

UNIVERSITE DE NANTES

UFR DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage-femme

Codage PMSI

(Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information)

Etude rétrospective à la maternité du CHU de Nantes pour en vérifier
l'exhaustivité et mesurer l'efficacité de sa méthode actuelle de saisie

Mémoire présenté et soutenu par

Thibaud JARROSSAY

Né le 8 décembre 1989

Directeur de mémoire : Dr SURER Nathalie

Années universitaires 2009-2013

En préambule de ce mémoire, je souhaitais adresser mes remerciements à tous ceux qui m'ont apporté leur aide au cours de l'élaboration de ce travail, ainsi que ceux qui ont été à mes côtés tout au long de mes études de sage-femme.

Je tiens à remercier sincèrement Madame Surer, qui en tant que directeur de mémoire s'est toujours montrée disponible et m'a prodigué un enseignement précis et riche de détails.

Merci à Madame Burban pour avoir guidé ce mémoire et qui, par ses précieux conseils, a su m'orienter.

Je tiens également à exprimer ma gratitude à Mme Derrenderinger pour m'avoir proposé ce sujet de mémoire, ainsi qu'aux formatrices et sages-femmes cadres qui, par leurs connaissances, m'ont instruit sur ce sujet complexe qu'est le PMSI.

Je remercie le Dr Branger pour son investissement dans les mémoires de sages-femmes et pour accepter de prendre le temps de partager ses connaissances en épidémiologie et en statistiques.

Enfin je remercie ma famille et Mademoiselle Sandie Gautier pour leurs relectures, leur soutien, leur patience et leur présence. Merci à mes amis et mes camarades de promotion, notamment Monsieur Pierre Le Vraux, avec qui j'ai partagé quatre agréables années d'étude au sein de l'école de sages-femmes de Nantes.

TABLE DES MATIERES

LEXIQUE	7
INTRODUCTION.....	9
GENERALITES	10
I - Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information.....	10
1 - Résumé de Sortie Standardisé.....	10
2 - Résumé d'Unité Médicale	11
3 - Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé Connexes, 10 ^{ème} révision.....	12
4 - Classification Commune des Actes Médicaux	13
5 - Classification en Groupes Homogènes de Malades.....	13
6 - Particularités du codage en obstétrique pour le choix du Diagnostic Principal.....	15
7 - Complication et Morbidité Associée	16
8 - La Fonction Groupage	18
9 - Evolution de la classification des GHM et de la FG.....	18
10 - Confidentialité du recueil.....	19
11 - Production du Résumé de Sortie Anonyme	19
13 - Chaînage anonyme des RSA.....	20
14 - L'Etude Nationale de Coûts.....	20
15 - Groupe Homogène de Séjour.....	21
16 - Tarification A l'Activité	21
17 - Récapitulatif, le PMSI en bref	22

II - NOUVEAUTES PMSI EN MARS 2012	24
1 - Mise à jour de l'arrêté PMSI-MCO	24
2 - Refonte de la Catégorie Majeure de Diagnostic 14	25
A - Racines d'accouchement.....	25
B - Racines hors accouchement	26
3 - Refonte de la Catégorie Majeure de Diagnostic 15	27
4 - Nouveautés concernant la Fonction Groupage et le format des fichiers	28
III - SAISIE DU CODAGE POUR UNE PATIENTE DE L'HOPITAL DE LA MERE ET DE L'ENFANT.....	29
ETUDE	32
I - PRESENTATION DE L'ETUDE.....	32
1 - Objectif de l'étude	32
2 - Matériel et méthode	32
3 - Sélection des dossiers	32
4 - Recueil des données.....	33
II - RESULTATS.....	34
1 - Description de la population	34
2 - Initialement	34
A - Les différents Diagnostics Principaux	34
B - Les Groupes Homogènes de Malades	36
C - Les recettes.....	38
3 - Intervention sur le codage après relecture des dossiers médicaux.....	39
A - Ajout d'actes	39
B - Ajout de Diagnostics Associés Significatifs	39

4 - Après intervention.....	45
A - Les Diagnostics Principaux.....	45
B - Les Groupes Homogènes de Malades	47
C - Les recettes.....	48
D - Les gains d'argent engendrés	49
ANALYSE ET DISCUSSION.....	50
I - ANALYSE DES RESULTATS.....	50
1 - Rappel des résultats principaux	50
2 - Limites de l'étude	51
3 - Interprétation des résultats	51
II - DISCUSSION.....	55
1 - Avenir de la saisie du codage.....	55
2 - Et ailleurs ? Description synthétique de la saisie du codage à Lorient.....	55
3 - Pistes de réflexion autour de la T2A.....	57
4 - Rôle de la sage-femme.....	59
CONCLUSION.....	60
BIBLIOGRAPHIE.....	62
ANNEXES.....	66
Feuille de codage HME Nantes Salle de Naissance (recto).....	66
Feuille de codage HME Nantes Salle de Naissance (verso)	67
Feuille de codage HME Nantes Suites de Couches (recto)	68

Feuille de codage HME Nantes Suites de couches (verso).....	69
Feuille de codage PFME Lorient (recto)	70
Feuille de codage PFME Lorient (verso).....	71

LEXIQUE

ARS	Agences Régionales de Santé
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CHBS	Centre Hospitalier de Bretagne Sud
CIM	Classification Internationale des Maladies
CM	Catégorie Majeure
CMA	Complication ou Morbidité Associée
CMD	Catégorie Majeure de Diagnostic
CNIM	Collège National de l'Information Médicale
COTRIM	Comité Technique Régional de l'Information Médicale
CRIM	Collège Régional de l'Information Médicale
DAD	Donnée A visée Documentaire
DAS	Diagnostic Associé Significatif
DGF	Dotation Globale de Financement
DIM	Département de l'Information Médicale
DR	Diagnostic Relié
DRG	Diagnosis Related Groups
ENC	Etude Nationale de Coûts
ENCC	Etude Nationale de Coûts Commune
FG	Fonction Groupage
GHM	Groupe Homogène de Malades
GHS	Groupe Homogène de Séjours
HAS	Haute Autorité de Santé
HME	Hôpital de la Mère et de l'Enfant
ICR	Indice de Coût Relatif
ISA	Indice Synthétique d'Activité

MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie
PFME	Pôle Femme Mère Enfant
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RHA	Résumé Hebdomadaire Anonyme
RHS	Résumé Hebdomadaire Standardisé
RSA	Résumé de Sortie Anonyme
RSS	Résumé de Sortie Standardisé
RUM	Résumé d'Unité Médicale
SIH	Système d'Information Hospitalier
T2A ou TAA	Tarifcation A l'Activité
UM	Unité Médicale
VB	Voie Basse

INTRODUCTION

S'occuper des mères, s'occuper des nouveau-nés, réaliser des accouchements... Le codage PMSI n'est sûrement pas la première chose à laquelle on pense lorsque l'on évoque le métier de sage-femme. Cette activité est peu connue du grand public et vue comme quelque chose de compliquée par la plupart des professionnels de santé, qui s'en acquittent sans autre considération que celle d'un devoir obligatoire et ennuyeux.

Cette activité présente pourtant deux aspects majeurs.

Premièrement, elle fait partie intégrante du soin, car au cœur de la T2A et donc du système actuel de l'économie de la santé, elle est l'élément fondamental des revenus d'un hôpital. Sans cotation, pas de recettes, pas de moyens financiers pour soigner et donc pas de service de soin. Ce système joue par ailleurs un rôle primordial à l'heure du déficit croissant de l'assurance maladie et devant l'augmentation des dépenses de santé.

Ensuite et surtout, car cette activité n'est pas limitée à un but économique. Elle sert à véritablement décrire la population traitée. Les diagnostics codés nous permettent de percevoir l'état de santé des patients puis de mettre en place des réponses à certains problèmes de santé jugés récurrents ou encore de faire des choix dans le domaine de la Santé Publique.

Le codage serait donc bien un devoir, mais un devoir auquel devrait aspirer tout soignant, puisqu'il s'agit, au final, du bien être de la population et d'un acte de soin à part entière.

Ainsi, nous essayerons, grâce à ce mémoire, de mieux connaître le système PMSI et l'activité de codage, en décrivant, dans une première partie, le fonctionnement actuel de ces activités ainsi que les évolutions récentes dans le domaine de la périnatalité. Nous tâcherons, dans une seconde partie, d'apprécier l'efficacité de la méthode actuelle de saisie du codage au sein de l'hôpital de la Mère et de l'Enfant de Nantes, grâce à une étude. Enfin, nous analyserons les résultats de l'étude et nous nous efforcerons d'en déduire quelques améliorations à apporter.

GENERALITES

I - Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCO). Depuis la loi du 31 juillet 1991 portant sur la réforme hospitalière, les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés ont le devoir de procéder à l'analyse de leur activité médicale et de transmettre aux services de l'État et à l'Assurance maladie « les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité » : articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. [1]

1 - Résumé de Sortie Standardisé

Tout séjour dans la partie MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie) d'un établissement de santé donne lieu à la production d'un Résumé de Sortie Standardisé (RSS) comprenant un ou plusieurs Résumés d'Unité Médicale (RUM). Ce RSS est réalisé le plus tôt possible après la sortie du patient.

Si, au cours de son séjour, le patient ne fréquente qu'une seule unité de soin, alors le séjour est dit mono-unité et le RSS établi à la sortie du patient correspond strictement au RUM (RSS monoRUM).

Si le patient fréquente plusieurs unités médicales au cours de son séjour, alors le séjour est dit multiunités et le RSS établi correspond à la suite des RUM résultants des différentes unités (RSS multiRUM). Les RUM constituant le RSS sont alors classés par ordre chronologique et identifiés par le même numéro, dit numéro de RSS. Cette suite est alors contrôlée par le médecin responsable du Département d'Information Médicale (DIM) puis classée, par le logiciel groupeur, dans un Groupe Homogène de Malades (GHM) : on parle de groupage. [2]

2 - Résumé d'Unité Médicale

Le Résumé d'Unité Médicale (RUM) contient un nombre volontairement limité de rubriques, de natures médicale et administrative, qui doivent être systématiquement renseignées et dont les informations sont codées.

Informations administratives :

- Identifiant correspondant à l'ensemble de l'hospitalisation dans les unités de MCO de l'établissement et couramment appelé numéro de RSS
- Date de naissance
- Sexe
- Code postal du lieu de résidence du patient
- Numéro de l'établissement de santé dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS)
- Numéro administratif de séjour
- Numéro de l'Unité Médicale
- Date et mode d'entrée dans l'unité (voir provenance en cas de mutation ou transfert)
- Date et mode de sortie (voir destination)

Informations médicales :

- Diagnostics : diagnostic principal (DP) et, s'il y a lieu, diagnostic relié, diagnostics associés
- Actes médicaux techniques réalisés
- Poids à l'entrée dans l'UM pour les nouveau-nés de moins de 29 jours
- Âge gestationnel – nombre de semaines d'aménorrhée
- Date des dernières règles (pour les patientes concernées)
- Indice de gravité simplifié (IGS II)
- Données documentaires

Les informations contenues dans le RUM sont codées selon des nomenclatures imposées afin de pouvoir bénéficier d'un traitement automatisé. Le codage des informations administratives emploie des nomenclatures succinctes. Le codage des diagnostics quant à lui se fait à l'aide de la dixième révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) de l'Organisation Mondiale de la Santé. Enfin, la

classification des actes se fait avec la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). [1 ; 2 ; 3 ; 4]

3 - Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé Connexes, 10^{ème} révision

La Classification statistique Internationale des Maladie et des problèmes de santé connexes, 10^{ème} révision, également connue sous le nom de CIM-10, a été publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1993 et fait depuis l'objet de mises à jour régulières. C'est un ensemble organisé de rubriques, dans lesquelles sont rangées des entités morbides en fonction de critères établis. La CIM-10 rend ainsi possible la comparaison de données de mortalité et de morbidité recueillies dans différents pays et régions et à des époques différentes, dans la mesure où le sens des mots n'a pas changé.

La CIM-10 permet la transposition de diagnostics, symptômes et autres problèmes de santé en codes alphanumériques, ce qui facilite le stockage et l'analyse des données. En pratique, c'est elle qui est devenue la classification internationale unique pour tout ce qui concerne l'épidémiologie en général. Son utilisation a été rendue obligatoire au 1^{er} janvier 1996 pour les établissements participant à l'Etude Nationale de Coûts et l'année suivante pour les autres structures.

La classification est divisée, depuis 2006, en 22 chapitres, correspondant à des grands ensembles d'entités morbides. Le premier caractère du code de la CIM est une lettre, et chaque lettre est associée à un chapitre donné, sauf rares exceptions. Cette lettre est suivie de trois chiffres, le quatrième caractère étant précédé par un point. Ainsi on trouvera par exemple le code O75.2 (Pyrexie au cours du travail, non classée ailleurs).

Deux chapitres de la CIM-10 nous intéressent tout particulièrement dans le cadre de ce mémoire. Il s'agit du chapitre XV (grossesse, accouchement et puerpéralité), utilisant des codes en O, ainsi que du chapitre XVI (Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale), utilisant des codes en P. [4]

4 - Classification Commune des Actes Médicaux

La CCAM ou Classification Commune des Actes Médicaux est l'outil de référence de description et de codage des actes techniques médicaux. Son élaboration a été menée conjointement par l'Etat et les caisses d'Assurance Maladie, en collaboration avec des représentants des sociétés savantes. La CCAM bénéficie par ailleurs d'une mise à jour régulière.

La CCAM est utilisée dans les résumés du PMSI où elle est prise en compte pour la détermination du GHM. Elle est également employée pour les statistiques d'activité ainsi que pour le calcul des coûts par activité et par séjour, en comptabilité analytique hospitalière.

Chacun des actes techniques figurant dans la CCAM a été validé par les sociétés savantes et l'HAS (Haute Autorité de Santé), c'est-à-dire qu'il offre des garanties d'innocuité et d'efficacité avérées. Ces actes sont décrits au sein de la CCAM par un libellé, repéré par un code alphanumérique facilitant les opérations de recueil, de stockage et d'analyse. [5 ; 6]

5 - Classification en Groupes Homogènes de Malades

Le Résumé de Sortie Standardisé constitué est classé au sein d'un Groupe Homogène de Malades. En France, cette classification importée de Boston, est une adaptation de la classification américaine des *Diagnosis Related Groups (DRGs)* développée par Robert Fetter à l'université de Yale. Le classement en GHM permet, tout comme son modèle, un classement exhaustif et unique. En effet tout RSS ne correspond qu'à un seul et unique GHM.

Les GHM ont ce qu'on appelle une double homogénéité : à la fois médicale et économique. En effet la classification repose avant tout sur des données médicales, le principal élément de classement étant le Diagnostic Principal. Mais les séjours classés dans un même GHM ont également une homogénéité d'ordre économique puisqu'ils représentent des consommations de ressources voisines.

La classification des RSS en GHM ou groupage est décrite dans un manuel publié au Bulletin Officiel, avec une mise à jour annuelle. Elle résulte de tests prédéterminés sur les informations contenues dans chaque RSS. La succession de ces tests constitue un algorithme, arbre généralement binaire en « oui » et « non » avec des fonctions de décisions.

L'élément principal du groupage est la Catégorie Majeure (CM) qui correspond dans la plupart des cas à la Catégorie Majeure de Diagnostic (CMD), où le Diagnostic Principal (DP) du RSS détermine le classement.

Le Diagnostic Principal est le problème de santé qui a motivé l'admission du patient dans l'UM (Unité Médicale), il est déterminé à sa sortie de l'UM. Ce n'est pas forcément le diagnostic qui a motivé l'effort de ressource, ainsi, une infection nosocomiale, aussi grave soit-elle, ne peut plus être codée comme DP.

Dans le cas d'un RSS monoRUM, le Diagnostic Principal du Résumé de Sortie Standardisé est celui de l'unique Résumé d'Unité Médicale qui le constitue. Si, par contre, il s'agit d'un RSS multiRUM, alors le Diagnostic Principal du Résumé de Sortie Standardisé est obtenu automatiquement grâce à un algorithme tenant compte de la présence d'un acte classant, du rang du Résumé d'Unité Médicale dans le RSS, de la durée partielle de séjour propre au RUM et de la nature du Diagnostic Principal du RUM. On appelle acte classant, un acte susceptible, par construction de la classification, de modifier le groupage. A ce stade le RSS est classé dans une racine de Groupe Homogène de Malades, où d'autres variables interviennent comme l'âge et les CMA (Complications ou Morbidités Associés) que nous détaillons plus loin dans ce mémoire.

