2)	17
Autres anémies précises (niveau 2)	16
Tumeur maligne secondaire du rétropéritoine et du péritoine (niveau 2)	11
Pneumopathie due à des aliments et des vomissements (niveau 4)	11
Insuffisance respiratoire aiguë (niveau 3)	11
Autres lésions traumatiques du poumon, sans plaie intrathoracique (niveau 2)	10
Anémie post-hémorragique aiguë (niveau 2)	9
Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision (niveau 3)	9
Insuffisance cardiaque congestive (niveau 2)	9

Tab 4. Variations de tarif selon le RUM déterminant

Spécialité du RUM déterminant	N séjours	Différence moyenne de tarif parmi les séjours qui augmentent de tarif	Différence moyenne de tarif (tous séjours)
Chirurgie	104	+ 3093 €	+ 362 €
Médecine	209	+ 1494 €	+ 612 €
Obstétrique	22	+ 1208 €	+ 219 €
Réanimation	13	+ 4302 €	+ 1933 €

Chirurgie réglée et Unité de Surveillance Continue : Quel score pour une meilleure adéquation patients / USC

Auriant I, Devos N, Briand F, Proust D. Clinique de l'Europe, Rouen

Introduction

Les séjours en USC (Unités de Surveillance Continue) sont valorisés à partir de l'IGS II. La gravité estimée à H 24 est donc le facteur déterminant des allocations de ressources. Ce score de gravité pourrait sous évaluer la lourdeur de prise en charge notamment pour les patients chirurgicaux alors que des scores de charge en soins tels le TISS 28 pourraient apporter une vision plus pertinente permettant une meilleure adéquation Patient - USC.

Méthodes

Etude prospective, 3 mois, USC de 19 lits. Tous les patients hospitalisés ont été successivement inclus.

Résultats 458 patients

Orthopédie : TISS 28 : 19,21+/- 4,63, **Valorisation CCAM par l'IGS2 : 6(8,96%)**

Urologie : TISS 28 : 19,17 +/- 3,37, **Valorisation CCAM par l'IGS2 : 5(16,67%)**

ORL : TISS 28 : 20+/- 5,43, **Valorisation CCAM par l'IGS2 : 4 (23,5%)**

Chirurgie Vasculaire : TISS 28 : 19,38 +/- 4,28, **Valorisation CCAM par l'IGS2 (21,48%)**

Digestif : TISS 28 : 19,39+/- 4,71, **Valorisation CCAM par l'IGS2 : 39 (22,67%)**

Médicaux : TISS 28 : 16,57 +/- 4,43, **Valorisation CCAM par l'IGS2 : 9 (64,3%)**

Discussion/conclusion

Le TISS 28 qui reflète la lourdeur de prise en charge propose une évaluation du ratio en personnel nécessaire conforme au standard de nos USC et semble plus adapté que l'IGS II compte tenu de la typologie chirurgicale des patients.

L'utilisation de score inadapté pourrait amener à hospitaliser en unité de soins conventionnelles des patients devant bénéficier d'une Surveillance Continue.

Place du suivi de la durée moyenne de séjour (DMS) sur la valorisation T2A : retour d'expérience sur le PMSI en gériatrie aigue à ROTHSCHILD

Aude CADALBERT¹ Annie SERFATY^{1,2}

1. AP-HP, Hôpitaux Universitaires Est Parisien, Département de l'Information Médicale, Trousseau, La Roche Guyon, Rothschild, Paris, France.
2. Inserm UMR S 953 Unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et en santé des femmes et des enfants, UPMC, Paris, France.

Objectif

Décrire le suivi de la durée moyenne de séjours (DMS) en gériatrie aigue entre 2010 et 2012, et son impact sur la valorisation des séjours à ROTHSCHILD

Conclusion et Perspectives

L'analyse de la DMS permet de se questionner sur le parcours du patient et les filières d'aval. L'ajustement de la DMS permet d'optimiser l'efficacité de la recette du séjour. Ce suivi a été accompagné par le service de gériatrie, d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles pour les séjours longs (DMS ≥ 30 jours).

Mots-clés

PMSI en gériatrie aigue ; Parcours de soins ; Durée moyenne de séjour ; Chiffre d'affaire moyen jour ; Tarification à l'activité

Remerciements : Dr Anne-Sophie GRANCHER, Mme Françoise LIETARD, Mlle Donia LEJRI

Aide à la gestion de la transition pour le passage au dossier électronique médical à l'Etablissement Hospitalier Universitaire d'Oran

S. Chougrani^{1,3}, S. Ouhadj^{2,3}, F. Agag².

1Labo. recherche SIS, Université Oran, 2 SEMEP EHUO, 3 Unité Information EHUO

L'EHUO est éligible à l'expérimentation de la mise en place du DEM à partir de janvier 2014 (Projet d'Appui au Système de Santé, financé par IEVP/EU PIN 2008-2010.)
Nécessité de préparer cette phase de gestion de la transition vers le dossier électronique.

Les objectifs : 1-décrire le type de management au niveau de quatre services pilotes et 2-identifier les obstacles majeurs au passage au DEM.

Nous avons procédé à : 1-des visites des quatre services et 2-à des brainstormings, complétés par des questionnaires auto-remplis (analyse de l'existant en matière organisationnelle, de capacités et d'habileté des personnels et de contenu, d'organisation et de gestion du dossier médical).

La gestion de la transition a permis de faire percevoir aux professionnels : 1- situation nouvelle, 2-la dématérialisation du dossier est perturbante et que pour cela 3-il est nécessaire de maîtriser l'environnement, les outils techniques et les concepts : les standards, la sécurité des données et les autorisations d'accès...

En matière de leadership : absence de vision à moyen/long termes, peu d'inspiration et d'implication des cadres et aucune maîtrise des enjeux et opportunités. Le rapport au chef est fréquent ; les concertations devant aider à la prise de la décision sont peu observées.

Les tâches et les actions menées dans les services relèvent **plus de la routine que de la planification** ; ce sont les gestes techniques, réfléchis de manière mécanique.

En termes d'implication : l'ensemble du personnel se positionne entre le désabusé et l'hésitant. Cependant aucune opposition n'a été formellement affichée, mais aussi aucun élément moteur n'a été identifié.

Importance de focaliser **les mesures d'accompagnement** sur le développement :

- 1-d'une **culture commune** au sein de l'organisation hospitalière,
- 2-d'une **vision claire** des rôles et responsabilités des parties prenantes (services, unités, personnels...) et
- 3-se doter d'une **structure d'appui et de conseil** pour accompagner, apporter un soutien et assurer une bonne gouvernance pour ce nouveau système à mettre en place.

Un **leadership fort et un management humain** de l'opération → amélioration du climat de travail et du système de gestion nécessaires → renforcer les capacités des personnels de l'EHUO et → répondre positivement à ce challenge.

Démarche de rattrapage des actes de blocs en 2010



Un retour d'expérience sur TROUSSEAU (APHP, Paris XII)

Perspectives pour un contrôle systématique

R. Christol¹, H. Loulizi¹, C. Buhl¹, N. Leboulanger², M. Piketty², V. Soupre², J. Sroussi², R. Vialle², I. Murat², I. Constant²
A. Serfaty^{1,3}

¹ APHP, Hôpitaux Universitaires Est Parisien, Département de l'Information Médicale Trousseau, La Roche Guyon, Rothschild, Paris, France.

² APHP, Hôpitaux Universitaires Est Parisien, Groupe hospitalier Armand Trousseau/ La Roche Guyon, Paris, France.

³ Inserm UMR S 953 Unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et en santé des femmes et des enfants, Paris, France.

Objectif

Récupérer les actes réalisés et non renseignés dans le système d'information hospitalier, ou mal enregistrés dans un séjour et de diminuer le délai de leur enregistrement.

Conclusion et perspectives

Il y a différents systèmes de vérification des actes réalisés au bloc, qu'il paraît nécessaire de mobiliser surtout quand ces sources sont informatisées et interopérables au niveau du système d'information hospitalier. Néanmoins, le cahier de bloc reste une des sources externes la plus fiable pour le contrôle de l'exhaustivité des actes réalisés, qui impose une vérification systématique.

Mots clés : système d'information hospitalier ; assurance qualité ; actes médico-techniques

Remerciements : Notamment, B. VALIN, K. LABASTROU, C. PLAINFOSSE, J BOYER et les différents acteurs des blocs opératoires et des services

Analyse du codage de cliniciens et de professionnels du PMSI : divergence entre valorisation et qualité

Constantinou P, Baron S, Phuong T, Gougnard S, Lopez-Sublet M, Duclos C

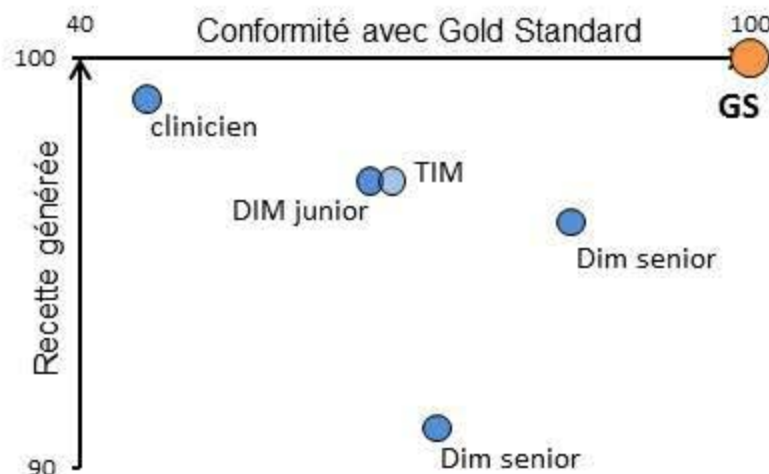
Méthodes

- 82 séjours de l'Unité d'Aval des Urgences avec CRH électronique et codage produits par le clinicien
- Recodage par 2 DIM senior, 1 DIM junior et 1 TIM, exclusivement à partir du CRH et de manière indépendante
- Constitution d'un Gold Standard par les recodeurs, en reprenant l'ensemble des codes utilisés (méthode Delphi)

Qualification des codes utilisés comparativement au Gold Standard

Indicateurs	Résultats selon codeurs
Exhaustivité	codeurs > clinicien
Précision	codeurs > clinicien
Codes non justifiés	clinicien > codeurs
Valorisation	clinicien > codeurs

Divergence entre valorisation et qualité



Conclusions

- **Recette maximale générée par le GS** : valorisation et qualité peuvent aller de pair
- **Recodage professionnalisé** associé à une **meilleure qualité** mais à une **moindre valorisation** que codage clinicien
- CRH de qualité (retour dossier). Manque parfois d'éléments ouvrant droit à l'utilisation de certains codes
- Pour certaines entités cliniques, choix du libellé de code approprié peu assimilé par les cliniciens

Mise en place et évaluation d'un système d'alertes Email lors de la réadmission de patients ayant présenté un état antérieur de malnutrition au CH de Dunkerque.

Giovannelli J, Vasseur C, Gheysens A, Basse B, Houyengah F.

- **Introduction**

- Développement d'un outil informatique détectant la réadmission des patients ayant présenté une dénutrition lors d'une hospitalisation précédente et générant une alerte Email vers le service diététique
- Objectif : décrire et évaluer cet outil, mis en place au Centre Hospitalier de Dunkerque (CHD)

- **Méthodes**

- Quotidiennement : extraction des tables des patients codés dénutris lors d'une hospitalisation précédente et des admissions des dernières 24 heures (logiciel Talend) de la base PMSI (logiciel Cora) puis mise en relation de ces tables et génération des alertes Email (PHP).
- Recueil des données relatives au traitement des alertes par l'équipe diététique du 01/09 au 30/11/2012

- **Résultats**

- 531 alertes envoyées (8.2 par jour travaillé), dont 460 traitées (86,6 %) par l'équipe diététique
- 205 consultations diététiques effectuées (44,6 %)
- 144 diagnostics nutritionnels établis (70,2 %), car parfois manque d'éléments cliniques/biologiques
- 128 patients toujours dénutris (VVP = 88,9 %) et amélioration de l'état nutritionnel pour seulement 25 % des patients entre l'hospitalisation précédente et la réadmission

- **Conclusion**

- Système efficace pour la détection ciblée de troubles nutritionnels chez des patients à risque
- Aide à la sensibilisation des troubles nutritionnels au CHD
- Consultation avec un médecin nutritionniste nouvellement recruté au CHD est maintenant proposée aux patients dénutris sortant

Introduction

La dénutrition protéino-énergétique résulte d'un déséquilibre entre les apports et les besoins de l'organisme. Elle est responsable d'une hausse de la morbi-mortalité et d'une dégradation de la qualité de vie des patients hospitalisés, notamment les sujets âgés, atteints de cancers ou de pathologies chroniques. De plus, elle contribue de manière importante à l'augmentation de la fréquence, de la durée et des coûts des séjours hospitaliers.

Le dépistage systématique des troubles nutritionnels fait partie des indicateurs de qualité des soins IPAQSS (Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins).

En complément de ce dépistage systématique, le Programme national nutrition santé (PNNS) 2011-2015 recommande dans son programme d'action « la conception d'outils pratiques pour le repérage et la prise en charge de la dénutrition et l'analyse des modalités de leur mise à disposition » (**action 22.2**).

Ainsi, nous avons développé **un outil informatique détectant la réadmission des patients ayant présenté un état de malnutrition lors d'une hospitalisation précédente, puis générant une alerte Email vers le service diététique de l'établissement.**

L'objectif de cette étude était de décrire et évaluer cet outil, mis en place au Centre Hospitalier de Dunkerque (CHD).

Méthodes

Développement de l'outil informatique

Quotidiennement, les listes des **patients codés dénutris lors d'une hospitalisation précédente** (codes CIM-10 : E43, E44.0, E44.1) et des **admissions des dernières 24 heures** sont extraites automatiquement (**logiciel Talend**) de la base PMSI (**logiciel CoRa**).

Puis elles sont mises en relation afin d'**identifier les séjours des patients antérieurement codés dénutris et admis lors des dernières 24 heures au CHD (scripts PHP)**. Pour chaque séjour identifié, une **alerte Email est envoyée** au service diététique et au DIM du CHD (**classe PHP-Mailer**).

Cet outil a été testé en juillet et août 2012 et lancé le 01/09/2012.

Evaluation de l'outil

Du 01/09 au 30/11/2012, ont été recueillies pour analyse descriptive, les données relatives à l'**envoi des alertes** (nombre quotidien d'alertes, délai de réadmission, code antérieur de dénutrition) et **aux actions réalisées par le service diététique** (traitement de l'alerte (oui/non), consultation diététique effectuée (oui/non, si non pour quelle raison), si consultation, diagnostic nutritionnel (dénutrition sévère, modérée, légère, pas de dénutrition, manque d'éléments pour conclure)).

Résultats

Le tableau 1 recense les nombres d'alertes envoyées et traitées, de consultations diététiques et de diagnostics de dénutrition du 1er septembre au 30 novembre 2012. **531 alertes ont été envoyées**, soit 8,2 par jour travaillé. Parmi celles-ci, **460 ont été traitées** (86,6 %). Le délai médian de réadmission était de 3,1 mois.

Ces dernières ont abouti à **205 consultations diététiques** (44,6 %). Les principaux motifs de non consultation étaient : la sortie du patient lors du traitement (63,5 %), le manque de temps (18 %), un patient déjà suivi (10,2 %).

Par manque d'éléments cliniques et biologiques dans le dossier médical, **144 diagnostics nutritionnels ont été établis** (70,2 %), permettant de détecter **128 patients toujours dénutris (valeur prédictive positive de l'outil (VPP) = 88,9 %)**.

