



EHESP

Filière Directeur d'Hôpital (DH)

Promotion : **2011-2013**

Date du Jury : **Octobre 2012**

**Comparaison des pratiques de codage
et de facturation de trois
établissements**

Thomas Jousse

Remerciements

Je tenais à remercier en premier lieu Mme. Laurence Garo et M. Olivier Brand de m'avoir accueilli au sein du Centre Hospitalier Intercommunal d'Elbeuf, Louviers, Val-de-Reuil. J'ai véritablement apprécié qu'ils me fassent découvrir leur métier et me transmettent leur enthousiasme. Ces remerciements s'adressent également à leurs équipes dynamiques qui ont fait de ces quelques mois de stage une très bonne introduction à ma vie professionnelle future.

Mes remerciements vont également à M. Jean-Louis Gagliardi et à M. Michel Nakhla. Le premier fut un maître de stage attentif et très cordial – il m'a aidé dans l'accomplissement des projets qui m'étaient confiés par son soutien et ses conseils. Le second fut mon référent pour le présent travail. Bien qu'il nous ait manqué de temps pour partager sur celui-ci, je tiens à souligner la qualité de son accompagnement. Je remercie également Mme. Le Dr. Patricia Barco ainsi que Mlle. Perrine Lenoir pour leur aide précieuse et leurs conseils dont j'espère avoir fait bon usage en rédigeant ce mémoire.

Le présent travail, portant sur le processus de facturation et de codage, a été construit avec l'aide de personnels des trois établissements de santé que je remercie très vivement. Envisageant à titre personnel de prendre un poste en direction financière, ils m'ont permis de découvrir leur métier, leurs difficultés et même parfois leurs satisfactions professionnelles. Je fus à chaque fois très intéressé par ces échanges. Ils illustrent les personnes généreuses décrites au prochain paragraphe.

Ce mémoire est dédié à toutes les personnes qui, à un moment ou à un autre de ma vie, m'ont transmis un savoir. C'est une banalité de dire qu'il n'y a pas plus grande richesse que le savoir. Le début de mon parcours professionnel m'a montré que nombre de personnes que j'ai croisées en chemin, qu'elles soient enseignants, chercheurs ou professionnels d'autres secteurs, ne sont pas avares d'en transmettre. Je les remercie très sincèrement de cette générosité et espère pouvoir rendre un jour à d'autres tout ce qu'ils m'ont apporté.

Je remercie en particulier une personne de mon ancien environnement professionnel qui, alors que je passais les concours, m'avait transmis une partie de sa connaissance professionnelle des contrôles externes de la T2A. L'amitié a ceci de commun avec la gratitude qu'elle est durable lorsqu'elle est sincère.

Sommaire

Introduction.....	1
1 La performance du processus de facturation est conditionnée par l'organisation des étapes qui le composent.....	15
1.1 L'hétérogénéité des pratiques se retrouve à toutes les étapes du processus de facturation.....	15
1.1.1 Pré-admission et admissions : l'information est obtenue plus ou moins précocement en fonction des organisations mises en place	15
1.1.2 Le contenu de la pré-facturation est très variable tandis que la facturation apparaît quant à elle plus standardisée – L'ensemble des établissements exploitent les rejets de facturation mais de manière plus ou moins approfondie	22
1.2 Une tendance générale à la professionnalisation des codages est observée	27
1.2.1 Peu d'études ont porté sur la qualité du codage, alors même que cette activité demeure complexe	27
1.2.2 Le codage des actes CCAM en chirurgie est réservé en pratique aux chirurgiens tandis que des modalités d'organisation variables sont retrouvées pour les séjours (codage T2A) et le contrôle interne du DIM	29
2 Entreprendre une réflexion sur les métiers de la facturation et du codage constitue un prérequis pour réaliser de futurs progrès.....	37
2.1 La qualité des éléments entrants est essentielle.....	37
2.1.1 Le système d'information hospitalier conditionne à chaque étape la performance du processus	37
2.1.2 La formation des professionnels est hétérogène et demeure largement perfectible	40
2.2 ...Mais une meilleure coordination entre professionnels requiert une réflexion préalable sur les métiers.....	41
2.2.1 La facturation, un processus « éclaté ».....	41
2.2.2 La facturation : vers de nouveaux positionnements ?.....	44
Conclusion	51
Bibliographie	53
Liste des annexes	57

Liste des sigles utilisés

ACE : Actes et Consultations Externes

ACME : Activités Chirurgicales et Mère Enfant

ALD : Affection de Longue Durée

AME : Aide Médicale d'Etat

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ASIP santé : Agence des Systèmes d'Information Partagés en santé

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

B2 : norme d'envoi informatisé de flux de facturation des établissements de santé aux régimes de sécurité sociale

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CDR : Consultation Droits Réels (site de l'Assurance Maladie)

CH : Centre Hospitalier

CHIELVR : Centre Hospitalier Intercommunal d'Elbeuf Louviers Val-de-Reuil

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

CMA : Complication et Morbidité Associées

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMUc : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPS : Carte de Professionnel de Santé

CPU : Caisse de Paiement Unique

CSP : Code de la Santé Publique

CSS : Code de la Sécurité Sociale

DAQ : Direction de l'Accueil et de la Qualité

DAS : Diagnostic ASSocié

DATIM : Dépistage des Atypies de l'Information Médicale

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DIM : Département d'Information Médicale

DMS : Durée Moyenne des Séjours

DP : Diagnostic Principal

DR : Diagnostic Relié

DRG : Diagnoses Related Groups [groupes liés aux diagnostics]

DUEC : Diplôme Universitaire d'Etudes Complémentaires

EHLB : Etablissement Hospitalier à But Lucratif
ENC : Etude Nationale des Coûts
EPS : Etablissement Public de Santé
ETP : Equivalent Temps Plein
FIDES : Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé
FSEI : Fiche de Signalement d'Événement Indésirable
GAM : (logiciels de) Gestion Administrative des Malades
GHM : Groupe Homogène de Malades
HAS : Haute Autorité de Santé
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IGF : Inspection Générale des Finances
ISO : International Organization for Standardization [organisation internationale de normalisation]
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MAR : Médecins Anesthésistes Réanimateurs
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique et Odontologie
MECSS : Mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité Sociale.
NPAI : N'habite Pas à l'Adresse Indiquée
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PDG : Président Directeur Général
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PMUI : Pôle Médecine d'Urgence et Imagerie
QQOQCCP : Qui fait Quoi ? Où ? Quand ? Comment ? Combien ? Pourquoi ?
RSS : Résumé Standardisé de Soins
RUM : Résumé d'Unité Médicale
SMS : Short Message Service [service de courts messages écrits envoyés téléphoniquement]
T2A (TAA) : Tarification A l'Activité
TIM : Technicien de l'Information Médicale
UM : Unité Médicale

Introduction

Au plan national, l'impossible maîtrise par les établissements de santé de leurs ressources T2A ?

Réforme majeure du mode de financement des établissements publics de santé, la Tarification A l'Activité (T2A) est apparue dans le cadre du programme Hôpital 2007. Selon le rapport de la cour des comptes portant sur l'application des lois de finance pour 2009, « *La T2A [consiste] à répartir entre les établissements une enveloppe votée par le Parlement au sein de l'ONDAM, non plus en fonction de données historiques plus ou moins corrigées, mais compte tenu de l'activité réelle des établissements* »¹. Dans les autres pays développés, les modes de financement des hôpitaux à l'activité sont apparus depuis de nombreuses années (la réforme date de 1983 aux Etats-Unis d'Amérique). Le principe reste le même : il s'agit de classer les patients dans des groupes en fonction des caractéristiques qu'ils partagent (diagnostic ayant justifié l'hospitalisation, âge, sexe, ...) et de considérer que le coût de traitement d'individus appartenant à un même groupe sera comparable. Les objectifs de ce type de financement sont variables d'un système de santé à un autre mais peuvent toutefois être regroupés dans trois catégories : améliorer la transparence du financement, encourager le développement de l'activité et renforcer le management des hôpitaux².

En France, la T2A fut progressivement déployée à partir de 2005 et constitue aujourd'hui la principale source de financement des établissements de santé. Ainsi, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2012 prévoit un montant prévisionnel d'exécution pour 2011 de 53,9 milliards d'euros pour les dépenses tarifées à l'activité contre 18,9 milliard d'euros pour les autres dépenses. Ce mode de financement s'applique aux établissements publics de santé (EPS), aux établissements de santé d'intérêt collectif (ESPIC) et aux établissements hospitaliers à but lucratif (EHBL). Les champs d'application actuels de cette tarification concernent la médecine, la chirurgie, l'obstétrique et l'odontologie (MCO) ; dans ces champs les groupes précédemment décrits sont désignés sous l'appellation de Groupe Homogène de Patients (GHM). Une Etude Nationale des Coûts (ENC) est réalisée ponctuellement pour estimer le coût moyen de chaque GHM (la dernière remonte à 2010). Dès 2006, la T2A est devenue selon la cour

¹ COUR DES COMPTES, 2009, « Rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, chapitre VII, la mise en œuvre de la T2A, bilan à mi-parcours ». [Consulté le 12 mai 2012], disponibilité : www.ccomptes.fr

² SCHELLER-KREINSEN D, GESSLER A, BUSSE R, 2009, « The ABC of DRGs [Diagnoses-Related-Groups] », *Euro Observer*, Vol. 11 ., n°4, p.1-4

des comptes « une donnée majeure de la gestion des établissements de santé »³. Incontournable, la T2A n'est pour autant pas exempte de critiques. Dans le cadre d'une audition de la Mission d'Évaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale (MECSS), un inspecteur de l'IGAS a déclaré au printemps dernier qu'il existait des « distorsions nombreuses » entre la hiérarchie des coûts établie par l'ENC et les tarifs offerts pour chaque GHS (les Groupes Homogènes de Séjours ou GHS constituent la traduction tarifaire des GHM et tiennent notamment compte de la durée des hospitalisations). Il ajoutait qu'une plus grande « neutralité des tarifs » était requise par rapport à l'étude nationale des coûts (ENC), neutralité qui désigne l'idée que les coûts des GHM doivent bien correspondre à leur valorisation financière fixée par la tarification⁴. Plus récemment, un rapport d'information de la MECSS sur le financement des établissements de santé a reconnu les atouts « indéniables » de cette tarification, tout en dénonçant certains de ses effets pervers⁵. La T2A fait donc l'objet de nombreux débats.

Auditionné par cette même MECSS en janvier dernier⁶, le Président du syndicat national de l'Information médicale a également rappelé l'intérêt de la T2A mais a souligné sa trop grande complexité : « *L'établissement où j'exerce totalise environ 120 000 séjours par an. Pour chaque séjour, nous procédons au codage d'une dizaine de pathologies en moyenne, et chaque pathologie doit être choisie parmi 70 000 possibilités !* ». Toujours selon cet expert, il en résulte que des écarts se creusent en terme de financement entre les hôpitaux où l'activité de codage est maîtrisée et ceux où elle ne l'est pas (« *Une plus ou moins grande maîtrise de ces méthodes en matière d'information médicale peut entraîner des écarts de ressources de 5 à 10 % entre établissements* »). L'activité de codage apparaît dans ce contexte particulièrement sensible pour le financement des établissements publics de santé.

Selon le dictionnaire Larousse, le codage correspond à la transcription de données en un code. Le codage des actes de chirurgie s'effectue à partir de données médicales et se base sur la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). Celui des séjours porte sur des données administratives et médicales et utilise la dixième version de la Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). S'effectuant à partir de nombreuses données, le codage des séjours est de fait particulièrement complexe. Selon l'expert précédemment cité, il devient de plus en plus

³ COUR DES COMPTES, 2006, « Rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006. [Consulté le 12 mai 2012], disponibilité : www.comptes.fr

⁴ APM INTERNATIONAL. « L'IGAS prône un plus grand respect entre les coûts et les tarifs ». [Dépêche APM parue le 18 avril 2012], disponibilité : www.apmnews.com

⁵ LE-MENN J., MILON A., 2012, « Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur le financement des établissements de santé ». [Consulté le 2 Août 2012], disponibilité : <http://www.senat.fr/rap/r11-703/r11-7031.pdf>

⁶ MECSS DU SENAT. Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale : audition du 30 janvier 2012. [Consulté le 12 mai 2012], disponibilité : <http://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20120130/mecss.html>

délicat de demander à des médecins cliniciens, du fait de cette complexité, de coder individuellement l'ensemble des séjours des patients dont ils ont la charge⁶. Selon LE-MENN (2012), cette complexité renvoie au nombre de GHM pouvant être codés (2318 en 2011) et également à la plus forte hétérogénéité des GHM utilisés dans le public comparativement au privé. De plus, la réglementation est particulièrement évolutive (depuis le 1^{er} mars 2012 s'applique la 11^{ème} version de la classification des GHM⁷). Même si l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) centralise l'ensemble des informations pertinentes sur son site web et publie régulièrement des guides méthodologiques (un guide a récemment été publié pour la MCO⁸), connaître et maîtriser ces informations est particulièrement exigeant.

Il s'en suit que de plus en plus d'établissements s'interrogent sur une « centralisation du codage » dont le corollaire serait une professionnalisation de cette activité, c'est-à-dire le codage par des techniciens de l'information médicale (ou des médecins DIM) et non plus par les professionnels médicaux prenant en charge les patients. Schématiquement, deux types d'organisation sont rencontrés. Dans la première, le codage est effectué dans les services cliniques par les professionnels médicaux prenant en charge les patients : l'organisation est dite « décentralisée ». Dans la seconde, l'ensemble du codage est effectué par des Techniciens de l'Information Médicales (TIM) qui furent longtemps situés géographiquement dans les locaux du Département de l'Information Médicale (DIM) de l'établissement : l'organisation est donc qualifiée de « centralisée » (aujourd'hui, les TIM sont toutefois fréquemment présents dans les pôles cliniques et l'expression devient ambiguë). 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 activité. La distinction entre codage centralisé et codage décentralisé était soulignée par un rapport datant de 2010. Pour les auteurs, il y a lieu d'opposer les établissements publics aux cliniques, les derniers ayant plus souvent recours à une organisation centralisée⁹. Depuis 2010, cette situation a toutefois évolué.

⁷ MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, « Arrêté du 14 février 2012 modifiant l'arrêté du 19 février 2009 modifié relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale », JORF n° 0049, 26 février 2012. [Consulté le 17 juillet 2012], disponible à l'adresse suivante : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

⁸ MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, « Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie », bulletin officiel n°2011/6 bis (fascicule spécial), juin 2011. [Consulté le 17 juillet 2012], disponible à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr>

⁹ MOISDON JC, PEPIN M, 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 12 mai 2012], disponibilité : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud97.pdf

Ainsi, le CHU de Nancy a ouvert 14 postes de TIM et a réorganisé son Département de l'Information Médicale (introduction de TIM dans les pôles) en 2011 suite à un audit réalisé en 2009. Le codage des diagnostics est désormais confié au TIM¹⁰.

Exigeante, le « codage de l'activité » ne correspond pour autant qu'à une des nombreuses étapes du processus de facturation des établissements. Ce processus se caractérise par le fait que les étapes qui le composent sont interdépendantes, de sorte que la maîtrise d'ensemble requiert non seulement que chaque étape soit correctement réalisée mais également que leur enchaînement se déroule convenablement. Ainsi, parmi les nombreuses informations prises en compte lors du codage figurent des informations obtenues en amont dans le processus (c'est le cas par exemple de données administratives telles que l'âge, le sexe ou le code postal de résidence). Un autre exemple est que des erreurs de codage, comme le fait pour un professionnel de coder un acte non autorisé du fait de sa spécialité, peuvent également bloquer ou influencer négativement sur la suite du processus. C'est pourquoi, il semble opportun d'étudier le processus dans sa globalité et de détailler les tâches pouvant être réalisées à chaque étape pour bien appréhender le déroulement d'ensemble.

Récemment, la facturation a été affectée par le projet FIDES (Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé), qui vise à ce que les factures soient transmises dossier par dossier et non plus par lot à la caisse de sécurité sociale en charge du remboursement. La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a récemment indiqué que les établissements publics de santé passeraient en facturation individuelle pour les Actes et Consultations Externes (ACE) au 1^{er} janvier 2013 et au 1^{er} janvier 2014 pour les séjours¹¹. La date effective de mise en œuvre de ce projet a été retardée à plusieurs reprises et l'on peut s'interroger sur le respect de ces échéances. Un rapport conjoint de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et de l'Inspection Générale des Finances (IGF) soulignaient que son pilotage avait pâti d'un manque de leadership et que des questions demeuraient sur son opportunité¹². Inscrit dès la LFSS pour 2004 comme un objectif connexe de la mise en place de la T2A, le projet FIDES devait selon ses promoteurs permettre à l'Assurance Maladie de mieux contrôler les dépenses hospitalières en facilitant l'analyse et les contrôles. Pour les établissements, cette tarification « au fil de l'eau » représente tout à la fois un risque, celui d'augmenter le

10 APM INTERNATIONAL, 2011, « Fiche métier – codeur des diagnostics et des actes médicaux ». [Cons. sur le web le 17/07/2012], disponibilité : www.snitem.fr/sites/default/files/ckeditor/fiche_metier__assistant_codeur.pdf

11 MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, MINISTERE DU BUDGET DES COMPTES PUBLICS, DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA REFORME DE L'ETAT, UNCAM. Projet FIDES, instance consultative des représentants hospitaliers 25 novembre 2010 ». [Consulté le 12 mai 2012], disponibilité : http://www.fehap.fr/page-article.asp?ID_art=4460

12 ABBALEA P., DELAHAYE-GUILLOCHEAU V., GATIER J., « Le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale – rapport définitif ». IGAS, IGF. Décembre 2008. [Consulté sur le web le 17 juillet 2012], disponibilité : www.documentationfrancaise.fr

nombre de rejets de paiement, et une opportunité, celui de raccourcir les délais de paiement des services produits.

Au plan local, le processus facturation du Centre Hospitalier Intercommunal d'Elbeuf Louviers Val-de-Reuil (CHIELVR) fait face à de nombreux défis.

Un établissement dont les activités sont principalement réparties sur deux sites

Le CHIELVR est partagé entre deux sites principaux, Elbeuf et Louviers. Ces deux sites correspondent à d'anciens établissements qui ont fusionné en 1999. La volonté affichée dans le projet d'établissement est d'offrir l'accès à une large gamme de spécialités et de services sur l'ensemble du secteur d'Elbeuf-Louviers au sein du territoire Rouen Elbeuf. En conséquence, si la majeure partie des spécialités est basée sur le site des Feugrais (Elbeuf), des consultations avancées sont organisées à Louviers. Le projet du pôle ACME (Activités Chirurgicales et Mère Enfant) prévoit d'ailleurs pour 2012-2016 de « *maintenir et développer les consultations avancées dans toutes les spécialités chirurgicales ainsi qu'en obstétrique et en pédiatrie sur le site de Louviers* ». Pour le processus de facturation, cette organisation géographique constitue un facteur de complexité supplémentaire. Ainsi, des membres du service facturation sont présents sur les deux sites pour les hospitalisations, les consultations et les urgences. La multiplication des sites d'accueil entraîne que des effectifs plus importants sont requis et que le pilotage managérial est plus délicat.

Lors des deux dernières années, un certain nombre de projets ou d'événements ont pu avoir un impact sur le déroulement du processus de facturation au sein de l'établissement. Certains éléments concernent l'ensemble du processus, d'autres uniquement le codage.

L'établissement a récemment renoncé à participer à l'expérimentation du projet FIDES mais sera l'un des premiers à passer à la facturation individuelle des actes début 2013

Depuis 2009, le CHIELVR a cherché à améliorer sa maîtrise du processus de facturation en faisant appel à une société de conseil. Un groupe de travail auquel participait des directeurs, des médecins, des cadres supérieurs de santé et d'autres cadres a été mis en place. Ce projet a débouché sur des résultats concrets : la mise en place de bornes de mise à jour des cartes vitales au niveau des bureaux de l'accueil, la formalisation d'un carton d'invitation institutionnel, des actions de formation sur la version 10 de la T2A. Même si la démarche n'a pas été conduite jusqu'à son terme, ces actions

ont néanmoins permis de diminuer le taux de rejet des dossiers facturés pour les patients bénéficiaires de la CMU ou de l'Aide Médicale d'Etat (AME).

