

Session D – Qualité des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information et contrôle externe

D1

Plan d'action qualité des données Programme de médicalisation des systèmes d'information médecine-chirurgie-obstétrique (PMSI-MCO) après la réorganisation du codage des diagnostics au centre hospitalier universitaire de Nancy, France

M. Baldé, M.-J. Fourrière, J.-M. Charcois, K. Al Zahouri
Département d'information médicale, CHU de Nancy, Nancy, France

Mots clés : Qualité ; Programme de médicalisation des systèmes d'information médecine-chirurgie-obstétrique (PMSI-MCO)

Introduction.– Le centre hospitalier universitaire (CHU) de Nancy a décidé de déconcentrer le codage des diagnostics du Résumé d'unité médicale (RUM) à partir de février 2011. Ce recueil sera effectué par les techniciennes de l'information médicale dans les services, à partir des comptes rendus d'hospitalisation. Le recueil des actes médicaux reste, quant à lui, assuré par les professionnels de santé en temps réel sur le lieu de réalisation. Cette réorganisation entraîne la nécessité de redéfinir le plan d'assurance-qualité : définition des priorités en matière de contrôles qualité ; précision des rôles et responsabilités de chaque acteur ; élaboration d'un calendrier de réalisation des différentes actions et définition des outils de suivi et d'évaluation.

Méthode.– Après un état des lieux des actions entreprises, des réunions de travail regroupant les acteurs du département d'information médicale (DIM) ont permis d'établir la liste des contrôles, de les hiérarchiser et de les regrouper dans des domaines dont la responsabilité est confiée à des acteurs bien identifiés. Les outils de suivi et d'évaluation sous forme d'indicateur et de rapports ont également été définis.

Résultats.– Les différents domaines constitués sont :

- les erreurs sur l'identité des patients et sur les mouvements ainsi que sur les actes médicaux transmis au système de gestion des données PMSI ;
- les erreurs et incohérences détectées de façon régulière au cours de l'année ;
- la vigilance sur les éléments de valorisation des suppléments ;
- les contrôles ciblés sur des éléments de valorisation et les contrôles non ciblés, aléatoires.

Des indicateurs de qualité seront construits et diffusés aux services pour suivre l'évolution de la qualité dans le temps.

Conclusion.– Enjeu majeur pour le CHU de Nancy aujourd'hui, la déconcentration du codage impose un suivi régulier de la qualité. Cette réorganisation s'est accompagnée de l'élaboration de recommandations pour la rédaction des comptes rendus d'hospitalisation. L'application de ces recommandations par les services doit être suivie et évaluée.

doi:10.1016/j.respe.2011.03.020

D2

Plan d'action défini dans les suites du contrôle externe 2009 au centre hospitalier universitaire de Dijon, France

M.-J. Bismuth^a, M. Hägi^a, H. Aube^a, R. Cailliod^a, A. Musat^a, M.-J. Pons^a, M. Vourc'h^a, B. Broussolle^a, D. De La Torre^a, L. Legrand^a, C. Quantin^{a,b}
^a Service de biostatistique et d'informatique médicale, CHRU, Dijon, France
^b Inserm, U866, Dijon, université de Bourgogne, Dijon, France

Mots clés : Contrôle qualité externe ; Axes d'amélioration

Introduction.– L'Agence régionale de santé (ARS) de Bourgogne a notifié à notre établissement le montant des sanctions demandées par l'assurance-maladie (3,7 millions d'euros) suite au contrôle qualité externe (CQE) 2009 portant sur les données de l'année 2008. Le montant définitif de ces sanctions sera fixé par la commission de contrôle après présentation, par l'établissement, d'un plan d'action visant à réduire les erreurs sanctionnées et, de façon plus générale, à améliorer la qualité des données du Programme de médicalisation

des systèmes d'information (PMSI) ; ces sanctions pourront ainsi être réduites de 10 à 90 %.