La figure 1 est un diagramme en mosaïque représentant l'évolution de l'état nutritionnel entre le précédent séjour et la réadmission. Lors d'une dénutrition antérieure sévère, on notait une persistance importante de dénutrition sévère (71,6 %) et une faible amélioration (28,4 %). Lors d'une dénutrition antérieure modérée, on observait une aggravation de l'état nutritionnel dans près de la moitié des réadmissions (46,2 %). **Globalement, l'état nutritionnel des patients s'était amélioré dans environ un quart des ré-hospitalisations.**

Discussion

Cet outil s'est avéré opérationnel. Il permet de détecter efficacement (avec peu de faux positifs) une population à risque de dénutrition et de participer à son suivi, en complément du dépistage systématique des troubles nutritionnels recommandé à l'hôpital.

L'évaluation de cet outil a également permis de faire le constat d'une évolution défavorable de l'état nutritionnel des patients dénutris réadmis au CHD.

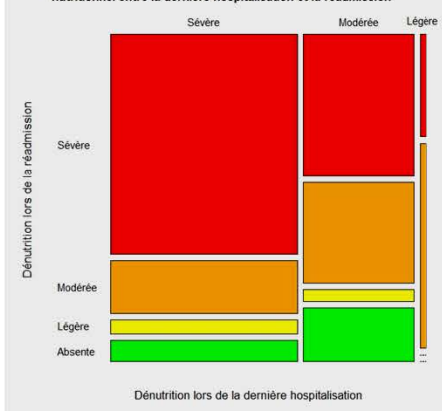
Afin d'améliorer le suivi des patients dénutris en sortie d'hospitalisation, il est à présent proposé à ces derniers **une consultation auprès d'un médecin nutritionniste**, recruté par le CHD courant novembre 2012.

Tableau 1 : nombre d'alertes envoyées, traitées, de consultations diététiques et de diagnostics de dénutrition.

	Alertes envoyées	Alertes traitées	Consultations	Diagnostics établis	Diagnostics de dénutrition
Oui : effectifs (%)	531 (100)	460 (86,6)	205 (44,6)	144 (70,2)	128 (88,9)
Non : effectifs (%)	-	71 (13,4)	255 (55,4)	61 (29,8)	16 (11,1)

*Les pourcentages sont calculés par colonne

Figure 1. Diagramme en mosaïque représentant l'évolution de l'état nutritionnel entre la dernière hospitalisation et la réadmission



L'Education Thérapeutique de Proximité

Anne-Sophie LE BONNIEC, Cécile SALOMON, Patrick GASSER- URPS Médecins Libéraux Pays de la Loire

OBJECTIF DE LA RECHERCHE

Analyse des besoins et identification des facteurs clés de succès permettant de faciliter le développement de l'éducation thérapeutique de proximité

QUESTIONS SPÉCIFIQUES

Quels sont les enjeux de l'éducation thérapeutique en ambulatoire?

Quelles sont les difficultés et réticences rencontrées par les acteurs libéraux qui la pratiquent?

Quelles réponses?

Quelle est la place du médecin traitant dans le dispositif?

RÉSULTATS

Cette étude révèle des freins d'ordre organisationnel et économique: difficulté de coordination des acteurs, manque de visibilité des ressources et programmes existants, lacunes pédagogiques, problématique du recrutement des patients, rigidité et insuffisance du modèle économique proposé pour le libéral dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération.

DISCUSSION

L'URPS Médecins estime que le modèle économique et organisationnel actuel est un frein au développement de l'éducation thérapeutique de proximité. Il est nécessaire de proposer un modèle novateur pour le libéral. A ce titre, la coordination et la formation des professionnels de santé libéraux constituent des enjeux cruciaux. L'approche conceptuelle de l'éducation thérapeutique mérite également d'être repensée; tout comme la place des acteurs de proximité. Celle du médecin traitant doit être confortée dans les programmes, à minima pour le recrutement des patients cibles et le suivi.

@EPP : un outil régional mutualisé de gestion des démarches EPP

@EPP est un outil de gestion des démarches d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) développé par le GCS Télésanté Midi-Pyrénées et mis à disposition de l'ensemble des professionnels et des établissements de santé publics et privés de la région Midi-Pyrénées pour :

- **Faciliter la gestion quotidienne et le suivi :**
 - Gestion des événements liés au projet : participation, comptes rendus
 - Génération de tableaux de bord
- **Permettre un accès plus facile à l'information :**
 - Pour les participants : médecins, cadres de santé, soignants
 - Pour les membres de la Commission de la CME en charge du DPC
- **Aider à structurer les démarches (gestion mode projet, cohérence avec démarche de certification)**
- **Partager les expériences et mutualiser les compétences au niveau régional**

@EPP est développé par le GCS Télésanté Midi-Pyrénées.

Contact :

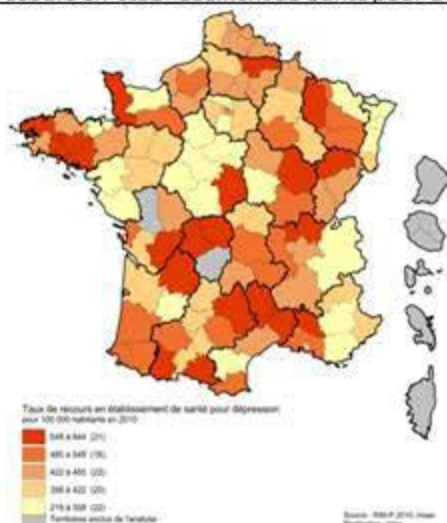
Info :

La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé : état des lieux et disparités territoriales

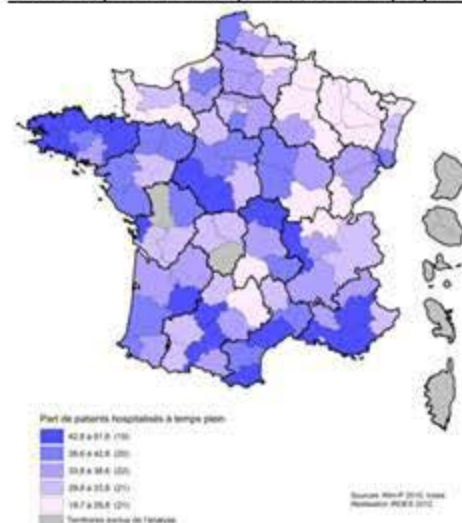
NESTRIGUE Clément (Irdes), COLDEFY Magali (Irdes)

1. Une population majoritairement féminine
2. Une prise en charge essentiellement ambulatoire
3. Près de la moitié des patients des établissements privés suivis pour troubles dépressifs
4. Des durées moyennes de séjour et des taux de réadmission plus faibles dans les établissements publics
5. Des disparités de recours aux soins importants entre les territoires

Taux de recours en établissement de santé pour dépression



Part des patients hospitalisés à temps plein



La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé : état des lieux et disparités territoriales

Clément Nestrigue (nestrigue@irdes.fr) ~ Magali Coldefy (coldefy@irdes.fr)

Contexte

La dépression est l'une des maladies psychiques les plus répandues en France : elle touche plus de 2 millions de personnes (Berk et al., 2000).

La prévalence sur une année est estimée entre 5 et 10 % selon les sources et outils de mesure utilisés.

En 2004, les épisodes dépressifs sévères ont concerné 163 800 personnes sous affection de longue durée parmi les assurés du Régime général (Viala & Wolf, 2009).

Selon le Baromètre santé 2005 de l'Irdes :
 • 60 % des personnes ayant vécu un épisode dépressif caractérisé déclarent avoir eu recours à des soins pour raisons de santé mentale.
 • Le recours en médecine générale est prédominant

pour 21 % de ces patients, les psychiatres et psychologues étaient avant tout consultés avec 13 % et 7 %.

Le recours aux établissements de santé pour troubles dépressifs est relativement faible (moins 11 % des personnes assurant consulter dans un établissement de santé, que ce soit en centre médico-psychologique ou à l'hôpital, mais le recours augmente avec la sévérité et le caractère du trouble).

Les troubles dépressifs représentent le second diagnostic le plus fréquemment rencontré parmi les personnes hospitalisées un jour dans un psychiatre (Le Fur et al., 2007).

Jusqu'à présent, en l'absence de système d'information hospitalier commun à l'ensemble des établissements ayant une activité en psychiatrie, la prise en charge de ces patients restait peu connue.

Méthode

Données : Recueil d'informations médicales en psychiatrie (RIP-2010) - Synthèse annuelle des établissements (SAGE 2010). Utilisation de l'identifiant permanent patient (IPP) pour le chargement des données en charge (soins et actes ambulatoires) des patients au sein d'un même établissement.

Critères d'inclusion : Patients âgés de plus de 16 ans avec un diagnostic principal de :
 - troubles dépressifs : CIM-10-F32, F33
 - troubles dépressifs sévères : CIM-10-F32.2, F33.2

Critères d'exclusion : Territoires de santé avec non-répartition : Corse, Comores, Deux-Savoies et départements d'outre-mer.

Échelle d'analyse : Territoires de santé des SADS-PMS 2011.

Indicateurs utilisés :
 • Taux de recours en établissement de santé : Nombre de patients suivis pour trouble dépressif rapporté à la population âgée de 16 ans et plus.
 • Durée moyenne de séjour : Moyenne des durées de séjour d'hospitalisation à temps plein.
 • Taux de réadmission à 15 jours : Nombre de réadmissions à 15 jours rapporté au nombre total d'admissions.
 • Modalités d'analyse : Regroupement multivarié pour identifier les facteurs explicatifs des disparités de recours et d'hospitalisation à temps plein.

Résultats

1 Une population majoritairement féminine

■ En 2010, plus de 276 000 patients adultes ont été suivis pour troubles dépressifs dans un établissement de santé ayant une autorisation en psychiatrie, dont 84 000 pour des troubles sévères.

■ Les troubles dépressifs touchent majoritairement les femmes (68 %). Cette proportion est similaire pour les troubles sévères.

■ Le recours aux soins hospitaliers pour troubles dépressifs croît avec l'âge pour atteindre son maximum pour la tranche d'âge 51-55 ans. Il diminue ensuite jusqu'à 70 ans et se stabilise (Figure 1).

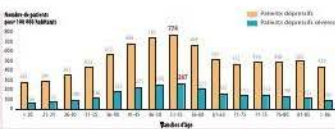


Figure 1 Taux de recours en établissement de santé pour troubles dépressifs, par classe d'âge en 2010

2 Une prise en charge essentiellement ambulatoire

■ Le spectre de la dépression est très large et la plupart des formes de dépression peuvent être soignées sans hospitalisation.

■ L'hospitalisation peut cependant s'imposer :
 • en cas de dépressions sévères
 • de traitements complexes nécessitant un suivi médical particulier

■ Lorsque le patient est en danger et nécessite une prise en charge à risque de suicide, perte d'autonomie.

■ La majorité des patients suivis en établissement de santé ayant reçu un diagnostic de trouble dépressif a été suivie exclusivement en ambulatoire (60 %), cette proportion tombe à 38 % pour les personnes souffrant de troubles sévères.

3 Près de la moitié des patients des établissements privés suivis pour troubles dépressifs

■ 72 % des patients dépressifs sont pris en charge dans les établissements publics.

■ Cependant, la part des patients atteints de troubles dépressifs par rapport à l'ensemble de la population est significativement plus importante dans les établissements du secteur privé (47 % des patients pris en charge dans les cliniques psychiatriques sont des patients dépressifs, contre 16 % des patients des établissements publics) (Figure 2).

Figure 2 Part des dépressifs en dépression sévère dans la population des établissements de santé selon le statut

4 Des durées moyennes de séjour et des taux de réadmission plus faibles dans les établissements publics

■ La durée moyenne de séjour aux hospitalisations temps plein est plus faible selon le statut des établissements : 17 jours dans les établissements publics et 22 jours dans les établissements privés à tout instant (Figure 3).

■ Les taux de réadmission les plus faibles sont observés dans les établissements publics, ce qui s'explique par le fait que les patients souffrant de troubles dépressifs sévères à court terme sont suivis à l'hôpital (Figure 4).

Figure 3 Durée moyenne de séjour et hospitalisation temps plein pour les patients souffrant de troubles dépressifs, selon le statut de l'établissement de santé

5 Des disparités de recours aux soins importantes entre les territoires

■ Les taux de recours aux établissements de santé pour troubles dépressifs et la part des soins en charge dans les établissements de santé varient selon le statut des établissements : 17 jours dans les établissements publics et 22 jours dans les établissements privés à tout instant (Figure 3).

■ La variabilité du taux de recours s'explique en partie par la répartition de l'offre de soins sur le territoire et notamment la densité de lits et de places en psychiatrie (carte 2). Les établissements de santé privés d'admission, en particulier (Expi), sont suivis.

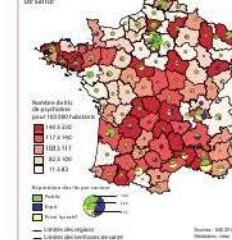
■ La part de patients souffrant de dépression hospitalisés à temps plein varie dans un rapport de 1 à 3, entre les territoires du Nord-Est de la France (où se trouve la Mayenne, la Vendée et l'Alsace) et les Vosges dans lesquels moins d'un patient sur cinq est hospitalisé, et ceux du Var et des Alpes de Haute-Provence où trois patients sur cinq souffrant de dépression se trouvent hospitalisés à temps plein.

■ Les disparités s'expliquent en partie par les caractéristiques de l'offre de soins. La présence d'établissements privés à tout instant, dans une moindre mesure, d'établissements Expi, va accroître la probabilité d'être hospitalisé pour dépression. La proportion de patients hospitalisés à temps plein pour dépression est également plus élevée dans les territoires où la part de dépressifs sévères est importante et le taux de recours global pour dépression faible.

Carte 1 Taux de recours en établissement de santé pour troubles dépressifs en 2010, par territoire de santé



Carte 2 Offre de soins hospitaliers en psychiatrie en 2010, par territoire de santé



Carte 3 Part de patients souffrant de dépression hospitalisés à temps plein en 2010, par territoire de santé



Discussion

Cette première exploration de la prise en charge de la dépression en établissement de santé à partir des données du Rip a les limites d'imprécisions des données de recours et de prise en charge, à la fois entre établissements et entre territoires de santé.

Ces disparités questionnent l'équité d'accès à des soins de qualité pour la population selon les territoires. Les caractéristiques de l'offre de soins, et notamment la présence d'établissements privés à tout instant ou Expi expliquent partiellement les disparités observées.

Mal en premier temps apparaît une analyse plus approfondie de la variabilité des prises en charge de la dépression et de ses facteurs potentiellement explicatifs, l'offre de soins en psychiatrie ne peut se réduire à des données de lits et de places.

Les prises en charge ambulatoires, à la fois au sein des établissements de santé et en ville sont prédominantes en psychiatrie, et particulièrement pour traiter les épisodes dépressifs. Il est nécessaire de mieux les appréhender et de s'intéresser aux recours aux soins en ville et à l'hôpital.

Enfin, la connaissance des caractéristiques socio-économiques des populations permettrait à ces différents producteurs de soins d'anticiper et d'analyser les modalités explicatives des disparités des prises en charge de la dépression en France.

L'élaboration de ces différents documents dans l'analyse des disparités viendra compléter le premier résultat de cette étude.

Bibliographie

Berk J, Guitton P, Gaudin A (2000). Baromètre santé 2000, résultats et commentaires de santé. Santé Publique.
 Coldefy M, Nestrigue C, Di Z (2012). Étude de faisabilité sur la disponibilité des pratiques en psychiatrie. Rapport d'étape, n° 1086.
 Le Fur P, Lohr S, Lohr-Gabriel V, & Mousquès J (2007). La mortalité des patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale. In Coldefy M (Eds), La prise en charge de la santé mentale (pp. 175-181). Paris : La Documentation Française.
 Patis M, Weil A (2009). Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008. Notes de repères Clément, n° 17.

