



REPUBLIQUE FRANCAISE

**DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS**

**Sous-direction de la qualité et du fonctionnement
des établissements de santé**

Bureau des systèmes d'information hospitaliers et du PMSI - (DHOS/E3)

Dr Pierre METRAL
Télécopie : 01 40 56 50 37
Email : pierre.metral@sante.gouv.fr

GUIDE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES INFORMATIONS DU PMSI-SSR

Version 1.1 (1/08/2000)

SOMMAIRE

PRÉSENTATION p. 4

I - CADRE THÉORIQUE

I-1 OBJECTIFS, DÉFINITION

1. OBJECTIFS p. 7

- 1.1. Objectifs du PMSI
- 1.2. Objectifs du PMSI en SSR
- 1.3. Objectifs du guide d'ACQ des informations du PMSI-SSR

2. DÉFINITIONS p. 9

- 2.1. Qualité
- 2.2. Méthodes d'évaluation de la qualité
- 2.3. Amélioration continue de la qualité

I-2 AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES INFORMATIONS

II - OUTILS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DU PMSI-SSR

II-1 ÉVALUER L'ORGANISATION DU RECUEIL

1. MÉTHODES POUR ÉVALUER L'ORGANISATION DU RECUEIL p. 27

Mise à plat du circuit des informations

- 1. Contrôles des outils utilisés
- 2. Contrôles des niveaux de qualification
- 3. Contrôles de connaissance et d'application des règles
- 4. Transparence et retours d'informations

2. FICHES D'ÉVALUATION DE L'ORGANISATION..... p. 30

- 1. Équipement et activité SSR de la structure.
- 2. Médecin responsable de l'information médicale
- 3. Organisation de l'information médicale
- 4. Montée en charge du recueil PMSI-SSR
- 5. Organisation informatique
- 5.bis Contrôle des outils utilisés pour les RHS
- 6. Formation des équipes
- 6.bis. Connaissance des règles
- 7. Analyse du circuit de production des informations
- 8. Retours d'informations
- 9. Temps moyen hebdomadaire par type d'acteur consacré à la production des RHS

3. QUESTIONNAIRES DE CONNAISSANCE DES RÈGLES p. 46

- 1. Questionnaire sur la morbidité
- 2. Questionnaire sur la dépendance
- 3. Questionnaire sur les activités de rééducation réadaptation

II-2 CONTRÔLER LA QUALITÉ DES DONNÉES

1. MÉTHODES DE CONTRÔLE DES DONNÉES.....	p. 50
Contrôles sur dossiers	
Contrôles systématiques sur bases de données	
2. PROTOCOLE-TYPE DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ DES RHS	
Points clés : plan et guide d'utilisation	p. 53
3. GRILLE D'ANALYSE DE LA QUALITÉ DES RHS	p. 58
4. CONTRÔLES DE PERTINENCE (à développer)	p. 64
5. CONTRÔLES DE COHÉRENCE (à développer).....	p. 64

II-3 ÉVALUER LA DÉMARCHE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

1. MÉTHODES POUR ÉVALUER LA DÉMARCHE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES	p. 66
2. LISTE DE PROCÉDURES POUR L'ÉVALUATION DE LA DÉMARCHE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ	p. 68
3. FICHE DE SYNTHÈSE DU PAQ (étude nationale de coût du PMSI-SSR)	p. 71

ANNEXES

ANNEXE 1- Fiches "QOQCP" d'analyse du circuit de production des informations du RHS	p. 74
ANNEXE 2 – Référentiel pour la validation des informations du RHS	p. 94
Fiches 1 à 19 (par item du RHS)	
ANNEXE 3- Les 12 enseignements pour l'amélioration (ANAES)	p. 127
ANNEXE 4- Références et critères d'accréditation pour la gestion du système d'information (ANAES)	p. 128
ANNEXE 5- Grille de critères pour l'audit du dossier médical du patient (ANDEM 1994)	p. 130
ANNEXE 5bis- Exemple de grille d'évaluation de la qualité de la tenue du dossier du patient en SSR (FSEF – 1998)	p. 133
ANNEXE 6- Références et critères d'accréditation pour le dossier du patient (ANAES)	p. 147
ANNEXE 7- Les codes retour d'erreur de la fonction groupage	p. 150
GLOSSAIRE	p. 152
BIBLIOGRAPHIE	p. 154

PRÉSENTATION

Ce document constitue un guide d'amélioration continue de la qualité des informations du PMSI en soins de suites ou de réadaptation (PMSI-SSR).

Son objectif est de fournir aux établissements de santé ayant une activité de SSR, **les connaissances théoriques** et les **outils pratiques** pour **produire des informations PMSI-SSR de bonne qualité** et mettre en place une démarche d'amélioration continue de cette qualité.

Ce guide devrait permettre aux établissements d'effectuer un audit de leur SIH dans sa capacité à produire des RHS et leur permettre d'améliorer la qualité des informations produites. Les éléments d'analyse proposés sont inspirés du *Guide d'évaluation du système d'information hospitalier producteur de RSS*, réalisé par le groupe IMAGE¹ pour le PMSI en court-séjour en 1990. Il a été conçu en coordination avec l'ANAES pour être compatible avec la démarche d'accréditation de l'établissement.

Il est également disponible sur le site officiel du PMSI : www.le-pmsi.fr où il sera régulièrement complété et mis à jour.

Ce guide comporte 2 parties et des annexes:

. I : Le cadre théorique

Pour que ceux qui sont intéressés par l'aspect théorique de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de sa méthodologie.

. II : Les outils d'évaluation

directement utilisables pour analyser les différentes composantes de la production des informations :

II.1 Organisation du SIH (structure et processus) avec les *fiches d'évaluation du SIH*

II.2 Evaluation de la qualité des informations produites (résultats)

II.3 Analyse de la démarche d'amélioration de la qualité conduite dans l'établissement

Les Annexes

Grille d'analyse QQQQCP

Référentiel pour les informations à produire

Critères d'accréditation du SIH et du dossier du patient (ANAES)

Grille d'évaluation du dossier du patient (ANDEM et adaptation SSR)

¹ Le guide d'évaluation du système d'information hospitalier producteur de RSS, a été publié en 1989 par l'ENSP. Réalisé par le groupe IMAGE (Information Médicale pour l'Aide à la Gestion des établissements), ce guide a été plus particulièrement élaboré par le Docteur D.BLUM, le Docteur M. BRÉMOND, P. BURNEL et F. GERBET.

REMERCIEMENTS

Ce document a été élaboré par Pierre METRAL (Mission PMSI),

avec des éléments rédigés par :

Evelyne BELIARD (Direction des hôpitaux)

Nadine RIBET REINHART (FSEF),

Gérard LAIRY (ANAES – CH Sudfrancilien),

Jean François NOURY (PERNNS),

Daniel MAYEUX (CHR Metz-Thionville – ARH Lorraine),

Patrick METAIS (CHR Metz-Thionville),

M. DU HAYS (groupe Hopale – Berck)

Bertrand MORINEAUX (H.L. Bourbonne les Bains)

Pascal CHARPENTIER (Centre Coubert)

Qu'ils soient remerciés du temps et des efforts consentis, le plus souvent sur leur temps personnel.

Ont également participé à sa relecture et à son amélioration

Joëlle DUBOIS et Michel ARENAZ (Mission PMSI)

Stéphane SEILLER – sous directeur des systèmes d'information à la DHOS

Josiane HOLSTEIN (AP-HP)

Claude MARESCAUX (CH Vals-les-bains -CH Privas)

Sandrine COURAY-TARGE (HCL)

Nathalie DUCRET (HCL - CRF Ste Foix l'Argentière)

Jean Pierre BEAUDE (CH Bagnols-sur-Cèze)

Jean Luc FONTAINE (Les Escaldes – Angoustrine)

Vincent LEROUX (UGECA-IF)

Patrick BERDAH (FSEF)

Philippe DUPORTAIL (AP-HP)

Merci également à Lydia MONDIET pour sa mise en forme et à l'équipe du CTIP pour la mise à disposition sur Internet

I – CADRE THÉORIQUE

I.1 Objectifs et définitions

1 Objectifs

2 Définitions

I.2 Amélioration continue de la qualité des informations

I.1 Objectifs et définitions

1. OBJECTIFS

1.1. OBJECTIFS DU PMSI

Le PMSI est un outil médico-économique de description et de mesure de l'activité hospitalière.

Il est basé sur un recueil standard d'informations administratives et médicales (RSS en soins de courte durée, RHS en SSR) décrivant les patients et les prises en charge, et sur une classification médico-économique de groupes iso-ressources (GHM en soins de courte durée, GHJ en SSR). Les groupes sont déterminés à partir des informations retenues pour leurs propriétés de témoins de consommation de ressources hospitalières : un acte chirurgical codé sur un RSS est le témoin de la mobilisation du personnel, du matériel et des consommables, des locaux, etc..., aussi bien au bloc opératoire qu'avant ou après l'intervention, de même en SSR un niveau de dépendance détermine l'assistance dont a besoin le patient dans ses actes de la vie quotidienne et donc l'intensité du temps infirmier et aide soignant.

Le PMSI est utilisé avant tout à des fins de gestion dans l'allocation budgétaire et parfois en gestion interne. Il est également utilisé comme outil de description médicalisée de l'activité pour la planification, la contractualisation ou les projets d'établissements.

Comme son nom l'indique, il vise aussi à développer la partie médicale des systèmes d'information des établissements de santé et son informatisation, par la mise en place d'un recueil minimal obligatoire informatisé.

En tant que base de données exhaustive disponible pour tous les séjours hospitaliers, il est de plus en plus sollicité pour donner des chiffres pour d'autres applications : épidémiologie, évaluation des hôpitaux, etc.

1.2. OBJECTIFS DU PMSI EN SSR

Le PMSI développé en soins de suite ou de réadaptation a les mêmes objectifs et aura les mêmes utilisations qu'en soins de courte durée, car même si l'échelle de points pour l'utilisation budgétaire n'existe pas encore, elle est en préparation et les utilisations en planification ont déjà commencé dans certaines régions.

Le recueil des résumés des hebdomadaires standardisés (RHS) sert à décrire les caractéristiques médicales de la prise en charge d'un patient une semaine donnée, en particulier celles qui déterminent le niveau de consommation de ressources de ce patient.

La classification en GHJ permet ensuite, à l'aide d'une réduction en un nombre limité de groupes, de simplifier la description médicalisée et d'estimer le niveau moyen de consommation de ressources de la semaine.

La mise en place d'un recueil obligatoire d'informations médicalisées transmis à la tutelle et utilisé pour décrire et mesurer l'activité de SSR des établissements dans le cadre de la planification et de l'allocation budgétaire, **nécessite que les informations transmises par les établissements soient de qualité**, c'est à dire :

- **exhaustives** (exhaustivité des malades, des semaines, des informations)
- **fiables**, conformes à la réalité (le plus souvent jugée selon le dossier du malade)
- **auditables**, vérifiables par des documents du dossier
- **conformes aux règles** de recueil officielles (règles administratives et règles du PMSI).

1.3. OBJECTIFS DU GUIDE D'ACQ DES INFORMATIONS DU PMSI EN SSR

Élément incitatif à la qualité, le guide d'amélioration continue de la qualité ou ACQ, a pour objectif **d'aider les établissements à produire une information PMSI-SSR de qualité**. Il sert de guide pour *l'évaluation de la qualité des données produites* et au-delà, de *l'organisation du recueil d'informations PMSI* et de la mise en place du *programme d'amélioration continue de la qualité des informations* du PMSI en SSR. Il constitue **un guide de bonne pratique de recueil du PMSI en SSR**.

Il peut servir de support pour conduire un audit externe de la qualité des informations du PMSI et du système d'information destiné à les produire. La difficulté qui existe à contrôler *a posteriori* avec précision les informations de chaque RHS (niveau de dépendance réelle une semaine donnée, temps intervenant par patient, par activité et par semaine) justifie que l'accent soit mis sur la qualité de l'organisation du recueil et la démarche globale de qualité de production du PMSI en SSR.

UTILISATION : évaluer pour quoi faire ?

L'objectif poursuivi est bien celui de la qualité des informations du PMSI en SSR. Le guide constitue un outil incitatif et pédagogique à la **production de données de qualité**. Il laisse les établissements libres d'organiser leur évaluation et leur démarche qualité.

Il sera complété d'un volet contractuel (avec engagement sur le niveau de qualité et sur les mesures d'amélioration) notamment dans la perspective d'une utilisation budgétaire ou tarifaire, et d'un dispositif de contrôle externe avec sanctions éventuelles.

LES CRITÈRES : que mesure-t-on ? quelle qualité recherche-t-on ?

Le guide vise à l'amélioration globale de la qualité des données PMSI en SSR, dans toutes ses dimensions (exhaustivité, fiabilité, précision, conformité...) notamment par une action sur la chaîne de production des informations. Il ne s'intéresse pas qu'au résultat du groupage en GHJ, mais bien à l'ensemble des informations contenues dans les RHS et aux documents utilisés pour les recueillir. Chaque catégorie d'information du RHS sera évaluée en "vrai (précis-imprécis)"/"faux (oubli-abus)"/"invérifiable".

LES RÉFÉRENCES : quelle est la vérité ?

Les règles de recueil figurent dans le *guide de production des RHS* paru au Bulletin officiel (Fascicule spécial 97.5bis), le présent guide rappelle en complément les documents de référence que l'on doit utiliser pour les vérifications. Pour les difficultés particulières de hiérarchisation de la morbidité et de codage, on pourra faire appel au PERNNS, pôle d'expertise national des nomenclatures de santé, 19 boulevard Eugène Déruelle, 69003 Lyon (fax : 04.72.84.86.21, e-mail: pernns@clubinternet.fr).

2. DÉFINITIONS

Le système d'information est au cœur du fonctionnement de l'établissement. Les flux d'informations sont multiples. Ils concernent les fonctions de soins, de logistique et les fonctions administratives et de gestion.

La structuration du système d'information et sa cohérence sont des éléments déterminants pour le bon fonctionnement de l'établissement et la réponse aux besoins des différents professionnels et du patient.

Les progrès technologiques spectaculaires ne doivent pas occulter la nécessité d'un contenu de qualité c'est à dire de données valides et fiables

Après un rappel de quelques définitions, la démarche d'amélioration continue de la qualité appliquée au champ du PMSI-SSR sera détaillée.

2.1. QUALITÉ

La **qualité** est "l'ensemble des propriétés et caractéristiques d'un produit ou d'un service qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites (ISO 8402 – 2.1)"

La gestion de l'information médicale dans un établissement de santé s'inscrit parfaitement dans le cadre de la prestation de service. Par ailleurs, on remarquera que la définition de la qualité s'appuie sur la notion de besoin. Ces besoins dépendent eux-mêmes d'une politique de l'information, définie et mise en œuvre dans l'établissement selon les attentes et besoins internes ou externes.

C'est à partir des axes de la politique de l'information dans l'établissement et des objectifs fixés que la *démarche qualité* peut être instituée.

La **démarche qualité** a pour objet, à partir de la définition d'une politique et d'objectifs, de gérer et d'assurer le développement de la qualité, en s'appuyant sur un *système qualité* mis en place et en utilisant divers outils, propres à faciliter l'obtention des objectifs souhaités (AFNOR)".

Le **système qualité** est l'ensemble des ressources qui participent aux objectifs de qualité de l'établissement. Il englobe le personnel, les locaux, les moyens matériels et financiers ainsi que les outils nécessaires (2)

La démarche qualité dans le champ du PMSI-SSR peut être envisagée du double point de vue interne et externe. Les objectifs principaux peuvent être différents mais les moyens utilisés sont très proches.

L'évaluation de la qualité est une des étapes de la démarche qualité qui suppose, quel que soit le domaine considéré, la mesure de ce qui est fait et la comparaison avec ce qui doit être fait . « Elle repose sur l'analyse des faits observés, quantifiés et non sur des croyances ou opinions ». (3)

² Defourny V, Noye D. Du bon usage des mots de la qualité. Les principaux termes : définitions et commentaires Ministère de l'Industrie. Paris INSEP 1996.

³ Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation. Evaluation de la tenue du dossier du malade. L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. ANDEM. Paris : 1994. ; 69P.

Deux phases se succèdent donc :

- celle de *la mesure* (le constat de ce qui existe). Cette phase nécessite de définir les éléments à mesurer, le degré de précision demandé, les documents à consulter, les règles précises à appliquer en cas d'absence d'une donnée. Elle est souvent formalisée sous forme d'une grille de réponses à un ensemble de questions. Un exemple de grille d'évaluation de la qualité de la tenue du dossier du patient est donné par les annexes 5 et 5bis.
- la comparaison avec *un référentiel* constitue la deuxième phase.

Le référentiel est un ensemble comportant les textes législatifs, les recommandations - si possibles fondées sur des données valides et prouvées- et les avis d'experts). (4)

Dans le cadre du PMSI-SSR, ce référentiel est composé notamment des différentes publications de la mission PMSI, du guide méthodologique de production des RHS et les avis des experts du PERNNS. Ce référentiel n'est pas figé et nécessite une constante mise à jour.

Les domaines de l'évaluation

En s'appuyant sur des travaux reconnus portant sur la qualité des soins(5), on peut définir les domaines de l'évaluation dans un système d'information. On distingue l'évaluation des **structures**, des **processus** et des **résultats**.

1. Dans les *structures* sont inclus les personnels, leur qualification ainsi que leur implication dans une formation continue, les locaux (leur taille, leur localisation, leur protection, etc.) et les différents moyens mis à disposition et indispensables à la production de l'information (informatiques ou non). Ce secteur, en charge de l'information médicale doit être individualisé au sein de l'établissement avec une personne responsable et des plages horaires consacrées au recueil et à la gestion de l'information (annexe 1 QQQQCP).

2. Dans les *processus* sont décrits les "façons de faire", les circuits adoptés, la succession des différents intervenants dans chaque "segment d'activité".

Le **processus** est « une conjonction d'activités, réalisées avec des moyens et selon des règles, en vue d'un résultat donné » (6) .

Ces processus sont documentés, notamment en cas de risque important quant à la qualité, par des *procédures* (qui décrivent la succession des actes à réaliser, avec les contraintes afférentes) qui sont disponibles sur papier ou tout autre support facilement accessible. Dans les établissements de santé, elles sont souvent appelées protocoles.

Pour la phase d'évaluation des processus, dans le cadre du PMSI, la connaissance de ce qui est réellement fait par observation directe n'est pas réaliste. Il faut donc pouvoir accéder, de manière rétrospective, à une trace de cette activité, pour pouvoir la comparer au relevé propre au PMSI-SSR.

Le dossier du patient, malgré ses imperfections, reste actuellement le seul document assurant le rôle de synthèse des différentes décisions, interventions ou actes effectués. Le contenu du dossier du patient séjournant dans un établissement de santé, défini par un texte relativement peu

⁴ Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale.

L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - L'audit clinique –Paris : ANDEM 1994/69 p. - ISBN 2 : 910653-00-5.

⁵ Donabédian A. JAMA 1988 ;260 :1745.

⁶ Defourny V, Noye D. Du bon usage des mots de la qualité. Les principaux termes : définitions et commentaires Ministère de l'Industrie. Paris INSEP 1996.

contraignant (Décret n° 92-329 du 30/3/92) doit, en réalité, être adapté en fonction du lieu de séjour du patient ou de la spécialité concernée.

De la qualité de la tenue de ce dossier dépend la possibilité de le retenir comme instrument de mesure et de comparaison avec le contenu des RHS.

L'ANAES a réalisé un guide "générique" d'évaluation du dossier, en individualisant la partie médicale et infirmière, et plus récemment l'a appliqué au partogramme (dossier de suivi de l'accouchement).

Il n'existe pas actuellement de référentiel ANAES spécifique au dossier des patients dans les établissements de SSR, mais des éléments d'orientation existent dans le manuel d'accréditation (annexe 6). On y retrouve les étapes essentielles que sont :

- "l'établissement définit et met en œuvre une politique du dossier du patient dans l'ensemble des secteurs d'activité".
- Ce dossier doit par ailleurs permettre "une gestion fiable des informations" et "assurer la coordination de la prise en charge entre professionnels et secteurs d'activité".
- Il "permet à tout moment de connaître les traitements, les examens et les soins reçus ou devant être reçus par le patient"
- Les responsabilités des différents intervenants (...) sur la tenue du dossier du patient sont établies par écrit.
- Enfin, le dossier du patient « doit être périodiquement évalué dans une optique d'amélioration de sa qualité ».

Tous les éléments sont donc réunis pour faire du dossier du patient, y compris en SSR, un document de comparaison. La première action dans la démarche qualité de l'établissement doit donc être de vérifier la conformité du contenu et de la tenue de son « dossier patient » aux références évoquées ci-dessus.

Bien évidemment l'accès au dossier ne peut se faire que dans le respect de la confidentialité et du Code de déontologie. Cette limite est un élément en faveur de l'auto-évaluation.

De nombreux exemples de processus peuvent être décrits dans le cadre du PMSI-SSR. Ils varient selon les établissements et les choix stratégiques adoptés (hiérarchisation, codage et saisie centralisés ou non ; partage des tâches entre les différents intervenants ; équipements nécessaires au recueil etc.).

La collecte des temps des intervenants est un exemple de processus. Il amène à identifier les personnes concernées (dans une logique dite "de client à fournisseur"), à s'interroger sur les matériels et leur contenu, les contraintes légales ou professionnelles s'y rapportant (notion de confidentialité, recommandations dans la précision de la mesure, etc.) et, enfin, sur les moyens utilisés (bordereau papier avec saisie différée ou saisie sur un poste de travail dans un logiciel à accès partagé).

La juxtaposition et la succession des processus élémentaires doivent couvrir progressivement l'ensemble de la production, couvrant toute la prise en charge du patient, depuis son entrée dans la structure jusqu'à sa sortie (figure 1).

3. Les *résultats*, dans le domaine de production du PMSI, peuvent être envisagés selon différents points de vue.

- Les données recueillies sont à la fois un des éléments du processus mais aussi un résultat immédiat. (7)

⁷ Il faut souligner qu'il ne s'agit pas de juger du bien fondé des décisions des professionnels, mais de la concordance de la description résumée avec la réalité.

Les dimensions de la qualité des données dans le PMSI sont :

- . l'exhaustivité (aucune donnée ne doit manquer),
 - . l'exactitude (la donnée décrit la réalité),
 - . la précision (qui sera adaptée au degré souhaité selon les items, ex : une date doit avoir un certain format, le code choisi pour décrire une maladie doit être aussi proche de la réalité que le permet la classification utilisée),
 - . la pérennité (les données ne doivent pas être modifiées au cours du temps).
 - . La liaison avec un identifiant : la liaison avec le patient concerné doit être constante⁸
- Une fois les données collectées, l'étape suivante est la production du *case mix* qui doit représenter la "juste" activité, c'est à dire la traduction, au plus près, de la réalité des prestations fournies.
 - Au-delà, le résultat sera la production, via les RHA et les GHJ, des points ISA et leur implication dans la répartition budgétaire.

2.2. MÉTHODES D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ

L'audit qualité

« **L'audit qualité** est un examen méthodique et indépendant, réalisé en coopération avec les intéressés, en vue de déterminer si les activités et les résultats relatifs à la qualité satisfont aux dispositions préétablies et si ces dispositions sont mises en œuvre de manière efficace et sont aptes à atteindre les objectifs recherchés » ISO 8402-4.9.

Le déroulement de l'audit se calque sur les différents éléments de cette définition. En effet, un sujet ayant été correctement délimité, plusieurs étapes doivent se succéder dans un ordre logique :

- constitution du référentiel (textes légaux, recommandations professionnelles ou avis d'experts) ;
- mesure (le plus souvent à partir du dossier du patient) du respect du référentiel dans le travail journalier ;
- analyse des écarts constatés, pour en déterminer les causes possibles ;
- propositions et mise en place de solutions élaborées en commun (par tous les professionnels concernés, de près ou de loin) ;
- nouvelle mesure, après un temps nécessaire à l'appropriation des changements, de l'adéquation au référentiel, de manière à mesurer la progression de la qualité (de la pratique, du soin ou de la satisfaction par exemple).