Le nombre de racine de GHM varie en fonction de l'évolution de la classification mais est d'environ 900. [7 ; 8 ; 9]

6 - Particularités du codage en obstétrique pour le choix du Diagnostic Principal

Dans le cas de l'obstétrique, le DP (Diagnostic Principal) est choisi de façon particulière. En effet ce n'est pas le motif d'entrée dans le service, car le fait de devenir mère, dans le cas notamment d'un accouchement eutocique, n'est pas un problème de santé. Le choix du DP doit donc obéir à certaines règles.

Le plus souvent, l'accouchement eutocique se déroule chez une femme dont ni la grossesse ni les suites de couches ne sont accompagnées d'un quelconque phénomène particulier identifiable lors de son séjour. Il peut s'agir d'un accouchement unique :

- par le sommet : en l'absence de toute autre mention, c'est le code O80.0 (Accouchement spontané par présentation du sommet) qui est employé ;

- par le siège : si l'accouchement se déroule tout à fait normalement, sans soins particuliers on emploie O80.1 (Accouchement spontané par présentation du siège). On rappelle que le code O32.1 (Soins maternels pour présentation du siège) est réservé aux séjours d'antepartum et aux césariennes programmées avant le début du travail, en raison de la présentation du siège.

Dans le cas d'accouchements multiples normaux, on utilisera comme DP un code de la catégorie O30. (Grossesse multiple). Ainsi un accouchement gémellaire sans particularité sera codé O30.0 (Jumeaux) et non O84.0 (Accouchements multiples, tous spontanés).

Dans l'éventualité où un phénomène particulier (hors affections du groupe O60–O75, décrivant les complications du travail et de l'accouchement) accompagne un accouchement normal sans le perturber, le code principal à employer est celui de la catégorie du chapitre XV qui décrit le plus précisément ce phénomène. Ainsi, par exemple, un accouchement eutocique chez une femme présentant un diabète, gestationnel ou non, se code O24.– (Diabète sucré au cours de la grossesse) ; un accouchement eutocique suivi d'une complication immédiate du postpartum est codé avec le groupe O85–O92 (Complications principalement liées à la puerpéralité). Dans tous ces cas, le recours à la catégorie O80 est interdit. [10]

Ainsi les codes à employer comme DP sont les suivants :

O80.0	en cas d'accouchement spontané par présentation du sommet
O80.1	en cas d'accouchement spontané par présentation du siège
O30.0	en cas d'accouchement de jumeaux
O85-O92	en cas d'accouchement eutocique avec complication immédiate du post partum
Autre code	en cas d'accouchement accompagné d'un phénomène particulier : code du chapitre XV de la CIM-10 hors O60-O75 (Complications du travail et de l'accouchement)

7 - Complication et Morbidité Associée

Les Complications et Morbidités Associées (CMA) permettent de mettre en évidence la gravité de certains cas par rapport à des séjours non compliqués. Un code de la CIM-10 est considéré comme une CMA si sa présence engendre une augmentation significative de la durée de séjour. Selon l'importance de l'incidence sur la durée de séjour, les codes de CMA sont répartis selon quatre niveaux numérotés 1, 2, 3 et 4 ; le niveau 1 correspondant au niveau « sans CMA », et donc sans sévérité significative. Les niveaux suivants correspondent à un niveau de sévérité croissante. Ces niveaux de sévérité segmentent les racines de GHM en GHM. Ainsi, une racine affectée de 4 niveaux de sévérité est à l'origine de 4 GHM.

Selon que le Résumé de Sortie Standardisé mentionne ou non une CMA, il est classé dans un Groupe Homogène de Malades correspondant au niveau de la CMA. Mais trois conditions doivent être respectées :

- tout d'abord, la segmentation en niveaux de sévérité doit exister pour le GHM considéré, ce qui n'est pas toujours le cas.
- Deuxièmement, les conditions de durée de séjour minimum doivent être satisfaites.

- Enfin, l'effet CMA ne doit pas être exclu par la morbidité principale (Diagnostics Principal et Relié).

Âge : cas particuliers reliés à l'âge du patient

La classification en GHM tient compte de deux sortes de limites d'âge :

- Les limites susceptibles d'accroître le niveau de sévérité (moins de 2 ans, plus de 69 et plus de 79 ans). Les patients inclus dans ces catégories ont plus fréquemment plusieurs affections combinées, dont parfois aucune prise séparément ne correspond à un critère CMA, mais dont le cumul a un effet délétère. C'est l'âge qui remplace alors des combinaisons trop nombreuses pour pouvoir être répertoriées.
- Les limites propres à certaines prises en charge (par exemple 18 ans pour les affections touchant fréquemment les enfants, 36 ans pour le diabète). Elles sont alors le résultat d'analyses statistiques et donc corrélées à la consommation de ressources.

Il est important de noter que les Catégories Majeures de Diagnostics 14 (grossesses pathologiques, accouchements et affections du post partum) et 15 (nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale) font exception en possédant des listes propres de complications, prenant en compte par exemple l'âge gestationnel ou encore le poids à l'entrée dans l'Unité Médicale pour les nouveau-nés. Ces exceptions sont assez récentes et seront détaillées plus loin dans ce mémoire. Précisons, par ailleurs, que les niveaux de sévérité de ces deux CMD sont notés A, B, C et D.

Lorsque l'algorithme rencontre, dans un Résumé de Sortie Standardisé, une erreur empêchant le groupage (erreur bloquante), par exemple un code de Diagnostic Principal qui n'existe pas dans la CIM-10, il est alors orienté dans la Catégorie Majeure n° 90 (Erreurs et autres séjours inclassables).

La répartition de l'ensemble des RSS entre les Groupes Homogènes de Malades définit l'éventail des cas ou *casemix*. Il est l'expression des prises en charge en nature (CMD, GHM, caractère chirurgical, "interventionnel" ou médical) et en volume (effectifs par GHM). [11 ; 12 ; 1]

8 - La Fonction Groupage

Le 1^{er} « logiciel groupeur » a été développé au milieu des années 1980 par le Centre National de l'Équipement Hospitalier. Il consistait en fait en une adaptation du logiciel initial aux particularités de la classification française des Groupes Homogènes de Malades.

En 1989, suite à la promulgation de la circulaire relative à l'informatisation des hôpitaux publics, le marché de l'informatique hospitalière s'est développé considérablement. De nombreuses sociétés de service informatique ont développé leur propre logiciel groupeur et, de fait, différentes classifications, ce qui rendait impossible la comparaison d'activité entre les établissements. C'est pourquoi, en 1990, le ministère chargé de la santé a décidé de mettre à la disposition de ces sociétés, le « noyau de programmation » composé de deux éléments :

- les tables de classification en GHM (tables de diagnostics, d'actes, arbres décisionnels...)
- un « moteur de groupage » qui gère les informations en amont et assure notamment la sélection du Diagnostic Principal en cas de RSS multiRUM.

Ce noyau, que les informaticiens ont pu intégrer dans leurs logiciels afin d'obtenir un groupage conforme à la classification en GHM, constitue la Fonction Groupage (FG).

Le programme source de la FG a été mis à disposition des intégrateurs, en 1996, par le Ministère de la Santé, sans toutefois qu'il y ait obligation à l'utiliser. Ainsi, certaines sociétés informatiques développent encore leur propre moteur de groupage. [1]

9 - Evolution de la classification des GHM et de la FG

La première version de la classification des Groupes Homogènes de Malades (version 0) a été publiée en 1986 et fait depuis régulièrement l'objet d'actualisations induisant une mise à jour des tables ou de la Fonction Groupage. De 1992 à 2003, l'actualisation de la classification des GHM a été confiée au Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé (PERNNS) travaillant en collaboration avec le Centre de Traitement de l'Information du PMSI (CTIP) pour la partie informatique, afin de réaliser une mise à jour régulière de la classification. Depuis 2003, c'est l'Agence Technique de

l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) qui assure ces travaux. Le nombre de GHM n'a cessé d'augmenter passant de 475 en 1986 à 2527 en 2012.

Ces modifications peuvent ne concerner que l'algorithme ou être plus profondes et toucher par exemple le format des données ou l'ordre des tests. Les évolutions de la classification impliquent une mise à jour des tables voire une modification du moteur de groupage.

La désignation normalisée de la fonction groupage se fait sous la forme $FGa.b$, avec a : numéro de la version du moteur de groupage, et b : numéro de la version de la classification, donc des tables. Ainsi, en juin 2012, on utilise la FG13.11d. [1 ; 2]

10 - Confidentialité du recueil

Les informations recueillies dans le cadre du PMSI sont protégées par le secret professionnel.

Le Service ou le Département d'Information Médicale (SIM ou DIM) qui organise le recueil, la circulation et le traitement des données médicales, est placé sous la responsabilité d'un médecin dont le rôle est prévu par les articles R. 6113-1 à R. 6113-10 du code de la Santé Publique.

Par ailleurs, la création des fichiers et les traitements de données sont soumis à l'autorisation ou à l'avis préalable de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). [13]

11 - Production du Résumé de Sortie Anonyme

La production du Résumé de Sortie Anonyme (RSA) est automatique et permet la transmission d'informations médicales individuelles à tout acteur non autorisé à disposer d'informations nominatives, notamment au directeur de l'établissement de santé ou aux services de l'État.

À partir d'un fichier de Résumé de Sortie Standardisé groupés, le générateur de RSA (Genrsa), logiciel propriété de l'État, produit un fichier de RSA. A la différence du

RSS, quel que soit le nombre de Résumé d'Unité Médicale qui le constituent, le RSA est toujours un enregistrement unique par séjour. Certaines informations sont supprimées, d'autres sont ajoutées. [12 ; 1 ; 2]

12 - Transmission des informations

Depuis 2004, dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), l'envoi des données à l'Agence Régionale de Santé a lieu par télétransmission grâce à une plateforme électronique dite e-PMSI. Les informations doivent être transmises mensuellement depuis 2007 (trimestriellement auparavant) dans un délai d'un mois après la fin de chaque mois civil sous forme de Résumé de Sortie Anonyme. [14 ; 15]

13 - Chaînage anonyme des RSA

Depuis 2001, une procédure permettant de relier entre elles les différentes hospitalisations d'un même patient, a été mise en œuvre grâce à un numéro de chaînage anonyme.

Le chaînage anonyme consiste en la création d'un numéro anonyme commun à toutes les hospitalisations d'un même malade, quel que soit le secteur d'hospitalisation : public ou privé, MCO, soins de suite ou de réadaptation ou psychiatrie. Les différentes hospitalisations d'un même patient peuvent ainsi être identifiées et reliées entre elles. [16]

14 - L'Etude Nationale de Coûts

L'Etude Nationale de Coûts (ENC) a débuté en 1993 dans le secteur public. Après l'ajout du secteur privé en 2005, l'ENC est devenue l'ENCC (Etude Nationale de Coûts Commune). L'ENCC s'appuie sur un modèle de comptabilité analytique décrit dans un guide méthodologique officiel. Les établissements y participant sont volontaires. Ils sont de tous types (centres hospitaliers universitaires ou non, centres de lutte contre le cancer, établissements privés participant au service public hospitalier) et de toutes tailles.

L'ENCC a trois objectifs :

- la construction d'une échelle de coûts par GHM qui est révisée annuellement et constitue le fondement des tarifs utilisés pour le financement des établissements ;
- la publication de coûts moyens par GHM, ordonnés en grands postes de charges, afin que les établissements puissent comparer leurs propres coûts, pour leur gestion interne ;
- la constitution d'une base de données utilisée pour les travaux assurant l'évolution de la classification des GHM. [17 ; 18 ; 19 ; 20 ; 21 ; 22 ; 23]

15 - Groupe Homogène de Séjour

Chaque Groupe Homogène de Malades (GHM) est associé à son pendant financier : le Groupe Homogène de Séjour (GHS), défini par l'assurance maladie. Il s'agit d'un code numérique qui est, en réalité, le tarif applicable à un GHM donné. En règle générale, à chaque type de séjour correspond un unique GHS. [1 ; 2]

16 - Tarification A l'Activité

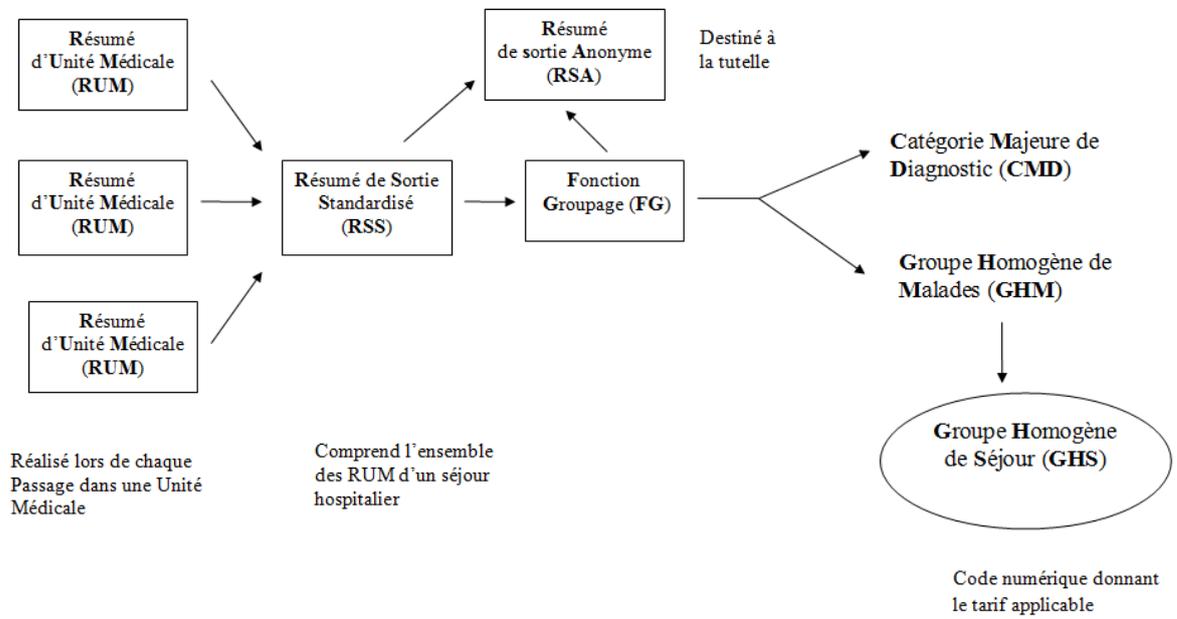
La Tarification A l'Activité (TAA ou T2A) est le mode de financement des établissements de santé français entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2004. Elle vise à rendre plus transparent et équitable le mode des financements entre les hôpitaux, en payant les établissements en fonction de leur activité mesurée par GHM. Ce mode de financement, qui a remplacé le système dit de Dotation Globale de Financement (DGF) mis en place en 1984, est un élément central de la Nouvelle Gouvernance Hospitalière, puisque ce sont désormais les recettes issues des activités hospitalières qui vont déterminer les dépenses et non plus l'inverse.

La Nouvelle Gouvernance Hospitalière faisait partie des nouvelles mesures du plan hôpital 2007 se donnant 3 objectifs : responsabiliser le personnel soignant et non soignant, élargir l'autonomie de l'établissement et instaurer des contrats entre les différents acteurs de santé. Le plan hôpital 2012 lui a succédé avec pour principe d'apporter des aides d'Etat pour moderniser les hôpitaux et notamment développer l'informatique. [24 ; 25]

17 - Récapitulatif, le PMSI en bref

En résumé, nous pouvons donc définir le PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) comme un programme introduit en France au milieu des années 80, qui consiste à classer les séjours hospitaliers selon une double homogénéité médicale et économique. D'abord présenté comme outil épidémiologique, sa vocation d'outil financier s'est dévoilée progressivement. C'est en fait un système qui permet la mesure médicalisée de la production hospitalière française, et l'adaptation de la rémunération des établissements hospitaliers à ce produit. Il est basé sur la classification, en évolution constante, des séjours en Groupes Homogènes de Malades (GHM), par le biais d'un logiciel groupeur se basant sur les Résumés de Sortie Standardisés (RSS), qui sont la somme des Résumés d'Unité Médicale (RUM) des différents services, constitués à la fin de chaque hospitalisation. Le logiciel classe chaque séjour dans une Catégorie Majeure (CM) ou une Catégorie Majeure de Diagnostic (CMD), puis dans un GHM en s'appuyant sur la durée du séjour, les actes pratiqués, les diagnostics saisis, notamment le Diagnostic Principal (DP) et les Complications et Morbidités Associées (CMA). Le PMSI a des utilisations internes : retour sur l'activité de l'établissement ou d'un service plus précisément, évaluation et définition des stratégies d'un hôpital dans le cadre de son projet d'établissement, gestion interne des services qui la composent. Les autres utilisations sont dites externes : modulation des budgets hospitaliers, référence pour la mise en place de campagnes de Santé Publique.