Elaboration d'Indicateurs de Qualité et d'Alerte transversaux en Soins de Suite et Réadaptation (extraits)

Travail collectif du COTRIM SSR Ile de France

- .Pourcentage de retour à domicile
- .Pourcentage de retour en MCO avant la 48è heure
- .Les écarts à la Durée Moyenne de Séjour
- .Le score IPAQSS sur la prise en charge de la douleur
- .Pourcentage de RHS sans acte de rééducation
- .Deux critères issus des questionnaires de satisfaction



Comment **S'**organiser pour **A**border Rationnellement la **R**évolution du **CSARR**.

Journées EMOIS – Nancy, 21 et 22 mars 2013

J. TALMUD¹, N. BREME², N. VUILLEMIN³

¹ Médecin DIM La Renaissance Sanitaire-Formateur National CSARR

² TIM Hôpital Villiers Saint Denis (02310)

³ TIM Hôpital La Musse (27180)

Statistique annuelle des établissements de santé – **Refonte** de l'enquête **en 2014**

- Des informations finement localisées : uniformisation du niveau de recueil à l'établissement géographique
- Une alimentation à partir du PMSI : pré-remplissage des données d'activité depuis le PMSI (-> Finess géographique et type pour chaque unité médicale)
- Un questionnaire révisé : évolution de l'organisation, des prises en charge, nouvelles technologies
- Des restitutions automatiques de résultats : fiches de synthèse au niveau établissement, région ...

Introduction

La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) de 2009 fixe le cadre général de la certification des comptes de certains établissements de santé [1].

Un prérequis essentiel est la **fiabilisation des comptes**, qui concerne **tous les établissements publics de santé** [2].

Le Département d'Information Médicale (DIM) est impliqué dans la **cartographie du cycle des recettes** et en particulier dans le **processus des produits de l'activité** [3]. Il s'agit d'un processus complexe qui concentre les risques les plus importants, financier et de probabilité de survenue [3].

L'objectif de ce travail est de montrer l'apport de la démarche entreprise par le CHU d'Angers en 2012 pour répondre à la problématique de fiabilisation des comptes, et l'implication du DIM.

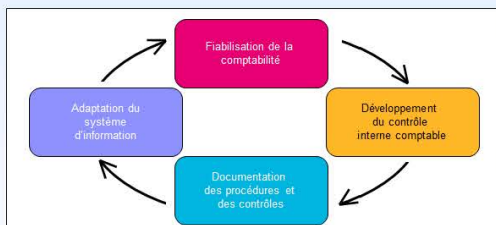
Méthodes

Un **groupe de travail** a été constitué, incluant tous les services concernés par le processus produits de l'activité : **DIM**, Cellule d'analyse de gestion (CAG), Direction du Système d'Information (DSI), Facturation, Finances et Trésorerie.

Un **cabinet d'audit indépendant** était en charge du pilotage du groupe de travail.

Les objectifs étaient de :

- **Décrire** les activités des services concernés (« état des lieux ») ;
- **Identifier** les zones à risques ;
- **Répertorier** les contrôles internes mis en œuvre ;
- **Résoudre** les éventuelles carences dans le contrôle interne.



Résultats

Les grandes étapes du parcours du patient, entre son admission et sa sortie ont été formalisées afin d'identifier les **processus propres** à certains services mais aussi des **processus transversaux** qui nécessitent un **travail de concert** avec plusieurs services.

Ainsi, le DIM a d'une part décrit son activité de **recueil de l'information médicale** et de **contrôle qualité**, étape essentielle du processus.

Il a d'autre part participé à la description des processus transversaux où il peut être impliqué :

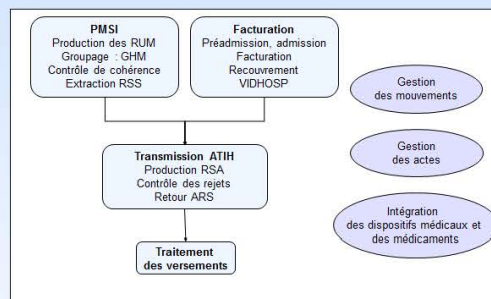
- **La transmission des données à l'ATIH** : cette étape concerne à la fois la DSI, le DIM et la CAG. Le DIM est responsable de l'intégration des données nécessaires, de leur traitement et de leur envoi. La CAG et le DIM effectuent un contrôle en temps réel des rejets. Les causes des rejets impliquent des procédures et des acteurs différents que nous avons décrits.

Résultats (suite)

- **La gestion des mouvements** : Le DIM a un rôle essentiel puisque son expertise de l'information médicale peut induire des modifications de mouvements (fusion, transformation de séjours en externe, suppression de mouvements « fantôme »). Leur identification est essentielle pour faciliter la justesse des procédures de facturation.
- **L'intégration des dispositifs médicaux et des molécules onéreuses** : Le DIM participe au contrôle de cohérence concernant les dispositifs médicaux et les molécules onéreuses via les données PMSI et travaille de façon collégiale avec la pharmacie quant à la justesse de l'information transmise.

Ce **travail collaboratif** a permis de construire un **référentiel commun** décrivant l'ensemble du processus des produits de l'activité au CHU d'Angers.

Il doit permettre à chaque service, via une information permanente, de mieux comprendre le rôle et l'implication de chaque catégorie de personnel tant médical que paramédical, d'identifier les risques inhérents à chaque procédure qui peuvent par la suite impacter leur activité.



Processus produits de l'activité (Séjours) : Processus métiers (à gauche) et processus support.

Discussion

L'exhaustivité, l'exactitude et la qualité de l'information médicale issue du DIM conditionnent la qualité des opérations comptables qui en résultent. Si nous avons déjà un certain nombre de procédures de maîtrise des risques bien décrites, d'autres restent à identifier.

Il faut donc envisager ce travail sur le **long terme** et maintenir le référentiel en constante évolution vis-à-vis des changements de procédures et la mise en place de nouveaux contrôles internes. **La communication entre les acteurs de ce processus est également essentielle.** Le CHU a d'ores et déjà mis en place des réunions mensuelles pour répondre à ce besoin.

Ce travail participe à l'**amélioration de la performance** de notre établissement et prépare la certification aux comptes. Il facilitera, entre autres, l'instauration de la Facturation Individuelle des Etablissements de Santé (FIDES).

1. Article 17 loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
2. Circulaire interministérielle N°DGOS/DGFI/PPF/PF1/CL1B/2011/391 du 10 octobre 2011 relative au lancement du projet de fiabilisation des comptes de l'ensemble des établissements publics de santé.
3. Cartographie des recettes : <http://www.sante.gouv.fr/cartographie-des-recettes-presentation-generale.html>

Aide à la gestion de la transition pour le passage au dossier électronique médical à l'Etablissement Hospitalier Universitaire d'Oran

S. Chougrani^{1,3}, S. Ouhadj^{2,3}, F. Agag².

1.Laboratoire de recherche Système d'Information en santé. Université d'Oran,

2.Service d'épidémiologie et médecine préventive EHUO,

3. unité information, Service épidémiologie et de médecine préventive EHUO

Introduction

L'Etablissement Hospitalier Universitaire d'Oran (EHUO) est éligible à l'expérimentation de la mise en place du Dossier Electronique Médical (DEM) à partir de janvier 2014 dans le cadre du Projet d'Appui au Système de Santé, financé par l'Instrument Européen de Voisinage et de Partenariat, programme indicatif national 2008-2010. L'action de mise en place d'un système d'information sanitaire décisionnel supporte l'objectif de rationaliser la gestion du secteur.

L'étude proprement dite commencera en janvier 2013.

Pour cela il nous a paru essentiel de préparer cette phase en aidant à la gestion de la transition vers le dossier électronique, en focalisant sur les composantes du système d'information hospitalier.

Résultats

Au-delà de la situation des services, analysée par ailleurs (cf. communication « Evaluation du Système d'Information Hospitalier à l'EHUO » EMOIS 2013), nous avons focalisé notre éclairage sur le processus du passage du dossier papier au dossier électronique.

La gestion de la transition a permis de faire percevoir aux professionnels qu'il s'agit d'une situation nouvelle, que la dématérialisation du dossier est perturbante et que pour cela il est nécessaire de maîtriser l'environnement, les outils techniques et les concepts : les standards, la sécurité des données et les autorisations d'accès...

Discussion

Au-delà des insuffisances d'ordre matériel, il est important de focaliser les mesures d'accompagnement sur le développement d'une culture commune au sein de l'organisation hospitalière, d'avoir une vision claire des rôles et responsabilités des parties prenantes (services, unités, personnels...) et de se doter d'une structure d'appui et de conseil pour accompagner, apporter un soutien et assurer une bonne gouvernance pour ce nouveau système à mettre en place.

Conclusion

Un leadership fort et un management humain de l'opération conduirait à améliorer le climat de travail et le système de gestion nécessaires pour renforcer les capacités des personnels de l'EHUO à répondre positivement à ce challenge.

Méthodes

L'objectif est de décrire le type de management au niveau de quatre services pilotes (Gynéco-obstétrique, Médecine Interne, hématologie et greffe et Chirurgie générale) et d'identifier les obstacles majeurs au passage au DEM.

Pour cela nous avons procédé à des visites des quatre services et à des brainstorms complétés par des questionnaires auto-remplis qui ont concerné l'analyse de l'existant en matière organisationnelle, de capacités et d'habileté des personnels et de contenu, d'organisation et de gestion du dossier médical.

En matière de leadership, nous constatons une absence de vision à moyen/long terme, le peu d'inspiration et d'implication des cadres et aucune maîtrise des enjeux et opportunités.

Le rapport au chef est fréquent ; les concertations devant aider à la prise de la décision sont peu observées.

Les tâches et les actions menées dans les services relèvent plus de la routine que de la planification ; ce sont les gestes techniques, réfléchis de manière mécanique.

En termes d'implication, l'ensemble du personnel se positionne entre le désabusé et l'hésitant. Cependant aucune opposition n'a été formellement affichée, mais aussi aucun élément moteur n'a été identifié.

Des actions primordiales ont été identifiées :

- La Clarification des rôles et missions des acteurs :
- Nécessité de renforcer l'esprit d'équipe et d'appartenance, et le développement d'une culture commune au service et à l'hôpital.
- Renforcer des capacités managériales et de leadership de l'encadrement médical et paramédical.
- Le Partage de la vision commune et l'adhésion au projet de service et d'établissement, tel qu'élaboré en 2011.
- Le Renforcement de la communication interne et inter-service, notamment dans les pôles nouvellement créés.

Le travail devrait se concentrer sur les points critiques suivants :

- Le Renforcement des points faibles relevés dans les enquêtes : informations liées à la tenue globale du dossier papier, les données au moment de l'Entrée du patient, les informations médicales, les informations au moment de la sortie avec les résumés (clinique et de sortie) et éventuellement le certificat des causes de décès.
- Tenir compte de l'état de l'art en matière d'implémentation des DEM, notamment du classement HIMMS à travers ses 8 niveaux (de 0 à 7).

Mots-clés management, transition, dossier médical électronique, EHUO

Objectif de la recherche

Analyse des besoins et identification des facteurs clés de succès permettant de faciliter le développement de l'éducation thérapeutique (ETP) de proximité.

- Quelles sont les difficultés et réticences rencontrées par les acteurs libéraux qui la pratiquent?
- Quelles réponses?
- Quelle est la place du médecin traitant dans le dispositif?

Méthodes

Les médecins libéraux ont confronté le cadre réglementaire et le modèle économique de l'éducation thérapeutique, centré sur les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), à la réalité des pratiques et des besoins observés par les professionnels libéraux impliqués dans des programmes. Des entretiens semi-directifs ont été menés sur quatre MSP.

Résultats

Cette étude révèle des freins d'ordre organisationnel et économique: difficulté de coordination des acteurs, manque de visibilité des ressources et programmes existants, lacunes pédagogiques, problématique du recrutement des patients, rigidité et insuffisance du modèle économique proposé pour le libéral dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR).

Diagnostic d'opportunité

Environnement interne

MENACES

- Manque de visibilité sur l'offre disponible
- Méconnaissance des acteurs ressources, de l'offre disponible
- Manque de visibilité quant à la pérennité des aides financières
- -Manque de formation: la perception des concepts de l'ETP est variable
- Peu d'évaluation et recommandations existantes sur l'organisation de l'ETP en pôles et maisons de santé pluridisciplinaires (MSP)

Environnement externe

OPPORTUNITÉS

- Incitation de l'agence régionale de santé (ARS) Pays de la Loire au développement de l'ETP de proximité

FORCES

- Une majorité de médecins généralistes intéressée (Etude panel, Pays de la Loire 2011): « intérêt de la prise en charge d'une pathologie complexe dans sa globalité », « attrait intellectuel », « échange de savoirs », « nouvelle relation médecin- patient », « posture d'enseignement »
- Exercice en pôle de santé ou MSP jugé facilitant

FAIBLESSES

- Lourdeur de la mise en œuvre d'un « programme ETP »

Discussion

L'URPS ML estime que pour faciliter le développement de l'ETP de proximité il est nécessaire de proposer un modèle adapté pour le libéral. Les questions de la coordination et de la formation sont des enjeux d'avenir. La place du médecin traitant est centrale dans le dispositif, à minima pour l'orientation et le suivi du patient.

5 axes de préconisations

1.Conforter l'offre d'éducation thérapeutique de proximité

- Reconnaître le médecin traitant comme un point d'entrée, de sortie d'un programme.
- Les MSP ne sont pas le seul levier au développement de l'ETP.

2.Améliorer le pilotage de l'offre de l'éducation thérapeutique

- Comité technique ETP : évaluation et autorisation des programmes, réalisation d'un annuaire de l'offre disponible, communiquer cette offre au niveau territorial auprès des patients et des professionnels
- Création d'un pôle de ressources et de compétences : aider les professionnels de proximité à construire et mettre en œuvre un programme (guide méthodologique, référentiels, bibliographie, accompagnement pour la mise en œuvre des programmes et la construction des dossiers).
- Plateforme de coordination territoriale: coordination externe des acteurs.

3.Proposer un modèle économique adapté et pérenne pour l'ETP en libéral

- Réviser le module ETP des ENMR (reconnaissance des besoins en coordination, consultation de suivi et de recrutement, apporter de la souplesse dans le dispositif)
- Encourager la mutualisation des ressources et des compétences
- Rendre lisible la pérennité des financements
- Définir d'autres modalités de financement pour les professionnels de santé hors MSP.

4.Développer la formation/ sensibilisation à l'ETP

- Intégrer l'ETP au cursus initial des études médicales
- Sensibiliser à minima les médecins généralistes
- Planifier la formation continue des soignants

5.Disposer d'un système d'information fonctionnel

Au regard de ces résultats, quelle est la place du médecin traitant dans un programme d'éducation thérapeutique ?
(en orange la place du médecin traitant)



Laisser le choix au médecin traitant de s'impliquer à n'importe quelle étape du processus d'éducation thérapeutique.

Codage et valorisation de la prise en charge nutritionnelle: enrichissement du courrier de sortie par la récupération de données.

D. Poussin¹, A. Raul², PH. Thoreux¹

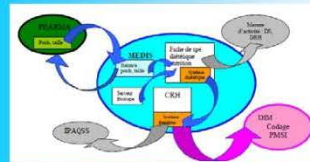
¹DIM, Centre Hospitalier de Saint Brieuc. ²Direction Informatique, CH Saint Brieuc.

INTRODUCTION

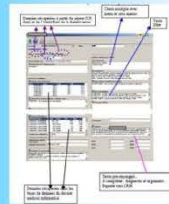
Le codage des séjours, sur lequel est basée la valorisation selon la TZA, est réalisé à partir des courriers de sortie ; les médecins les rédigeant omettent trop souvent les données hors spécialité médicale, et entraînent une sous-valorisation des séjours. C'est le cas de la dénutrition, prise en charge par les diététiciens, dont le compte rendu n'est pas dans l'observation médicale mais dans un module du dossier patient informatisé.

Le but est d'enrichir, informatiquement, les courriers de sortie par des données transversales ; cela devrait permettre un codage de la dénutrition plus réaliste.