Dans le cadre de l'expérimentation en cours du projet FIDES, des établissements ont été sélectionnés pour partie au regard de la « maturité »¹³ de leur processus de facturation. Cette « maturité » était en partie estimée en regard du taux de rejet des dossiers précités, du fait qu'ils soient déjà transmis individuellement. Ayant obtenu un taux de 3,69% en 2011, le Centre Hospitalier Intercommunal Elbeuf Louviers Val-de-Reuil (CHIELVR) fut retenu pour participer à l'expérimentation. L'établissement a cependant choisi en mai dernier de se retirer du projet pour des problèmes informatiques : dès cette date, il était en effet probable que le CHIELVR ne disposerait pas du module informatique requis dans des délais compatibles avec le projet. Le cas du CHIELVR n'est pas isolé et lors du salon « Hôpital expo » de 2012 un représentant du ministère de la santé a indiqué qu'il n'y aurait pas de généralisation de la facturation individuelle des séjours avant le 1^{er} janvier 2014, compte tenu du retard pris par les éditeurs de logiciels concernés¹⁴. L'établissement sera de toute façon l'un des premiers à passer en facturation individuelle à compter du 1^{er} janvier 2013.

Le système d'information de l'établissement est en pleine reconstruction

Le CHIELVR et le CH de Dieppe ont conjointement entrepris une rénovation de leur système d'information qui a fait l'objet d'un appel d'offres commun en 2011. La solution logicielle prévue dans l'appel d'offres devait notamment comporter un module de Gestion Administrative du Malade (GAM) et un module pour la gestion du dossier médical. Cependant, des difficultés sérieuses sont intervenues dans l'exécution du contrat : le prestataire n'a pas pu installer les différents modules dans les délais initialement fixés dans l'appel d'offres et a sollicité une hausse forte des frais de maintenance.

Par la suite, l'ARS de Haute-Normandie a fait paraître dans la revue APM une dépêche dans laquelle les difficultés des deux centres hospitaliers étaient mentionnées¹⁵. La dépêche précisait les difficultés rencontrées et signalait l'incapacité du prestataire à

¹³ MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, MINISTERE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS, DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA REFORME DE L'ETAT, UNCAM, « Projet FIDES » in CENTRE HOSPITALIER DE MULHOUSE, *Journées DIM d'Alsace 2010*, 26 Novembre 2010. [Consulté le 12 mai 2012], disponibilité : www.departement-information-medicale.com

¹⁴ APM INTERNATIONAL. 1^{er} juin 2012. « Projet Fides: la facturation directe des séjours reportée à 2014 ». [Visité le 9 juillet 2012], consultable à l'adresse suivante : <http://www.ticsante.com/show.php?page=story&newsPage=2&id=1259&story=1259>

¹⁵ APM INTERNATIONAL. 12 juin 2012. « Interpellé par les CH de Dieppe et Elbeuf, Intersystems a "bien entendu le message » ». [Visité le 9 juillet 2012], consultable à l'adresse suivante : <http://www.ticsante.com/show.php?page=story&id=1268&story=1268>

honorer ses engagements. Le CHIELVR a depuis rompu sa relation contractuelle avec le prestataire. Le devenir du système d'information de l'établissement est aujourd'hui grandement questionné au regard du fait que certains modules du prestataire fonctionnent et sont toujours opérationnels au sein de l'établissement. Une certaine déception a suivi ces événements, les personnels de l'établissement s'étant de longue date investis dans ce projet institutionnel.

Des interrogations sur la qualité du codage, même si un contrôle externe de la T2A mené par l'Assurance Maladie s'est révélé plutôt rassurant

Le logiciel Lambda fut créé en 2006 par l'ATIH pour l'envoi d'informations rectificatrices sur l'activité. Les « lambdas » désignent par extension les sommes recouvrées par un établissement suite à une action de recodage de ses GHM. De nombreuses sociétés de conseil se sont spécialisées dans cette activité. Elles utilisent des requêtes qu'elles ont développées et procèdent à des journées de recodage sur site. Elles travaillent sur des périodes de deux années suivant la réalisation des prestations, du fait que les périodes antérieures soient prescrites¹⁶. Un arrêté du 22 février 2008 fixe les conditions d'envoi des données du PMSI en MCO ; dans son article 7 (alinéa 3), il prévoit qu'une démarche de modification a posteriori des données du PMSI doit être motivée¹⁷.

En 2011, le CHIELVR a fait appel à une société de conseil spécialisée dans le PMSI pour une action de recodage des GHM réparties sur trois années (fin 2009 – 2010 – début 2011). Une grille tarifaire prévoyait qu'une partie des sommes obtenues du fait du recodage soient reversées à la société prestataire (grille fournie a priori par le consultant dépendant du montant des sommes recouvrées – la société parlant d'un modèle d'affaires de type « SuccessFee » [« frais uniquement en cas de succès »]).

Les sommes récupérées par le CHIELVR furent relativement importantes :

- 438000 euros sur 2009 (frais de la société de conseil non inclus). Les chiffres initiaux étaient supérieurs mais le médecin responsable du DIM n'a pas accepté l'ensemble des recodages.

¹⁶Code de la sécurité sociale, article L332-1 : « L'action de l'assuré et des ayants droit mentionnés à l'article L. 161-14-1 pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par deux ans, à compter du premier jour du trimestre suivant celui auquel se rapportent lesdites prestations »

¹⁷ DIRECTRICE DE L'HOSPITALISATION ET DE L'OFFRE DE SOINS, Arrêté du 22 février 2008 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique, JORF n°0051 du 29 février 2008 page 3577.

- les chiffres ne sont pas encore connus précisément sur 2010 car sujets à un contrôle réalisé par l'Assurance maladie en 2011. Les sommes sont toutefois globalement voisines.
- 120997 euros pour le début de l'année 2011 (frais de la société de conseil non inclus).

Un des autres établissements ayant servi à la comparaison inter établissements avait lui aussi eu des lambdas importants, ce qui l'avait conduit à faire appel également à une société spécialisée. Son directeur des finances a souligné au cours de son interview que l'établissement se distinguait négativement de ce point de vue au niveau régional. Il n'y avait pas de réflexion en cours sur les modalités de codage dans cet établissement.

En 2011, un contrôle externe de la T2A a été effectué par l'Assurance Maladie au sein du CHIELVR. Portant sur l'année 2010, 475 furent contrôlés (219 donnèrent lieu à impact financier). Environ 60000€ d'indus furent notifiés à l'établissement. Le contrôle portait sur les séjours contigus, les hospitalisations partielles, les prestations inter-établissements et des atypies du case-mix. Un point fut réalisé à la suite du contrôle en Commission Médicale d'Etablissement (CME) sur les actes frontières, c'est-à-dire ceux devant le plus souvent être effectués en externe mais pour lesquels la situation médicale du patient peut justifier une exception. Le ministère de la santé a publié sur ce sujet une instruction précisant les règles de fonctionnement¹⁸ : « *Toute prise en charge de patient qui peut habituellement être réalisée en médecine de ville ou dans le cadre des consultations ou actes externes des établissements de santé ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS* ». Peu d'observations furent faites par l'établissement en réponse au rapport de contrôle. Le point réalisé en CME visait à la fois à informer la communauté médicale des résultats du contrôle et à les informer sur ces aspects de la réglementation.

La croissance de l'activité de chirurgie s'est infléchie en 2012 et une expérimentation est en cours en matière de codage des séjours

Les services de chirurgie du CHIELVR ont été marqués en 2011 par une augmentation de l'activité tant en nombre d'actes qu'en nombre de séjours (respectivement 6, 65% et 6.71%) et une diminution de la Durée Moyenne de Séjour (DMS) de 3,62 à 3,39 jours.

Le nombre de salles du bloc opératoire parut être un facteur limitant l'activité. Il fut donc décidé l'ouverture d'une 7^{ème} salle opératoire (trois jours sur cinq par semaine dans un premier temps – ouverture effective en avril 2012). Pour accompagner cette ouverture, des recrutements de Médecins Anesthésistes Réanimateurs (MAR) ont été décidés :

¹⁸ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Instruction N°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 [en ligne]. [Visité le 09/07/2012], disponible à l'adresse suivante : <http://www.atih.sante.fr/?id=0001000038FF>

passage de 9 à 11 ETP sur 2012. Depuis avril, l'activité n'a cependant pas augmenté dans les proportions escomptées, rendant la valorisation des activités produites en chirurgie particulièrement importante pour le pôle et l'établissement.

Dans ce contexte financier tendu a été prise la décision de mettre en place une expérimentation de codage des diagnostics par des TIM durant le mois d'août 2012 en concertation avec la direction générale, le pôle concerné et le DIM. Cette expérimentation a débuté en septembre 2012 et portera sur une période de trois mois.

Elle consistera à assurer la présence d'un TIM chaque journée de semaine de 14 à 16 heures au sein du service de chirurgie. Les TIM auront la charge du codage des diagnostics autres que les diagnostics principaux. Leur emplacement géographique se situera à proximité des secrétariats médicaux, de sorte que le circuit du dossier médical papier et les échanges d'information en seront facilités. L'un des critères retenus pour décider de pérenniser (ou non) cette solution sera de comparer la valeur moyenne d'un GHM avant et pendant l'expérimentation.

Cette décision a été prise dans le contexte d'une réflexion du DIM sur les pratiques de codage de l'établissement. Elle fait également suite à l'arrivée d'un nouveau directeur général et à la volonté exprimée par le chef de pôle à plusieurs reprises de mettre en place de nouvelles modalités de fonctionnement.

L'un des éléments ayant déclenché le changement est sans doute le contrôle par le médecin DIM de l'intégralité du codage d'un chirurgien sur un mois d'activité. Ce sondage a montré que les diagnostics principaux étaient très correctement codés par le chirurgien mais pas les autres éléments du codage, dont notamment les Complications et Morbidités Associées (CMA). Il en résultait un « sous-codage » dont le montant a été communiqué au chef de pôle et au directeur général.

Le projet a été présenté par le médecin DIM à l'occasion d'un conseil de pôle. Le médecin DIM a rappelé son souhait que les diagnostics principaux demeurent identifiés par les chirurgiens. Le fait d'affecter du temps TIM vise à ce que les dossiers médicaux du service soient « épluchés » dans leur intégralité (parties paramédicale et médicale, dossiers papier et informatisé) par les TIM de l'établissement. Le médecin DIM présenta des exemples de valorisation de séjours avec et sans codage des CMA : ces résultats étonnèrent plusieurs des personnes présentes. La discussion s'est ensuite portée sur le suivi médical des personnes opérées, les médecins anesthésistes et les chirurgiens discutant de leur intervention respective et des meilleures modalités de prise en charge. Ce dernier élément souligne que si la qualité du codage de l'information médicale conditionne la valorisation financière des séjours, il en va de même de l'obtention et de la traçabilité de l'information en amont.

Il est proposé dans la suite de cette introduction de présenter les objectifs et les principaux éléments méthodologiques du présent mémoire.

Méthodologie

☒ Sur la sélection des hôpitaux de l'échantillon

La première interrogation portait sur le nombre d'établissements à visiter. En choisir trois semblait être un bon compromis entre la charge de travail (résultant des déplacements, contacts, entretiens, etc.) d'une part et le souhait de pouvoir observer des modalités d'organisation différentes d'autre part.

Sur le choix des hôpitaux, trois critères d'importance décroissante avaient été définis préalablement à l'étude :

1. Souhait de préserver une certaine hétérogénéité au sein de l'échantillon de telle manière à ce que des fonctionnements contrastés soient observés. Concrètement, il était par exemple important qu'un des trois établissements étudiés ait un codage « centralisé » pour permettre une comparaison éclairante. Il en allait de même pour d'autres étapes du processus de facturation.
2. Les établissements choisis ne devaient pas être en situation de concurrence afin d'éviter toute rétention d'information.
3. Enfin et dans la mesure du possible, les établissements étudiés devaient avoir une activité similaire, appréciée au travers de la taille en lits MCO de l'établissement (située entre 150 et 300 lits MCO), du nombre de lits de chirurgie et des spécialités chirurgicales partagées.

En pratique, six établissements furent identifiés comme répondant potentiellement aux critères. Sur ces six établissements, un ne fut pas contacté car le médecin DIM y exerçant avait travaillé préalablement au CHIELVR. Concernant les cinq autres, l'un d'entre eux a fixé une condition à sa participation qui semblait difficilement compatible avec les impératifs de rédaction (réalisation des entretiens en septembre). Le choix d'un établissement s'imposait naturellement car le CHIELVR a une activité très comparable (nombre de lits MCO et de lits dédiés à la chirurgie très voisins – plusieurs activités chirurgicales communes, telles les chirurgies orthopédique, viscérale et vasculaire, gynécologique). Parmi les deux établissements restants, l'un affichait un codage « décentralisé » et l'autre un codage « centralisé » ; l'établissement présentant un codage « centralisé » fut sélectionné bien que ne présentant pas une activité comparable à celle du CHIELVR.

☒ Anonymisation des établissements

Dans leur grande majorité, les propos tenus ne prêtaient pas à polémique mais certains points sensibles tenant aux résultats obtenus, aux méthodes ou à la répartition

du travail justifiaient cette précaution. L'unicité de certains postes (DIM, responsable facturation) a rendu nécessaire le fait de rendre anonyme non seulement les personnes mais également les établissements (qui dans la suite de ce travail seront désignés « A », « B » et « C »).

☒ Recherche d'information

- Une grille de comparaison comportant des questions semi-ouvertes et visant à pouvoir comparer le contenu réel de chaque étape en termes de tâches effectuées a été utilisée. Cette grille a été renseignée au début de la réalisation des interviews.
- Des interviews ont été réalisées dans chaque établissement avec des techniciens de l'information médicale, le médecin DIM, l'attaché d'administration hospitalière en charge de la facturation et, si cela était possible, un chirurgien. Les personnes interviewées étaient enregistrées après que leur accord ait été demandé, dans le but de respecter fidèlement leur propos. Les comptes-rendus leur ont été envoyés par courriels ou remis en main propre.
- Des observations de poste de travail furent réalisées auprès des agents d'accueil de la facturation et des « facturiers » (agents ayant en charge la gestion quotidienne des dossiers). Le rédacteur du mémoire a été présenté comme étant élève-directeur vis-à-vis des professionnels rencontrés. Au niveau des accueils, ces rencontres furent instructives car elles ont permis de découvrir quelques réactions et questionnements des usagers face à un agent d'accueil et, après les entretiens, de questionner ces derniers sur des situations rencontrées quelques instants auparavant. En ce qui concerne les « facturiers », les observations ont permis de découvrir le fonctionnement global des logiciels GAM usités par les professionnels et de les questionner sur des aspects pratiques de leur travail quotidien (organisation des instances, répartition du travail, etc.).

Objectif du mémoire

Un processus correspond à une succession ordonnée d'étapes dont la réalisation conditionne l'atteinte d'un objectif. En l'occurrence, le processus étudié vise à la juste facturation des actes et séjours effectués au sein des services. Dans cette approche, l'étude d'un processus revient pour une large part à analyser des aspects organisationnels liés au déroulement de chaque étape et à étudier leur coordination. Les qualitatifs définissent de manière plus large un processus comme un ensemble d'activités de transformation d'éléments entrants en éléments de sortie. Les éléments entrants peuvent être des moyens humains, matériels, des informations ou bien encore des consignes écrites ou orales.

Le présent mémoire vise à étudier quels sont les déterminants de la performance de la facturation au travers de l'étude du déroulement du processus dans trois établissements de santé. Que recouvre le terme « performance » pour ce processus ? La facturation vise à établir des factures, « *pièces comptables datées, qui détaillent les marchandises vendues, les services fournies et en précisent le prix* » (dictionnaire Larousse, édition 2010). De nombreux indicateurs portant sur ce processus ont été publiés par l'ANAP en décembre 2009¹⁹ : si certains apparaissent très spécifiques d'une étape, il apparaît d'emblée que l'exhaustivité (facturer l'ensemble des dossiers) et le respect de délais constituent des préoccupations récurrentes des professionnels. Il est donc proposé dans ce mémoire de définir que la performance du processus renvoie à **la facturation fidèle de l'ensemble des prestations servies dans des délais raisonnables**. Le terme fidèle représente l'identification correcte de ce qui doit être payé par tel ou tel débiteur et le fait que l'ensemble des prestations servies soient facturées (ce qui renvoie indirectement aux bons codages des diagnostics et des actes). A n'en pas douter, la performance du processus, c'est aussi la capacité des organisations à s'inscrire dans des évolutions futures, et notamment le passage à la facturation individuelle des séjours et des actes.

Le sujet étant très vaste, il est suggéré d'apporter d'emblée deux limitations : ne pas étudier le recouvrement des sommes et se limiter d'emblée à l'activité programmée de chirurgie en hospitalisation complète. Même si le recouvrement des sommes peut s'effectuer à l'hôpital dans la continuité du processus de facturation, il s'agit d'une activité bien distincte de celle décrite précédemment, réalisée en outre le plus souvent par un acteur externe : le trésorier payeur. Quant à la seconde limitation, se limiter aux hospitalisations programmées de chirurgie présente l'avantage de pouvoir interroger des professionnels de santé possédant un socle d'activité commun et d'étudier le déroulement de prestations reflétant un parcours du patient souvent similaire : consultations en chirurgie, consultation en anesthésie, admission et déroulement de l'intervention chirurgicale, séjour post opératoire de quelques jours puis sortie. Le choix de la chirurgie a été réalisé du fait que cette activité représente un enjeu financier important pour le CHIELVR et également parce que l'on pouvait s'interroger sur l'impact de la coordination des professionnels (médecins anesthésistes, chirurgiens, personnels paramédicaux) sur la valorisation financière des activités.

Il en résulte de la première limitation que les éléments de sortie étudiés se borneront aux données de facturation transmises aux organismes de sécurité sociale. En pratique, ces derniers envoient désormais des courriers indiquant les rejets de paiement

19 ANAP, 2009, « Guide des indicateurs de facturation et de recouvrement ». [Consulté le 12 mai 2012], disponibilité : www.anap.fr. Ce guide reprend les différentes étapes de facturation dont le codage et y associe des indicateurs pour suivre leur bon déroulement.

et leurs motifs aux hôpitaux, leur fournissant par la même des éléments d'information très utiles sur la qualité du déroulement du processus.

Les préoccupations de la direction et du DIM du CHIELVR n'ont pas été neutres dans le choix de ce sujet de mémoire. Rencontrée au moment de la définition du sujet du mémoire, le médecin DIM de l'établissement avait souligné qu'un mémoire portant sur le codage pourrait constituer un sujet intéressant, non seulement parce qu'il avait peu été traité mais aussi parce que ce choix constituait un réel enjeu pour les hôpitaux. Il a été choisi d'élargir l'étude à l'ensemble du processus afin de vérifier si l'hétérogénéité des pratiques se retrouverait à d'autres étapes et, également, parce qu'il était pressenti qu'il était nécessaire d'appréhender le processus de manière globale pour identifier les éléments clés de sa performance.

➔ La performance du processus est conditionnée par l'organisation de chacune des étapes qui le composent (I). Des éléments transversaux, tels que la qualité des éléments entrants ou la coordination des professionnels apparaissent toutefois primordiaux (II).

1 La performance du processus de facturation est conditionnée par l'organisation des étapes qui le composent

Le processus facturation peut être découpé en un certain nombre d'étapes plus ou moins nombreuses dont chacune possède un but précis. Recouvrement compris, le guide précité de l'ANAP identifie pas moins de huit étapes. Il est proposé de simplifier ce découpage en regroupant certaines d'entre elles et d'étudier :

- Les phases de pré-admission et d'admission qui visent à recueillir les informations nécessaires à la facturation,
- les phases de préfacturation et de facturation qui consistent à vérifier que l'ensemble des données ont bien été saisies dans le dossier informatique puis à envoyer la facture électroniquement aux débiteurs,
- la phase de traitement des rejets de titre, utile pour permettre de facturer de nouveau les dossiers rejetés et plus largement pour analyser les erreurs survenant fréquemment tout au long du processus.

L'observation des trois établissements permet de montrer qu'une hétérogénéité des pratiques se retrouve à chaque étape du processus. Egalement concernés par cette hétérogénéité, les codages des actes et des séjours se caractérisent toutefois par une tendance globale à la professionnalisation.

1.1 L'hétérogénéité des pratiques se retrouve à toutes les étapes du processus de facturation

Les pré-admissions permettent d'anticiper certaines difficultés et par la même contribuent à maîtriser les délais et à rendre plus fiables les informations obtenues. Cette étape n'est pour autant que rarement effectuée dans des conditions satisfaisantes. Le contenu de l'étape de pré-facturation est également très variable. Ces deux éléments expliquent pour une large part une variabilité importante des taux de rejets constatés entre les établissements.

