



EHESP

Attaché d'Administration Hospitalière

Promotion : **2018**

Date du Jury : **Décembre 2018**

**Le codage de l'activité
et la fiabilisation des recettes :**
Enjeux, freins et leviers
L'exemple du GHT Ouest-Hérault

Alexandra GARCIA

Remerciements

Je remercie chaleureusement l'ensemble des professionnels du Centre hospitalier de Béziers qui m'ont accueillie durant ce stage et m'ont permis de construire ce mémoire professionnel sur les enjeux du codage de l'activité et sur la fiabilité des recettes au niveau du GHT Ouest-Hérault.

Je remercie Madame Marie-Agnès Ulrich, Directrice générale du Centre hospitalier de Béziers de m'avoir accueillie au sein de son établissement.

Je remercie tout particulièrement mon maître de stage et référent mémoire, Monsieur François-Xavier VOLLE, Directeur des Finances et du Système d'Information du Centre hospitalier de Béziers, Directeur assurant l'intérim du Centre hospitalier de Pézenas, pour sa disponibilité et son accompagnement bienveillant qui ont nourri ma réflexion.

Enfin, je remercie les différentes personnes que j'ai eu l'occasion de rencontrer au cours de cette mission afin de recueillir des témoignages sur le codage de l'activité de médecine. Ces entretiens menés auprès des différents acteurs du codage m'ont permis d'enrichir mon analyse et de fournir des exemples précis pour mon étude. Je tiens à remercier pour leur disponibilité et leur accueil : la Direction générale de l'Offre de soins, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, l'Agence nationale d'aide et d'appui à la performance, le Centre hospitalier de Béziers, le Centre hospitalier de Pézenas, le Centre hospitalier de Bédarieux et le Centre hospitalier de Clermont l'Hérault.

Sommaire

Introduction.....	1
Méthodologie.....	4
1 La dynamique et les enjeux des modèles de codage dans les établissements du GHT Ouest-Hérault.....	7
1.1 Un processus complexe strictement réglementé	7
1.1.1 Une mise en œuvre précise.....	7
1.1.2 Une activité relevant de la responsabilité médicale quelquesoit le modèle d'organisation appliqué.....	9
1.2 La performance de l'organisation du codage dans le GHT Ouest-Hérault	11
1.2.1 Un modèle organisationnel choisi et adapté par chaque établissement.....	11
1.2.2 L'attractivité du codage professionnalisé dans un contexte de recherche d'exhaustivité des RUM.....	13
2 Le codage, un processus complexe exposé à de nombreux risques malgré des contrôles stricts	15
2.1 Les freins observés dans l'organisation du codage.....	15
2.1.1 Les risques liés à un processus insuffisamment formalisé	15
2.1.2 Des points à questionner	16
2.2 La co-existence de deux niveaux de contrôle	17
2.2.1 Le contrôle interne	17
2.2.2 Le contrôle externe	19
3 Une mise en perspective des choix territoriaux d'organisation du codage dans un contexte national.....	23
3.1 La tendance nationale	23
3.1.1 A court terme, l'effet « structuration » des GHT sur les DIM	23
3.1.2 A moyen terme, la révolution des pratiques du codage par l'IA	25
3.2 Les choix territoriaux.....	26
3.2.1 Les principaux leviers des établissements du GHT Ouest-Hérault.....	26
3.2.2 Les préconisations pour optimiser l'organisation du codage et fiabiliser les recettes des établissements du GHT Ouest-Hérault.....	27
Conclusion.....	29
Bibliographie.....	31
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AAH	Attaché d'administration hospitalière
ADCH	Adjoint des cadres hospitaliers
AMA	Assistant médico-administratif
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CDG	Contrôle de gestion
CHB	Centre hospitalier de Béziers
CHP	Centre hospitalier de Pézenas
CME	Commission médicale d'établissement
CSP	Code de la santé publique
CSS	Cadre supérieur de santé
DFSI	Directeur des finances et du système d'information
DIM	Département de l'information médicale
DP	Diagnostic principal
DPI	Dossier patient informatisé
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENC	Echelle nationale des coûts
EPS	Etablissement public de santé
ES	Etablissement de santé
FIDES	Facturation individuelle des Etablissements de santé
HPR	Hôpitaux de proximité
GHM	Groupe homogène de malade
GHS	Groupe homogène de séjour
GHT	Groupement hospitalier de territoire
LFSS	Loi de financement de la Sécurité sociale
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
PMSI	Programme médicalisé des systèmes d'information
PRE	Plan de retour à l'équilibre
RSS	Résumé standardisé de sortie
RUM	Résumé d'unité médicale
SI	Système d'information
T2A	Tarifification à l'activité
TIM	Technicien de l'information médicale

Introduction

Dès son origine, le déploiement de la Tarification à l'activité (T2A) s'est appuyé sur le Programme médicalisé des systèmes d'informations (PMSI).

D'abord présenté comme un outil permettant d'évaluer la qualité des pratiques, le PMSI vise à mieux décrire l'activité médicale produite et à l'inscrire dans le dossier du patient. La Classification internationale des maladies (CIM10) recensant pas moins de 12 000 pathologies, hors pathologies associées, la classification par malade s'est avérée trop complexe pour effectuer des comparaisons à l'échelle nationale. C'est la raison pour laquelle cette classification a laissé la place à une classification par Groupe homogènes de malades (GHM) dans laquelle les diagnostics ont été traduits en codes afin de rendre possible le traitement informatisé de ces millions de combinaisons. Mais c'est la réforme du financement des établissements de santé introduite par la Tarification à l'activité (T2A) qui a véritablement réussi à mettre les données médicales du PMSI au centre du système d'information.

La T2A est une méthode de financement des systèmes de santé introduite par le plan Hôpital 2007 et mise en place à partir de 2004. La T2A rompt radicalement avec le mode de financement par dotation globale forfaitaire préalablement en vigueur. Son fonctionnement repose sur l'activité réalisée par l'établissement sur les secteurs de Médecine chirurgie et obstétrique (MCO), avec un maintien de financement forfaitaire pour les activités d'urgence ou les prélèvements d'organes. La T2A s'appuie sur le recueil détaillé de l'activité réalisée afin d'identifier les différentes activités de l'hôpital et leurs coûts.

Bien qu'il n'existe pas de définition académique du codage, celui-ci pourrait se définir comme étant la retranscription d'un état pathologique, d'une maladie ou d'un symptôme, sous un format exploitable par un système informatique, suivant une nomenclature officielle à des fins d'analyse de l'information médicale et de valorisation de l'activité permettant *in fine* la construction du Titre 1 des recettes de l'État prévisionnel des recettes et des dépenses de l'établissement (EPRD).

Dans l'EPRD, ce sont les produits de l'activité qui déterminent le niveau de ressources prévisionnelles que l'hôpital pourra recevoir de la part de l'Assurance maladie, en fonction du montant déterminé de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie. La T2A met en perspective la synergie toujours plus forte que doivent avoir les établissements de santé avec les acteurs du système à chaque étape de la contractualisation, c'est-à-dire du contrat de pôle au contrat pluriannuel d'objectif pour rentrer dans les objectifs de l'ONDAM. En effet, chaque GHS fait l'objet d'une tarification forfaitaire fixée par l'Assurance maladie qui se fonde sur l'ENC. C'est donc une logique de recettes et de

restructuration de l'offre de soins qui est à l'œuvre avec la T2A et que la Loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016 est venue renforcer.

La LMSS a rendu obligatoire la coopération des Établissements publics de santé (EPS) au sein des Groupements homogènes de territoires (GHT). Avec ce texte, si les établissements de santé conservent leur autonomie juridique et de gestion ainsi que la spécialité des contrôles réalisés par les pouvoirs publics, ils n'en demeurent pas moins obligés à coopérer dans le cadre d'une convention constitutive et de mutualiser certaines fonctions supports dans le cadre du projet médical partagé, dont l'information médicale et le système d'information.

Dans un contexte de financement à l'activité où les ressources sont de plus en plus contraintes, la LMSS donne un nouveau relief du rôle du Département de l'information médicale (DIM) et à la valorisation de l'activité effectuée par chaque établissement sous la responsabilité du médecin du DIM. Au regard de cet enjeu d'équilibre budgétaire et de structuration de l'offre territoriale de santé, il n'a jamais été aussi urgent de resserrer le dialogue entre les praticiens hospitaliers, le DIM et la direction des finances et du système d'information (DFSI) puisqu'il s'agit de fiabiliser les recettes liées à la production des soins dans chaque établissement et de consolider la coopération inter-établissements.

Le codage de l'activité est donc un processus particulièrement complexe parce qu'il requiert à la fois un niveau de technique élevée pour être réalisé et de l'expertise. Il fait partie intégrante du circuit des recettes. Un grand nombre d'acteurs différents intra et extra-hospitaliers interviennent sur le codage et il est un vecteur de développement de la coopération. Cette complexité renferme des enjeux qui apparaissent souvent contradictoires et suscitent des tensions dans les organisations que l'établissement support du GHT doit analyser afin d'éviter les blocages. A l'instar des autres GHT, le GHT Ouest-Hérault n'est pas exempt de ces problématiques.