METHODES : Les interfaces du DPI :



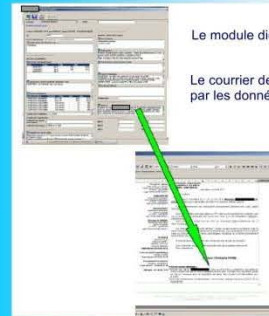
Récupération de données dans le module diététicien :



Le mémo de poche pour médecins :

Cachéxie ? (pas de critère diagnostique) R64			
Perte de poids anormale R634			
Dénutrition (critère et prise en charge)	<70 ans		>70ans
IMC < 17	-	21	18
OU Perte de poids depuis 6 mois > 10 %	15 %	10 %	15 %
OU Perte de poids depuis 1 mois > 5 %	10 %	5 %	10 %
OU Albuminémie g/l < en dehors de tout syndr. inflammatoire	30	20	35
OU Préalbuminémie < transrétinémie g/l	110	50	-
DENUTRITION :	modérée	sévère	modérée
	E440	E43	E440

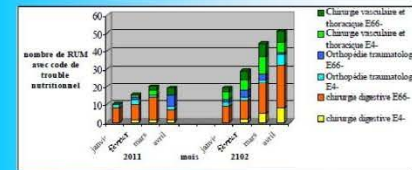
RESULTATS



Le module diététicien du DPI

Le courrier de sortie enrichi par les données récupérées

Evolution du nombre de RUM avec un code E4- ou E66- :



Valorisation obtenue en un mois, pour 3 services (chirurgie adulte) :

	Avril 2012 A partir des CRS sans modification			Avril 2012 modifications de codage à partir des données CRS + gain en valorisation des R634 recodés revalorisés		
	E440	E43	E66	E440	E43	E66
Totaux nutritionnels	1	2	16	1	3	23
Chirurgie digestive	1	2	16	1	3	23
Orthopédie traumatologie	1	1	0	1	0	0
Chirurgie thoracique	1	1	1	1	1	1
Chirurgie viscérale	1	1	1	1	1	1
	10	13	24	10	13	24

soit 9 séjours re-valorisés pour un gain supplémentaire de 31778 €.

Les plus :

Cette expérience a été étendue à tous les services acceptant de voir leurs courriers de sortie enrichis de données transversales ; d'autres prises en charge sont à l'étude pour une même intégration : plaies et cicatrisation, stomathérapie, infections bactériennes, hygiène...

DISCUSSION

Les moins :

Un des travers de l'étude serait de transformer le courrier de sortie en un catalogue désorganisé ; Un autre danger est d'éloigner encore plus le praticien des pathologies en dehors de sa spécialité.

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est l'une des principales sources de référence du Ministère sur les établissements de santé, complémentaire du PMSI, puisqu'elle renseigne sur les capacités, les équipements et les personnels.

Actualisée tous les ans, la SAE permet d'observer des évolutions sur longue période. Elle alimente de nombreux indicateurs (notamment pour le suivi des plans urgence, Alzheimer, etc.) et tableaux de bord (Platines, PQE...).

Les données de la SAE sont mises à disposition six mois après la date de collecte.

POUR PLUS D'INFORMATION
<http://www.direct.sainte-gou.fr>
 rubrique établissements de santé, accueil et médias/saout
<http://drees.sainte-gou.fr> - <http://www.pdm.sainte-gou.fr>
 drees-sae@ste-gou.fr

La SAE pivot du système d'information sur les établissements de santé

La SAE constitue la colonne vertébrale du système d'information sur les établissements de santé.

Elle permet en effet de mettre en relation l'ensemble des sources sur les établissements de santé utilisant soit le numéro FINESS comme identifiant (bases PMSI), soit le numéro SIREN/SIRET (données comptables).

Cette refonte, fruit d'une collaboration DREES-ATIH, vise une plus grande cohérence du système d'information sur les établissements pour les utilisateurs, et une simplification du recueil des données pour les établissements.

Une refonte en 2014

Cette refonte est rendue nécessaire par l'évolution :
 • des systèmes d'information (hospitaliers et administratifs) ;
 • des organisations et modes de coopération ;
 • du paysage institutionnel régional.

L'objectif principal est de s'appuyer sur les autres recueils (notamment le PMSI) pour améliorer la cohérence des systèmes d'information.

La SAE collectée en 2013, sur les données 2012, est donc la dernière sous la forme actuelle. Au printemps 2014, pour la collecte des données 2013, l'enquête SAE présentera un nouveau format.

De plus amples informations, notamment sur le questionnaire, vous parviendront au printemps 2013, via votre ARS.



DÉS INFORMATIONS PLUS FINEMENT LOCALISÉES

1^{er} objectif • collecter au bon niveau la bonne information

• Une interrogation localisée

Le recueil de la SAE s'effectuera au niveau de l'établissement géographique, pour le secteur public comme pour le secteur privé (exception faite de la psychiatrie), alors que les niveaux de recueil sont actuellement différents entre public et privé.

Ce mode d'interrogation :

- permettra une analyse localisée de l'offre de soins pour répondre aux besoins de connaissance sur l'accès aux soins ;
- supprime les interrogations en double entre l'entité juridique et l'entité géographique.

Pour les hôpitaux publics, l'interrogation systématique de tous les établissements géographiques nécessite leur parfaite immatriculation avec un FINESS géographique (dans les répertoires FINESS et ARHGOS).

• Un questionnaire plus fluide et paramétrable

Le questionnaire sera modulable en fonction d'un bordereau filtre initial qui aura pour but de définir les modules de questionnaire devant être soumis à chaque établissement.

Toutes les questions sur les autorisations seront pré-remplies à partir du répertoire FINESS (lui-même alimenté par ARHGOS) mais pourront être modifiées si besoin.

UNE ALIMENTATION DE LA SAE AVEC DES DONNÉES ISSUES DU PMSI

2^e objectif • relier la SAE aux autres recueils réglementaires pour alléger la charge de collecte

• Un pré-remplissage des données d'activité

La convergence entre les deux systèmes d'information SAE et PMSI sera amplifiée par un pré-remplissage dans la SAE des données d'activité issues du PMSI.

Cette alimentation automatique sera effectuée en cours de collecte et permettra aux établissements de valider les données de facteurs de production de la SAE en cohérence avec les données d'activité du PMSI.

L'allègement de la charge de collecte pour les établissements est estimé à plus de 25 %.

• Un préalable indispensable : le fichier des unités médicales du PMSI-MCO

Actuellement, la ventilation de l'activité de court-séjour retenue dans le PMSI (fondée sur les actes) diffère de celle retenue par la SAE (fondée sur les lits). Ces deux approches seront mises en correspondance grâce à un enrichissement du fichier de description des unités médicales.

En pratique pour les DIM, il conviendra d'enrichir en 2013 le fichier des unités médicales par :

- le FINESS géographique ;
- la nouvelle nomenclature du type d'UM (cf. notice technique du PMSI 2013).

DÉS RESTITUTIONS AUTOMATIQUES DE RÉSULTATS

3^e objectif • répondre aux besoins des utilisateurs

• Un questionnaire médical adapté

Le questionnaire sera renouvelé pour tenir compte des nouvelles formes de prises en charge, des nouvelles organisations et des nouvelles technologies.

La terminologie et la dénomination des spécialités seront au plus près de la HPST, les schémas régionaux d'organisation des soins et les prises en charge dédiées devront être à des financements spécifiques (pression d'intérêt général notamment).

• De nouveaux produits de diffusion

Des fiches de synthèse seront produites automatiquement, et porteront sur l'offre de soins, l'organisation de la permanence des soins en établissements de santé, ou les principaux indicateurs SROG.

Ces fiches pourront être obtenues par établissement et par région afin de répondre aux besoins des établissements, des ARS et des acteurs nationaux.



Rémy Christol¹, H. Loulizi¹, C. Buhl¹, N. Leboulanger², M. Piketty², V. Soupre², J. Sroussi², R. Vialle², E. Conti², I. Murat², I. Constant², A. Serfaty^{1,2}

¹APHP, Hôpitaux Universitaires Est Parisien, Département de l'Information Médicale Trousseau, La Roche Guyon, Rothschild, Paris, France.

²APHP, Hôpitaux Universitaires Est Parisien, Groupe Hospitalier Armand Trousseau/ La Roche Guyon, Paris, France.

³INSERM UMR S 953 Unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et en santé des femmes et des enfants U 953, UPMC, Paris, France.

Introduction

Les actes techniques médicaux (ATM) désignent un code utilisé par la classification commune des actes médicaux (CCAM) dans le cadre de la transmission de données entre la sécurité sociale et les régimes complémentaires.

L'hôpital pédiatrique/périnatalité Armand Trousseau, comportant 350 lits d'hospitalisation complète et partielle, propose une offre de soins spécialisés en médecine et chirurgie pédiatrique et néonatale, en obstétrique et gynécologie.

Plusieurs services mentionnent que des actes de blocs ne seraient pas enregistrés pour différentes raisons, notamment : accessibilité aux outils de recueil, absence de saisie plus particulièrement par les praticiens à temps partiel, retard à la saisie, erreurs de dates, erreurs de numéro d'identification patient (NIP).

L'objectif principal est de récupérer les actes de blocs réalisés et non renseignés dans le système d'information hospitalier ou mal enregistrés dans les séjours de 2010, pour la remontée LAMDA de 2012 sur le site Armand TROUSSEAU.

Matériel & Méthode

Matériel

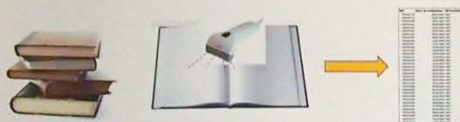
Unités d'analyse

Les actes de blocs sont caractérisés par les variables suivantes : NIP (Numéro d'Identification Patient), la date de l'intervention, la nature de l'acte opératoire et anesthésique, le code CCAM, ainsi que le nom de bloc et l'UH (Unité d'Hospitalisation) du bloc.

Sources d'informations

Le serveur d'actes (SAG) : les actes CCAM enregistrés en 2010 sont listés sur un tableau.

Les cahiers de blocs : à partir des 28 cahiers de bloc notamment de Gynécologie-obstétrique, césarariennes, ORL, orthopédie, chirurgie viscérale, maxillo-faciale et brûlés, de 2010, les NIP sont lus avec une douchette et enregistrés sur un tableau avec la date de l'intervention ainsi que l'UH du bloc. Les informations du cahier de bloc sont vérifiées pour leur fiabilité dans le compte-rendu opératoire.



Méthode

La liste des NIP des cahiers de bloc est croisée avec celle des actes présents dans le SAG pour identifier un acte « non enregistré dans le SAG », ou « mal enregistré » ou « non apparié à son séjour ».

Pour préciser les informations, chaque acte opératoire a nécessité de retourner sur le cahier de bloc pour vérifier la concordance des données : type d'intervention, type d'anesthésie, date de l'intervention.

Résultats

Des actes identifiés comme non enregistrés ou mal orientés dans leur séjour

En 2010, 10 935 actes et dates d'intervention sont recensés sur les cahiers de blocs. Le croisement des fichiers permet d'identifier 324 actes posant question quant à leur enregistrement ou à leur appartenance à un séjour.

Plusieurs catégories d'anomalies sont identifiées, notamment :

- Actes non enregistrés
- Actes enregistrés à la mauvaise date
- Actes enregistrés sur un doublon de NIP
- Actes enregistrés sans séjour créé

De l'identification au rattrapage des actes à coder

Une liste d'actes à vérifier est constituée par service et est adressée à chaque référent PMSI pour complément de codage ou confirmation de création de séjour.

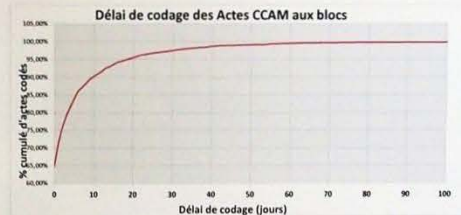
Au total : 265 actes sur 324 (AG complémentaires comprises), ont pu être ajoutés ou corrigés dans le SAG. Ces actes sont venus compléter le codage de 179 séjours. A la remontée LAMDA 2010 réalisée en 2012, 131 séjours sont impactés en termes de valorisation (tableau). Le gain T2A est évalué à 161 000 Euros.

Tableau : Evolution des GHM et de la valorisation T2A après rattrapage de l'enregistrement des actes de bloc à la remontée LAMDA 2010 – situation en 2012

Catégorie de GHM	M → C	M → K	M → M (avec DAS ajoutés)	M → Z	→ K : Nouveau séjour (+ modification, changement du OP)	Aucun	Total
Séjours impactés avec Actes ajoutés							
Nombre de séjours	113	15	2	1	1	48	179
Recettes (€)	153 355	3 312	4 467	-597	859	0	161 396
Valorisation moyenne par séjour (€)	4 647,1	917,0	2 226,0	2 102,3	859	0	

Et si le délai de codage et d'enregistrement était proche de 0 jour

La distribution des actes selon le délai d'enregistrement permet de constater que 65 % des actes sont enregistrés à J0, 85% en moins de 5 jours (graphique).



Discussion, conclusion et perspectives

Ce travail permet d'estimer qu'environ 3% à 5% des actes effectués au niveau des blocs peuvent être oubliés sur une année, avec un délai de codage pour 15% d'entre eux supérieur à 5 jours.

Depuis les contrôles effectués sur l'année 2010, avant la remontée annuelle pour identifier notamment, les actes non appariés à un séjour, une vigilance est mise en place pour rattraper dans les meilleurs délais les actes posant problème, or le problème persiste malgré l'inscription dans la charte des blocs. Les données sur 2011 et 2012 sont en cours d'analyse.

Il y a différents systèmes de vérification des actes réalisés au bloc, qu'il est indispensable de mobiliser, notamment quand ces sources sont informatisées et interprétables, à savoir :

- le rétablissement du contexte des actes à partir du SAG, tâche quasi quotidienne ;
- la comparaison des actes présents dans le SAG à ceux qui sont inscrits dans le logiciel de planification des blocs (IPOPI) à vérifier une fois par semaine, mais comporte des limites quand à l'acte précis réalisé ;
- la recherche des actes non appariés à un séjour à réaliser au moins mensuellement pour dépister des erreurs de dates d'enregistrement, des non créations de séjour ;
- le contrôle de la compatibilité entre acte et diagnostic (contrôle PMSI) ;
- la confrontation des actes enregistrés entre le SAG et le cahier de bloc.

Il s'avère que le cahier de bloc reste la source la plus fiable pour le contrôle de l'exhaustivité et de la qualité de l'enregistrement des actes. Cependant, cette méthode est consommatrice de temps et de ressources humaines : environ trois à quatre mois d'un équivalent temps pleins est nécessaire pour le relevé des NIP et des dates de réalisation, l'analyse des cahiers de bloc, les extractions des données du SAG, les traitements informatiques, la vérification sur le cahier de bloc/CRO, puis le rattrapage par les chirurgiens/anesthésistes, la vérification de l'enregistrement (y compris des DM) et de la valorisation des séjours et le reporting sur une année.

Le rapport entre le bénéfice (recette produite d'au moins 161 000€ + amélioration de la qualité des informations médicales et de l'activité mesurée) et le risque (dépense en ressources humaines d'environ 15 000 à 20 000 €) prône pour un ajustement des ressources dans les DM pour assurer la qualité des informations médicales mêmes si certaines tâches peuvent être effectuées en proximité des blocs, comme le contrôle hebdomadaire de l'exhaustivité à partir des cahiers de blocs, impactant tant l'enregistrement de l'acte que son délai.

Il importe de mettre en place, un contrôle systématique du recueil des actes avant chaque remontée pour minimiser les risques, d'avoir certains actes non enregistrés ou mal orientés dans un séjour. Ce type de vérification ne peut se faire que par l'adéquation des ressources humaines et l'implication de chaque acteur à son niveau de responsabilité.