La méthode de l'audit a un certain nombre de limites ou d'insuffisances :

- Les audits (⁹) sont le plus souvent centrés sur des pratiques professionnelles bien délimitées et sont rétrospectifs par nature. Le dysfonctionnement constaté ne peut donc être corrigé immédiatement ;

⁸ La liaison au temps ou 'opportunité' (*timeliness* des anglo-saxons) n'a pas de sens actuellement dans le PMSI (un acte peut être correctement effectué – avec une bonne qualité technique et à la satisfaction du patient- mais trop tôt ou trop tard).

⁹ Le terme de **contrôle** c'est à dire "une activité telles que mesurer, examiner, essayer ou passer au calibre une ou plusieurs caractéristiques d'une entité et comparer les résultats aux exigences spécifiées en vue de déterminer si la conformité est obtenue pour chacune de ses caractéristiques (AFNOR)" est très proche de l'audit, bien qu'employé souvent avec une connotation négative dans le langage courant.

- Le contenu du dossier, qui est le plus souvent le support de l'évaluation, peut ne pas refléter la réalité des soins. En effet, ce qui n'est pas écrit peut traduire l'absence de réalisation d'un acte ou une constatation normale, ne justifiant pas le recours à l'écrit ou, au contraire, traduire un défaut de consignation.
- La précision des mesures de conformité dépend de la taille de l'échantillon, i.e. du nombre de dossiers audités. Le but est de déterminer avec un certain risque statistique, à partir de l'échantillon retenu, ce qui existe dans l'ensemble des dossiers. La taille de l'échantillon doit être calculée en fonction de diverses situations (risques α et β de conclure à tort, références et écarts attendus, variabilité du phénomène étudié), or nous ne disposons pas de connaissance précise dans ce domaine.

L'assurance qualité

C'est en raison des limites des audits que l'on tend à privilégier actuellement la démarche d'assurance qualité dans les activités de service,.

L'assurance qualité est « l'ensemble des actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée qu'un produit ou un service satisfera aux exigences données relatives à la qualité » (AFNOR-ISO 8402-1994)

On voit que cette démarche se distingue par son action globale et systématique s'inscrivant dans la durée et surtout par sa place, en amont des dysfonctionnements (pour les prévoir et les éliminer).

L'assurance qualité vise à donner confiance. Il s'agit « de fournir la preuve que tout a été mis en place pour atteindre les objectifs fixés ». La conformité à un certain nombre de normes (série ISO 9000) permet dans le monde des services l'obtention d'un label (certification). On notera qu'il s'agit d'une appréciation externe à l'établissement.

L'assurance qualité ne signifie pas que le service délivré (ou le « produit » du système) est bon, mais que l'établissement maîtrise les dysfonctionnements et peut le prouver.

De nombreux exemples peuvent être tirés du domaine de la santé, que ce soit la stérilisation ou les transports, en passant par la restauration (la chaîne du froid par exemple).

2.3. AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

« ***L'amélioration continue de la qualité*** correspond à une démarche qualité progressive, incluant un management participatif [...], elle vise à introduire un changement dans l'organisation en intégrant la dynamique de l'amélioration à tous les niveaux » ¹⁰

Par ses actions préventives et les mises à niveau successives en fonction des évolutions (des attentes et des connaissances) et par la prise en compte des enseignements tirés de l'analyse des erreurs antérieures, l'assurance qualité peut aboutir à *l'amélioration continue de la qualité* (*Continuous quality improvement* ou *CQI* des anglo-saxons).

Il existe une variabilité liée à la nature même de « l'utilisateur » dans les établissements de santé. L'amélioration continue de la qualité s'inscrit donc, plus facilement que l'assurance qualité, dans le contexte clinique.

¹⁰ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé : Evaluation d'un programme d'amélioration de la qualité. Les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français. Paris : ANAES 1999 ;105P. Téléchargeable sur www.anaes.fr section publications.

Pour résumer, l'amélioration continue de la qualité, dans le contexte des systèmes d'informations, peut être considérée comme une « assurance qualité » complétée par une analyse en profondeur des défaillances et des non conformités, une reconstruction du processus avec les acteurs, une mesure objective des résultats obtenus et enfin, par une étude de la qualité même du produit obtenu, par rapport aux objectifs fixés. Il ne s'agit donc pas d'une situation figée, mais d'actions diversifiées dans l'espace (plusieurs axes de progression sont explorés de façon synchrone) et dans le temps (par la remise en cause lors d'erreurs ou de changements de référentiel)

Lorsque cette démarche dépasse le cadre d'une activité (l'information médicale, les soins, la blanchisserie, etc.) et s'intègre dans une politique globale d'établissement, on parle alors de *management total par la qualité* (traduction du *total quality management* ou *TQM*).

Il s'agit d'un « mode de management centré sur la qualité, avec participation de tous ses membres et visant au succès à long terme, à la satisfaction du client, et à des avantages pour tous les membres de l'organisme et pour la société (ISO 8402-3.7)

Le management total de la qualité est donc l'extension et la généralisation de la logique de l'amélioration continue de la qualité à l'ensemble de la structure, en prenant en compte les exigences relatives à la qualité de tous les « clients » et « fournisseurs », interne et externes.
« Cette approche utilise comme levier la triple contrainte qui consiste à faire continuellement mieux, plus vite et moins cher et intègre le coût d'obtention de la qualité comme outil de gestion » ⁽¹¹⁾

¹¹ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé : Evaluation d'un programme d'amélioration de la qualité. Les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français. Paris : ANAES 1999 ;105P. Téléchargeable sur www.anaes.fr section publications.

I.2 Méthodes d'amélioration continue de la qualité des informations

L'amélioration continue de la qualité dans le PMSI SSR

Nous avons vu plus haut que l'amélioration continue de la qualité (ACQ) doit être progressive et répétitive incluant les différents acteurs du secteur concerné.

La particularité de l'ACQ est de dépasser le cadre de la simple conformité des pratiques de chaque acteur et d'y ajouter la maîtrise des interfaces et la dimension organisationnelle pour couvrir progressivement l'ensemble des processus. Le but principal est bien, dans cette démarche, d'assurer un résultat de qualité, y compris la satisfaction des utilisateurs. On peut penser par ailleurs que l'amélioration d'un système d'information peut avoir, notamment par ses implications structurantes, un effet favorable sur la qualité des soins.

La mise en œuvre du PMSI-SSR se traduit par un ensemble de processus dans le temps (le cycle de vie des données) et dans l'espace (les différentes activités et services impliqués).

Le nombre de ces processus et les contraintes multiples rencontrées dans la cadre d'un établissement de santé expliquent la possibilité de survenue de dysfonctionnements. La complexité des circuits ne permet donc pas d'avoir la certitude de la qualité des données qu'ils traitent. Par ailleurs, même lorsque le contrôle final est possible, il ne peut être exhaustif. D'autre part, les techniques d'échantillonnage permettent au mieux de signaler le(s) défaut(s) mais ne donnent aucune indication sur la nature des causes. Seule l'analyse fine des processus concernés permettra d'expliquer l'anomalie et de proposer des système de correction ou, mieux encore, de prévention.

Ces constats sont à la base de la méthode proposée par l'ANAES (ex ANDEM), appliquée à des programmes d'amélioration de la qualité dont les thèmes étaient limités à des processus cliniques transversaux dans les établissements de santé (la transfusion, la sécurité anesthésique ou la dispensation du médicament par exemple) ou à des supports utilisés par de nombreux acteurs (le dossier du patient), mais l'essentiel des enseignements tirés ⁽¹²⁾ est applicable à un système d'informations médicales (Figure 1).

Dans cette méthode « d'analyse par processus », trois principes sont fondamentaux :

- toute activité dans un établissement peut être décrite, comme nous l'avons vu, sous le forme de processus. **On choisi d'abord un processus ;**
- **ce processus est examiné** dans son fonctionnement et dans toutes ses parties élémentaires. Les points critiques sont identifiés, **les causes potentielles de dysfonctionnement sont repérées ;**
- le processus est reconstruit sur les bases d'un référentiel partagé et **des mesures préventives sont mises en place ;**
- **l'efficacité de l'amélioration est planifiée et contrôlée.**

Pour expliciter le déroulement décrit ci-dessus nous prendrons l'exemple du processus de recueil de l'information indispensable au RHS.

Nous supposerons que le recueil est pratiqué sur des bordereaux, intégrés au dossiers du patient et destinés à être saisis par une secrétaire (figure 2).

¹² Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale. Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé. Principes méthodologiques. Paris : ANDEM 1996 ;79P. Téléchargeable sur www.anaes.fr section publications.

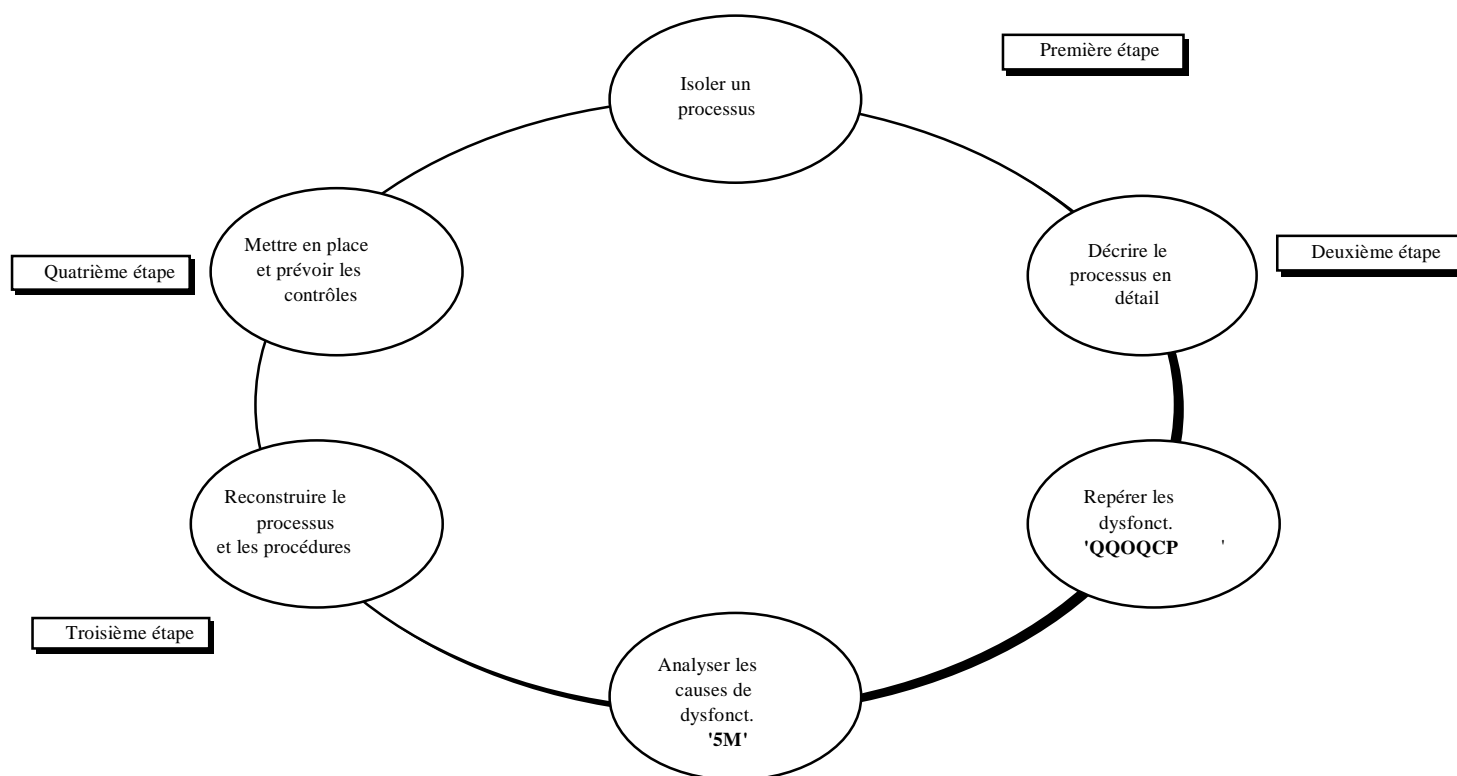


Figure 1. Le cycle de l'amélioration continue de la qualité

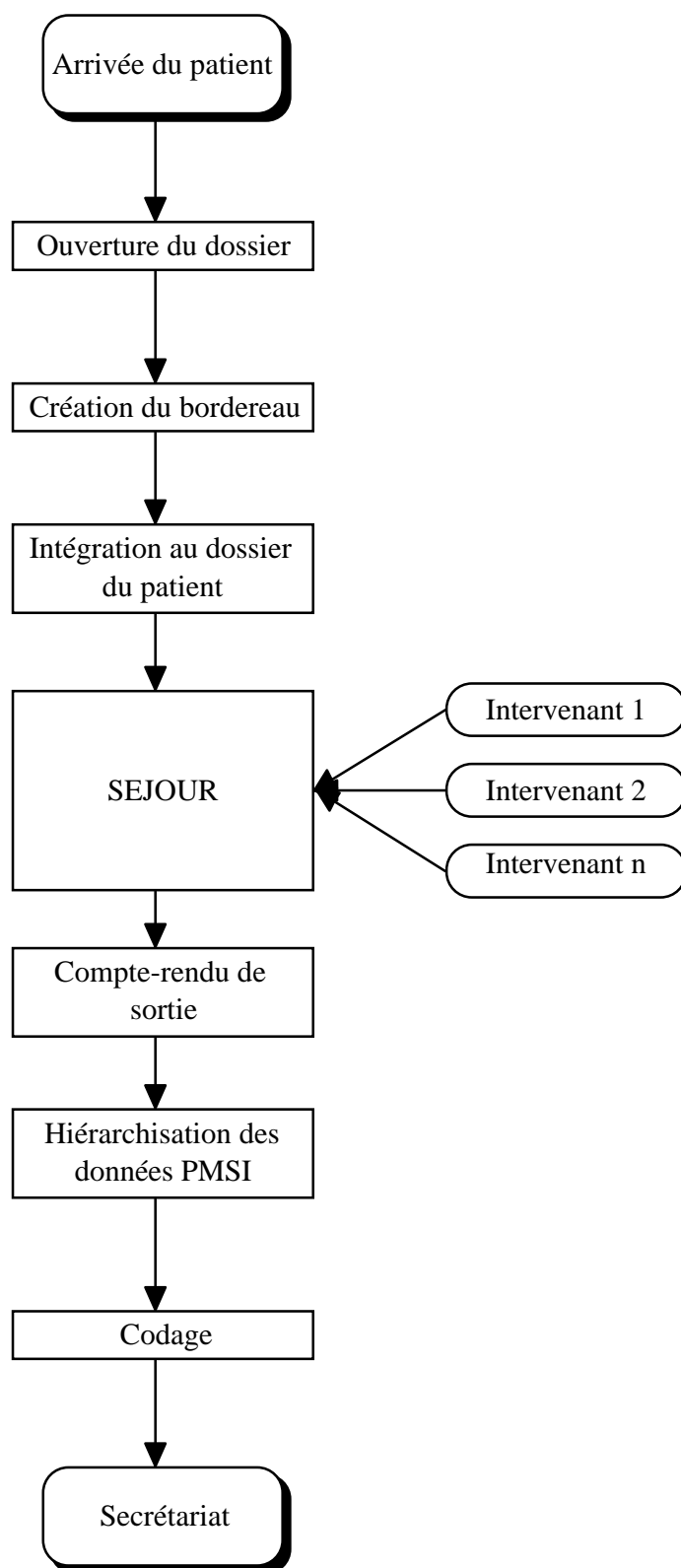


Figure 2. Processus de collecte des données dans le PMSI SSR

La première étape :

Le processus est bien délimité, il commence à l'arrivée du patient et se termine lors du transfert des données à la secrétaire.

En réalité, le processus tel qu'il est décrit ici est encore trop complexe et doit être découpé, avec l'aide des personnes concernées. Cette première analyse détaillée permet de bien mettre en évidence la multiplicité des professionnels concernés par le processus. Toute action d'amélioration continue de la qualité doit prendre en compte cette diversité et impliquer les différents acteurs dès la conception du projet.

Dans notre exemple on constate qu'il existe trois sous processus dans le circuit de l'information : l'arrivée du patient et la constitution de son dossier, le séjour lui même avec le relevé d'activités et enfin le sous-processus de sortie.

La deuxième étape :

L'analyse du fonctionnement actuel du processus constitue la deuxième étape. Un exemple de deux méthodes de recueil des temps (par bordereaux ou informatisée) est proposé (figure 3). Le fonctionnement est souvent implicitement connu, mais la description fine par les acteurs concernés objective des étapes sensibles ou potentiellement dangereuses pour la qualité. Cette étape peut être longue, mais réclame une validation et une appropriation par l'ensemble des personnes concernées. La représentation visuelle des segments élémentaires et des décisions (*flowcharts* ou logigrammes) facilite les interrogations et leur analyse critique.

Chaque processus peut être décomposé en segments élémentaires dont l'étude est facilitée par l'**outil « QQQQCP »** constitué par la réponse aux questions suivantes (fig. 4):

- « Qui ? » qui effectue l'action ?
- « Quoi ? » quelle est la nature de cette action ?
- « Où ? » à quel endroit a lieu l'action ?
- « Quand ? » dans quel temps intervient l'action ?
- « Comment ? » : quels sont les moyens précisément utilisés ? avec quelles contraintes ou règles ?,
- « Pourquoi ? » : quel est la nature du produit ou du service obtenu par cette action ou le but à atteindre.

Il est impossible de décrire toutes les situations, variables selon les spécialités et les structures des établissements SSR mais, plus que la nature des décisions prises, qui peut varier d'une organisation à l'autre, ce qui importe est le respect de la méthode et la rigueur d'analyse.

Les réponses à certaines questions ci-dessus permettent de rappeler les références légales et/ou les recommandations du guide méthodologique de production des RHS. C'est le cas pour le "comment ?" de notre exemple du recueil des temps des intervenants. Un algorithme (centré sur la difficulté de la sélection des intervenants et du calcul) peut être établi (figure 5). Cette phase du recueil est en effet délicate, en raison de la réunion de multiples contraintes, mais aussi des répercussions importantes sur le groupage, notamment en PRRC (voir plus loin la notion de « point critique »)

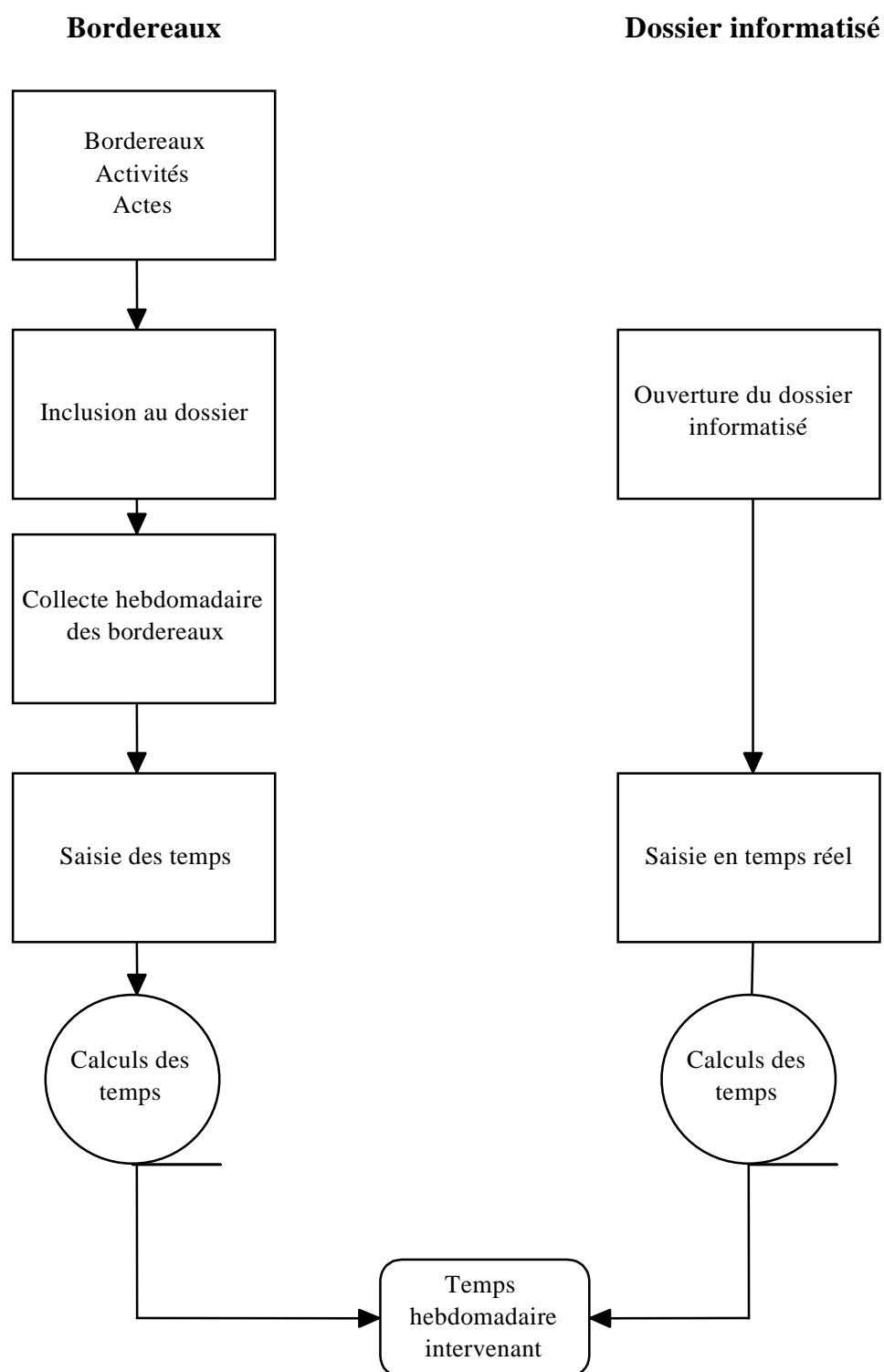


Figure 3. Exemples de sous processus de collecte des temps d'intervenants

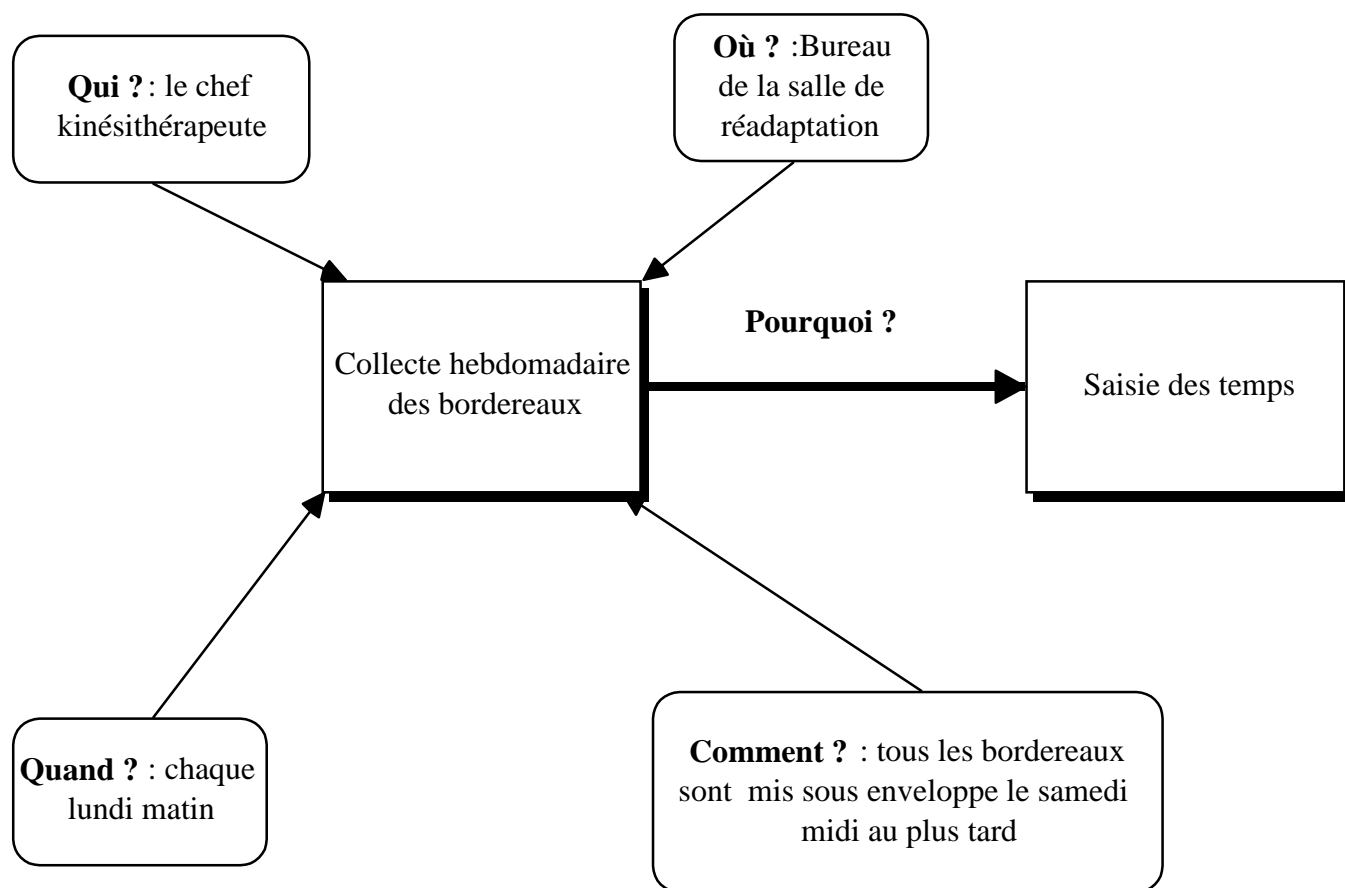


Figure 4. Analyse d'un segment (outil 'QOOQCP')

Ailleurs l'analyse mettra en évidence un risque ou une réalité de dysfonctionnement. Dans notre exemple seraient à craindre des erreurs :

- par oubli ;
- de calcul ;
- de transcription ou de recopie.

