

ce travail* était d'explorer l'utilisation du codage des diagnostics des Résumés standardisés de séjour (RSS) pour évaluer le respect du CBU.

Méthode.— Un référentiel a été extrait de la base Thériaque pour les MO disponibles dans l'établissement, comprenant leurs indications validées et traduites en codes CIM-10. Pour chaque séjour de 2009 où une MO était dispensée, les codes attendus par le référentiel ont été recherchés dans le résumé du séjour.

Résultats.— Pour les 75 MO analysées, le code CIM10 de l'indication Thériaque était présent trois fois sur quatre, avec des variations de zéro à 100 % selon la MO. Pour l'époprosténol (Flolan[®]), l'indication hypertension pulmonaire, codée I27.0 dans Thériaque, était mentionnée dans deux résumés, mais méconnue dans quatre séjours de nouveau-nés malgré la présence du code ad hoc P29.3. Pour les anti-anémiques, le recouplement était de 90 %, le plus souvent sur le seul codage du contexte, l'insuffisance rénale (N18). Pour le rituximab (Mabthera[®]), l'indication attendue était absente une fois sur deux dans les 1051 RSS des 248 patients concernés, mais l'enrichissement du référentiel réduisait le nombre de séjours sans preuve par le code de 524 à 144 et le nombre de patients sans indication validée de 86 à 32.

Conclusion.— Confronter un référentiel à une vérité de terrain oblige à adapter le référentiel en l'enrichissant pour pallier ses manques et en l'assouplissant pour tenir compte des imprécisions du codage. Cette étape longue et laborieuse est indispensable avant d'espérer exploiter le codage des séjours pour vérifier la cohérence des indications avec le CBU.

*Projet ANR/TecSan associant Prismédica, Telecom Bretagne et le CHRU de Brest.

doi:10.1016/j.respe.2011.03.028

E5

« Optimiser » n'est pas un gros mot : préconisations automatiques de diagnostics du Programme de médicalisation des systèmes d'information grâce à la gestion du médicament dans un système d'informations hospitalier optimisé

D. Ragain^a, E. Pommiers^b, J.-F. Forget^c, D. Blum^d

^a Centre hospitalier de Beauvais, Beauvais, France

^b Web100T, Bordeaux, France

^c Vidal, Issy-les-Moulineaux, France

^d Le-pmsi.fr, Thise, France

Mots clés : Gestion du médicament ; Systèmes d'informations hospitaliers

Introduction.— Les systèmes d'informations hospitaliers modernes comportent des fonctionnalités spécifiques à la gestion du médicament : prescription, préparation, administration. L'information recueillie permettrait-elle d'assister les médecins et les responsables de Départements d'information médicale (DIM) pour coder les diagnostics ? Une série d'expérimentations est en cours, dont nous présentons les premiers résultats en secteur Médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) public.

Matériel et méthode.— Le DIM de Beauvais a tiré au sort deux cents résumés de sortie standardisés d'avril 2010. Les « dossiers informatisés des médicaments dispensés » des patients correspondants sont soumis à un logiciel qui en déduit les diagnostics pris en charge et en soumet les codes CIM-10 au DIM, associés aux résumés de sortie standardisés (RSS) concernés. Codage retenu et codage initial, ainsi que valorisation T2A avant et après recodage, sont journalisés au cours du processus. L'impact des corrections dues à la prise en compte du traitement est analysé.

Résultats.— Les préconisations du logiciel sont retenues pour 40 dossiers : 12 sont mieux valorisés (gain total : 21 225 €), quatre rétrogradés (dévaluation totale : 3159 €) et 24 sans impact financier. Le bilan global représente un gain direct de 2,13 % des recettes T2A. Les gains indirects ne sont pas chiffrables.

Discussion et conclusion.— Cet outil s'utilise dans le service clinique (primocodage) ou au département de l'information médicale (contrôle de codage et valorisation financière) selon des modalités différentes. Ici, l'expérimentation du second type a permis d'éviter une perte de revenus en ne sollicitant l'attention du codeur que sur une proportion limitée de dossiers. Ainsi on peut, d'une

part, optimiser le SIH en exploitant certaines informations (médicaments) pour d'autres objectifs (PMSI) que ceux d'origine, et, d'autre part, autofinancer l'investissement nécessaire, amorti en moins d'une année, avec l'estimation la plus basse des gains espérés. Les travaux en cours visent à accroître l'efficacité de l'algorithme d'analyse des médicaments dispensés en l'adaptant plus spécifiquement au PMSI.

doi:10.1016/j.respe.2011.03.029

Session F – Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et épidémiologie (2)

F1

Intérêt des bases de données médico-administratives pour l'estimation de l'incidence des cancers

R. Abbas^a, E. Benzenine^a, B. Trombert^{b,c}, M. Hagi^a, B. Auverlot^a, A.-M. Bouvier^{d,e}, M. Goldberg^f, J.-M. Rodrigues^{b,c}, C. Quantin^{a,g}

^a Service de biostatistique et d'informatique médicale, CHRU, Dijon, France

^b Département de santé publique et d'information médicale, université de Saint-Étienne, Saint-Étienne, France

^c Inserm UMR-S 872, Eq 20, Paris, France

^d CHU, Dijon, France

^e Inserm U866, registre des cancers digestifs, Dijon, France

^f Inserm U1018, epidemiology of occupational and social determinants of health, Centre for research in epidemiology and population health, Villejuif, France, Versailles, Saint-Quentin university, Versailles, France

^g Inserm, U866, Dijon, université de Bourgogne, Dijon, France

Mots clés : Cancer ; Base de données ; Épidémiologie

Introduction.— L'objectif de ce travail est d'évaluer sous quelles conditions les données médico-administratives collectées dans plusieurs pays, et notamment dans le cadre du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) en France, pourraient être utilisées en épidémiologie pour évaluer l'incidence des cancers.

Matériel et méthodes.— Les sources d'information médicales classiquement utilisées en épidémiologie comprennent les données de mortalité et les données de morbidité parmi lesquelles on retrouve les registres de population et les données médico-administratives. Les registres de population apportent une information de qualité mais elle est souvent limitée à une population restreinte. Pour estimer l'incidence d'un cancer sur une population plus importante, il faut alors utiliser des données de mortalité, qui sont souvent incomplètes (cancer de bon pronostic, cancer non enregistré comme cause de décès). Après avoir fait le point sur le recueil des données médico-administratives, créées pour le financement à l'activité des établissements de soins, les avantages et les limites de leur utilisation en épidémiologie sont évoqués au niveau international.

Résultats.— Les bases de données médico-administratives sont une source de données standardisées de niveau national disponibles dans de nombreux pays. Leur utilisation pour la facturation favorise leur qualité et leur exhaustivité. Les patients atteints de cancers étant souvent hospitalisés, ils sont bien représentés dans ces bases. Nous avons identifié quelques limites à l'utilisation de ces bases de données. La plupart peuvent être corrigées ou contrôlées avec le chaînage entre les données médico-administratives et les données de registres. Il est également possible de corriger les estimations issues des bases médico-administratives en extrapolant les données de registres avec un modèle statistique.

Conclusion.— Si l'intérêt des bases de données médico-administratives est bien démontré, il est indispensable de maintenir le recueil des données de registre pour permettre une validation de ces données, que ce soit par des techniques de chaînage ou de modélisation.

doi:10.1016/j.respe.2011.03.030