Remerciements : Notamment, B. VALIN, K. LABASTROL, C. PLAIN-OSSE, J. BOYER et les différents acteurs des blocs opératoires et des services

Contact : remy.christol@aphp.fr, ariane.serfaty@aphp.fr

Apport du Programme de Médicalisation du Système d'Information dans l'optimisation de la permanence des soins en radiologie au Centre Hospitalier Inter Communal d'Alençon Mamers, en 2011

M. Faucon*, G. Launay*, P. Michaux*, E. Lebrun*, S. Pédalière*
*Département d'Information Médicale, Centre Hospitalier Intercommunal Alençon-Mamers, France

INTRODUCTION

La permanence des soins (PDS) est une mission de service public consacrée par la loi HPST [1]. Son objectif est de répondre aux demandes de soins non programmées sur un territoire donné aux heures de fermeture des cabinets médicaux [2-3].

La Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins doit fournir un état des lieux annuel par service des dépenses de PDS au directeur et au président de la commission médicale d'établissement [4].

L'étude préalable de l'activité et du coût médical dans le service d'imagerie sur les périodes de PDS des 2 sites de l'hôpital, a contribué à la réorganisation du service.

MATERIELS ET METHODES

Une requête sur le logiciel PMSI (CORA) a permis de recenser l'ensemble des actes de radiologie nécessitant la présence d'un radiologue à partir des codes CCAM d'échographies et de scanners (TDM) issus des listes de paramétrage du logiciel de saisie des actes radiologie (Xplore), sur les sites de Mamers et d'Alençon, en 2011, ainsi que les données suivantes se rapportant aux actes:

- date,
- heure de réalisation,
- unités demandeuse et de réalisation.

Les dépenses liées au coût médical étaient calculées à partir du logiciel des ressources humaines (PASTEL). Les estimations du coût médical étaient calculées à partir du statut praticien hospitaliers échelon 12 et celles des transports en ambulance à partir des tarifs officiels.

La PDS concernait toutes les nuits (18h-8h), le samedi à partir de 13h, le dimanche toute la journée et les jours fériés.

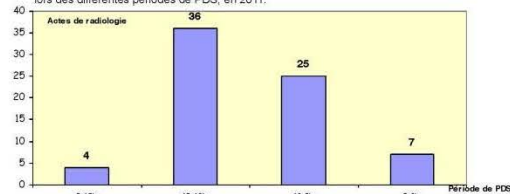
RESULTATS

Sur le site de Mamers

1/ ACTIVITE : En 2011, le nombre d'actes nécessitant la présence d'un radiologue pour les 2 sites était de :

72 actes (échographies seules)

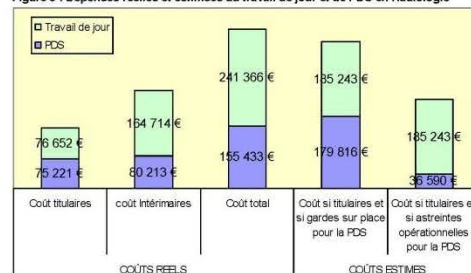
Figure 1 : Nombre d'actes de radiologie nécessitant la présence d'un radiologue réalisés lors des différentes périodes de PDS, en 2011.



2/ DEPENSES IMAGERIE

Le coût de la PDS médicale sous forme d'astreinte opérationnelle était de 155 433€ et celui du travail de jour était de 241 366€. Le coût des infirmières en journée était deux fois plus important que celui des titulaires.

Figure 3 : Dépenses réelles et estimées du travail de jour et de PDS en Radiologie



L'estimation du coût des transferts en ambulance pour réaliser les examens de Mamers sur le site d'Alençon était de 20 196€.

DISCUSSION/CONCLUSION

Le site de Mamers avait une activité médicale très faible de PDS et un coût médical important. Le site d'Alençon avait une activité « soutenue », il existait un recours à l'intérim important en période de jour. Après proposition de la COPS et validation en CME, la direction a mutualisé la ligne de PDS en conservant la présence d'un radiologue à Alençon mais avec des services de radiologie fonctionnant à l'identique (24 heures/24, 7 jours/7) sur les 2 sites avec présence des manipulateurs en électroradiologie et transfert d'image si nécessaire. Une étude sur la pertinence des actes de radiologie en période de PDS pourra être initiée afin de poursuivre les efforts d'optimisation de l'efficacité pour cette activité.

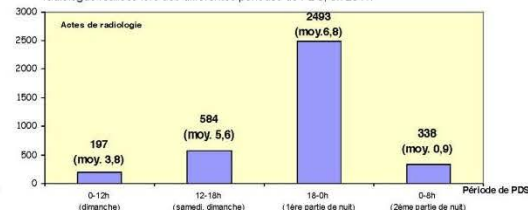
REFERENCES

- [1] Article L.6314-1 du Code de la Santé Publique résultant de la loi HPST du 21 juillet 2009
- [2] Article R.6315-1 du code de la Santé Publique
- [3] Décret no 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins.
- [4] Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Sur le site d'Alençon

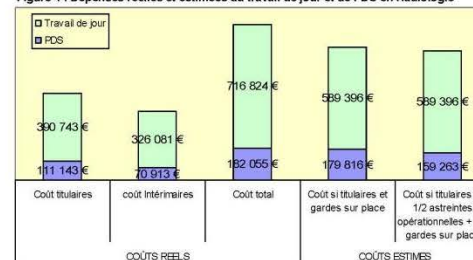
3612 actes (échographies et TDM)

Figure 2 : Nombre et moyenne des actes de radiologie nécessitant la présence d'un radiologue réalisés lors des différentes périodes de PDS, en 2011.



Le coût était de 182 055€ pour la PDS (en garde sur place pour les week-ends et la moitié en garde sur la place et l'autre en astreinte opérationnelle la semaine) de 716 824€ pour le travail de jour.

Figure 4 : Dépenses réelles et estimées du travail de jour et de PDS en Radiologie



Évolution du nombre et de la pertinence d'actes de radiographies soumis aux nouveaux référentiels de remboursement, au Centre Inter Communal d'Alençon Mamez

M. Faucon*, C. Launay*, P. Michaux*, E. Lebrun*, S. Pédaliés*
*Département d'Information Médicale, Centre Hospitalier Intercommunal Alençon-Mamez, France

INTRODUCTION

Afin d'évaluer l'impact des référentiels de remboursement conditionnés par le respect des indications de la radiographie pulmonaire (RP) et de l'abdomen sans préparation (ASP) et dans l'objectif de diminution des prescriptions médicales du Centre Hospitalier Intercommunal Alençon Mamez (CHICAM), nous avons étudié l'évolution de ces actes et ceux de scanographies (TDM) de l'abdomen ainsi que la pertinence de leur prescription [1].

MATERIELS ET METHODES

Une requête par le logiciel PMSI (CORA) a permis de recenser les ASP, RP et TDM de l'abdomen, réalisés aux 1ers semestres 2011 et 2012, à partir des codes actes CCAM suivants : ZBQK002* (radiographie du thorax), ZCQK002 (radiographie de l'abdomen sans préparation), ZCQH001 et ZCQK004 (Scanographie de l'abdomen et du petit bassin, avec/sans injection intraveineuse de produit de contraste), ainsi que les données suivantes : l'unité fonctionnelle demandeuse, la date, le code diagnostic principal (DP) (CIM 10).

L'analyse de la pertinence a été déterminée à partir des DP, étudiés au regard des recommandations HAS, et des séjours ayant un TDM de l'abdomen et ASP réalisés le même jour [2-3].

*A l'exclusion de LJQK001 (radiographie du squelette du thorax)

RESULTATS

1/ ACTIVITE

➤ **RP** : Entre 2011 et 2012, on constatait une diminution de -6% du nombre de RP (Hospitalisation et Externe). L'évolution concernant les services de consultations était stable. La part des actes RP était stable aux Urgences (des 2 sites et soins continus) (48% en 2011 vs 49,5% en 2012).

Tableau I : Nombre et évolution des actes de RP au CHICAM par unité clinique, aux 1^{ers} semestres 2011-2012

Unités Médicales	Nombre d'actes					
	Hospitalisation			Externe		
	1er Semestre		Evolution 2011-2012 (%)	1er Semestre		Evolution 2011-2012 (%)
	2011	2012		2011	2012	
URGENCES ALENCON	1646	1577	-4,2	819	743	-9,3
REANIMATION	1379	1126	-18,3			
PNEUMOLOGIE	656	667	1,7	280	342	22,1
URGENCES MAMERS	592	618	4,4	96	95	-1
URGENCES SOINS CONTINUS	611	585	4,1			
CARDIOLOGIE	202	179	-11,4	3	5	66,7
PEDIATRIE	163	147	-9,8	106	111	4,7
AUTRES	1172	1066	-9,0	45	52	15,6
TOTAL	6421	5962	-7,1	1349	1348	-0,1

➤ **ASP** : On constatait une évolution globale de - 4% du nombre d'ASP (Hospitalisation et Externe). Cette évolution était hétérogène selon le type de prise en charge et les unités médicales. Une augmentation sensible de ces actes en hospitalisation et en externe était constatée en chirurgie urologique.

Tableau II : Nombre et évolution des actes d'ASP au CHICAM, par unité médicale, aux 1^{ers} semestres 2011-2012

Unités Médicales	Nombre d'actes					
	Hospitalisation			Externe		
	1er Semestre		Evolution 2011-2012 (%)	1er Semestre		Evolution 2011-2012 (%)
	2011	2012		2011	2012	
URGENCES ALENCON	526	506	-3,8	448	419	-6,5
MA-URGENCES MAMERS	149	129	-13,4	66	76	15,2
CHIRURGIE UROLOGIQUE	17	99	482,4	6	18	200
CHIRURGIE VISCERALE	94	77	-18,1			
MA-MEDICINE POLYVALENTE	51	52	2,0			
MA-MEDICINE GERIATRIQUE A	38	35	-7,9			
GASTRO-ENTEROLOGIE	40	30	-25,0			
AUTRES	323	228	-29,4	53	70	32,1
TOTAL	1238	1156	-6,6	573	583	1,7

2/ PERTINENCE

Au cours du 1er semestre 2012, 10% des séjours (167/1566) comptent à la fois au moins un TDM abdominal et un ASP au cours d'un même séjour, réalisés le même jour et dans 88% des cas aux urgences.

Au regard des recommandations HAS 2009, 50% des DP répondent aux indications de l'ASP (Tableau IV ci-contre : DP en surbrillance jaune).

DISCUSSION/CONCLUSION

L'évolution des RP et ASP était en diminution. A l'inverse, les TDM de l'abdomen étaient en augmentation (au détriment légitime des ASP), et parfois associés à celle d'un ASP, ce qui n'est pas pertinent. Une discussion entre les différentes spécialités a été initiée afin de reprendre les protocoles de prise en charge des douleurs abdominales aiguës.

Par ailleurs, les efforts de diminution des prescriptions doivent être poursuivis.

REFERENCES

- [1] Décision du 16 novembre 2010 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie. 26 décembre 2010
- [2] HAS. Principales indications et « non indications » de la radiographie de l'abdomen sans préparation. Janvier 2009
- [3] HAS. Principales indications et « non indications » de la radiographie du thorax. Février 2009

TDM abdomen : Le nombre d'acte de TDM de l'abdomen et du petit bassin était constatée en externe et en hospitalisation entre S1 2011 et S1 2012. La part de TDM pour les services des urgences passait de 53% en S1 2011 à 58% en S1 2012.

Tableau III : Nombre et évolution des actes de TDM de l'abdomen et du thorax au CHICAM, par unités médicales, aux 1^{ers} semestres 2011-2012

Unités Médicales	Nombre d'actes		
	1er Semestre		Evolution 2011-2012 (%)
	2011	2012	
URGENCES HOSPITALISEES	256	313	22,3
URGENCES SOINS CONTINUS	59	81	37,3
URGENCES EXTERNES	62	69	11,3
GASTRO-ENTEROLOGIE	87	56	-35,6
PNEUMOLOGIE	47	47	0,0
REANIMATION	28	46	64,3
AUTRES	259	289	11,6
TOTAL	798	901	12,9

Tableau IV : Libellés des diagnostics principaux des séjours effectués en chirurgie urologique au cours du 1^{er} semestre 2012

LIBELLE DIAG	Total
Altération [baisse] de l'état général	1
Autres insuffisances rénales aiguës	2
Calcul de l'uretère	7
Calcul du rein	17
Calcul du rein avec calcul de l'uretère	1
Colique néphrétique, sans précision	8
Cystocèle	1
Hématurie récidivante et persistante, sans précision	3
Hématurie, sans précision	1
Hydronephrose avec obstruction calculeuse rénale et urétérale	10
Hydronephrose avec obstruction de la jonction pyélo-urétérale	2
Hydronephrose avec rétrécissement urétéral, non classée ailleurs	1
Hyperplasie de la prostate	1
Lésion traumatique de l'uretère	3
Mise en place et ajustement d'un appareil urinaire	1
Néphrite tubulo-interstitielle aiguë	7
Prostatite aiguë	1
Pyélonéphrite obstructive (chronique)	3
Rétention d'urine	2
Soin de contrôle chirurgical, sans précision	2
Syndrôme de la queue de cheval	1
Tumeur maligne de la paroi antérieure de la vessie	4
Tumeur maligne de la paroi latérale de la vessie	4
Tumeur maligne de la prostate	8
Tumeur maligne de la vessie, sans précision	6
Tumeur maligne du rein, à l'exception du bassinet	1

Évolution de l'activité hospitalière 2008-2011 en MCO, des personnes âgées de 80 ans et plus au Centre Hospitalier Inter Communal d'Alençon Mamers et comparaison régionale

M. Faucou*, C. Launay*, P. Michaux*, E. Lebrun*, S. Pédaliès*
*Département d'Information Médicale, Centre Hospitalier Intercommunal Alençon-Mamers, France

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population entraîne une hausse des 80 ans et plus dans la patientèle des établissements de santé. Cette répartition de la population est hétérogène selon les régions [1-2]. Nous avons étudié les séjours MCO des 80 ans et plus en Basse Normandie (BN) et pour 5 établissements de typologie comparable au Centre Hospitalier Inter Communal d'Alençon Mamers (CHICAM).

MATERIELS ET METHODES

Des requêtes effectuées dans PMSI pilot sur les bases du Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) régionales ont permis de recenser les séjours des patients de 80 ans et plus, de 2008 à 2011, dans les établissements sélectionnés et en BN. Les critères d'analyse étaient : le type d'hospitalisation, la sévérité, les racines des GHM, les regroupements de racine et les recettes T2A. Les établissements ont été comparés par le test du Chi-2. (seuil de significativité 5%)

RESULTATS

En 2011, en BN, les 80 ans et plus représentaient 16,5% des séjours (avec une contribution à l'évolution du nombre des séjours entre 2008/2011 de 44,1%), et 23,9% des recettes T2A (avec une contribution à l'évolution des recettes T2A entre 2008/2011 de 97%). Parmi les établissements sélectionnés, l'un avait un taux de séjours pour cette tranche d'âge, comparable au CHICAM, contrairement aux 3 autres dont les taux étaient significativement inférieurs (Figure 1).

Pour l'ensemble des établissements, l'activité des séjours concernant les personnes âgées de 80 ans et plus se caractérisait par une plus forte proportion de séjours de niveaux 2 et 3, par rapport aux autres tranches d'âge. Les séjours de niveau 4 (hors CMD 14 et 15) représentaient (CHICAM : 3,4% et BN : 3,5%) des séjours des patients ≥ 80 ans (en moyenne ce niveau représentait 1,4% de l'activité pour le CHICAM et 1,3 % pour la BN). A l'inverse, les séjours de niveau 1 et J étaient moins fréquents.

Parmi les Catégories Majeures de Diagnostics (CMD) les plus fréquentes (hors séances), celles qui participaient le plus à la croissance des séjours (2010/2011) pour le CHICAM et la BN étaient : « Affections de l'appareil respiratoire » (CMD 04) et « Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif » (CMD 08).