Méthodes.– Le plan d'action comprend plusieurs axes d'amélioration : (1) amélioration des pratiques concernant les hospitalisations de jour : diffusion d'une check-list permettant de vérifier les conditions de facturation d'un groupe homogène de séjours (GHS) ; (2) amélioration globale de la qualité de codage : validations ciblées et spécifiques réalisées par les médecins du département d'information médicale (DIM) mises à jour régulièrement (nouveau guide méthodologique de décembre 2009, modifications CIM 10 introduites en 2010, fascicules spécifiques ATIH) ; (3) formation et suivi des services cliniques ; (4) amélioration du codage des actes ; (5) amélioration de la qualité des données administratives : localisation, structure (impact potentiel sur les hospitalisations de jour, sur les unités à suppléments. . .).

Résultats.– Les résultats porteront le nombre de réunions ainsi que les résultats du taux d'application de la check-list, la diminution des HJ, au niveau de l'établissement, des pôles et des services cliniques. Le nombre de validations ciblées et spécifiques, des corrections sur les actes et sur les données administratives qui ont un retentissement sur les GHS.

Conclusion.– Sans compter l'amélioration de la qualité des données PMSI qui a un impact non négligeable sur les études que nous réalisons pour les services, les pôles, l'établissement, la recherche et l'épidémiologie, ce plan d'action nous a permis de limiter les sanctions pour notre établissement.

doi:10.1016/j.respe.2011.03.021

D3

Données Programme de médicalisation des systèmes d'information chaînées : attention ! un patient peut en cacher un autre

C. Le Bihan-Benjami^a, P. Landais^a, G. Chatellier^b
^a Service de biostatistique et informatique médicale, université Paris Descartes, faculté de médecine, APHP, hôpital Necker-Enfants-malades, EA4472, Paris, France

^b Université Paris Descartes, faculté de médecine, APHP, unité de recherche clinique, hôpital européen Georges-Pompidou, Paris, France

Mots clés : Programme de médicalisation des systèmes d'information ; Chaînage des données ; Résumés de sortie anonyme

Objectif.– Le chaînage des données Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) offre de nouvelles perspectives d'analyse : organisation des soins, recherche d'associations de pathologies, par exemple. Notre objectif était d'évaluer la montée en charge du chaînage des Résumés de sortie anonyme (RSA) de 2006 à 2009.

Matériel et méthode.– L'étude est effectuée à partir des bases nationales PMSI de 2006 à 2009, les données ont été censurées à la date de point (31.12.2009). La qualité du chaînage des RSA est évaluée sur les séjours sans numéro de chaînage (NC), et sur les erreurs d'allocations du NC et leur cause.

Résultats.– Le nombre de séjours sans NC diminue chaque année de 1 055 749 (4,89 %) en 2006 à 196 673 (0,80 %) en 2009. Néanmoins, le nombre maximal d'hospitalisations de plus de une nuit (HC) pour un même NC est élevé : 49 777 en 2006, 851 en 2009. Pour les NC, ayant plus de 53 HC en 2009, le nombre médian de codes postaux de résidence (CPR) différents par patient est de 34 (en une année), suggérant que des patients distincts possèdent le même NC. Parmi les variables utilisées pour la construction du NC, les anomalies portent le plus fréquemment sur le numéro de sécurité sociale. L'exclusion des séjours ayant des anomalies sur ces variables :

- améliore la qualité de l'information : le nombre maximal d'HC pour un même patient devient 303 en 2006 et 132 en 2009, avec un nombre médian de CPR par patient à un pour les NC ayant plus de 53 HC ;
- permet d'éliminer des observations aberrantes (>4 accouchements pour une même femme en quatre ans) mais également des observations dont le chaînage semblait cohérent.

Discussion/conclusion.– La qualité du chaînage s'améliore. Le nombre de séjours sans NC diminue. Pour diminuer les erreurs d'allocation du NC, l'amélioration du recueil du numéro de sécurité sociale à l'admission est nécessaire.

doi:10.1016/j.respe.2011.03.022