Le schéma suivant résume, de façon synthétique, le fonctionnement du PMSI :



II - NOUVEAUTES PMSI EN MARS 2012

La campagne tarifaire et budgétaire 2012 des établissements de santé s'inscrit dans une logique de stabilité. Les mesures de description et de financement des activités de soins sont globalement les mêmes que celles des deux années précédentes. Toutefois, en matière d'information médicale, l'année 2012 est marquée par la nouvelle classification des activités d'obstétrique et de néonatalogie.

Cette nouvelle classification, entrée en vigueur au 1^{er} mars 2012, se traduit par la refonte des Catégories Majeures de Diagnostic 14 (grossesses pathologiques, accouchements et affections du post partum) et 15 (nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale) de la classification des GHM, ce qui constitue la dernière étape de la mise en œuvre de la version 11 (V11). En effet, les travaux de classification relatifs aux activités de la CMD 14 (obstétrique) ont, pour la plupart, été achevés fin 2010 alors que ceux relatifs à la CMD 15 (néonatalogie) ne l'ont été que courant 2011.

L'ensemble de ces travaux portant sur les deux CMD a été conduit et validé par le comité technique du MCO, regroupant l'administration, l'assurance maladie, les fédérations hospitalières, le Collège National de l'Information Médicale et l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation.

1 - Mise à jour de l'arrêté PMSI-MCO

Cet arrêté en date du 22 février 2008 n'a pas fait l'objet de modifications particulières, seules ses annexes 1 (*Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en MCO*) et 2 (*manuel des GHM*) sont modifiés. Les modifications du Guide méthodologique sont publiées dans un fascicule spécial du Bulletin Officiel sous la référence BO n°2012-6 bis remplaçant le BO n°2011-5 bis. Celles concernant le manuel des GHM le sont sous la référence BO n°2012-5 bis qui remplace BO n°2011-5 bis.

2 - Refonte de la Catégorie Majeure de Diagnostic 14

La révision de la Catégorie Majeure de Diagnostic 14 (Obstétrique) est devenue nécessaire car elle permet de prendre en compte les modifications des prises en charge en lien avec le niveau des maternités. Rappelons que les maternités sont classées en trois types, en fonction du niveau de soins susceptibles d'être apportés aux nouveau-nés : les maternités de type 1 disposent d'une unité d'obstétrique, celles de type 2 disposent d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie, enfin celles de type 3 sont dotés en sus d'une unité de réanimation néonatale.

Deux parties peuvent être distinguées dans la CMD 14 : les racines qui concernent les accouchements (voies basse et césarienne) et les autres racines.

A - Racines d'accouchement

Les accouchements sont distingués :

- selon qu'il s'agisse d'une grossesse multiple ou non
- selon que le résultat de l'accouchement soit un enfant né vivant ou mort-né
- dans le cas des accouchements par voie basse, selon que cet accouchement survienne chez une primipare ou une multipare

Par ailleurs, il existe un GHM spécifique pour les accouchements survenant hors établissement de santé, notamment sur le trajet pour atteindre la maternité. Un séjour classé dans ce GHM ne comporte pas d'acte d'accouchement mais mentionne un code de la catégorie Z37 (Résultat de l'accouchement) associé au code Z39.00 (Soins et examens immédiatement après un accouchement hors d'un établissement de santé).

Deux conditions sont à présent nécessaires pour qu'un séjour soit classé dans une racine d'accouchement :

- la présence, comme auparavant, d'un code Z37 (résultat de l'accouchement)
- la présence d'un acte d'accouchement (ou du diagnostic d'accouchement hors établissement : Z39.00)

Si le séjour ne comporte qu'un seul de ces deux critères, il sera considéré comme une erreur.

Les niveaux de complications spécifiques aux accouchements par voie basse et par césarienne ont été revus, compte-tenu de la difficulté à constituer des listes de complications. En effet pour figurer sur une liste de complication, un code de diagnostic doit remplir des critères statistiques liés notamment à l'allongement de la durée de séjour, or les effectifs très faibles de certaines affections rendent la constitution de ces listes difficiles, et cela bien que l'étude ait porté sur plusieurs années. Par ailleurs, le fait que la partie antepartum de ces séjours ait été exclue de l'analyse a accentué cette difficulté.

On comprend aisément que pour des séjours d'accouchement avec prise en charge d'affections de l'antepartum, la durée de l'hospitalisation est allongée de façon non prévisible (par exemple dans le cas des menaces d'accouchement prématuré). Ainsi il s'est révélé nécessaire de financer ces séjours autrement que par un niveau moyen de complication. Ces journées sont donc désormais financées en sus du GHM par des suppléments journaliers et on comprend qu'il était nécessaire de les exclure de l'analyse des niveaux de complications.

Autre modification d'importance, l'âge gestationnel intervient désormais comme équivalent de CMA dans la détermination du niveau de complication spécifique en se combinant avec le niveau de sévérité des DAS, de la même façon que l'âge du patient intervient dans les niveaux de sévérité hors des CMD 14 et 15.

B - Racines hors accouchement

La classification des Groupes Homogènes de Malades en obstétrique, à la différence des autres Catégories Majeure de Diagnostic, fait systématiquement appel à plusieurs diagnostics. Ainsi, une hiérarchisation des racines, tenant compte de l'ensemble des diagnostics, est mise en œuvre, à la façon des racines de chirurgie pour les autres CMD.

Les grossesses ectopiques sont subdivisées en fonction du traitement (chirurgical ou non), la racine chirurgicale comprenant deux niveaux de complications.

Une seule et même racine rassemble les séjours pour faux travail, menace d'accouchement prématuré et placenta prævia.

L'antepartum et le postpartum sont testés en fin d'arbre décisionnel. Ainsi le codage de l'antepartum nécessite la présence d'un code Z35.- (Surveillance d'une grossesse à haut risque) et le codage du postpartum celle d'un code Z39.- (Soins et examens du postpartum). Ces deux racines sont, par ailleurs, subdivisées selon la présence éventuelle d'un acte opératoire. Enfin, les racines médicales comportent des niveaux de complications spécifiques : quatre pour l'antepartum et deux pour le postpartum.

3 - Refonte de la Catégorie Majeure de Diagnostic 15

La Catégorie Majeure de Diagnostic 15 (Néonatalogie) a subi une modification importante puisque les changements effectués concernent la constitution des racines et les niveaux de complications spécifiques à celles-ci, mais également le contenu même de cette catégorie.

En effet, la CM 15 se limite désormais aux seules naissances et suites immédiates de naissance, c'est-à-dire aux séjours qui s'enchaînent après celui de la naissance, sans retour à domicile du nouveau-né. La Catégorie Majeure de Diagnostic (CMD) devient donc une Catégorie Majeure (CM) puisque l'algorithme d'entrée ne se base plus sur un diagnostic, mais sur des variables d'âge (en jours), de mode d'entrée et de poids à l'entrée dans l'Unité Médicale. Ainsi, certains séjours auparavant classés dans la CMD 15 sont amenés à ne plus l'être, alors qu'y sont dorénavant intégrés des séjours qui ne l'étaient pas auparavant.

En ce qui concerne les racines de cette CM, certaines restent inchangées, alors que d'autres sont profondément modifiées voir nouvellement créées. Les racines de cette CM n'étant plus segmentées uniquement en fonction des poids à l'entrée mais résultant d'une combinatoire tenant compte également de l'âge gestationnel, on aboutit à la création de dix racines médicales. A noter qu'un Résumé de Sortie Standardisé orienté dans la CM 15 sera classé dans un groupe erreur s'il ne mentionne pas le poids de l'enfant. L'âge gestationnel est par ailleurs obligatoire pour décrire le séjour d'un nouveau-né.

La nouvelle CM 15 excluant les séjours des nouveau-nés survenant secondairement au séjour de naissance et sans continuité avec ce dernier, il est intéressant de noter la création de certaines racines d'affections ou de motif de recours aux soins spécifiques aux nouveau-nés, dans les CMD en rapport avec le problème de santé concerné. On peut par

exemple citer la création des racines suivantes : ictère du nouveau-né, ou encore problèmes alimentaires du nouveau-né et du nourrisson.

4 - Nouveautés concernant la Fonction Groupage et le format des fichiers

Le format du RUM 2012 n'est pas modifié par rapport à celui de 2011.

La Fonction Groupage employée en 2012 est une version V13.11d, elle est mise à jour pour tenir compte des évolutions de la classification des GHM et notamment celles des CMD 14 et CM 15. [26 ; 27]

III - Saisie du codage pour une patiente de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant

Tout passage en salle de naissance (unité 3128) donne lieu à la production d'une feuille de codage. Sur cette feuille sont cochés les diagnostics que présentent les patientes. Cette feuille présente aussi un petit nombre d'actes.

La justesse des informations inscrites sur la feuille de codage dépend de plusieurs facteurs :

- l'importance que la sage-femme porte à cette activité
- le temps qu'elle y accorde ou qu'elle peut y accorder en fonction de l'activité en salle
- la connaissance ou non de certaines informations concernant la patiente, notamment ses antécédents.

Ces feuilles sont ensuite réexaminées lors d'un staff obstétrical qui a lieu chaque matin : par les sages-femmes cadres lorsqu'il s'agit d'accouchements « physiologiques » et par les obstétriciens ou internes d'obstétrique dans le cas des dossiers dits pathologiques. Les informations manquantes mises en évidence sont à ce moment complétées. Les feuilles sont alors transmises à une secrétaire médicale du pôle HME, qui réalise la saisie du codage. Le codage est dit décentralisé, puisqu'il n'est pas effectué au niveau du Département d'Information Médicale (DIM), mais directement au niveau du pôle.

Dans le cadre des accouchements par voie basse, la saisie des actes réalisés en salle de naissance est faite par la sage-femme responsable de la patiente via l'ordinateur dans le Système d'Information Hospitalier (SIH). Il subsiste néanmoins quelques actes obstétricaux sur la feuille de codage, mais qui peuvent être renseignés directement dans le SIH. En cas de césarienne, les actes doivent être saisis par le réalisateur principal, c'est-à-dire l'obstétricien.

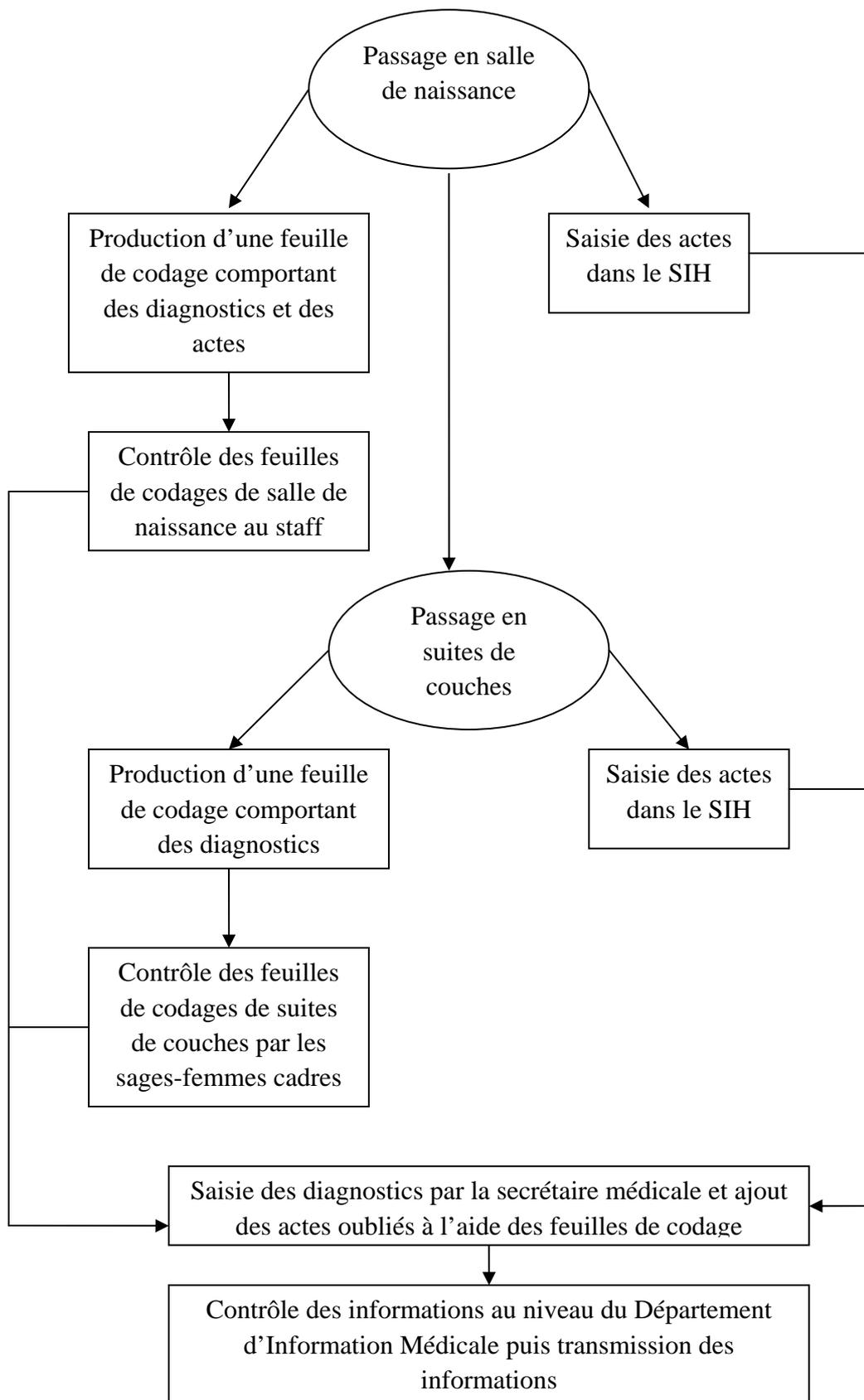
D'autres feuilles sont réalisées au moment du passage en suites de couches (unité 3112) par les sages-femmes. Ces feuilles sont construites de la même façon que les

précédentes et portent davantage sur les Complications et Morbidités Associées et les pathologies survenant au cours du séjour en suites de couches. Chaque feuille est ensuite examinée par une sage-femme cadre qui reprend le dossier médical afin d'y rechercher des informations oubliées. Les feuilles sont alors également transmises pour saisie du codage.

Les actes pratiqués en suites de couches sont renseignés par les sages-femmes dans le SIH.

Les feuilles de codage sont disponibles en annexes de ce mémoire.

Le schéma suivant récapitule la saisie du codage pour une patiente de l'HME :



ETUDE

I - PRESENTATION DE L'ETUDE

1 - Objectif de l'étude

L'objectif de notre étude est de déterminer si la façon actuelle de saisir le codage est une méthode correcte et si elle est le reflet exact des soins prodigués tout au long du séjour d'une patiente à la maternité. Ainsi nous allons évaluer la concordance entre les données PMSI et les informations retrouvées sur les dossiers de soins.

2 - Matériel et méthode

Notre étude est rétrospective. Elle concerne des patientes qui ont séjourné à la maternité de l'HME de Nantes, dans les services de salle de naissance (3128) et/ou de suites de couche (3112), durant le mois de juin 2012.

Cette étude comprend des accouchements et des césariennes ainsi que des transferts pour rapprochement mère-enfant.