Pour le CHICAM, au sein de la CMD 04 (Affection de l'appareil circulatoire), la racine 04M05 « Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans » était celle qui participait le plus à la croissance des séjours pour les patients âgés de 80 ans et plus, comme pour l'ensemble de la population (Tableau I). En BN, on retrouvait la même racine participant le plus à la croissance des séjours de la CMD 04 pour les 80 ans et plus ce qui n'était pas le cas pour l'ensemble de la population (Tableau II).

Pour le CHICAM, au sein de la CMD 08 (Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif), parmi les 3 racines les plus contributrices de la croissance des séjours 2 étaient les mêmes pour les plus 80 ans et plus et pour l'ensemble de la population. En revanche, la racine 08M29 « autres pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical » évoluait fortement et contribuait à 17,4% de la croissance des séjours de la CMD pour les 80 ans et plus versus 4% sur l'ensemble de la population.

Pour la BN, on ne retrouvait pas les mêmes racines contribuant le plus à la croissance des séjours qu'au CHICAM sauf la 08C48 « Prothèses de hanche pour des affections autres des traumatismes récents ». Par ailleurs, cette racine contribuait à 8,1% de la croissance des séjours de la CMD pour les 80 ans et plus versus 11 sur l'ensemble de la population. A l'opposé, les 2 autres racines évoluaient fortement et contribuaient à la croissance des séjours des 80 ans et plus, à 10% par exemple pour 08M25, mais n'y contribuait pas pour l'ensemble de la population.

Figure 1 : Répartition des séjours par classe d'âge en BN et par établissement, en 2011

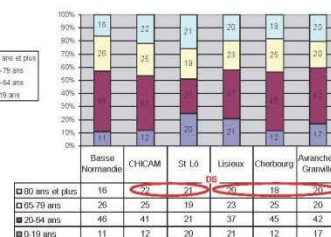


Tableau I : Évolution des racines participant le plus à la croissance des séjours(2010/2011), au sein des 2 principales CMD, au CHICAM.

Racine	Libellé	Nombre de séjours en 2011	évolution 2010/2011		Contribution à la croissance de séjours dans la CMD	
			80 ans et plus	Total	80 ans et plus	Total
CMD 04 Affections de l'appareil respiratoire						
04M05	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans	269	37,9	34,3	54,4	50,0
04M20	Bronchopneumopathies chroniques surinfectées	81	37,3	15,9	16,2	7,0
04M03	Bronchites et asthme, âge supérieur à 17 ans	77	35,1	8,4	14,7	4,0
04M07	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans	53	55,9	26,8	14,0	7,0
CMD 08 Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif						
08C48	Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents	32	166,7	51,2	21,7	23,0
08M29	Autres pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical	35	84,2	9,2	17,4	4,0
08C24	Prothèses de genou	16	350,0	156,2	15,2	22,0

Tableau II : Évolution des racines participant le plus à la croissance des séjours (2010/2011), au sein des 2 principales CMD, en Basse Normandie.

Racine	Libellé	Nombre de séjours en 2011	évolution 2010/2011		Contribution à la croissance de séjours dans la CMD	
			80 ans et plus	Total	80 ans et plus	Total
CMD 04 Affections de l'appareil respiratoire						
04M05	Pneumonies et pleuradites banales, âge supérieur à 17 ans	2695	17,0	10,7	52,1	37
04M20	Bronchopneumopathies chroniques obstructives	1031	30,4	29,55	30,0	40
CMD 08 Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif						
08M25	Fractures pathologiques et autres tumeurs malignes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	374	14,7	-1,2	10	0
08C22	Interventions pour reprise de prothèses articulaires	220	27,2	14,4	9,8	5
08C48	Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents	606	6,9	7,1	8,1	11

DISCUSSION/CONCLUSION

Les 80 ans et plus étaient davantage représentés en BN (5,7%) qu'en France (5%) [1]. L'âge, pouvait être un frein à la prise en charge ambulatoire compte tenu notamment de l'isolement des personnes âgées. L'effet âge expliquait la forte proportion de séjours de niveaux élevés. Cette étude confirmait que la part de ces séjours était plus élevée en BN qu'en France, et particulièrement au CHICAM. Les principaux motifs d'hospitalisation au CHICAM étaient similaires à ceux de BN.

La mise en évidence de 2 groupes d'établissements comparables en part de séjours des 80 ans et plus, pourra servir d'élément de pondération sur certains indicateurs de pilotage comme la DMS.

REFERENCES

- [1] Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. Vieillesse de la population et évolution de l'activité hospitalière 2007-2010 : Focus de la prise en charge des 80 ans et plus. 2012
- [2] Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. L'analyse de l'activité hospitalière 2011. 2012

INTRODUCTION

Les pathologies infectieuses peuvent survenir chez l'ensemble des patients. La survenue et le traitement de ces infections doivent être pris en compte lors du codage PMSI en fin de séjour. Il est parfois délicat de distinguer les infections des colonisations. Le codage des infections permet parfois d'augmenter le niveau de sévérité du séjour concerné et par conséquent la valorisation du séjour. Le codage incomplet représente donc un manque à gagner pour l'hôpital.

Le but de cette étude était d'évaluer la faisabilité du recodage des infections avec mise en place d'un algorithme de sélection des séjours et évaluation de l'efficacité de la procédure.

METHODES

1) Faisabilité de la procédure

- Exploration des différentes sources de données et des possibilités de lien : PMSI – Bactériologie – Pharmacie.
- Sélection de bactéries avec un fort potentiel d'augmentation de la valorisation des séjours : *Pseudomonas aeruginosa* et *Staphylococcus aureus*.
- Mise en place d'un algorithme de sélection des séjours : création d'un programme (logiciel Stata®) permettant de cibler les dossiers pour lesquels on suspecte un oubli de codage de l'infection.
- Test de l'algorithme sur la période d'étude : 1^{er} mars 2011 au 21 août 2011 avec relecture ± recodage des séjours sélectionnés.
- Evaluation de l'algorithme : pourcentage de dossiers recodés sur le nombre de dossiers sélectionnés par l'algorithme.

2) Evaluation de l'efficacité de la procédure

- Gain de recettes apporté par le recodage : valorisation théorique calculé sur le GHS modulé par la durée de séjour; calcul des recettes avec Easycode®.
- Coût en personnel : le recodage est fait par un technicien supérieur hospitalier (TSH), une journée de travail effectif de 6,85h est valorisée 248 € ; le temps évalué pour un recodage complet du séjour est de 20 minutes par dossier revu.

RESULTATS

1) Exploration des différentes bases de données : PMSI – Bactériologie – Pharmacie

- Données de la pharmacie difficilement exploitables dans ce contexte : non exhaustives (tous les services ne sont pas informatisés), manque de spécificité des anti-infectieux (AI) : AI non spécifique d'un microorganisme, AI utilisé en prophylaxie.
- Difficulté de relier ces bases de données entre elles, les patients n'étant pas identifiés par NDA/NIP dans la base de données de la bactériologie. Un identifiant générique a été créé : initiales et date de naissance du patient.

2) Algorithme de sélection des séjours

- Sélection des séjours inclus dans la période d'étude avec au moins un prélèvement bactériologique positif.
- Exclusion des séjours suivants : consultation, séances (Z), ambulatoire (J), court et très court séjour (T), séjours déjà codés et ceux ayant atteints le niveau maximal de sévérité, en tenant compte de la durée de séjour, et les séjours avec des prélèvements bactériologiques non informatifs (ex : écouvillon nasal pour le staphylocoque doré) (figure 1).

Figure 1 : Séjours étudiés sur la période mars à août 2011



Tableau 1 : Description des 1758 séjours

Variables	Initiales	% (Effectif)
Sexe		
Hommes	43.1% (757)	
Femmes	56.9% (1001)	
Age		
0-44 ans	48.4% (845)	
50-70 ans	31.5% (554)	
71 ans et plus	22.1% (389)	
Sévérité		
1-A	38.8% (684)	
2-B	20.8% (365)	
3-C	29.3% (514)	
4-D	13.3% (232)	
E	0.8% (14)	
NA	0.1% (1)	
Type de GHM		
C	24.7% (434)	
K	2.9% (52)	
M	53.2% (931)	
Z	18.3% (320)	
NA	0.1% (1)	

3) Test de l'algorithme

Au cours de cette période d'étude, 13,2% des séjours étaient associés à un prélèvement bactériologique positif (soit 1758 séjours, tableau 1). Parmi ces séjours, 107 étaient associés à au moins un prélèvement positif en bactériologie à *Pseudomonas aeruginosa* et 250 à un prélèvement à *Staphylococcus aureus*. Après exclusion des dossiers déjà codés et des dossiers n'étant pas susceptibles de passer au niveau de sévérité supérieur après recodage, 132 dossiers : 42 pour le *Pseudomonas aeruginosa* (figure 2) et 97 pour le *Staphylococcus aureus* (figure 3) ont été revus (7 patients ont eu un prélèvement positif aux 2 bactéries).

Parmi les 132 séjours revus, 34 ont été recodés, soit 25,8% des dossiers sélectionnés.

Figure 2 : Séjours avec potentielle infection à *Pseudomonas aeruginosa*

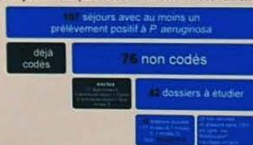
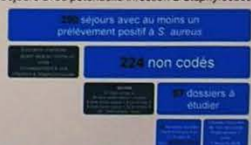


Figure 3 : Séjours avec potentielle infection à *Staphylococcus aureus*



4) Evaluation de l'efficacité de la procédure

- Suppléments de recettes : parmi les 34 séjours recodés, 6 ont changé de racine de GHM et un dossier a été revu à la baisse. Un dossier a été recodé à la fois pour les 2 bactéries soit 2 849 € à déduire. Au total, sur les 6 mois de la période d'étude, les recettes supplémentaires se sont élevées à 108 892 € (50 143 € + 61 598 € - 2 849 €).
- Coût en personnel : 1 853 € soit 1 journée pour l'extraction des listes de dossiers (248 €) et 6,5 jours pour le recodage (605 €).

→ Au total : Coût = 1 853 € ; Recettes = 108 892 €

DISCUSSION

Le but de cette étude était d'évaluer la faisabilité d'un recodage en routine des infections. Pour cela, un algorithme de ciblage des séjours a été mis en place. Cette procédure peut être réalisée de façon trimestrielle, ce qui représente en coût en personnel : 248 € pour l'extraction des listes et 802 € pour le recodage. Au total, le gain espéré est de 53 400 € pour moins d'une semaine de travail pour une personne ce qui apparaît réalisable.

Dans cette étude nous nous sommes exclusivement intéressés aux cultures bactériologiques réalisées au cours de l'hospitalisation dans le laboratoire de bactériologie (d'autres techniques diagnostiques non pas été prises en compte). Les résultats concernant les résistances n'ont pas été pris en compte ici (tests réalisés par le laboratoire d'hygiène). L'ensemble du dossier a été revu et un recodage complet du séjour a été réalisé. Par conséquent, une partie des recettes supplémentaires peut être attribuable à des modifications de codage autres que l'ajout de codes relatifs à l'infection (par exemple, ajout de DAS supplémentaires). Ce travail avait pour but de cibler les dossiers potentiellement à recoder. Dans un premier temps, nous avons fait le choix de nous restreindre à 2 bactéries qui avaient un fort potentiel d'augmentation des recettes (niveaux 3 et 4).

Les perspectives sont d'évaluer la possibilité d'étendre cette procédure à d'autres bactéries. En particulier, on pourrait s'intéresser à des couples localisation/bactérie, par exemple pneumopathie à *Klebsiella pneumoniae* code J150 (niveau 4) ou encore à *Proteus* codé B96.4 (niveau 3). L'algorithme de sélection des séjours devra évoluer avec les éventuelles changements des règles de codage, les modifications de CMA et de la CIM-10. La mise en place en routine d'une procédure de recodage des infections à partir du croisement des données PMSI avec les données de bactériologie est faisable et efficace.

P. Troude^{a,b}, N. Deleval^a, R. Boulkedid^c, J-M. Launay^{b,d}, D. Logeart^{b,e}, S. Laribi^f, S. Mouly^{b,g}

^a Service de Santé Publique et Économie de la Santé, hôpital Lariboisière, AP-HP, Paris
^b Laboratoire de biochimie, hôpital Lariboisière, AP-HP, Paris
^c Service de Médecine Interne A, hôpital Lariboisière, AP-HP, Paris

^d Faculté de médecine, université Paris 7 Denis Diderot, Paris
^e Service de Cardiologie, hôpital Lariboisière, AP-HP, Paris

^f Unité d'épidémiologie clinique, hôpital Robert Debré, AP-HP, Paris
^g Service d'accueil des urgences, hôpital Lariboisière, AP-HP, Paris

INTRODUCTION

L'utilisation croissante des biomarqueurs et leur coût élevé incite à l'optimisation de leurs prescriptions. Une situation de sur-prescription d'examen biologiques avait été objectivée dans le groupe hospitalier Lariboisière - Fernand Widal en 2007, et l'hypothèse d'une généralisation du dosage du BNP avait été proposée pour expliquer en partie ce phénomène. L'objectif de ce travail était d'étudier la faisabilité de la mise en place d'indicateurs de consommation de deux biomarqueurs (D-Dimères, troponine), ajustée sur l'activité clinique, à l'hôpital Lariboisière.

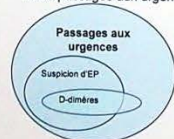
POPULATION ET METHODES

Tous les dosages réalisés entre le 01/01/2008 et le 31/12/2011 au cours d'un séjour MCO en hospitalisation complète (HC) ou lors d'un passage aux urgences ont été inclus dans l'étude. Ces données ont été agrégées par mois et par années, par service et par pôle.

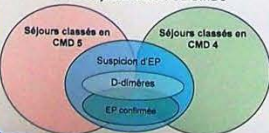
Les nombres de dosages de D-dimères et de troponine réalisés ont été fournis par les laboratoires d'hématologie et de biochimie. Les données d'activité ont été extraites via OPALE (entrepôt de données partagé de l'AP-HP) pour la même période : nombre de séjours, nombre de séjours classés en CMD4 et CMD5 (affections respiratoires et cardio-circulatoires) et nombre de passages aux urgences.

Les évolutions des nombres de dosages et de l'activité clinique ont été décrites au cours du temps, puis différents indicateurs mesurant la consommation des biomarqueurs rapportée à l'activité clinique ont été calculés aux niveaux établissement et pôle. Deux indicateurs ont été retenus.

$D_{45} = \frac{\text{nb D-dimères réalisés aux urgences}}{\text{nb de passages aux urgences}}$



$D_{45} = \frac{\text{nb D-dimères réalisés en HC}}{\text{nb de séjours CMD4 ou CMD5}}$

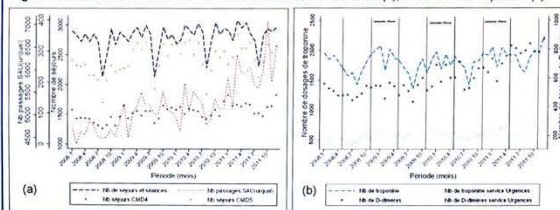


RESULTATS

Tableau 1. Données annuelles de dosages et d'activité au niveau de l'établissement

	2008	2009	2010	2011	Evolution 2011/2008
Nb dosages D-dimères réalisés	6 082	6 309	7 607	9 230	+52%
Prescrits aux urgences (DU)	2 037	2 264	2 413	3 199	+57%
Prescrits en hospitalisation complète (DH)	4 045	4 045	5 094	6 031	+49%
Nb dosages troponine réalisés	21 272	21 200	21 648	22 990	+8%
Prescrits aux urgences (TU)	6 303	6 991	6 963	7 567	+20%
Prescrits en hospitalisation complète (TH)	14 969	14 209	14 685	15 423	+3%
Données d'activité					
Nb passages SAU (U)	55 550	61 834	62 002	71 924	+29%
Nb séjours HC	32 705	33 303	33 960	34 282	+5%
Nb séjours HC CMD04 (respi)	930	1 243	1 284	1 502	+62%
Nb séjours HC CMD05 (cardio)	2 761	3 441	3 441	3 543	+28%
Nb séjours HC CMD4 ou CMD05 (H45)	3 691	4 684	4 725	5 045	+37%
Indicateurs proposés					
$D_{45} = \text{nb D-dimères urgences} / \text{nb passages urgences (DU/U)}$	0,037	0,037	0,039	0,044	
$D_{45} = \text{nb D-dimères HC} / \text{nb séjours HC CMD04-CMD05 (DH/H45)}$	1,096	0,864	1,078	1,195	
$T_{45} = \text{nb troponine urgences} / \text{nb passages urgences (TU/U)}$	0,113	0,113	0,112	0,105	
$T_{45} = \text{nb troponine HC} / \text{nb séjours HC CMD04-CMD05 (TH/H45)}$	4,056	3,034	3,108	3,057	

Figure 1. Données mensuelles au niveau de l'établissement: activité (a), D-dimères et troponine (b)



La figure 1 retrouve la tendance globale à une augmentation au cours du temps des données d'activité et des biomarqueurs. Il existe une relative concordance entre les variations mensuelles observées pour l'activité et pour la consommation des biomarqueurs.