Il est nécessaire de quantifier la fréquence des dysfonctionnements, pour raisonner sur des faits et non des impressions. Cela permet d'établir un ordre de priorité d'actions mais aussi de retenir des indicateurs nécessaires pour les contrôles ultérieurs.

Lorsque les dysfonctionnements potentiels (ou constatés) sont identifiés, il est utile de construire un diagramme "cause-effet" (Ishikawa). Il s'agit d'un outil permettant de décrire l'ensemble des causes identifiées pouvant être à l'origine des erreurs constatées ou potentielles.

Pour les erreurs de calcul, le diagramme (figures 5 et 6) construit selon 5 grands axes (exprimant les moyens matériels, les moyens humains, les matières premières, la méthode, et enfin, l'influence du milieu - dit méthode des "5M"), permet de faire un exemple d'inventaire des causes relevées dans l'établissement. La véracité des causes évoquées devra être vérifiée sur le terrain, avec si possibles des personnes n'ayant pas participé au groupe de travail.

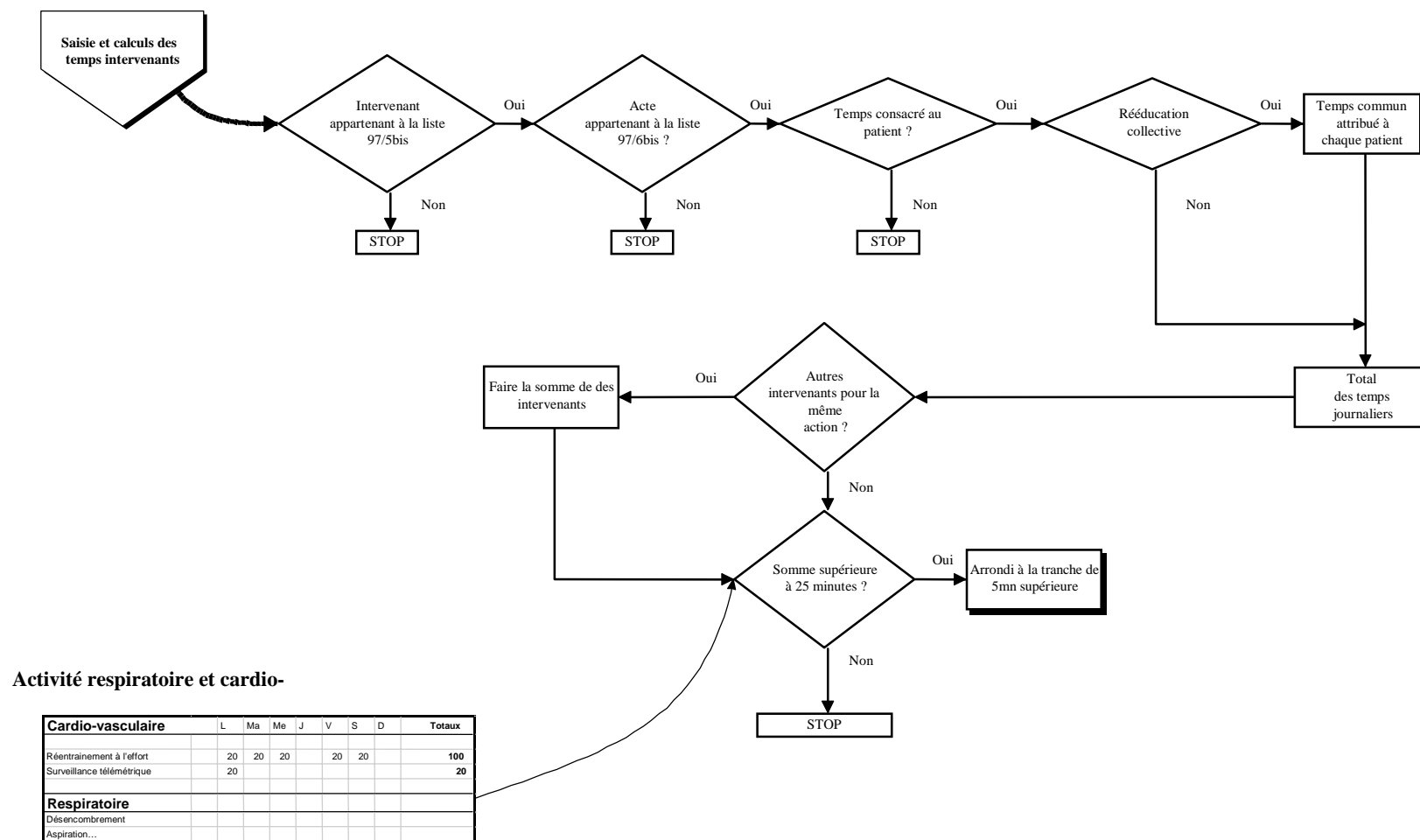


Figure 5. Rappel des recommandations pour le calcul des temps d'intervenants

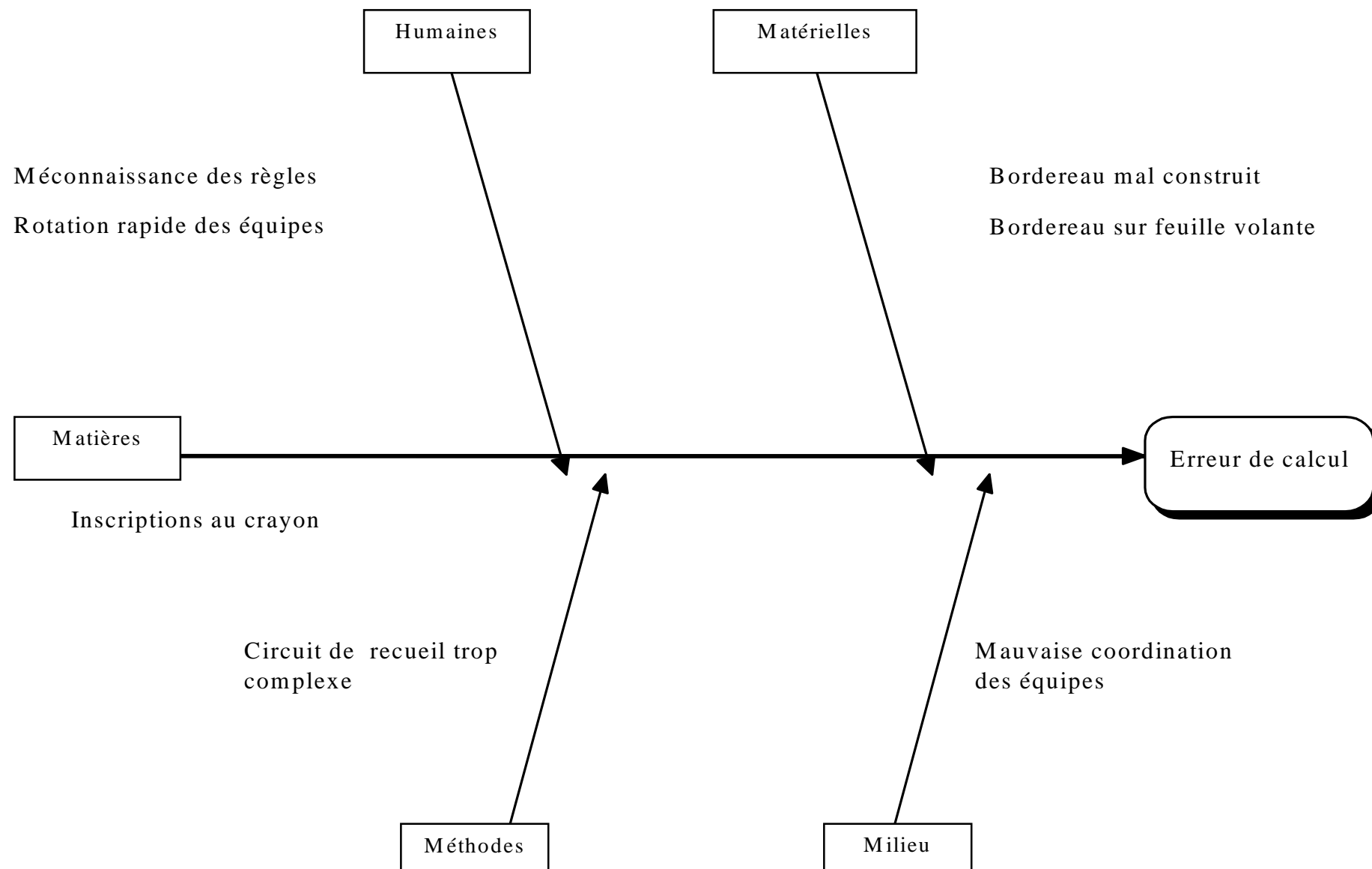


Figure 6. Analyse des causes d'erreur de calcul (Outil '5M')

La troisième étape :

A partir de cette analyse des causes de dysfonctionnement l'équipe en charge de l'amélioration de la qualité (c'est à dire les acteurs concernés directement mais aussi, c'est un gage de sécurité, les responsables de l'institution) doit reconstruire certaines étapes du processus (adapter ou modifier). Le plan d'action découle de cette « analyse des causes ».

Seront traités en priorité les dysfonctionnements fréquents et/ou graves. Il s'agit, dans le cadre du PMSI SSR, d'erreurs ou de fautes entraînant une baisse de qualité irréversible. On peut imaginer par exemple

- que le recueil des temps se fasse sur des supports uniques (papier ou fichiers non sauvegardés) qui sont égarés,
- qu'une erreur de traitement des RHS avant l'envoi à la tutelle se traduira par une disquette illisible ou vide, obligeant à des reprises du processus, coûteuses en temps et génératrice de retards en aval.

Ces points du processus seront considérés comme critiques et devront être traités en priorité. On pourra éventuellement les classer en :

- « points de non conformité structurelle » des résultats obtenus (format de données ou de fichier, mauvaise période de recueil)
- « points de mauvaise qualité » des résultats (excès ou insuffisance des temps intervenants, mauvaise extraction, hiérarchisation ou codage inappropriés).

Il sera parfois utile de traiter l'ensemble du sous processus comportant le point critique, de manière que les efforts de réflexion soient concentrés sur un domaine cohérent.

La quatrième étape :

Elle consiste à mener les actions de reconstruction, à en assurer le suivi et l'évaluation.

Au cours de la reconstruction du processus, des points de contrôle ont été établis, permettant d'assurer l'amélioration ultérieure. Ces contrôles s'appuient sur des indicateurs de processus (nombre d'utilisation de certains outils ou de passage par une des étapes) ou de résultat (contrôle ponctuels des journées de présence des patients ou de la qualité du codage par exemple). De même, la recherche épisodique de défauts de vraisemblance des données, ciblée sur des étapes délicates, s'apparente à ce type de contrôle.

Cette démarche exposée ici schématiquement peut paraître très théorique, voire ésotérique. Appliquée au système d'information elle s'avère rapidement génératrice d'améliorations sensibles de la qualité des résultats. Elle facilite aussi la participation des professionnels impliqués.

Douze enseignements pour l'amélioration, tirés de l'expérience de l'ANAES (ex ANDEM), sont données en 3 pour fixer les points essentiels.

II – LES OUTILS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DU PMSI-SSR

II.1. ÉVALUER L'ORGANISATION DU RECUEIL :

- **1. Méthodes pour évaluer l'organisation**
- **2. Fiches d'évaluation de l'organisation
(structure et processus)**
- **3. Questionnaires de connaissance des
règles du PMSI-SSR**

II.2. CONTRÔLER LA QUALITÉ DES DONNÉES :

- **1. Méthodes de contrôle des données**
- **2. Protocole-type de contrôle des données**
- **3. Grilles de contrôle des données**
- **4. Contrôles de pertinence**
- **5. Contrôles de cohérence**

II.3. ÉVALUER LA DÉMARCHE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ :

- **Liste de procédures pour l'évaluation de
la démarche qualité**

II.1. ÉVALUER L'ORGANISATION DU RECUEIL :

1. METHODES POUR EVALUER L'ORGANISATION

- 1. MISE A PLAT DU CIRCUIT DES INFORMATIONS
- 2. CONTROLE DES OUTILS UTILISES
- 3. CONTROLES DES NIVEAUX DE QUALIFICATION
- 4. CONTROLES DE CONNAISSANCE ET D'APPLICATION DES REGLES
- 5. TRANSPARENCE ET RETOURS D'INFORMATION

2. FICHES D'EVALUATION DE L'ORGANISATION

La Structure

- FICHE 1 - EQUIPEMENTS ET ACTIVITE SSR DE LA STRUCTURE
- FICHE 2 - MEDECIN RESPONSABLE DE L'INFORMATION MEDICALE

Les Processus

- FICHE 3 –ORGANISATION DE L'INFORMATION MEDICALE
- FICHE 4 – MONTEE EN CHARGE DU RECUEIL
- FICHE 5 – ORGANISATION INFORMATIQUE
- FICHE 5bis CONTROLES DES OUTILS UTILISES
- FICHE 6 – FORMATION DES EQUIPES
- FICHE 6bis CONNAISSANCE DES REGLES
- FICHE 7 – ANALYSE DU CIRCUIT DES INFORMATIONS '(cf annexe 1)
- FICHE 8 – RETOURS D'INFORMATION
- FICHE 9 – TEMPS MOYEN CONSACRE AU RECUEIL

3. QUESTIONNAIRES D'EVALUATION DE LA CONNAISSANCE DES REGLES DU PMSI-SSR

Questionnaire d'évaluation pour la morbidité

Questionnaire d'évaluation pour la dépendance

**Questionnaire d'évaluation pour les activités de rééducation
réadaptation**

EN ANNEXE 1 : FICHES QQQQCP A REMPLIR

1. MÉTHODES POUR ÉVALUER L'ORGANISATION DU RECUEIL ET DU SIH

Pour améliorer durablement la qualité des informations produites pour le PMSI-SSR dans un établissement, les contrôles ponctuels ne peuvent être suffisants, l'organisation du circuit des informations doit être examinée avec soins pour connaître parfaitement le processus de production et identifier les points faibles qui risquent d'altérer la qualité. Cette analyse permet ensuite de guider efficacement les actions d'amélioration.

1. MISE À PLAT DU CIRCUIT DES INFORMATIONS

Pour évaluer l'organisation du recueil des informations du PMSI, la première étape consiste à analyser le circuit des informations. Avant de parvenir dans le RHS une information est soumise à différents traitements (ex: extraction, sélection, hiérarchisation, codage, transmission, saisie).

Chaque information suit un parcours particulier qu'il faut analyser en terme d'**origine** (ou source), d'**actions** (les traitements – quoi?), d'**intervenants** (qui ?), de **supports** (bordereaux, fichiers ... – comment ?) - et de **chronologie** (quand ?), le tout selon des **règles** définies (comment ?).

L'application de la méthode QQQQCP (qui fait quoi, où, quand, comment, pourquoi) et de la méthode des 5 M (méthodes, matériel, moyens humains, milieu et matières), développées au chapitre suivant, permettent notamment d'avoir une vue et une analyse globale du processus de production des informations et de ses points faibles, conformément à la méthodologie de l'amélioration continue de la qualité.

2. CONTRÔLES DES OUTILS UTILISÉS

Les différentes étapes de la production des informations du PMSI-SSR font appel à des "outils" dont la plupart sont développés localement. Pour s'assurer que l'établissement est placé dans de bonnes conditions de travail, il faut une validation attentive de ces outils pour s'assurer qu'ils permettent de produire des informations exactes et respectent les règles de recueil et de codage. La validation des outils doit être reprise lorsque les règles évoluent pour s'assurer qu'ils restent compatibles avec les évolutions (extensions de codes CIM-10 ou d'actes, modifications des règles de recueil des activités de rééducation réadaptation, de la liste des intervenants...).

Parmi les outils habituels on peut citer :

- les bordereaux de recueil adaptés par professionnels (bordereaux simplifiés de morbidité, fiche de recueil des actes de rééducation réadaptation par exemple),
- les éventuelles grilles de transcodage (AGIRR- dépendance ou MIF- dépendance),
- les thesaurus qui sont des extraits de catalogue ou de nomenclature (ex. CIM-10) utilisés pour simplifier le recueil et le codage des données en fonction du type d'activité de l'équipe,
- les logiciels d'aide au codage.

Pour améliorer la qualité, il est simple et efficace d'empêcher, chaque fois que cela est possible, que les erreurs ne surviennent. C'est pourquoi tous les bons logiciels de saisie des informations du PMSI-SSR contiennent des contrôles permanents des données saisies, empêchant la saisie de données aberrantes.

Ces contrôles portent notamment sur :

- les modalités (ou valeurs) possibles des variables du RHS :
 - * qu'elles soient binaires, réponse « oui/non » ou « 0/1 » (ex. *sexe, fauteuil roulant*)
 - * nombre de valeurs limitées (ex. *type d'activité, mode d'entrée, provenance, mode de sortie, destination*),
 - * liste de codes acceptés connue (ex. *finalité principale de prise en charge, diagnostics* qui sont limitées à la CIM-10, voire à certains chapitres).
- sur les cohérences entre variables et en particulier les dates (ex. date d'entrée > date de naissance...).

3. CONTRÔLES DES NIVEAUX DE QUALIFICATION

Un contrôle simple à réaliser est celui qui consiste à faire la liste des personnes qui produisent des informations et à vérifier leur niveau de qualification professionnelle en regard des informations qu'ils produisent.

Ainsi, si les secrétaires ou la surveillante recueillent, hiérarchisent et codent les données de morbidité sans un réel contrôle médical, il faut s'interroger sur la qualité de cette information dans cet établissement.

De même, il existe des professions paramédicales réglementées par des décrets d'exercice ou de compétence et le CdARR limite les actes qui peuvent être recueillis dans le RHS par certaines catégories professionnelles. Il est recommandé de croiser les listes des actes que recueille chaque professionnel avec sa qualification professionnelle (diplôme).

4. CONTRÔLES DE CONNAISSANCE ET D'APPLICATION DES RÈGLES

Le facteur humain est souvent le maillon faible dans la chaîne de la qualité. Sans chercher à contrôler en permanence la qualité du travail de chacun, le niveau de connaissance des règles de recueil de la part de chaque personne qui produit une information du PMSI-SSR doit être vérifié et validé.

Des questionnaires adaptés au rôle de chacun - i.e. aux catégories d'informations qu'il produit – peuvent être proposés pour valider la connaissance des règles de production et leur application (questions en deux parties, l'une portant sur la connaissance de la règle, l'autre sur son degré de mise en œuvre dans l'équipe ou l'établissement). L'intégration de cas cliniques personnalisés permet de se rapprocher d'une mise en situation. La validation doit porter sur toutes les personnes qui produisent des informations. Il faut examiner les solutions adoptées en cas d'absence de la personne (remplaçant pour le PMSI ? Degré de formation ?).

Pour réellement évaluer l'application des règles dans l'établissement il faut se rapprocher de l'observation du fonctionnement habituel de la production des informations du PMSI dans l'équipe. Pour conduire cette observation, la supervision d'un recueil réel de RHS est recommandée lorsque cela est possible. Elle introduit toujours une part de biais, les personnes observées modifiant plus ou moins profondément leur manière de faire en présence de l'observateur, mais la méconnaissance des règles n'en sera pas modifiée.

5. TRANSPARENCE ET RETOURS D'INFORMATIONS

Pour maintenir la confiance et l'adhésion des personnes au PMSI, elles doivent être correctement informées des objectifs du recueil (sont-ils clairs et connus ?), des différents traitements réalisés sur les informations qu'elles produisent, des destinataires de ces informations et des utilisations qui vont en être faites : **c'est le principe de la transparence.**

La transparence passe par une charte de l'information médicale qui définit les règles de fonctionnement en conformité avec les textes réglementaires (cf. l'ouvrage du conseil de l'ordre des médecins sur l'information médicale à l'hôpital). Cette charte doit être soumise à validation de la conférence médicale d'établissement (CME) et être facilement accessible.

La transparence passe aussi par une information de l'intéressé sur les données d'activité individuelles qui sont transmises à des tiers (ex. demande de traitement sur les niveaux de dépendance moyens comparés entre les différents services d'un établissement).

Pour une bonne compréhension du PMSI et des données produites, des retours d'informations (ex. rapport annuel d'activité) doivent être organisés régulièrement pour chaque catégorie d'intervenant et chaque équipe ou service. Ces retours ont un but de validation par ceux qui ont pris en charge les patients mais ils permettent également à ceux qui ne connaissaient pas bien le PMS-SSR de réaliser la manière dont leur activité est retranscrite et traduite par cet outil.

2. FICHES D'ÉVALUATION DE L'ORGANISATION

Ces fiches, complétées des fiches QQQQCP figurant en annexe 1, **constituent la première étape de la démarche d'amélioration continue de la qualité des données du PMSI-SSR, celle du bilan initial.**

Elles servent à faire un diagnostic de l'organisation du recueil et du système d'information, et de base de réflexion pour les actions d'amélioration à entreprendre (formations, amélioration des outils de recueil ou de saisie, points à contrôler ...).

Elles peuvent être utilisées **en interne par le médecin responsable de l'information médicale** de l'établissement (médecin du DIM ou faisant office), mais également par le responsable qualité de l'établissement. Elle peuvent aussi servir pour **un audit externe**.

LA STRUCTURE

FICHE 1 - ÉQUIPEMENT ET ACTIVITÉ SSR DE LA STRUCTURE

- **Statut de la structure** : Public PSPH autre privé sous DG privé commercial

- **Niveau de structure enquêté** : Entité juridique Etablissement

(Selon l'article 3. -I.- de l'arrêté du 29 juillet 1998 relatif à la mise en oeuvre du recueil PMSI-SSR dans les établissements de santé financés par dotation globale, les RHS sont produits et groupés au niveau entité juridique pour les structures de statut juridique public, et au niveau de l'établissement pour celles de statut juridique privé, sauf le cas échéant, pour les structures qui, sur dérogation du directeur de l'ARH, peuvent constituer et grouper les RHS par établissement ou groupe hospitalier)

Si la structure est une structure publique multi-activités et multi-sites, il faut conduire une analyse globale au niveau entité juridique et, si nécessaire (organisation différente du système d'information), une analyse par site.