Le Centre hospitalier de Béziers (CHB) est l'établissement support du GHT Ouest-Hérault qui se compose du Centre hospitalier de Pézenas (CHP) et du Centre hospitalier de Bédarieux. Le CHB est un établissement de 1106 places avec 477 lits de MCO. Le CHP a une capacité de 25 lits MCO et le CH Bédarieux une capacité de 40 lits. Ces deux établissements sont devenus des Hôpitaux de proximité (HPR) en 2016. Cette qualification de HPR a entraîné un changement du mode de financement de l'activité qui est passé du système de dotation globale au système de T2A avec pour conséquence sur l'établissement de Pézenas une diminution importante des produits réalisés sur le budget H (- 583 404,56 euros entre 2016 et 2018) parce que l'activité sur les 25 lits autorisés en médecine ne dégage pas suffisamment de recette.

Le Directeur des finances et du système d'information (DFSI) du CHB assure l'intérim de direction du CHP depuis le 1er avril 2018. Le CHP a été placé en plan de retour à l'équilibre par l'ARS Occitanie à la demande de la direction sortante. L'une des pistes d'action du PRE consisterait à augmenter les recettes du CHP par le développement de l'activité de médecine. A la veille de la mise en place du DIM de territoire dont la présidence sera assurée par le médecin DIM du CHB, une étude comparative du contrôle de gestion du CHB met en évidence un décalage inexplicable dans le codage d'activités semblables de ces deux établissements. Cela n'est pas sans poser problème d'autant que les établissements de Pézenas et de Bédarieux avaient toujours eu jusqu'alors le même médecin DIM.

Le rôle de l'Attachée d'administration hospitalière (AAH) est assez nouveau sur le sujet du codage qui semblait être un sujet réservé aux techniciens de l'informatique médicale et au contrôle de gestion. Cependant, les inter-actions permanentes qu'il suscite à l'intérieur de l'hôpital et du territoire, avec la mise en place du GHT, créent des enjeux nouveaux pour l'établissement support en terme de coordination. De par sa capacité d'appréhension des sujets complexes et sa capacité d'analyse, de synthèse et de proposition, l'AAH a donc pleinement sa place pour toutes questions managériales relative au codage. C'est notamment le cas lorsque le DFSI du CHB, sous l'autorité duquel il exerce pendant son stage, lui demande de réfléchir à une organisation efficiente du codage au sein du GHT.

Considérant l'étendue du sujet, le codage sera traité exclusivement par rapport à ses liens avec la réduction des risques impactant les recettes. Sont exclues la partie administrative du recueil d'information et la partie recouvrement. Ainsi, l'exposé présenté tentera de répondre à la problématique suivante : en quoi l'organisation du codage de l'activité peut-elle impacter la fiabilité des recettes dans les établissements du GHT Ouest-Hérault ? Des questions sous-jacentes émergent alors :

- Existe-t-il un principe d'organisation du codage plus pertinent qu'un autre?
- Quels contrôles s'exercent sur le codage ?
- De quelle manière la coopération inter-hospitalière rebat les cartes des modèles classiques et quelles sont les tendances nationales pour renforcer la légitimité des choix locaux ?

Ce mémoire professionnel est organisé selon le plan suivant :
La dynamique et les enjeux du choix de modèle de codage au sein du GHT Ouest-Hérault
(1) - Le codage, un processus complexe exposé aux risques malgré les contrôles (2) - La mise en perspective des choix territoriaux dans un contexte national (3).

Méthodologie

Afin de réaliser ce mémoire, une méthodologie précise a été appliquée.

La première étape a consisté en une analyse de la littérature et de lecture, puis par deux réunions au centre hospitalier de Béziers, l'une avec l'AAH du contrôle de gestion et l'autre avec le médecin DIM afin de vérifier les hypothèses de départ et, enfin, une participation à un atelier préparatoire au projet d'établissement 2018-2022 du CHB intitulé « Choix d'organisation et participation des différents métiers au codage » en présence des personnes précitées ainsi que de la Présidente de la Commission médicale d'établissement (PCME), d'un Praticien hospitalier (PH), d'un CSS, de l'ingénieur de la direction du système d'information et de la responsable des secrétariats médicaux.

La deuxième étape a été la construction d'une grille d'entretien répartie selon 5 thèmes sur une déclinaison totale de 24 questions visant à préciser les aspects de chaque thème :

- Thème 1 : Aspect contextuel
- Thème 2 : Aspect fonctionnel
- Thème 3 : Aspect financier
- Thème 4 : Aspect coopération
- Thème 5 : Aspect stratégie

Cette grille a été l'occasion d'entretiens. Les échanges se sont déroulés sur une base d'entretien individuel semi-dirigé d'une durée moyenne de 1 heure. 20 demandes d'entretien ont été adressées et 17 ont été effectuées. 5 entretiens ont été réalisés au téléphone, 1 par le biais d'échanges mail et 11 entretiens ont été réalisés en présentiel.

Les interlocuteurs présentaient les profils suivants :

Profils	Interlocuteur	Institutions
Médecin DIM	2	CH de Béziers, CH de Pézenas et CH Bédarieux
Directrice (eur) général(e) (DG)	3	CH de Béziers, CH de Pézenas et CH de Clermont l'Hérault
Directeur finances et système d'information (DFSI)	1	CH de Béziers

AAH DFSI	3	CH de Béziers et CH de Pézenas
Ingénieur système d'information	1	CH de Béziers
Technicien de l'information médicale (TIM)	2	CH de Béziers et CH de Clermont l'Hérault
Assistante médico-administrative (AMA)	2	CH de Pézenas et CH de Clermont l'Hérault
Cadre de santé	1	CH de Pézenas
Chef de projet	1	ATIH
Chef de projet	1	DGOS

La troisième étape a été l'occasion d'une immersion de deux jours au Centre hospitalier de Pézenas pour créer la cartographie type du processus de codage, laquelle a servi de point de départ et de comparaison à l'étude qui s'est construite en recourant à la méthode du parangonnage.

1 La dynamique et les enjeux des modèles de codage dans les établissements du GHT Ouest-Hérault

1.1 Un processus complexe strictement réglementé

1.1.1 Une mise en œuvre précise

L'analyse de l'activité médicale et la transmission à l'Etat et à l'Assurance maladie des informations qui y sont relatives est une obligation faite à tous les établissements de santé, publics et privés, depuis la loi du 31 juillet 1991. A cette fin, les établissements doivent « mettre en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge.» ¹

Le principe de la tarification à l'activité en MCO est de classer dans des GHM des patients présentant des similitudes sur le plan médical et devant par conséquent donner lieu à des coûts de prise en charge comparables. A chaque GHM peut correspondre un ou plusieurs GHS, formes facturables des GHM. Plusieurs étapes sont requises pour aboutir à un GHM. Chaque unité médicale accueillant le patient lors de son séjour doit d'abord établir un Résumé d'unité médicale (RUM). La constitution d'un RUM correspond à la codification d'informations médico-administratives en un format informatique standardisé. Ces RUM sont ensuite utilisés pour constituer des Résumés standardisés des soins (RSS). Un RSS peut correspondre strictement au RUM si le séjour du patient s'est effectué dans une seule unité médicale. Un RSS peut également être le résultat de plusieurs RUM, un algorithme complexe est alors utilisé pour le déterminer. Dans tous les cas, les RSS seront classés dans un nombre volontairement limité de GHM.

Cette étape de codification des RUM est à la fois complexe et essentielle. Lorsqu'il est fait mention de « codage de la T2A » ou de « codage des séjours », c'est généralement de cette étape dont il est question. Le codage des RUM s'effectue à partir de nombreuses données administratives et médicales.

Lors de la phase de codage, le champ de l'intervention humaine se concentre sur l'identification des diagnostics et des actes médicaux. Le codage des diagnostics est un acte comportant trois étapes essentielles pouvant être réalisées par des acteurs différents:

¹ Articles L6113-7 et L6113-8 du Code de la santé publique portant définition du PMSI

Étape 1 : L'identification

C'est l'acte de «poser» un diagnostic déjà établi. Un diagnostic peut être obtenu à l'issue d'un examen clinique ou lors de l'examen de documents médicaux (radios, examens de laboratoire etc.). Il peut également avoir été communiqué directement ou indirectement au praticien par l'un de ses confrères (courrier, protocole de soins etc.).

Étape 2 : La hiérarchisation des pathologies correspondantes

Le guide méthodologique de production des informations applicable au 1er mars 2018 ² distingue plusieurs catégories de diagnostics :

- Le Diagnostic principal (DP) : il s'agit du « problème de santé qui a motivé l'admission dans l'Unité médicale (UM) ».
- Le Diagnostic relié (DR) : il rend compte en association avec le DP de la réalité médico-économique du patient. "Seule une maladie chronique en cours (« active ») au moment de l'hospitalisation, un état permanent ou une maladie justifiant des soins palliatifs peut être mentionné comme DR", un état permanent désignant un état pour lequel on pouvait, lors de l'hospitalisation, estimer qu'il allait durer jusqu'à la mort du patient.
- Le Diagnostic associé significatif (DAS). "Un DAS est une affection, un symptôme ou tout autre motif de recours aux soins coexistant avec le DP – ou, ce qui revient au même, avec le couple DP-DR" (*cf. guide méthodologique de codage déjà cité*).
- Les Complications et morbidité associées (CMA) désignent quant à elles des diagnostics associés dont la présence entraîne une augmentation de la durée du séjour d'au moins 24 heures.

Étape 3 : La transcription informatique de ces données dans l'outil informatique

L'outil se chargera de déterminer le RUM à partir des données anonymisées saisies par l'utilisateur et des données présentes dans la base de données.