3 - Sélection des dossiers

Nous avons procédé au tirage au sort de 50 dossiers parmi les dossiers groupés de juin 2012. Ce tirage au sort a été réalisé le 30 juillet 2012 à l'aide du logiciel Excel par échantillonnage. Entre le 1^{er} juin et le 29 juin 2012, 322 dossiers ont été créés. Le tirage au sort a été réalisé sur ceux pour lesquels la saisie du codage était achevée, mais avant toute rectification par le Département d'Information Médicale, soit 304 dossiers. Aucun critère d'exclusion n'a été ajouté.

4 - Recueil des données

Pour réaliser cette enquête, nous avons repris les feuilles de codage réalisées au bloc obstétrical pour les patientes concernées, ainsi que les feuilles de codage réalisées en suites de couches. Ce sont ces feuilles qui sont transmises aux secrétaires médicales pour saisie du codage.

Afin de comparer ces feuilles de codage aux données des dossiers médicaux, nous nous sommes rendus aux archives ou avons étudié les dossiers dans les différents services de l'hôpital de la Mère et de l'Enfant.

Les incohérences entre les informations retrouvées dans les dossiers médicaux et celles exprimées sur les feuilles de codage ont été listées, afin de repérer au mieux les erreurs potentielles dans la saisie du codage. Un maximum d'informations concernant le séjour de chaque patiente a également été prélevé dans les dossiers afin d'avoir une image la plus fiable possible de leur hospitalisation.

Nous avons alors procédé à une réintervention, en corrigeant les informations du PMSI par une nouvelle saisie du codage. Nous avons alors pu observer les changements engendrés et les impacts en terme de coût.

Les résultats obtenus ont été analysés à l'aide du logiciel EpiData Analysis et de Microsoft Excel.

II - RESULTATS

1 - Description de la population

Pour nos 50 patientes, la durée moyenne d'un séjour est de 4,30 jours, la médiane étant de quatre jours. Le séjour le plus court était de un jour et le plus long de huit jours.

Sept patientes sur les 50 ont été césarisées au bloc obstétrical du CHU et une patiente a été transférée en suites de couches à l'HME après césarienne réalisée à la Clinique Brétéché. Ce sont donc huit patientes sur les 50 de notre étude qui ont accouché par césarienne.

2 - Initialement

A - Les différents Diagnostics Principaux

Le tableau suivant présente les Diagnostics Principaux (DP) de nos 50 patientes, classés par ordre alphanumérique, tels qu'ils se présentaient sans réintervention, c'est-à-dire suite à la saisie initiale du codage. [28 ; 29]

Diagnostic Principal	Nombre	Intitulé CIM-10
O14.0	1	Prééclampsie légère à modérée
O30.0	1	Grossesse multiple : jumeau
O33.1	1	Soins maternels pour disproportion due à un bassin maternel généralement rétréci
O34.2	1	Soins maternels pour cicatrice utérine due à une intervention chirurgicale antérieure
O36.3	4	Soins maternels pour signes d'hypoxie fœtale
O63.1	3	Prolongation de la deuxième période [expulsion]
O75.7	1	Accouchement par voie vaginale après une césarienne
O80.0	30	Accouchement spontané par présentation du sommet
Z39.08	3	Soins et examens immédiatement après l'accouchement, autres et sans précision
Z39.2	5	Contrôle de routine au cours du post partum
Total	50	

Le Diagnostic Principal le plus fréquent est O80.0 (Accouchement spontané par présentation du sommet), il représente 30 de nos patientes.

Pour d'autres patientes ayant accouché spontanément par le sommet, le DP est toutefois différent. Cela peut être le cas si la grossesse, l'accouchement ou le post-partum a présenté des particularités et si d'autres diagnostics ont été saisis et admis comme DP. C'est le cas par exemple d'une de nos patientes qui, bien qu'ayant accouché spontanément, présente le DP Z39.2 (contrôle de routine au cours du post-partum), en raison des complications ayant eu lieu en suites de couches. Précisons que, dans ce cas, le code qu'il aurait fallu employer est celui correspondant à la complication principale et non le diagnostic Z39.2.

Les patientes n'ayant pas accouché spontanément par voie basse (césarienne, extraction instrumentale) ne présentent bien évidemment pas le code O80.0 comme DP, un autre code de la CIM-10 est alors employé. La méthode de choix du DP répond à des règles présentées dans la partie *Généralités : I-5* de ce mémoire.

Il en est de même pour les trois patientes admises en unité de suites de couches après transfert depuis une autre maternité. Dans notre étude elles présentent bien toutes trois le DP Z39.2 décrit précédemment.

On remarque qu'une patiente ayant eu une césarienne lors d'une précédente grossesse et accouchant cette fois spontanément par voie basse présente un code spécifique, O34.2, qui, dans le cas de notre patiente, s'est révélé être le DP.

B - Les Groupes Homogènes de Malades

Le tableau suivant présente les données telles qu'elles se présentaient suite à la saisie du codage initial, c'est-à-dire sans réintervention. Pour chaque Groupe Homogène de Malades (GHM) représenté, classé par ordre alphanumérique, on peut voir le nombre de patientes qu'il concerne pour notre étude, ainsi que la tarification à l'unité qu'il représente.

GHM	Nombre	Tarification à l'unité (€)	Intitulé GHM
14C08A	2	2850.37	Césarienne pour grossesse unique, sans complication significative
14C08B	1	4185.60	Césarienne pour grossesse unique, avec autres complications
14C08D	1	4825.13	Césarienne pour grossesse unique, avec complications sévères
14M02A	3	1394.66	Affections médicales du post-partum ou du post-abortum, sans complication significative
14Z12A	1	2897.28	Accouchements multiples par VB chez une multipare, sans complication significative
14Z13A	12	2458.69	Accouchement unique par VB chez une primipare, sans complication significative
14Z13D	1	3977.37	Accouchement unique par VB chez une primipare, avec complications sévères
14Z14A	20	2070.55	Accouchement unique par VB chez une multipare, sans complication significative
14Z14B	1	2354.61	Accouchement unique par VB chez une multipare, avec autres complications
14Z14T	1	1094.58	Accouchement unique par VB chez une multipare, très courte durée
90Z02Z	7	0.00	Tables endommagées ou erreur dans le parcours de l'arbre
Total	50		

Le Groupe Homogène de Malades le plus représenté est 14Z14A (Accouchement unique par voie basse chez une multipare, sans complication significative) suivi par 14Z13A (Accouchement unique par voie basse chez une primipare, sans complication significative). A eux deux, ces GHM représentent 32 des 50 patientes.

Le troisième GHM le plus représenté est un groupe erreur : 90Z02Z. En effet sept patientes sur les 50 ont été initialement admises dans une catégorie erreur, pour laquelle la tarification applicable est nulle. Nous reviendrons sur ce point ultérieurement.

On remarque que, pour une même catégorie de patientes, le niveau de complication augmente la tarification applicable. Par exemple 14C08D (Césarienne pour grossesse unique, avec complications sévères) représente un tarif supérieur à 14C08B (Césarienne pour grossesse unique, avec autres complications) qui lui-même correspond à un tarif supérieur à 14C08A (Césarienne pour grossesse unique, sans complication significative). Ces niveaux de complications étant induits par les diagnostics codés, on comprend l'importance d'une saisie correcte du codage pour la rémunération d'un établissement.

Les tarifications à l'unité sont plus élevées pour les primipares que pour les multipares, à niveau égal de complications. Ainsi par exemple un accouchement unique par voie basse chez une primipare, sans complication significative représente un gain de 2458,69 € contre 2070,55 € pour une multipare.

Les césariennes présentent un tarif applicable plus important que les accouchements par voie basse.

Un séjour en maternité de très courte durée, diminue le tarif applicable. C'est le cas pour une de nos patientes. Sortie à J1 de son accouchement, elle a été classée dans le groupe 14Z14T, représentant une recette de 1094,58 €. Les GHM en « T » comprennent les séjours de 0 et 1 jour. On les retrouve également pour la racine 14Z13 (Accouchement unique par VB chez une primipare) ainsi que pour d'autres.

C - Les recettes

Le tableau suivant présente les recettes qui auraient été perçues initialement par l'établissement, c'est-à-dire avant toute intervention sur la saisie du codage. Ce tableau est fourni en l'état par le logiciel EpiData Analysis.

Obs.	Sum	Mean	Variance	Std Dev	(95% CI	mean)	Std Err
50	100134.6	2002.69	1052823.5	1026.07	1711.08	2294.30	145.11

Minimum	p5	p10	p25	Median	p75	p90	p95	Max
0.0	0.0	0.0	2070.55	2070.55	2458.69	2850.37	4071.07	4825.13

Pour ces 50 patientes, la somme perçue initialement aurait été de 100134,60 € soit une moyenne de 2002,69 € par patiente.

La somme minimale perçue est nulle, ce qui est dû au groupe erreur.

La somme maximale perçue correspond au groupe 14C08D (Césarienne pour grossesse unique, avec complications sévères), soit une recette de 4825,13 €

3 - Intervention sur le codage après relecture des dossiers médicaux

A - Ajout d'actes

Une intervention a été réalisée pour les sept patientes placées en groupe erreur. Pour quatre d'entre elles, un acte d'accouchement a été ajouté, pour les trois autres, c'est un acte de césarienne. Ces ajouts d'actes permettent à ces patientes de sortir du groupe erreur, ainsi une recette peut être perçue par l'hôpital.

On précise que cet ajout d'actes aurait été réalisé. C'est en effet tout l'intérêt de la mise en groupe erreur, qui permet au médecin responsable du PMSI au niveau du Département d'Information Médicale, de repérer aisément les dossiers pour lesquels l'acte d'accouchement a été oublié. Ainsi, ce genre d'oubli est corrigé de façon systématique et il n'existe finalement pas de patientes pour lesquelles aucune tarification n'est applicable, cette correction entraînant néanmoins un contretemps certain. Il en est autrement lorsqu'il s'agit de l'oubli de diagnostics ou d'autres actes, puisque les dossiers n'étant pas placés en groupe erreur, rares sont les corrections, concernant ces oublis, faites après saisie des feuilles de codage.

B - Ajout de Diagnostics Associés Significatifs

Outre ces actes, de nombreux Diagnostics Associés Significatifs (DAS) ont été ajoutés. Quarante-et-un diagnostics supplémentaires ont été saisis et deux changés.

Ces ajouts et changements concernent 39 de nos 50 patientes.

Les changements concernent tous les deux le même DAS : O81.0 (Accouchement par forceps partie basse) est devenu O81.3 (Accouchement par forceps, autres et sans précision). Le code a été changé puisque, pour ces deux patientes, la pose de forceps avait eu lieu partie moyenne et non partie basse.

Aucun DAS n'a par ailleurs été supprimé. Les erreurs étaient toutes des manques.

Les ajouts réalisés sont présentés par ordre de fréquence dans le tableau suivant, avec pour chacun, le diagnostic, le nombre de fois qu'il a été ajouté, ainsi que son intitulé CIM-10.

Diagnostic	N	Intitulé CIM-10
O70.0	10	Déchirure obstétricale du périnée, du 1er degré
Z39.2	9	Contrôle de routine au cours du post-partum
O26.0	5	Prise de poids excessive au cours de la grossesse
O68.1	4	Travail et accouchement compliqué par la présence de méconium dans le liquide amniotique
Z39.1	4	Soins et examens de l'allaitement maternel
Z30.4	4	Surveillance de contraceptifs
O41.1	3	Infection du sac amniotique et des membranes
O42.0	3	Rupture prématurée des membranes, avec début de travail dans les 24 heures
O99.0	3	Anémie compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité
Z59.6	3	Difficultés liées à de faibles revenus
J45.9	2	Asthme, sans précision
O26.1	2	Faible prise de poids au cours de la grossesse
O36.3	2	Soins maternels pour signes d'hypoxie fœtale
O69.1	2	Travail et accouchement compliqués d'une circulaire du cordon, avec compression
O73.1	2	Rétention partielle du placenta et des membranes, sans hémorragie
O87.2	2	Hémorroïdes au cours de la puerpéralité
O92.1	3	Crevasses du mamelon associées à l'accouchement
B96.2	1	E Coli cause de maladies classées dans d'autres chapitres
E66.00	1	Obésité due à un excès calorique, avec IMC égal ou supérieur à 30 et inférieur à 40
G55.1	1	Compression des racines et des plexus nerveux au cours d'atteintes des disques intervertébraux
K04.7	1	Abcès périapical
M51.1	1	Atteinte d'un disque lombaire et d'autres disques intervertébraux avec radiculopathie
M54.5	1	Lombalgie basse
N39.3	1	Incontinence urinaire d'effort
O23.1	1	Infections vésicales au cours de la grossesse
O24.0	1	Diabète sucré préexistant, insulino-dépendant, au cours de la grossesse
O41.0	1	Oligoamnios
O72.0	1	Hémorragie de la délivrance
O75.2	1	Pyrexie au cours du travail, non classée ailleurs
O92.7	1	Anomalie de la lactation, autres et sans précision
R32	1	Incontinence urinaire, sans précision
T81.38	1	Désunions d'une plaie opératoire non classées ailleurs, autres et non précisées
Z56.0	1	Difficultés liées au chômage, sans précision
Z59.1	1	Difficultés liées à un logement inadéquat
Z63.0	1	Difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire
Total	81	

Nous ne détaillerons pas tous les codes ajoutés mais apporterons quelques précisions pour certains. Nous nous sommes attachés à être le plus objectif possible, en ne rajoutant que les diagnostics clairement identifiés dans les dossiers de soins.

L'oubli le plus fréquent concerne les lésions du périnée. Dix patientes sur les 50 avaient une déchirure obstétricale du périnée du premier degré qui n'avait pas été codée. Leurs dossiers présentaient pourtant une information du type : déchirure médiane simple, déchirure périnéale incomplète, éraillures suturées. Cette information a été retrouvée sur le partogramme, ou dans le dossier de soins, au niveau des feuilles de surveillance post-partum ou de description de sutures. Il est par ailleurs intéressant de noter que pour plusieurs de ces patientes, un acte de réparation de lésion obstétricale avait été coté et même coché sur la feuille de codage du bloc obstétrical.

Pour neuf patientes, le diagnostic Z39.2 (Contrôle de routine au cours du post-partum) n'avait pas été codé. Il semble pourtant que ce code devrait être renseigné de façon quasi systématique puisque toutes les patientes admises en suites de couches bénéficient d'une surveillance.

Il existe deux diagnostics qui ne sont presque jamais codés. Ils concernent tous les deux la prise de poids de la patiente. Le code O26.0 (Prise de poids excessive au cours de la grossesse) concerne les patientes dont la prise de poids est anormalement élevée, excepté toutefois les prises de poids identifiées comme dues à un œdème important. Le code O26.1 concerne, quant à lui, les faibles prises de poids. Ces codes sont rarement saisis en raison de l'absence de norme claire en ce qui concerne la prise de poids. Nous avons toutefois décidé, afin d'évaluer leurs répercussions, de tenir compte de ces codes et de les saisir en nous basant, dans un souci d'objectivité, sur les recommandations de l'American Institute of Medicine de 2009. [30]

Valeur de l'IMC avant la grossesse en Kg/m ²	Intervalle de prise de poids recommandée en Kg
<18.5 maigre	12,7 à 18,1
18.5-24.9 normal	11,3 à 15,9
25-29.9 surpoids	6,8 à 11,3
>30 obésité	5 à 9

On peut noter, par ailleurs, que le degré et la nature de l'obésité d'une patiente peut être spécifié. Ainsi pour une de nos patientes, le code E66.00, qui concerne les patientes ayant un IMC compris entre 30 et 40 en raison d'un excès calorique, a été ajouté, mais il existe également d'autres codes qui peuvent être utilisés. Ainsi on trouve les codes E66.01 (IMC supérieur à 40 et inférieur à 50), E66.02 (IMC supérieur ou égal à 50) et E66.09 (IMC inconnu) qui concernent les obésités dues à un excès calorique. Le même type de découpage se retrouve pour les obésités médicamenteuses (E66.1), autres (E66.8), sans précision (E66.9) ou encore compliquées d'hypoventilation alvéolaire (E66.2).

Nous avons ajouté trois fois le code O41.1 (Infection du sac amniotique et des membranes). Ce code couvre les infections du placenta et donc les patientes pour lesquelles la placentoculture réalisée est positive.