- **Si le niveau d'enquête de la structure est l'entité juridique ou un groupe hospitalier, les unités médicales SSR se répartissent sur combien d'établissements ?** :

- **Champs couverts par la structure** :

- MCO SSR S Longue Durée Psy Médico-social Autre (.....)

- **Types d'activité en SSR** :

Hospitalisation complète	Hospitalisation de semaine	Hospitalisation de jour
Hospitalisation de nuit	Traitements et cures ambulatoires	Soins externes

- **Hospitalisation complète (ou de semaine) SSR** :

Nombre de lits SSR installés au 31 décembre :

Nombre de journées réalisées l'année précédente :

- **Hospitalisation de jour et de nuit SSR** :

Nombre de lits et places SSR installés au 31 décembre :

Nombre de venues élémentaires réalisées l'année précédente :

- **Traitements et cures ambulatoires SSR** :

. Nombre de séances réalisées l'année précédente :

- **Nombre d'unités médicales SSR** :

- **Disciplines d'équipements SSR autorisées** (code NODESS – liste A de SAE)..

FICHE 2 - MÉDECIN RESPONSABLE DE L'INFORMATION MÉDICALE POUR LA STRUCTURE

La circulaire DH/PMSI/97 N° 251 du 3 avril 1997 prévoit la désignation au sein de chaque établissement d'un médecin responsable de l'information médicale. Celui-ci est nommé dans les conditions définies à l'article L.710-6 du Code de la Santé Publique.

(les données nominatives figurant sur cette fiche ne sont pas destinées à être informatisées)

- **Nom et coordonnées du médecin responsable (pour toute la structure) :**

.....
.....

- **N° de téléphone :** _ _ . _ _ . _ _ . _ _ . _ _

- Spécialité médicale d'origine : A-t-il une activité clinique : OUI NON

- Formation spécifique en information médicale :

- A-t-il suivi une formation au PMSI-SSR ? OUI NON

Formation PMSI-SSR : (lieu et date)

-Travaille-t-il à temps plein dans l'établissement ? OUI NON

- **Désignation :**

 . **Date de la délibération de la CME :**

 . **Date de la délibération du Conseil d'administration :**

- **Si la structure présente également une activité de court séjour, le médecin responsable de l'information médicale SSR est-il le même que celui responsable de l'information médicale en MCO ?**

OUI

NON

- Si la structure comporte plusieurs unités médicales, chaque unité a-t-elle un correspondant PMSI-SSR (ou référent ou responsable) désigné ? OUI NON

Pour les **correspondants PMSI-SSR des unités** faire une fiche :

Nom :

Statut : médecin (temps plein/tps partiel), secrétaire médicale, infirmière :

.....

Unité médicale :

Formation PMSI-SSR : (lieu et date)

LES PROCESSUS

FICHE 3 - ORGANISATION DE L'INFORMATION MÉDICALE

- Existe-t-il, dans la structure, un service / une unité DIM ?		OUI	NON
<i>On entend par DIM, un département, un service ou une unité médicale de l'information médicale disposant d'au moins un médecin à temps partiel et un(e) secrétaire médical(e) ou technicien(ne) de l'information médicale à mi-temps.</i>			
- <u>Dans l'affirmative</u> , quelle est sa composition en Equivalent Temps Plein (ETP) :			
Médecin :		ETP	
Secrétaire médicale ou technicien de l'information médicale (TIM) :		ETP	
Informaticien :		ETP	
Autres personnels (à préciser) :		ETP	
. Assure-t-il le traitement des informations PMSI-SSR pour d'autres champs d'activité (MCO, psychiatrie)?			
OUI	NON		
Si OUI, part du SSR dans la charge de travail du DIM :	 % du temps de médecin	
	 % du temps de secrétaire ou	
T.I.M.	 % du temps d'informaticien	
. Assure t-il le traitement des informations PMSI-SSR pour d'autres établissements ayant passé une convention à cet effet ?			
OUI	NON		
. Si oui, de quel(s) établissement(s) s'agit-il ?			
.....			
.....			
.....			
- <u>Dans la négative</u> :			
. L'établissement a-t-il recours, pour le PMSI-SSR, aux services ou prestations d'un autre établissement de santé ou d'une autre structure (association, etc...) ?			
OUI	NON		
. Si oui, de quel établissement ou de quelle structure s'agit-il ?			
.....			
. Une convention (ou un projet de convention) a t-elle été établie à cet effet ?			
OUI	NON		
. Si oui, cocher l'objet de la convention :			
Saisie et groupage		Mise en place du système d'information	
Formation des personnels		Exploitation et valorisation des résultats	
Contrôles internes		Autres : préciser	
- Déclaration à la CNIL			
L'établissement a-t-il fait une déclaration à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) de son recueil d'informations médicales à caractère nominatif support du PMSI ?			
OUI	NON		

FICHE 4 - MONTÉE EN CHARGE DU RECUEIL PMSI-SSR

- Pour le semestre précédent :

À la date du....., la montée en charge du recueil PMSI-SSR est la suivante :

. Toutes les unités SSR de la structure ont débuté le recueil du PMSI-SSR OUI NON

- Exhaustivité

. Hospitalisation complète (ou de semaine) :% journées

. Hospitalisation de jour et de nuit : % venues

. Traitements et cures ambulatoires : % séances

. Fréquence des permissions de week-end : patients par semaine

. Certaines permission durent-elles plus de 48 heures ? OUI NON

Si OUI, nombre (estimation) permissions >48h/an

EXHAUSTIVITE

Le calcul du taux d'exhaustivité des établissements se fait en dissociant la partie hospitalisation complète de la partie ambulatoire (hospitalisation de jour, de nuit ou traitements et cures ambulatoires, l'activité externe étant exclue du champ).

Les établissements fournissent pour le semestre, leur nombre de journées réalisées (en hospitalisation complète), leur nombre de venues (en hospitalisation de jour ou de nuit) et leur nombre de séances (en TCA) (cf. tableau Q02B de SAE) en fonction des types d'activités SAE.

1. La formule pour l'hospitalisation complète (HC) est :

Nombre de journées de présence des RHA en HC

(Nombre de journées réalisées en HC + Nombre de sorties totales d'HC - nombre de décès)

Il s'agit d'une estimation de l'exhaustivité, en sachant qu'une formule plus précise serait calculée en soustrayant du numérateur les journées de permission avec sortie après 12 heures mais que cette information est difficilement mobilisable pour la plupart des établissements. Les journées réalisées excluent les journées de permission.

A titre indicatif, on peut également rapprocher le nombre de journées des RHA en HC du nombre théorique maximal de journées possibles (nombre de lits ouverts en HC x 365 jours).

• Le début d'un semestre est le lundi de la première semaine du semestre selon les normes ISO 86-01

Le 1^{er} semestre débute (semaine n°1) le lundi de la semaine qui intègre le 4 janvier.

Le 2nd semestre débute (semaine n°26 ou 27) le lundi de la semaine qui intègre le 4 juillet.

FICHE 5 - ORGANISATION INFORMATIQUE

- Dans le cadre du démarrage du recueil PMSI-SSR, la structure a-t-elle utilisé le logiciel TS2R, diffusé par le ministère ?

OUI NON

Si oui, est-ce encore le cas pour le semestre en cours :

OUI NON

- Dans l'affirmative, TS2R a été utilisé :

. pour la saisie ? OUI NON

. pour le groupage ? OUI ☐ NON ☐

- Pour votre établissement, le recueil du PMSI-SSR s'inscrit-il dans le cadre d'une démarche informatique, voire d'un schéma directeur informatique d'établissement ?

OUI ☐ NON ☐

- La saisie informatique des données PMSI-SSR est-elle :

. centralisée au DIM (ou dans un secrétariat unique) ?

Totalement ☐ Partiellement ☐ NON ☐

. centralisée dans les secrétariats des unités de soins ?

Totalement ☐ Partiellement ☐ NON ☐

. décentralisée pour chaque acteur (médecin, infirmière, kiné) ?

Totalement ☐ Partiellement ☐ NON ☐

- Si la saisie informatique des RHS est actuellement centralisée (totalement ou partiellement), l'organisation informatique vers une architecture client-serveur est-elle prévue à terme ?

OUI ☐ NON ☐

Si oui à quel horizon ?

FICHE 5bis – CONTRÔLE DES OUTILS UTILISÉS POUR LES RHS

- **Des bordereaux (papier) ont-ils été développés pour adapter le recueil dans la structure ?** (ex : bordereaux spécialisés pour les médecins, les kiné, etc.)

OUI ☐ NON ☐

Si OUI : - avec quel objectif ? :

- le médecin responsable du PMSI a-t-il validé tous les bordereaux

OUI ☐ NON ☐

- **Thésaurus de morbidité :** la morbidité est-elle codée à partir d'un thésaurus (liste extraite)

OUI ☐ NON ☐

Si OUI, les thésaurus utilisés ont-ils tous été validés ? OUI ☐ NON ☐

- **Le recueil des temps de rééducation-réadaptation,**

- passe-t-il par un bordereau (ou grille de saisie) avec des actes du CdARR :

OUI ☐ NON ☐

- le cadre kiné et le médecin-chef ont-ils validé la compétence de chaque personne remplissant des bordereaux ? OUI ☐ NON ☐

- Les stagiaires remplissent-ils des temps ou des actes ? : OUI ☐ NON ☐

Si OUI, les temps des stagiaires sont-ils inclus dans le temps hebdomadaire du PMSI ?

OUI ☐ NON ☐

- Les infirmières remplissent-elles des temps ou des actes pour certains patients ?

OUI ☐ NON ☐

Si OUI, sont-ils inclus dans le temps hebdomadaire PMSI ? OUI ☐ NON ☐

- **Votre logiciel de saisie :**

- accepte-t-il des dépendances côtes « 0 » ? OUI ☐ NON ☐

- accepte-t-il des RHS sans FPP ou MMP ? OUI ☐ NON ☐

- accepte-t-il des codes CIM-10 à 3 caractères (codes rubrique) lorsqu'il existe une subdivision dans la CIM-10 OUI ☐ NON ☐

(ex : G 81 pour hémiplegie)

- **Certaines informations du PMSI sont-elles produites à partir d'autres sources ? :**

- informations administratives (logiciel administratif) OUI ☐ NON ☐

- morbidité (transcodage de nomenclature) OUI ☐ NON ☐

- dépendance (transcodage à partir d'une autre grille : AGIIR, MIF, etc.) OUI ☐ NON ☐

- temps de rééducation (planning du patient, prescription médicale, protocoles-types) OUI ☐ NON ☐

FICHE 6 – FORMATION DES ÉQUIPES

- Le recueil et le traitement des données du RHS nécessitent un apprentissage préalable des équipes. Au cours du dernier trimestre 1997 et au début de l'année 1998, la Direction des Hôpitaux a organisé des sessions d'information pour les quelque 1200 établissements soumis à l'obligation du recueil en 1998, à raison de deux personnes par établissement (un médecin et un cadre soignant).

Les personnes de l'établissement formées dans ce cadre ont-elles pu répercuter l'information auprès des autres acteurs concernés par le recueil ?

OUI ☐ NON ☐

- L'établissement a-t-il fait déjà appel à une association ou à un organisme extérieur pour compléter la formation des personnels concernés par le recueil des RHS ? (*)

OUI ☐ NON ☐

- L'établissement a-t-il organisé des formations internes réalisées par les personnes formées par le Ministère ?

OUI ☐ NON ☐

- Si oui, à l'une des deux questions précédentes, quels types d'acteurs et combien en ont bénéficié ?

Catégorie	Nombre de personnes concernées dans l'établis.	Personnes formées au PMSI		Non formées
		formation complète 3j.: RHS, morbid, dép, ARR	formation partielle	
. Directeur				
. Médecins				
. Personnels infirmiers				
. Acteurs de rééduc.-réadap.				
. Secrétaires médicales				
. Informaticiens				
. Autres (à préciser)				

(*) : Voir dans la *Lettre des Systèmes d'Information Medicalisés Soins de suite ou de réadaptation* n°3 de décembre 1998, information sur les organismes proposant des formations relatives au recueil PMSI-SSR.

FICHE 6bis – CONNAISSANCE DES RÈGLES

Cette fiche fait référence aux questionnaires de connaissance des règles du PMSI-SSR (p41-50)

Les personnes qui remplissent des bordereaux PMSI ou qui saisissent les données connaissent-elles les règles de recueil et de codage de ces données ? Toutes les personnes concernées doivent remplir la partie de questionnaire relative aux informations qu'elles renseignent. Les secrétaires qui assurent la saisie et les personnes du DIM qui s'occupent du SSR doivent répondre à tous les questionnaires-tests ().*

- 1. Morbidité

**Nombre de personnes
produisant des données
de morbidité**

**Nombre de réponses
au questionnaire**

**Score moyen
et (mini/maxi)**

- 2. Dépendance

**Nombre de personnes
produisant des données
de dépendance**

**Nombre de réponses
au questionnaire**

**Score moyen
et (mini/maxi)**

- 3. Activités de rééducation

**Nombre de personnes
produisant des données
de dépendance**

**Nombre de réponses
au questionnaire**

**Score moyen
et (mini/maxi)**

- 4. Mouvements - Identité

(à développer)

() Le score est le nombre de réponses justes/nombre de questions. Le score moyen est le score de chacune des personnes concernées divisé par le nombre de personnes concernées (cf. fiche 6). Les personnes dont le questionnaire n'est pas rempli ou reçu ont un score à 0 et comptent pour le score moyen.*

FICHE 7 – ANALYSE DU CIRCUIT DE PRODUCTION DES INFORMATIONS

FICHE QQQQCP pour chaque information (Voir annexe 1)

L'analyse de ces fiches est très riche d'enseignement et constitue le véritable diagnostic de l'organisation du recueil.

Pour l'analyse du circuit de production des informations du PMSI, les cinq catégories d'informations doivent être prises en compte et se voir appliquer la grille QQQQCP (qui, quand, où, qui ; comment, pourquoi) (Cf. annexe 1)

- 1 – administratives : volet identité, volet mouvements, dates de présence
- 2 – médicales : date de dernière chirurgie, morbidité, actes médicaux.
- 3 – dépendance : les 6 activités de la vie courante et la question « fauteuil roulant »
- 4 – rééducation : les temps et éventuellement les actes
- 5 – résultats du groupeur : CMC, GHJ, codes d'erreurs.

Une attention particulière doit être donnée à deux questions :

- **Quand ?** en particulier pour la fréquence de remplissage de l'information pour les patients (réellement toutes les semaines, ou à la sortie, en cas de modification...). Pour les activités de rééducation-réadaptation le recueil peut être quotidien, voire continue à chaque réalisation.
- **Comment ?** en particulier les supports spécifiques et les thésaurus utilisés, ou l'existence de transcodages lorsqu'ils sont utilisés, car ces éléments peuvent être la source d'erreurs systématiques pour un grand nombre de patients lorsqu'ils ne sont pas correctement adaptés. De même le recueil des actes de rééducation réadaptation en nature est plus utile pour les équipes de rééducation pour leur analyse d'activité mais si ce recueil se fait avec des temps-type par acte (ex. RL15 = 10mn) il faut le savoir et vérifier de cela n'entraîne pas trop de biais pour des patients qui ne sont plus dans la référence pour ces actes.

Un dernier point est à étudier en détail, c'est celui qui concerne les **pratiques administratives** de déclaration des séjours et des mouvements, et les retentissements pour le PMSI-SSR, tout particulièrement pour certains cas :

- la limite activité externe (séances) / hôpital de jour, et les enregistrements d'activité correspondante
- les passages MCO/SSR ou SSR/long séjour (pour les établissements à activité mixte)
- les journées de permission (enregistrement, découpage des séjours pour « permissions » longues ?...)
- la gestion des numéros de séjour en cas de prestations dans un autre établissement (exploration, chirurgie, dialyse...) que ce soit sur une journée ou quelques jours.

FICHE 8 – RETOURS D'INFORMATION

Un collège de l'information médicale existe dans l'établissement ? Oui Non

Si oui, il comporte un/des praticiens exerçant en SSR Oui Non

cadre soignant exerçant en SSR (infirmier, kinésithérapeute) Oui Non

Un rapport annuel d'activité basé sur les données PMSI-SSR est produit par l'établissement ,
Oui Non

Si "Oui", ce rapport est-il discuté / présenté en conférence médicale d'établissement

Au collège de l'information médicale

aux services de SRR

Les chefs de service de SSR reçoivent des rapports sur l'activité

- des unités dont ils sont responsables	annuel	semestriel	jamais
- de chacune des unités SSR de l'établissement	annuel	semestriel	jamais
- globale de l'établissement	annuel	semestriel	jamais

Les cadres soignants de SSR (infirmiers ou kinésithérapeutes) reçoivent des rapports sur l'activité

- des unités dont ils sont responsables	annuel	semestriel	jamais
- de chacune des unités SSR de l'établissement	annuel	semestriel	jamais
- globale de l'établissement	annuel	semestriel	jamais

Une validation des données PMSI-SSR à transmettre à l'ARH est organisée chaque semestre ?

Oui Non

UTILISATIONS DES DONNEES

Les données PMSI –SSR sont utilisées comme éléments d'analyse d'activité dans l'établissement

Oui Non

Si "Oui"

- par la direction de l'établissement
- par la CME
- par le DIM
- par le(s) chef(s) de service SSR
- par les cadres soignants (infirmière, kiné., ...)

FICHE 9 – TEMPS MOYEN HEBDOMADAIRE PAR TYPE D'ACTEUR CONSACRÉ A LA PRODUCTION DES RHS

Types d'acteurs	Effectifs en ETP	Codage	Organisation validation et synthèse	Saisie
Unités cliniques et médico-techniques prenant en charge les patients - Médecins cliniciens - Secrétaires médicales (ou TIM) - Personnels infirmiers - Kinésithérapeutes - Autres intervenants de rééducation-réadaptation - Autres personnels Département de l'information médicale et autres - Médecins - Secrétaires médicales (ou TIM) - Informaticiens				

Si trois médecins cliniciens, dont un à mi-temps, soit 2,5 équivalents temps plein (ETP), sont concernés par la production des RHS et qu'ils consacrent au codage respectivement en moyenne par semaine 1 heure 30, 1 heure et 30 minutes, le temps de codage à inscrire pour ce type d'acteurs est 3 heures.

QUESTIONNAIRE DE CONNAISSANCE DES RÈGLES DE PRODUCTION DES INFORMATIONS DE MORBIDITÉ

Ce questionnaire s'adresse à toutes les personnes qui remplissent les données de morbidité du RHS ou qui en assurent le codage et par ceux qui s'occupent du PMSI-SSR au DIM (s'il y en a un) ou pour toute autre structure externe qui traite vos données en prestation de service (autre CH, ORS, société de service, etc.).

Remarque : pour chaque question, le nombre de réponses est libre (plusieurs réponses possibles). Cocher les réponses vraies ou exactes. Les réponses se trouvent dans le guide «méthodologique de production des RHS (BO 97-5 bis) et la classification internationale des maladies 10^{ème} révision (CIM-10) Le corrigé est téléchargeable sur le site du PMSI (www.le-pmsi.fr)

1. Aspects législatifs et réglementaires

1.1 Qui dispose d'un droit d'accès aux données médicales nominatives d'un patient :

- ☐ le médecin qui l'a pris en charge
- ☐ tous les médecins de l'établissement
- ☐ le médecin responsable de l'information médicale
- ☐ le directeur
- ☐ le président de la CME
- ☐ le directeur des soins infirmiers

1.2 Quelle est la durée minimale réglementaire de conservation des fichiers de RHS ?

2. La morbidité

2.1 La finalité principale de prise en charge, c'est :

- ☐ l'affection dont est atteint le patient
- ☐ le type de soins qui lui a été apporté

2.2 Le codage de la finalité principale de prise en charge (FPP) peut employer :

- ☐ tous les codes de pathologie de la CIM-10
- ☐ tous les codes du chapitre XXI de la CIM (codes Z)
- ☐ seulement une partie des codes Z

2.3 L'inscription du mot *AIGU* dans le RHS est :

- ☐ réservée aux patients âgés de plus de 80 ans
- ☐ utilisable quel que soit l'âge

2.4 Un patient en cours de rééducation après mise en place d'une prothèse d'un genou (Z96.6) pour gonarthrose (M17.-) présente une bronchopneumonie (J18.0) dont les soins imposent transitoirement un quasi-arrêt de la rééducation. Laquelle des propositions suivantes est juste ?

- ☐ FPP Zaigu, MMP Z96.6, AE M17.-, diagnostic associé significatif J18.0
- ☐ FPP Zaigu, MMP J18.0, AE M17.-, diagnostic associé significatif Z96.6
- ☐ FPP Zaigu, MMP J18.0, AE —, diagnostic associé significatif Z96.6

2.5 La manifestation morbide principale (MMP) correspond à :

- ☐ l'affection dont est atteint le patient
- ☐ le type de soins qui lui ont été apportés

2.6 L'affection étiologique (AE) est la cause :

- ☐ de la manifestation morbide principale
- ☐ de la finalité principale de prise en charge

2.7 Parmi les affections suivantes, lesquelles sont susceptibles d'être enregistrées comme un diagnostic associé significatif (DAS) ?