Au final, ce découpage précis permet de connaître l'activité de l'établissement et des pathologies traitées service par service. Par exemple, à Pézenas, les activités essentielles se font sur les affections cardio-vasculaires qui représentent 25% des séjours et sur les activités inter-spécialités pour 18%, là où le Centre hospitalier de Béziers réalise 9,5% sur l'activité de cardio-vasculaire et 6,18% des activités inter-spécialités.

² ATIH, 2012. « Guide méthodologique de production des informations applicable au 1er mars 2018 ». Consulté le 6 juin 2018, disponibilité : www.atih.sante.fr

Ici, il est important de rappeler que les informations recueillies dans le cadre du PMSI sont protégées par la règle de la confidentialité des données de santé et le secret professionnel. Le Service ou le Département d'information médicale (SIM ou DIM) qui organise le recueil, la circulation et le traitement des données médicales est placé sous la responsabilité d'un médecin. Son rôle est prévu par les articles R. 6113-1 à R. 6113-10 du Code de la santé publique.

La création des fichiers et les traitements de données sont soumis à l'autorisation ou à l'avis préalable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Ce contrôle interne sur la production anonymisée des données médico-administratives est mis en place par les médecins DIM dans 100% des établissements visités et un suivi de qualité est effectué et transmis à l'ARS par l'Outil de VALidation des données des établissements santé (OVALIDE). On note que le Centre hospitalier de Béziers effectue un suivi des évolutions des données des tableaux OVALIDE et le rend disponible après chaque envoi validé sur la plateforme ePMSI de l'ARS Occitanie.

1.1.2 Une activité relevant de la responsabilité médicale quelquesoit le modèle d'organisation appliqué

Traditionnellement, il existe deux modèles d'organisation du codage :

- Le codage centralisé : l'ensemble du codage est effectué par des Techniciens de l'information médicales (TIM) situés géographiquement au sein du DIM ou présents dans les service de MCO, ce qui rend l'expression de « codage centralisé » ambiguë. Ce type d'organisation a été observé dans les Centres hospitaliers de Pézenas et de Bédarieux.
- Le codage décentralisé : le codage est effectué dans les services cliniques par les professionnels médicaux (praticiens ou secrétaires médicales) prenant en charge les patients. Il implique davantage les praticiens et représente une charge de travail supplémentaire pour le DIM en formation des codeurs.

S'il est observé des divergences sur le caractère décentralisé ou centralisé du codage, d'autres critères comme la qualification de la personne codeuse, son rattachement hiérarchique, la nature des missions qui lui sont confiées structurent tout autant cette activité³. En effet, à activité comparable et pour le même modèle d'organisation utilisé, ici

³ J.-C. MOISDON, M. PEPIN, 2010 « Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé - Étude qualitative d'un échantillon de 8 établissements », série études et recherche, n° 97. Consulté 11 juin 2018, disponibilité <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201016-2.pdf>

modèle décentralisé, il est observé des résultats de conformité différents. C'est ainsi que le taux de conformité de l'AMA faisant fonction de TIM à Pézenas n'excède pas les 50% alors que celui de l'AMA qui exerce à Bédarieux est de 88%, même si cet écart est rattrapé par le contrôle qualité effectué par le médecin DIM qui reprend 100% des dossiers sur les deux établissements.

Par ailleurs, un écart de langage est remarqué pour le codage centralisé qui est appelé à tort codage professionnalisé, ce dernier renvoyant au codage effectué par une société prestataire de services extérieurs à l'établissement et auquel il peut être fait appel dans des cas spécifiques.

Enfin, quelque soit le modèle d'organisation appliqué, dans tous les cas, le praticien responsable de la structure médicale ou la praticien ayant dispensé les soins est garant, pour ce qui le concerne, de l'exhaustivité et de la qualité des informations qu'il transmet pour le traitement au médecin responsable de l'information médicale dans l'établissement⁴.

Le médecin DIM, souvent issu d'un diplôme d'études spécialisées, est désigné par le directeur de l'établissement après avis de la CME. Il veille à la qualité des dossiers qu'il confronte en tant que de besoin avec les dossiers médicaux et les fichiers administratifs et il conseille les praticiens sur la production des informations. Le lien avec les praticiens est variable en fonction du modèle d'organisation de codage choisi par l'établissement.

L'observation de la procédure d'organisation du codage du Centre hospitalier de Pézenas qui a donné lieu à la cartographie du processus⁵ montre une faiblesse dès la première étape du codage car les informations du dossier patient ne sont pas exhaustives, ce qui met en difficulté l'AMA faisant fonction de TIM qui code. Ce constat met en exergue l'importance de la qualité du dossier patient et souligne que le codage est le fruit d'un travail d'équipe qui met en relation des secteurs différents (SI, DIM, DAF) et des métiers différents (PH, médecin DIM, TIM, AMA, mais aussi comptable, contrôleur de gestion, bureau des entrées...), chaque établissement faisant ensuite le choix autonome d'une organisation et des ressources qu'il y affecte.

⁴ Article R6113-4 du code de la santé publique

⁵ Cf cartographie du processus de codage au CH Pézenas page 15

1.2 La performance de l'organisation du codage dans le GHT Ouest-Hérault

1.2.1 Un modèle organisationnel choisi et adapté par chaque établissement

Pour rappel, le GHT Ouest-Hérault se compose de 3 établissements : le Centre hospitalier de Béziers, qui est l'établissement support du GHT, le Centre hospitalier de Pézenas et le Centre hospitalier de Bédarieux, deux hôpitaux de proximité.

Au regard des conclusions rendues par l'atelier préparatoire au projet d'établissement 2018-2022 du Centre hospitalier de Béziers, intitulé «Choix d'organisation et participation des différents métiers au codage»⁶ s'interrogeant sur l'opportunité de réfléchir à une évolution des modèles organisationnels classiques du codage, il a été recouru à la méthode du parangonnage afin de trouver un établissement susceptible d'utiliser ce type de modèle «mixte» de codage. Il s'est avéré que le Centre hospitalier de Clermont l'Hérault, membre du GHT Est-Hérault Sud Aveyron, a mis en place une telle organisation depuis 2017. C'est la raison pour laquelle l'établissement a été inclus dans l'échantillonnage.

La performance du codage est mesurée par des indicateurs mis à disposition par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) tels que le taux de conformité, le taux d'exhaustivité, le RUM par activité, les montants mensuels valorisés, l'évolution des montants mensuels valorisés, etc.⁷ Il a été observé au cours des entretiens que les établissements utilisent selon une fréquence très variable ces indicateurs, limitant l'objectivation des observations. Cependant, le taux de conformité et le taux d'exhaustivité sont des indicateurs communs. Ils sont donc intégrés dans le mémoire.

Les quatre établissements «enquêtés» présentent des modèles d'organisation du codage différents et ont positionné des ressources différentes sur la fonction codage ce qui se traduit par des taux de conformité et d'exhaustivité différents :

⁶ Cf Méthodologie, page 4 du mémoire

⁷ ANAP, *Kit pratique pour l'optimisation des données et de la facturation de l'activité hospitalière* <http://www.anap.fr/ressources/outils/detail/actualites/kit-pratique-pour-loptimisation-du-recueil-des-donnees-et-de-la-facturation-hospitaliere/>, consulté le 6 juin 2018

	GHT Ouest-Hérault			GHT Est-Hérault
	CH Béziers	CH Pézenas	CH Bédarieux	CH Clermont-L'Hérault
Nombres de lits de MCO	477	25	10	27
Quelle organisation ?	Décentralisé	Centralisée	Centralisé	« Mixte »
Qui code ?	PH	AMA	AMA	- Praticiens - Médecins libéraux - TIM
Taux d'exhaustivité	De 58,3% à 99,9% selon le service	100%	100%	100%
Taux de conformité	-	50%	88%	95%
Valorisation après contrôle qualité MDIM	indisponible	indisponible	indisponible	indisponible
Qui forme ?	Médecin DIM du GHT Ouest-Hérault	Médecin DIM GHT Est-Hérault		

Le modèle qualifié de « mixte » observé au Centre hospitalier de Clermont l'Hérault est un modèle original. Il combine le modèle décentralisé et le modèle centralisé notamment sur la réalisation du codage en MCO par des AMA ou d'autres professionnels formés. Pour la Directrice générale du Centre hospitalier de Clermont l'Hérault, dont les conclusions sont partagées par le médecin DIM du Centre hospitalier de Béziers, ce modèle présente l'avantage de laisser le praticien responsable du codage et de la veille de l'exhaustivité sur les séjours. C'est aussi un gain de temps médical sur le codage. Selon les mêmes interlocuteurs, l'inconvénient du modèle est de trouver le personnel qualifié et de financer son recrutement ou sa formation.

Au Centre hospitalier de Clermont l'Hérault, le recrutement d'une TIM s'est fait lors du changement du mode de financement des hôpitaux de proximité, passés d'un financement au forfait par dotation globale en 2016 à un financement T2A. La TIM a une

formation initiale d'infirmière clinicienne. Elle a été recrutée pour ses compétences en clinique et sa motivation à devenir TIM. La formation a été prise en charge par l'établissement. Au niveau de l'organisation du codage, l'établissement accueille 45 médecins libéraux et emploie 3 praticiens hospitaliers. Un local dédié au codage et équipé de postes informatiques est mis à disposition des médecins qui sont invités par la TIM à venir coder dès la fin de leur consultation, en sa présence et avec son accompagnement. Cette organisation permet alors de renforcer les compétences et de tisser les conditions d'un maillage ville-hôpital.

