

D4

Détection a posteriori des comorbidités associées actives oubliées

F. Le Saux^{a,d}, H. Jantzen^b, M. Lehmann^c, L. Lecornu^{a,d}, C. Le Guillou^{b,d}, J.-M. Cauvin^{b,d}

^a Telecom-Bretagne, Brest, France

^b CHRU de Brest, Brest, France

^c MAXSIM SARL, Saint-Drézéry, France

^d Inserm-U650, Brest, France

Mots clés : Aide au codage ; Diagnostic ; Antécédents ; Maladie chronique

Introduction.— Lorsqu'elles ne sont pas le motif principal d'hospitalisation, les maladies chroniques actives alourdissent la prise en charge et doivent être codées dans le résumé pour une juste valorisation du séjour. Ce travail compare deux méthodes de détection de maladies connues antérieurement mais possiblement négligées au moment du codage.

Matériel et méthode.— La méthode de référence attribue à dire d'expert un score croissant de chronicité de 0 à 9 au code CIM 10. La seconde approche utilise les méthodes d'analyse de survie pour estimer la probabilité de retour du code en fonction du délai entre sa dernière notification et le séjour actuel. Dans un hôpital avec codage décentralisé, les deux méthodes ont été appliquées pour détecter dans les séjours de trois nuits et plus des oublis de comorbidités signalées dans les séjours précédents. Le seuil d'éligibilité des codes était fixé à 5 pour la première méthode et à 0,5 pour la seconde. Les résumés étaient recodés sur la base des preuves accessibles dans le dossier numérique.

Résultats.— Au 1^{er} trimestre 2010, 235 séjours étaient détectés : 123 par le score, 34 par le taux de retour et 78 par les deux méthodes. Le contrôle a permis de réintégrer des comorbidités dans respectivement 36, 6 et 36 résumés de séjours, soit des taux de précision de 29 %, 18 % et 46 %. L'ajout de comorbidités modifiait la sévérité du Groupe homogène de malade (GHM), plus d'une fois sur deux, pour un gain moyen de 1118 € (± 1445 €) par séjour recodé, sans différence significative selon la source de détection.

Conclusion.— La méthode actuarielle affine la détection à dire d'expert en prenant en compte le temps. Les deux méthodes sont complémentaires et permettent de maîtriser les ressources et le temps dédiés au contrôle a posteriori en ciblant sur les dossiers où les oublis sont les plus probables.

doi:10.1016/j.respe.2011.03.023

D5

Analyse du guide des contrôles externes et proposition de dix axes d'amélioration

G. Nisand^a, B. Garrigues^b

^a Collège des DIM de CHU, France

^b Collège national de l'information médicale (CNIM), France

Mots clés : Contrôle qualité externe ; Guide des contrôles externes ; Axes d'amélioration

Alors que la cinquième campagne de contrôle externe débute, il convient de livrer quelques constats sur les conditions de réalisation issues du guide. Un tel dispositif, s'il est indispensable, doit néanmoins respecter certains équilibres et certaines règles qui prévalent dans notre pays. Il ne peut, comme c'est le cas actuellement, capitaliser l'insatisfaction de tous les acteurs sans qu'un ajustement soit opéré et que des améliorations y soient portées. C'est cette démarche que propose ce document. L'ampleur prise par les contrôles et leurs impacts, tant financiers que dans les jeux institutionnels, nous fait dire qu'il y a urgence à entrer dans ce processus d'adaptation car au-delà des tensions et des incompréhensions réciproques, c'est bien dans les années à venir à une croissance exponentielle des démarches contentieuses que les différents partenaires seront confrontés, reportant vers les tribunaux dans des procédures lourdes et coûteuses la nécessité de recours à des véritables expertises neutres et indépendantes.

Les six points suivants sont abordés :

- L'assurance-maladie juge et partie – un système sans équilibre ;
- Légitimité du ciblage comme outil unique du contrôle, définition des activités contrôlées ;
- Des modalités pratiques de contrôle abusives ;
- Des modalités d'organisation inéquitables ;
- Un recours abusif à l'argumentaire de la bonne tenue du dossier patient ;
- Un recours contingenté et parti prenante.

Ils donnent lieu à dix propositions concernant des axes d'amélioration possibles du dispositif des contrôles externes menés par l'assurance-maladie dans le cadre de la T2A.

doi:10.1016/j.respe.2011.03.024

Session E – Systèmes d'information

E1

Modélisation des processus de soin par les ontologies : l'exemple du pôle Imagerie du centre hospitalier universitaire de Tours, France

P. Bertrand^{a,b}, M. Bristeau^b, B. Fournier^b, L. Brunereau^b, D. Sirinelli^b

^a Laboratoire de biostatistique, épidémiologie et informatique médicale,

faculté de médecine (université François Rabelais), Tours, France

^b Pôle imagerie, CHU de Tours, Tours, France

Mots clés : Modélisation des processus de soin ; Ontologie ; Certification V2010 ; Norme ISO9001

Introduction.— La certification V2010 des établissements de santé et la norme ISO9001 imposent la définition des processus dans les services de soins ou médico-techniques. Afin de modéliser les processus, nous avons défini différentes ontologies et les avons utilisées pour mettre en place un système de gestion documentaire.

Méthodes.— Nous nous sommes appuyés sur les modèles SADT et IDEF0-5, repris et développé des ontologies d'entreprise pour définir l'organisation complexe d'un pôle et une ontologie de la qualité, des processus et de gestion des risques. Le périmètre d'application a été limité au pôle Imagerie du centre hospitalier universitaire (CHU) de Tours. Les processus définis avaient comme attribut l'Input, l'Output, les Ressources utilisées, les consignes de fonctionnement, les éléments de pilotage et les risques. Nous avons développé une ontologie du management de la qualité et de gestion des événements indésirables en Imagerie. La modélisation et l'implémentation du système de gestion documentaire ont été réalisées avec le logiciel libre *Semantic MediaWiki*.

Résultats.— La classe des processus contenaient différentes sous-classes : support, production et pilotage. À titre d'exemple, les processus de production avaient comme sous-classes planification de la demande, prise en charge du patient, réalisation de l'examen et gestion des résultats. Chaque instance de la classe des processus était définie par ses attributs cités plus haut. La cartographie des risques devient un sous-produit des risques possibles des processus. Un audit d'évaluation de pratique est simplifié par la définition explicite de nos spécifications d'Input et d'Output.

Discussion-perspectives.— La compréhension et l'acceptation par les équipes étaient liées à la mise en place du système documentaire, en cours d'alimentation. L'interrogation utilise les propriétés sémantiques simples. Nous prévoyons d'utiliser les annotations sémantiques pour repérer directement les documents mais la tâche est très lourde en temps. Le modèle est exportable à un service de soins sous réserve d'une analyse détaillée des processus.

doi:10.1016/j.respe.2011.03.025