Les figures 2 et 3 représentent l'évolution au cours du temps des indicateurs retenus, respectivement pour les D-dimères et la troponine. Les 2 biomarqueurs ont des évolutions différentes: la consommation de D-dimères ajustée sur l'activité augmente au cours du temps, alors que celle de la troponine a tendance à diminuer.

Figure 2. Indicateurs mensuels de consommation des D-dimères

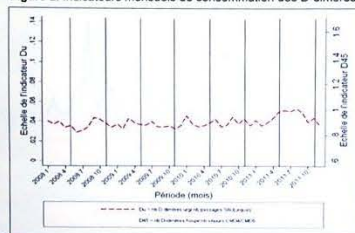
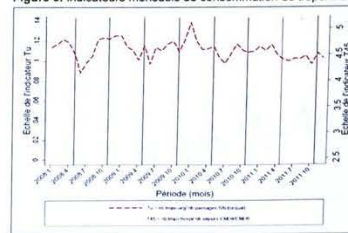


Figure 3. Indicateurs mensuels de consommation de troponine



CONCLUSION

Les indicateurs de consommation des biomarqueurs rapportée au nombre de passages aux urgences et aux séjours classés en CMD 4 ou CMD 5 semblent être des indicateurs prometteurs et pourraient être développés sur d'autres sites à des fins de comparaison inter-établissements. Les changements des structures (pôles et services) au cours du temps peuvent être un frein au suivi de ces indicateurs au cours du temps, en fonction du niveau de structure choisi.

Évaluation de la capacité nécessaire au service de pneumologie du Centre Hospitalier Inter Communal d'Alençon Mamers, en 2011

M. Faucon¹, C. Launay², P. Michaux¹, E. Lebrun¹, S. Pédalès¹
¹Département d'Information Médicale, Centre Hospitalier Intercommunal Alençon-Mamers, France

INTRODUCTION

Parmi les orientations stratégiques du projet médical du Centre hospitalier ALENCON MAMERS (CHICAM), l'adaptation capacitaire est un point délicat [1]. L'étude préalable des séjours du service de pneumologie (recensant l'essentiel de l'activité spécifique de pneumologie) par le PMSI a participé à l'estimation du nombre de lits nécessaires.

MATERIELS ET METHODES

1/ Une requête par le logiciel CORA activité a permis de déterminer les séjours effectués dans le service de pneumologie en 2011, ainsi que les données suivantes se rapportant aux séjours concernés :

- les codes (CIM10) et les libellés des : Diagnostics Principaux (DP), des Diagnostics Associés Significatifs (DAS), des Diagnostics Reliés (DR) des séjours
- date et durée du mouvement

Les données ont été exportées puis analysées avec le logiciel EXCEL.

2/ L'analyse des DP retenus, des DAS et des DR a permis de classer les séjours. Ces séjours étaient étiquetés spécifiquement pneumologie lorsque le motif d'hospitalisation des séjours (DP) était soit : cancer pulmonaire, soins palliatifs pour cancer pulmonaire, affection pulmonaire¹, symptomatologie pulmonaire ou infection/affection aiguës pulmonaires dans un contexte de cancer pulmonaire (DAS) ou d'antécédents pulmonaires² (DAS). Seuls les mouvements dont les séjours « étiquetés spécifiquement pneumologie » ont été retenus pour le calcul de l'estimation de lits indispensables. Le calcul de cette estimation a été effectué en tenant compte d'un taux d'occupation de 0.85% et selon la formule suivante : Nombre de lits = durée totale des mouvements / [taux d'occupation (TO=0.85) * 365]. Le calcul des Durées moyennes de séjour (DMS) a été effectué par la formule suivante : DMS = journées réalisées/nombre de séjours.

¹tuberculose, sarcoidose, emphyseme, EP, BPCO, Asthme, maladies pulmonaires interstitielles, pneumo et hémithorax, épanchement pleural, collapsus pulmonaire, hémoptysie

²présence trachéotomie, absence acquise de poumon, Insuffisance Respiratoire Chronique, BPCO, affection pulmonaire interstitielle, sarcoidose

RESULTATS

En 2011, le service de pneumologie qui possède 28 lits a enregistré 741 séjours pour une durée totale de 9319 jours et une DMS de 12,6 jours. 60%, soit 422 séjours ont été « étiquetés spécifiquement pneumologie » avec une durée totale des mouvements de 5556 jours avec une DMS de 13 jours (cf tableau I).

Tableau I : Nombre et durée des séjours de pneumologie selon leur classification, en 2011 au CHICAM.

Classification des séjours	Nombre de séjours	Durée des séjours (jours)
"spécifiquement étiquetés pneumologie"	422	5556
Cancers pulmonaires en DP	81	1256
Affections pulmonaires en DP	182	2393
Cancers pulmonaires en DAS et affections/infections aiguës en DP	39	522
Antécédents pulmonaires en DAS et affections/infections aiguës en DP	87	1030
Soins palliatifs en DP et Cancers pulmonaires en DR (ou DAS)	18	243
Symptomatologie pulmonaire en DP	15	112
"non spécifiquement étiquetés pneumologie"	319	3763
Infections pulmonaires en DP (J1-.-) sans DAS pulmonaire	194	2326
Cancers pulmonaire en DAS et DP non pulmonaire	14	116
Soins palliatifs en DP et DR (ou DAS) non pulmonaire	6	103
Infections/Affections pulmonaires en DAS, DP non pulmonaire	51	628
DP et DAS non pulmonaire	54	590
Total	741	9319

Les mouvements « étiquetés spécifiquement pneumologie » représentaient environ 60% de l'ensemble des séjours (y compris en terme de durée).

L'estimation du nombre de lits était de 18 lits pour les mouvements « étiquetés spécifiquement pneumologie » et pour un taux d'occupation à 85%.

DISCUSSION/CONCLUSION

La réduction de 28 à 18 lits ne devrait pas entraîner de dysfonctionnements significatifs. Néanmoins, l'effort pour diminuer la DMS devra être poursuivi (organisations plus efficaces et travail sur les filières d'aval).

Mais la validation de l'estimation devra tenir compte :

- de la part de marché sur la zone d'attractivité : 71%, du taux de recours 15,86 (taux national : 13,3),
- d'un TO, inférieur au taux actuel (85%) était faible (TO en médecine, en 2011),
- de la DMS du service, supérieure à la moyenne nationale.

REFERENCE

[1] Projet médical 2013-2018 du Centre Hospitalier Inter Communal d'Alençon Mamers. 2012

Aude CADALBERT¹ Annie SERFATY^{1,2}

¹ APHP, Hôpitaux Universitaires Est Parisien, Département de l'Information Médicale, Trousseau, La Roche-Guyon, Rothschild, Paris, France.
² Inserm UMR S 953 Unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et en santé des femmes et des enfants, Paris, France.

Introduction

L'hôpital ROTHSCILD devenu au fil des années spécialisé en gériatrie, médecine physique et réadaptation, occupe une place importante dans les prises en charge des personnes âgées de l'est parisien, avec à ce jour une capacité de 276 lits. L'hôpital propose une prise en charge en réduction et en gériatrie adaptée aux habitants des arrondissements de l'Est parisien. Ces lits se répartissent dans deux services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) en neuro-orthopédie, Neurologie et deux services de Gériatrie, avec une offre en hospitalisation partielle et complète. A ces lits de SSR et de MCO gériatrique, des Soins de longue durée viennent compléter le panorama de la filière de soins. L'ouverture de 30 lits supplémentaires de SSR gériatrique sera effectuée au cours de l'année 2013.

Les deux services de Gériatrie offrent une prise en charge spécialisée, d'une part sur les plaies et cicatrisation et d'autre part, sur les troubles cognitifs, maladie d'Alzheimer, consultation mémoire labellisée, et unité cognitivo-comportementale.

L'hôpital travaille en étroite collaboration avec les autres hôpitaux du groupe hospitalier, Saint Antoine et Tenon, pour assurer un parcours de soin adapté. En effet, l'enjeu majeur est d'assurer une continuité dans le parcours de soins des personnes hospitalisées.

Certaines durées de séjour trop longues ont été observées dans le service de gériatrie aigüe en 2011. Ceci nous interroge sur la filière de soins et l'atteinte de l'objectif fixé dans le cadre des thématiques prioritaires de l'APHP.

Ce travail vise à décrire l'évolution de la durée de séjours (DMS) en gériatrie aigüe entre 2010 et 2012 et son impact sur la valorisation T2A des séjours MCO du service de gériatrie aigüe.

Présupposé de départ

Une baisse du chiffre d'affaire moyen par jour en 2011 nous a fait nous interroger sur l'impact de la durée de séjour trop longue, ainsi que sur l'efficacité de la recette T2A.

Matériel et Méthodes

Matériel

Unité d'observation : les Séjours de gériatrie aigüe, en hospitalisation complète enregistrés dans la période de 2010 à 2012. Les variables analysées sont notamment : la DMS cumulée ; les séjours extrême haut (EXH) ; le chiffre d'affaire moyen journalier (CA-jour).

Méthode

Les séjours en hospitalisation complète sont extraits de la base PMSI de l'hôpital et de l'application partagée au niveau du GH, où sont injectées les données PMSI après chaque remontée. Les données sont analysées sous Excel.



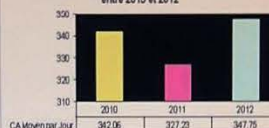
Résultats

Evolution de la DMS Cumulée en Hospitalisation Complète dans un Service de Gériatrie Aigüe entre 2010 et 2012



En 2011, il est constaté une augmentation de 13% de la DMS cumulée par rapport à 2010 dans le service de gériatrie aigüe elle atteint 15.87 jours par rapport à 14.95 jours en 2010. En 2012 la DMS cumulée baisse de 11% pour atteindre un niveau presque équivalent à celui de 2010.

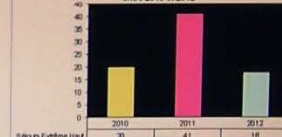
Evolution du Chiffre d'Affaire Moyen Jour en Hospitalisation Complète dans un Service de Gériatrie Aigüe entre 2010 et 2012



En 2011, il est constaté une diminution du Chiffre d'affaire moyen par jour de 4% par rapport à 2010, ce qui nuit à l'efficacité de la recette. Cette diminution semble avoir un lien avec une DMS qui augmente et des séjours longs.

Le suivi des séjours longs par le service de gériatrie avec la mise en place d'une Démarche d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) en 2011 – 2012, à l'aide d'une Revue de Mortalité Morbidité (RMM), a permis de parfaire la filière de soins notamment par l'ouverture de lits d'aval dans l'établissement, ce qui s'est répercuté tant sur la DMS que sur la valorisation des séjours. En 2012, le CA remonte à 347,45 euros, et est supérieur à celui de 2010.

Evolution des Séjours Extrême Haut en Hospitalisation Complète dans un Service de Gériatrie Aigüe entre 2010 et 2012



La diminution du chiffre d'affaire moyen par jour en 2011 semble corréler à l'augmentation du nombre de séjours extrêmes haut (EXH), qui ont doublé entre 2010 et 2011.

Le nombre de séjours EXH a diminué en 2012. Ce qui se traduit en termes de proportion : 2,4% séjours EXH en 2012, pour 6,5% en 2011 et 4,5% en 2010.

La diminution des séjours EXH et de la DMS est certainement liée à une démarche d'assurance qualité du codage et de la valorisation des séjours. En 2012, l'analyse des séjours très longs par le service de gériatrie et le recodage des séjours ciblés par le DIM (séjours EXH, séjours de niveau de sévérité 1 ou 2 ayant une DMS supérieure à la DMS nationale ont été recodés par le DIM.

Discussion – Conclusion – Perspectives

Les résultats observés à partir des données PMSI, notamment sur les Durées Moyennes de Séjours et sur la valorisation T2A, permettent de suggérer qu'il existe un lien entre une DMS longue et le manque d'efficacité de la valorisation T2A des séjours.

Si le suivi de la DMS et de la valorisation T2A interroge sur l'efficacité de la recette et donc sur le parcours de soins, d'autres facteurs peuvent contribuer à rendre plus optimal le parcours de soins de la personne, comme l'offre de soins en lits d'aval, l'optimisation du réseau de prise en charge de la personne âgée, ou encore par la régulation des entrées et des sorties.

Si en 2012, on a pu constater une remontée du CA moyen jour et une efficacité de la recette, c'est par la combinaison de plusieurs actions :

- Un suivi mensuel de la DMS et de son impact sur la valorisation T2A ;
- L'extraction d'une liste de patients avec une DMS ≥ 30 jours pour une EPP mise en place par le service de gériatrie ;

- Une vérification des données administratives, en particulier sur la date de sortie et aussi sur l'identité, à partir des comptes-rendus d'hospitalisation (CRH) ;

- Une étude du codage des séjours ayant une DMS ≥ 30 jours, des séjours ayant un niveau de sévérité à 1 ou 2 et pour lesquels la DMS était ≥ DMS nationale pour le même GHM, qui a été mise en place au sein du service du DIM en collaboration avec les médecins du service ;

- Un retour au service des propositions de recodage à partir des CRH.

Nous préconisons de poursuivre ce suivi mensuel, de le présenter à des ateliers de codage afin de procéder à un rappel des bonnes pratiques de production de l'information médicale et le cas échéant de questionner le parcours des patients aux DMS trop longues : fermetures de lits d'aval ; restructuration de l'offre de soins ; profil des patients avec des problèmes sociaux lourds, ... Afin d'être à même d'aider à une meilleure planification de la prise en charge des patients.

Mots-clés : PMSI en gériatrie aigüe ; Parcours de Soins ; Durée Moyenne de Séjour ; Chiffre d'Affaire Moyen Jour ; Tarification à l'activité

Remerciements

Dr Anne Sophie GRANCHER, Chef du Service de Gériatrie Aigüe, Mme Françoise LIETARD Directrice de l'Hôpital ROTHSCILD, responsable du groupe « Amélioration de la filière gériatrique »

Dr Annie SERFATY Médecin responsable DIM Trousseau, La Roche Guyon, Rothschild - GH HUEP

Contacts : aude.cadalbert@rth.aphp.fr ; annie.serfaty@trs.aphp.fr

- Mots clés : Information, tableau de bord, prospective, statistique, asymétrie d'opinion.

[illegible]

forme est établi de façon périodique permettant ainsi d'apporter dans les délais courts des mesures correctives quant aux activités.

Les variables explicatives	Les latitudes des activités
A1	Activité d'hospitalisation
A2	Activité des urgences
A3	Activité de maternité
A4	Activité de consultation
A5	Activité de radiologie et d'exploration fonctionnelle
A6	Activité de laboratoire
A7	Actes opératoires
A8	Activité de stomatologie
A9	Activité d'hémodialyse

socio-économique)

facilitant la tâche de l'interprétation.