Dans une dynamique différente, lors du changement de mode de financement des HPR⁸, le Centre hospitalier de Pézenas a conservé à ces fonctions l'AMA, qui effectuait auparavant le codage. Cette personne a été formée par le médecin DIM employé à temps partagé entre cet établissement et le CH de Clermont l'Hérault (ces deux établissements étant dans deux GHT distincts). L'AMA réalise un taux de conformité du codage stagnant à 50% alors qu'elle parvient à obtenir une exhaustivité du codage à 15 jours à 100% selon les indicateurs présentés par l'agent et le médecin DIM de l'établissement.

Ces deux expériences permettent de mettre en avant l'enjeu de la professionnalisation de la fonction TIM et de l'implication de l'agent sur cette fonction qui apparaît comme l'un des facteurs clef de réduction des risques de sous-évaluation et/ou de sur-évaluation.

1.2.2 L'attractivité du codage professionnalisé dans un contexte de recherche d'exhaustivité des RUM

L'exhaustivité du codage fait l'objet de toutes les attentions en raison des conséquences qu'il revêt en matière de trésorerie. Une absence de codage se traduisant par un manque de trésorerie. Dans le pire des cas, une non-exhaustivité pourrait entraîner un défaut de trésorerie. Ce déséquilibre se traduit dans le budget et l'établissement doit réagir vite et trouver des solutions. Une tendance se développe pour les établissements de faire appel à des sociétés de codage externe.

Le Centre hospitalier de Béziers a connu le non-remplacement de l'un des deux médecins DIM en 2015. Cela a eu pour conséquence de limiter les ressources médicales et la capacité de contrôle interne. Devant une baisse de valorisation de l'activité au premier semestre 2016, l'établissement a décidé de faire intervenir une société spécialisée dans la prestation d'optimisation des recettes PMSI. Les modifications proposées ont été

⁸ Décret du 24 mai 2016

vérifiées et tranchées par le praticien du DIM. Au total, 10% des dossiers a été pointé en test positif comme méritant une reprise pour potentiel d'optimisation. Sur les 2641 dossiers positifs, 360 ont été revus par la société privée et 44% ont bénéficié d'un changement de GHS et de valorisation pour une évolution de 271 880 euros.

Ce rattrapage induit la rectification des données envoyées par le DIM à l'autorité de tutelles. Le logiciel Lambda a été créé en 2006 par l'ATIH pour l'envoi d'informations rectificatives sur l'activité. Les «lambdas» désignent par extension les sommes recouvrées par un établissement suite à une action de re-codage de ses GHM. La période de rattrapage peut s'étendre jusqu'à deux ans. Au-delà, elle est frappée de prescription.⁹ L'introduction du FIDES devrait mettre fin définitivement à cette tolérance.

Le recours aux sociétés commerciales pour effectuer le codage pose plusieurs questions. Parmi elles, celle de l'éthique et de la déontologie de ce type d'intervenants dont on peut penser que la reconduite de leur contrat dépend de la recette rapportée à l'établissement qui l'emploie.

Sur ce point, des avis divergents existent entre médecin DIM et direction des affaires financières, même s'il y a consensus autour du fait que le défaut d'exhaustivité par manque de codage des médecins doit être traité. Les tenants de la qualité alerteront plutôt sur un risque de sur-valorisation et de sanction en cas de contrôle. D'autres auraient tendance à préférer optimiser la valorisation pour générer le maximum de recettes sachant que la part taxable en cas de contrôle reste proportionnellement faible par rapport à la ressource réalisée.

⁹ Article L332-1 code de la sécurité sociale « L'action de l'assuré pour le paiement des prestations en espèces de l'assurance maladie se prescrit par deux ans, à compter du premier jour du trimestre suivant celui auquel se rapportent lesdites prestations (...) »

2 Le codage, un processus complexe exposé à de nombreux risques malgré des contrôles stricts

2.1 Les freins observés dans l'organisation du codage

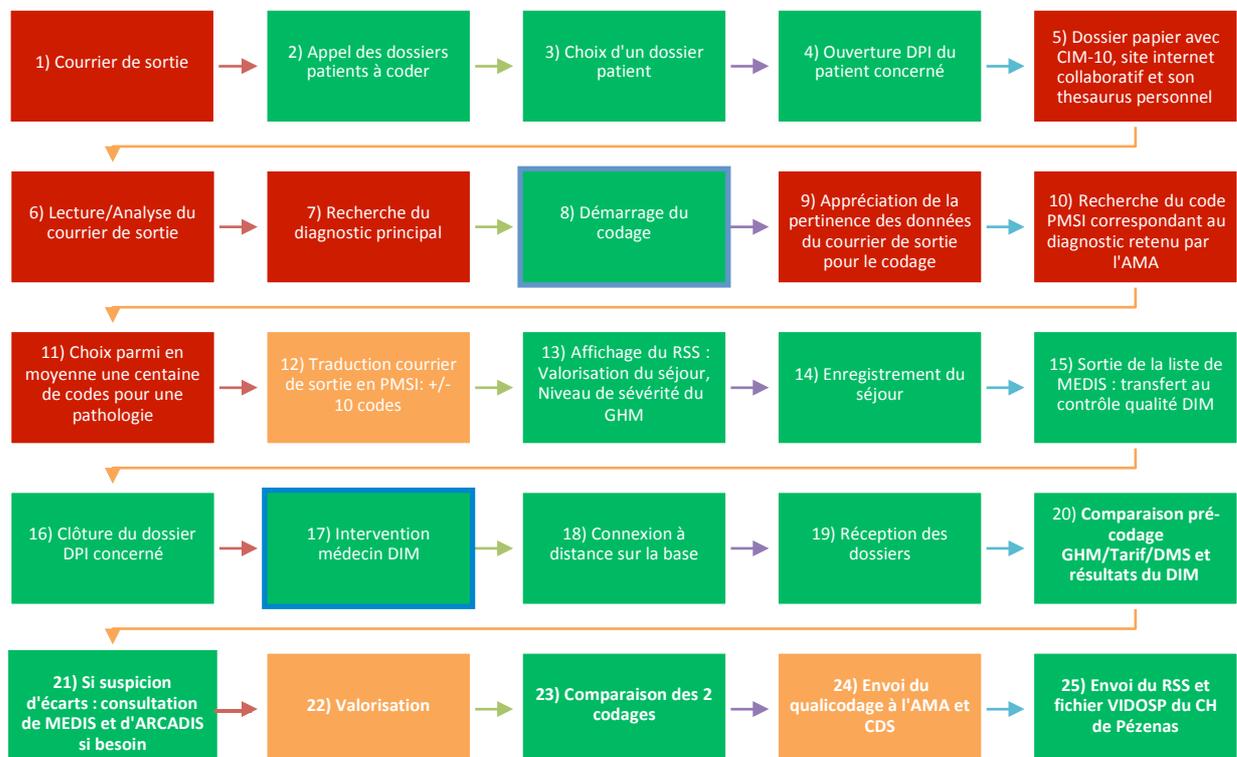
2.1.1 Les risques liés à un processus insuffisamment formalisé

À partir de l'exemple tiré de l'audit de la procédure d'organisation du codage du Centre hospitalier de Pézenas il s'avère que dans cet établissement, le codage ne fait l'objet d'aucune formalisation écrite. Une immersion *in situ* a permis de décrire la procédure.

Le codage est effectué par l'assistante médico-administrative à J+15 à compter de la sortie du patient avec une exhaustivité à 100%.

Le médecin DIM réalise la valorisation et le contrôle qualité à distance sur 100% des dossiers à J+31. Le codage s'effectue selon une succession de 25 étapes¹⁰. De l'étape n°1 à l'étape n°17, c'est l'AMA qui intervient. Elle code en moyenne un dossier toutes les 15 minutes. Le médecin DIM prend le relai à partir de l'étape 18 jusqu'à l'étape 25.

Le schéma de l'organisation du codage au centre hospitalier de Pézenas est le suivant:



¹⁰ Légende: Couleur selon niveau de risque : Vert : acceptable, orange: A questionner, rouge : A améliorer. Schéma validé par médecin DIM et AMA faisant fonction de TIM.

2.1.2 Des points à questionner

L'absence de formalisation écrite du processus est commune aux Centres hospitaliers de Bédarieux et de Pézenas. Pour la cohérence de la démonstration, les points à questionner qui sont annoncés ci-après découlent de l'observation faite à Pézenas. Il s'agit de :

Un courrier de sortie non-médicalisé : Les diagnostics médicaux inscrits au dossier patient ne sont pas posés en des termes compatibles avec le recueil PMSI. Afin de contourner cet écueil, l'AMA réalise 3 actions :

- Elle se réfère d'abord à ce qu'elle entend dire par les soignants et les médecins dans les couloirs pour aller coder directement afin d'éviter la perte de données.
- Elle se réfère ensuite à ce qu'elle voit à partir des documents du dossier patient au moment où elle scanne les documents (bilan sanguin, examens de laboratoire, imagerie, courriers médecin libéraux).
- Elle se réfère enfin à ce qu'elle a saisi dans la partie administrative du DPI lorsque les patients arrivent dans le service de médecine.

C'est dans ces conditions que l'AMA met en forme le courrier de sortie et fait part de difficultés à distinguer le symptôme du diagnostic (observé au point 1).