Pour trois patientes nous avons ajouté le code Z59.6 (Difficultés liées à de faibles revenus). Ce code est également laissé à une certaine appréciation de la personne réalisant la saisie des diagnostics et il est très difficile à apprécier puisque subjectif. Il est toutefois possible de se baser sur des indices objectifs et d'inclure par exemple les patientes bénéficiaires du RSA ou de la CMU, mais cela n'est pas si simple puisque le conjoint d'une patiente bénéficiant de la CMU peut très bien percevoir un salaire tout à fait convenable. Les trois patientes pour lesquelles nous avons ajouté ce code bénéficiaient au moins d'une de ces deux prestations.

Nous avons, par deux fois, ajouté le code J45.9 (Asthme, sans précision), pour des patientes atteinte d'asthme. Le code O99.5 (Maladie de l'appareil respiratoire compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité), plus général, aurait également pu être utilisé.

Le code O36.3 (Soins maternels pour signes d'hypoxie fœtale) a été ajouté par deux fois. Il concerne les patientes pour lesquelles une surveillance est mise en place, à cause du fœtus, dans le cadre d'anomalies du rythme cardiaque fœtal, de déséquilibre acido-basique et signes d'hypoxie, mais également lorsque la présence de méconium dans le liquide amniotique conditionne la conduite thérapeutique vis-à-vis de la mère.

On précise que le code O69.1 (Travail et accouchement compliqués d'une circulaire du cordon, avec compression) ne concerne pas les circulaires dites lâches, n'ayant pas d'influence sur le travail, l'accouchement ou encore l'état de santé du fœtus ou de l'enfant.

Le code B96.2 (*Escherichia coli*, cause de maladies classées dans d'autres chapitres) marque l'implication du germe *Escherichia coli* dans une infection.

Deux de nos patientes présentaient des lombalgies nécessitant traitement. Nous les avons renseignées de la façon la plus précise possible. Pour l'une il s'agissait d'une lombalgie basse améliorée par traitement spécifique en suites de couches, nous avons alors ajouté le code M54.5 (Lombalgie basse). Pour l'autre qui présentait une hernie d'un disque intervertébral avec radiculopathie, nous avons ajouté le code G55.1 (Compression des racines et des plexus nerveux au cours d'atteintes des disques intervertébraux) associé au code M51.1 (atteintes d'un disque lombaire et d'autres disques intervertébraux avec radiculopathie) afin d'être au plus près des conclusions retrouvées sur le dossier de soins.

De nombreux diagnostics existent concernant les infections dentaires. Pour une de nos patientes nous avons adjoint le code K04.7 (abcès périapical) couvrant les infections de dent en région périapicale.

Deux patientes présentaient une incontinence urinaire, l'une à l'effort, l'autre de façon plus générale. Nous leur avons ajouté respectivement les codes N39.3 (Incontinence urinaire d'effort) et R32 (Incontinence urinaire, sans précision).

Le code O23.1 (Infection vésicale au cours de la grossesse) a été ajouté à une patiente admise en salle de naissance. Il est à différencier du code O86.2 (Infection des voies urinaires, après accouchement) qui concerne le post-partum.

Il existe des codes spécifiques concernant les différents types de diabète : O24.0, pour les diabètes insulino-dépendants, O24.1 pour les non-insulino-dépendants et O24.4 pour les diabètes gestationnels. Dans notre étude, nous avons été amenés à saisir le code O24.0 pour une de nos patientes, cependant ce diagnostic avait pourtant bien été renseigné sur la feuille de codage. Nous reviendrons sur ce point ultérieurement.

Le code O75.2 (Pyrexie au cours du travail, non classée ailleurs) a été ajouté pour une patiente qui avait présenté de la fièvre, d'étiologie non retrouvée, durant le travail.

Le code O92.7 (Anomalie de la lactation, autres et sans précision) a été attribué à une patiente présentant une galactocèle durant les suites-de-couches.

Nous avons ajouté le code T81.38 (Désunions d'une plaie opératoire non classées ailleurs, autres et non précisées) à une patiente qui a présenté une désunion de sa suture

d'épisiotomie. Nous aurions pu le spécifier avec le code O90.1 (Rupture d'une suture obstétricale du périnée).

Nous avons ajouté le code Z59.1 (Difficultés liées à un logement inadéquat) à une patiente vivant en caravane, afin d'étudier l'impact de cet ajout. Cependant comme pour le code Z59.6 (Difficultés liées à de faibles revenus) ce code est subjectif et la notion de difficultés devrait être appréciée, certaines caravanes présentant un confort bien supérieur à certains logements.

Le code Z63.0 (Difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire) a été attribué à une patiente en cours de séparation avec son conjoint.

4 - Après intervention

A - Les Diagnostics Principaux

Le tableau suivant présente les Diagnostics Principaux (DP) suite à la nouvelle saisie du codage, classés par ordre alphanumérique, avec le nombre de patientes qu'ils intéressent ainsi que leur intitulé CIM-10.

Diagnostic Principal	Nombre	Intitulé CIM-10
O14.0	1	Prééclampsie légère à modérée
O30.0	1	Grossesse multiple : jumeau
O33.1	1	Soins maternels pour disproportion due à un bassin maternel généralement rétréci
O34.2	1	Soins maternels pour cicatrice utérine due à une intervention chirurgicale antérieure
O36.3	5	Soins maternels pour signes d'hypoxie fœtale
O41.0	1	Infection du sac amniotique et des membranes
O42.0	1	Rupture prématurée des membranes, avec début de travail dans les 24 heures
O63.1	3	Prolongation de la deuxième période [expulsion]
O68.1	2	Travail et accouchement compliqué par la présence de méconium dans le liquide amniotique
O75.7	1	Accouchement par voie vaginale après une césarienne
O80.0	25	Accouchement spontané par présentation du sommet
Z39.08	3	Soins et examens immédiatement après l'accouchement, autres et sans précision
Z39.2	5	Contrôle de routine au cours du post partum
Total	50	

Les ajouts de diagnostics ont entraîné cinq changements de Diagnostics Principaux.

Pour ces cinq patientes, le DP n'est plus O80.0 (Accouchement spontané par présentation du sommet). Une patiente s'est vu attribuer le DP O36.3 (Soins maternels pour signes d'hypoxie fœtale), une autre le DP O41.0 (Infection du sac amniotique et des membranes). Pour l'une d'entre elles c'est le code O42.0 (Rupture prématurée des membranes avec début de travail dans les 24 heures) qui est devenu le DP. Enfin pour les deux dernières, il s'agit du code O68.1 (Travail et accouchement compliqué par la présence de méconium dans le liquide amniotique).

B - Les Groupes Homogènes de Malades

Le tableau suivant présente les Groupes Homogènes de Malades (GHM) classés par ordre alphanumérique, avec pour chacun le nombre de patientes qu'il représente pour notre étude, la tarification applicable à l'unité ainsi que son intitulé.

GHM	Nombre	Coût facturé à l'unité (€)	Intitulé du GHM
14C08A	4	2850.37	Césarienne pour grossesse unique, sans complication significative
14C08B	1	4185.60	Césarienne pour grossesse unique, avec autres complications
14C08C	1	4416.83	Césarienne pour grossesse unique, avec complications majeures
14C08D	1	1394.66	Césarienne pour grossesse unique, avec complications sévères
14M02A	3	2897.28	Affections médicales du post-partum ou du post-abortum, sans complication significative
14Z12A	1	2458.69	Accouchements multiples par VB chez une multipare, sans complication significative
14Z13A	14	2458.69	Accouchement unique par VB chez une primipare, sans complication significative
14Z13B	1	2922.55	Accouchement unique par VB chez une primipare, avec autres complications
14Z13D	1	3977.37	Accouchement unique par VB chez une primipare, avec complications sévères
14Z14A	21	2070.55	Accouchement unique par VB chez une multipare, sans complication significative
14Z14B	1	2354.61	Accouchement unique par VB chez une multipare, avec autres complications
14Z14T	1	1094.58	Accouchement unique par VB chez une multipare, très courte durée
Total	50		

Après la nouvelle saisie du codage, il n'y a plus de patiente codée dans la catégorie erreur et donc à chaque patiente correspond une somme perçue non nulle. Les sept patientes concernées ont été reclassées dans différents Groupes Homogènes de Malades.

Une patiente a changé de GHM par ajout de DAS en montant d'un niveau de complication. Elle est passée du groupe 14Z13A (Accouchement unique par voie basse

chez une primipare, sans complication significative) au groupe 14Z13B (Accouchement unique par voie basse chez une primipare, avec autres complications). Pour cette patiente a été ajouté le Diagnostic Associé Significatif O24.0 (Diabète sucré préexistant, insulino-dépendant, au cours de la grossesse). Ce DAS n'avait pas été saisi alors qu'il avait été coché sur la feuille de codage. La patiente présentait par ailleurs une hypothyroïdie, codé O99.2 (Maladie endocrinienne, nutritionnelle et métabolique compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité). Un amalgame a sans doute été fait et ces deux pathologies regroupées sous un seul et unique DAS.

C - Les recettes

Le tableau suivant présente les recettes à l'issue de la nouvelle saisie du codage. Il est fourni en l'état par le logiciel EpiData Analysis.

Obs.	Sum	Mean	Variance	Std Dev	(95% CI	mean)	Std Err
50	120162.6	2403.25	490250.7	700.18	2204.26	2602.24	99.02

Minimum	p5	P10	p25	Median	p75	p90	p95	Max
1094.58	1394.66	2070.55	2070.55	2212.58	2458.69	2920.02	4289.65	4825.13

La recette totale pour ces 50 patientes suite à la nouvelle saisie du codage est de 120162,60 € soit une moyenne de 2403,25 € Il n'y a plus de valeur nulle. La valeur minimale est toujours de 1094,58 € et la recette maximale reste de 4825,13 €

D - Les gains d'argent engendrés

Ce tableau présente les gains d'argent engendrés par la nouvelle saisie du codage et donc la différence de recette perçue. Il est fourni en l'état par le logiciel EpiData Analysis.

Obs.	Sum	Mean	Variance	Std Dev	(95% CI	mean)	Std Err
50	20028.1	400.56	1028019.6	1013.91	112.41	688.71	143.39

Minimum	p5	p10	p25	Median	p75	p90	p95	Max
0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2458.69	2850.37	4416.83

Les gains engendrés par la nouvelle saisie du codage sont de 20028,10 €

La majeure partie de cette somme est due à l'ajout des actes d'accouchements et de césariennes oubliés lors de la saisie initiale. Ces ajouts ont été réalisés dans le cadre de notre étude, mais précisons que ce n'est pas spécifiquement celle-ci qui a permis ce gain de 19564.24 € Le contrôle effectué de façon systématique par le médecin responsable, par « correction » des dossiers placés en groupe erreur aurait mis en évidence ce manque à gagner. Tout au plus, notre étude a permis un recouvrement plus rapide de la somme.

Pour l'unique patiente dont l'ajout de Diagnostic Associé Significatif a entraîné un changement de Groupe Homogène de Malade, le gain est de 463,86 € Cette somme est le gain financier réel qu'a apporté notre étude, par mise en évidence de l'oubli du DAS O24.0 (Diabète sucré préexistant, insulino dépendant, au cours de la grossesse), faisant monter la patiente concerné d'un niveau de complication.

ANALYSE ET DISCUSSION

I - ANALYSE DES RESULTATS

1 - Rappel des résultats principaux

- Notre étude ne portait que sur 50 patientes mais tirées au sort. Cela ne nous permet pas de faire une analyse épidémiologique, ce qui n'était pas la vocation de ce mémoire, mais nous donne les moyens de décrire la situation actuelle en terme de saisie du codage.
- Sept de ces patientes étaient initialement classées dans un groupe erreur car il manquait un acte d'accouchement ou de césarienne. Suite à ces ajouts elles ont été reclassées dans leur GHM respectif, ce qui a permis d'appliquer leur tarification, soit une somme de 19591,24 €
- Quatre-vingt-un diagnostics ont été ajoutés et deux changés. Cela concerne 39 de nos patientes.
- Les diagnostics les plus fréquemment oubliés dans notre étude étaient les déchirures périnéales, le contrôle de routine du post-partum et, associés ensemble, les deux diagnostics concernant la prise de poids (insuffisante et en excès).
- Au final, un seul ajout de DAS, O24.0 (diabète sucré préexistant, insulino-dépendant, pendant la grossesse) a entraîné, pour la patiente concernée, un changement de GHM. Elle a été groupée à un niveau supérieur de complication passant du groupe 14Z13A (Accouchement unique par VB chez une primipare, sans complication significative) au groupe 14Z13B (Accouchement unique par VB chez une primipare, avec autres complications), ce qui représente un gain de 463,86 €

2 - Limites de l'étude

Un effectif plus important aurait permis de mettre en évidence plus d'ajouts de diagnostics et surtout de diagnostics différents. Nous aurions pu mieux percevoir et définir quels ajouts, suppressions, et changements de code entraînent des changements de GHM. Notre étude aurait par ailleurs gagné en puissance. Cependant, grâce à elle, nous avons déjà pu apprécier la complexité de la saisie du codage et également le temps nécessaire pour mener à bien cette tâche. Ainsi la nouvelle saisie du codage ne pouvait se faire qu'en collaboration avec une personne autorisée à effectuer ces modifications. En outre, les informations codées et feuilles de codage étant déjà contrôlées à plusieurs reprises, il nous fallait, afin d'être les plus complets et objectifs possible, nous libérer au maximum des contraintes de temps pour revenir sur les dossiers. Il semble en effet que mis à part un regard neuf sur la situation, le seul atout que nous avions était la possibilité de passer plus de temps sur les dossiers. Enfin, rappelons que ce mémoire n'a pas la vocation d'une analyse épidémiologique et l'utilisation de 50 dossiers tirés au sort se révèle, semble-t-il, suffisante pour apprécier l'efficacité de la méthode actuelle de saisie du codage.

Nous avons choisi de nous focaliser sur la mère, mais notre étude aurait pu s'élargir à l'enfant afin de mieux apprécier la diade mère-enfant au cours du séjour à la maternité. La durée de séjour d'une patiente à la maternité étant bien souvent étroitement liée à l'état de santé de son enfant.

Nous nous sommes, par ailleurs, attachés à être le plus objectif possible, tout au long de cette étude, il apparaît pourtant clairement que certains codes ne sont pas suffisamment définis et nécessitent l'appréciation et le jugement du professionnel.

3 - Interprétation des résultats

Lorsque cette étude a été réalisée, le codage des actes était effectué par la sage-femme sur ordinateur, dans le SIH. Les actes sont renseignés par cette même sage-femme ou l'une de ses collègues. L'oubli des actes d'accouchements et de césariennes semble être un fait récurrent (sept patientes sur les 50 de notre étude). Or cet oubli se révèle être d'une certaine importance. En effet, il place la patiente concernée dans une catégorie erreur et non dans un GHM approprié, ce qui entraîne l'absence de recette. Le fait qu'elle soit

classée dans un groupe erreur est bien sûr repéré ultérieurement et corrigé mais cela entraîne un contretemps certain et une mobilisation ultérieure de personnel facilement évitables. L'usage voudrait d'ailleurs que les noms des patientes concernées soient retransmis en salle de naissance, par le biais des sages-femmes cadres, afin qu'elles puissent en informer les sages-femmes concernées pour que ces dernières corrigent ces oublis. Dans la pratique, et pour gagner du temps, il arrive que cette correction soit faite dès la mise en évidence de l'oubli.

Il est intéressant de noter que, bien que le codage des actes soit réalisé dans le SIH, la feuille de codage de salle de naissance contient toujours un petit nombre d'actes obstétricaux. On peut s'interroger sur l'intérêt de maintenir la présence d'actes sur la feuille de codage, maintenant que ces derniers sont renseignés sur ordinateur. Peut-être est-ce pour vérifier l'absence d'oubli, lors de la saisie ultérieure des diagnostics, mais dans ce cas pourquoi ne pas ajouter les actes d'accouchement et de césarienne qui ne sont pas représentés. Le fait qu'il existe différents modes de saisie, selon qu'il s'agit d'actes ou de diagnostics, semble être une source d'erreur.