- ☐ Un diabète non-insulino-dépendant dont le traitement est poursuivi sans changement par rapport au domicile
- ☐ une infection urinaire reconnue et traitée pendant la semaine
- ☐ un antécédent de cholécystectomie
- ☐ une hypertension artérielle « déséquilibrée »
- ☐ un symptôme (fièvre, douleur...) resté inexpliqué en dépit des examens faits et dont le traitement n'a été que symptomatique
- ☐ un antécédent paternel de cardiopathie ischémique

2.8 La CIM permet de coder certaines entités à la fois selon leur cause et selon leur manifestation.

Les codes correspondants sont indiqués par une dague (†) pour l'étiologie et par un astérisque pour la manifestation. Lorsque le double codage concerne la morbidité principale (FPPC, MMP, AE) :

2.8.1. enregistrez-vous :

- un seul code ☐
- les deux codes ☐

2.8.2. si vous en enregistrez un seul, lequel ? :

- le code † (dague) ☐
- le code astérisque ☐

2.8.3. à quelle place ? :

- FPPC ☐
- MMP ☐
- AE ☐
- (ex. † M49.5 Tassement vertébral métastatique - * C79.5 Métastase osseuse)
ou † E10.4 Diabète I.D avec neuropathie [polyarthrite] - * C63.2 Polynévrite [diabète])

2.8.4. si vous enregistrez les deux codes, comment ? (cocher les cases correspondantes)

	Le code dague †	Le code astérisque *
en FPPC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en MMP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en AE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Variable selon le cas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.9 Pour les brûlés il faut chaque fois que possible coder le siège de la brûlure et la proportion de la surface corporelle brûlée :

- ☐ le siège comme MMP et la surface comme AE
- ☐ la surface en MMP et le siège en AE
- ☐ le siège comme MMP et la surface comme DAS
- ☐ la surface comme MMP et le siège comme DAS

2.10 Dans le cas d'un patient rééduqué pour une hémiplégie due à un infarctus cérébral, quelle hiérarchisation choisissez-vous :

- ☐ FPPC rééducation, MMP infarctus cérébral, AE hémiplégie
- ☐ FPPC rééducation, MMP hémiplégie, AE infarctus cérébral

2.11 Dans le cas d'un patient pris en charge pour une monoplégie séquellaire d'une poliomyélite, quelle hiérarchisation choisissez-vous :

- ☐MMP la notion de séquelle de poliomyélite, AE la monoplégie
- ☐ou l'inverse

2.12 Dans le cas d'une rééducation après pontage coronarien pour infarctus du myocarde :

- ☐le pontage est la MMP et l'infarctus l'AE
- ☐ou l'inverse

2.13 Parmi les trois informations de morbidité principale (FPPC, MMP et AE), l'AE ne doit pas obligatoirement être mentionnée sur le RHS. Doit-elle l'être dans les cas suivants

2.13.1. FPPC rééducation mécanique Z50.1, MMP prothèse de hanche Z96.6 :

- AE obligatoire ☐
- Facultative ☐

2.13.2. FPPC adaptation d'une prothèse du membre inférieur Z44.1, MMP amputé Z89.5 :

- AE obligatoire ☐
- Facultative ☐

2.13.3. FPPC rééducation mécanique Z50.1 ; MMP fracture engrenée du col du fémur S72.0 :

- AE obligatoire ☐
- Facultative ☐

2.14 Pour le codage de l'affection étiologique, quels chapitres de la CIM-10 peuvent être utilisés ? :

- ☐Lésions traumatiques et empoisonnements (chapitre XIX, codes en S et T...)
- ☐Maladies du système nerveux (chapitre VI, codes en G...)
- ☐Symptômes, signes et résultats anormaux (chapitre XVIII, codes en R)
- ☐Causes externes de morbidité et de mortalité (circonstances des lésions traumatiques) (chapitre XX, codes en V à Y)
- ☐Malformations congénitales et anomalies chromosomiques (chapitre XVII, codes en Q)

2.15 Les codes de la CIM à trois caractères (catégories) peuvent être utilisés :

- ☐seulement lorsque la catégorie n'est pas subdivisée (I48 fibrillation et flutter auriculaire)
- ☐lorsqu'elle est subdivisée mais qu'on ne dispose pas de suffisamment d'information pour utiliser les subdivisions (ex. G81 Hémiplégie)

2.16 La ou lesquelles de ces affirmations sont exactes ?

- ☐les codes Z peuvent être employés pour coder la FPPC, la MMP, l'AE et les diagnostics associés significatifs (DAS)
- ☐tous les codes Z sont utilisables dans le RHS
- ☐tout code Z, dès lors qu'il est utilisable dans le RHS, l'est indifféremment pour la FPPC, la MMP, l'AE ou les DAS
- ☐un code Z non utilisable pour la FPPC peut néanmoins être employé pour la MMP

2.17 Lors du groupage, un code de la CIM qui appartient à la liste des prises en charge cliniques lourdes (PCL) ou très lourdes (PCTL) est pris en compte :

- ☐seulement s'il est mentionné comme FPPC
- ☐seulement s'il est mentionné comme MMP
- ☐seulement s'il est mentionné comme FPPC, MMP ou AE
- ☐qu'il soit mentionné comme FPPC, MMP, AE ou DAS

2.18 Les actes classants dans la classification en groupes homogènes de journées (GHJ) sont :

- ☐ les actes repérés par la lettre Y dans le catalogue des actes médicaux (CdAM) également utilisé en soins de courte durée
- ☐ un sous-ensemble des actes du CdAM constituant une liste propre aux SSR

2.19 Dans la zone *Actes médicaux* du RHS, quels actes faut-il enregistrer :

- ☐ les actes réalisés dans l'établissement de SSR au cours de la semaine
- ☐ les actes réalisés la semaine précédente et qui entraînent une prise en charge cette semaine
- ☐ les actes réalisés dans l'établissement de SSR et ceux effectués dans d'autres établissements s'ils ont été payés par celui de SSR
- ☐ les actes réalisés dans l'établissement de SSR et ceux effectués dans d'autres établissements qu'ils aient été payés ou non par celui de SSR

2.20 Lorsqu'un acte classant est réalisé au cours d'une journée de mutation entre deux unités médicales SSR :

- ☐ il ne faut pas l'enregistrer
- ☐ il faut l'enregistrer sur le RHS de l'unité de provenance
- ☐ il faut l'enregistrer sur le RHS de l'unité de destination

2.21 Trois actes dont le code commence par la lettre U ont été créés pour les besoins du PMSI en SSR : U950 *Alimentation parentérale...*, U951 *Alimentation entérale...* et U952 *Oxygénothérapie pendant plus de douze heures par jour*. Laquelle des affirmations suivantes est vraie ?

- ☐ ils doivent toujours être enregistrés dans le RHS dès lors qu'ils ont été effectués
- ☐ seuls les actes classants du CDAM doivent être saisis

2.22 Dans la zone « *Date* » de la dernière intervention chirurgicale du RHS, il faut obligatoirement mentionner :

- ☐ une intervention chirurgicale quelle qu'elle soit, subie par le patient au cours des trois mois précédant sa date d'entrée
- ☐ une intervention chirurgicale en relation avec la prise en charge en SSR, subie par le patient au cours des trois mois précédant sa date d'entrée
- ☐ une intervention chirurgicale en relation avec la prise en charge en SSR, subie par le patient pendant la semaine concernée par le RHS

QUESTIONNAIRE DE CONNAISSANCE DES RÈGLES DE PRODUCTION DES INFORMATIONS D'ACTIVITES DE REEDUCATION- READAPTATION POUR LE PMSI-SSR

Ce questionnaire vise à vérifier la connaissance des règles du PMSI concernant les activités de rééducation réadaptation.

Il s'adresse à toutes les personnes qui remplissent les temps intervenants des activités de Rééducation Réadaptation du RHS (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophoniste, psychologue, assistante sociale, ...), aux personnes qui en assurent le codage à l'aide du CdARR, à celles qui saisissent les bordereaux, ainsi qu'au médecin qui s'occupe des traitements du PMSI-SSR (au DIM s'il y en a un, ou dans toute autre structure faisant office de DIM).

Ce questionnaire constitue une base de travail, il peut être enrichi ou modifié par les professionnels de terrain: le responsable PMSI de l'établissement, le cadre kinésithérapeute ou le collègue régionale de l'information médical mais il doit alors rester en conformité avec les règles de recueil du PMSI et être validé.

Remarque : pour chaque question, le nombre de réponses est libre (plusieurs réponses possibles) Cochez les affirmations VRAIES

Le corrigé est téléchargeable sur le site du PMSI (www.le-pmsi.fr)

1. RECUEIL des activités de rééducation et de réadaptation

ACTIVITES ET ACTES

- ☐ (1) la rééducation réadaptation est décrite à travers 12 activités
- ☐ (2) une activité de rééducation réadaptation est décrite par une liste fermée de 12 actes
- ☐ (3) la rééducation *locomotrice* est une des 12 activités de rééducation réadaptation
- ☐ (4) la rééducation *collective* n'est pas l'une des 12 activités classantes
- ☐ (5) la *fabrication d'appareillage* est une activité de rééducation réadaptation non recueillie
- ☐ (6) une activité de rééducation réadaptation non classante ne doit pas être recueillie

- ☐ (7) les actes de rééducation sont exclusifs c'est à dire qu'un acte n'appartient qu'à une seule activité
- ☐ (8) un acte du CdARR non défini, ne peut être recueilli
- ☐ (9) seuls les actes présents dans le CdARR peuvent être recueillis pour le PMSI

TEMPS-INTERVENANT

Pour chaque activité de rééducation-réadaptation, le « temps intervenant » figure dans le RHS :

- ☐ (10) par ½ journée
- ☐ (11) par jour
- ☐ (12) par semaine
- ☐ (13) par catégorie professionnelle
- ☐ (14) par unité d'œuvre

Le « temps intervenant » est exprimé dans le RHS :

- ☐ (15) en minutes par ½ journée
- ☐ (16) en minutes par jour
- ☐ (17) en minutes par semaine
- ☐ (18) en minutes par catégorie professionnelle
- ☐ (19) en minutes par unité d'œuvre
- ☐ (20) par tranche de 5 minutes par semaine

Une activité de moins de 30 minutes de « temps intervenant » consacré à un patient au cours d'une semaine :

- ❑ (21) n'est pas recueillie (dans le RHS)
- ❑ (22) n'est pas classante
- ❑ (23) n'a pas d'intérêt pour le PMSI

Le « temps intervenant » du PMSI se définit par le temps:

- ❑ (24) de prise en charge du patient de façon individuelle ou « individualisée »
- ❑ (25) de présence du patient en salle de rééducation
- ❑ (26) passé par le patient en présence du professionnel intervenant pour l'activité *collective*
- ❑ (27) consacré à une activité d'adaptation d'appareillage par un professionnel intervenant en l'absence du patient
- ❑ (28) consacré à une activité de groupe par un professionnel intervenant en présence du patient

CUMUL DES TEMPS, PROFESSIONNELS

- ❑ (29) les temps consacrés au cours de la semaine par plusieurs intervenants à un même patient dans une même activité peuvent être additionnés (sur le RHS)
- ❑ (30) les temps consacrés au cours de la semaine par un même intervenant à plusieurs patients dans une même activité peuvent être additionnés (sur le RHS)
- ❑ (31) les temps consacrés successivement par un même intervenant à un même patient dans plusieurs activités peuvent être additionnés (sur le RHS)
- ❑ (32) les temps consacrés par plusieurs professionnels intervenant ensemble auprès d'un même patient dans une même activité doivent être additionnés (sur le RHS)
- ❑ (33) Dans le RHS, les temps-intervenants sont distingués selon la qualification des professionnels intervenants
- ❑ (34) Certains professionnels ne peuvent recueillir qu'un nombre limitatif d'actes
- ❑ (35) Dès lors qu'ils sont rémunérés par la structure dans laquelle ils travaillent sur la dotation sanitaire tous les intervenants de rééducation peuvent recueillir leur activité
- ❑ (36) Le temps de « synthèse hebdomadaire » (RF10 ou RF11 : activité *Bilan*) recueilli par semaine pour un patient correspond à la somme des temps que chaque intervenant de rééducation aura passé en synthèse pour ce patient
- ❑ (37) Les médecins font partie de la liste des acteurs de rééducations pouvant déclarer du temps-intervenant
- ❑ (38) Les infirmières peuvent déclarer dans le RHS du temps-intervenant correspondant à certains actes de rééducation qu'elles réalisent

2. CODAGE des activités de rééducation et de réadaptation

- ❑ (39) Un acte de rééducation ne figurant pas dans le CdARR peut être codé par assimilation dans l'activité correspondante
- ❑ (40) « SM01 » (SM pour sensorimoteur) est un code d'actes figurants dans le CdARR
- ❑ (41) Un traitement de rééducation peut être codé par plusieurs actes dans une ou plusieurs activités

- ❑ (42) Le trajet d'un patient accompagné par l'aide soignante ou le brancardier, de sa chambre à la salle de kinésithérapie, peut être codé par l'acte RL24 (rééducation à la déambulation)
- ❑ (43) Le trajet d'un patient accompagné par l'aide soignante ou le brancardier, de sa chambre à la salle de kinésithérapie, peut être codé par l'acte RL26 (rééducation à la marche)
- ❑ (44) Une manipulation vertébrale ostéopathique doit être codée RL56
- ❑ (45) Le massage de la plante du pied réalisé par une pédicure-podologue pour drainage lymphatique doit être codé RL17
- ❑ (46) L'apprentissage des techniques de relaxation réalisé en groupe sous le contrôle d'un intervenant de rééducation doit être codé DT01
- ❑ (47) La confection par une diététicienne d'un menu pour patient obèse (en dehors de sa présence) doit être codé NU02
- ❑ (48) Les explications accompagnant la remise d'un fascicule de consignes d'économie articulaire et d'utilisation d'une PTH, à un patient récemment opéré doit être codé RP07

(49) Le code RF05 « réception des familles » peut être utilisé :

- ❑ Lors de la communication de l'état de santé d'un patient à sa famille au cours d'un entretien
- ❑ Lors de l'analyse du mode de vie d'un patient avec sa famille et son entourage
- ❑ Lors de l'éducation de la famille à la prise en charge d'une personne handicapée
- ❑ Lors de la formation de la famille ou de l'entourage du patient à l'utilisation des outils de réadaptation et aux aides techniques

(50) Le code DL03 peut être utilisé :

- ❑ Pour toute situation de rééducation à la marche
- ❑ Pour la restitution d'un « périmètre de marche quelque soit la situation du terrain »
- ❑ En remplacement du code RL26 lorsque le patient est pris en charge par un autre professionnel de rééducation que le kinésithérapeute

(51) Le réentraînement physique en vue de la reprise d'une activité professionnelle doit être codé :

- ❑ RL28
- ❑ RN05
- ❑ SP01
- ❑ RC02

(52) L'activité rééducation *collective* est définie par

- ❑ Les seuls actes suivants : RF09, RP04, RP05, SP02, DT04
- ❑ Toute acte de rééducation dès lors qu'il est effectué en groupe par les patients
- ❑ La présence de plusieurs intervenants de rééducation autour du même patient
- ❑ (53) L'évaluation des capacités à travers les actes : RA02 à RA07, est codée "en activité *Bilan*"
- ❑ (54) L'évaluation de l'autonomie faite par un acteur de rééducation est codé RA01
- ❑ (55) La consultation médicale, dès lors qu'elle est pluridisciplinaire et prend un caractère de coordination médico-technique, peut être codée AA08
- ❑ (56) La rééducation à la marche dans l'eau est un acte de « *Balnéothérapie* » codée RL50
- ❑ (57) La désensibilisation d'une douleur par technique de stimulation transcutanée est codée RL33

II.2 CONTRÔLER LA QUALITÉ DES DONNÉES

1. MÉTHODES DE CONTRÔLE DES DONNÉES

2. PROTOCOLE-TYPE DE CONTRÔLE DES DONNÉES

3. GRILLES D'ANALYSE DE LA QUALITÉ DES RHS

Grille n°1 – RHS isolé

Grille n°2 – Tous les RHS d'un séjour

Fiche de synthèse d'un contrôle de qualité des RHS

4. CONTRÔLES DE PERTINENCE

5. CONTRÔLES DE COHÉRENCE

1. Méthodes de contrôle de la qualité des données du PMSI en SSR

L'évaluation de la qualité des informations fait appel à plusieurs méthodes complémentaires dans le cadre d'une **approche combinée multiaxiale d'autant plus nécessaire** que la méthode classique d'évaluation des résumés du PMSI par comparaison au dossier du patient présente des limites sérieuses en soins de suites ou de réadaptation. Chaque méthode peut être appliquée séparément des autres mais c'est la combinaison de plusieurs méthodes complémentaires qui donne son efficacité à l'évaluation de la qualité des informations.

L'attention portée à la **qualité du dossier du patient** et à l'organisation du système d'information de l'établissement (cf. extraits du guide d'accréditation de l'ANAES, chapitres "dossier patient" et "système d'information" en annexes 4 et 6) est déterminante pour la production durable de données PMSI de qualité.

L'évaluation de la qualité n'a de sens que si elle sert efficacement un objectif fixé : **améliorer durablement la qualité des données** (pour l'établissement), **apprécier la fiabilité des données utilisées** (pour les décideurs).

1. CONTRÔLES SUR DOSSIER

La méthode classique consiste à retourner au dossier du patient pour valider les données du PMSI pour un échantillon supposé représentatif de résumés. Sa mise en œuvre doit se faire selon un protocole adapté en fonction des **objectifs** visés, du degré de rigueur recherché, de l'organisation du recueil dans l'établissement et des moyens que l'on peut y consacrer.

L'objectif est de connaître le niveau de qualité des informations produites par l'établissement pour pouvoir :

l'améliorer significativement

utiliser les informations en connaissant leur fiabilité

Un plan type de protocole et une grille d'analyse sont proposés plus loin. Il est recommandé que le contrôle soit fait :

- "**à l'aveugle**" c'est-à-dire sans avoir connaissance des données initialement recueillies,
- par une **personne différente** de celle qui a fait le recueil initial,
- sur un **échantillon représentatif** (critères de représentativité à préciser),
- selon un protocole précis, qui définit à l'avance la méthode,
- par rapport aux **règles et références officielles** en vigueur,
- sur la base de **documents** de référence définis a priori (dossier du patient en particulier),
- sans interprétation de ce qui n'est pas écrit,
- avec des **critères** de jugement pour déterminer ce qui est une erreur (changement de GHJ, informations imprécise, oubliée, abusive ...),
- en transparence vis-à-vis des producteurs habituels de l'information et avec des retours sur les erreurs rencontrées.

Le protocole doit notamment préciser :

- à quel moment “l’aveugle” est levé, c’est-à-dire à quel moment l’on retourne aux données initialement fournies (après extraction des informations, après codage, après groupage, après chaque RHS ou pour tout le séjour...)?
- comment l’échantillon est-il constitué ? En patients, en séjours, en RHS ? Sur des dossiers transmis (tirage au sort par GenRHA), sur des dossiers clos, sur des dossiers en cours (RHS précédents des patients présents), sur la semaine en cours (coupe transversale) ? Modalités de tirage au sort (logiciel, tables aléatoires, tirage systématique, choix “au hasard”)?
- qui extrait et code l’information du contrôle (Médecin, secrétaire, intervenant de rééducation) ?
- quel est (ou quels sont) le(s) document(s) de référence pour chaque information du RHS (dossier administratif, facture pour la sécurité sociale, observation médicale, lettre de sortie, compte rendu de synthèse, dossier infirmier, dossier des kinésithérapeutes...) ? **Que se passe-t-il quand l’information déclarée dans le RHS n’est pas retrouvée dans le document de référence** (en principe, l’information doit être rejetée) ?
- comment sont agrégés les temps des intervenants en cas d’acteurs multiples autour d’un patient ? Comment sont discutés et tranchés les points de discordance entre le recueil initial et le contrôle (avis du clinicien, respect des règles, hiérarchisation) ?

Deux principes complémentaires doivent également être intégrés dans le protocole car ils sont indissociables du contrôle et déterminants pour l’amélioration de la qualité :

- **les modalités des retours d’information** vers les différents producteurs d’information initiale (présentation des résultats des erreurs). La typologie des erreurs doit donc être prévue dans le protocole (selon la catégorie d’information en cause, selon le mécanisme de l’erreur et selon ses conséquences sur le GHJ notamment),
- **les mesures correctives** prises à la suite des contrôles pour améliorer la qualité des informations.

Pour le PMSI-SSR, l’efficacité de ces contrôles sur dossier est limitée par la difficulté à obtenir une référence fiable au niveau de détail exigé et par semaine, en particulier pour les variables quantifiées que sont les items de dépendance et les activités de rééducation réadaptation. Ils sont toujours utiles mais ne peuvent en aucun cas constituer l’unique méthode d’évaluation et d’amélioration des informations du PMSI-SSR.

Pour améliorer la fiabilité de ces contrôles, il faut un travail de fond sur **l’organisation et la qualité du dossier du patient** dans ses différentes composantes, médicales, infirmières et de rééducation. Pour les contrôles internes, la disponibilité des informations et la possibilité pour les professionnels de préciser par leur connaissance du patient ce qui aurait été oublié dans le dossier, sera meilleure si le contrôle porte sur les RHS déjà remplis pour des patients encore présents. Ce mode de contrôle permet également de vérifier et de souligner les évolutions d’un patient au cours de son séjour. Evidemment cela n’est possible que si les délais entre la fin de la semaine à décrire et la production du RHS sont courts, l’équipe fonctionnant en recueil hebdomadaire régulier et non pas à la sortie du patient ou avec des retards importants.

Contrôles sur des dossiers ciblés

Pour améliorer l’efficacité et le rendement de ces contrôles sur dossier, il est souvent utile de ne pas procéder uniquement de manière aléatoire mais également de cibler certaines situations selon des critères choisis. Les cas ciblés peuvent être sélectionnés pour :

- leur fréquence dans l’activité (s’il y a des erreurs, l’efficacité des mesures correctives sera particulièrement « rentable »),
- leur poids dans la prise en charge (cas « lourds » donc fortement valorisés, ex. PCTL ou PRRC) d’autant que les cas les plus lourds sont généralement moins nombreux et bien identifiés par les équipes,

- la fréquence des erreurs sur ces cas ou ces situations, notamment lorsque les règles de recueil sont mal connues ou différemment appliquées selon les équipes (ex. prestations inter-établissement, activité de rééducation en groupe...).

2. CONTRÔLES SYSTÉMATIQUES DE BASES, CONTRÔLES DE PERTINENCE

Il s'agit de contrôler les informations qui dépassent des bornes choisies (ex. âge >120 ans) ou qui prennent des valeurs dont la pertinence est sujette à caution. Ces informations ne sont toujours fausses, on rencontre toujours des cas particuliers (ex. Jeanne Calment pour l'âge), mais elles doivent être vérifiées. Les bornes sont subjectives et sont déterminées en fonction de l'activité de l'équipe et de sa perception de ce qui lui paraît anormal.

Les bornes sont donc à adapter en fonction du contexte local de l'établissement ou de l'unité. Par exemple, pour l'âge, la borne supérieure ne sera pas fixée à la même valeur pour un établissement pour enfant, pour adultes ou à orientation gériatrique. De même pour les données de morbidité, on peut choisir de vérifier des dossiers pour lesquels la manifestation morbide principale paraît « surprenante », ceci étant lié à l'orientation de l'équipe (ex. MMP = « dépendance à l'alcool » ou « paraplégie » pour une unité de rééducation cardiaque, alors que la dépendance alcoolique sera courante dans une unité de post-cure alcoolique et la paraplégie dans une unité de rééducation neurologique).

3. CONTRÔLES DE COHÉRENCE DES INFORMATIONS

Au-delà des contrôles partant des valeurs d'une seule information, la sélection des dossiers à vérifier peut se faire par croisement entre plusieurs informations, c'est la cohérence des informations entre elles qui doit être évaluée. Le contrôle de cohérence peut porter sur

- *le contenu du RHS (cohérence interne au RHS) et l'enchaînement des RHS (évolution des données du patient d'une semaine à l'autre),*
- *les données statistiques du PMSI-SSR avec des données de l'établissement :*
 - par rapport à son activité théorique (nb lits, orientation, âges...),
 - par rapport à ses moyens (plateau technique, personnel),
 - par rapport à une référence (nationale ou régionale).

Les informations dont la cohérence est la plus facile à tester sont les dates (date d'entrée > date de naissance, date de sortie > date d'entrée). Il est également possible de tester des codes de morbidité par rapport au sexe. Ce type de contrôles est déjà intégré dans les tests de la fonction groupage et les RHS concernés sont alors déclarés erronés et classés dans des GHJ d'erreurs.

Dans la mesure où il ne s'agit que de signaler des RHS ou des établissements dont la cohérence des données pose questions, les tests peuvent être multipliés à l'infini en fonction du contexte local. Dans une étape préalable, il est même possible de croiser les informations sans déterminer a priori des bornes ou des situations d'alarme, mais en validant avec attention les résultats et en vérifiant par retour au dossier, les résultats qui ne paraissent pas cohérents.

Pour les activités de rééducation réadaptation, les temps d'activité peuvent être croisés avec les effectifs des personnels qualifiés et payés pour apprécier le ratio [temps de travail de rééducation/ temps PMSI déclaré].

2. PROTOCOLE-TYPE DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ DES RHS

Il s'agit ici des éléments que devrai(en)t contenir le(s) protocole(s) interne(s) de contrôle de la qualité des RHS

PLAN DU PROTOCOLE

Date d'établissement du protocole : --/--/----

n° de version : ----

ÉTABLISSEMENT :

1. FRÉQUENCE DU CONTRÔLE :

Période contrôlée : Année : 1^{er} semestre 2nd semestre

2. SÉLECTION DES DOSSIERS :

Modalité de sélection

Unité de référence (patient, dossier, séjour, SSRHA, RHA, semaine...)

Nombre

3. CONTRÔLEUR(S) :

Nombre

Nom

Fonction dans l'établissement

Rôle dans le contrôle

4. OBJECTIF DU CONTRÔLE :

Objectif principal du contrôle

Performance attendue

5. CRITÈRES DE JUGEMENT :

Critère principal

Critères complémentaires

Définition et typologie des erreurs adoptée :

6. DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE RETENUS :

Types de documents recherchés

Documents jugés valides (admis pour le contrôle) :

7. MOMENT DE LA LEVÉE DE L'AVEUGLE :

8. DÉROULEMENT DU CONTRÔLE

Pour chaque étape, qui la réalise ? A quel moment ?