Des supports d'information nombreux dont certains ne sont pas fiables: Le dossier papier est le principal support utilisé pour le codage en raison d'une interface informatique défaillante qui ne permet pas d'avoir Arcadis et Médis simultanément. En raison de la non-médicalisation des données du dossier patient, le recours à un site Web collaboratif non homologué est utilisé systématiquement. Un thésaurus créé par l'AMA - qui n'a jamais reçu de validation - est également utilisé. Le site web collaboratif peut proposer jusqu'à 100 codes par pathologie. Elle en sélectionne un. Pour cela, elle recourt soit à la technique du mot à mot soit à la technique de l'élimination. Elle procède ainsi pour chaque élément du courrier de sortie à valoriser (observé aux points 5 et 11).

Des difficultés d'accès à l'information rencontrées par la codeuse : Elle effectue un véritable travail de lecture/analyse du courrier de sortie. Elle extrait le DP ou ce qui lui semble être le DP lorsque le DP n'est pas renseigné. C'est l'AMA qui choisit aussi les autres données qui méritent d'être codées en fonction des informations du courrier de sortie (DR, DA). Elle traduit les données du courrier de sortie en données PMSI à l'aide du site Web collaboratif non homologué. Elle n'utilise pas la classification de l'ATIH qu'elle juge trop complexe (observé aux points 6, 7, 9 et 10).

La valorisation du médecin DIM pose la question du choix entre la qualité et la performance : Le médecin DIM contrôle 100% des dossiers et adresse un rapport qualy à l'AMA sur lequel figure le taux de conformité du codage et les corrections des valorisations effectuées par le médecin DIM. L'AMA déclare ne pas comprendre le langage médical employé dans le rapport qualy. Celui-ci n'a pas ou peu d'effet sur la marge de progression du codage effectué par l'AMA. Le médecin DIM ne communique pas les résultats du qualy aux praticiens (observé aux points 22 et 24).

Dans la même perspective, mais avec un autre ordre de grandeur et une organisation décentralisée, le médecin DIM du Centre hospitalier de Béziers a formalisé toutes les procédures conduisant à la valorisation de l'activité et a hiérarchisé les risques associés. Elle réalise un suivi d'exhaustivité des RUM et est vigilante sur le risque de fiabilité des recettes inhérent au codage médical, compte tenu de la complexité des règles du PMSI.

Au Centre hospitalier de Béziers, les tableaux de bords de suivi d'exhaustivité montrent des écarts entre les services allant de 58,3% d'exhaustivité à 99,9% avec une conséquence sur le tableau de suivi des recettes. En 2016, le DIM a contrôlé 5 188 dossiers sur les 5 477 identifiés par les contrôles pour une progression de valorisation globale de 5 192 875€ dont plus de la moitié lié au rattrapage d'exhaustivité (3 millions d'euros). Hors exhaustivité, les 3 645 dossiers représentent une augmentation de 2 171 857€ soit 595€ par dossier optimisé en moyenne. 15% des séjours ont fait l'objet d'un contrôle, avec un taux de correction de la valorisation (hors exhaustivité) de 48,1%¹¹.

Réduire les risques suppose un travail important de contrôle interne et de corrections par le médecin DIM en aval de la production des éléments de facturation. Cette démarche qualité fait aussi l'objet d'un suivi par le contrôle externe au niveau de la qualité et au niveau comptable.

2.2 La co-existence de deux niveaux de contrôle

2.2.1 Le contrôle interne

Le rôle du médecin DIM est de veiller au bon recueil des données de santé et à leur intégration dans le dossier patient informatisé. Il lui appartient également de mettre en

¹¹ Eco & Associés, « Audit PMSI dans le cadre de la certification des comptes du CHB », « Rapport de mission d'expertise sur les recettes PMSI et l'organisation du DIM du CHB » - 24/05/2018

oeuvre la valorisation de façon à ce que l'activité rapporte les moyens suffisants au financement de l'établissement.

Pour mener à bien ces deux missions, le médecin DIM formalise en interne des procédures et des points de contrôle identifiés d'abord dans une visée d'accompagnement de la qualité avant la performance médico-économique. Une partie des procédures de contrôle interne élaborées par le DIM est reprise lors du contrôle de certification.

La certification des établissements de santé est un dispositif d'évaluation externe conduit par la Haute Autorité de Santé (HAS). Il est obligatoire pour tout établissement de santé, quelles que soient sa taille et son activité, et il est effectué tous les quatre ans.

L'objectif de la certification¹² est l'amélioration continue de la qualité et du service rendu aux patients. L'évaluation porte sur l'ensemble des prestations délivrées par l'établissement en tenant compte de son organisation interne. L'établissement retranscrit les résultats de son auto-évaluation dans le compte qualité. La formalisation des procédures de recueil de données par le DIM est un travail préparatoire à la venue des experts-visiteurs qui vont procéder à la visite de certification dans une logique d'amélioration continue de la qualité des données de santé. Le qualité du contrôle interne conditionne l'obtention ou non de la certification HAS. Cela montre que les établissements sont entrés dans une politique de démarche d'amélioration continue de la qualité, de sécurité des soins et de gestion des risques. En outre, on peut voir dans la mise en place de la procédure de certification des établissements de santé un renfort de la légitimité des DIM dont ils ont bien besoin en raison de leur positionnement atypique au sein de l'hôpital.

Les quatre établissements de l'échantillonnage sont certifiés par la HAS.

En terme de performance, les écarts de formalisation existant entre chaque établissement représentent un risque qualité qui n'est pas exempt de conséquences sur la valorisation de l'activité. Cela est d'autant plus vrai que l'addition des pratiques propres à chaque établissement provoque une atomisation des dispositifs et empêche d'avoir une vision globale de l'organisation du codage. De plus, cette organisation en silos limite la portée des indicateurs, rendant les comparaisons difficiles d'un établissement à l'autre. Pour autant, le suivi de l'activité est un axe stratégique dans chaque établissement.

¹² Articles L6113-3 et L6113-4 Code de la santé publique

L'exhaustivité et le suivi des recettes T2A sont les indicateurs de suivi les plus communément utilisés par les établissements de l'échantillonnage. Le suivi de ces indicateurs fait l'objet de tableaux de bord de suivi. Ces tableaux sont présentés mensuellement en réunion de suivi d'exhaustivité par le médecin DIM en présence du Directeur des finances et de l'AAH du contrôle de gestion, qui présente le tableau de suivi des recettes de la T2A.

Très régulièrement, le médecin DIM relance les services de médecine pour que le codage de l'activité soit fait. Or, certains services de médecine du Centre hospitalier de Béziers codent peu ou en retard, c'est un frein à la performance du modèle. Plusieurs raisons peuvent l'expliquer :

- un manque de temps médical pour cette activité,
- un manque d'implication,
- une absence de formation,
- pas d'information sur les indicateurs de suivi
- un découragement et un sentiment que la T2A est un système pervers dans lequel les médecins jouent le jeu en réalisant toujours plus d'activité ; ce qui ne se voit pas compte tenu de la réduction constante de l'enveloppe budgétaire.

Ces obstacles entraînent une reprise systématique du codage en fin d'année, avant la clôture. Depuis 2016, ils justifient le recours à un prestataire extérieur et pose la question de la pertinence du modèle d'organisation du codage.

Le contrôle interne permet d'identifier les freins au codage dans les services, de réaliser les cartographies des risques afin de les intégrer à une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de toutes les procédures. L'exigence de qualité se révèle être un objectif collectif auquel chaque membre de la communauté hospitalière devrait contribuer à son niveau. Par ailleurs, le contrôle interne prépare la venue des commissaires aux comptes pour les établissements concernés par le dispositif.

2.2.2 Le contrôle externe

La certification des comptes des établissements publics de santé a été mise en place par la loi Hôpital Patient Santé et Territoire du 21 juillet 2019.

Cette loi introduit l'article L.6145-16 dans le Code de la santé publique. Ce texte pose le principe de la certification des comptes de certains établissements publics de santé. Dans

l'échantillonnage, seul le Centre hospitalier de Béziers est soumis à la certification des comptes.

La certification consiste en un contrôle externe qui fait intervenir des commissaires aux comptes (CAC) pour vérifier la fiabilité et la sincérité des comptes de l'établissement. Au Centre hospitalier de Béziers, l'AAH responsable du service comptabilité et audit prépare la venue des commissaires en lien avec le médecin DIM.

Le travail des CAC s'effectue en 3 étapes qui se déroulent selon un calendrier précis :

- la revue des procédures (octobre/novembre),
- les opérations de clôture critique (décembre),
- la revue des comptes définitifs (février et mars).

Lors de l'entretien, l'AAH responsable du service comptabilité et audit indique que les CAC rencontrent le médecin DIM sur la partie revue des procédures pour savoir quelles procédures elle met en application afin de fiabiliser les recettes. L'AAH assiste à des entretiens pour avoir connaissance des différents points d'audit à remonter.

En raison du secret médical, les CAC n'ont pas accès aux données de santé. Un médecin DIM extérieur spécialement mandaté remet un rapport aux CAC et à la DFSI pour information et amélioration des procédures. Le rapport conclut sur la fiabilité des recettes. Les CAC recherchent dans la corrections des atypies, les éléments de sur-valorisation qui révélerait un défaut de sincérité des comptes de l'établissement. Par exemple, au Centre hospitalier de Béziers, lorsqu'il y a une modification à faire, il s'agit d'une augmentation de valorisation pour 72% des dossiers et d'une minoration pour 28% d'entre eux. Cette bonne application des règles permet cette année encore la certification des comptes de l'établissement.

Comme il a été dit précédemment, le codage PMSI est un processus complexe du circuit des recettes dans la chaîne de facturation. Les grandes étapes composant le circuit de facturation sont l'accueil médico-administratif, l'admission, le recouvrement et les conventions.