1.1.1 Pré-admission et admissions : l'information est obtenue plus ou moins précocement en fonction des organisations mises en place

La pré-admission et l'admission sont étudiées conjointement car sont réalisées par des personnels du service facturation et présentent une finalité commune, celle d'obtenir

les informations administratives nécessaires à la facturation. Dans le guide de l'ATIH sur les indicateurs de recouvrement, un seul indicateur possède un lien avec ce regroupement de tâches : le taux de pré-admission. Cela s'avère nettement insuffisant pour suivre une étape complexe aux contours souvent mal définis. L'indicateur sur le « taux de pré-admission » souligne qu'il est recommandé d'obtenir les informations le plus tôt possible pour deux raisons :

- D'abord parce qu'il est plus aisé de récupérer les informations lorsque le patient prépare son hospitalisation ou est hospitalisé car il (elle) sera plus sensible aux relances et plus disposé(e) à répondre.
- Ensuite, parce que certaines demandes d'informations peuvent prendre beaucoup de temps. C'est le cas notamment des demandes de prise en charge mutuelle : au sein d'un établissement, un agent a mentionné que la réception de cette attestation pouvait prendre dans certains cas plus d'un mois.

Les informations recherchées pendant la pré-admission et l'admission sont par nature variées

Les informations sont obtenues pour une large part au moment de l'accueil administratif. Le responsable facturation de l'établissement « A » fait part qu'elle rappelle régulièrement aux agents en charge de l'accueil que *« lorsqu'une personne quitte l'accueil, [ils ne doivent] jamais avoir à l'interpeller de nouveau »*. Interrogée sur les points déterminants pour parvenir à une maîtrise du processus facturation, le responsable facturation de « B » cite d'emblée la qualité de l'accueil administratif et la compétence des agents qui y travaillent : *« Si on ne prend pas bien les informations à l'entrée, on pourra faire tout ce qu'on veut, avoir le meilleur système qui soit, on aura une facturation qui ne sera pas bonne »*. Ces éléments soulignent le caractère sensible de cette étape, souvent négligée qui conditionne pourtant le bon déroulement de la suite du processus.

Les informations demandées à l'occasion d'une pré-admission ou d'une admission peuvent se rapporter à l'identification de la personne (état civil, coordonnées), au parcours de soins et également aux débiteurs potentiels. Il peut également s'agir d'interroger le patient sur ses souhaits en matière d'hôtellerie (chambre individuelle, téléphone, télévision, etc.) mais ce n'était le cas dans aucun des trois établissements étudiés. Lors de l'accueil administratif, un certain nombre de pièces administratives sont demandées aux assurés et sont généralement photocopiées au niveau de l'accueil pour être intégrées au dossier physique (attestation de droits à la sécurité sociale, pièce d'identité, etc.).

Les éléments exposés dans cette partie sont issus des questionnaires « obtention des informations et documents médico-administratifs ». Ceux-ci ont été renseignés par les agents en charge de l'accueil administratif au sein des trois établissements rencontrés.

➤ Informations relatives à l'identité du patient

Dans les trois établissements, les agents interviewés déclarent que les informations sur l'identité du patient lui sont systématiquement demandées à l'occasion de tout contact. Les informations correspondantes sont les suivantes : civilité, situation de famille, prénom, nom usuel, nom de naissance, date de naissance, numéro de sécurité sociale. Au-delà des aspects financiers propres au processus, cette vérification est essentielle pour la sécurité du parcours du patient. Le manuel de certification des établissements de santé en vigueur (HAS, 2010) prévoit d'ailleurs que « *les personnels de l'accueil administratif mettent en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient* ». Les agents interrogés n'ont pas cité spontanément une telle procédure lors de l'interview. Dans les trois établissements, les agents demandent une carte d'identité et la carte vitale, ce qui limite considérablement les risques d'erreurs. Des pratiques spécifiques demeurent cependant. Ainsi, pour vérifier si un dossier informatique a déjà été créé au cours d'une hospitalisation antérieure, il est préconisé au sein d'un des établissements de taper dans la base de données les trois premières lettres du nom de famille, les trois premières lettres du prénom et de rechercher ensuite par date de naissance : croiser ces informations limite certains risques, comme celui de créer un deuxième dossier informatique pour une même personne (cette pratique n'a pas été retrouvée dans les deux autres établissements).

Concernant les coordonnées, les agents interrogés déclarent demander systématiquement les coordonnées téléphoniques et postales des patients. Les agents d'accueil demandent souvent aux usagers de confirmer l'adresse enregistrée dans la base de données. En revanche, ils ne demandent rarement ou jamais si « l'assuré habite chez un tiers ». Dans un des établissements, la personne interrogée à l'accueil précise qu'elle demande cette information aux personnes séjournant de manière temporaire sur le territoire français. En cas de reste à charge incombant à l'assuré, disposer d'une adresse précise mentionnant si nécessaire des compléments d'adresse est pourtant essentiel pour garantir que les factures soient bien remises à leurs destinataires. A l'occasion d'une présentation en conseil de surveillance du CHIELVR en mars 2012, le trésorier payeur général a rappelé la fréquence des retours "N'habitent Pas à l'Adresse Indiquée" (NPAI) : sur 12394 factures adressées en 2011 aux assurés, 846 sont revenues avec cette indication (6,82%). Sur les derniers dossiers, des recherches ont été effectuées par le trésor public. Ces recherches sont restées infructueuses ou « en cours » pour 156 dossiers (1,26% du nombre total de factures adressées aux assurés).

L'adresse email de l'utilisateur n'est demandée dans aucun des trois établissements. Pour les communications électroniques, le service facturation de « B » a créé une adresse email pour permettre aux personnes d'envoyer des justificatifs scannés (environ 5 courriels reçus par jour). L'utilisation croissante de modules informatiques de gestion des rendez-vous permettra sans doute à l'avenir l'envoi automatisé de courriels ou de SMS visant à confirmer un rendez vous et/ou à rappeler quels documents médicaux et administratifs apporter. Le CHU de Poitiers a mis en place un système d'envoi de SMS pour les rendez-vous d'imagerie rappelant la date et l'horaire du rendez-vous et indiquant à la personne d'apporter une carte vitale et une pièce d'identité. Dans l'établissement « B », le directeur général souhaite engager une évolution similaire.

➤ Informations relatives au parcours de soins

Dans tous les établissements le nom du médecin traitant est très fréquemment demandé mais son identité n'est pas véritablement vérifiée. Dans l'un des établissements, les agents vont saisir uniquement le nom patronymique du médecin traitant dans le logiciel de gestion médico-administrative. Le risque ultérieur est que des documents pouvant être couverts par le secret médical soient envoyés à un autre médecin en cas d'homonymie (le risque s'est réalisé dans un établissement et a donné lieu à l'établissement d'une FSEI). Il apparaîtrait opportun de demander et de saisir informatiquement la ville d'exercice, voire l'adresse exacte du professionnel.

L'information d'une éventuelle hospitalisation antérieure n'est pas toujours demandée, probablement parce que les modules GAM permettent de retrouver cette information une fois l'identification réalisée.

➤ Informations sur les modalités de prise en charge

Dans les trois établissements, la caisse de sécurité sociale de rattachement est déterminée non pas en fonction de l'entretien avec l'utilisateur mais en fonction des éléments visualisés sur le site CDR de l'Assurance Maladie (Consultation des Droits Réels) après insertion de la carte vitale.

La consigne a été donnée au sein de l'établissement « B » de mettre à jour systématiquement la carte afin d'éviter que des informations obsolètes ne soient reprises. Pour les deux autres établissements, les agents interviewés ont fait part qu'elles prenaient en compte diverses informations contenues sur la carte pour savoir si il convenait ou non de la mettre à jour (présence d'un numéro CPAM obsolète, date de fin de droits ouverts proche).

Le site CDR permet également de vérifier si la personne bénéficie d'une exonération de sa participation financière aux frais médicaux. La participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation peut être supprimée pour de nombreux motifs : risque particulier

(maternité, risques professionnels), conditions médico-sociales propres à l'assuré (bénéficiaire d'une pension d'invalidité, d'une pension militaire, etc.), de la nature des soins prodigués (durée de l'hospitalisation, actes réalisés, etc.). Le cas le plus fréquent demeure toutefois celui de la personne exonérée pour un motif médical du ticket modérateur dans le cadre d'une affection de longue durée. Dans l'ensemble des établissements, les agents d'accueil consultent le site CDR pour savoir si l'assuré bénéficie d'une ALD exonérante. Pour l'un d'entre eux, les agents administratifs demandent ensuite aux usagers si la raison de leur venue au sein de l'hôpital est en rapport avec l'ALD dont ils souffrent (établissement « A ») ; les agents d'accueil de cet établissement semblaient tout à la fois gênés de discuter de ce sujet et ne pas trouver la solution existante satisfaisante.

Les logiciels GAM peuvent permettre d'incrémenter les dossiers des patients sur la base des données contenues dans la carte vitale. De manière surprenante, cette possibilité n'est toutefois pas toujours utilisée lorsqu'elle existe. Deux hypothèses explicatives peuvent être émises :

- seuls certains items sont modifiés par cette opération (une saisie manuelle sur chaque fenêtre ou onglet est toujours requise),
- risque perçu que les données présentes sur la carte ne soient elles-mêmes pas à jour.

Ce dernier élément souligne que la mise à jour des cartes vitales n'est en pratique pas réalisée dans tous les entretiens. Cette démarche d'une durée variable (30 secondes à 1 minute environ) est délicate à réaliser en cas d'afflux important d'usagers au sein des espaces accueil. Certains lecteurs de carte permettent toutefois d'effectuer automatiquement une mise à jour des droits au moment de l'insertion de la carte. Leur diffusion permettrait certainement de fiabiliser le recueil des données tout en simplifiant les pratiques d'accueil.

La carte mutuelle est également demandée lors des entretiens, ce qui permet de recouvrer le nom de la mutuelle mais aussi le numéro de contrat. Ces deux informations seront utilisées lors de la demande de prise en charge mutuelle. Au sein de l'établissement « C », les agents demandent la prise en charge mutuelle pendant l'entretien à l'aide d'un applicatif web. Pour les deux autres hôpitaux, cette opération sera réalisée ultérieurement par les gestionnaires des dossiers (parfois appelés « facturiers »).

Les établissements se distinguent par leur nombre d'espaces accueil. Au-delà, leurs modalités de fonctionnement et leur finalité sont également très variables

Le contenu précis de la pré-admission varie considérablement suivant qu'elle est réalisée en présence ou non de l'usager. Réalisée en « back-office », dans le service facturation pour « A », la pré-admission en chirurgie se limite alors à enregistrer l'identité du patient et la date prévue d'entrée au sein du service. Son contenu se révèle être beaucoup plus proche d'une véritable « admission anticipée » au sein de « B » du fait de la création d'un accueil administratif dédié aux pré-admissions à proximité des cabinets d'examen et des secrétariats médicaux de chirurgie : l'agent d'accueil va interroger l'assuré sur les éléments précités et lui demander d'apporter les éventuels justificatifs pour son admission.

Cette proximité permet en outre de faciliter la coordination des acteurs et simplifie le parcours du patient qui va pouvoir rencontrer l'ensemble de ses interlocuteurs dans un espace restreint, sans avoir à circuler d'un bout à l'autre de l'hôpital. Il nécessite toutefois des moyens importants. Sur ce sujet, la cadre en charge de la facturation au sein de ce même établissement (« B ») qualifie cette implantation comme constituant « *une très bonne solution* », tout en soulignant les contraintes budgétaires et opérationnelles engendrées (maintien d'une présence agent). La création de cet accueil secondaire est une réaction à des problèmes d'engorgement de l'accueil principal, même si les atouts potentiels de cette solution avaient, dès le départ, été identifiés.

Cette démarche de créer un accueil administratif dédié à un service ou à un pôle se retrouve pour l'établissement « C » (pôle mère enfant). Tous les établissements se caractérisent par la multiplicité des espaces accueil, multiplicité pouvant être synonyme de complexité pour le pilotage de l'activité. Le nombre d'espaces d'accueil et leur rôle varient d'un établissement à l'autre :

- « A » : 9 espaces accueil (dont deux sur des sites extérieurs) prennent en charge les hospitalisations et les consultations (et les actes externes).
- « B » : 2 espaces accueil prennent en charge à la fois les consultations et les hospitalisations sur deux sites géographiques différents. Sur le site principal, une distinction est toutefois faite entre le guichet « consultations » et les guichets « hospitalisation ». Un espace est en outre dédié aux pré-admissions de chirurgie.
- « C » : 2 accueils principaux existent (accueil réservé aux hospitalisations au RDC et accueil consultations au niveau +1). Un accueil spécifique pour la gynécologie obstétrique existe mais ne se situe pas à proximité directe du service (il est nécessaire de prendre un ascenseur pour descendre d'un étage).

La localisation géographique des espaces accueil apparaît être un élément important du processus de facturation et mettre en place des espaces accueil dédiés à des activités spécifiques peut constituer un atout pour favoriser la coordination des acteurs et simplifier le parcours du patient. Il faut toutefois que les locaux le permettent, ce qui n'est pas toujours le cas, et que le besoin le justifie.

Le fonctionnement des espaces accueil observés apparaît hétérogène sur d'autres points, ce qui peut s'expliquer par diverses contraintes (locaux, budgets, etc.). Cette variabilité peut être détaillée de la manière suivante :

- Le rôle de l'accueil : des espaces accueil généralistes traitant à la fois des consultations et des hospitalisations sont présents sur « A », alors que pour « B » et « C », le choix a été fait de distinguer les consultations des hospitalisations. Cette distinction se retrouve dans les emplacements physiques de ces accueils pour « C » (pour « B », elle se résume à un sticker collé sur une vitre située au-dessus ou sur le côté des guichets).
- Les outils informatiques employés : des logiciels de gestion des files d'attente sont utilisés pour « A » et « C ». Leur fonction principale est d'organiser l'attente des usagers qui n'ont plus besoin de stationner debout les uns derrière les autres pour organiser l'attente. Au sein de l'établissement « A », il y a d'ailleurs distinction entre l'espace d'attente et les guichets (un écran d'appel avertit les usagers et les invite à se présenter au guichet par le biais d'un ticket numéroté). Un agent du service facturation de « A » mentionne par ailleurs que le système permet de hiérarchiser les personnes en attente : les professionnels et les personnes à mobilité réduite se voient attribuer un rang de priorité supérieur aux autres usagers et sont par conséquent appelés plus tôt. Enfin, ce type de logiciel permet fréquemment d'émettre des statistiques sur la durée des accueils physiques et leur nombre par poste d'accueil (le responsable facturation de « A » déclare suivre le nombre de personnes accueillies par agent – il n'a toutefois pas été précisé comment le suivi était effectué).
- Leur conception physique : les guichets sont à opposer aux "boxes" d'accueil (l'espace usager est alors isolé par une cloison et dispose systématiquement de sièges). Le choix de boxes ou de simples guichets doit certainement tenir compte de la fonction de l'accueil (fonction qui induira des délais d'entretien plus ou moins longs) et de la confidentialité requise. Lorsqu'il est possible, le choix des boxes apparaît préférable pour les hospitalisations compte tenu des situations humaines rencontrées (l'organisation de « C » reprend cette distinction, des guichets existent pour les consultations mais des boxes ont récemment été construits pour les hospitalisations),

Dans ce contexte, les taux de pré-admission constatés ne reflètent qu'une partie des différences existantes entre les établissements

Des taux globaux très variables ont été constatés vis-à-vis des pré-admissions entre les établissements (ensemble des services pris en compte) : non précisé pour « A », 43,9% pour « B » et 36% pour « C ». L'ensemble des établissements suivent cet indicateur, ce qui témoigne de son intérêt. Cependant, comme indiqué précédemment, le contenu d'une pré-admission varie fortement d'un établissement à un autre, de sorte que l'intérêt d'une comparaison entre les établissements sur ce chiffre demeure limité. Les pré-admissions en chirurgie sont bien plus complètes sur « B » car réalisées avec l'usager. Le taux de pré-admission pour « B » en chirurgie était supérieur (59%), ce qui est sans doute lié aux modalités d'organisation spécifiques de l'accueil mises en place par cet établissement pour cette activité.

Dans le questionnaire posé aux agents de facturation, il est demandé à quel moment est réalisée la pré-admission et par qui. Ces questions visaient à savoir si une organisation type, prévoyant la réalisation d'une pré-admission avait été définie et, si tel était le cas, si ces éléments étaient connus des agents. Les agents facturation de « C » et de « B » précisent que la pré-admission est le plus fréquemment réalisée après la rencontre avec le médecin anesthésiste. Malgré le questionnaire, il a été difficile d'objectiver les différences entre les deux établissements en termes de consignes. Cependant, dans l'établissement « C », un des agents signale que la pré-admission est réalisée lors de « *la consultation d'anesthésie ou à l'occasion d'un rendez-vous avec le médecin* » (ce qui est peu clair) tandis que dans « B », le cadre en charge de la facturation cite spontanément un circuit prédéfini : la pré-admission est réalisée après la consultation d'anesthésie qui elle-même intervient une fois que le chirurgien opérateur a validé une intervention chirurgicale (cette organisation était connue de l'agent facturation interrogé).

1.1.2 Le contenu de la pré-facturation est très variable tandis que la facturation apparaît quant à elle plus standardisée – L'ensemble des établissements exploitent les rejets de facturation mais de manière plus ou moins approfondie

La préfacturation, une étape de suivi et de vérification dont l'étendue peut être très variable

Réalisées en « front office », la pré-admission et l'admission visent à obtenir la majeure partie des informations requises pour les aspects administratifs de la facturation. Se situant dans le prolongement de cette activité, la pré-facturation correspond à la

reprise des dossiers administratifs en « back office » par des agents de facturation. Cette étape vise à s'assurer que l'ensemble des informations requises ont été obtenues et correctement saisies dans le dossier informatique.

Les indicateurs promus par l'ANAP en matière de pré-facturation portent sur le suivi du nombre de doublons d'identité dans la base de données administrative (indicateur « identito-vigilance »), et sur celui du nombre de dossiers présentant une anomalie (« *erreurs de prise en charge, absence de données médicales, actes manquants...* »). En pratique, le service facturation de « A » suit pour cette étape ces deux indicateurs ainsi que le nombre de dossiers en instance (personne sortie de l'établissement et dossier non encore facturé). Plusieurs cadres ont par ailleurs fait mention du suivi du délai de complétude des dossiers administratifs.

La nature de ce travail explique pourquoi les dossiers sont fréquemment affectés de manière individuelle. Au sein des établissements « A », « B » et « C », les dossiers sont affectés individuellement (répartition alphabétique se basant sur les noms des patients). Pour « C », des groupes de facturation correspondant aux pôles cliniques de l'établissement ont été mis en place afin de faciliter l'identification des agents de facturation par les interlocuteurs du service. En outre, « *chaque agent dispose d'un portefeuille de dossiers et se charge de chaque dossier depuis sa création jusqu'à son terme* ». Le cadre de ce service souligne sur ce point que cette organisation favorise l'appropriation par les agents de leur périmètre de travail et une responsabilisation accrue. Ce cadre suit par ailleurs le nombre de dossiers traités par chaque pôle.

Sur l'établissement « B », une observation ponctuelle des dossiers montre qu'environ la moitié des dossiers mis en instance par les agents correspondaient à des attentes d'information pour savoir si l'hospitalisation en cours était en rapport ou non avec une ALD dont souffre le patient : les agents du service facturation remplissent une fiche lorsqu'ils ont connaissance que la personne bénéficie d'une ALD, au travers de laquelle ils interrogent le médecin en charge pour savoir si l'hospitalisation est en lien ou non avec le motif d'exonération. Cette démarche peut prendre beaucoup de temps, malgré les relances effectuées par les agents de facturation (sur ce sujet, « A » ne doit certainement pas rencontrer les mêmes difficultés car l'établissement a mis en place une organisation différente). « B » a reçu des cartes de la famille CPS (Carte professionnels de santé) mises en place par l'ASIP Santé (Agences des Systèmes d'Information Partagés de santé). Dans les faits, leur utilisation n'a pas véritablement été déployée. Les agents peuvent également rencontrer des difficultés pour obtenir l'attestation de prise en charge mutuelle. Le temps de réponse des mutuelles est variable, tout comme leurs modalités d'interrogation : pour certaines, les agents de facturation peuvent utiliser un site internet pour formuler leur demande alors que pour d'autres un mode de fonctionnement par fax est toujours d'actualité. L'obtention des derniers éléments administratifs ne figure toutefois

pas nécessairement sur le chemin critique de la facturation car le codage des séjours et des actes est effectué en parallèle de l'étape de pré-facturation.

Le travail de pré-facturation comporte également une dimension de contrôle, qui repose largement sur les logiciels déployés au sein de l'établissement. Selon le cadre de la facturation interviewé, le module GAM utilisé au sein de l'établissement « A » présente des avantages certains en la matière. Il fonctionne sur la base de "transactions", pouvant être bloquantes pour la facturation ou non. Plusieurs transactions GAM ont été paramétrées. Des exemples ont été cités lors de l'entretien :

- « *alerte automatique sur les restes à charge de plus de 1000 euros par patient* »,
- « *discordances de prise en charge entre la mutuelle et le régime de sécurité sociale* »
- « *assuré de plus de 16 ans* » (la personne peut avoir des droits propres au titre de l'assurance maladie mais le système bloque le dossier car elle n'est pas majeure).