Tirage au sort

Préparation des dossiers à contrôler

Extraction des informations, Codage, Saisie, Groupage

Discussion avec les producteurs d'information

9. TRAITEMENT DES CAS PARTICULIERS

Prévoir, dans le protocole, la conduite à tenir pour certains cas :

- dossier non disponible (perte, prêt, ...)
- données insuffisantes pour contrôler une information
- données insuffisantes pour trancher entre plusieurs possibilités
- règles de recueil imprécises
- données discordantes dans le dossier du patient
- désaccord entre le producteur initial et le contrôleur

10. RAPPORT DE CONTRÔLE

Contenu (résultats figurant dans le rapport)

Destinataires

Propositions de mesures d'amélioration de la qualité et plan de mise en œuvre

RECOMMANDATIONS POUR LA CONSTITUTION D'UN PROTOCOLE DE CONTROLE

1. FRÉQUENCE ET PÉRIODE

2. SELECTION DES DOSSIERS

Plusieurs modes de sélection sont possibles :

- Tirage au sort parmi les RHA transmis (semestre précédent)
 - Tirage au sort parmi les patients encore présents (un RHS par séjour ou tous les RHS du séjour ?)
 - Sélection de patients représentatifs des types de patients de l'établissement : lister a priori les catégories "représentatives" (ex. prothèse de genou en rééducation, hémiparétique en rééducation, patient de plus de 80 ans multipathologique et en suites post-opératoires d'intervention digestive, ...)
 - Sélection ciblée sur les situations à risques d'erreurs (ex. prestations inter établissements, activité de rééducation de groupe hors collectif, pathologie dont le codage n'est pas homogène...)
- Niveau auquel l'analyse est conduite, unité de référence (patient, dossier, séjour, SSRHA, RHA, semaine...)
- Nombre de dossiers : nombre fixe, fraction du total,

Le protocole peut combiner les différents cas, l'amélioration continue de la qualité nécessite plusieurs variétés de contrôles complémentaires. Un document général décrit les types de contrôles choisis et les protocoles sont déclinés selon ces choix.

Le mode de sélection est fonction des objectifs du contrôle.

En externe, pour une évaluation globale on procédera plutôt à un contrôle aléatoire sur RHA transmis, complété le cas échéant par des contrôles ciblés sur des cas sélectionnés (affections ou pathologies de référence pour l'établissement, cas « surprenants », choix régionaux...).

En interne, il est plus efficace de travailler sur des dossiers disponibles, (en particulier si l'on s'intéresse également à la qualité du dossier du patient), de s'assurer que les pathologies représentatives de l'activité de l'établissement sont bien décrites (ex. 5 dossiers de chaque) et de vérifier systématiquement certaines situations particulières (ex. patients sans temps de rééducation dans un centre de rééducation, pathologies intercurrentes, ...).

3. CONTRÔLEUR :

Nombre : contrôleur unique, plusieurs contrôleurs

Fonction dans l'établissement : médecin référent PMSI pour l'établissement (DIM /clinicien responsable); médecin d'un service (chef de service / autre); médecin extérieur à l'établissement ; non-médecin (surveillante, intervenant de rééducation, ...). Quel est son rôle dans le recueil habituel des RHS ?

Rôle dans le contrôle (partie du RHS contrôlée) : données d'identité et de mouvement, données de morbidité, données de dépendance, données des activités de rééducation-réadaptation.

Il faut un responsable global de la qualité et du contrôle, mais avec un référent pour les grandes catégories d'informations (« administratives », diagnostics, dépendance, rééducation). Un dialogue et une coopération étroite avec ceux qui recueillent l'information habituellement sont essentiels, en particulier lors des premières validations.

4. OBJECTIF DU CONTRÔLE :

Ce chapitre est essentiel et mérite une réflexion précise car il guide tout le reste du protocole et la place des contrôles dans la démarche de qualité de l'établissement. Le contrôle peut être « minimaliste » et ne porter que sur le classement en GHJ, il peut au contraire être intégré dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des informations de l'établissement incluant les données administratives et le dossier patient dans son ensemble, en coordination avec la démarche d'accréditation.

Objectif principal

- validation des GHJ
- validation de certaines informations (PCTL, PRRC, temps intervenant,)
- validation de la qualité de toutes les informations du RHA

Objectifs complémentaires

- contrôle de la qualité des dossiers-patients
- préparation à l'accréditation
- assurance qualité des informations du PMSI
- autres ...

Performance attendue (taux d'erreur maximal attendu)

5. CRITÈRES DE JUGEMENT :

Définir a priori quel est le critère de jugement principal retenu :

- GHJ erroné
- Erreur modifiant le GHJ du RHS (un RHS peut comporter 2 erreurs modifiant le GHJ, (ex. âge et dépendance)
- Erreur susceptible de modifier le GHJ (une erreur sur la dépendance pourrait modifier le GHJ mais elle est sans effet si le RHS est classé en PRRC ou PCL)
- **Toute erreur sur une information du RHS** (recommandé)

Définition et typologie des erreurs adoptée :

- Erreurs par défaut (oubli) / par excès / par imprécision / information non contrôlable dans le dossier / Mauvais choix hiérarchique
- Grille de recueil utilisée

6. DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE RETENUS :

Types de document servant de référence pour le contrôle

- Dossier administratif (identité et mouvements, facturation, dossier informatique ou papier, cahier de la surveillante ...)
- Dossier médical
- Dossier infirmier
- Dossiers spécialisés ? (intervenants de rééducation, assistante sociale, ...)

Documents jugés valides :

Seulement les documents datés, avec le nom du patient et signés

Tous documents écrits / certains documents écrits

Rôle des prescriptions

Que fait-on quand les documents de référence sont absents ou muets sur une information ? quand ils sont discordants ?

(Se référer au référentiel par variable en annexe 2)

7. LEVÉE DE L'AVEUGLE :

La prise de connaissance des données initialement recueillies se fait :

- après avoir extrait les données qui doivent figurer dans le RHS (bordereau en clair)
- après avoir codé ces données (bordereau codé)
- après avoir ressaisi et groupé le RHS
- il n'y a pas "d'aveugle" (reprise du dossier avec le RHS initial sous les yeux)

Après chaque RHS séparément / après reconstitution de tous les RHS d'un patient

8. DÉROULEMENT DU CONTRÔLE

Pour chaque étape, qui la réalise ? A quel moment ?

Tirage au sort

Préparation des dossiers à contrôler

Extraction des informations

Codage

Saisie

Groupage

Choix en cas de discordance RHS initial/ RHS contrôle

Discussion avec les producteurs d'information

Rapport de contrôle et retour d'information sur les résultats du contrôle

9. TRAITEMENT DES CAS PARTICULIERS

Prévoir, dans le protocole, la conduite à tenir pour certains cas :

- dossier non disponible (perte, prêt, ...)
- données insuffisantes pour contrôler une information
- données insuffisantes pour trancher entre plusieurs possibilités
- règles de recueil imprécises
- données discordantes dans le dossier du patient
- désaccord entre le producteur initial et le contrôleur

10. RAPPORT DE CONTRÔLE

- Degré de précision (cas par cas, par service, par médecin, globalement pour l'établissement, ...)
- Typologie des erreurs
- Éléments de comparaison (objectifs affichés, périodes précédentes, ...)
- Diffusion (destinataires du ou des rapports)
- **Propositions de mesures d'amélioration et plan de mise en œuvre**

Cette partie est essentielle dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des informations du PMSI-SSR. Elle passe, si possible, par une contractualisation avec les différents intervenants (engagements écrits).

3 - GRILLES D'ANALYSE DE LA QUALITÉ DU RHS

La conduite et la présentation des résultats du contrôle nécessite des grilles qui sont établies en fonction de différents critères dont :

A) Semaine ou séjour ?

- L'analyse peut porter simplement sur des RHS isolés, la grille reprenant alors la liste des variables du RHS (**grille n°1**).
- L'analyse peut porter sur un séjour et analyser l'ensemble des RHS ; la grille intègre alors l'évolution dans le temps (ex. Semaine 1 ; Semaine 2 : évolution OUI/NON ; Semaine ...) (**grille n°2**).

B) Typologie des erreurs

- L'analyse peut porter sur un raisonnement binaire pour chaque variable : **Vrai/Faux**.
- L'analyse peut affiner la notion d'erreur et distinguer **des types d'erreurs différents** :

ex. Exact / Défaut, Oublis / Excès, Abus / Imprécision / Erreur de hiérarchisation / Invérifiable
« oui » / « - » / « + » / « # » / « H » / (« ? »)

C) Document de référence

- La grille peut inclure une mention concernant les documents de référence permettant de juger la variable (présent/ absent/ insuffisant) (ex : fiches de référence par variable en annexe 2).

D) Protocole et synthèse

- La grille d'analyse est indissociable du protocole de contrôle qui décrit (avant sa réalisation) l'objectif et la méthode choisis.
- Un tableau de synthèse est à prévoir en fin de contrôle. Il doit être conçu pour guider l'action d'amélioration et évaluer les évolutions. Il pourra être transmis à la tutelle pour témoigner du travail d'évaluations et du niveau de fiabilité des données PMSI.

GRILLE N°1 DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ DES RHS

QUALITÉ DES DONNÉES ET DE LA SAISIE (remplir par V : vrai ; F : faux ; I : invérifiable ; ou A : absent)						
	RHS Papier	Saisie			RHS Papier	Saisie
Nom				Acte médical 1		
Prénom				Acte médical 2		
Date naissance (unique pour un séjour)				Acte médical 3		
Sexe (unique...)				Acte médical 4		
Numéro administratif (unique...)				Acte médical 5		
Code postal résidence (unique...)						
Numéro FINESS (unique...)				Habillage		
Numéro de séjour SSR (unique...)				Déplacement		
Type d'activité (unique...)				Alimentation		
				Continence		
Date d'entrée				Comportement		
Mode d'entrée				Relation		
Provenance				Utilisation d'un fauteuil roulant		
Date de sortie						
Mode de sortie				Rééducation mécanique		
Destination				Rééducation sensori-motrice		
				Rééducation neuropsychologique		
Numéro d'unité médicale				Rééducation cardio-respiratoire		
Journées de présence				Rééducation nutritionnelle		
Date de la dernière chirurgie				Rééducation uro-sphinctérienne		
Finalité de prise en charge				Réadaptation-réinsertion		
Manifestation morbide principale				Adaptation-appareillage		
Affection étiologique				Rééducation collective		
Diagnostic associé significatif 1				Bilans		
Diagnostic associé significatif 2				Physiothérapie		
Diagnostic associé significatif 3				Balnéothérapie		
Diagnostic associé significatif 4						
Diagnostic associé significatif 5						

GRILLE N°2 DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ DES RHS PAR SEJOUR

Date de contrôle :

RHS contrôlé : patient semaine(s) :

Contrôleur(s) :

Variables administratives	V/F
Nom	
Prénom	
Date naissance	
Sexe	
N° administratif	
Code Postal	
Type d'activité	

Mouvements et dates	V/F
Date d'entrée	
Mode d'entrée	
Provenance	
Date de sortie	
Mode de sortie	
Destination	
N° d'unité médicale	

Coder les erreurs: + = excès ou abus ; - = oublis, sous-évaluation ; # = imprécision ; H = hiérarchisation ; ? = invérifiable, **Document de référence :** présents = + ; absents = 0 ; insuffisants = ? ;

Variables	Semaine 1		Semaine 2		Semaine 3		Semaine 4		Semaine 5	
	Erreur	Réf	Erreur	Réf	Erreur	Réf	Erreur	Réf	Erreur	Réf
Journées de présence										
Date dernière chirurgie										
FPP										
MPP										
AE										
DAS 1										
DAS 2										
DAS 3										
DAS 4										
DAS 5										
Acte méd. 1										
Acte méd. 2										
Acte méd. 3										
Acte méd. 4										
Acte méd. 5										

(Suite)

Variables	Semaine 1		Semaine 2		Semaine 3		Semaine 4		Semaine 5	
	Erreur	Réf.	Erreur	Réf.	Erreur	Réf.	Erreur	Réf.	Erreur	Réf.
Dépendance Habillage Déplacement Alimentation Continence Comportement Relation Fauteuil roulant Activités : <ul style="list-style-type: none"> • Mécanique • Sensori-motrice • Neuropsychologique • Cardio-respiratoire • Nutritionnelle • Uro-sphinctérienne • Réadapt.-réinsertion • Adapt.-appareillage • Rééduc. Collective • Bilans • Physiothérapie • Balnéothérapie 										
GHJ	Initial	Après contrôle	Initial	Après contrôle	Initial	Après contrôle	Initial	Après contrôle	Initial	Après contrôle

FICHE DE SYNTHÈSE DU CONTRÔLE DES RHS

- Etablissement :
- Date du contrôle :
- Période contrôlée :
- Contrôleurs (noms) :

Nombre de séjours (patients) contrôlés :

Nombre de RHS contrôlés :

• Erreurs sur les GHJ : • Nombre de RHS mal classés et % :

• Nombre de journées mal classées et % :

• Erreur :	• par abus (PRRG, PCU...)	Nombre	RHS	%	Nombre jours	%
	• par défaut (PRRG, PCU...)					
	• par hiérarchisation					
	- Intra CMC					
	- CMC différente					

• Erreurs sur les données administratives (identité et mouvement)

- Nombre d'erreurs total
(il peut y avoir 2 erreurs/séjour ou RHS)
- % de séjours concernés
- % des RHS concernés

• Journées de présence

- Nb Abus :
- Nb oublis :
- Total déclarées :
- % d'erreur (Nb déclaré/Nb Exact)%
- % des RHS concernés (abus ou oublis).....%

	Nb d'erreurs total	Nb RHS concerné	%	% séjours	Types d'erreur				
					H	+	-	#	?
• Morbidité (FPP, MPP, AE, DAS, acte méd., date chirurgie)									
• Dépendance									
• FR									
• Activités de RR									

- Pourcentage de RHS exacts :
- Evolution par rapport au contrôle précédant :
- Comparaison avec une référence :

4. CONTRÔLES DE PERTINENCE (à développer)

- Il s'agit d'analyser la base de données de RHS (ou d'un semestre) pour déterminer les RHS dont la pertinence peut être mise en doute pour une variable qui prend une valeur « surprenante », que ce soit en valeur absolue (âge à 250 ans) ou relative à l'activité habituelle de la structure ou de l'unité (ex. âge > 80 ans dans un établissement pour enfants).

- Les valeurs « surprenantes » doivent faire l'objet d'une validation après vérification.
- Ces tests sont à paramétrer pour chaque établissement en fonction de son activité.
- Ce chapitre sera enrichi des propositions issues de l'expérience de l'étude nationale de coût

5. CONTRÔLES DE COHÉRENCE (à développer)

De multiples tests de cohérence peuvent être imaginés. Les plus simples et les plus fréquemment évoqués concernent les dates et les comparaisons temps intervenants/personnel.

- Cohérence des dates (Cf. codes d'erreur du groupeur)
- Cohérence « Temps intervenants/personnel » :
 - Nb de personnes habilitées à déclarer des temps intervenants (par catégories) :
 - ETP
 - par catégorie :
 - total (temps maximal théorique)
 - Ratio :
$$\frac{\text{Somme des temps déclarés}}{\text{Tps maximal théorique}}$$
 - Ce chapitre sera enrichi des propositions issues de l'expérience des professionnels de terrain, selon l'exemple en court-séjour du logiciel de contrôle NESTOR d'Ile de France, et du travail d'amélioration de la qualité conduit par les établissements de l'étude nationale de coût

II.3 ÉVALUER LA DÉMARCHE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

- 1. MÉTHODES POUR ÉVALUER LA DÉMARCHE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES**
- 2. LISTE DE PROCÉDURES POUR L'ÉVALUATION DE LA DEMARCHE D'AMELIORATION DE LA QUALITÉ**
- 3. FICHE DE SYNTHÈSE DU PROGRAMME D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES PMSI-SSR DANS L'ÉTABLISSEMENT (étude nationale de coût PMSI-SSR)**

1-MÉTHODES POUR ÉVALUER LA DÉMARCHE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

On s'intéresse ici à la manière dont la démarche d'amélioration continue de la qualité est prise en compte et menée dans son ensemble, car il ne suffit pas de réaliser des contrôles mais bien de viser durablement à la qualité des informations par une amélioration continue.

Une question centrale est ce que l'on tire comme conséquence, ce que l'on fait des erreurs ou des défauts rencontrés.

1. POLITIQUE QUALITÉ

L'établissement a-t-il une politique de qualité, dans son ensemble et plus particulièrement pour les informations produites ? Comment cette volonté est-elle exprimée et affichée (rapport, schéma directeur...) ?

Qui en décide, avec quelle consultation des autres acteurs de la production d'information ?

Même si une personne (le médecin responsable de l'information médicale ou le responsable qualité par exemple) est la cheville ouvrière, la démarche qualité ne peut aboutir qu'avec un soutien et une volonté affichée par les instances représentant l'établissement (conférence médicale, direction générale).

2. ORGANISATION DE LA DÉMARCHE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

Comment la démarche qualité des informations médicale est-elle organisée ?

Qui en est responsable ? Qui la conduit en pratique ? De quelle méthode s'agit-il (uniquement de réalisation de contrôles, d'assurance qualité, de gestion du risque ...) ? La totalité de la chaîne de production des informations est-elle prise en compte, y compris les pratiques administratives sur les mouvements et les identités, les moyens informatiques (réseau, logiciels, intégrations...) ?

Des moyens spécifiques ont-ils été identifiés et effectivement dégagés pour cette démarche ?

L'établissement doit signifier le type de démarche qu'il mène en référence aux définitions du I.2 et en quoi cette démarche est effectivement conduite.

3. MISE EN ŒUVRE DE LA DÉMARCHE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

L'analyse initiale est-elle complète sur toutes les dimensions de la production des informations ? Même si la démarche ACQ est permanente et continue, il y a des étapes, notamment au début, de diagnostic et d'analyse de la situation.

La fréquence des contrôles (annuels, semestriels, mensuels, permanents ...).

La nature des contrôles.

Conséquences des contrôles : que fait-on des résultats des contrôles ? Comment les erreurs détectées sont-elles utilisées ? Sont-elles diffusées auprès des producteurs de l'information ? Sont-elles analysées, selon quelle typologie et avec quel objectif ?

Chaque erreur devrait, dans l'absolu, faire l'objet d'une triple correction

- correction de l'erreur elle-même ou « **correction primaire** » (sinon à quoi sert le contrôle ?)
- correction des erreurs de même nature ou « **correction secondaire** » (ce qui suppose de faire la démarche d'aller rechercher ces erreurs)
- correction des mécanismes, des causes de l'erreur ou « **correction tertiaire** », pour éviter de recommencer indéfiniment les mêmes contrôles et les mêmes corrections, pour améliorer la production des informations et améliorer durablement leur qualité.

Prise en compte des remarques des utilisateurs

Pour une amélioration de la qualité et le maintien d'une bonne motivation, les questions posées par ceux qui assurent le recueil sont-elles bien recueillies, leur remontée est-elle organisée ou spontanée, les questions reçoivent-elles systématiquement des réponses. Enfin les solutions proposées pour améliorer la qualité des informations sont-elles recueillies et examinées ?

Un rapport sur la qualité est-il produit ? A qui est-il diffusé ? Contient-il des propositions d'action pour améliorer la qualité ?

2. LISTE DE PROCÉDURES POUR ÉVALUER LA DÉMARCHE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

ÉTABLISSEMENT :

RÉFÉRENT PMSI-SSR DE L'ÉTABLISSEMENT :

RÉFÉRENT QUALITÉ (pour le PMSI) :

1- ANALYSE DE L'ORGANISATION DU RECUEIL PMSI-SSR

Grille QQOCQP (d'après Ishikawa, cf. annexe1)

Qui ? Quand ? Où ? Quoi ? Comment ? Pourquoi ? (pour chaque type d'information, et pour chaque étape du traitement)

Types de données :

- Données d'identité + localisation + mouvements
- Données "médicales"
- Dépendance / SIIPS
- Activités de rééducation réadaptation

Étapes : (préciser en plus les délais de réalisation/ semaine en cause)

- Extraction / production
- Sélection / hiérarchisation
- Codage
- Saisie
- Groupe
- Statistiques

Outils :

- Thésaurus, nomenclatures
- Bordereaux,
- Logiciel PMSI-SSR, mono/multiposte, aides au codage
- Validité ou performance des outils utilisés**

Niveau de formation au PMSI-SSR des personnes intervenant dans la production des données

Conclusion du bilan :

liste des points à modifier pour l'amélioration + calendrier de mise en œuvre

2- QUALITÉ ET ORGANISATION DU DOSSIER PATIENT

Organisation (nombre de dossiers différents)

Qualité du contenu

3- PROCÉDURES DE QUALITÉ

Liste des responsables à contacter par les utilisateurs en cas de problème (dans l'établissement, recours extérieurs)

Évaluation de la qualité du dossier patient (ex. grille ANDEM 94)

Validation des thésaurus et des bordereaux

Contrôles à la saisie intégrés au logiciel

Formations internes de tous les participants – contrôle des connaissances

Protocoles de contrôles de qualité (qui, quand, comment ? cf. "points clé d'un protocole")

Contrôles statistiques :

- 1- Contrôles d'exhaustivité : sur les RHS et sur les informations produites, analyse des pratiques administratives pour les types d'activités et les mouvements
- 2- Contrôles des codes retours d'erreurs du logiciel groupeur
**procédures de correction des erreurs,
procédure de rectification des causes
d'erreur**
- 3- Contrôles de cohérence des données d'identité, de localisation et de mouvement (dates, âges, jours de présence, unité médicale, type d'activité...)
**procédures de détection des erreurs,
procédures de correction des erreurs,
procédure de rectification des causes
d'erreur**
- 4- Contrôles des valeurs des données du RHS (codes impossibles, valeurs de dépendance impossibles, activités de RR inexistantes dans l'établissement)
**procédures de détection des erreurs,
procédures de correction des erreurs,
procédure de rectification des causes
d'erreur**
- 5- Contrôles de vraisemblance des données : fonction de l'activité des unités et des moyens (compétences, plateau technique)
- **listes des bornes de vraisemblances**
**procédures de détection des erreurs,
procédures de correction des erreurs,
procédure de rectification des causes
d'erreur**
- 6- Contrôles de vraisemblances des données fonction de l'évolution des informations des RHS dans le temps (fluctuation des informations d'une semaine à l'autre)
- **listes des évolutions improbables**
**procédure de rectification des causes
d'erreur**

Contrôles avec retour au dossier

- Echantillon aléatoire
- Echantillon ciblé parmi des pathologies "représentatives" de l'activité de l'établissement
- Echantillon ciblé parmi les situations à risque élevé d'erreur
**procédures de contrôle,
procédure de rectification des causes
d'erreur**

Interrogation des producteurs d'information et des utilisateurs de l'information

- Problèmes perçus (ergonomie des outils, organisation du système d'information, manque de visibilité sur l'intérêt du PMSI, disponibilité des informations en vue de leur utilisation, ...)
- Propositions formulées

Retours d'informations (statistiques d'activité)

- vers les producteurs, (contenu, fréquence, destinataires, commentaires)
- rapport d'activité PMSI-SSR (contenu, destinataires)

Rapport sur la qualité des informations et programme d'ACQ

4- OBJECTIFS CHIFFRES DE QUALITÉ À ATTEINDRE

Critères de suivi

Liste des critères de qualité faisant l'objet d'une évaluation et d'un résultat chiffré

Standard à atteindre

Valeur à atteindre pour chaque critère

5- MESURES D'AMÉLIORATION À METTRE EN ŒUVRE
--

Formations et moyens humains

Outils (thesaurus, bordereaux, logiciels)

Organisation du circuit des informations

6- CALENDRIER DE MISE EN PLACE DES MESURES

3. FICHE DE SYNTHÈSE DE LA DÉMARCHE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES (étude nationale de coût du PMSI-SSR)

SUPERVISEUR :

ÉTABLISSEMENT :

ÉTAPE 1

1. BILAN INITIAL

Date du 1^{er} contact téléphonique : ____ / ____ / ____

Date de la 1^{ère} visite : ____ / ____ / ____

Diagnostic :

*** Implication de l'établissement dans la démarche**

- globalement,
- direction générale,
- direction des affaires financières,
- DSIO,
- DIM,
- cliniciens,
- infirmières,
- acteurs de rééducation

*** Etat d'avancement du PAQ**

- Volonté officialisée
- Objectifs affichés
- Moyens identifiés
- Réflexion en cours
- Rédaction d'un programme
- Calendrier prévisionnel
- Degré de compréhension de la démarche(subjectif)
- Capacité à la mettre en œuvre (subjectif)

*** Analyse du circuit des informations (QOOQCP, 5M)**

*** Formations du personnel au PMSI**

*** Connaissance des règles de recueil et codage**

*** Validation des outils de recueil / codage / saisie**

*** Contrôles de qualité prévus /réalisés : sur les bases, retours d'information/validation, sur dossier**

Plan de travail prévisionnel

*** Axes de travail (par rapport à l'analyse du circuit? Des contrôles ?)** (développer : contrôles, formation, sur les outils, sur l'organisation, ...)