A cet effet, nous avons établi cette *spécification asymétrique* comme suit :

$$\log (I_{t+1}^* - m_0) = \beta_0 + \beta_1 \log (I_{t+1}^* - m_0) + \varepsilon_{1t}$$

Où :

- m_0 correspond à un terme constant pour l'indicateur ;
- β_0 sont les coefficients associés aux variables explicites ;
- m_0 est le terme de l'erreur de l'indicateur à l'instant t .

Compte tenu que l'estimation des paramètres se fait sous la contrainte d'une *symétrie du terme* (β_0) et une *variance* (ε_{1t}) *stable*.

$$\text{Cor}(I_{t+1}^* - m_0, I_{t+1}^* - m_0) = \text{Cor}(I_{t+1}^* - m_0, I_{t+1}^* - m_0)$$

Comme $H(0) = 0$ alors $\text{Cor}(I_{t+1}^* - m_0, I_{t+1}^* - m_0) = 0$

d'où les hypothèses : $\text{Cor}(I_{t+1}^* - m_0, I_{t+1}^* - m_0) = 0$

Use (1) or (2) to find the derivative: $\frac{d(\log x)}{d(\log x)} = \frac{x \cdot \frac{1}{x}}{\frac{1}{x}} = \frac{1}{\frac{1}{x}} = x$

[illegible]

Cross-sectional test (diversity variable)		
It is reported	0.00000	Most dependent var
Adjusted R squared	0.79331	S.D. dependent var
S.E. of regression	0.14070	Scale of dependent var
Sum squared resid	3.00754	Schwarz criterion
Log likelihood	6.71114	Hansen-Jensen test
F statistic	43.64262	Probable linear size
Probable linear size	0.00000	

1990-1991	1.000
1991-1992	1.000
1992-1993	1.000
1993-1994	1.000
1994-1995	1.000
1995-1996	1.000
1996-1997	1.000
1997-1998	1.000
1998-1999	1.000
1999-2000	1.000
2000-2001	1.000
2001-2002	1.000
2002-2003	1.000
2003-2004	1.000
2004-2005	1.000
2005-2006	1.000
2006-2007	1.000
2007-2008	1.000
2008-2009	1.000
2009-2010	1.000
2010-2011	1.000
2011-2012	1.000
2012-2013	1.000
2013-2014	1.000
2014-2015	1.000
2015-2016	1.000
2016-2017	1.000
2017-2018	1.000
2018-2019	1.000
2019-2020	1.000
2020-2021	1.000
2021-2022	1.000
2022-2023	1.000
2023-2024	1.000
2024-2025	1.000
2025-2026	1.000
2026-2027	1.000
2027-2028	1.000
2028-2029	1.000
2029-2030	1.000
2030-2031	1.000
2031-2032	1.000
2032-2033	1.000
2033-2034	1.000
2034-2035	1.000
2035-2036	1.000
2036-2037	1.000
2037-2038	1.000
2038-2039	1.000
2039-2040	1.000
2040-2041	1.000
2041-2042	1.000
2042-2043	1.000
2043-2044	1.000
2044-2045	1.000
2045-2046	1.000
2046-2047	1.000
2047-2048	1.000
2048-2049	1.000
2049-2050	1.000
2050-2051	1.000
2051-2052	1.000
2052-2053	1.000
2053-2054	1.000
2054-2055	1.000
2055-2056	1.000
2056-2057	1.000
2057-2058	1.000
2058-2059	1.000
2059-2060	1.000
2060-2061	1.000
2061-2062	1.000
2062-2063	1.000
2063-2064	1.000
2064-2065	1.000
2065-2066	1.000
2066-2067	1.000
2067-2068	1.000
2068-2069	1.000
2069-2070	1.000
2070-2071	1.000
2071-2072	1.000
2072-2073	1.000
2073-2074	1.000
2074-2075	1.000
2075-2076	1.000
2076-2077	1.000
2077-2078	1.000
2078-2079	1.000
2079-2080	1.000
2080-2081	1.000
2081-2082	1.000
2082-2083	1.000
2083-2084	1.000
2084-2085	1.000
2085-2086	1.000
2086-2087	1.000
2087-2088	1.000
2088-2089	1.000
2089-2090	1.000
2090-2091	1.000
2091-2092	1.000
2092-2093	1.000
2093-2094	1.000
2094-2095	1.000
2095-2096	1.000
2096-2097	1.000
2097-2098	1.000
2098-2099	1.000
2099-2100	1.000
2100-2101	1.000
2101-2102	1.000
2102-2103	1.000
2103-2104	1.000
2104-2105	1.000
2105-2106	1.000
2106-2107	1.000
2107-2108	1.000
2108-2109	1.000
2109-2110	1.000
2110-2111	1.000
2111-2112	1.000
2112-2113	1.000
2113-2114	1.000

* indique la signification des variables avec une erreur moins de 5%

En perspective d'un autre projet de loi sur le statut des parents d'élèves

Analyse du codage de cliniciens et de professionnels du PMSI : divergence entre valorisation et qualité

P. Constantinou¹, S. Baron¹, T. Phuong¹, S. Guignard¹, M. Lopez-Sublet², C. Duclos¹

¹ Département de Santé Publique, Hôpitaux Universitaires Paris-Seine-Saint-Denis, Assistance Publique Hôpitaux de Paris

² Service de Médecine Interne d'Aval des Urgences, Hôpital Avicenne, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Bobigny

INTRODUCTION

Les données issues du PMSI répondent à un double impératif : traduire la prise en charge par les soignants de chaque patient et valoriser au mieux les séjours en respectant les consignes des guides méthodologiques en vigueur. L'organisation optimale de leur production est un enjeu important.

L'objectif de cette étude est de comparer le codage de cliniciens et de codeurs de qualifications différentes, en termes de qualité et de valorisation.

MÉTHODES

Séjours analysés

- Tous les séjours de l'Unité d'Aval des Urgences de l'hôpital Avicenne, réalisés entre le 1er mars et le 31 mai 2012 (n=82)
- Les cliniciens ayant pris en charge les patients avaient codé chaque séjour et produit un Compte Rendu Hospitalier (CRH) disponible en version électronique

Codage des séjours

- Recodage des séjours par des codeurs de formation et d'ancienneté différentes : 2 DIM senior, 1 DIM junior, 1 TIM expérimenté
- Codage exclusivement à partir du CRH, en aveugle des codes utilisés par le clinicien ou les autres codeurs

Constitution de Gold Standard par méthode Delphi

- Après recodage des 82 séjours par tous les intervenants, relecture collégiale des comptes rendus par les 3 DIM, avec à disposition tous les codes utilisés, sans connaissance du codeur à l'origine de chaque code et en distinguant les diagnostics principaux et associés (DP et DAS)
- Le codage retenu après consensus a été défini comme Gold Standard (GS)

Analyse des différents codages

- Pour chaque séjour et chaque codeur, les codes utilisés ont été classés en :

Présent (PST) : tout code utilisé par l'intervenant est « présent », un code du GS non utilisé par l'intervenant est non présent

Exact (EXA) : un code présent dans le codage des intervenants qui est identique à celui retenu pour le GS est « exact »

Requis (RQ) : un code présent dans le codage des intervenants qui est cliniquement proche (par le libellé CIM-10) de celui retenu pour le GS est « requis »

Bien hiérarchisé (HIER) : un code présent dans le codage des intervenants qui est dans la même position (DP/DAS) que pour le GS est « bien hiérarchisé ».

Tableau 1 : Exemple de qualification du codage

Gold Standard				Clinicien			
texte CRH	TYPE	CODE	CODE	TYPE	PST/RQ	EXA	HIER
"décompensation cardiaque", "ordre aigu du poumon"	DP	I501	J81	DP	1	0	/
"infection urinaire", "signes fonctionnels urinaires", "ECBU positif à E. coli"	DAS	N300	N300	DAS	1	1	1
"infection urinaire", "signes fonctionnels urinaires", "ECBU positif à E. coli"	DAS	B962	B962	DAS	0	/	/
"présence de Pacemaker"	DAS	Z950	Z950	DAS	1	1	1
"glande thyroïdienne toxique", "traité par néomercazole"	DAS	E052	E058	DAS	1	1	0

- Pour qualifier les différents codages, des indicateurs ont été définis :

Exhaustivité : (nb de codes requis par GS parmi les codes présents pour chaque codeur) / (nb total de codes du GS)

Précision : (nb de codes requis et exacts parmi les codes présents pour chaque codeur) / (nb total de codes utilisés par l'intervenant)

Codes non justifiés : (nb de codes non requis parmi les codes présents pour chaque codeur) / (nb total de codes utilisés par l'intervenant)

- Les séjours codés ont été groupés et valorisés (fonction de groupe V13.11d). Chaque séjour avait 6 groupages : du GS, du clinicien et des 4 recodeurs

RÉSULTATS

Conformité avec le Gold Standard (GS)

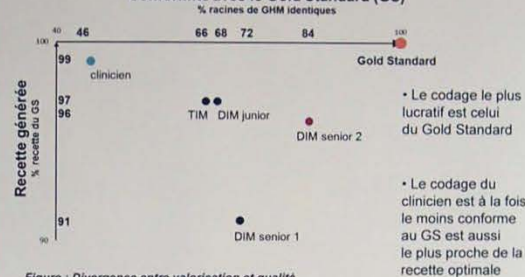


Tableau 2 : Qualification des codes utilisés

Indicateurs de codage	GS	clinicien	DIM senior 1	DIM senior 2	DIM junior	TIM
Total codes	670	370	325	506	386	486
nb DAS/séjour	7,1	3,5	3,0	5,2	3,7	4,9
identité des GHM % (effectif)	100% (82)	33% (27)	60% (49)	70% (57)	52% (43)	52% (43)
identité des racines de GHM % (effectif)	100% (82)	46% (38)	72% (59)	84% (69)	66% (54)	68% (56)
Valorisation (recette/GS)	323 763 €	99%	91%	96%	97%	97%
Exhaustivité	100%	36%	43%	65%	47%	51%
		241/670	288/670	437/670	315/670	342/670
Précision	100%	39%	71%	74%	64%	50%
		144/370	230/325	372/506	245/486	247/386
Codes non justifiés	0%	35%	11%	14%	18%	30%
		129/370	37/325	69/506	71/386	144/486

DISCUSSION

Qualité et valorisation :

- Le codage le plus lucratif est le codage du Gold Standard : qualité et valorisation peuvent aller de pair sous certaines conditions
- La principale source de non-conformité des cliniciens au GS est la méconnaissance de certaines consignes de codage (code J81 à la place de I501 pour les OAP cardiogéniques)
- La bonne valorisation du clinicien est liée à un codage non conforme (J81 bien valorisé, J960 sans mention des critères nécessaires à l'usage du code) ET à la sensibilisation des cliniciens au codage des DAS (3,5/séjour).

Constitution de Gold Standard :

- La complexité des séjours de médecine interne augmente le nombre de codes requis et les consignes spécialisées de codage à solliciter, ce qui rend parfois le GS discutable (situation différente de certains séjours chirurgicaux)
- La définition d'un GS permet d'atteindre la qualité et la valorisation maximales, mais la reproductibilité d'un tel travail n'est pas envisageable en routine

Comptes Rendus Hospitaliers :

- Le service choisit produit des CRH de qualité (leur contenu a fait l'objet d'une EPPF), mais manque parfois des éléments pour étayer l'utilisation de certains codes (J960).
- Le retour au dossier n'a pas apporté de remise en cause du GS.

La réflexion sur le codage centralisé est indissociable d'un travail sur le contenu et le délai de production des CRH

Valorisation des séjours en USC : une étonnante inadéquation

I. Auriant¹, N. Devos¹, F. Briand²

¹ Unité de Soins Continus, Clinique de l'Europe, Rouen, France

² Département d'information médicale, Clinique de l'Europe, Rouen, France

Introduction :

Les unités de surveillance continue ont pour vocation de prendre en charge « des malades qui nécessitent, en raison de la gravité de leur état, ou du traitement qui leur est appliqué, une observation clinique et biologique répétée et méthodique » (Décret n° 2002-466 du 5 avril 2002). En pratique, il s'agit de « situations où l'état ou le traitement du malade font craindre la survenue d'une ou plusieurs défaillances vitales nécessitant d'être monitorées ». Peut-on dire que si les critères médicaux d'admissions en USC sont remplis, la valorisation des séjours tirée de l'IGS II est adaptée ?

Méthode :

Une étude prospective a été conduite sur une durée de deux mois dans une USC de 19 lits. Tous les patients hospitalisés dans le service de façon successive ont été inclus dans l'étude. Pour tous les patients ont été relevés : Age, IGS II, TISS 28, motif d'admission, durée de séjour, orientation à l'issue. De façon à évaluer la pertinence des journées d'hospitalisations en USC en accord avec les critères réglementaires de fonctionnement, une analyse rétrospective des dossiers a été effectuée.

Résultats :

Pendant 2 mois, 458 patients ont été inclus dans l'étude. L'exhaustivité de remplissage du score de gravité SAPS II est de 98% et du score de charge en soins TISS 28 de 82%. L'IGS II moyen est de 16,59 +/- 9,03 (extrêmes 0 - 52) et le TISS 28 moyen de 19,33 +/- 4,53 (extrêmes 5 - 32), la durée moyenne de séjour est 2,85 jours +/- 2,46 (extrêmes 1 - 14). L'âge moyen des patients est de 61,56 ans +/- 17,42 (extrêmes 20 - 96).

Les patients ont été séparé en 3 groupes :

Groupe 1 : Patients chirurgicaux et DMS < ou = à 2 jours : 280 patients, Age moyen : 61,68 +/- 18,02, DMS : 1,35 +/- 0,48, IGS II : 15,14 +/- 7,21, TISS 28 : 18,36 +/- 4,28, Valorisation CCAM : 26 (9,3%), Arguments USC : Age, HTA bi traitée, IDM

Groupe 2 : Patients chirurgicaux et DMS > à 2 jours : 178 patients, Age moyen : 61,38 +/- 16,42, DMS : 5,2 +/- 2,55, IGS II : 18,85 +/- 10,12, TISS 28 : 20,6 +/- 3,56, Valorisation CCAM : 71 (39,9%), Arguments USC : Acte classant ou SAPS, complication > H 24, défaillance d'organe

Groupe 3 : Patients médicaux : 14 patients, Age moyen : 69,61 +/- 12,3, DMS : 6,46 +/- 4,03, IGS II : 31,08 +/- 10,22, TISS 28 : 16,57 +/- 4,43, Valorisation CCAM : 9 (64,3%), Arguments USC : Diagnostic ou IGS II, sepsis, Insuffisance cardiaque ou respiratoire aiguë

Discussion et Conclusion :

Les patients de recrutement médicaux valorisent leur séjour en USC à 64% par l'IGS II avec un TISS 28 moyen à 16,57 alors que les patients chirurgicaux valorisent seulement 20% de leurs séjours par l'IGS II avec un TISS 28 à 20,6 soit une charge en soin nettement supérieure.

A charge en soins supérieure la valorisation des séjours en USC est deux fois moins importante pour les patients chirurgicaux que médicaux. Ces limites de l'IGS II déjà connue pour la réanimation chirurgicale sont encore plus importantes sur les USC (valorisation inférieure à 25% avec l'IGS II).

La non valorisation des séjours entraîne inévitablement une inadéquation des ressources en personnels et donc de fait une remise en cause de la justification même de l'USC.

Un des éléments pertinents de l'admission en USC pourrait être certainement la mesure de la charge en soins. En effet, dans cette étude, le TISS 28 mesuré correspond à un besoin estimé d'une infirmière pour trois malades. Ce besoin est supérieur au standard préconisé pour les USC pourtant la valorisation définitive CCAM n'est obtenue que dans 21% des hospitalisations.