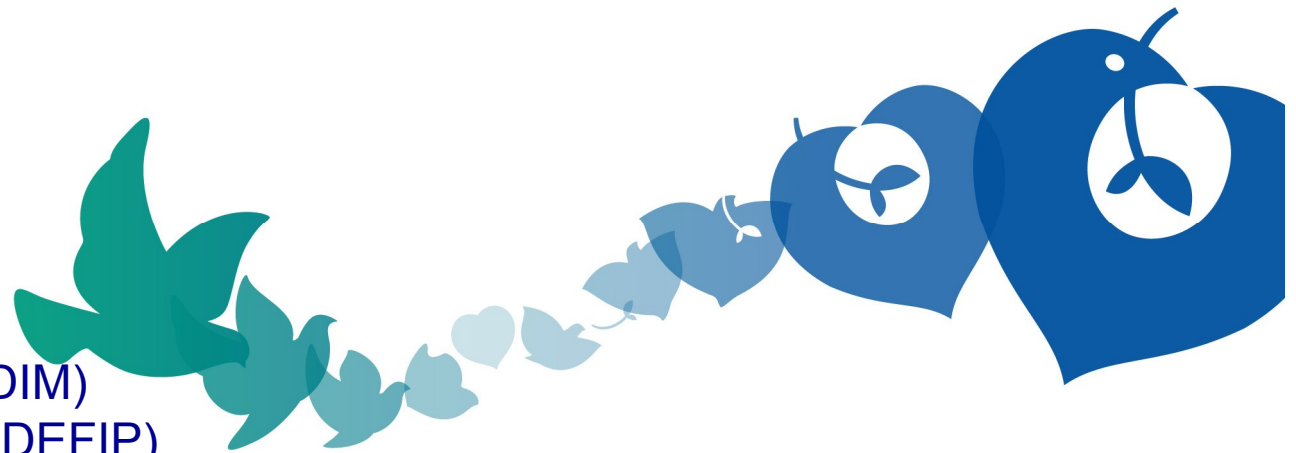


Le codage, présent et avenir

Proposition d'un plan d'actions pour l'amélioration
de la qualité du codage

CME de l'AP-HP, 15 mai 2012



Dr Namik Taright (DPM/DIM)
Dr. Dominique Manac'h (DEFIP)
Dr Louis Lebrun (DPT)
Pour le groupe projet « amélioration de la qualité du codage »



Plan de la présentation

- **Diagnostic : une information médicale mal décrite à l'AP-HP**
 - Symptômes
 - Confirmation

- **Discussion : les facteurs étiologiques et les motivations**
 - Oublis et sources de l'information
 - Modèle d'organisation inadapté
 - Pourquoi bien décrire notre activité ?

- **Conclusion : un plan d'actions à mettre en œuvre**
 - Positionnement des GH sur les différents modèles existants
 - Formation et déploiement des codeurs
 - Partage des connaissances





Phase diagnostique : les symptômes

- L'indicateur de la qualité de la valorisation de l'activité (ISQ) révèle une potentielle non valorisation de 15 millions d'euros à l'échelon de l'AP-HP pour les séjours adultes en 2010.
 - Dispersion 73 K€ - 2 642 K€
- La comparaison des niveaux de sévérité des séjours témoigne d'une probable omission du codage de nombre de complications.
 - Niveaux de sévérité 2010 (séjours de plus d'une nuit)

établissements	GHM niveau 2	Niveaux 3 et 4
AP-HP & AP-HM	20 %	17 %
HCL	21 %	15 %
CHU Toulouse	22 %	20 %
Public IDF hors AP-HP	21 %	15 %





Phase diagnostique : la confirmation

- Contrôles T2A
 - Surcodage de quelques pathologies dont l'insuffisance respiratoire aiguë, l'anémie post-hémorragique aiguë et l'insuffisance rénale fonctionnelle (indus)
 - Non respect de la circulaire frontière (indus et sanctions)

- La reprise des séjours de 2009
 - 7500 séjours modifiés
 - +19 M€ de recettes
 - 400 séjours oubliés (1 M€ de recettes supplémentaires)





Discussion : les catégories les plus fréquemment oubliées

- Complications immédiates ou différées des traitements
- Bactéries au cours de maladies infectieuses
- Rétention d'urine
- Fibrillation et flutter auriculaires
- Isolement (prophylactique)
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de dépendance
- Vomissements consécutifs à une intervention gastro-intestinale
- Anémies
- Abscesses cutanés, furoncles et anthrax
- Insuffisance respiratoire aiguë





Discussion : les sources des informations oubliées

- La majorité des anomalies rencontrées correspond à des oublis de codage d'éléments dont la trace est retrouvée dans :
 - **les comptes rendus** (opératoires ou hospitaliers) : 55%
 - les observations : 17%
 - le dossier infirmier : 15%
 - les résultats de bactériologie : 9%
 - le dossier d'anesthésie : 4%

- La qualité des dossiers en termes de recherche des informations médicales destinées à l'optimisation est très variable en fonction des établissements/services.