Le caractère stratégique du cycle des recettes est évident pour la vie de l'hôpital. Il l'est également pour la fiabilisation de ses comptes eu égard aux masses financières en jeu. La certification des comptes est un travail approfondi sur les différents processus qui composent le cycle des recettes. Ce travail est de nature à améliorer le niveau des recettes de l'établissement et à rationaliser ses coûts de gestion tout en œuvrant à l'amélioration de la qualité de ses comptes.

Il n'est alors pas surprenant de trouver les risques les plus importants, à la fois du point de vue de l'enjeu financier et de la probabilité de survenance, dans le processus des produits de l'activité.

Les facteurs de complexité trouvent leur origine dans :

- le nombre d'intervenants et la diversité de leurs métiers,
- le volume exceptionnellement élevé d'informations à traiter et leur hétérogénéité,
- l'hétérogénéité des systèmes d'informations mobilisés et la multiplicité des interfaces nécessaires,
- la complexité des réglementations appliquées,
- l'intervention d'acteurs externes à l'hôpital comme par exemple l'ATIH ou l'assurance maladie, à la fois facteurs de complexité et facteurs de sécurisation du processus,
- la configuration géographique des locaux qui impacte l'organisation des services et la circulation des patients. Vigilant sur ce point, le Centre hospitalier de Clermont l'Hérault a pensé la configuration géographique du codage puisque cet établissement a implanté un bureau spécialement dédié à cette activité au sein du service de médecine et à côté du bureau des entrées.

Prenant en considération cette complexité, la DGOS a constitué et mis en ligne une cartographie du processus qui permet l'identification d'un nombre important de risques et le repérage d'un nombre également important d'exemples de mesures de maîtrise des risques¹³.

Bien que les principaux risques soient intégrés à l'outil de la DGOS, les mesures de maîtrise des risques ne sont pas une liste exhaustive et définitive. Il revient aux médecins DIM d'enrichir les propositions sur le traitement et le contrôle des données médicales et de proposer des outils adaptés à leur mission. Il est probable et même souhaitable que cette cartographie évolue en fonction de l'évolution des systèmes d'information ou encore lors du déploiement du FIDES.

Pour autant, malgré les outils existants, il est difficile d'évaluer de manière générale l'impact financier et la probabilité de survenance des risques à leur niveau le plus fin. Le traitement de chaque dossier individuel de patient repose sur l'enchaînement de multiples tâches, manuelles et informatisées, chacune comportant un risque potentiel. L'organisation spécifique de chaque établissement, l'existence de formalisation écrites, et la rigueur de leur application ainsi que la qualité du système d'information sont des critères d'appréciation des risques. Les risques identifiés dans le processus des produits

¹³ Cf Annexe «Projet de fiabilisation des comptes des hôpitaux»

de l'activité sont toujours affectés d'un impact financier plus ou moins fort. C'est pourquoi, la fiabilisation des recettes dépend du niveau de sécurité du processus de codage. Afin de maîtriser ces risques l'ANAP met à disposition des outils et des guides pour parvenir à un diagnostic précis.

Il découle de ce qui précède que le bon déroulement de la certification des comptes des hôpitaux publics est conditionné par la fiabilisation préalable des comptes. Cette dernière devenant un objectif prioritaire de l'établissement.

La fiabilisation et la certification des comptes hospitaliers apportent une garantie supplémentaire de sincérité et de régularité des comptes, gage de transparence sur la situation financière des hôpitaux publics vis-à-vis de leurs partenaires économiques et institutionnels ainsi que des usagers.

À ce jour, les hôpitaux de proximité sont exclus du dispositif de certification des comptes. Cependant, les cartes pourraient être rebattues dans le cadre du développement des coopérations. En effet rien n'empêche que, dans le cadre de la mise en place du DIM de territoire, les commissaires aux comptes veuillent étendre leur contrôle aux hôpitaux de proximité. Interrogée sur ce point, cette piste n'est pas écartée par la DGOS même si aucune attente institutionnelle se porte dessus actuellement. En matière de codage, c'est la mise en place des DIM de territoire qui est sous la surveillance du ministère.

3 Une mise en perspective des choix territoriaux d'organisation du codage dans un contexte national

3.1 La tendance nationale

3.1.1 A court terme, l'effet « structuration » des GHT sur les DIM

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 comporte un volet de mise en place de 135 GHT. L'information médicale fait partie des fonctions mutualisées et placées sous la responsabilité de l'établissement support. Le médecin DIM de territoire est désigné par le Directeur de l'établissement support sur proposition du Président du collège médical ou de la Commission médicale de groupement. Les praticiens lui transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité.

L'enjeu de la mise en place du DIM de territoire réside dans une mutualisation qui aille au-delà de la somme des anciens DIM d'établissements. La transformation des organisations opérée par la mise en place du DIM de territoire devrait permettre la création d'un centre de compétences et d'expertise sur l'information médicale du territoire. Pour la DGOS, le DIM de territoire procède d'un équilibre entre des missions organisées de façon transversale au sein du DIM de territoire et des missions qui demeurent essentiellement organisées à l'échelle de chaque établissement.

Le DIM de territoire est un facteur clef de structuration qui doit permettre aux organisations de capitaliser sur trois axes impactant la fiabilisation des recettes¹⁴ :

- **Une vision stratégique à l'échelle du GHT:** L'analyse médico-économique de l'activité au niveau du groupement contribue à la prise de décisions stratégiques impliquant l'ensemble des établissements parties au GHT, et notamment à l'élaboration et au suivi du projet médical partagé du GHT, pour lequel elle peut permettre d'élaborer un état des lieux ou un diagnostic de l'offre de soins du territoire. La position essentielle du médecin responsable du DIM de territoire dans les processus décisionnels du GHT est matérialisée par sa présence en tant que membre de droit du comité stratégique (article R. 6132-10 al. 2 du code de la santé publique).

¹⁴ DGOS, 2017, Guide d'organisation du DIM de territoire, consulté le 31/7/2018, disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_organisation_dim.pdf

- **L'harmonisation des pratiques:** L'harmonisation des pratiques s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité de l'information médicale. Une réflexion sur les pratiques des différents établissements parties peut contribuer à homogénéiser la production des données médico-économiques et à améliorer la qualité du codage, ainsi qu'à renforcer la politique de sécurité et de confidentialité des données. Dans ce contexte, le rôle du DIM de territoire dans la mise en œuvre du Système d'information hospitalier (SIH) convergent du GHT est majeur.

- **La valorisation des compétences des professionnels de l'information médicale:** Le rassemblement d'équipes provenant de différents établissements au sein d'un même département de l'information médicale permet de constituer une équipe étoffée capitalisant sur la complémentarité des différents professionnels de l'information médicale selon leurs compétences et expertises respectives. Il offre également la possibilité de mutualiser des compétences rares et d'acquérir de nouvelles compétences. Ce sont autant de facteurs permettant de soutenir l'attractivité et la fidélisation des professionnels de l'information médicale.

Une étude de l'ATIH¹⁵ vise à présenter l'impact des GHT sur l'organisation et l'activité des DIM. Les résultats de l'analyse quantitative de cette étude montrent que parmi les 135 GHT, 62 sont des GHT sans Centre hospitalier universitaires regroupant 1 à 5 établissements de santé. *« L'analyse quantitative révèle que de manière générale des avancées notables ont été faites sur la mise en place d'une organisation du DIM et, l'acquisition de premières expériences de travail en commun. La participation au projet médical partagé a donné aux DIM une première occasion de collaborer au sein du DIM de territoire. Toutefois les GHT avec CHU ont d'avantage sollicité le DIM que les autres. »*

Au-delà de cette première expérience commune, les DIM de territoire ont commencé à mettre en place des éléments d'organisation. Le médecin responsable de l'information médicale de territoire a été désigné dans ¾ des GHT. Deux d'entre eux ont également créé un bureau des DIM afin de permettre une prise de décision plus collégiale. Deux autres GHT ont mis en place des représentants filière chargés d'assurer le lien entre le DIM et chaque filière de soins. Enfin, deux autres ont mis en place des médecins référents pour chaque établissement.

Ces effets de structuration devraient pouvoir être observés dans les mois à venir mais la véritable révolution pourrait venir de l'Intelligence artificielle (IA) en santé.

¹⁵ ATIH et Université Paris 1 Panthéon Sorbonne, C. Le Pors, C. Lê-Leplat, I. Hirtzlin, Conséquences de la mise en place des GHT sur les départements d'information médicale

3.1.2 A moyen terme, la révolution des pratiques du codage par l'IA

Le Règlement général sur la protection des données (RGPD) est entré en vigueur en mai 2018. Il pose les règles applicables pour l'Union européenne en matière de protection des données, notamment de santé, et donne un cadre partagé sur le territoire européen.

Le RGPD ne limite pas le droit à la libre circulation des données à caractère personnel. La responsabilité de la protection de ces dernières revient à la personne en charge de leur traitement, qui doit mettre en œuvre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour assurer un niveau de sécurité adapté au risque, ce qui vise directement l'organisation des DIM et des SI.

Le concept d'Intelligence artificielle (IA) a émergé lors de la conférence du Dartmouth College en 1956, portée par John McCarthy et Marvin Minsky. Ce concept a fait l'objet de près de soixante années de recherches et de réalisations techniques et scientifiques¹⁶.

Le dictionnaire définit l'IA comme un ensemble de théories et de techniques mises en œuvre en vue de réaliser des machines capables de simuler l'intelligence humaine.