Pour pouvoir passer à l'étape ultérieure (la facturation à proprement parler des prestations), il est nécessaire que les parties administrative et médicale du dossier du patient soient toutes deux finalisées. Dans ce contexte, la coordination de ces deux étapes apparaît essentielle, non seulement pour maîtriser les délais mais également pour garantir la juste valorisation des activités. Pour la partie médicale, cette finalisation correspond aux faits que l'ensemble des actes effectués aient été saisis informatiquement, que le codage des séjours ait été réalisé, et enfin que le DIM ait eu la possibilité d'effectuer l'ensemble des contrôles qu'il entendait mener. Les équipes ayant en charge la finalisation de chaque partie n'étant pas les mêmes et ces activités n'étant pas réalisées dans les mêmes lieux, cette coordination apparaît délicate. C'est d'ailleurs pourquoi les responsables facturation déclarent suivre des indicateurs comme le « taux de dossiers sans acte » ou que certains services DIM vérifient systématiquement les « séjours en chirurgie sans acte ». Mentionné par un cadre facturation, le risque financier est que certains séjours de chirurgie soient facturés sans que l'acte chirurgical figurant à la CCAM soit pris en compte. Dans ce contexte, les cadres rencontrés utilisent fréquemment l'expression de « feu vert administratif » et de « feu vert médical ». L'idée sous-jacente est que pour chaque dossier ces deux indications doivent être fournies pour que l'on puisse passer à l'étape ultérieure (édition et envoi des données vers l'extérieur de l'établissement). Dans les trois établissements, aucun des logiciels utilisés ne permettait véritablement de « bloquer un dossier » et ainsi d'empêcher sa facturation en l'absence, par exemple, de « feu vert médical » : dans ce contexte, le facteur humain apparaît essentiel pour la bonne ou mauvaise coordination des deux étapes.

La facturation, une étape désormais maîtrisée ?

Pour la facturation à proprement parler, c'est-à-dire pour l'édition et l'envoi électronique des factures vers l'organisme de prise en charge, les établissements étudiés différaient suivant qu'elles bénéficiaient ou non d'un fonctionnement avec une Caisse de Paiement Unique (CPU). « *Les CPU ont la charge de centraliser l'ensemble des flux de facturation hospitaliers pour l'ensemble des régimes de sécurité sociale* » (Ministère de la santé - 2010). Seul « A » collaborait avec une CPU. Il est probable que le fait de facturer à une CPU constituera un atout dans la mise en œuvre du projet FIDES, le nombre d'interlocuteurs étant par nature restreint. Cependant, les avantages associés au fait de traiter avec une CPU sont à relativiser au regard de deux éléments :

- l'utilisation d'une norme informatique commune aux principaux régimes de base pour l'envoi des factures (norme B2). Selon l'assurance maladie, cette norme informatique permet de « *retracer fidèlement* » les actes et séjours pratiqués²⁰.
- l'harmonisation des pratiques des caisses primaires d'assurance maladie. En particulier, dans tous les établissements rencontrés, des courriers sur les rejets de B2 des dossiers de CMUc et d'AME étaient envoyés par les CPAM aux établissements et exploités systématiquement par ces derniers.

Dans les trois établissements observés, l'envoi des flux B2 n'est pas géré par les agents de facturation mais par leur encadrement. Cette étape constitue un point de repère pour le calcul d'indicateurs préconisés par l'ANAP (« délai moyen de facturation externe », « délai moyen de facturation hospitalisation ») qui sont peu suivis par les établissements rencontrés (aucun de ces deux indicateurs n'a en tout cas été cité par les personnes interviewées). Le cadre facturation de « B » souligne les difficultés à suivre les délais d'une manière générale du fait de l'absence d'outil informatique approprié. En 2009, l'ANAP a diffusé un fichier de type tableur visant à suivre l'ensemble des délais de la chaîne de facturation par échantillonnage. L'utilisation de ce type d'outil requiert un travail de saisie important par les agents et apparaît peu approprié au suivi d'un nombre important de dossiers.

Enfin, seulement deux des trois établissements étudiés télétransmettent des factures à quelques mutuelles (établissement « A » et « B »), ce qui souligne que des marges de progression importantes demeurent. Les établissements hospitaliers sont fortement dépendants de leurs partenaires qui ne sont pas tous capables de développer ce type de fonctionnement (communication sous la norme NOE²¹).

²⁰ CNAMTS, 2007, « cahier des charges de la norme B2 – version juin 2007 avec errata ». [Consulté le 26 septembre 2012], disponibilité : <http://www.ameli.fr>

²¹ NOE : réseau mis en place par la Mutualité française

L'étude des rejets B2 souligne la dépendance des établissements vis-à-vis de leurs partenaires

L'exploitation des rejets B2 est d'abord réalisée pour revoir la facturation des dossiers rejetés et solliciter de nouveau un remboursement des services produits. Pour l'établissement « A » et « C », des personnes étaient désignées pour cette activité tandis que dans l'établissement « B » un roulement des agents était organisé. Les résultats des trois établissements étaient hétérogènes par rapport à l'indicateur (« taux de rejet B2 » pour les bénéficiaires de la CMUc et de l'AME : variant de 3 à 4 % pour l'établissement « A », ce taux était de 5% pour « B » et de 10% pour « C »). L'analyse de rejets B2 est également utile pour corriger des erreurs récurrentes se produisant tout au long du processus. Sur l'établissement « B », une analyse des causes de rejets par catégorie de motif a récemment été réalisée. Sur un peu plus de trois mois, 151 dossiers avaient fait l'objet d'un rejet B2, les motifs les plus fréquents étaient les suivants :

- 52 erreurs d'exonération du ticket modérateur (dont 30 uniquement sur les exonérations du ticket modérateur au titre du risque maternité),
- 15 codes praticiens incompatibles avec la nature de l'acte,
- 13 erreurs de matricule,
- 10 erreurs d'identification de l'organisme principal,

Les deux agents contentieux du service facturation de « C » indiquaient des motifs de rejets similaires, sans pouvoir objectiver précisément leur fréquence.

Les causes de ces erreurs sont variables :

- un cadre indique que les erreurs de date de naissance et de matricule correspondent le plus souvent à des erreurs de saisie (leur fréquence souligne l'intérêt de solutions informatisées).
- les erreurs de codes incompatibles indiquent que des professionnels codent des actes qu'ils n'ont normalement pas le droit d'effectuer (ce qui souligne l'utilité d'accompagner les nouveaux arrivants paramédicaux et les internes sur ces questions de codage et d'analyser régulièrement les rejets B2).
- les erreurs liées aux exonérations ou aux rattachements CPAM peuvent être liées à la non actualisation de la carte CPAM par l'agent d'accueil lors de la venue du patient aux entrées mais il peut s'agir également de problèmes internes à la caisse de sécurité sociale qui, si elle a du retard dans le traitement des dossiers d'assurés, peut enregistrer tardivement et de manière rétroactive l'affiliation d'un assuré ou ses exonérations (ALD, maternité, etc.). Sur ce sujet, le cadre facturation de « A » conclut que « *l'étude du taux de rejet n'est que partiellement intéressante car il comprend également le taux d'erreurs de la caisse* ». L'analyse des causes des rejets demeure toutefois un indicateur qualité instructif.

1.2 Une tendance générale à la professionnalisation des codages est observée

Peu d'études permettent véritablement d'objectiver la nature, l'étendue ou l'impact des carences en matière de codage. Si le codage des actes suscite un certain consensus, des divergences sont cependant toujours observées pour les séjours. La tendance vers une professionnalisation accrue est confirmée.

1.2.1 Peu d'études ont porté sur la qualité du codage, alors même que cette activité demeure complexe

La T2A : un principe simple mais une mise en œuvre complexe

Comme énoncé précédemment, 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, dans ce cas, il est qualifié de « mono-RUM ». 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.

A l'exception de la codification des RUM, l'ensemble des étapes décrites ci-dessus sont fortement automatisées et, mis à part le service DIM, requièrent peu d'intervention humaine. 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 médicales²² ne nécessitant pas toutes une intervention humaine. Lors de la phase de codage, l'intervention humaine se limite en pratique à l'identification des diagnostics et des actes médicaux. Le codage des

22 ATIH. « Pour comprendre les principes et l'historique du PMSI en MCO ». [Consulté le 12 mai 2012], disponibilité : www.atih.sante.fr

diagnostics est un acte intellectuel comportant trois étapes essentielles (pouvant ne pas être réalisées par la même personne) :

- L'identification (acte de « poser » ou de reprendre 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.).

- La hiérarchisation des pathologies correspondantes. Le guide méthodologique de production des informations applicable au 1^{er} mars 2012 distingue plusieurs catégories de diagnostics²³ :

- Le Diagnostic Principal (DP) : il s'agit du « *problème de santé qui a motivé l'admission du patient 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 (DAS). "*Un diagnostic associé significatif (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 eux des diagnostics associés dont la présence entraîne une augmentation de la durée du séjour d'au moins 24 heures.

- La transcription informatique de ces données dans l'outil informatique. L'outil se chargera de déterminer le RUM à partir des données saisies par l'utilisateur et des données présentes dans la base de données.

La qualité du codage des établissements de santé demeure peu évaluée

Peu d'études sont venues étudiées les erreurs de codage, erreurs qui peuvent se produire lors du recueil, de la transcription ou bien encore de l'interprétation des données (hiérarchisation des diagnostics). Les études retrouvées dans la littérature émanent majoritairement de l'ATIH.

23 ATIH, 2012. « Guide méthodologique de production des informations applicable au 1er mars 2012 ». [Consulté le 12 mai 2012], disponibilité : www.atih.sante.fr

Récemment, une étude longitudinale portant sur la qualité des données issues du PMSI-MCO a été produite par l'ATIH²⁴. Basée sur l'exploitation des tests DATIM (Dépistage des ATypies de l'Information Médicale), cette étude soulignait la progression de la qualité du codage à l'exception notable des items en lien avec le codage des diagnostics reliés et associés. Les auteurs concluaient que ces difficultés pouvaient entraîner « *un déficit d'information* » et que des « *progrès restaient à accomplir* ». Une autre étude publiée par des chercheurs de l'ATIH décrivait la recherche d'indicateurs pertinents pour le codage des CMA ; dans un contexte d'introduction de quatre niveaux de sévérité, les auteurs soulignaient l'importance de nouveaux outils pour évaluer la pertinence des codages des CMA²⁵. En pratique, lors des interviews réalisées, l'attention des médecins DIM se focalisait le plus souvent sur le codage des CMA qui semble être particulièrement sensible financièrement. Ceci s'explique d'abord parce qu'ils augmentent sensiblement la valorisation des séjours et ensuite parce qu'ils ont plus de chance d'être oubliés (à l'inverse, un séjour sans DP saisi ne pourra être validé dans les logiciels actuels).

1.2.2 Le codage des actes CCAM en chirurgie est réservé en pratique aux chirurgiens tandis que des modalités d'organisation variables sont retrouvées pour les séjours (codage T2A) et le contrôle interne du DIM

Un consensus sur le codage des actes

En chirurgie, les actes chirurgicaux et anesthésiques effectués sont classifiés grâce à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). Les actes médicaux réalisés pendant le séjour font partie des éléments médicaux qui conditionnent la nature du RUM et donc, indirectement la classification dans un GHM. Dans les trois établissements, le principe retenu était que le chirurgien codait les actes médicaux, le plus souvent à la sortie du bloc opératoire. Les deux chirurgiens interviewés ont spontanément mentionné ce mode d'organisation. Cependant, des retards sont parfois constatés dans le codage de certains professionnels.

Même si dans la classification un libellé précis est indiqué en regard du code, il s'avère qu'il est très délicat pour un tiers de retrouver a posteriori le code précis sur la base des documents rédigés par le chirurgien (compte-rendu opératoire, compte-rendu d'hospitalisation). Les codes à utiliser dépendent non seulement du motif de l'opération

24 DE MEY P, MERCIER M, VOISIN M, 2011, « Qualité du codage PMSI-MCO : étude longitudinale 2006-2010 », revue d'épidémiologie et de santé publique, vol. 60, suppl. 1, p. S26

25 PATRIS A., GOMEZ S., DE MEY P., 2011 « Indicateurs de la qualité du codage des complications et morbidités associées (CMA) », revue d'épidémiologie et de santé publique, vol. 60, suppl. 1, p. S30

mais aussi des outils employés ou même des abords chirurgicaux privilégiés par le chirurgien. Dès lors, les modes d'organisation observés n'apparaissent pas surprenants au regard de la complexité de ce type de codage. La situation la plus courante demeure que ce sont les chirurgiens qui codent les actes anesthésiques et chirurgicaux.

La pertinence de cette organisation est confirmée par un des médecins DIM rencontrés : « *L'acte, c'est la chasse gardée du chirurgien : c'est d'une telle complexité que si l'on veut être très pertinent, il faut que ce soit le chirurgien qui code. Moi, je codais en salle ou en sortant de salle* ». Dans tous les établissements rencontrés, les services DIM effectuaient un contrôle d'exhaustivité afin de vérifier que tous les séjours de chirurgie comportent effectivement un acte CCAM.

Les choix réalisés en matière de codage des séjours influent très probablement sur les performances obtenues

Traditionnellement, le codage des séjours était réalisé par les médecins ou les chirurgiens eux-mêmes. Cela s'expliquait notamment par des arguments légaux qui fixent d'ailleurs toujours de réelles obligations aux praticiens exerçant en établissement (art. L. 6113-7 CSP : « *Les praticiens exerçant dans les établissements de santé publics et privés transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité et à la facturation de celle-ci au médecin responsable de l'information médicale [...].* »).

La tendance en cours de professionnalisation du codage ne fait pas consensus. Ainsi, lors du passage à un codage par des agents dédiés au sein de l'établissement « A », certains services semblaient réticents au changement alors que d'autres étaient plutôt favorables.

Des évolutions sensibles ont été observées dans les établissements. Une analyse du codage des séjours grâce à la méthode QQQCCP (pour « Qui fait quoi ? Où ? Quand ? Comment ? Combien ? Et pourquoi ? ») peut apporter un éclairage, même s'il apparaît délicat d'apporter systématiquement des éléments objectifs et non discutables en regard de chacune des questions posées (la ligne « pourquoi » se réfère aux arguments entendus lors des entretiens des médecins DIM et des chirurgiens).

	« A »	« B »	« C »
Qui fait quoi ?	Un chirurgien identifie les diagnostics puis un assistant de codage les inventorie, les hiérarchise et les saisit informatiquement. L'assistant codage travaille sur l'ensemble	Des chirurgiens opérateurs identifient, inventorient, hiérarchisent et saisissent informatiquement les diagnostics pour leurs dossiers.	Des chirurgiens opérateurs identifient, inventorient, hiérarchisent et saisissent informatiquement les diagnostics pour leurs dossiers.

	des dossiers du service de chirurgie.		
Où ?	Pôles cliniques.	Pôles cliniques.	Pôles cliniques.
Quand ?	L'assistant de codage gère cette activité en permanence.	Selon le chirurgien interviewé, son habitude est de coder les dossiers chaque fin de semaine. Les pratiques apparaissent propres à chaque professionnel	Professionnel non interrogé sur ce point. Les pratiques apparaissent toutefois propres à chaque professionnel.
Combien ?	Ensemble des dossiers du service ou des services auxquels est affecté l'agent (deux assistantes codage ont été rencontrées : l'une s'occupait de deux services et l'autre de six). Selon le médecin DIM de l'établissement, un agent code entre 5000 et 8000 dossiers par an.	Le chirurgien interviewé estime à 1 heure le temps consacré à cette activité chaque semaine. Le nombre de dossiers à coder est variable mais il faut en moyenne 2 à 3 minutes par dossier. Le temps nécessaire au codage varie en fonction du chirurgien et de son activité.	Professionnel non interrogé sur ce point. Le temps nécessaire au codage varie en fonction du chirurgien et de son activité.
Pourquoi ...	<p>...la situation a évolué ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Complexité de la nouvelle classification des séjours qui nécessitait beaucoup d'explications envers la communauté médicale. ● Enjeux financiers (un audit sur une semaine avait démontré un sous-codage des activités de l'ordre de 10 millions d'euros). Volonté partagée de la direction et du DIM de limiter les « sous-codages ». ● Facilité de suivi et d'encadrement de l'activité : <ul style="list-style-type: none"> - perception d'un meilleur suivi de l'exhaustivité et des délais de codage, - accompagnement plus aisé des professionnels : « Avant je 	<p>...la situation n'a-t-elle pas encore évolué ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Facteur perçu de responsabilisation des praticiens. L'argument entendu à plusieurs reprises au sein de l'établissement est en substance le suivant : « <i>Si les praticiens codent eux-mêmes les séjours, ils attacheront peut être plus d'importance à la traçabilité des informations nécessaires au codage.</i> » ● En chirurgie, le codage des diagnostics principaux est jugé par le médecin comme étant de bonne qualité (étude réalisée par le médecin DIM de l'ensemble des dossiers d'un chirurgien. <p>... la situation pourrait-elle évoluer ?</p>	<p>...la situation n'a-t-elle pas encore évolué ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Un changement d'organisation nécessiterait un grand nombre de techniciens de l'information médicale supplémentaire (argument médecin DIM) <p>... la situation pourrait-elle évoluer ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La complexité du codage est un argument en faveur de la professionnalisation de l'activité. ● Cet élément s'ajoute au fait que « <i>le codage n'est pas la préoccupation première du chirurgien</i> ». ● Enfin, les retours d'information du DIM vers les services seraient

	<p><i>devais expliquer les changements de tarification à près de 2500 praticiens. Aujourd'hui, je dois expliquer ces modifications à une vingtaine de codeurs professionnels. »</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Constat de l'oubli fréquent de CMA, contribuant à une sous-valorisation financière des séjours (étude précitée sur un praticien pendant un mois). Ces résultats ne font que confirmer les propos tenus par les chirurgiens (le chirurgien interrogé sur « B » reconnaît spontanément qu'il ne codait pas correctement). ● Souhait fort de la part de l'encadrement médical (chef de pôle) et des chirurgiens. Ceux-ci ont parfois travaillé au CHU et par la même ont connu des modes d'organisation différents. Un chirurgien déclare ne pas coder tous les diagnostics, faute de temps. ● Volonté partagée de la direction et du DIM de limiter les « sous-codages ». 	<p>facilités par la présence d'un TIM par pôle.</p>
--	---	---	---

De fait, les différences observées ne se limitent pas au caractère « centralisé » ou « décentralisé » du codage. Les modifications apportées à l'organisation du codage des séjours de « A » ne concernent pas le lieu du codage (toujours majoritairement effectué au niveau des pôles), mais les acteurs en charge de celui-ci. De manière remarquable, le médecin DIM n'emploie d'ailleurs pas l'expression de « codage centralisé » mais de « codage professionnalisé » insistant par la même sur les efforts de formation réalisés auprès des assistants codage pour favoriser leur prise de poste.

Cette organisation du codage des séjours dans laquelle un agent en charge du codage est présent dans les pôles semble celle privilégiée par les médecins DIM. Un autre médecin DIM souligne qu'une tendance semble se dégager au sein de la profession : *« C'est ce qui se dit entre médecins DIM, que cette organisation est globalement plus performante »*. L'intérêt que les agents soient présents au sein des pôles, au plus proche de l'activité, est double :

- sur un plan pratique, les agents en charge du codage disposent de davantage d'informations lorsqu'ils sont physiquement présents dans les pôles. Le fonctionnement retenu est alors le suivant : rédaction des comptes-rendus par le chirurgien (compte-rendu

opérateur et compte rendu d'hospitalisation) et le médecin anesthésiste réanimateur (compte-rendu consultation d'anesthésie, fiche d'anesthésie), frappe par la secrétaire médicale, transmission du dossier médical physique à l'assistant codeur, archivage du dossier physique. Les TIM de « A » vont donc travailler à partir du dossier papier et du dossier électronique. A titre de comparaison, pour effectuer leur travail de vérification du codage, les techniciens de l'information médicale travaillent essentiellement sur le dossier électronique dans les hôpitaux « B » et « C ». Or, l'ensemble des informations présentes dans le dossier papier ne vont pas obligatoirement être reprises dans le dossier électronique et réciproquement.