Par ailleurs, la présence même de certains actes sur la feuille de codage détermine des oublis. Ainsi sur plusieurs feuilles de codage avaient été cochée la case réparation lésion obstétricale sans que soit cochée la case déchirure périnéale alors que les patientes concernées présentaient bien des lésions suturées. Peut-être semble-t-il évident au soignant qu'une réparation de lésion obstétricale ne peut se faire que si il y a effectivement lésion, mais il convient tout de même de le préciser sur la feuille de codage afin que la saisie soit correcte. Ainsi on rappelle que cette saisie est finalement réalisée par des secrétaires médicales qui se doivent de se limiter aux informations inscrites sur la feuille de codage et n'apportent à cette saisie aucune correction, d'où l'importance que ces feuilles soient remplies le plus précisément et correctement possible.

Certaines erreurs peuvent aussi provenir d'un manque de définition. Nous en avons parlé précédemment, il est apparu au cours de notre étude qu'il était parfois difficile d'être objectif quand il s'agit d'attribuer ou non certains codes à des patientes. C'est le cas par exemple des diagnostics concernant la prise de poids des patientes. Ces codes ne sont jamais renseignés car il n'existe pas de véritable définition d'une prise de poids excessive ou insuffisante durant la grossesse. Toutefois, de récentes études ont mis en évidence l'augmentation des morbidités associées à une prise de poids anormale par excès ou par défaut. On rappelle également que le système PMSI est en évolution constante et nécessite,

pour bien fonctionner, d'être ajusté, et pour cela, il faut qu'il soit l'image de la réalité. Ainsi, il nous semble que la diffusion de définitions claires concernant certains codes devrait être envisagée.

Un autre oubli fréquemment retrouvé concerne le code Z39.2 (Contrôle de routine au cours du post-partum). Sur la feuille de codage de suite de couche, cet intitulé est accompagné d'une parenthèse contenant la formule : *NFS à J2...* Sans aucun doute cette précision est source d'erreur, la Numération Formule Sanguine prélevée à J2 de l'accouchement n'étant plus un acte systématique car rappelons que le code Z39.2 couvre bien tout suivi de la patiente lors des suites de couches et devrait donc être renseigné de façon systématique lors du passage d'une patiente en suites de couches.

Le PMSI ne présente cependant pas qu'un aspect financier. Rappelons qu'il a également pour but de décrire au mieux les patients fréquentant une unité de soin. Ainsi on a parfois tendance, même involontairement, à simplifier la description. Pour une patiente obèse, le seul code présent sur les feuilles de codage se trouve sur la feuille du bloc obstétrical. Il s'agit du code E66.9 (Obésité, sans précision). Il pourrait être intéressant, afin de mieux décrire la population, de préciser l'origine et le degré de l'obésité, des codes spécifiques existant pour chaque situation.

La mise en groupe erreur des patientes pour lesquelles un acte de naissance est oublié est facilement identifiée et, si elle entraîne un contretemps et le déploiement de ressources humaines, n'a finalement pas d'impact en terme de recettes. On voit par ailleurs que les grandes lignes sont respectées et que les oublis concernent globalement des Diagnostics Associés Significatifs peu voire non valorisés : pour une seule patiente, l'ajout de DAS a entraîné le passage à un niveau supérieur de complication, et donc une rémunération supérieure. Si l'on arrondit à 4000 le nombre de patientes passant par l'HME en un an, et que l'on estime représentatif la recette engendrée dans notre étude, on arrive à un gain d'environ 37000 € par an. Ce chiffre certes non négligeable en soi, apparaît cependant faible en regard du temps et du personnel nécessaire à mettre en place, voire non rentable pour la structure hospitalière.

Il demeure que pour 39 de nos 50 patientes, la saisie du codage était erronée, avec, en moyenne, un oubli d'environ deux DAS pour chacune. La description de la population au travers des données PMSI est donc partiellement incomplète. Les données chiffrées ressortant d'études basées uniquement sur ces données sont donc probablement minimisées

et la situation réelle sous-estimée. Ce flou explique notamment le fait que, bien que le PMSI soit une des sources d'information les mieux renseignées, il ne semble pas être, à proprement parler, exhaustif, et le recours à l'étude directe des dossiers de soins est souvent indispensable pour qui cherche à percevoir de façon précise l'état de santé réel d'une population. On pense notamment aux études menées par les étudiants lors de la réalisation de thèses ou de mémoires, mais également à plus haut niveau et dans le domaine de la Santé Publique. Donc si l'on veut que le PMSI soit une source d'information fiable, il appartient aux sages-femmes de remplir les feuilles de codage le plus consciencieusement possible et aux différents acteurs d'effectuer la saisie du codage avec rigueur. Mais tous les moyens possibles devraient être mis en place pour mener à bien cette tâche, en adaptant par exemple les feuilles de codage pour optimiser leur emploi par les professionnels de santé et en sensibilisant les différents acteurs à l'importance de cette activité.

Au final on retiendra de notre étude que la méthode de saisie actuelle du codage PMSI est une méthode globalement fiable d'un point de vue financier, mais présente des lacunes sur le plan descriptif.

II - DISCUSSION

1 - Avenir de la saisie du codage

Une étude du codage PMSI s'effectue à un instant précis. En raison des changements dans la classification des Groupes Homogènes de Malades, des définitions des Complications et Morbidités Associées et des Diagnostics Associés Significatifs, il est difficile, voire impossible, d'évaluer des changements concernant ces domaines.

Par contre, la justesse d'une façon de saisir les codes est évaluable et permet d'apprécier les bénéfices et les dommages qu'apportent des changements dans la méthode employée. Cette étude a été réalisée à la veille d'un probable changement dans la méthode de saisie des codes. En effet le développement de l'informatique devrait amener à plus ou moins court terme la disparition des feuilles de codage et la saisie des diagnostics directement par ordinateur. Cette saisie informatique devrait être progressivement automatisée, en lien avec la mise en place des dossiers médicaux informatisés. Il sera alors intéressant de réaliser une nouvelle étude, afin d'étudier la qualité de cette nouvelle saisie, et d'apprécier le fonctionnement de ce système.

2 - Et ailleurs ? Description synthétique de la saisie du codage à Lorient

Il nous a semblé intéressant, chaque structure hospitalière étant indépendante dans son fonctionnement, d'observer une autre façon de faire. Ainsi, en stage au Pôle Femme, Mère, Enfant (PFME) du Centre Hospitalier de Bretagne Sud (CHBS), maternité de niveau 2, lors du mois de janvier 2013, nous avons pu rencontrer d'autres professionnels travaillant avec PMSI et observer leur façon de saisir le codage.

Au PFME du Centre Hospitalier de Bretagne Sud, c'est la même feuille qui suit les patientes tout au long de leur séjour, c'est-à-dire en salle de naissance et en suite de couche (cf annexes). Cette feuille comporte à la fois les diagnostics et les actes applicables durant le séjour.

En salle de naissance, la sage-femme responsable d'une patiente renseigne cette feuille après l'accouchement mais renseigne également les actes par ordinateur. En cas de césarienne, c'est l'obstétricien qui l'a effectuée qui saisit les actes. La justesse des informations est contrôlée par la sage-femme cadre du bloc obstétrical, lors d'un staff ayant lieu le matin. La feuille accompagne le dossier de la patiente en suites de couches, où elle est complétée au cours du séjour par les sages-femmes, qui indiquent les diagnostics rencontrés et les actes applicables. Les actes sont là encore également renseignés par ordinateur. La feuille de codage ainsi obtenue n'est observée que sommairement par la sage-femme cadre, qui ne reprend pas les dossiers de soins, mais observe juste l'absence d'oubli important et flagrant. La feuille est alors envoyée au Département d'Information Médicale (DIM) pour saisie du codage qui est dite centralisée, puisque c'est là que sont réalisées toute les saisies et non pas au niveau de l'Unité Médicale.

Les perspectives d'évolution concernant la saisie codage sont par ailleurs la mise en circulation de deux feuilles distinctes pour la salle de naissance et le service de suites de couches, permettant l'augmentation du nombre de code pouvant être cochés ainsi qu'une mise en place encore très floue d'une saisie des diagnostics en prenant comme base de renseignements les comptes rendus réalisés au cours du séjour. Cela permettrait d'attribuer cette tâche à du personnel non médical, mais demanderait en outre la complexification des comptes-rendus.

Le mode de fonctionnement diffère donc sur les points suivants :

- Une feuille unique au Centre Hospitalier de Lorient contre deux au Centre Hospitalier et Universitaire de Nantes. Le nombre de diagnostics différents qu'on peut renseigner directement est plus important à Nantes. Reste à déterminer si cela permet une saisie du codage plus fiable ou au contraire plus compliquée. Il a semblé au demeurant à la sage-femme cadre de Lorient avec qui nous avons pu nous entretenir, que cela nécessitait des connaissances supplémentaires et une certaine pratique afin de pouvoir les exploiter au mieux.

- La justesse des informations recueillies en suites de couches à Nantes devrait être supérieure, car la vérification effectuée par les cadres y est plus poussée, avec un autre regard sur le dossier médical de la patiente.

- La saisie du codage est centralisée à Lorient et décentralisée à Nantes.

- La feuille de codage à Lorient comporte les diagnostics concernant la mère et ceux concernant l'enfant mis en relation ce qui facilite la saisie du codage.

Il nous est apparu en outre que certaines bonnes idées seraient facilement applicables : ainsi sur la feuille de codage de Lorient, la liste des actes est plus étoffée et apparaissent notamment les actes d'accouchement voie basse et de césarienne, régulièrement oubliés selon notre étude. Autre point intéressant, le code Z39.2 (Contrôle de routine du post-partum) est coché d'office, ainsi que les codes Z30.0 (Contraception) et Z30.08 (Examen immédiat après accouchement qui a lieu à l'hôpital). Il est vrai que dans le cadre d'un accouchement à l'hôpital, ces codes sont presque toujours applicables et notamment Z39.2.

Au travers de cet exemple, on comprend, par ailleurs, que la saisie du codage diffère d'un hôpital à l'autre et par conséquent, même avec la meilleure intention du monde, la qualité du codage n'est pas la même. La construction d'études basées uniquement sur les données PMSI doit donc se faire en gardant à l'esprit que la façon de coder n'est pas la même d'un établissement à l'autre ce qui rend les comparaisons difficiles.

3 - Pistes de réflexion autour de la T2A

Ce mémoire n'a pas pour vocation de déterminer si la T2A, mode de financement fréquemment décrié, notamment par les professionnels de santé exerçant dans le domaine public, et théâtre de bien des débats, est un bien ou un mal pour l'état de santé de la population et pour l'économie de la santé. Il nous a cependant paru intéressant de revenir sur certains changements que ce modèle a engendré dans le domaine notamment de la périnatalité et de donner succinctement quelques pistes de réflexion concernant le fonctionnement actuel du système de santé.

Un point fréquemment montré du doigt est le fait que la T2A conduit à privilégier les activités les plus rentables, ce qui induit une logique financière de l'hôpital. Ainsi, comme on a pu le voir dans notre étude, la césarienne rapporte plus à l'hôpital qu'un accouchement qui se passe bien et la démarche d'accompagnement des patientes, par exemple le suivi de l'allaitement, n'est pas valorisée. Il semble que cela puisse être délétère pour les patientes mais également pour certaines structures et notamment les petits hôpitaux.

Autre point important, afin de rentabiliser les recettes engendrées par le GHM, une réponse éventuelle est la diminution de la durée moyenne de séjour, afin de rentabiliser l'occupation du service. Il est bien sûr évident qu'une telle pratique doit se faire tout en assurant la sécurité des patientes et des nouveau-nés. Un développement de l'activité libérale pourrait permettre une telle pratique. Mais il faut garder à l'esprit que, pour l'instant, la répartition des professionnels de santé, et notamment des sages-femmes libérales, est très inégale sur le territoire français, ce qui peut être source de difficultés pour les patientes sortant précocement des maternités. Rappelons toutefois qu'il existe un GHM pour les séjours de très courte durée, GHM « en T », pour les séjours de 0 et 1 jour, entraînant des recettes moindres ce qui limite la volonté que pourrait avoir les structures à diminuer à l'extrême la durée des séjours. Accordons également, que « le budget global » a, au moins dans un premier temps, poussé à l'extinction de l'effet inverse, tout aussi dommageable, qu'était l'allongement excessif des séjours, connu lorsque la rémunération se faisait « au prix de journée ».

Avant la mise en place de la T2A, le PMSI, avait déjà institué une mesure de l'activité des établissements de santé, rendant possible l'évaluation, par les pouvoirs publics disposant du budget et de l'activité de chaque établissement, de la productivité de ces derniers. Ils en tenaient d'ailleurs logiquement compte pour allouer les dotations budgétaires et priaient les établissements jugés les moins productifs, de trouver en interne les ressources nécessaires à leur développement. L'idée de productivité ne serait donc pas née avec la T2A. Au contraire, le mode de fonctionnement actuel doterait automatiquement les établissements des moyens de traiter chaque patient admis. Du moins est-ce une façon de voir les choses. Il apparaît en outre que, plus qu'un outil financier, le PMSI est un réel outil politique, sur lequel repose actuellement tout le fonctionnement de l'économie de la santé et grâce auquel se font les choix dans la distribution des soins mais aussi dans tout le mode de fonctionnement d'une structure hospitalière.

Pourtant, certains économistes, tel que Monsieur Claude Le Pen, pensent que le trouble ne vient ni du but poursuivi, ni des imperfections techniques, lesquelles appellent des affinements du système mais non son rejet. Pour eux, l'origine du malaise se situe dans le fait que, dans ce nouveau mode de fonctionnement, la ressource de l'établissement ne se fait plus de l'assurance maladie vers l'hôpital et n'est plus une dotation centralisée, ce qui ne peut plus donner l'impression aux professionnels de santé du secteur public de travailler gratuitement. Le financement était auparavant l'affaire du directeur, et la frontière entre

soins et économie beaucoup plus marquée. La T2A a inversé cette logique et donné, en quelque sorte, l'impression aux professionnels de « vendre des séjours ». Il en résulterait que la faute principale de la T2A serait plutôt culturelle que technique : c'est mettre en évidence la fonction économique du professionnel de santé, ce qui est encore un tabou de l'éthique professionnelle, et qui était dissimulée par la dotation centralisée. [31] [32] [33] [34] [35]

4 - Rôle de la sage-femme

Nous l'avons souligné à plusieurs reprises, le codage PMSI est sans doute loin d'être la première chose à laquelle on pense lorsqu'on évoque le métier de sage-femme. Cette pratique est peu connue au sein du grand public, et même pour les sages-femmes, cette activité est plutôt perçue comme une affaire de cadre, voire comme une obligation dont il faut s'affranchir.

Pourtant cette activité est au cœur du fonctionnement du système de soin et nécessite une certaine attention afin d'être réalisée correctement.

La sage-femme est en première ligne de cette activité, car c'est-elle qui la première remplit les feuilles de codage. Ces feuilles de codage sont, certes, contrôlées par la suite, par les sages-femmes cadres et par les médecins responsables du PMSI, mais ce sont bien les sages-femmes en charge des patientes qui ont le plus de connaissances sur ces dernières et qui peuvent au mieux renseigner les diagnostics qu'elles présentent.

On rappelle que le système PMSI a un rôle de description de la population et que c'est en fonction des données qui en sont issues que sont choisis les axes de campagne de santé publique. La sage-femme, qui souhaite le bien-être de ses patientes, se doit donc d'accorder l'attention nécessaire à la réalisation de cette activité.

CONCLUSION

Actuellement, le codage PMSI a une véritable importance. C'est grâce à lui que la population est décrite, que les maladies et problèmes récurrents sont identifiés et par conséquent que sont faits les choix de santé publique. C'est également sur lui que repose aujourd'hui le mode de fonctionnement de l'économie de la santé, par le biais des Groupes Homogènes de Malades et des Groupes Homogènes de Séjour. Pour ces deux raisons, le codage et la saisie des actes et des diagnostics doivent être réalisés de la façon la plus fidèle et la plus transparente possible par rapport à la réalité.

Le codage est une activité complexe : 2527 GHM dont une soixantaine pour la Catégorie Majeure de Diagnostics 14 (Obstétrique) et une quarantaine pour la Catégorie Majeure 15 (Néonatalogie), un nombre faramineux de diagnostics et d'actes différents, une classification en renouvellement perpétuel, nécessitant une mise à jour des définitions et des moyens quasi constante... autant de points qui font de cette activité une mission difficile demandant une grande maîtrise de la part des différents acteurs. Le bon fonctionnement du système PMSI nécessite par ailleurs du temps et du personnel compétent.