Dans le domaine de la santé, le développement de l'IA pourrait être envisagé comme un moyen de délester le personnel médical de tâches chronophages, risquées et sans lien direct avec la pratique médicale. Les modèles d'organisation du codage, tel qu'on le connaît actuellement, serait alors complètement délégué aux machines, à l'instar de ce qui se passe aux Etats-Unis.

Le rapport Villani¹⁷ du mois de mars 2018, met l'accent sur l'Intelligence artificielle en santé. Pour l'auteur du rapport, l'IA ouvrirait des perspectives prometteuses notamment pour réduire le coût des soins, à travers une prise en charge plus personnalisée et prédictive du patient. Grâce à un appui renforcé de la décision médicale et une meilleure traçabilité, ces dispositifs du futur seront sécurisés.

L'une des pistes de sécurisation énoncée est le déploiement des outils techniques d'automatisation de la codification des informations. Ce point devrait être accompagné d'un travail de normalisation de l'information médicale mais il montre à quel point les périmètres du DIM et du SI pourraient évoluer dans les années à venir.

¹⁶ L. Pierron, A. Evennou, *La santé à l'heure de l'intelligence artificielle*, Terra Nova, 5 décembre 2017

¹⁷ C. Villani, *Donner un sens à l'intelligence artificielle, pour une stratégie nationale et européenne*, mars 2018, 233 pages

Au niveau du mémoire, les entretiens ont révélé l'existence d'une veille permanente de la DGOS sur la question de l'évolution des SI en santé eu égard à l'arrivée de l'IA dans nos organisations. Cette préoccupation d'avenir se retrouve également au niveau du secteur SI du GHT Ouest-Hérault. L'ingénieur responsable du système d'information du Centre hospitalier de Béziers a déclaré au cours de l'entretien que l'acquisition d'un nouveau applicatif à la rentrée 2019 à une obsolescence programmée à 15 ans et qu'une veille sur l'intégration de l'IA en santé est active dans l'établissement depuis plusieurs mois.

Plus près de nous, les effets attendus au niveau national de la coopération inter-hospitalière rebat les cartes des modèles classiques et les tendances nationales viennent renforcer la légitimité des choix locaux.

3.2 Les choix territoriaux

3.2.1 Les principaux leviers des établissements du GHT Ouest-Hérault

D'abord, la taille du GHT est relativement petite. Le territoire de compétence s'étend sur 3200 km² et couvre un bassin de population de 286 000 habitants. Le périmètre géographique est un facteur facilitant les relations entre les acteurs. Au cours des entretiens, la question de la taille a émergé comme une question d'importance abordée par la majorité des directeurs généraux d'établissements. En effet, les établissements, auraient souvent pour caractéristiques communes : Une ressource médicale fragile, un effectif soignant très dynamique et des présidents de collèges médicaux manquant de temps alors que l'intérêt commun dans le PMSI est de partager des données. Les petits groupements, comme le GHT Oust-Hérault, semblent avantagés par leur taille qui permet l'organisation en circuits courts.

Ensuite, la bonne santé médico-économique de l'établissement support et les choix stratégiques cohérents permettent l'innovation et l'investissement. Les fonctions supports sont bien organisées et porteuses de projets d'avenir. Par exemple, l'ingénieur responsable des SI du CHB indique que le site devient hébergeur de données de santé pour le groupement. L'installation de cette solution logicielle a un objectif immédiat de traitement mutualisé des données de santé, dans le respect strict des règles de confidentialité de données. C'est un gain de temps utile pour l'organisation du DIM qui aura un accès facilité aux données de santé des établissements du GHT. Cette anticipation démontre sa pertinence lorsque l'on sait que le médecin DIM, qui était à temps partagé sur Pézenas et Bédarieux, prend sa retraite et que c'est le médecin DIM de Béziers qui va cumuler les fonctions.

Enfin, des filières de soins entre les établissements qui s'organisent permettent une couverture importante des besoins de santé de la population et limite le taux de fuite vers les cliniques privées et vers des établissements publics membres d'autres groupements.

Ces atouts forts permettent de dégager des préconisations pour optimiser l'organisation de la procédure de codage et fiabiliser les recettes.

3.2.2 Les préconisations pour optimiser l'organisation du codage et fiabiliser les recettes des établissements du GHT Ouest-Hérault

- **Formaliser le processus de codage des Centres hospitaliers de Pézenas et de Bédarieux** : Cela oblige à auditer les pratiques existantes, à les objectiver et à les évaluer dans le cadre d'écrits validés par le DIM de territoire. En commençant par le Centre hospitalier de Pézenas qui a le taux de conformité le moins performant par rapport à celui des deux autres établissements membres du GHT et en se posant rapidement la question de la qualité du dossier patient.

- **Professionaliser la fonction TIM**: La complexité des règles du PMSI et leurs grands nombres imposent une rationalisation des profils de postes. Un personnel formé et titulaire du certificat d'aptitude aux fonctions de TIM serait requis pour la prise de fonction, ce qui nécessite une action sur la gestion prévisionnelle des métiers et des carrières (GPMC). L'externalisation du codage par le recours à des sociétés privées ne pouvant être qu'une solution intermédiaire et temporaire car il est indispensable que chaque établissement dispose de la maîtrise de sa production.

- **Former et accompagner le personnel médical**: L'engagement du personnel médical peut ne pas toujours être au niveau des attentes dans ce domaine. Une sensibilisation au mécanisme de la T2A, la présence des TIM dans les services de manière continue ou ponctuelle doit permettre de lever des freins dans ce domaine. La montée en compétence des praticiens est un levier de motivation pour faire coder les médecins. Il serait nécessaire de leur rappeler dès la signature des contrats de pôle que le codage relève de leur responsabilité.

- **Assurer la continuité du codage**: Assurer la continuité du codage sur le modèle centralisé de Pézenas et de Bédarieux ou sur le modèle décentralisé de Béziers, c'est anticiper le non-codage lié à l'absence des codeurs habituels, qu'ils soient TIM ou

praticien. C'est également recruter des profils avec des aptitudes sur ces fonctions et les former afin de ne pas prendre de retard d'exhaustivité en cas de situation d'absence prolongée du personnel posté. Le reclassement, sur la fonction TIM, d'infirmière ou d'AMA avec une inaptitude professionnelle à leur poste d'origine pourrait constituer une ressource humaine affectable après formation. D'un autre côté, cela limiterait le financement d'arrêt maladie par l'établissement.

- **Informé sur les indicateurs de suivi de l'activité en RUM et en recettes** : L'accès à l'information est un enjeu d'appropriation des enjeux du codage par ceux qui le font. Les taux de conformité et d'exhaustivité doivent être partagés différemment ou en tous cas plus largement que maintenant et le lien entre ces indicateurs et l'impact sur les recettes donc sur l'innovation en santé de l'établissement doit être clairement affiché.

- **Coordonner la mise en œuvre du DIM de territoire** : Coordonner la mise en œuvre du DIM de territoire, c'est structurer une organisation communicante qui apporte de l'expertise et du soutien aux membres du GHT pour le codage. Des bureaux pourraient être créés : une cellule de traitement de l'absentéisme afin de mutualiser les situations de remplacement de court terme ou de recrutement en cas de nécessité et prévoir la GPMC ; une cellule de qualité des formalisations pourrait préfigurer la fusion des organisations existantes.

Cela serait d'autant plus nécessaire qu'il n'y a plus qu'un seul médecin DIM pour incarner à la fois le rôle de médecin DIM et de médecin DIM de territoire.

- **Évaluer régulièrement** : Tant au niveau des établissements qu'au niveau des GHT, la culture de la qualité doit être diffusée en terme d'évaluation des modes d'organisation. Le contrôle interne est certes une prérogative du médecin DIM de territoire, la culture de l'évaluation des processus dans le cadre d'une politique d'amélioration continue de la qualité n'en reste pas moins portée par le médecin DIM dans le GHT afin de sensibiliser et de relayer toutes les actions préconisées ci-avant.

La complexité du codage et les enjeux stratégiques dont il est porteur se révèlent vraiment au moment de la mise en œuvre des DIM de territoire. Ainsi, au travers des enjeux de l'organisation du codage, c'est toute la stratégie de développement des coopérations territoriales qui prend sens. Les axes de questionnement du Centre hospitalier de Béziers sont résolument tournés vers le groupement, ce qui place l'ensemble de l'organisation dans une dynamique en cohérence avec les attentes nationales.

Conclusion

La fonction principale d'un hôpital est d'abord et avant tout la prise en charge des patients. Le codage est un outil dont la finalité est de valoriser l'activité de médecine de façon à ce que la production de soins rapporte les moyens suffisants au financement de l'innovation afin de maintenir une offre de soins de qualité et adaptée aux besoins de la population sur le territoire.

Demeurant du libre choix de chaque établissement, l'organisation classique du codage, telle que nous la connaissons depuis l'application de la T2A, est re-questionnée aujourd'hui par un double mouvement. La loi de modernisation de notre système de santé (de 2016) qui a mis en place la mutualisation des DIM en créant les DIM de territoire (à partir du 1^{er} janvier 2019) a engagé une réflexion prospective sur la fonction codage que connaîtra l'hôpital de demain. Cependant, l'actualité impose aux établissements de positionner de la ressources et des moyens importants pour optimiser cette fonction.