*** Calendrier**

*** Moyens**

*** Formalisation**

2 - SYNTHÈSE

Points forts du PMSI-SSR dans l'établissement

Points faibles

Questions posées

recueil et codage,
organisation circuit,
méthode PAQ

3 - QUESTIONS POSÉES, À TRAITER

ÉTAPE 2

Date de la 2^{ème} visite : __ / __ / ____

1. ÉTAT D'AVANCEMENT DU P.A.Q.

conformité au calendrier et aux procédures prévisionnels
modifications introduites au programme – pourquoi ?

2. RÉSULTATS DES CONTRÔLES RÉALISÉS

Analyse des résultats : niveau de qualité, types d'erreurs, fréquence des erreurs, causes des erreurs, impact des erreurs sur les données de l'établissement

3. PROPOSITIONS D'ACTIONS POUR AMÉLIORER LES DONNÉES

Types d'actions, cibles, impact attendu
Plan d'action

4. PRÉVISIONS DE CONTRÔLES ADAPTÉS SUR LA BASE

ÉTAPE 3

Date de la 3^{ème} visite : __ / __ / ____

1. CONTRÔLES DE LA BASES DE DONNÉES

Contrôles systématiques

Codes d'erreurs du groupeur
Test paramétrés localement (pertinence)

Contrôles de cohérences

(paramètres, moment du test, base concernée, résultats, dossiers validés, RHS corrigés)

Internes aux RHS
Interne au séjour (SSRHS)
Cohérence des données statistiques
Morbidity / orientations de l'unité
Temps de dépendance observés / attendus
Temps de dépendance déclarés / personnel
Autres cohérences testées

Validations avec les producteurs de données

RAPPORT FINAL DU P.A.Q.

ANNEXES

ANNEXE 1- Fiches d'analyse (QOQCP) du circuit de production des informations du RHS

ANNEXE 2- Référentiel pour la validation des informations du RHS – fiches 1 à 19

ANNEXE 3- Les 12 enseignements pour l'amélioration (ANAES 1999)

ANNEXE 4- Références et critères d'accréditation pour la gestion du système d'information (ANAES 1999)

ANNEXE 5- Grilles de critères pour l'audit du dossier médical du patient :

5. Grille ANDEM de 1994 (partie relative au dossier médical)

5bis. Grille adaptée aux SSR, FSEF 1998 (dossier du patient)

ANNEXE 6- Références et critères d'accréditation pour le dossier du patient (ANAES 1999)

ANNEXE 7- Les codes retour d'erreur de la fonction groupage

GLOSSAIRE

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXE 1 - Fiches *QOQCP* d'analyse du circuit de production des informations du RHS

GRILLE D'ANALYSE DU SIH DE L'ÉTABLISSEMENT

L'analyse de ces fiches est très riche d'enseignement et constitue le véritable diagnostic de l'organisation du recueil.

Pour l'analyse du circuit de production des informations du PMSI, les cinq catégories d'informations doivent être prises en compte et se voir appliquer la grille QOQCP (qui, quand, où, qui ; comment, pourquoi) (Cf. annexe 1)

- 1 – administratives : volet identité, volet mouvements, dates de présence
- 2 – médicales : date de dernière chirurgie, morbidité, actes médicaux.
- 3 – dépendance : les 6 activités de la vie courante et la question « fauteuil roulant »
- 4 – rééducation : les temps et éventuellement les actes
- 5 – résultats du groupeur : CMC, GHJ, codes d'erreurs.

Une attention particulière doit être donnée à deux questions :

- **Quand ?** en particulier pour la fréquence de remplissage de l'information pour les patients (réellement toutes les semaines, ou à la sortie, en cas de modification...). Pour les activités de rééducation-réadaptation le recueil peut être quotidien, voire continue à chaque réalisation.
- **Comment ?** en particulier les supports spécifiques et les thésaurus utilisés, ou l'existence de transcodages lorsqu'ils sont utilisés, car ces éléments peuvent être la source d'erreurs systématiques pour un grand nombre de patients lorsqu'ils ne sont pas correctement adaptés. De même le recueil des actes de rééducation réadaptation en nature est plus utile pour les équipes de rééducation pour leur analyse d'activité mais si ce recueil se fait avec des temps-type par acte (ex. RL15 = 10mn) il faut le savoir et vérifier de cela n'entraîne pas trop de biais pour des patients qui ne sont plus dans la référence pour ces actes.

Un dernier point est à étudier en détail, c'est celui qui concerne les **pratiques administratives** de déclaration des séjours et des mouvements, et les retentissements pour le PMSI-SSR, tout particulièrement pour certains cas :

- la limite activité externe (séances) / hôpital de jour, et les enregistrements d'activité correspondante
- les passages MCO/SSR ou SSR/long séjour (pour les établissements à activité mixte)
- les journées de permission (enregistrement, découpage des séjours pour « permissions » longues ?...)
- la gestion des numéros de séjour en cas de prestations dans un autre établissement (exploration, chirurgie, dialyse...) que ce soit sur une journée ou quelques jours.

GRILLE D'ANALYSE DU SIH DE L'ÉTABLISSEMENT (QOQCP)

FICHE 1 "DATE DE NAISSANCE"

ÉLÉMENTS D'ANALYSE			
SOURCE			
SUPPORT			
CODAGE INITIAL ?	Système de codage		
	Nb de caractères (année)		
CONTRÔLES EN AMONT ?	Présence (oblig./facult.)		
	Vraisemblance		
	Incompatibilité		
GÉNÉRATION ?	Automatique		
	Manuelle		

GRILLE D'ANALYSE DU SIH DE L'ÉTABLISSEMENT
(QQOQCP)
FICHE 2"SEXE"

ÉLÉMENTS D'ANALYSE			
SOURCE			
SUPPORT			
CODAGE INITIAL ?	Système de codage		
	Nb de caractères		
	Transcodage		
CONTRÔLES EN AMONT ?	Présence (oblig./facult.)		
	Vraisemblance		
	Incompatibilité		
GÉNÉRATION ?	Automatique		
	Manuelle		

**GRILLE D'ANALYSE DU SIH DE L'ÉTABLISSEMENT
(QQOQCP)**

FICHE 3 « NUMÉRO ADMINISTRATIF DU PATIENT »

ÉLÉMENTS D'ANALYSE			
SOURCE			
SUPPORT			
CODAGE INITIAL ?	Système de codage		
	Nb de caractères		
	Transcodage		
CONTRÔLES EN AMONT ?	Présence (oblig./facult.)		
	Vraisemblance		
	Incompatibilité		
GÉNÉRATION ?	Automatique		
	Manuelle		

GRILLE D'ANALYSE DU SIH DE L'ÉTABLISSEMENT
(QQOQCP)
FICHE 4"CODE POSTAL DE RÉSIDENCE"

ÉLÉMENTS D'ANALYSE			
SOURCE			
SUPPORT			
CODAGE INITIAL ?	Système de codage		
	Nb de caractères		
	Transcodage		
CONTRÔLES EN AMONT ?	Présence (oblig./facult.)		
	Vraisemblance		
	Incompatibilité		
GÉNÉRATION ?	Automatique		
	Manuelle		

GRILLE D'ANALYSE DU SIH DE L'ÉTABLISSEMENT
(QQOQCP)
FICHE 5''NUMÉRO FINESS DE LA STRUCTURE''

ÉLÉMENTS D'ANALYSE			
SOURCE			
SUPPORT			
CODAGE INITIAL ?	Système de codage		
	Nb de caractères		
	Transcodage		
CONTRÔLES EN AMONT ?	Présence (oblig./facult.)		
	Vraisemblance		
	Incompatibilité		
GÉNÉRATION ?	Automatique		
	Manuelle		

GRILLE D'ANALYSE DU SIH DE L'ÉTABLISSEMENT
(QQOQCP)
FICHE 6 "NUMÉRO DE SÉJOUR SSR"

ÉLÉMENTS D'ANALYSE			
SOURCE			
SUPPORT			
CODAGE INITIAL ?	Système de codage		
	Nb de caractères		
	Transcodage		
CONTRÔLES EN AMONT ?	Présence (oblig./facult.)		
	Vraisemblance		
	Incompatibilité		
GÉNÉRATION ?	Automatique		
	Manuelle		

GRILLE D'ANALYSE DU SIH DE L'ÉTABLISSEMENT
(QQOQCP)
FICHE 7"TYPE D'ACTIVITÉ"

ÉLÉMENTS D'ANALYSE			
SOURCE			
SUPPORT			
CODAGE INITIAL ?	Système de codage		
	Nb de caractères		
	Transcodage		
CONTRÔLES EN AMONT ?	Présence (oblig./facult.)		
	Vraisemblance		
	Incompatibilité		
GÉNÉRATION ?	Automatique		
	Manuelle		

GRILLE D'ANALYSE DU SIH DE L'ÉTABLISSEMENT
(QQOQCP)
FICHE 8 « DATES D'ENTRÉE ET DE SORTIE »

ÉLÉMENTS D'ANALYSE			
SOURCE			
SUPPORT			
CODAGE INITIAL ?	Système de codage		
	Nb de caractères		
	Transcodage		
CONTRÔLES EN AMONT ?	Présence (oblig./facult.)		
	Vraisemblance		
	Incompatibilité		
GÉNÉRATION ?	Automatique		
	Manuelle		

GRILLE D'ANALYSE DU SIH DE L'ÉTABLISSEMENT
(QQOQCP)
FICHE 9 « MODES D'ENTRÉE ET DE SORTIE »

ÉLÉMENTS D'ANALYSE			
SOURCE			
SUPPORT			
CODAGE INITIAL ?	Système de codage		
	Nb de caractères		
	Transcodage		
CONTRÔLES EN AMONT ?	Présence (oblig./facult.)		
	Vraisemblance		
	Incompatibilité		
GÉNÉRATION ?	Automatique		
	Manuelle		

GRILLE D'ANALYSE DU SIH DE L'ÉTABLISSEMENT
(QQOQCP)
FICHE 10 « PROVENANCE ET DESTINATION »

ÉLÉMENTS D'ANALYSE			
SOURCE			
SUPPORT			
CODAGE INITIAL ?	Système de codage		
	Nb de caractères		
	Transcodage		
CONTRÔLES EN AMONT ?	Présence (oblig./facult.)		
	Vraisemblance		
	Incompatibilité		
GÉNÉRATION ?	Automatique		
	Manuelle		

GRILLE D'ANALYSE DU SIH DE L'ÉTABLISSEMENT
(QQOQCP)
FICHE 11 « DATE DU RHS »

ÉLÉMENTS D'ANALYSE			
SOURCE			
SUPPORT			
CODAGE INITIAL ?	Système de codage		
	Nb de caractères		
	Transcodage		
CONTRÔLES EN AMONT ?	Présence (oblig./facult.)		
	Vraisemblance		
	Incompatibilité		
GÉNÉRATION ?	Automatique		
	Manuelle		

GRILLE D'ANALYSE DU SIH DE L'ÉTABLISSEMENT
(QQOQCP)
FICHE 12 « NUMÉRO D'UNITÉ MÉDICALE »

ÉLÉMENTS D'ANALYSE			
SOURCE			
SUPPORT			
CODAGE INITIAL ?	Système de codage		
	Nb de caractères		
	Transcodage		
CONTRÔLES EN AMONT ?	Présence (oblig./facult.)		
	Vraisemblance		
	Incompatibilité		
GÉNÉRATION ?	Automatique		
	Manuelle		

GRILLE D'ANALYSE DU SIH DE L'ÉTABLISSEMENT
(QQOQCP)
FICHE 13 « JOURNÉES DE PRÉSENCE »

ÉLÉMENTS D'ANALYSE			
SOURCE			
SUPPORT			
CODAGE INITIAL ?	Système de codage		
	Nb de caractères		
	Transcodage		
CONTRÔLES EN AMONT ?	Présence (oblig./facult.)		
	Vraisemblance		
	Incompatibilité		
GÉNÉRATION ?	Automatique		
	Manuelle		

**GRILLE D'ANALYSE DU SIH DE L'ÉTABLISSEMENT
(QQOQCP)**

FICHE 14 « DATE DE LA DERNIÈRE INTERVENTION CHIRURGICALE »

ÉLÉMENTS D'ANALYSE			
SOURCE			
SUPPORT			
CODAGE INITIAL ?	Système de codage		
	Nb de caractères		
	Transcodage		
CONTRÔLES EN AMONT ?	Présence (oblig./facult.)		
	Vraisemblance		
	Incompatibilité		
GÉNÉRATION ?	Automatique		
	Manuelle		

GRILLE D'ANALYSE DU SIH DE L'ÉTABLISSEMENT
(QQOQCP)
FICHE 15 « VARIABLES DE MORBIDITÉ »

ÉLÉMENTS D'ANALYSE			
SOURCE			
SUPPORT			
CODAGE INITIAL ?	Système de codage		
	Nb de caractères		
	Transcodage		
CONTRÔLES EN AMONT ?	Présence (oblig./facult.)		
	Vraisemblance		
	Incompatibilité		
GÉNÉRATION ?	Automatique		
	Manuelle		

**GRILLE D'ANALYSE DU SIH DE L'ÉTABLISSEMENT
(QQOQCP)**

FICHE 16 « ACTES MÉDICAUX »

ÉLÉMENTS D'ANALYSE			
SOURCE			
SUPPORT			
CODAGE INITIAL ?	Système de codage		
	Nb de caractères		
	Transcodage		
CONTRÔLES EN AMONT ?	Présence (oblig./facult.)		
	Vraisemblance		
	Incompatibilité		
GÉNÉRATION ?	Automatique		
	Manuelle		

GRILLE D'ANALYSE DU SIH DE L'ÉTABLISSEMENT
(QQOQCP)
FICHE 17 « DÉPENDANCE »

ÉLÉMENTS D'ANALYSE			
SOURCE			
SUPPORT			
CODAGE INITIAL ?	Système de codage		
	Nb de caractères		
	Transcodage		
CONTRÔLES EN AMONT ?	Présence (oblig./facult.)		
	Vraisemblance		
	Incompatibilité		
GÉNÉRATION ?	Automatique		
	Manuelle		

**GRILLE D'ANALYSE DU SIH DE L'ÉTABLISSEMENT
(QQOQCP)**

FICHE 18 « FAUTEUIL ROULANT »

ÉLÉMENTS D'ANALYSE			
SOURCE			
SUPPORT			
CODAGE INITIAL ?	Système de codage		
	Nb de caractères		
	Transcodage		
CONTRÔLES EN AMONT ?	Présence (oblig./facult.)		
	Vraisemblance		
	Incompatibilité		
GÉNÉRATION ?	Automatique		
	Manuelle		

**GRILLE D'ANALYSE DU SIH DE L'ÉTABLISSEMENT
(QQOQCP)**

FICHE 19 « ACTIVITES DE RÉÉDUCATION-RÉADAPTATION »

ÉLÉMENTS D'ANALYSE			
SOURCE			
SUPPORT			
CODAGE INITIAL ?	Système de codage		
	Nb de caractères		
	Transcodage		
CONTRÔLES EN AMONT ?	Présence (oblig./facult.)		
	Vraisemblance		
	Incompatibilité		
GÉNÉRATION ?	Automatique		
	Manuelle		

ANNEXE 2 - Référentiel pour la validation des informations du RHS

PRINCIPES

Nous avons repris les critères d'analyse proposés par le Guide « IMAGE ». Pour chaque information du RHS préciser (dans la logique QQQQCP) :

Quelle est la source de l'information ?

- Bureau des entrées (BDE)
- Service clinique (CLINIC)
- Département ou service d'information médicale (DIM)
- Service médico-technique (kiné., ergo., diététique, éducatif, service social etc...) (REEDUC)
- Autres sources (à préciser)

- Quel est le support véhiculant l'information ? A-t-il été validé ?

- Bordereau papier (PAP)
- Support magnétique (MAG)
- Réseau (transmission) (RES)
- Fiche à lecture optique
- Code à barre
- Autres supports à préciser

CODAGE INITIAL

- L'information recueillie dans le RHS est codée à l'aide de nomenclatures spécifiques (CIM-10, grille de dépendance etc...). À l'origine, cette information peut être produite par le SIH pour répondre à d'autres objectifs que celui du PMSI-SSR, en utilisant un codage différent.
- Un système de transcodage entre le codage initial et le codage PMSI-SSR peut être mis en place par l'établissement pour éviter de multiplier le recueil d'une même information à travers des codages différents (ex. dépendance et MIF ou AGIIR).
- En cas de codage initial d'une variable différent du codage PMSI-SSR, il doit être décrit en précisant :
 - le nombre de caractères utilisés pour ce codage,
 - ainsi que le transcodage éventuellement adopté.

CONTRÔLE EN AMONT

- Des recommandations en matière de contrôles de l'information à sa source sont préconisées. Ces contrôles se situent en amont de la constitution du RHS et sont donc distincts de ceux réalisés en aval, notamment dans le cadre de la saisie des RHS et de leur groupage.
- Ces contrôles peuvent porter sur :
 - la présence de la donnée obligatoire ou pas,
 - la vraisemblance de l'information,
 - l'incompatibilité de deux informations entre elles, dont la coexistence est impossible

MODE DE GÉNÉRATION DE L'INFORMATION

L'information est-elle :

- automatiquement générée par le SIH (par exemple : date système pour date d'entrée),
- ou introduite manuellement ?

CONTRÔLE EN AVAL

On appelle « contrôle en aval » des contrôles effectués après la saisie du RHS, en particulier secondairement sur des bases de RHS (ex. au moment du groupage, recherche de valeurs particulières...)

FICHES PAR INFORMATION

1. DATE DE NAISSANCE

RÔLE DE LA VARIABLE DANS LA CLASSIFICATION DES GHJ

- La variable "date de naissance", permet de calculer l'âge du patient, elle joue un rôle important dans la classification puisque dans chaque Catégorie Majeure Clinique (CMC), à l'exception de la CMC Gériatrie aiguë, les Groupes Homogènes de Journées (GHJ) sont déclinés selon l'âge : GHJ spécifiques aux enfants - adolescents (<16ans), et GHJ spécifiques aux adultes (16 ans ou plus).

Cette variable joue un rôle également dans le cadre de l'affectation du RHS à la CMC Gériatrie aiguë, pour le test « moins de 80 ans / 80 ans ou plus ».

PRÉCONISATIONS DE CONTRÔLES EN AMONT

- Pour les patients ayant-droits d'un assuré, contrôler que la date de naissance est bien celle du patient hospitalisé et non celle de l'assuré.

- Pour un établissement ou service de pédiatrie, rechercher les âges supérieurs à 18 ans.

- Pour un établissement ou service d'adultes non gériatrique, rechercher :

. les âges inférieurs à 16 ans,

. les âges supérieurs à 80 ans,

Valider les dossiers (borne à adapter selon le recrutement habituel de l'établissement)

- Pour un établissement ou service gériatrique, rechercher et valider les dossier avec :

. les âges inférieurs à 60 ans,

. les âges supérieurs à 100 ans,

ces borne sont à adapter selon le recrutement habituel de l'établissement.

- Contrôles de cohérence entre l'âge et certains codes de morbidité

- Organiser :

. Gestion des dates de naissance **provisoires**,

. Gestion des dates de naissance **inconnues à l'entrée**.

. Gestion de la date de naissance qui doit être limitée à l'année de naissance pour les personnes bénéficiant de l'**anonymat** (cf. paragraphe II de l'article 1er de l'arrêté du 29 juillet 1998).

CONTRÔLES EN AVAL

On appelle « contrôle en aval », des contrôles réalisés après la saisie de l'information, au moment du groupage ou sur des bases de RHS.

Contrôles intégrés à la fonction groupage :

10 : Date de naissance absente

Bloquant

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : présence d'une variable dans le RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS comportant une date de naissance à blanc.

11 : Date de naissance : taille incorrecte ou non numérique

Bloquant

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : format d'une variable dans le RHS

Description : la FG-SSR signale un RHS dont la date de naissance comporte moins de 7 chiffres, une fois éliminés les blancs extrêmes ou des caractères autres que des chiffres.

12 : Date de naissance incohérente

Bloquant

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS comportant une date de naissance non interprétable, comme par exemple 34011950 (**34** ? janvier 1950).

13 : Date de naissance postérieure à la date du lundi de la semaine du RHS

Bloquant

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dont la date de naissance est postérieure à la date du lundi de la semaine du RHS. (Ce cas peut toutefois survenir pour des nourrissons hospitalisés dans leur première semaine de vie)

14 : Date de naissance improbable par rapport à la semaine du RHS

Bloquant

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dont la date de naissance précède la date du lundi de la semaine du RHS de **plus de 120 ans** (Age > 120).

2. SEXE

RÔLE DE LA VARIABLE DANS LA CLASSIFICATION DES GHJ

La variable "sexe" n'est pas utilisée dans l'algorithme de la classification.

PRÉCONISATIONS DE CONTRÔLES EN AMONT

- Pour un établissement ou service spécialisé dans la convalescence pré et post-natale, rechercher les hommes de plus de 18 mois.
- Pour un établissement ou service mixte, vérifier qu'une des deux modalités (masculin / féminin) n'enregistre pas une fréquence de 100 %.
- Prévoir des contrôles de cohérence entre la variable « sexe » et certains codes CIM-10.

CONTRÔLES EN AVAL

Contrôles intégrés à la fonction groupage :

15 : Code sexe : absent ou non numérique

Bloquant

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : présence et format d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dont la zone sexe est à blanc ou comporte des caractères autres que des chiffres.

16 : Code sexe erroné

Bloquant

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dont la zone sexe contient une valeur différente de 1 (masculin) ou 2 (féminin).

3. NUMÉRO ADMINISTRATIF DU PATIENT

RÔLE DE LA VARIABLE DANS LA CLASSIFICATION DES GHJ

La variable "numéro administratif du patient" ne joue aucun rôle dans l'algorithme de classification. Cette variable a pour vocation de permettre l'importation, dans le logiciel TS2R de saisie et de groupage des RHS, des données saisies avec une autre application informatique. Au sein de la structure, elle permet de rassembler et de confronter les informations relatives aux séjours successifs d'un patient.

PRÉCONISATIONS DE CONTRÔLES EN AMONT

Remarque : L'attribution de ce numéro répond à des règles qui sont propres à chaque établissement de santé (Circulaire DH/PMSI/98 N° 153 du 9 mars 1998)

- Contrôler la gestion d'éventuels doublons.
- Information de taille variable (au maximum 20 caractères) : vérifier qu'en cas d'importation de RHS non groupés, la variable est bien cadrée à gauche et complétée à droite.

Pas de contrôles en aval prévus (fonction groupage), sauf pour les doublons.

4. CODE POSTAL DE RÉSIDENCE

RÔLE DE LA VARIABLE DANS LA CLASSIFICATION DES GHJ

- La variable "code postal de résidence" ne joue aucun rôle dans l'algorithme de classification. En revanche, cette variable est déterminante pour étudier l'attractivité d'un service ou d'un établissement.

PRÉCONISATIONS DE CONTRÔLES EN AMONT

- Comparer les fréquences d'utilisation des codes postaux avec les pourcentages habituels d'attraction de l'établissement.

CONTRÔLES EN AVAL

Contrôles intégrés à la fonction groupage :

40 : Code postal absent

Non bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR signale un RHS comportant un code postal à blanc.

41 : Code postal non numérique

Non bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RHS

Description : la FG-SSR signale un RHS dont la zone code postal comporte des caractères autres que des chiffres.