Le codage est propre à un instant précis et à une structure définie. La mise à jour régulière de la classification demande une adaptation constante des structures de soins et ne permet la description de la population qu'à un instant donné. En outre, la façon dont est saisi le codage diffère d'un endroit à un autre ce qui rend difficile la comparaison entre deux établissements.

Notre étude a mis en évidence qu'avec plus de temps et un autre regard sur les dossiers médicaux, il était possible de mettre en évidence un certain nombre de diagnostics oubliés. D'un point de vue purement économique, l'impact n'est pas très important. Mais rappelons une fois de plus que le PMSI se doit d'être exhaustif car il a plus qu'un rôle financier. Les données qui en ressortent doivent être au plus près de la réalité, afin de pouvoir adapter les choix de Santé Publique à la réalité de l'état de santé de la population.

Il apparaît, en outre qu'un petit nombre de mesures aisément réalisables pourrait être mis en place afin d'améliorer la qualité de la saisie du codage. L'obligation de coder un

acte d'accouchement ou de césarienne pour chaque patiente à tout passage en salle de naissance ayant pour résultat la naissance d'un nouveau-né, permettrait de diminuer les interventions ultérieures et d'éviter un bon nombre de mise en groupe erreur. Quelques changements sur les feuilles de codage ou la diffusion de certaines définitions permettrait d'améliorer la qualité de la saisie du codage avant la mise en place d'un système informatisé plus développé et en partie automatisé.

Enfin, il apparaît que les sages-femmes devraient être d'avantage sensibilisées à cette activité et aux buts poursuivis, le PMSI et l'activité de codage concourant finalement au bien-être de leurs patientes, par une voie, certes indirecte, mais d'importance tout de même.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. *Le programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : présentation générale* [en ligne]. Paris : ATIH, publié le 14 mars 2011 [consulté le 26/05/2012]. Disponible sur le Web : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0002300005FF>
- [2] France. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. *Guide Méthodologique de Production des Informations Relatives à l'Activité Médicale et à sa Facturation en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie* [en ligne]. Paris : Bulletin officiel n°2012/6 bis fascicule spécial, juin 2012 [consulté le 12/06/2012]. Disponible sur le Web : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/sts_20120006_0001_p000.pdf
- [3] PAILLIEREAU, Julien-Pierre. *Apport d'un outil intranet pour le codage de l'information médicale* [en ligne]. Nantes : Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, présentée et soutenue publiquement le 30 octobre 2003 à la Faculté de Médecine de Nantes [consulté le 29/05/2012]. Disponible sur le Web : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=3888492f-a179-4db5-9d60-c52f98938080>
- [4] Organisation Mondiale de la Santé. *Classification statistique Internationale des Maladie et des problèmes de santé connexes, Dixième révision* [en ligne]. Genève : OMS, V2B004, publié le 26 juillet 2006 [consulté le 20/07/2012]. Disponible sur le Web : <http://www.icd10.ch/index.asp?lang=FR&consulter=oui>
- [5] France. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. *Classification Commune des Actes Médicaux Guide de Lecture et de Codage* [en ligne]. Paris : Bulletin officiel n°2007/3 bis fascicule spécial, juin 2007, mise à jour février 2007 [consulté le 20/07/2012]. Disponible sur le Web : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/bo0703.pdf>
- [6] Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. *CCAM version 27* [en ligne]. Paris : CNAMTS, version applicable au 31 mars 2012 [consulté le 22/07/2012]. Disponible sur le Web : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CCAM_V27.pdf
- [7] France. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. *Guide Méthodologique de Comptabilité Analytique Hospitalière* [en ligne]. Paris : Bulletin officiel n°2011/9 bis fascicule spécial, janvier 2012 [consulté le 05/08/2012]. Disponible sur le Web : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/GUIDE_CAH___BOS_2011-3.pdf
- [5] BACH, Stéphane. *P.M.S.I. outil quantitatif, pourquoi pas qualitatif ?* Marseille : Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine – D.E.S. de santé publique, présentée et soutenue publiquement le 14 octobre 1998 à la Faculté de Médecine de Marseille, 73p.
- [8] medcost. *Programme de médicalisation du système d'information* [en ligne]. Paris, medcost, publié en 2003 [consulté le 22/06/2012]. Disponible sur le Web : http://medcost.fr/html/pmsi_pm/historique.htm

- [9] France. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. *Manuel des Groupes Homogènes de Malades* [en ligne]. Paris : bulletin officiel n°2012/5 bis fascicule spécial, juillet 2012 [consulté le 16/08/2012]. Disponible sur le Web : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/sts_20120005_0001_p000.pdf
- [10] Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. Fascicule V : Gynécologie Obstétrique [en ligne]. Paris : ATIH, mis à jour en 2011 [consulté le 20/08/2012]. Disponible sur le Web : <http://www.atih.sante.fr/openfile.php?id=3400>
- [11] T2A conseil. *Comprendre les CMA (Complication et Morbidités Associées)* [en ligne]. Publié le 26 août 2011 [consulté le 12/07/2012]. Disponible sur le Web : <http://www.t2a-conseil.com/blog/comprendre-les-cma-complication-ou-morbidite-associee/>
- [12] FAURE, Elisabeth. *Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)* [en ligne]. Paris : caducee.net, avril 2002 [consulté le 06/08/2012]. Disponible sur le Web : <http://www.caducee.net/DossierSpecialises/systeme-information-sante/pmsi.asp>
- [13] Commission Nationale Informatique et Liberté. *Programme des contrôles 2011 : une ambition réaffirmée, des compétences élargies* [en ligne]. CNIL, publié le 26 avril 2011 [consulté le 13/10/2012]. Disponible sur le Web : <http://www.cnil.fr/la-cnil/actualite/article/article/programme-des-contrôles-2011-une-ambition-reaffirmee-des-competences-élargies/>
- [14] Agence Technique de l'information sur l'Hospitalisation. *e-PMSI* [en ligne]. Paris : ATIH [consulté le 22/06/2012]. Disponible sur le Web : <https://www.epmsi.atih.sante.fr/accueil.jsp>
- [15] Département d'Information Médicale Rennes. *PMSI MCO* [disponible sur le Web]. Rennes : DIM Rennes [consulté le 12/08/2012]. Disponible sur le Web : <http://www.med.univ-rennes1.fr/plaq/dim/pmsimco.html>
- [16] Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. *Aide à l'utilisation des informations de chainage* [en ligne]. Paris : ATIH, juillet 2011 [consulté le 22/06/2012]. Disponible sur le Web : <http://www.atih.sante.fr/openfile.php?id=3417>
- [17] Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. *Etudes Nationales de Coûts* [en ligne]. Paris : ATIH, publié le 20 mars 2012 [consulté le 12/09/2012]. Disponible sur le Web : <http://www.atih.sante.fr/?id=000C000001FF>
- [18] Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. *Guide de l'Etude Nationale de Coûts à méthodologie Commune MCO* [en ligne]. Paris : ATIH, avril 2010 [consulté le 12/09/2012]. Disponible sur le Web : <http://www.atih.sante.fr/openfile.php?id=3822>
- [19] DEBROSSE, Denis. *La nouvelle gouvernance hospitalière* [en ligne]. Actualité et dossier en santé publique, n°72, septembre 2010 [consulté le 12/09/2012]. Disponible sur le Web : <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-72/ad720710.pdf>
- [20] Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. *Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière* [en ligne]. Paris : DHOS, janvier 2007 [consulté le 12/09/2012]. Disponible sur le Web : http://www.c2rsante.fr/docs/582_DHOSDocNGV30107.doc

- [21] MATTEI, Jean-François. *Hôpital 2007 : un pacte de modernité avec l'hospitalisation* [en ligne]. Paris : sante.gouv.fr, site santé du Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 20 novembre 2002 [consulté le 12/09/2012]. Disponible sur le Web : <http://www.sante.gouv.fr/hopital-2008-discours-de-j-f-mattei.html>
- [22] sante.gouv.fr. *hôpital 2007 : présentation des mesures* [en ligne]. Paris : sante.gouv.fr, site santé du Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 20 novembre 2002 [consulté le 12/09/2012]. Disponible sur le Web : <http://www.sante.gouv.fr/hopital-2007-presentation-des-mesures.html>
- [23] France. Ministère de la Santé et des Sports. *Présentations des opérations retenues au titre du plan Hôpital 2012* [en ligne]. Paris : sante.gouv.fr, dossier de presse, 10 février 2010 [consulté le 12/09/2012]. Disponible sur le Web : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_100210-Hopital2012.pdf
- [24] OR, Zeynep. RENAUD, Thomas. *Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A), Enseignement de la théorie économique et des expériences étrangères* [en ligne] Paris : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé, mars 2009 [consulté le 20/10/2012]. Disponible sur le Web : <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT23PrincipEnjeuxTarificActiviteHopital.pdf>
- [25] BLUM, Dominique. *portail personnel* [en ligne]. [consulté le 12/08/2012]. Disponible sur le Web : <http://www.le-pmsi.fr/dblum/>
- [26] Périnatalité. Les maternités type I – II – III [en ligne]. Paris : Périnatalité, site officiel, 30 novembre 2012 [consulté le 12/01/2013]. Disponible sur le Web : <http://www.perinat-france.org/portail-grand-public/reseaux/maternites-accouchement/les-maternites-type-i-ii-iii-642.html>
- [27] Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. *Notice technique* [en ligne]. Paris : ATIH, n° CIM-MF 1234-4-2011, publié le 28 décembre 2011 [consulté le 13/09/2012]. Disponible sur le Web : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=00024000B5FF>
- [28] Département d'Information Médicale. *Aide au codage* [en ligne]. Paris : mars 2012 [consulté le 16/08/2012]. Disponible sur le Web : <http://www.aideaucodage.fr/ccam>
- [29] Département d'Information Médicale. *pour coder* [en ligne]. DIM [consulté le 16/08/2012]. Disponible sur le Web : <http://www.departement-information-medicale.com/>
- [30] Conseil Européen de l'Information sur l'Alimentation. *Les problèmes de poids liés à la grossesse* [en ligne]. Bruxelles : EUFIC, mai 2012 [consulté le 08/09/2012]. Disponible sur le Web : <http://www.eufic.org/article/fr/artid/Weight-issues-associated-with-pregnancy/>
- [31] LE MENN, Jacky. MILON Alain. *Rapport d'information n°703, 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* [en ligne]. Paris : France, Sénat, enregistré à la présidence du Sénat le 25 juillet 2012 [consulté le 04/01/2013]. Disponible sur le Web : <http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2012/08/r11-7031-rapport-complet.pdf>

[32] France. Sénat. *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* [en ligne]. Paris : rapport d'information n°703, session extraordinaire de 2011-2012, enregistré à la présidence du Sénat le 25 juillet 2012 [consulté le 04/01/2013]. Disponible sur le Web : http://www.senat.fr/rap/r11-703/r11-703_mono.html

[33] France. Sénat. *Compte rendu de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale* [en ligne]. Paris : enregistré à la présidence du Sénat le mercredi 16 mai 2012 [consulté le 04/01/2013]. Disponible sur le Web : <http://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20120514/mecss.html>

[34] NISAND, G. *PMSI et systèmes d'information hospitaliers* [en ligne]. Strasbourg [consulté le 10/12/2012]. Disponible sur le Web : http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/medecine/cours_en_ligne/e_cours/medecine_sociale/Systemes_information_013.pdf

[35] LE PEN, Claude. *Pourquoi les médecins (hospitaliers) n'aiment pas la T2A ?* [en ligne]. Paris : Finances Hospitalières n°43, janvier 2011 [consulté le 04/01/2013]. Disponible sur le Web : http://www.finances-hospitalieres.fr/medecins-hospitaliers-aiment_67974A833673B4.html

ANNEXES

Feuille de codage HME Nantes Salle de Naissance (recto)

Sage Femme :

Nom Méd. traitant _____
 Adresse _____
 Ville _____
Nom Gynécologue _____
 Adresse _____
 Ville _____

Etiquette Mère

Numéro de l'accouchement 2012 / _____ /
 Date de l'accouchement _____ / _____ / 2012 /
 Gestité _____
 Parité _____
 Utérus Cicatriciel 34. 2
 DDR / _ / _ / _ / _

La Naissance

Age gestationnel en semaines / _____ SA + _____
 pH au cordon / _____
 Poids de l'enfant (g) / _____
 Sexe de l'enfant M / F
 APGAR de l'enfant à 5 mn / _____
 Prénom / _____
 RCIU / Macrosomie fœtale 36. 5 / 6

Etiquette Bébé

pH au cordon / _____
 Poids de l'enfant (g) / _____
 Sexe de l'enfant M / F
 APGAR de l'enfant à 5 mn / _____
 Prénom / _____
 RCIU / Macrosomie fœtale 36. 5 / 6

Etiquette Bébé (J2)

Travail

MAP / Faux travail 47. 0 / 1
 Echec déclenchement travail 61. 0
 Rupture précoce des membranes avec début de travail DANS / AU DELA des 24 h 42. 0 / 1
 Stagnation dilatation / Défait de progression 63. 0 / 1
 Disproportion foeto-pelvienne / Bassin généralement rétrécis 33. 0 / 1
 LA teinté ou méconial 68. 1
 Anomalie du RCF et autres signes d'hypoxie fœtale 36. 3

Accouchement

NORMAL Céphalique 80. 0
 Après une césarienne 75. 7
 FORCEPS ou SPATULES PARTIE BASSE / AUTRES 81. 0 / 3
 VENTOUSE 81. 4
 SIEGE 80. 1
 CESARIENNE PROGRAMMEE / EN URGENCE 82. 0 / 1
 GEMELLAIRE (ou plus) Accouchement 84. 0
 Avec forceps ou ventouse 84. 1
 Césarienne 84. 2
 Présent. face / front / épaule 64. 2 / 3
 Autre présentation complexe 64. 5
 Dystocie des épaules 64. 4
 DECHIRURE périnéale incomplète 70. 0
 Complète / compl. compliquée 70. 2 / 3
 Procidence cordon / cordon < 50 cm 69. 0 / 3
 Circulaire compressif / autre enchevêtrement 69. 1 / 2
 Hémorragie de la délivrance / tardive et secondaire 72. 0 / 2
 Rétention placentaire complète / partielle ou membranes 73. 0 / 1

Autres actes obstétricaux

<input type="checkbox"/> EPISIOTOMIE	<input type="checkbox"/> AMNIO-INFUSION	<input type="checkbox"/> RACHIANESTHESIE
<input type="checkbox"/> REPARATION LESION OBSTETRICALE	<input type="checkbox"/> DA + RU	<input type="checkbox"/> EMBOLISATION
<input type="checkbox"/> DECLENCH. MEDICAL	<input type="checkbox"/> RU seule	<input type="checkbox"/> Ligat. art. hyp.
<input type="checkbox"/> MATURATION	<input type="checkbox"/> ANESTHESIE PERI	<input type="checkbox"/> Hystérectomie (O 82.2)
	<input type="checkbox"/> ANESTH. GENERALE	<input type="checkbox"/> Ligature des trompes

Transfert du nouveau-né en pédiatrie

Non Immédiat : Secondaire : UK

Feuille de codage HME Nantes Suites de Couches (recto)

CODAGE de la co-morbidité Mère / N-né lors des Suites de Couches

Etiquette
Mère

Etiquette
Bébé

Etiquette
Bébé (J2)

pathologies associées pour la mère

DDR :

Terme :

<u>infection</u>		
septicémie puerpérale ou endométrite	O 85	<input type="checkbox"/>
infection d'une plaie d'origine obstétricale chirurgicale	O 86.0	<input type="checkbox"/>
infection des voies urinaires, après accouchement	O 86.2	<input type="checkbox"/>
infection des voies génitales après l'accouchement	O 86.1	<input type="checkbox"/>
hyperthermie (d'origine inconnue), après accouchement	O 86.4	<input type="checkbox"/>
<u>complications thromboemboliques</u>		
phlébothrombose profonde au cours de la puerperalite	O 87.1	<input type="checkbox"/>
hémorroïdes au cours de la puerperalite	O 87.2	<input type="checkbox"/>
complication veineuse au cours de la puerperalite, sans précision	O 87.9	<input type="checkbox"/>
insuffisance veineuse (varices)	O 22.0	<input type="checkbox"/>
<u>anomalies de la cicatrice</u>		
rupture d'une suture obstétricale du périnée	O 90.1	<input type="checkbox"/>
hématome d'une plaie obstétricale	O 90.2	<input type="checkbox"/>
<u>anomalies de la lactation</u>		
crevasses du mamelon associées à l'accouchement	O 92.1	<input type="checkbox"/>
hypogalactie	O 92.4	<input type="checkbox"/>
anomalies de la lactation (engorgement par ex)	O 92.7	<input type="checkbox"/>
suppression de la lactation (début AM puis arrêt pdt le séjour)	O 92.5	<input type="checkbox"/>
<u>divers</u>		
hépatite virale chronique	O 98.4	<input type="checkbox"/>
maladie infectieuse ou parasitaire de la mère compliquant la grossesse, l'acct et la puerperalité	O 98.9	<input type="checkbox"/>
anémie compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerperalite (inférieur à 10g/dl)	O 99.0	<input type="checkbox"/>
maladie du sang ou immunitaire compliquant la grossesse, l'acct et la puerperalité	O 99.1	<input type="checkbox"/>
maladie endocrinienne ou métabolique compliquant la grossesse, l'acct et la puerperalité	O 99.2	<input type="checkbox"/>
troubles mentaux et maladies du système nerveux compliquant la grossesse, l'acct et la puerperalité	O 99.3	<input type="checkbox"/>
maladie de l' appareil circulatoire la grossesse, l'acct et la puerperalité	O 99.4	<input type="checkbox"/>
maladie de l' appareil respiratoire compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerperalité	O 99.5	<input type="checkbox"/>
maladie de l' appareil digestif compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerperalité	O 99.6	<input type="checkbox"/>
maladie de la peau et des tissus compliquant la grossesse, l'acct et la puerperalité	O 99.7	<input type="checkbox"/>
autres maladies et affections précisées compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerperalité	O 99.8	<input type="checkbox"/>

En clair : autres pathologies maternelles non citées ci-dessus.....