- Spontanément cité par le médecin DIM de « A », le deuxième avantage est certainement de favoriser l'intégration des agents en charge du codage au sein des équipes. Les TIM de cet établissement l'ont indirectement souligné lors de leur interview : « *Le fait pour nous d'être situées physiquement au niveau du DIM ne constitue pas un avantage car le contact humain facilite les échanges d'information* ». Au-delà, des conséquences indirectes de ce type d'organisation pourraient être de faire évoluer les relations entre les médecins DIM et les pôles (le médecin DIM de « A » déclare « *[qu'elle est] moins amenée à expliquer les règles aux médecins ou à échanger sur des dossiers* ») et de favoriser une meilleure prise en compte des thématiques de codage au sein des pôles de par cette présence physique.

Les organisations en matière de codage ne sont pas figées et peuvent difficilement être décrites de manière binaire. Ainsi, le médecin DIM de « B » souligne que son service apporte un soutien ponctuel en matière de codage à certains services cliniques lorsque ceux-ci ont du retard dans leur codage T2A. Certains types de séjour sont par ailleurs codés par des membres de son service de manière permanente. Il en résulte que, bien que l'organisation dominante au sein de cet établissement soit « décentralisée », le médecin DIM estime à 20% le pourcentage de dossiers codés au DIM pour l'ensemble des services. Dans un autre domaine, cette démarche d'entraide se retrouve pour le codage des actes externes. Pour « A », le responsable facturation mentionne que son service apporte une aide ponctuelle au codage des actes externes lorsque les services cliniques en expriment le besoin. Au sein de « B », une trame papier a été créée : les médecins ou personnels paramédicaux notent les actes effectués qui seront par la suite saisis informatiquement par des agents du service facturation. Pour ces deux types de codage, cette volonté d'entraide des services supports vis-à-vis des services cliniques traduit également le souci de garantir l'exhaustivité des codages, condition *sine qua non* (mais non suffisante) d'une valorisation financière satisfaisante de l'activité.

Concernant plus spécifiquement la chirurgie, la question du partage des tâches entre médecins anesthésistes réanimateurs et chirurgiens opérateurs demeure. Deux médecins DIM ont été interrogés sur ce point. Il s'avère que dans leur établissement,

l'ensemble des codages (codage des séjours, codage des actes chirurgicaux et codage des actes d'anesthésie) continue largement à être effectué par les chirurgiens. Pourtant, le médecin DIM de « C » mentionne que « *le diagnostic peut être délégué et gagne même à être délégué aux anesthésistes* ». L'idée sous-jacente est que durant la phase pré-opératoire, les anesthésistes vont rechercher et avoir accès à de nombreuses informations médicales concernant le patient grâce à la consultation pré-anesthésique, consultation qui correspond à un entretien et un examen cliniques approfondis. Une étude a montré que les médecins anesthésistes réanimateurs n'avaient pas les mêmes stratégies d'interrogation clinique et qu'une variabilité individuelle existait non seulement sur le nombre d'informations retranscrites sur la fiche d'anesthésie mais aussi sur leur nature (données brutes, données interprétatives)²⁶. En tout cas, la fiche d'anesthésie apparaît être une source utile d'information pour le codage des pathologies.

Si des questions peuvent survenir sur l'identification des pathologies, il est tout aussi important que les informations obtenues soient bien tracées et qu'elles soient toutes regroupées au sein du dossier médical pour faciliter le travail ultérieur de codage.

Des remarques similaires sur l'identification et le traçage des pathologies pourraient être formulées sur le suivi post-opératoire. Sur « B », des anesthésistes et des chirurgiens ont demandé l'embauche d'un médecin généraliste pour réaliser le suivi médical post-opératoire des patients (demande non acceptée dans l'immédiat), ce qui pourrait constituer une solution à un manque de disponibilité des uns et des autres.

Des modalités de suivi et de contrôle interne mis en œuvre par les services DIM hétérogènes

➤ Des modalités de contrôle et de ciblage variables

Le rôle du Département de l'Information Médicale (DIM) a fortement évolué ces dernières années et demeure variable d'un établissement à l'autre, en fonction des attentes locales et des compétences spécifiquement développées par les médecins et agents y travaillant. Initialement, le DIM était chargé d'organiser la production d'information médicale et de s'assurer de la qualité des données produites PMSI et de

²⁶Anceaux F. et Beuscart-Zéphir M.-C., 2002, « La consultation préopératoire en anesthésie : gestion de la prise d'informations et rôle des données retenues dans la planification du processus d'anesthésie », *Le travail humain*, vol. 65, p. 59 à 88.

Dans cette étude, les médecins anesthésistes s'accordaient sur le rôle de cette consultation : « l'instauration d'un climat de confiance et l'exploration systématique du champ médical du patient, appareil par appareil pour identifier les pathologies sources de risques [et] catégoriser le patient en fonction des risques (« sans », « à surveiller », « haut risque ») [afin notamment d'] anticiper les problèmes potentiels, noter les informations pertinentes et les transmettre à l'anesthésiste de bloc. Cette activité est réalisée par le biais d'un entretien et d'un examen clinique, assortis d'une prise de notes sur une fiche, dite fiche d'anesthésie, qui est intégrée au dossier d'anesthésie et qui sera réutilisée en salle d'opération, puis en salle de réveil ».

leur confidentialité. La mise en place de la T2A a contribué à rendre ce service encore plus sensible, d'une part parce qu'il produit des études et des analyses médico-économiques nécessaires au pilotage financier et, d'autre part, parce qu'il est amené à vérifier l'exhaustivité et la qualité du codage.

Les indicateurs promus par l'ANAP en matière de codage ne semblent pas tous être suivis au niveau des établissements. Des contrôles d'exhaustivité des codages des séjours et des actes CCAM sont conduits au sein des établissements « B » et « C » (le médecin DIM de « A » n'a pas été interrogé sur les indicateurs). Sur « B », le DIM informe régulièrement les trios de pôle des résultats. Apparemment, les établissements rencontrés ne vont pas dans un niveau de détail supérieur en distinguant, comme dans le guide de l'ANAP les dossiers d'hospitalisation, d'actes externes ou les urgences. Mais à l'inverse les deux établissements suivent des éléments absents du guide de l'ANAP (contrôle des séjours en borne haute, contrôle des séjours de chirurgie sans acte CCAM, etc.).

Les médecins DIM de « B » et de « C » ont été interrogés sur les modalités de contrôle de la qualité du codage T2A au sein de leur établissement. Des contrôles aléatoires et ciblés sont réalisés dans les deux établissements (ces derniers sont majoritaires). Pour « B », des requêtes conçues localement et l'outil « PMSI pilot » sont utilisés pour mener à bien ces contrôles ciblés. Pour « C », ces contrôles reposent sur le logiciel mis à disposition par le fournisseur du module de gestion du dossier médical qui dispose de trois moteurs de règles : erreurs bloquantes de groupage, erreurs non bloquantes de groupage, erreurs de clôture. Il permet en outre de sélectionner les dossiers en fonction de certains items (borne basse, borne haute, absence de diagnostic, etc.).

Ces différences d'outils influent sur la nature exacte des contrôles ciblés, tout comme l'expérience et la sensibilité de chaque médecin DIM. La nature des contrôles réalisés renvoie à la perception qu'a le DIM de son propre rôle et de la perception qu'a le DIM du risque financier lié. Sur ce dernier point, le médecin DIM de « B » précise qu'elle suit en permanence les dossiers de réanimation parce qu'ils représentent des sommes importantes. Pour celui de « C », « *certaines services sont plus à risque que d'autres vis-à-vis de carences de codage, notamment les urgences, la réanimation ou la chirurgie* ». Egalement, le DIM de « B » explique qu'elle est amenée à suivre spécifiquement le codage de certains de ses nouveaux confrères dans un but de formation et d'accompagnement.

➤ Des pratiques médicales variables en matière de codage incitent au changement

Comme le souligne l'un des médecins DIM interviewés, au sein de la communauté médicale, « *il y a de tout, du mauvais au très bon codeur* ». Cela explique largement

pourquoi les attentions des médecins DIM en matière de contrôle du codage ne se portent pas toujours sur les mêmes sujets, ni sur les mêmes services. Par ailleurs, tous les praticiens ne codent pas au même rythme et l'attention qu'ils accordent à cette activité est très variable (ainsi plusieurs médecins de « A » se sont opposés au projet de professionnalisation du codage, considérant « *qu'ils codaient mieux [que les TIM]* »). Le rythme du codage influe sur la réalisation du contrôle interne du DIM. Si les praticiens codent tardivement les séjours leur incombant, le temps disponible pour réaliser les contrôles en sera nécessairement réduit d'autant.

Au final, tous ces éléments soulignent l'importance pour le médecin DIM de bien connaître la culture et les acteurs de l'établissement dans lequel ils exercent et, au-delà, interroger sa capacité d'influer sur les pratiques de leurs confrères.

2 Entreprendre une réflexion sur les métiers de la facturation et du codage constitue un prérequis pour réaliser de futurs progrès

Les modalités d'organisation d'étapes clés comme l'admission, la pré-facturation ou le codage conditionnent la performance du processus. Cependant, des éléments transversaux influent également sur les trois objectifs stratégiques définis en introduction que sont les délais, l'exhaustivité de traitement ou la fidélité des factures émises (facturer l'ensemble des prestations aux différents débiteurs dans les bonnes proportions).

A la question, « quels sont les éléments les plus importants pour maîtriser le processus », les responsables facturation des établissements rencontrés citent les éléments suivants :

- L'équipement informatique (cités dans les établissements « A », « B » et « C »)
- La formation des personnels (établissements « B » et « C »),
- La qualité de l'accueil et les compétences des agents qui y travaillent (établissement « B »),
- La formalisation du processus (établissement « C ») et la mise en place d'une démarche qualité (établissement « A »),

Les trois premiers points correspondent à des éléments entrants du processus et soulignent leur importance ; le quatrième renvoie plus au management de ce processus qui peut lui aussi être largement amélioré.

2.1 La qualité des éléments entrants est essentielle...

2.1.1 Le système d'information hospitalier conditionne à chaque étape la performance du processus

L'équipement informatique suscite de nombreuses attentes de la part des professionnels rencontrés, qu'il s'agisse des médecins DIM ou des responsables facturation :

- La qualité et la fiabilité de la communication entre les différents modules du système d'information constituent leur priorité. Cet élément est cité par deux responsables facturation et un médecin DIM. Il convient en particulier que les actes créés dans le dossier médical se « déversent » bien dans le module GAM, ce qui n'est pas toujours le cas, y compris lorsque ces deux modules émanent du même éditeur. Le

responsable facturation de « A » cite durant l'entretien un établissement confronté à cette situation. Dans l'établissement « B », le choix passé d'un module de gestion du dossier médical a tenu compte du souhait d'avoir un seul partenaire, ce qui présente au moins l'avantage que celui-ci ne peut se dédouaner sur autrui de « difficultés d'interfaçage ».

- Le médecin DIM de « B » insiste sur l'unicité du dossier médical électronique afin qu'il soit véritablement partagé par l'ensemble des intervenants à la prise en charge du patient. Cet aspect est non seulement essentiel pour la coordination des soins mais aussi pour la prise en compte de démarches institutionnelles. L'émergence de modules spécifiques à certaines spécialités médicales (urgences, imagerie, etc.) constitue pour le médecin DIM rencontré un risque de fragmentation de l'information médicale et par la même d'un manque de communication (l'expression citée par le professionnel rencontré est édifiant sur ce point : « *Il y a un risque de balkanisation du dossier médical* »).
- Le médecin DIM de « C » mentionne qu'il a demandé à sa direction l'achat d'un module d'aide au codage et précise que si la majorité des logiciels utilisés dans les établissements de santé informe les utilisateurs sur des éléments bloquants du codage (absence de diagnostic principal saisi pour le séjour par exemple), peu apportent une véritable aide sur la pertinence des diagnostics traités. Pour ce médecin, il faudrait un logiciel avertissant les codeurs sur des incohérences médicales de type : « *vous avez effectué un acte de chirurgie bariatrique sur ce patient, ne souffrait-il pas d'obésité morbide ?* ».

Pour le PDG d'un des éditeurs les plus répandus du marché, les hôpitaux doivent se doter des compétences pour piloter le déploiement des systèmes d'information actuels : « *nous restons persuadés qu'il faut avoir une force locale pour les logiciels de production de soins. (...) Sans ingénieurs sur place, il n'est pas possible d'influer sur la 'roadmap' à très court terme et ce manque d'agilité vous condamne* »²⁷. Cet élément souligne l'importance pour les hôpitaux du recrutement d'ingénieurs informatiques qualifiés à même de jouer un rôle de conseil auprès de la direction de l'établissement sur le SIH et de négocier point par point la mise en œuvre de solutions informatiques par des prestataires extérieurs. Les retards observés dans de nombreux hôpitaux pour les mises en œuvre des programmes SIH d' « Hôpital 2012 » font écho à cette déclaration. Selon

²⁷ « Christophe Boutin espère doubler le chiffre d'affaires de McKesson en cinq ans », dépêche APM du 7 septembre 2012. [Visité le 30 septembre 2012], consultable à l'adresse suivante : <http://www.ticsante.com/show.php?page=story&newsPage=1&id=1317&story=1317>

des représentants de l'ANAP, « *les dates de fin prévisionnelle* [des projets "Hôpital 2012"] *se décalent* » et leur durée « *continuent d'augmenter* »²⁸.

Les lecteurs de carte vitale constituent un autre des dispositifs techniques du SIH cités par les professionnels rencontrés. Le responsable facturation de « C » mentionne qu'ils n'étaient pas en nombre suffisant dans son établissement, ce qui posait des problèmes réguliers au niveau de l'accueil pour la récupération des données de l'assuré. Sur l'établissement « B », des lecteurs de carte vitale de dernière génération sont en cours d'installation. Ces derniers permettent une mise à jour automatique des données de la carte vitale lors de leur lecture, ce qui devrait permettre de réduire le nombre de rejets liés aux données propres à l'assuré tout en facilitant le travail des agents d'accueil.

Surtout, les éditeurs de logiciel se sont finalement peu intéressés à l'enchaînement des tâches du processus de facturation (pré-admission, admission, codages, préfacturation, contrôle interne DIM, facturation et rejets de paiement) : les solutions informatiques observées dans les établissements n'offrent pas de solution de « workflow » (« flux de travaux »). Une des raisons explicatives est sans doute que les établissements de santé ne se sont que peu familiarisés à ces nouveaux modes de management²⁹. Pourtant, pouvoir identifier pour chaque dossier sa situation (non effectué, en cours, effectué) par rapport à chaque étape constituerait un avantage certain en termes de pilotage, notamment dans l'optique d'un passage à la facturation individuelle. A titre d'exemple, il pourrait être imaginé que le DIM, sur la base de ses ciblage, puissent mettre en attente de facturation quelques dossiers (et non l'ensemble !) pour les contrôler. Ce type d'outil permettra en outre indirectement de suivre les délais globaux des différentes étapes, sans avoir à réaliser de travail de saisie supplémentaire. En l'absence de tels outils, les agents de facturation adoptent dans tous les établissements rencontrés des gestions d'instances manuelles : les dossiers en instance sont mis dans des bacs puis retirés de ceux-ci une fois terminés.

Enfin, un point particulier doit être réalisé concernant l'accueil, qu'il soit téléphonique ou physique. Peu d'outils informatiques permettent de retracer efficacement la relation client au sein des établissements rencontrés or il est utile pour les phases de pré-admission et d'admission de connaître quels documents ou informations ont été demandés (ou obtenus) auprès de l'assuré. Par ailleurs, une augmentation des points d'accueils rendrait une gestion électronique des documents proportionnellement plus

²⁸ APM INTERNATIONAL. Dépêche du 28 septembre 2012 « Hôpital 2012: alerte "enlèvement" maintenue pour 14 projets ». [visité le 30 septembre 2012], consultable à l'adresse suivante : <http://www.ticsante.com/show.php?page=story&id=1332>

²⁹ Le « workflow » consiste à décrire un processus de production et à le dissocier en plusieurs étapes, de sorte de pouvoir décrire précisément où se situe la production d'une unité sur la chaîne. Des logiciels permettent pour chaque produit de lui associer un état d'avancement permettant notamment de préciser quelles tâches demeurent à effectuer et d'empêcher que l'on fasse artificiellement avancer le dossier avant que certaines tâches pré-requises ne soient réalisées.

intéressante, en limitant les flux papiers d'un point accueil à un autre (ce qui est le cas par exemple entre la pré-admission de chirurgie et le bureau des entrées pour « B »).

2.1.2 La formation des professionnels est hétérogène et demeure largement perfectible

Interrogé sur les formations qu'elle a poursuivies, un agent facturation de « B » cite celle portant sur le logiciel GAM précédemment utilisé dans l'établissement avant d'ajouter qu'une présentation est intervenue pour le nouveau et qu'elle et ses collègues commençaient à le maîtriser (ce logiciel a été installé il y a deux années environ dans « B »). Les cadres des services facturation des établissements « B » et « C » expliquent que la formation des professionnels fait partie de leur priorité mais qu'elle est particulièrement délicate au regard du caractère très spécialisé des postes de travail concernés. Aux spécificités du secteur d'activité, se rajoute également le fait que le quotidien de travail est intimement lié aux logiciels employés, par nature variables d'un établissement à un autre.

Des différences notables ont été constatées dans la formation des techniciens de l'information médicale. Dans l'établissement « C », les techniciens sont systématiquement invités à suivre une formation universitaire au moment d'intégrer le service (DUEC information médicale, université de Lille II). Les médecins DIM de « A » et de « B » mentionnent avoir formé les techniciens de l'information médicale et qu'une période de tutorat de six mois à un an fut requise pour qu'ils soient pleinement autonomes. La formation initiale des techniciens apparaît par ailleurs hétérogène tant en niveau qu'en nature (cas du service DIM de « B » notamment).

Les parcours professionnels des agents interviewés semblent influencés par cette absence d'offres de formation pleinement adaptées aux métiers de la facturation hospitalière (agent d'accueil, agent de facturation, TIM). Les professionnels exercent leur métier pour partie parce qu'ils en ont exercé d'autres qui présentaient des similitudes :

- l'agent de facturation interviewé sur « B » travaillait auparavant au standard avant de passer à l'accueil puis à la gestion de dossiers,
- trois des quatre TIM de « C » ont travaillé à la gestion de dossiers en facturation,
- les assistants de codage de « A » sont très fréquemment d'anciennes infirmières reclassées.

Ces éléments soulignent que des liens techniques existent entre ces différents métiers. Pour le codage des actes et des diagnostics, connaître les termes médicaux constitue une aide non négligeable (les personnes interviewées avaient à titre d'exemple très fréquemment une version papier de la CIM 10 sur leur bureau). Cependant, un médecin DIM signale qu'il ne s'agit pas d'un pré-requis indispensable. Avoir exercé

antérieurement en tant qu'agent de facturation peut aussi être aidant pour exercer les fonctions de TIM : cela permet de situer son intervention dans un cadre plus global, celui de la valorisation financière des activités de l'établissement, et par la même de connaître et prendre en compte les impératifs d'autres professionnels.

2.2 ...Mais une meilleure coordination entre professionnels requiert une réflexion préalable sur les métiers

Au-delà des outils et des moyens consacrés à cette activité, la difficulté de piloter le processus de facturation apparaît être la conséquence de la complexité de son organisation au quotidien dans les établissements de santé. Cette organisation apparaît aujourd'hui ancienne au regard de deux évolutions majeures, l'organisation en pôles de l'établissement et la montée en charge de la tarification à l'activité.

2.2.1 La facturation, un processus « éclaté »...

Dans l'ensemble des établissements étudiés, la facturation est un processus « éclaté » dans le temps et l'espace. Une hypothèse formulée au sein de ce mémoire pourrait être que ces « éclatements » constituent une composante essentielle de la complexité d'ensemble : de multiples étapes se déroulent en des temps et des lieux différents, rendant la coordination des professionnels délicate, malgré les outils informatiques mis en place.

L'éclatement temporel n'est pas le plus difficile à prendre en compte car les étapes s'enchaînent le plus souvent les unes après les autres, selon un schéma connu par l'ensemble des acteurs. Cependant, il devient critique lorsque plusieurs étapes se chevauchent et que deux activités doivent être effectuées en parallèle par des personnels différents, ce qui est le cas pour l'activité de codages des actes et séjours d'une part et la pré-facturation d'autre part. Cela est d'autant plus important que ces étapes doivent être toutes deux achevées pour passer à l'étape suivante, la facturation des prestations (flux B2 et ATIH). Les expressions « feu vert administratif » et « feu vert médical » symbolisent cette nécessaire coordination. L'un des points forts des établissements « A » et « B » en matière de facturation est d'avoir fixé au niveau institutionnel des règles permettant de faciliter la coordination des deux activités.