Ce double mouvement, qui peut sembler contradictoire, montre la place essentielle que le DIM de territoire va pouvoir occuper dans les nouvelles organisations. Le redimensionnement du rôle et des missions du DIM qui est à l'œuvre avec les coopérations re-questionne les organisations traditionnelles. Alors qu'on a pu penser que les médecins DIM pouvaient avoir des difficultés de positionnement, la réforme de 2016 leur commande de devenir de véritables leaders d'opinion.

Plus largement, c'est le redimensionnement des DIM qui semble être à l'œuvre avec, en perspective, un axe de responsabilité populationnelle.

Bibliographie

Références juridiques

- Journal officiel, *sous-section 5 : Dispositions communes aux activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie et aux activités de soins de suite et de réadaptation*, du Code de la santé publique (articles L162-23-12 à L162-23-16) ;
- Journal officiel, articles L6113-7 et R6113-1 du Code de la santé publique
- Journal officiel, Décret n° 2016-658 *relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement*, du 20 mai 2016
- Journal officiel, Circulaire DHOS/E3 n° 187 *relative à l'organisation des droits d'accès à la plate-forme de service e-PMSI*, du 22 avril 2004
- Journal officiel, Circulaire DHOS/F2/CNAMTS/2009/295 *relative à l'équilibre financier des établissements de santé* du 23 septembre 2009

Documents institutionnels

- ANAP, *Sécurisation des recettes des établissements* <http://www.anap.fr/les-projets/axe-2-performance-des-etablissements/detail/actualites/securisation-des-recettes-des-etablissements/>, consulté le 6 juin 2018
- ANAP, *Élaboration d'un outil de performance sur la chaîne de facturation-recouvrement* <http://www.anap.fr/les-projets/piloter-les-projets-performance-en-accompagnant-les-etablissements/detail/actualites/elaboration-dun-outil-performance-sur-la-chaîne-de-facturation-recouvrement/>, consulté le 6 juin 2018
- ANAP, *Kit pratique pour l'optimisation des données et de la facturation de l'activité hospitalière* <http://www.anap.fr/ressources/outils/detail/actualites/kit-pratique-pour-loptimisation-du-recueil-des-donnees-et-de-la-facturation-hospitaliere/>, consulté le 6 juin 2018
- ATIH, *Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine chirurgie obstétrique et odontologie*, BO 2018/6bis, juillet 2018, 156 pages
- DGOS, *Cartographie des recettes* <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/fiabilisation-et-certification-des-comptes/article/cartographie-des-recettes-presentation-generale>, mis à jour le 20 décembre 2016, consulté le 6 juin 2018

- DGOS et SOFIME, *Certification des comptes et département d'information médicale – Vademecum*, 14 décembre 2015, 6 pages
- IGAS, *Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé*, par A. Bruant-Bisson, Paul Castel, Maurice-Pierre Panel, mars 2012, 96 pages
- Ministère des solidarités et de la santé, *La fiabilisation et la certification des comptes des établissements publics de santé*
<http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/fiabilisation-et-certification-des-comptes/article/la-fiabilisation-et-la-certification-des-comptes-des-etablissements-publics-de>, mis à jour le 6 mars 2018

Documents des sociétés savantes, d'ordre et de professionnels de santé, travaux

- François JULIEN, *Traité sur l'efficacité*, Poche, 5 juin 2002, Biblio essais, 252 pages
- Cécile SCHMIT, Alain VAS, William D'HOORE, *Initier le changement au sein d'organisations complexes alignement des objectifs, des logiques d'actions et des rôles*
<http://www.strategie-aims.com/events/conferences/6-xviieme-conference-de-l-aims/communications/1475-initier-le-changement-au-sein-d-organisations-complexes-alignement-des-objectifs-des-logiques-dactions-et-des-roles>, consulté le 10 juillet 2018, 28 pages
- Philippe KORDA, *Sociologie des organisations et théorie de la « rationalité limitée » : travaux de Michel Crozier, Herbert Simon, François Dupuy* ; par Philippe Korda. Vidéo Youtube 5'30 <https://youtu.be/7zxXFw4-ZbE>
- Actualisation, *Le rôle du cadre selon Mintzberg*, vidéo Youtube 3'14 <https://youtu.be/SeQImwdMd0g>
- C. Villani, *Donner un sens à l'intelligence artificielle, pour une stratégie nationale et européenne*, mars 2018, 233 pages
- L. Pierron, A. Evennou, *La santé à l'heure de l'intelligence artificielle, Synthèse*, Terra Nova, 5 décembre 2017, 30 pages

Liste des annexes

Annexe I Grille d'entretien

THEMES	QUESTIONS
Thème 1: Contexte	1/ Quel est le contexte historique du codage au CHP? (quel texte l'introduit, qui l'a porté initialement)
Thème 2: Aspect organisation "Selon vous ...?"	2/ Qui code?
	3/ Sur quelle base ? (procédure écrite et validée en instance ?)
	4/ Avec quels thesaurus ?
	5/ Sur quel(s) outil(s) ?
	6/ combien de personnes sont formées et pratiquent le codage ? (diplôme, fiche de poste, formation)
	7/ Y a t'il une adéquation entre le nb de codeurs et la charge ?
	8/ Quelle organisation (centralisée, décentralisé, ou professionnalisée)?
Indicateurs	9/ Délai de mise à disposition des données administratives? Des données médicales ? Des comptes rendus ?
	10/ Taux d'exhaustivité J+15 ? J+31?
	11/ Taux de conformité
	12/ Taux d'exhaustivité des RUM par UM
	13/RUM du service (DP, DAS, sévérités)
Thème 3: Aspect financier	14/La valorisation des recettes est-elle optimisée ?
" Selon vous ... ?"	15/ Comment se prépare FIDES séjour?
	16/ Le maintien du service de médecine est il justifié eu égard aux recettes de l'activité ?
Indicateurs	17/ Montants mensuels valorisés ?
	18/ Evolution des montants mensuels valorisés
Thème 4: GHT	19/ Qu'est ce qui va changer avec le DIM de territoire ?
" Selon vous ... ?"	20/ Qui porte le projet médical commun au CHP?
Thème 5: Stratégie "Selon vous..."	21/ Quel est votre regard sur la réforme T2A?
	22/ Quels sont les impacts objectivés ? (ce que vous avez été obligé de faire et positionnement organisationnel...?)
	23/ Quelles sont les implications (impacts) pour l'avenir de l'établissement dans le paysage sanitaire ? Dans le GHT ?
	24/ Si on devait améliorer les choses que proposeriez-vous ?(par ex: prise en compte des maladies chroniques dans une perspective de financement au parcours, création d'une MIG pour les ES qui créent les plates formes créent des plates formes d'appui ...)

Annexe II Grille de planification des entretiens

Rang	Institution	Position	Fonction	Date	Lieu
1	CH PEZENAS	Établissement partie du GHT Ouest Hérault	AMA faisant fonction de TIM	14/06/2018	CHP
2			Médecin DIM	14/06/2018	Téléphone
3			Cadre de santé	14/06/2018	CHP
4			ADCH service finances	15/06/2018	CHP
5			Directeur (= Directeur finances et SI du CHB), DH	28/08/2018	CHB
6	CH BEZIERS	Etablissement support du GHT Ouest-Hérault	Médecin DIM	27/08/2018	CHB
8			AAH Contrôleur de gestion	28/08/2018	CHB
9			AAH responsable audit interne et certification	28/08/2018	CHB
-			Directeur des finances et des SI cf ligne 5)	29/08/2018	CHB
10			Directrice générale, DH	31/08/2018	CHB
11			Ingénieur, chef de projet informatique	04/09/2018	CHB
12	CH BEDARIEUX	Etablissement partie du GHT Oust-Hérault	Praticien hospitalier	09/08/2018	Téléphone
13			Cadre de santé	10/08/2018	Téléphone
14	CH Clermont l'Hérault	Hors GHT	Directrice générale, D3S	13/08/2018	CH CLH
15			TIM	17/08/2018	Téléphone
16	DGOS	Sous-direction de la performance des acteurs de l'offre de soins	Médecin, chef des projets de facturation hospitalière FIDES, et autres	28/08/2018	Téléphone
-	ANAP		Chargée de projet	Renvoi sur l'interlocuteur de la DGOS	Courriel
17	ATIH	Service classifications, information médicale et modèle de financement	Chargée de mission	03/09/2018	Courriel

ATTACHÉE D'ADMINISTRATION HOSPITALIÈRE
Promotion 2018

**Le codage de l'activité et la fiabilisation des recettes :
Enjeux, freins et leviers
*L'exemple du GHT Ouest-Hérault***

Résumé :

Le codage se définit comme étant la retranscription d'un état pathologique, d'une maladie ou d'un symptôme, sous un format exploitable par un système informatique, suivant une nomenclature officielle à des fins d'analyse de l'information médicale et de valorisation de l'activité.

Le codage de l'activité constitue un processus particulièrement complexe parce qu'il requiert à la fois un niveau de technique élevée pour être réalisé et de l'expertise. Il fait parti intégrante du circuit des recettes et il fait intervenir un grand nombre d'acteurs.

Vecteur de développement de la coopération, le codage renferme des enjeux stratégiques forts qui suscite des tensions dans les organisations.

Engagé dans un processus d'amélioration continue des organisations, le Centre hospitalier de Béziers se donne les moyens de dépasser les difficultés sectorielles et se tourne résolument vers la coopération territoriale.

Mots clés : Codage - activité - données de santé - département de l'information médicale – système d'information - financement - fiabilisation – organisation - coopération – territoire GHT Ouest-Hérault