Discussion : un modèle d'organisation à questionner

- Le codage tel qu'il est majoritairement pratiqué aujourd'hui à l'AP-HP a montré ses limites :
 - Souvent irrégulière, rythmée par les remontées mensuelles vers l'assurance maladie.
 - Codage souvent limité à des thesaurus de service ou de spécialité dont la maintenance n'est plus assurée, ou à des extraits de la CIM-10 ou de la CCAM.
 - Des règles d'utilisation de la CIM-10 et de codage du PMSI complexes, conduisant à une sous ou une sur-valorisation des séjours par description inappropriée.
 - Les équipes des DIM (unités MSI) s'épuisent dans les contrôles d'aval et la récupération des défauts d'exhaustivité (notamment des actes opératoires).





Discussion : pourquoi bien décrire notre activité ?

- La dualité de la finalité du PMSI est à rappeler : financement **et** **description de l'activité.**
- L'information médicale produite dans le cadre du PMSI est la seule source nationale de données factuelles homogènes sur l'activité hospitalière.
- De ce fait, elle est utilisée à fin tant épidémiologique, de recherche clinique, de planification hospitalière par les ARS et d'argumentation stratégique par les établissements que de source du financement MCO.

Exemples : rapport et plan sur la prévention et la prise en charge des AVC, labellisation des centres intégrés et experts en cancérologie (partie quantitative),

...

- Sa qualité est donc primordiale.





Propositions

- **Objectif 1 : la disponibilité des CRH** dans le délai exigé pour assurer la continuité des soins
 - Enjeu de l'amélioration de la qualité de la sortie du patient (relations avec les médecins de ville)

- **Objectif 2 : la mise en forme des CRH**, supports exhaustifs d'une information T2A
 - Enjeu de l'amélioration de la qualité du codage (référence lors des contrôles)

- ➔ Chaque GH/Hôpital/Pôle formalise **l'organisation du codage selon un des modèles connus**, dans une perspective d'efficience.





Les modèles d'organisation du codage

■ Codage décentralisé

- Réalisé par les médecins ayant pris en charge le patient
- Les techniciens d'information médicale (TIM) contrôlent le codage au sein du Département d'information médicale
- Cf. démarche d'amélioration de l'Hôpital Saint-Louis

■ Codage professionnel déconcentré

- Les TIM codent au sein des pôles sous la responsabilité du DIM
- Cf. CHU de Toulouse et de Rouen

■ Codage professionnel centralisé

- Les TIM élaborent le codage au sein du Département d'information médicale
- Cf. Hôpital Cochin, la Générale de Santé

Dans tous les cas

- Le CRH est reconnu comme fondamental pour le codage
- Les sources annexes (SIH, équipes transversales, dossier patient) seront utilisées





Plan d'actions au sein de chaque GH

- Cartographier l'organisation actuelle du codage au sein de chaque pôle
- Définir les principes d'organisation de la chaîne de l'information médicale au sein de chaque pôle dans une perspective d'assurance de la qualité
- Mettre en place un suivi d'indicateurs
- Monter en charge progressivement pôle par pôle



Quels objectifs ?

■ Deux cibles organisationnelles

- La disponibilité des CRH dans le délai exigé pour assurer la continuité des soins
- La mise en forme des CRH, supports exhaustifs d'une information T2A

■ Une cible financière

- récupérer au moins 30 à 50% des recettes justement dues au regard de l'activité médicale (Réf. : M03 2011 - M02 2012)

GH	Potentiel adultes
G01 – HU PNVS (AVC JVR RMB)	864 624
G02 – HU SLS LRB FW	809 741
G03 – HU PSSD (BCH BJN LMR BRT CRC)	3 309 479
G04 – HU PSL CFX	3 532 331
G06 – HU EP (SAT TNN TRS LRG RTH)	2 925 778
G07 – HU PS (ABC BCT PBR)	918 255
G08 – HU HMN (HMN ACH ERX GCL JFR)	1 341 491
G12 – HU PC (CCH HTD SVP BRC)	514 357
G18 – HU PO (BRS EGP CCL VGR)	1 187 333
G24 – HU PIDFO (APR RPC BRK SPR)	324 440
H61 – HU NCK-EM	194 074
H70 – HU RDB	23 471
Total	15 945 374



Etapes et calendrier

- Séminaire de présentation des modèles d'organisation aux unités d'information médicale (5 avril 2012)
- Présentations au Bureau et à la CME (2 et 15 mai 2012)
- **Séminaire de présentation** aux et d'échanges avec les responsables de pôles, présidents de CMEL, directions, DIM (14 juin 2012)
- **Rencontres avec les GH** (dès à présent)
 - Partager un diagnostic sur leurs organisations
 - Contractualiser sur des actions en 2012
- Formation des équipes
- Partage des expériences et des méthodes (en cours)
 - Entre DIM : groupes « règles de codage » et « outils » (plateforme d'échanges)





En résumé

- Le modèle « historique » de l'organisation du codage à l'AP-HP, reposant directement sur les médecins ayant pris en charge les patients, a montré ses limites.
- Les GH ont à s'engager dans la mise en place d'organisations plus efficaces
 - Redéfinir les tâches de chacun.
 - Disposer d'une équipe *ad hoc* coordonnée, formée, bien dimensionnée.
- La performance du codage professionnel en MCO repose sur la réalisation « au fil de l'eau » de CRH de qualité.
- L'engagement de la direction du GH, du Président de la CMEL, des chefs de pôles est une condition nécessaire à la réussite.