Dans l'établissement « A » un objectif de facturation des séjours (et des actes externes) est fixé à 15 jours, ce qui sous-entend qu'à cette date les assistants codeurs savent qu'ils doivent avoir terminé l'encodage des diagnostics. La solution développée

peut apparaître favorable du point de vue des délais de facturation. Cependant, le cadre facturation de l'établissement précise que « *l'objectif n'est pas respecté* ». De plus, il convient de s'interroger sur le temps laissé au DIM pour effectuer une vérification du codage : plus les délais sont courts et moins il reste de temps pour vérifier la qualité des informations saisies.

Dans l'établissement « B », les flux de facturation des actes et des séjours sont envoyés durant la première semaine du mois n+2 (un séjour se terminant le 20 mai donnera lieu à des flux informatiques [B2 et ATIH] durant la première semaine du mois de juillet). Le médecin DIM de l'établissement communique auprès de la communauté médicale sur un délai de codage maximal et les impératifs des uns et des autres apparaissent plus partagés par les différents acteurs. Des réunions portant sur la facturation sont par ailleurs organisées auxquelles participent des représentants du service facturation et du DIM.

Certes moins ambitieuse, la solution développée par l'établissement « B » semble toutefois plus raisonnable. Elle vise avant tout à garantir l'exhaustivité des codages. Cependant, la fixation d'un délai plus long peut s'expliquer également par le fait que le codage est réalisé en majeure partie par les médecins et que ceux-ci codent à des rythmes différents (le médecin DIM souligne d'ailleurs pendant son entretien qu'une certaine latitude est laissée aux professionnels en matière de délais de codage). Si la solution développée par l'établissement « B » conduit à un allongement des délais de codage et non du délai de contrôle interne laissé au DIM, alors elle n'est que partiellement satisfaisante. Ces éléments soulignent que le regroupement de l'activité de codages sur quelques agents par une professionnalisation de cette activité facilite le suivi des délais correspondants. De fait, avec un codage décentralisé, il faut suivre autant de délais qu'il y a de praticiens. Ce suivi ne nécessite de contacter que quelques intervenants lorsque le codage est « centralisé ». Un autre enseignement est que les objectifs existants peuvent potentiellement se faire concurrence. Si les organisations mises en place par les établissements ne sont pas performantes, alors l'exhaustivité et la qualité de facturation peuvent être mises à mal par des impératifs de délais trop exigeants.

En marge de son entretien (et du présent mémoire puisqu'il s'intéresse à la facturation des actes et séjours en hospitalisation complète), le cadre facturation de « A » décrit l'organisation du codage des actes externes dans son établissement : celui-ci est effectué par les personnels médicaux et paramédicaux. Le cadre précise que des commentaires du type « *nous ne codons que ce qui rapporte le plus* » sont toujours entendus. Elle ajoute que l'organisation de cette activité sur « B » (saisie sur un formulaire type des actes courants par les opérateurs, encodage informatique des actes par des agents de la facturation) apparaît « *plus rigoureuse* ». L'avis du rédacteur est que

si l'exhaustivité et la qualité de la facturation ne sont pas atteintes, alors la priorité peut difficilement être donnée aux délais.

Enfin, la solution mise en place par le cadre facturation de « C » d'affecter les agents de facturation à des pools (chaque pool représentant un pôle clinique) peut contribuer à induire une « homogénéisation » des délais de pré-facturation des dossiers de chaque pôle si les agents gestionnaires collaborent au sein d'un pool (et notamment gèrent les instances « en équipe »). L'accent est toutefois mis sur la responsabilisation individuelle des agents vis-à-vis de leur dossier pour des raisons internes au service. Un graphique figurant en annexe 2 reprend schématiquement les organisations observées du point de vue de l'enchaînement des étapes. Sur ce graphique figure également deux solutions recommandées. La première reprend une organisation en pool des agents de facturation et la mise en place de codeurs professionnels pour les actes et les séjours. La seconde sera détaillée dans la suite du mémoire. L'hypothèse sous-jacente à cette recommandation est que la réduction du nombre d'entités codeuses ou facturières améliore la lisibilité des délais de ces étapes.

L'éclatement géographique des différentes tâches interroge également sur la coordination des professionnels et l'efficacité d'ensemble du processus, dans un contexte où des solutions globales de type « workflow » n'existent pas. Le graphique figurant en annexe 3 indique où sont réalisées les différentes étapes du processus de facturation pour des patients hospitalisés en chirurgie : il apparaît que les organisations demeurent fortement centralisées et que peu d'étapes sont réalisées au niveau des pôles. L'établissement « B » se démarque au niveau de la pré-admission qui est réalisée au niveau du pôle, ce qui permet que cette étape soit mieux réalisée et constitue une réelle anticipation des difficultés pouvant survenir à l'occasion des admissions. A l'exception de cette initiative et de celle développée par « A » pour le codage (TIM situés géographiquement au niveau des pôles mais rattachés au DIM), la réflexion sur la décentralisation des étapes de la facturation demeure très peu avancée.

L'inconvénient énoncé par les responsables facturation pour les personnels d'accueil est que la multiplication des points d'accueil est fortement consommateur en ressources humaines, du fait que des permanences et des roulements soient à organiser. Si cet argument apparaît pertinent pour les structures d'accueil, il est moins pertinent pour d'autres postes pour lesquels les contraintes de présentisme sont moins fortes. C'est le cas notamment des agents de facturation dont le travail est effectué de manière différée et peut s'organiser dans le temps (or ceux-ci bénéficieraient d'une proximité avec le TIM pour connaître l'état de codage des dossiers). Un autre argument en la défaveur d'organisations décentralisées est l'encadrement et l'accompagnement des personnels concernés. Il est indéniable que le responsable facturation aura plus de

difficultés à suivre le travail des agents placés sous son autorité et à les accompagner (formation, réalisation d'entretiens, etc.) s'ils sont répartis dans les différents pôles.

Les arguments sous-jacents d'un modèle décentralisé sont que la communication et la coordination des professionnels seront facilitées par un regroupement géographique et qu'une organisation plus proche de l'activité sera par conséquent plus efficace. Il apparaîtrait en effet profitable que des métiers présentant des finalités communes et des compétences souvent partagées soient regroupés. Egalement, il semble utile de se rapprocher de la « source » de l'information médicale, c'est-à-dire les professionnels médicaux et soignants. Au-delà, il y a lieu de s'interroger sur le circuit du patient au sein de l'établissement afin de le simplifier et de le rendre plus accessible (éviter notamment que le patient soit obligé de marcher d'un bout à l'autre de l'hôpital). Améliorer le circuit patient passe pour partie par une prise en compte des interactions du patient avec des agents de facturation. Dans ce cadre, décentraliser les organisations, c'est aussi créer des structures dans lesquelles le patient serait à même de rencontrer facilement l'ensemble de ses interlocuteurs. De manière remarquable, des constructions hospitalières récentes reprennent des logiques architecturales différentes de celles connues par le passé (qui se concentraient le plus souvent sur les services cliniques) : des bâtiments conçus pour des usages spécifiques sont érigés. C'est le cas des bâtiments consacrés aux consultations externes.

Pour conclure, en l'absence de solution globale de type « workflow » permettant la coordination à distance des professionnels, le choix d'une organisation décentralisée semble présenter plus d'avantages que d'inconvénients. Il est probable que le fait que certaines tâches soient en ce moment décentralisées au niveau des pôles induise à terme une réflexion sur d'autres étapes du processus. Dans ce paragraphe, la notion de « décentralisation » a été envisagée sous l'angle géographique mais les nouvelles modalités de gouvernance hospitalière et notamment d'organisation des pôles invitent à s'interroger sur les responsabilités de chacun en matière de facturation et sur le rattachement des différentes équipes.

2.2.2 La facturation : vers de nouveaux positionnements ?

Clarifier les rôles et responsabilités respectifs de chacun

L'ISO 9000:2000 définit les processus métiers comme étant un « *ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie* ». En reprenant cette définition, il apparaît que trois directions participent (ou peuvent participer) au déroulement du processus métier car intervenant directement dans

la transformation des éléments entrants en éléments de sortie : la direction de l'accueil (pré-admission et admission), la direction des finances (pré-facturation et facturation) et le DIM (codages et contrôle de la qualité de l'information médicale saisie). Se rajoutent d'autres directions qui vont intervenir en tant que processus support³⁰ : ne participant pas directement à la transformation des éléments entrants, elles apportent toutefois une aide en apportant des moyens matériels, techniques ou humains à la réalisation du processus métier. C'est le cas notamment de la direction en charge du système d'information.

Une clarification est nécessaire sur la répartition des tâches et des responsabilités entre les pôles d'une part et les directions fonctionnelles et le DIM d'autre part. Les pôles interviennent peu dans le processus de facturation : les agents en charge de l'accueil ou de la facturation sont rattachés hiérarchiquement au service facturation, les TIM au DIM. Les entités qui produisent ne sont donc pas celles qui facturent, ce qui peut potentiellement être déresponsabilisant alors même que :

- chaque acte ou chaque diagnostic non identifié (ou non tracé) peut correspondre à des ressources en moins pour le pôle et pour l'établissement.
- des éléments objectifs déjà énoncés laissent à penser que le déroulement du processus de facturation gagnerait à être rapproché de l'activité et donc des pôles.
- le code de la santé publique (L6146-1 CSP) prévoit que « *le chef de pôle met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle* », objectifs qui correspondent très fréquemment à des objectifs d'activité et finalement de recettes.

Les raisons de ce décalage sont pour partie réglementaires. Un décret d'application de la loi HPST³¹ prévoit que le directeur d'établissement formalise les délégations par le biais d'un contrat de pôle à un chef de pôle clinique ou médico-technique. L'article D6143-33 (CSP) précise que le directeur, ordonnateur des dépenses et des recettes, peut déléguer sa signature ; cependant l'article R6146-8 reprend les éléments pouvant être délégués dans le cadre d'un contrat de pôle : il n'y figure que des dépenses (notamment celles liées aux dépenses de personnel). A ces barrières réglementaires s'ajoutent très probablement des barrières culturelles, qu'il conviendrait d'approfondir. Hormis le codage, les activités de facturation demeurent très peu connues par les professionnels paramédicaux et médicaux, ce qui se traduit par une méconnaissance du travail des agents correspondants. Pour citer l'un des responsables facturation rencontrés, « *c'est culturel, mais les gens à l'accueil, ils sont là pour dire*

³⁰ « Les processus de support représentent l'activité de mise à disposition en interne des ressources nécessaires à la réalisation des processus opérationnels » (définition donnée par wikipedia.fr)

³¹ M. LE PREMIER MINISTRE, SUR LE RAPPORT DE LA MINISTRE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé. Journal officiel n°0136 du 15 juin 2010, page 10942.

bonjour, on ne se rend absolument pas compte de ce qu'il y a derrière ». Cette méconnaissance joue certainement un rôle important dans la relative faible prise en compte de la facturation dans la gestion des pôles. A n'en pas douter, des freins culturels existant dans le corps des directeurs ou des attachés peuvent également être cités et expliquer que les périmètres de responsabilité et l'organisation des directions fonctionnelles vis-à-vis de la facturation n'aient que très peu évolué depuis les ordonnances de 2005 ou la loi HPST.

Des différences notables demeurent par ailleurs entre les établissements sur les périmètres des directions fonctionnelles. Au sein des établissements « A » et « C », les services facturation étaient hiérarchiquement rattachés à la direction financière, ce qui n'est pas le cas dans l'établissement « B ». Dans ce dernier établissement, le service dépend de la direction de l'accueil et de la qualité (DAQ). L'argument sous-jacent en faveur d'un rattachement aux finances est que la facturation conditionne les délais de recouvrement des ressources de l'établissement et constitue un élément essentiel de son pilotage financier. Dans les établissements « B » et « C », le directeur financier a également en charge le système d'information hospitalier, ce qui traduit certainement la place centrale qu'occupe la facturation dans les systèmes d'information hospitaliers. Le choix développé par « B » traduit la volonté de ne pas dissocier les thématiques d'accueil et de facturation afin de garantir une polyvalence des agents, ce qui se comprend aisément au regard du fait qu'une bonne facturation commence par un bon accueil. Ce dernier point souligne qu'il convient d'abord d'entreprendre une réflexion sur les métiers avant d'évaluer l'opportunité du rattachement hiérarchique des postes correspondants.

Entreprendre une réflexion sur les métiers avant tout choix organisationnel

La première question qui se pose au sujet des métiers de la facturation est de savoir si la distinction existante dans les trois établissements de santé entre le « front » et le « back-office » doit donner lieu à une distinction claire des métiers ou si au contraire une polyvalence sur ces deux types de poste est utile et mérite d'être conservée. Les cadres en charge de la facturation rencontrés sur « B » et « C » organisent des roulements entre les postes d'accueil et les postes de gestion des dossiers, de sorte qu'une polyvalence existe au sein des équipes. Ces cadres présentent la polyvalence comme un avantage apportant davantage de souplesse dans la gestion quotidienne.

De fait, un agent de facturation expérimenté connaît parfaitement les éléments informationnels utiles pour la facturation et lorsqu'il se retrouve en situation d'accueil saura poser les bonnes questions de relance dans la conversation qu'il aura avec l'usager. Il sait également l'utilité de tracer les informations et peut certainement aller plus loin dans la répartition du travail en anticipant certaines étapes.

Sur ce dernier point, la répartition des tâches entre les agents de front et de back office est variable d'un établissement à l'autre, voire d'un point d'accueil à un autre. Ainsi, un agent d'accueil de « C » demande un accord de prise en charge mutuelle pendant son entretien avec l'utilisateur grâce alors que ce sera un agent de facturation qui réalisera cette tâche le lendemain dans l'établissement « B » en « back office ». Sur « B », un agent de facturation interrogé confirme avoir le sentiment « *d'aller plus loin dans le dossier* » lorsqu'elle se trouve à l'accueil que les agents réalisant des pré-admissions (qui elles ne font que de l'accueil) : « *en général, les personnes qui sont en pré-admission sont des agents d'accueil : elles se contentent de mettre les documents papier dans le dossier que nous traitons le lendemain* ».

Pour autant, si les établissements ont choisi de distinguer dans la conception de leurs bureaux et points d'accueil un « front » et un « back office », c'est certainement parce que cette distinction a un sens sur le plan métier. Les compétences à développer dans l'un ou l'autre de ces deux postes ne sont sans doute pas entièrement superposables bien qu'ils disposent d'un « fonds technique » commun justifiant qu'un savoir et un savoir faire soient partagés. Le problème est peut être que les agents d'accueil sont insuffisamment formés et que leur travail est insuffisamment cadré (quelles tâches précises doivent elles effectuer ? Quelles informations doivent-elles recouvrer ? Quels documents obtenir ? Quelles démarches doivent-elles entreprendre ?).

Il conviendrait certainement d'approfondir l'étape d'entretien avec l'utilisateur. Sur « B », une réponse à cette critique pourrait être que les délais d'attente au niveau de l'accueil physique peuvent justifier que des conversations soient raccourcies, mais l'établissement « B » n'a mis en place aucun système de gestion électronique des délais d'attente contrairement à « A » ou « C ». Se rajoute à ces éléments le contexte déjà décrit d'un manque de reconnaissance professionnelle vis-à-vis des agents d'accueil. Sur ce dernier point, les responsables facturation de « B » et « C » mentionnent que le processus de formation des agents de facturation « passe par l'étape accueil », ce qui tend à montrer qu'à leurs yeux le travail de ces agents est moins complexe que celui d'agent de facturation (passer par l'accueil vise à garantir dans ce cadre une progressivité de l'apprentissage). L'avis du rédacteur est que les deux métiers ne sont pas entièrement superposables, que des compétences spécifiques doivent être développées chez les agents d'accueil (prévention agressivité, gestion de la relation client, prise en compte du handicap, etc.) et que des formations institutionnelles approfondies sur la facturation doivent intervenir d'emblée, même pour les agents d'accueil. En outre, il convient probablement d'effectuer le maximum de tâches possibles au moment de l'entretien physique pour anticiper les étapes ultérieures, même si cela peut objectivement rallonger les délais d'attente. Dans ce contexte rénové, un rattachement de l'activité d'accueil à la direction de l'accueil et de la qualité d'une part et

des agents de facturation à la direction financière d'autre part pourrait apparaître opportun.

Une autre réflexion concerne l'articulation des métiers de TIM et d'agents de facturation. Le fait est que ces deux métiers ont une vision partielle de chaque dossier de facturation. Schématiquement, les TIM ont une vision sur ce qui est facturé tandis que les agents de facturation connaissent et gèrent les débiteurs potentiels. Même s'ils ne sont pas soumis au même contexte historique ni aux mêmes contraintes institutionnelles, les cliniques adoptent des organisations beaucoup plus simples dans lesquels une seule et même personne se charge des codages et de la gestion administrative, de sorte que les problèmes de coordination décrits entre pré-facturation et codage sont fortement amoindris. Cette solution résout une grande partie des difficultés de coordination décrites (voir solution 3 annexe 2).

Les modalités de codage adoptées par « A » apparaissent pertinentes pour le codage des séjours car ils offrent certainement plus de garanties sur la réalisation de cette activité dans des délais raisonnables. Il conviendrait certainement d'y adjoindre la solution développée par « B » pour les actes externes et faire du TIM un codeur de l'ensemble de l'activité médicale.

Le rattachement hiérarchique des TIM au DIM peut être porteur d'effets pervers sur le long terme sur lesquels il convient de s'interroger :

- D'abord, la fonction première du médecin DIM est d'être le garant de l'information médicale au sein de l'établissement, non de participer au processus de facturation. Il doit entreprendre des actions pour garantir la fiabilité, la qualité et la sécurité de cette information au sein de l'établissement. Comme le soulignait un rapport paru en mars 2011 sur l'expertise en santé³² :
« *l'indépendance est la garantie de la qualité et de la légitimité d'une expertise* ».
Il serait peut-être préférable que les personnes qui codent et les personnes qui contrôlent le codage ne soient pas rattachées hiérarchiquement au même service. S'il participe par le biais de ces équipes directement à la valorisation financière des activités de l'établissement, le risque est que le médecin DIM soit perçu comme étant parti pris au processus de facturation.
- Ensuite, par ses analyses et ses actions entreprises sur les risques inhérents à la qualité de l'information médicale, le DIM est sans doute l'un des services les plus stratégiques de l'établissement. Il doit en conserver tous les attributs. Dans ce cadre, participer à un processus de production n'apparaît pas pertinent.

³²BAS-THERON F., DANIEL C. et al., 2011, L'indépendance des experts et de l'expertise sanitaire. Consulté le 5 octobre 2012, disponibilité : www.ladocumentationfrancaise.fr

Compte-tenu de ces considérations, la solution préconisée est de promouvoir l'émergence d'agents de facturation capables de coder l'information médicale au niveau des pôles et rattachés hiérarchiquement à la direction financière (cette solution semblant mieux s'inscrire dans le contexte réglementaire actuel) et, dans le même temps, promouvoir un nouveau métier qui serait axé sur la maîtrise des risques inhérents à l'information médicale et qui serait rattaché au DIM. De fait, les TIM rencontrés ont des profils et des compétences très variables et ce métier, selon l'avis même des intéressés, recouvre des réalités très différentes (« *Il me semble qu'il y a plusieurs catégories de TIM. Discuter du métier de TIM est donc difficile car on ne peut généraliser les situations.* »). Les TIM de cette dernière catégorie gagneraient à développer leur capacité d'analyse et leurs compétences informatiques (requêtage, etc.). Ils constitueraient à n'en pas douter des interlocuteurs privilégiés des contrôleurs de gestion et des cadres administratifs de pôle. Ils pourraient être qualifiés de « TIM analystes » ou de « TIM gestionnaires de risque ».

Conclusion

Les changements en cours en matière de codage requièrent d'être fortement accompagnés et il convient de rappeler que si le périmètre d'activité des uns et des autres évolue, certaines responsabilités demeurent. Même s'ils ne codent plus, les médecins demeurent responsables de la production et de la traçabilité de l'information médicale. Cette information est essentielle non seulement pour la valorisation financière de l'activité mais également pour la qualité de prise en charge, la coordination avec les médecins de ville ou le respect des droits des patients. Dans ce large cadre, l'évolution des méthodes de codage constitue une réelle opportunité pour les professionnels de concevoir une gestion de l'information médicale rénovée au sein de leur établissement, dans laquelle ils se concentreraient sur la production de cette information et non sur des questions de transcription informatique.

Pour le processus de facturation, les enjeux de codage apparaissent considérables car il est indubitable que les établissements publics de santé n'utilisent pas pleinement les possibilités offertes par la tarification actuelle. Il est également indéniable que la professionnalisation du codage présente un grand nombre d'avantages. Permettant de mieux prendre en compte des règles changeantes et favorisant une maîtrise des délais de facturations, son principal intérêt demeure néanmoins d'assurer le codage exhaustif d'actes et de diagnostics tracés dans le dossier médical.