Prise en charge en post-partum et conditions psychosociales

Prise en charge de la contraception	Z 30.4	<input type="checkbox"/>	Nexplanon posé	Z 30.1	<input type="checkbox"/>
Soins et examen de l'allaitement maternel	Z 39.1	<input type="checkbox"/>			
Contrôle de routine du post-partum (NFS à J2...)	Z 39.2	<input type="checkbox"/>			

Conditions socio-économiques et psychosociales difficiles

Observation du lien mère-enfant (liée aux décisions du staff de parentalité par ex.)	Z 65.8	<input type="checkbox"/>			
Analphabétisation ou faible niveau éducatif	Z 55.0	<input type="checkbox"/>	Difficultés liées à l'acculturation	Z 60.3	<input type="checkbox"/>
Situation parentale atypique (famille monoparentale)	Z 60.1	<input type="checkbox"/>			
Difficultés liées à une enfance malheureuse	Z 61.0	<input type="checkbox"/>			
Difficultés dans les rapports avec le conjoint	Z 63.0	<input type="checkbox"/>			

Feuille de codage HME Nantes Suites de couches (verso)

CODAGE de la co-morbidité Mère / N-né lors des Suites de Couches

Sans abri Z 59.0 Logement inadéquat (caravane – squat - logement dégradé) Z59.1
 Faibles revenus (bénéficiaire du RMI, API, CMU..) Z59.6 Chômage Z56.0
 Couverture sociale insuffisante (sans couverture sociale ou bénéficiaire de l'AME) Z 59.5

pathologies associées pour le nouveau - né

nouveau-né affecté par le mode d'accouchement de la mère
 césarienne P 03.4 forceps P 03.2 ventouse P 03.3 siège P 03.0

addiction chez la mère et produits toxiques pris par la mère
 fœtus et n-né affectés par le tabagisme P 04.2 alcool P 04.3 médicaments P04.1

anomalie de poids du n-né
 faible poids pour l'age gestationnel (- 2500g) P 05.0
 enfant né avant terme (avant 37 sa) P 07.3
 enfant exceptionnellement gros (+ 4200g) P 08.0
 enfant né après terme P 08.2

lésion du cuir chevelu ou traumatisme de la tête
 céphalématome dû à un traumatisme obstétrical P 12.0
 lésion du cuir chevelu due à un traumatisme obstétrical, sans précision P 12.9
traumatisme obstétrical et lésion du squelette
 fracture de la clavicule due a un traumatisme obstétrical P 13.4
 autres lésions du plexus brachial dues à un traumatisme obstétrical P 14.3
 autres traumatismes obstétricaux P 15.8

infection du nouveau-né
 infection du nouveau-né à streptocoques, groupe B P 36.00
 infection bactérienne du nouveau-né, sans précision P 36.9
 conjonctivite et dacryocystite néonatales P 39.1

ictère et maladie hémolytique
 iso-immunisation Rh du fœtus et du nouveau-né P 55.0 immunisation ABO P 55.1
 ictère néonatal dû à une hémolyse excessive, sans précision P 58.9

anomalies transitoires du métabolisme (pb de glycémie, et/ou de calcémie)
 syndrome de l'enfant dont la mère a un diabète gestationnel P 70.0
 syndrome de l'enfant de mère diabétique P 70.1
 autres hypoglycémies néonatales P 70.4
 autres hypocalcémies du nouveau-né P 71.1

troubles de la régulation thermique
 hypothermie du nouveau-né, sans précision P 80.9
 trouble de la régulation thermique du nouveau-né, sans précision P 81.9

troubles alimentaires
 vomissements du nouveau-né P 92.0
 alimentation au sein difficile chez le nouveau-né (perte de poids de 10%) P 92.5

divers
 occlusion intestinale du nouveau-né, sans précision P 76.9
 détresse respiratoire du nouveau-né, sans précision P 22.9
 crises de cyanose du nouveau-né P 28.2
 Guthrie Z13.8

En clair : autres pathologies du nouveau-né non citées ci-dessus.....

MALFORMATIONS du nouveau-né (écrire en clair)

.....

Feuille de codage PFME Lorient (recto)

CHBS - UNITE DE MATERNITE
UF 6101 - MAMAN et BEBE

Etiquette C-Page de la Mère

Nom :
Prénom :
Née le : Sexe : F

E : Mode :

S : Mode :

Etiquette C-Page du Bébé

Nom :
Prénom :
Né(e) le : Sexe :

RECTO

⇒ Nbre de semaine révolues d'aménorrhée : SA

⇒ Date des dernières règles : / /

⇒ Poids de naissance : g

⇒ Transfert immédiat : oui non

Diagnostic principal^[1] :

RÉSULTAT DE L'ACCOUCHEMENT	MERE	BEBE
Naissance unique enfant vivant ^[1]	Z370	Z380
Naissance jumeaux vivants	Z372	Z383
Mort-né	Z371	-

COMPLICATIONS DE L'ACCOUCHEMENT	MERE	BEBE
Accouchement avant terme (<à 37 SA)	O601	P073
Poids bébé < 1000 g	O365	P070
Faible poids : entre 1000 et 2499 g	O365	P071
RCIU - petite taille	O365	P051
RCIU - petit poids	O365	P050
RCIU - signes de malnutrition	O365	P052
Macrosomie : Poids > 4500 g	O366	P080
Grossesse prolongée > 41 SA	O48	P082
Grossesse gémellaire	O300	P015
Souffrance foetale aiguë	O363	P200
Anomalie du RCF + LA méconial	O682	P201
Méconium dans le liquide amniotique	O681	P201
Anomalie du RCF	O680	P201
HTA préexistante	O16	P000
HELLP-syndrome	O142	P000
Prééclampsie	O14-	P000
Eclampsie	O15-	P000
Décollement prématuré du placenta	O458	P021
Placenta praevia sans hémorragie	O440	P020
RPM < 24 H et > 12 H	O420	P011
RPM > 24 H	O421	P011
RPM, travail retardé par traitement	O420	P011
Hydramnios	O40	P013
Oligoamnios	O410	P012
Nouveau-né affecté par césarienne	-	P034
Nouveau-né affecté par ventouse	-	P033
Nouveau-né affecté par forceps	-	P032
Echec ventouse ou forceps	O665	P031
Dystocie de démarrage	O630	P038
Dystocie dynamique	O621	P036
Défaut de progression de la tête	O631	P038
Accouchement précipité	O623	P035
OS (rotation incomplète de la tête)	O640	P031
Dystocie des épaules ^[2]	O660	P031
Disproportion foeto-pelvienne	O654	P031
Epreuve du travail, bassin rétréci (BGR)	O651	P031
Epreuve du travail - gros foetus	O662	P031
Présentation par le siège	O641	P030
Circulaire du cordon	O691	P025
Nœud au cordon	O692	P026
Brûlé du cordon ombilical	O693	P026
Utérus cicatriciel	C342	-
Déchirure périnée 1er degré ^[3]	O700	-
Fatigue maternelle	O750	-
Fièvre maman au cours du travail	O752	P038
Hémorragie de la délivrance	O720	-
Non décollement placentaire ^[4]	O730	-
Placenta incomplet sans hémorragie ^[4]	O731	-

Accouchements VB	Primipare	Multipare
Acc.céphalique par VB	JQGD010	JQGD012
Acc.par le siège par VB	JQGD004	JQGD001
Acc. par le siège VB avec petite extraction	JQGD003	JQGD008
Acc. par le siège VB avec grande extraction	JQGD013	JQGD005
Acc. multiple (gémellaire)	JQGD002	JQGD007

Césariennes	
Césarienne au cours du travail par laparotomie	JQGA003
Césarienne programmée par laparotomie	JQGA002
Césarienne en urgence en dehors du travail par laparo	JQGA004

Extractions instrumentales	
Applic. Forceps, spatules, ventouses obstétricales au détroit moyen sur présentation céphalique	JQGD009
Applic. Forceps, spatules, ventouses obstétricales au détroit inférieur sur présentation céphalique	JQGD006
Extraction instrumentale sur tête dernière, au cours d'un accouchement par le siège	JQGD011

Gestes complémentaires	
Episiotomie	JMPA006
^[1] Suture immédiate de déchirure obstétricale du vagin, vulve ou périnée [Périnée simple]	JMCA002
^[4] Extraction manuelle du placental complet <i>Délivrance artificielle avec révision utérine</i>	JPGD001
^[5] Révision cavité utérus après délivrance naturelle	JNMD002
^[2] Réduction d'une dystocie sévère des épaules - Manœuvres de Jacquemier	JQED002
Version du foetus par manœuvres obst. Internes	JQED001

Feuille de codage PFME Lorient (verso)

CHBS - UNITE DE MATERNITE
UF 8101 - MAMAN et BEBE

VERSO

DIAGNOSTICS			ACTES	
AUTRES COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE			AUTRES ACTES SUR LA MAMAN	
Alcoolisme chronique de la mère	F102+O933	P043	Séance d'acupuncture	OZRB001
Tabagisme de la mère (actuel)	F1724+O993	P042	[6] Transfusion sanguine	FELF004
Diabète gestationnel	O244	P700	Incision d'hémorroïdes	EGFA007
Diabète préexistant	O243	P701	Monitoring électronique des contractions de l'utérus gravidique et/ou du RCF par voie utérine avec ou sans monitoring transcutané	JNQD001
Obésité, prise de poids excessive	O260	-	Tamponnement intra-utérin ou intravaginal, pour hémorragie ostétricale	JNBD002
Hépatite virale	Z225	Z205	Evacuation hématome ou thrombus du vagin, vulve ou périnée d'origine obst. par abord direct	JLJA001
H.I.V.	Z21	Z206	[7] Ligature des trompes	JJPA003
SUITES DE COUCHES				
Allaitement maternel	Z391			
Absence ou arrêt de lactation	O925			
X Contrôle de routine du post-partum	Z392			
X Contraception	Z300			
X Examen immédiat après accouchement qui a lieu à l'Hôpital	Z3908			
Accouchement hors de l'hôpital				
RUM DE LA MERE			RUM DU BEBE	
Si la délivrance a lieu à l'hôpital : coder l'accouchement sur le RUM de la mère			Si la délivrance a lieu à l'hôpital : coder un rum habituel pour le bébé	
Si la délivrance n'a pas lieu à l'hôpital :				
X Examen immédiat après accouchement hors d'un établissement de santé	Z3900		Enfant unique, né hors d'un hôpital	Z381
Naissance unique enfant vivant ^[1]	Z370		Jumeaux, nés hors d'un hôpital	Z384
Naissance jumeaux vivants	Z372		Surveillance médicale, enfant en bonne santé	Z762
Mort-né	Z3711	X		
Rupture d'une suture obstétricale	O901		ACTES SUR LE BEBE	
Rupture d'une suture de césarienne	O900		Aspiration liquide amniotique méconial avec ou sans intubation trachéale	GEJD001
Hématome d'une plaie obstétricale	O902		Ventilation manuelle au masque facial	GLLD018
Hémorroïdes après l'accouchement	O872		Ventilation manuelle au masque facial avec administration IV d'agent pharmacologique	GLLD016
Anémie pdt la grossesse, acct et puer.	O990		Installation en incubateur avec surveillance T°, fréquence card., saturation en O ₂ par mesure transcutanée [SpO ₂] de la glycémie capillaire et pression artérielle	ZZEP004
Anémie post-hémorragique aiguë	D62		Injection IV de médicaments ou solutés à la naissance (à l'exclusion de transfusion sanguine)	EPLF001
Transfusion sanguine ^[6]	Z513		ECG	DEQP003
Infection des voies urinaires Strepto B	O862+B951	P002	Photothérapie	QZRP003
Infection des voies urinaires Esch Coli	O862+B962	P002		
Infection des voies génitales Strepto B	O861+B951	P002		
Fièvre après l'accouchement	O864			
Ligature des trompes ^[7]	Z302			
COMPLICATIONS PERIODE PERINATALE				
APGAR à 1 mn de 0 à 3	P210			
APGAR à 1 mn de 4 à 7	P211			
Artère ombilicale unique	Q270			
Cyanose du nouveau-né	P282			
Détresse respiratoire transitoire	P221			
Anémie congénitale	P614			
Fracture de la clavicule	P134			
Hypothermie	P809			
Ictère	P599			
AUTRES CODES DIAGNOSTIQUES pour la MAMAN			AUTRES ACTES pour la MAMAN	
AUTRES CODES DIAGNOSTIQUES pour le BEBE			AUTRES ACTES pour le BEBE	
[1] Instruction de codage du Diagnostic Principal (DP) : Le diagnostic principal d'un accouchement unique par voie basse sans AUCUNE COMPLICATION est codé en O800 (si césarienne, on code le motif de la césarienne en DP, jumeaux O300 en DP).			[2] ; [3] ; [4] ; [5] ; [6] ; [7] : cf correspondances actes/diagnostics	

E:\Outils\Theasurvs-Ou\Theasurvs-Cu\Diag\Theasurvs-Cu\DiagMater\RIUM_MAT_DiagVersion02 2011

B.I.M. -24/05/2011

Titre : Codage PMSI

(Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information)

Etude rétrospective à la maternité du CHU de Nantes pour en vérifier l'exhaustivité et mesurer l'efficacité de sa méthode actuelle de saisie

Mots-clés :

Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), codage, Obstétrique, Néonatalogie, Groupe Homogène de Malades (GHM), Tarification A l'Activité (TAA/T2A)

Résumé :

Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) est un outil d'importance. Il est au cœur du système actuel d'économie de la santé en étant à la base des revenus financiers d'un hôpital. Il est également l'une des principales sources d'informations épidémiologiques et permet de décrire l'état de santé de la population. Ce mémoire vise à mieux faire connaître le système PMSI et l'activité de codage, en décrivant, dans une première partie, le fonctionnement actuel de ces activités ainsi que les évolutions récentes dans le domaine de la périnatalité. La seconde partie consiste en une étude permettant d'apprécier l'efficacité de la méthode actuelle de saisie du codage au sein de l'hôpital de la Mère et de l'Enfant de Nantes. Enfin, les résultats de l'étude sont analysés afin de déduire quelques améliorations à apporter.

Directeur de Mémoire : Dr SURER Nathalie

Auteur : M. JARROSSAY Thibaud