Ces changements ne masquent toutefois pas que le processus de facturation n'a finalement que peu évolué depuis la mise en place de la T2A ou la création des pôles cliniques et médico-techniques. Des modalités d'organisation très variables d'un établissement à un autre se retrouvent à chaque étape. Pour partie héritées du passé, elles interrogent toutefois les professionnels sur leurs pratiques même si une organisation idéale ne saurait être transposée de manière uniforme dans tous les établissements.

Les progrès futurs passeront avant tout par une réflexion sur les métiers et les rôles de chacun. La répartition actuelle des périmètres des différents postes apparaît être le résultat d'une organisation aujourd'hui ancienne des directions fonctionnelles. Le présent mémoire préconise le rapprochement des « TIM codants » des agents de facturation. Ce rapprochement vise à la création de postes de facturiers hospitaliers qui maîtriseraient l'ensemble des éléments devant figurer sur une facture. A l'inverse, il est préconisé de disjoindre l'activité d'accueil de l'activité de gestion de dossiers car des compétences spécifiques doivent être développées dans les deux champs. Développer ces compétences et introduire de nouveaux outils (gestion électronique des documents, gestion de files d'attente) présentent un intérêt pour la gestion de la relation client. C'est aussi un moyen de valoriser davantage les professionnels concernés.

Sur les aspects spécifiques à la chirurgie, il apparaîtrait opportun de rapprocher le processus de facturation du parcours patient et de mettre à profit les contacts avec l'utilisateur avant son hospitalisation. Outil de coordination entre les professionnels, le dossier médical doit permettre de retrouver l'ensemble des informations nécessaires au codage.

Enfin et d'une manière plus générale, il semble essentiel de faire participer les pôles dans la gestion de la facturation, non seulement parce qu'ils sont les plus à même de trouver des solutions adaptées à leurs besoins et spécificités mais également parce que cela pourrait amener à une plus forte implication des professionnels correspondants dans la valorisation des activités de l'hôpital.

Bibliographie

Auditions parlementaires et rapports d'enquête ou de contrôle :

- COUR DES COMPTES, 2006, « Rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006. [Consulté le 12 mai 2012], disponibilité : www.comptes.fr
- COUR DES COMPTES, 2009, « Rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, chapitre VII, la mise en œuvre de la T2A, bilan à mi-parcours ». [Consulté le 12 mai 2012], disponibilité : www.ccomptes.fr
- MECCS DU SENAT. Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale : audition du 30 janvier 2012. [Consulté le 12 mai 2012], disponibilité : <http://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20120130/mecss.html>

Articles de périodique :

- ABBALEA P., DELAHAYE-GUILLOCHEAU V., GATIER J., « Le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale – rapport définitif ». IGAS, IGF. Décembre 2008. [Consulté sur le web le 17 juillet 2012], disponibilité : www.documentationfrancaise.fr
- ANCEAUX F. et BEUSCART-ZEPHIR M.-C., 2002, « La consultation préopératoire en anesthésie : gestion de la prise d'informations et rôle des données retenues dans la planification du processus d'anesthésie », Le travail humain, vol. 65, p. 59 à 88.
- BAS-THERON F., DANIEL C. et al., 2011, L'indépendance des experts et de l'expertise sanitaire. Consulté le 5 octobre 2012, disponibilité : www.ladocumentationfrancaise.fr
- DE MEY P, MERCIER M, VOISIN M, 2011, « Qualité du codage PMSI-MCO : étude longitudinale 2006-2010 », revue d'épidémiologie et de santé publique, vol. 60, suppl. 1, p. S26

- LE-MENN J., MILON A., 2012, « Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur le financement des établissements de santé ». [Consulté le 2 Août 2012], disponibilité : <http://www.senat.fr/rap/r11-703/r11-7031.pdf>
- MOISDON JC, PEPIN M, 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 12 mai 2012], disponibilité : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud97.pdf
- PATRIS A., GOMEZ S., DE MEY P., 2011 « Indicateurs de la qualité du codage des complications et morbidités associées (CMA) », revue d'épidémiologie et de santé publique, vol. 60, suppl. 1, p. S30
- SCHELLER-KREINSEN D, GESSLER A, BUSSE R, 2009, « The ABC of DRGs [Diagnoses-Related-Groups] », *Euro Observer*, Vol. 11 ., n°4, p.1-4
<http://www.ticsante.com/show.php?page=story&newsPage=2&id=1259&story=1259>

Dépêches de presse :

- APM INTERNATIONAL. 2012. « Projet Fides: la facturation directe des séjours reportée à 2014 ». [Visité le 9 juillet 2012], consultable à l'adresse suivante : www.apmnews.com
- APM INTERNATIONAL, 2011, « Fiche métier – codeur des diagnostics et des actes médicaux ». [Cons. sur le web le 17/07/2012], disponibilité : www.snitem.fr/sites/default/files/ckeditor/fiche_metier__assistant_codeur.pdf
- APM INTERNATIONAL. 2012. « L'IGAS prône un plus grand respect entre les coûts et les tarifs ». [Dépêche APM parue le 18 avril 2012], disponibilité : www.apmnews.com
- APM INTERNATIONAL. 7 septembre 2012 « Christophe Boutin espère doubler le chiffre d'affaires de McKesson en cinq ans ». [Visité le 30 septembre 2012], consultable à l'adresse suivante : <http://www.ticsante.com/show.php?page=story&newsPage=1&id=1317&story=1317>
- APM INTERNATIONAL. 18 septembre 2012. « Hôpital 2012: alerte "enlisement" maintenue pour 14 projets », dépêche APM du 18 septembre 2012. [visité le 30

septembre 2012], consultable à l'adresse suivante :
<http://www.ticsante.com/show.php?page=story&id=1332>

- APM INTERNATIONAL. Dépêche du 12 juin 2012. « Interpellé par les CH de Dieppe et Elbeuf, Intersystems a "bien entendu le message ». [Visité le 9 juillet 2012], consultable à l'adresse suivante :

<http://www.ticsante.com/show.php?page=story&id=1268&story=1268>

Guides professionnels :

- « Guide méthodologique de production des informations applicable au 1er mars 2012 ». ATIH, 2012. [Consulté le 12 mai 2012], disponibilité : www.atih.sante.fr

- « Pour comprendre les principes et l'historique du PMSI en MCO ». ATIH. [Consulté le 12 mai 2012], disponibilité : www.atih.sante.fr

- ANAP, 2009, « Guide des indicateurs de facturation et de recouvrement ». [Consulté le 12 mai 2012], disponibilité : www.anap.fr. Ce guide reprend les différentes étapes de facturation dont le codage et y associe des indicateurs pour suivre leur bon déroulement.

- CNAMTS, 2007, « cahier des charges de la norme B2 – version juin 2007 avec errata ». [Consulté le 26 septembre 2012], disponibilité : <http://www.ameli.fr>

Textes de valeur légale ou réglementaire :

- Code de la Sécurité Sociale (CSS), article L332-1 : « L'action de l'assuré et des ayants droit mentionnés à l'article L. 161-14-1 pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par deux ans, à compter du premier jour du trimestre suivant celui auquel se rapportent lesdites prestations »

- DIRECTRICE DE L'HOSPITALISATION ET DE L'OFFRE DE SOINS, Arrêté du 22 février 2008 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique, JORF n°0051 du 29 février 2008 page 3577.

- M. LE PREMIER MINISTRE, SUR LE RAPPORT DE LA MINISTRE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles

d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé.
Journal officiel n°0136 du 15 juin 2010, page 10942.

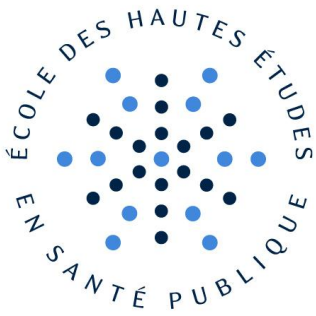
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Instruction N°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 [en ligne]. [Visité le 09/07/2012], disponible à l'adresse suivante : <http://www.atih.sante.fr/?id=0001000038FF>

- MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, « Arrêté du 14 février 2012 modifiant l'arrêté du 19 février 2009 modifié relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale », JORF n° 0049, 26 février 2012. [Consulté le 17 juillet 2012], disponible à l'adresse suivante : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

- MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, « Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie », bulletin officiel n°2011/6 bis (fascicule spécial), juin 2011. [Consulté le 17 juillet 2012], disponible à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr>

- MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, MINISTERE DU BUDGET DES COMPTES PUBLICS, DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA REFORME DE L'ETAT, UNCAM. Projet FIDES, instance consultative des représentants hospitaliers 25 novembre 2010 ». [Consulté le 12 mai 2012], disponibilité : http://www.fehap.fr/page-article.asp?ID_art=4460

- MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, MINISTERE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS, DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA REFORME DE L'ETAT, UNCAM, « Projet FIDES » *in* CENTRE HOSPITALIER DE MULHOUSE, *Journées DIM d'Alsace 2010*, 26 Novembre 2010. [Consulté le 12 mai 2012], disponibilité : www.departement-information-medicale.com



EHESP

Liste des annexes

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE UTILISÉ LORS DES ENTRETIENS.

ANNEXE 2 : SCHEMA PORTANT SUR L'ENCHAINEMENT TEMPOREL DES ETAPES DE FACTURATION

ANNEXE 3 : SCHEMA PORTANT SUR LA DECENTRALISATION DES ETAPES DE FACTURATION

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE UTILISE LORS DES ENTRETIENS.

I. OBTENTION DES INFORMATIONS ET DOCUMENTS MEDICO-ADMINISTRATIFS REQUIS

Préciser dans les 4 colonnes de droite l'information suivante : systématiquement, fréquemment, parfois, rarement, jamais.

Quelles sont les informations demandées spontanément et à quel moment ?	Prise de rendez-vous	Consultation externe	Entrées hospitalisation	Sorties Hospitalisation
<u>Information sur l'identité du patient :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Civilité, - Situation de famille, - Prénom, - Nom usuel, - Nom naissance, - Lieu naissance - Date de naissance, - Numéro de sécurité sociale, 				
<u>Coordonnées :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Numéro de téléphone, - Adresse, - L'assuré habite chez un tiers, - email 				
<u>Informations relatives au parcours de soins :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Nom du médecin traitant, - Coordonnées du médecin traitant, - Hospitalisation antérieure dans 				

l'établissement, - Imputation soins à un ATMP.				
<u>Informations concernant la prise en charge</u> - CPAM rattachement, - Mutuelle, - Assurance maternité, - Exonérations du TM				

Remarques :

.....

.....

Préciser dans les 4 colonnes de droite l'information suivante : systématiquement, fréquemment, parfois, rarement, jamais.

Quelles sont les documents administratifs demandés et à quel moment ?	Prise de rendez-vous	Consultation externe	Entrées hospitalisation	Sorties Hospitalisation
- Carte vitale				
- Attestation droit sécurité sociale				
- Attestation CMU				
- Pièce d'identité				
- Justificatif domicile				
- Carte mutuelle				
- Feuille de soins ATMP				
- Carte européenne de sécurité sociale				

- Autre document administratif : (préciser :)				
--	--	--	--	--

Remarques :

.....

.....

.....

.....

Préciser dans les 4 colonnes de droite l'information suivante : systématiquement, fréquemment, parfois, rarement, jamais.

Quelles sont les documents médicaux demandés et à quel moment ?	Prise de rendez-vous	Consultation externe	Entrées hospitalisation	Sorties Hospitalisation
- Dossier d'imagerie				
- Test laboratoire				
- Courrier du médecin traitant				
- Carnet de santé,				
- Carnet de naissance				
- Autre document médical : (préciser :)				

Autres questions à poser :

- A) La secrétaire médicale envoie-t-elle un courrier de confirmation pour le rendez-vous ?
 Systématiquement, Fréquemment, Parfois, Rarement, Jamais.

B) La secrétaire médicale invite-t-elle la personne à consulter le site internet pour préparer sa venue / son hospitalisation.

Systématiquement, Fréquemment, Parfois, Rarement, Jamais.

C) Des Informations sont envoyées par email

Systématiquement, Fréquemment, Parfois, Rarement, Jamais.

D) Des informations sont envoyées par fax

Systématiquement, Fréquemment, Parfois, Rarement, Jamais.

II. Prédmission et admission

⇒ Partie renseignée par la secrétaire médicale ou par la personne en charge de cette activité.

A) La prédmission est plus fréquemment réalisée :

- a. Lors de la première consultation avec le chirurgien,
- b. A l'occasion de la consultation avec le médecin anesthésiste,
- c. A l'occasion d'un rendez-vous fixé à cette seule fin.
- d. Ne sait pas

B) Des règles institutionnelles définissent quand doit être effectuée la prédmission ?

Oui Non
Si oui, règles définies au niveau du pôle de l'établissement

C) Des règles institutionnelles définissent qui doit effectuer la prédmission ?

Oui Non
Si oui, règles définies au niveau du pôle de l'établissement

D) Une prédmission est-elle effectuée ?

Systématiquement, Fréquemment, Parfois, Rarement, Jamais.

E) Le contenu d'une pré admission a-t-il été défini institutionnellement ?

Oui Non
Si oui, règles définies au niveau du pôle de l'établissement

F) Qui réalise le plus fréquemment une pré admission :

- Personnel dédié à cet effet
- Personnel d'accueil,
- Secrétaires médicales,
- Du chirurgien,
- Du médecin anesthésiste,
- Du service,
- Du pôle,

G) La vérification des ALD est effectuée :

Le plus souvent par le corps médical Le plus souvent par du personnel administratif

Est-elle effectuée :

Systématiquement, Fréquemment, Parfois, Rarement, Jamais

Cette vérification est effectuée grâce :

- Logiciel mis en place par AM Systématique Souvent peu souvent jamais
- Protocole de soins Systématique Souvent peu souvent jamais
- Entretien personne Systématique Souvent peu souvent jamais
- Courrier médecin traitant Systématique Souvent peu souvent jamais

A quelle étape cette vérification est-elle le plus souvent effectuée :

- Lors du premier entretien,
- Lors de la première consultation,
- Lors de la préadmission,
- Lors de l'admission,
- Lors du codage,
- Lors de la sortie.

Des consignes existent portant sur la vérification des ALD ? Oui Non

Si oui, émanent-elles du pôle , de l'établissement , des deux

H) Qui réalise l'admission ?

Des règles institutionnelles définissent qui doit effectuer l'admission :

Oui Non

Si oui, règles définies au niveau du pôle de l'établissement

Personnel dédié à cet effet

Personnel d'accueil,

Secrétaires médicales,
Du service du chirurgien,

Du service du médecin anesthésiste,

Du service,

Du pôle,

Le groupe de personnes en charge de la préadmission l'est également pour l'admission :

Oui Non Pas systématiquement

Remarques :

.....

.....

.....

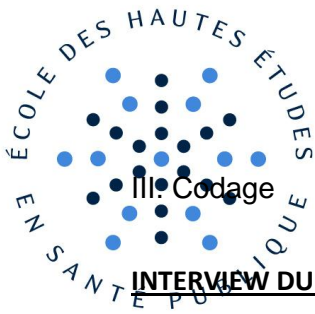
.....

I) Parmi les tâches ci-dessous, quelles sont celles incluses dans la préadmission et dans l'admission et à quelle fréquence sont-elles réalisées ?

Remarque : si les tâches sont tantôt faites au cours de la préadmission, tantôt au cours de l'admission, utiliser couleur verte pour préadmission et couleur rouge pour admission. Document à renseigner par les personnes en charge de la préadmission et de l'admission.

Tâche	Inclus préadmission oui / non / ne sait pas	Inclus admission oui / non / ne sait pas	Fréquence				
			Systématiquement	Fréquemment	Parfois	Rarement	Jamais
Constitution dossier administratif (informations détenues) : Identité, Coordonnées téléphoniques, Date d'entrée prévue, Date prévisionnelle de sortie.							
Recherche et sortie dossier médical							
Remise par l'assuré d'une attestation de prise en charge (mutuelle)							
Remise par l'assuré d'une attestation sécurité sociale							
Vérification des exonérations dont pourrait bénéficier l'assuré (préciser) : - par entretien individuel par l'agent d'accueil, - par vérification informatique, - demande attestation (préciser le document), - réalisé par un médecin dans un interrogatoire clinique <ul style="list-style-type: none"> ○ préciser quel médecin : ○ préciser quand est effectuée cette demande, ○ Cela a-t-il fait l'objet d'une discussion 							

<p>institutionnelle,</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ De consignes ? <p>Si la vérification des exonérations peut être effectuée au moment de la sortie, l'indiquer sur cette ligne.</p>							
<p>Remise formulaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ « personne de confiance », ○ « autorisation d'opérer », ○ « personne à prévenir ». 							
<p>Information du patient sur les coûts de l'hospitalisation,</p>							
<p>Interrogation sur les choix d'hôtellerie</p>							
<p>Remise ou envoi d'un courrier précisant au patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dates d'hospitalisation, - consignes « administratives » (heure d'arrivée, lieu où la personne devra se présenter, médicaments à apporter ou non, autres affaires à apporter, etc.), - consignes médicales, - préciser la date de remise du courrier (le jour même, envoi postal) 							



INTERVIEW DU CHIRURGIEN OPERATEUR

EHESP

CODAGE DES ACTES CCAM EN HOSPITALISATION

a) Le chirurgien opérateur détermine le code CCAM correspondant à l'acte effectué :

Oui Non ,

Si non,

➤ Quelle est la personne en charge ? :

➤ Cette personne travaille-t-elle :

- au sein du pôle

- au sein du département d'information médicale

➤ A partir de quels éléments cette personne effectue-t-elle le codage de l'acte (préciser) :

.....

b) Si une autre personne que le chirurgien opérateur intervient dans la détermination du code, celle-ci effectue cette tâche :

- pour une liste restreinte d'actes simples

- Si oui, cette liste a été formalisée oui non

- pour l'ensemble des actes avec recours possible à l'opérateur

c) Temps passé pour cette tâche si la personne qui code n'est pas le chirurgien opérateur, préciser approximativement :

.....

d) Des consignes institutionnelles précisent quand doivent être codés informatiquement les actes :

Oui Non

Si oui, quel délai est indiqué :

Ces consignes émanent du pôle de l'établissement des deux

e) Des consignes institutionnelles précisent qui doit coder informatiquement les actes :

Oui Non ,

Quelle est la personne en charge :

Ces consignes émanent du pôle de l'établissement

f) Si la personne qui encode informatiquement les actes n'est pas le chirurgien opérateur, la personne qui est en charge de l'encodage a à sa disposition,

- le code CCAM : Systématiquement, Fréquemment, Parfois, Rarement,

Jamais.

- un descriptif détaillé de l'acte : Systématiquement, Fréquemment, Parfois, Rarement,
 Jamais.

g) Si la personne qui encode informatiquement les actes n'est pas le chirurgien opérateur, la personne qui est en charge est rattaché hiérarchiquement,

- au service au pôle au Département de l'information médicale

h) Si la personne qui encode informatiquement les actes n'est pas le chirurgien opérateur, quel est le support utilisé pour transmettre cette information (nature de l'acte) :

- Fiche spécifique à l'encodage des actes,
- CR Hospitalisation,
- Autre, précisez :

.....
.....

i) Temps passé pour coder les actes CCAM :

- Moins de 15 minutes,
- [15-30],
- [30-45],
- [45-60],
- [60-75],
- [75-90],
- [90-105],
- [105-120],

Préciser le nombre moyen d'actes codés par semaine :

CODAGE DES PATHOLOGIES (CODAGE T2A)

a) L'activité de codage des séjours peut être envisagée autour de trois étapes : identification des diagnostics, hiérarchisation, et saisie informatique. Pour chaque étape, rencontrez-vous des difficultés ? Si oui, lesquelles ?

b) Pour l'identification des diagnostics, comment faites vous le point pour être sûr de bien prendre en compte leur intégralité ?

c) Sur les différentes notions de diagnostic, connaissez-vous parfaitement les catégories de diagnostic suivants :

Diagnostic principal : maîtrisée connue imparfaitement connue non connue

Diagnostic associé (CMA) : maîtrisée connue imparfaitement connue non connue

d) Trouvez vous que la hiérarchisation des diagnostics soit clairement reprise dans le dossier médical ?

D'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas d'accord.

e) Globalement, les règles de codage du PMSI vous sont connues...

D'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas d'accord.

...et régulièrement explicitées

D'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas d'accord.

Sur la formation, souhaitez-vous apporter une remarque ?.....
.....

f) Des consignes institutionnelles précisent quand doivent être codés informatiquement les séjours :

Oui Non NSP

Si oui, quel délai est indiqué :

Ces consignes émanent du pôle de l'établissement des deux

Personnellement, quand codez vous les diagnostics ?

b) Des consignes institutionnelles précisent-elles qui doit coder informatiquement les séjours :

Oui Non , NSP

Quelle est la personne en charge :

Ces consignes émanent du pôle de l'établissement

c) Si la personne qui encode informatiquement les séjours n'est pas le chirurgien opérateur, la personne qui est en charge de l'encodage a à sa disposition,

- l'ensemble des diagnostics : Systématiquement, Fréquemment, Parfois, Rarement, Jamais.

- l'ensemble des diagnostics sous une forme directement « encodable », c'est-à-dire sans travail d'interprétation : Systématiquement, Fréquemment, Parfois, Rarement, Jamais.

- une hiérarchisation claire des diagnostics : Systématiquement, Fréquemment, Parfois, Rarement, Jamais.

- un descriptif détaillé du séjour : Systématiquement, Fréquemment, Parfois, Rarement, Jamais.

d) Si la personne qui encode informatiquement les séjours n'est pas le chirurgien opérateur, la personne qui est en charge est rattaché hiérarchiquement,

- au service au pôle au Département de l'information médicale

e) Au sein du dossier médical, quel est le support utilisé pour transmettre ces informations :

- Fiche spécifique à l'encodage des actes et séjours,
- CR Hospitalisation,
- Autre, précisez :

.....

f) Temps passé par semaine à l'identification des diagnostics, à leur hiérarchisation et à l'encodage informatique par semaine (à identifier par le médecin codeur ou le TIM) :

Identification des diagnostics et hiérarchisation des diagnostics	Encodage informatique
- Moins de 15 minutes, <input type="checkbox"/>	- Moins de 15 minutes, <input type="checkbox"/>
- [15-30], <input type="checkbox"/>	- [15-30], <input type="checkbox"/>
- [30-45], <input type="checkbox"/>	- [30-45], <input type="checkbox"/>
- [45-60], <input type="checkbox"/>	- [45-60], <input type="checkbox"/>
- [60-75], <input type="checkbox"/>	- [60-75], <input type="checkbox"/>

- [75-90],	<input type="checkbox"/>	- [75-90],	<input type="checkbox"/>
- [90-105],	<input type="checkbox"/>	- [90-105],	<input type="checkbox"/>
- [105-120],	<input type="checkbox"/>	- [105-120],	<input type="checkbox"/>

Préciser le nombre moyen, approximatif de dossiers codés par semaine :

g) Il existe un système de feu vert / feu rouge pour la validation du codage des séjours : Oui Non

Cette étape est réalisée : systématiquement le plus souvent parfois jamais .

Lecture extrait guide ATIH

Conformément aux articles R. 6113-1 et R. 6113-436 du code de la santé publique :
 les données sont recueillies, pour chaque malade, par le praticien responsable de la structure médicale ou médicotechnique ou par le praticien ayant dispensé des soins au malade et elles sont transmises au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement ; le praticien responsable d'une structure médicale ou médicotechnique ou le 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 traitement au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement.

h) Considérez vous que le codage fasse partie intégrante de votre travail ?

.....

.....

.....

.....

i) Que vous inspire cette activité ?

.....

.....

INTERVIEW DU MEDECIN ANESTHESISTE

1) Codez vous vous-même les actes d'anesthésie ? Si oui, combien de temps cela vous prend-il approximativement par semaine ? Pour combien de dossiers ?

2) Intervenez-vous dans le codage d'autres actes ou dans le codage des séjours et si oui comment ?

3) Comment transmettez vous les informations obtenues dans le cadre de votre travail sur les diagnostics

4) Sur les différentes notions de diagnostic, connaissez-vous parfaitement les catégories de diagnostic suivants :

Diagnostic principal : maîtrisée connue imparfaitement connue non connue

Diagnostic associé (CMA) : maîtrisée connue imparfaitement connue non connue

Trouvez vous que la hiérarchisation des diagnostics soit clairement reprise dans le dossier médical ?

D'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas d'accord.

Globalement, les règles de codage du PMSI vous sont connues...

D'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas d'accord.

...et régulièrement explicitées

D'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas d'accord.

Sur la formation, souhaitez-vous apporter une remarque ?

IV. Sorties

Les étapes effectuées au moment de la sortie d'hospitalisation

La clôture du dossier administratif comporte :

- Vérification des éléments communiqués
- Saisie informatique de la sortie du patient
- Demande de prise en charge mutuelle
Systématique Fréquente assez fréquente Rare Jamais

Il est demandé de payer au patient au moment de sa sortie :

- Systématiquement souvent peu souvent rarement

Si les cases peu souvent ou rarement ont été cochées, est-ce plutôt :

Parce que l'établissement a fait le choix de ne pas faire facturer à ce moment le séjour

Par manque de temps

Parce que le dossier n'est pas prêt à ce moment

Autre raison : préciser

Existe-t-il un feu vert administratif pour les dossiers : oui non

V. Groupage DIM

⇒ Partie à renseigner par le médecin DIM

Quels sont les délais de codage des actes et séjours en chirurgie ?

.....
.....

Sont-ils suivis régulièrement ?

.....
.....

Quels indicateurs ATIH sont utilisés au sein de l'établissement s'agissant du codage ?

.....
.....

Ces indicateurs sont « exploités » d'un point de vue managérial (analyse, proposition d'actions) :

Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord

Si les résultats sont exploités, est-ce :

Par le service des entrées

Par le pôle

Par une direction fonctionnelle

Par le DIM

Fréquence des erreurs de codage pour le service de chirurgie telle qu'appréciée par le médecin DIM :

Très souvent Souvent Peu souvent Rarement

Si des contrôles ont été effectués par le DIM (service de chirurgie), indiquez la date, le pourcentage d'erreur et si possible le montant des sommes en jeu.

.....
.....
.....
.....
.....

Quelles sont les causes d'erreurs les plus fréquentes :

.....
.....
.....
.....
.....

Les contrôles effectués par le DIM sur les dossiers du service chirurgie sont ils :

Systématiques Fréquents Peu fréquents Rares

Certains dossiers sont contrôlés beaucoup plus fréquemment : plutôt pas d'accord plutôt d'accord

Si plutôt d'accord, est lié à la spécialité , aux performances du codeur , à un type d'acte ou de séjour (préciser :

.....
.....)

Existe-t-il un feu vert médical pour l'autorisation d'envoi des données ? oui , non .

VI. Facturation et traitement des rejets

⇒ *Interrogation de l'AAH en charge de la facturation.*

- A quel rythme sont envoyées les données ?

.....

- Dans quel délai ?

.....
.....

- Des conventions ont-elles été signées avec des mutuelles ? oui , non

- Un traitement des rejets est effectué :

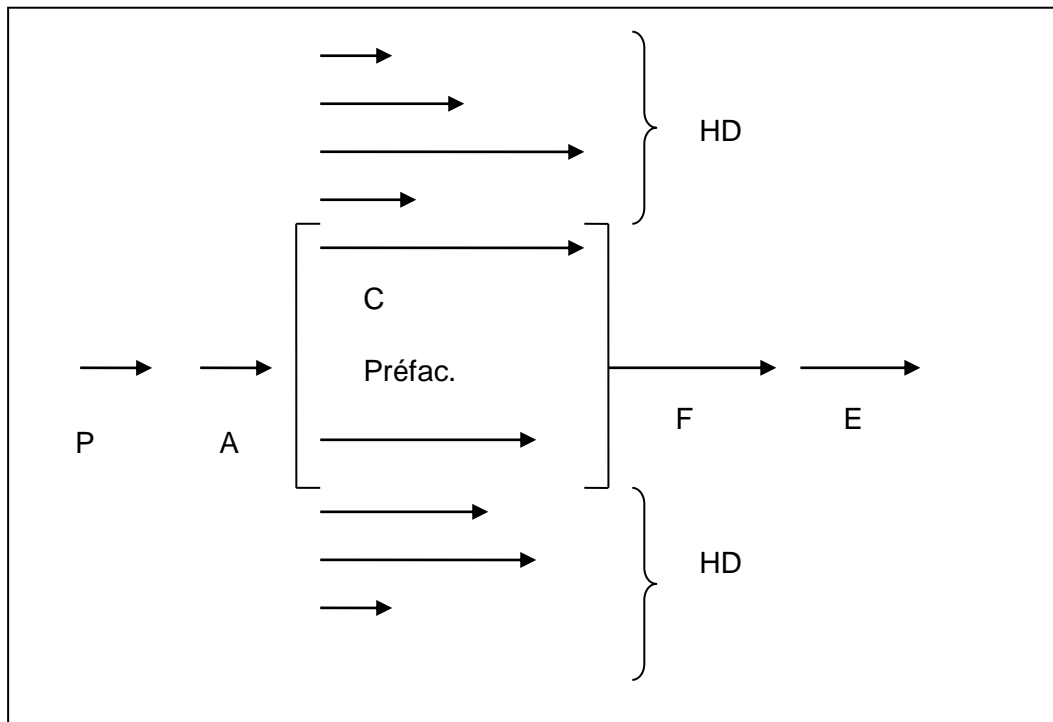
○ Systématiquement , très souvent , peu souvent , rarement

○ Les rejets sont en moyenne traités : dans les quinze jours suivants la réception du courrier de la CPU , dans le mois , dans les deux mois , dans les trois mois

○ Le courrier de la CPU est envoyé le plus souvent dans les deux semaines suivant l'envoi des données , dans le mois , dans les deux mois

ANNEXE 2 : SCHEMA PORTANT SUR L'ENCHAINEMENT TEMPOREL DES ETAPES DE FACTURATION

1) Organisation actuelle lorsque le codage n'est pas centralisé et que chaque agent de facturation se voit nominativement attribué des dossiers.



Légende :

P : Préalmission

A : Admission

C : Codages des actes et séjours

F : Facturation

E : Envoi des données et traitement des rejets

Préfac. : Préfacturation

HD1 : Hétérogénéité des Délais de codage

HD2 : Hétérogénéité des Délais de préfacturation.

2) Organisation avec mise en place de codeurs de l'activité professionnels et organisation en pool des agents de facturation.

Légende :

P : Préadmission

A : Admission

C : Codages des actes et séjours

F : Facturation

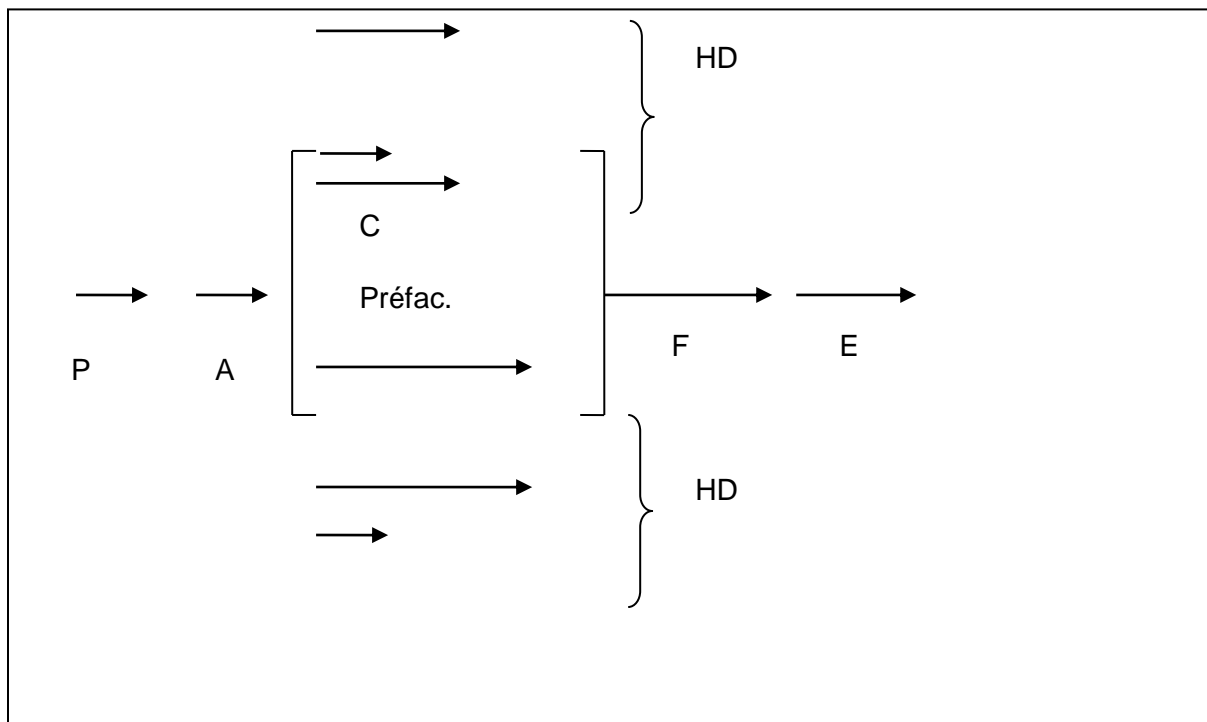
E : Envoi des données et traitement des rejets

Préfac. : Préfacturation

HD1 : Hétérogénéité des Délais de codage

HD2 : Hétérogénéité des Délais de préfacturation.

Remarque : le nombre d'intervenants diminuant, le nombre de flèches diminue et l'hétérogénéité des délais également. Possibilité renforcée d'ajustement de la charge de travail.



3) Organisation avec mise en place de facturiers reprenant les activités des agents de facturation et de codeurs de l'activité médicale

Légende :

P : Préadmission

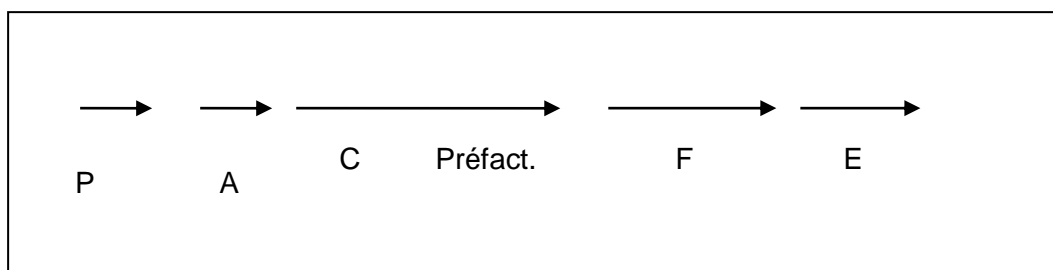
A : Admission

C : Codages des actes et séjours

F : Facturation

E : Envoi des données et traitement des rejets

Préfact. : Pré-facturation



Remarque : la préfacturation et les codages sont réalisés par les mêmes agents. Plusieurs facturiers peuvent être présents au sein de l'unité mais ceux-ci traiteront les dossiers les plus anciens dans un ordre chronologique.

ANNEXE 3 : SCHEMA PORTANT SUR LA DECENTRALISATION DES ETAPES DE FACTURATION (CAS DE LA CHIRURGIE)

Sur ces schémas, le petit cercle représente le pôle et le grand l'ensemble de l'établissement. Ces schémas s'intéressent aux lieux physiques où se déroulent les différentes étapes (intérieur ou extérieur du pôle).

Légende :

P : Préadmission

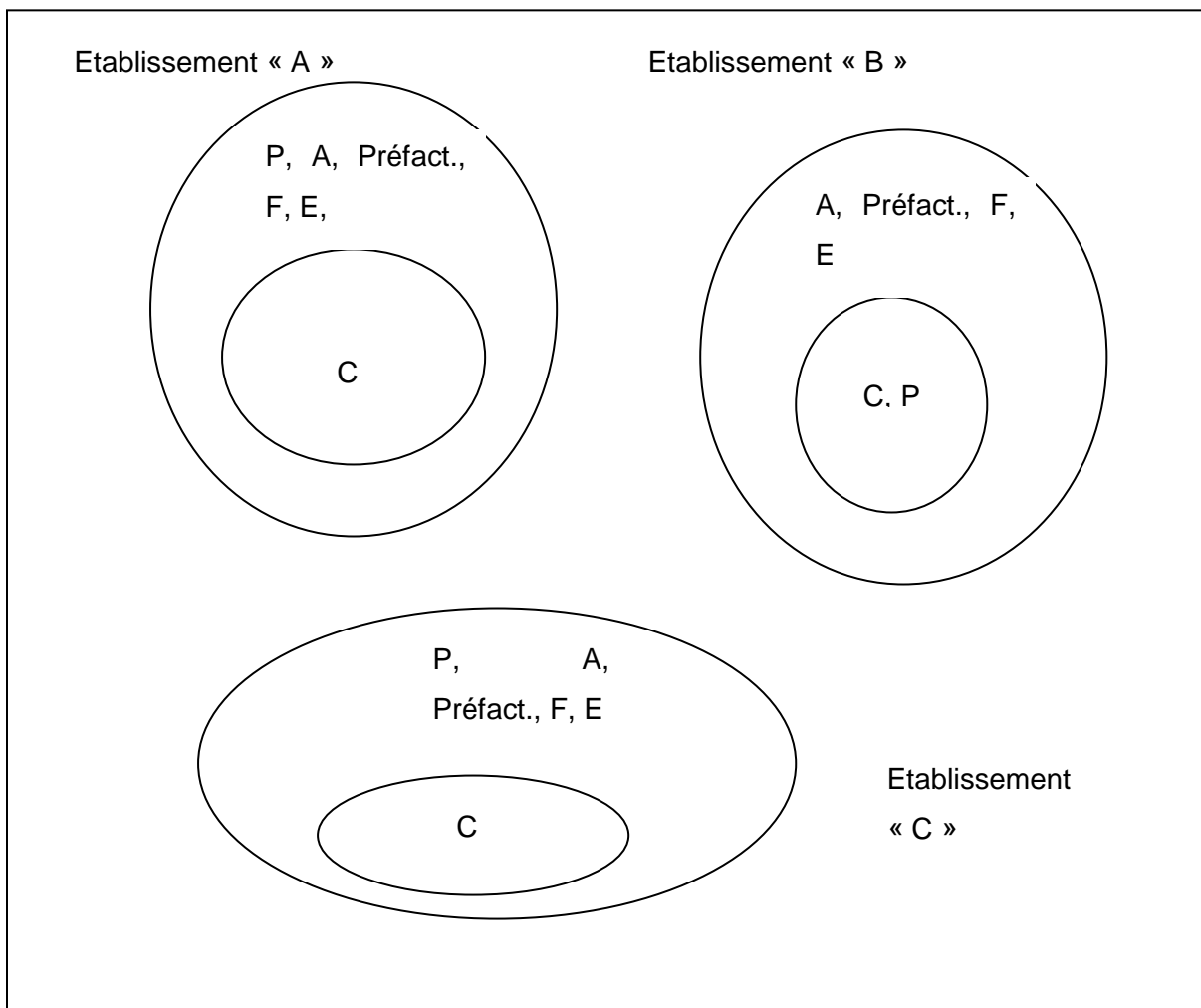
A : Admission

C : Codages des actes et séjours

F : Facturation

E : Envoi des données et traitement des rejets

Préfact. : Pré-facturation



JOUSSE

Thomas

Novembre 2012

DIRECTEUR D'HOPITAL

Promotion 2011-2013

Comparaison des pratiques de codage et de facturation de trois établissements

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Ecole des mines.

Résumé :

Les enjeux de codage sont considérables pour les établissements publics de santé, désormais majoritairement financés sur la base de leur activité. Face au constat du sous-codage d'une partie de l'activité, de plus en plus d'établissements se tournent vers des organisations de codage professionnalisées. Ces solutions doivent être accompagnées et être replacées dans une stratégie globale de l'établissement portant sur l'information médicale.

Ces changements ne masquent pas que le processus facturation dans son ensemble n'a que peu évolué dans son organisation depuis la mise en place des pôles ou de la tarification à l'activité.

La performance de la facturation passe par le développement de nouveaux outils, la formation et également par une meilleure coordination entre professionnels. Les progrès futurs passeront par une réflexion sur les métiers, métiers qui demeurent actuellement marqués par les périmètres actuels des directions fonctionnelles et du DIM.

L'exemple de la chirurgie illustre qu'il apparaît opportun de rapprocher le processus facturation du parcours du patient pour anticiper des difficultés potentielles. Là encore, la communication et la coordination entre professionnels est essentielle pour permettre une juste valorisation financière des activités menées.

D'une manière plus générale, il apparaîtrait opportun de faire participer davantage les pôles dans le pilotage du processus de facturation, non seulement parce qu'ils peuvent à leur niveau développer des solutions originales aptes à résoudre leurs difficultés spécifiques mais également pour développer l'implication des professionnels sur ces thématiques.

Mots clés :

Performance, facturation, codage, T2A, chirurgie, pôle clinique.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.