ORGANISATION

Organiser et standardiser (procédure écrite) la gestion des changements d'adresse, par exemple entre l'entrée et la sortie.

5. NUMÉRO FINESS DE LA STRUCTURE

RÔLE DE LA VARIABLE DANS LA CLASSIFICATION DES GHJ

La variable "numéro FINESS" ne joue aucun rôle dans l'algorithme de classification.

PRÉCONISATIONS DE CONTRÔLES EN AMONT

- Vérifier qu'en cas de recueil au niveau entité juridique, les RHS provenant d'établissements différents relevant de cette entité juridique présentent bien le même numéro FINESS (sauf en cas de dérogation accordée par l'ARH).

- Vérifier que le numéro FINESS utilisé pour le recueil PMSI-SSR soit identique à celui utilisé dans le cadre de la statistique SAE. Le niveau de recueil est :

- . niveau "entité juridique" pour les structures de statut public, (sauf en cas de dérogation accordée par l'ARH)
- . niveau "établissement" pour celles de statut privé,

sauf le cas échéant, pour les structures publiques qui, sur dérogation du directeur de l'ARH peuvent constituer et grouper des RHS par établissement ou groupe hospitalier (cf. paragraphe II de l'article 3 de l'arrêté du 29 juillet 1998) ces établissements doivent toutefois transmettre un fichier consolider au niveau entité juridique.

CONTRÔLES EN AVAL

Contrôle intégré à la fonction groupage :

01 : Numéro d'entité juridique (FINESS) : taille incorrecte ou non numérique

Non bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : format d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR signale un RHS dont le numéro d'entité juridique comporte moins de 9 caractères, une fois éliminés les blancs extrêmes ou des caractères autres que des chiffres.

6. NUMÉRO DE SÉJOUR SSR

RÔLE DE LA VARIABLE DANS LA CLASSIFICATION DES GHJ

La variable "numéro de séjour SSR" ne joue aucun rôle dans l'algorithme de classification.

PRÉCONISATIONS DE CONTRÔLES EN AMONT

- Les règles d'attribution du numéro de séjour SSR énoncées dans le Guide de production des RHS (BO N°97/5 bis) doivent être intégrées dans le logiciel :

- . Chaque nouveau séjour d'un patient dans une unité médicale SSR de l'établissement fait l'objet d'un nouveau numéro de séjour SSR. En revanche, si un patient est pris en charge en "hospitalisation partielle" (de jour, de nuit ou en traitements et cures ambulatoires), un même séjour et, par conséquent, un même numéro de séjour SSR peuvent recouvrir des prises en charge discontinues.
- . Un changement de "type d'activité" (par exemple, passage d'hospitalisation complète à hospitalisation de jour) entraîne un changement de numéro de séjour SSR. Le passage d'hospitalisation complète à hospitalisation de semaine (et vice-versa) n'est pas considéré comme un changement de type d'activité.
- . Au cours d'un même séjour, les patients changeant d'unités médicales SSR, sans changer de type d'activité, doivent conserver le même numéro de séjour SSR.

CONTRÔLES EN AVAL

Contrôles intégrés à la fonction groupage :

02 : Numéro de SSR absent

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dont le numéro de SSR est à blanc.

03 : Numéro de SSR non numérique

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dont la zone numéro de SSR comporte des caractères autres que des chiffres.

7. TYPE D'ACTIVITÉ

RÔLE DE LA VARIABLE DANS LA CLASSIFICATION DES GHJ

La variable "type d'activité" ne joue aucun rôle dans l'algorithme de classification.

PRÉCONISATIONS DE CONTRÔLES EN AMONT

- Contrôler que le type d'activité renseigné correspond bien au codage des types d'activité retenu dans le recueil des RHS (différent de celui de la Nomenclature des établissements sanitaires et sociaux - NODESS-), c'est-à-dire :

- "1" pour hospitalisation complète ou de semaine,
- "2" pour hospitalisation de jour,
- "3" pour hospitalisation de nuit,
- "4" pour traitements et cures ambulatoires

- **Organiser** la cohérence informatique entre type d'activité, unité fonctionnelle et facturation.

CONTRÔLES EN AVAL

Contrôles intégrés à la fonction groupage :

08 : Type d'activité : absent ou non numérique

Bloquant

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : présence et format d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dont le type d'hospitalisation est à blanc ou comporte des caractères autres que des chiffres.

09 : Type d'activité erroné

Bloquant

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dont le type d'hospitalisation n'appartient pas à l'ensemble {1,2,3,4}.

8. DATES D'ENTRÉE ET DE SORTIE

RÔLE DE LA VARIABLE DANS LA CLASSIFICATION DES GHJ

- Les variables "date d'entrée" et "date de sortie" ne sont utilisées dans l'algorithme de classification que pour les calculs d'âge (en comparaison avec la date de naissance). Ces variables seront utilisées pour les Suites Semestrielles de RHA, pour différencier les catégories de séjours SSRHA : "entier", "débuté au cours du semestre et clos après la fin du semestre"....

PRÉCONISATIONS DE CONTRÔLES EN AMONT

Remarque : Ces variables ne doivent être renseignées sur le RHS que pour les patients dont le type d'activité est "hospitalisation complète" (ou "hospitalisation de semaine")

- En cas de mutation, contrôler que la date de sortie et la date d'entrée des unités médicales (d'hospitalisation complète) concernées sont identiques.
- Vérifier qu'un passage d'hospitalisation complète (ou de semaine) à hospitalisation partielle (hospitalisation de jour, de nuit ou traitements et cures ambulatoires) génère bien une date de sortie, car ce changement de type d'activité entraîne alors un nouveau séjour SSR (et un nouveau numéro de séjour SSR).
- Vérifier que les permissions de sortie, dès lors que leur durée n'excède pas 2 jours (augmentée éventuellement des délais de route), ne génèrent pas de date de sortie.
- Prévoir la possibilité de modification d'une date générée par défaut.
- Vérifier que la transmission semestrielle des résumés PMSI-SSR ne génère pas de clôture de séjour pour les patients qui restent hospitalisés (voir 1er paragraphe de la circulaire DH/PMSI/98 N°153 du 9 mars 1998).

CONTRÔLES EN AVAL

Contrôles intégrés à la fonction groupage :

19 : Date d'entrée : absente ou mauvais format

Bloquant

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : présence et format d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dont la date d'entrée est à blanc ou comporte moins de 7 chiffres, une fois éliminés les blancs extrêmes ou des caractères autres que des chiffres, si le type d'hospitalisation est égal à 1.

20 : Date d'entrée incohérente

Bloquant

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS comportant une date d'entrée ininterprétable, comme par exemple 34011950 (**34** janvier 1950).

21 : Date système antérieure à la date d'entrée

Non bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : cohérence d'une variable d'un RHS

Description : la FG-SSR signale un RHS dont la date d'entrée est postérieure à la date de traitement par la fonction groupage, fournie par le système sur lequel elle s'exécute. Il peut s'agir d'une erreur de mise à jour de la date système.

22 : Date d'entrée < 1990

Non bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : cohérence d'une variable d'un RHS

Description : la FG-SSR signale un RHS dont la date d'entrée est antérieure à 1990.

28 : Date de sortie absente

Non bloquant

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR signale un RHS dont la zone «date de sortie» est à blanc.

29 : Date de sortie : taille incorrecte

Non bloquant

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : longueur d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR signale un RHS dont la zone «date de sortie» comporte moins de 7 chiffres, après élimination des espaces des extrémités.

30 : Date de sortie non numérique

Non bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : format d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR signale un RHS dont la zone «date de sortie» contient des caractères autres que des chiffres ou des espaces.

31 : Date de sortie incohérente

Non bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR signale un RHS comportant une «date de sortie» non interprétable, comme par exemple 34011950 (**34** janvier 1950).

32 : RHS avec incohérence entre date de sortie et date d'entrée

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dont la date d'entrée est postérieure à la «date de sortie».

33 : Date système antérieure à la date de sortie

Non bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : cohérence d'une variable d'un RHS

Description : la FG-SSR signale un RHS dont la «date de sortie» est postérieure à la date de traitement par la fonction groupage, fournie par le système sur lequel elle s'exécute. Il peut s'agir d'une erreur de mise à jour de la date système.

9. MODES D'ENTRÉE ET DE SORTIE

RÔLE DE LA VARIABLE DANS LA CLASSIFICATION DES GHJ

- Les variables "mode d'entrée" et "mode de sortie" ne jouent aucun rôle dans l'algorithme de classification. Ces variables seront utilisées pour les Suites Semestrielles de RHA, pour avoir une première approche des filières de soins, selon le mode d'entrée et de sortie dans les tableaux MAHOS.

PRÉCONISATIONS DE CONTRÔLES EN AMONT

Remarque : Ces variables ne doivent être renseignées sur le RHS que pour les patients dont le type d'activité est "hospitalisation complète" (ou "hospitalisation de semaine").

- En cas de recueil au niveau de l'entité juridique, recouvrant plusieurs établissements, vérifier que le passage des patients entre services d'hospitalisation complète (ou de semaine) des établissements de l'entité juridique est bien considéré comme une mutation et non comme un transfert.

- Vérifier que les venues depuis un service ou un établissement d'hébergement médico-social (par exemple, maison de retraite) ou social sont bien enregistrées comme des venues "en provenance du domicile". De la même manière, les sorties vers un service ou un établissement d'hébergement médico-social ou social doivent être considérées comme des sorties "vers le domicile" (table de correspondance établissement/catégorie d'établissement et contrôle avec le « mode d'entrée ou de sortie »).

- Vérifier que les patients qui passent d'hospitalisation de jour, de nuit ou de traitements et cures ambulatoires à une prise en charge en hospitalisation complète (ou de semaine) sont considérés comme provenant du domicile. De la même façon, vérifier que les passages d'hospitalisation complète (ou de semaine) à une prise en charge en "hospitalisation partielle" sont bien considérés comme des sorties vers le domicile.

CONTRÔLES EN AVANT

Développer des contrôles sur la variation du pourcentage d'entrées et de sorties par mutation, transfert, domicile ainsi que par décès (pour les sorties uniquement).

Contrôles intégrés à la fonction groupage :

23 : Mode d'entrée : absent ou non numérique

Non bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR signale un RHS dont la zone "mode d'entrée" est à blanc ou comporte des caractères autres que des chiffres.

24 : Mode d'entrée erroné

Non bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR signale un RHS dont le "mode d'entrée" n'appartient pas à l'ensemble {6,7,8} si le type d'hospitalisation est égal à 1.

34 : Mode de sortie absent

Non bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR signale un RHS dont la zone "mode de sortie" est à blanc.

35 : Mode de sortie non numérique

Non bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR signale un RHS dont la zone "mode de sortie" comporte des caractères autres que des chiffres.

36 : Mode de sortie erroné

Non bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR signale un RHS dont le "mode de sortie" est renseigné avec une valeur n'appartenant pas à l'ensemble {6, 7, 8, 9}.

10. PROVENANCE ET DESTINATION

RÔLE DE LA VARIABLE DANS LA CLASSIFICATION DES GHJ

- Les variables "provenance" et "destination" ne jouent aucun rôle dans l'algorithme de classification. Ces variables seront utilisées pour les Suites Semestrielles de RHA, pour avoir une première approche des filières de soins, selon le mode d'entrée et de sortie dans les tableaux MAHOS.

PRÉCONISATIONS DE CONTRÔLES EN AMONT

Remarque : Ces variables ne doivent être renseignées sur le RHS que pour les patients dont le type d'activité est "hospitalisation complète" (ou "hospitalisation de semaine").

- La variable "provenance" ne sera remplie que si le mode d'entrée est "par mutation" en provenance d'une autre unité d'hospitalisation" (complète ou de semaine) ou "par transfert d'une autre structure".

- La variable "destination" ne sera remplie que si le mode de sortie est "par mutation vers une autre unité d'hospitalisation complète ou de semaine" ou "par transfert vers une autre structure".

- En cas de mutation au sein de l'entité juridique vérifier que la provenance ou la destination indiquée corresponde à des unités existantes (soins de courte durée, psychiatrie).

CONTRÔLES EN AVANT

Contrôles intégrés à la fonction groupage :

25 : Provenance absente

Non bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RHS

Description : la FG-SSR signale un RHS comportant une provenance à blanc alors que le «mode d'entrée» a été renseigné avec les valeurs 6 ou 7.

26 : Provenance erronée

Non bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR signale un RHS dont la provenance est renseignée avec une valeur n'appartenant pas à l'ensemble {1, 2, 3,4}.

27 : Provenance incohérente

Non bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RHS

Description : la FG-SSR signale un RHS comportant une provenance non vide alors que le mode d'entrée est égal à 8.

37 : Destination absente

Non bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RHS

Description : la FG-SSR signale un RHS comportant une destination à blanc alors que le mode de sortie a été renseigné avec les valeurs 6 ou 7.

38 : Destination erronée

Non bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR signale un RHS dont la destination est renseignée avec une valeur n'appartenant pas à l'ensemble {1, 2, 3, 4}.

39 : Destination incohérente

Non bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RHS

Description : la FG-SSR signale un RHS comportant une destination non vide alors que le mode de sortie est égal à 8 ou 9.

11. DATE DU RHS

RÔLE DE LA VARIABLE DANS LA CLASSIFICATION DES GHJ

- La variable "date du RHS" ne joue aucun rôle dans l'algorithme de classification. Elle permet d'identifier le numéro de la semaine et l'année du RHS.

PRÉCONISATIONS DE CONTRÔLES EN AMONT

- Vérifier que le système utilise toujours la date du lundi de la semaine, et non la date d'entrée pour le patient du séjour en cours.
- Vérifier qu'en cas de mutation en SSR au cours de la semaine, sans changement de numéro de séjour, le deuxième RHS créé reprend la même "date du RHS".

CONTRÔLES EN AVAL

Contrôles intégrés à la fonction groupage :

42 : Numéro de semaine : erreur sur le numéro de semaine

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dont les 2 premiers caractères n'appartiennent pas à [1..53].

43 : Numéro de semaine : erreur sur l'année

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : cohérence d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dont l'année formée par les 4 derniers caractères du numéro de semaine est postérieure à l'année de la date de traitement par la fonction groupage, fournie par le système sur lequel elle s'exécute. Il peut s'agir d'une erreur de mise à jour de la date système.

44 : Numéro de semaine : année antérieure à 1990

Non bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : cohérence d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR signale un RHS dont l'année formée par les 4 derniers caractères du numéro de semaine est antérieure à 1990.

45 : Numéro de semaine antérieur au numéro de semaine de la date d'entrée

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : cohérence d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné, dans le cas d'une prise en charge en hospitalisation complète, les RHS dont le numéro de semaine de semaine est antérieur (<) au numéro de semaine de semaine de la date d'entrée.

46 : Numéro de semaine postérieur au numéro de semaine de la date de sortie

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : cohérence d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné, dans le cas d'une prise en charge en hospitalisation complète, les RHS dont le numéro de semaine de semaine est postérieur au numéro de semaine de la date de sortie.

12. NUMÉRO D'UNITÉ MÉDICALE

RÔLE DE LA VARIABLE DANS LA CLASSIFICATION DES GHJ

La variable "numéro d'unité médicale" ne joue aucun rôle dans l'algorithme de classification.

PRÉCONISATIONS DE CONTRÔLES EN AMONT

- Vérifier l'existence de l'unité médicale inscrite dans le découpage de l'établissement.
- Vérifier la concordance par rapport à l'unité saisie dans le système d'information administratif.

CONTRÔLES EN AVAL

Contrôles intégrés à la fonction groupage :

17 : Unité médicale absente

Non bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR signale un RHS dont la zone "unité médicale" est à blanc.

18 : Unité médicale non numérique

Non bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RHS

Description : la FG-SSR signale un RHS dont la zone "unité médicale" comporte des caractères autres que des chiffres.

13. JOURNÉES DE PRÉSENCE

RÔLE DE LA VARIABLE DANS LA CLASSIFICATION DES GHJ

- La variable "journées de présence" joue un rôle important dans le cadre de la classification des GHJ qui procède par pondération des journées. Le groupage de chaque RHS en GHJ est pondéré par le nombre de journée de présence du patient au cours de la semaine observée. Par ailleurs, dans l'algorithme, le classement dans un groupe de prises en charge de rééducation-réadaptation Complexes (PRRC) ou dans un groupe de prises en charge de rééducation-réadaptation (PRR) prend en compte le nombre de journées de présence du patient au cours de la semaine observée pour calculer l'intensité du temps intervenant hebdomadaire.

PRÉCONISATIONS DE CONTRÔLES EN AMONT

- Vérifier que les venues élémentaires en hospitalisation de jour et en hospitalisation de nuit et que les séances en traitements et cures ambulatoires donnent bien lieu à la comptabilisation de journées de présence dans le RHS.
- Contrôler que les journées de sortie sont comptabilisées :
 - . quelles que soient les règles de facturation,
 - . y compris les jours de sortie par décès,
 - . et à l'exception des journées de sortie par mutation au sein du champ SSR.

CONTRÔLES EN AVAL

Repérer les journées de présence (improbables) en hospitalisation de jour ou en traitements et cures ambulatoires qui ne sont assorties dans le dossier médical d'aucun acte médical ou infirmier ou d'aucune activité de rééducation-réadaptation.

Contrôles intégrés à la fonction groupage :

47 : Indicateur de présence erroné

Bloquant

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dont l'indicateur de présence n'est pas 0, 1 ou blanc.

14. DATE DE LA DERNIÈRE INTERVENTION CHIRURGICALE

RÔLE DE LA VARIABLE DANS LA CLASSIFICATION DES GHJ

La variable "date de la dernière intervention chirurgicale" joue un rôle dans la classification pour l'affectation du RHS à un GHJ de type "soins post-chirurgicaux" ou "suites post-chirurgicales" (*CMC Cardio-vasculaire et respiratoire - Pédiatrie, CMC Viscéral - Pédiatrie et Adultes, CMC Rhumato-orthopédie - Adultes*)

PRÉCONISATIONS DE CONTRÔLES EN AMONT

- Remarque : La dernière intervention chirurgicale dont la date est décrite sur le RHS doit être en relation avec la prise en charge SSR actuelle. Cette intervention chirurgicale peut s'être déroulée au cours de la semaine observée et à l'extérieur de l'unité médicale où le patient est pris en charge.

- Contrôler la proportion de RHS avec une date de dernière intervention pour la CMC post-traumatique et les GHJ « Paraplégie » et « Traumatismes crâniens » de la CMC « Neurologie ».

CONTRÔLES EN AVAL

Contrôles intégrés à la fonction groupage :

48 : Date de dernière intervention chirurgicale incohérente

Bloquant

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS comportant une date de dernière intervention chirurgicale non interprétable, comme par exemple 34011950 (34 janvier 1950).

49 : Semaine de la date de dernière intervention chirurgicale postérieure à la semaine du RHS

Bloquant

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : cohérence d'une variable d'un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dont la semaine de la date de dernière intervention chirurgicale est postérieure au numéro de la semaine du RHS.

15. VARIABLES DE MORBIDITÉ

RÔLE DE LA VARIABLE DANS LA CLASSIFICATION DES GHJ

- Le RHS comporte 4 variables de morbidité, qui jouent un rôle dans l'algorithme de classification : la "finalité principale de prise en charge", la "manifestation morbide principale" (MMP), "l'affection étiologique" (AE), et les "diagnostics associés significatifs" (DAS) :

. Les trois premières de ces variables sont lues par l'algorithme de groupage pour affecter un RHS à une catégorie majeure clinique (CMC). Ce groupage procède de façon hiérarchisée : la FPP prime sur la MMP, qui elle-même, prime sur l'AE.

. Les quatre variables de morbidité sont également lues dans le cadre de l'affectation d'un RHS à un groupe de morbidité au sein d'une CMC. Ce groupage procède également de façon hiérarchisée.

PRÉCONISATIONS DE CONTRÔLES EN AMONT

Les FPP et MMP sont des zones de saisies obligatoires du RHS (bloquant). Les codes possibles pour ces variables ont des limitations strictes.

CONTRÔLES EN AVAL

Contrôles intégrés à la fonction groupage :

50 : Finalité principale de prise en charge : absente, de format incorrect ou introuvable

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : présence ou format d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dans lequel la FPP est à blanc. Ce code d'erreur est également renvoyé lorsque la FPP ne respecte pas le format CIM-10 (une lettre, suivie de deux chiffres, puis un chiffre ou un blanc ou le symbole +, puis à nouveau un chiffre ou un blanc ou le symbole +, puis un chiffre ou un blanc) ou lorsque le code n'existe pas dans la CIM-10 à l'exception du code ZAIGU.

51 : FPP non Z ou appartenant à la liste des codes Z interdits en SSR

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : plage d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dans lequel la finalité principale de prise en charge n'est pas renseignée par un code Z du chapitre XXI de la CIM-10 ou qui utilise un code Z interdit en SSR (cf. chap. VII §7.1 p.41 du guide méthodologique de production des résumés hebdomadaires standardisés, *Bulletin officiel*, fascicule spécial N° 97/5 bis, ministère du Travail et des Affaires Sociales).

52 : FPP codée par un titre de catégorie

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dans lequel la finalité principale de prise en charge n'est pas renseignée par un code complet. Le codage de la finalité principale de prise en charge doit employer le code le plus précis qui existe. L'usage du code de catégorie de la CIM-10 n'est pas autorisé lorsque cette rubrique est subdivisée.

53 : FPP incohérente

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dans lequel la finalité principale de prise en charge n'est pas renseignée par un code faisant partie de la liste fermée des codes autorisés en FPP. La liste figure dans le *guide méthodologique de production des résumés hebdomadaires standardisés*, *Bulletin officiel*, Fascicule spécial N° 97/5 bis, ministère du Travail et des Affaires Sociales, §73 pp.48-59.

54 : Manifestation morbide principale absente

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dans lequel le MMP est à blanc.

55 : MPP avec code interdit

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : plage d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dans lequel la manifestation morbide principale utilise les codes provisoires en "U" ou ceux du chapitre XX de la CIM-10 (codes en V, W, X et Y).

56 : MPP incohérente/ ZAIGU

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dans lequel la manifestation morbide principale utilise les codes Z alors que la finalité principale de prise en charge est ZAIGU.

57 : MPP est identique à la FPP

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dans lequel la manifestation morbide principale a la même valeur que la finalité principale de prise en charge.

58 : MPP format incorrect ou introuvable

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : format d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dont la manifestation morbide principale ne respecte pas le format CIM-10 (une lettre, suivie de deux chiffres, puis un chiffre ou un blanc ou le symbole +, puis à nouveau un chiffre ou un blanc ou le symbole +, puis un chiffre ou un blanc). Cette erreur est aussi renvoyée lorsque le code de manifestation morbide principale n'existe pas dans la CIM-10.

59 : MPP utilise un code figurant dans la liste des codes Z interdits en SSR

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : plage d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dans lequel la manifestation morbide principale utilise un code Z interdit en SSR (cf. chap. VII §7.1 p.41 du guide méthodologique de production des résumés hebdomadaires standardisés, *Bulletin officiel*, Fascicule spécial N° 97/5 bis, ministère du Travail et des Affaires Sociales).

60 : MPP codée par un titre de catégorie

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dans lequel la manifestation morbide principale n'utilise pas un code complet. Le codage de la finalité principale de prise en charge doit employer le code le plus précis qui existe. L'usage du code de catégorie de la CIM-10 n'est pas autorisé lorsque cette rubrique est subdivisée.

61 : MPP incohérente

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dans lequel la manifestation morbide principale n'utilise pas un code autorisé pour cette variable (le code Z42.9, par exemple). On peut en trouver le détail dans le *guide méthodologique de production des résumés hebdomadaires standardisés*, *Bulletin officiel*, Fascicule spécial N° 97/5 bis, ministère du Travail et des Affaires Sociales, §73 pp.48-59.

62 : Affection étiologique absente avec manifestation morbide principale 'Z'

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dans lequel la zone affection étiologique est à blanc alors que la manifestation morbide principale est un code en Z.

63 : AE code interdit

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : plage d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dans lequel l'affection étiologique utilise les codes des chapitres XVIII, XX et XXI de la CIM-10 (codes en R, U, V, W, X, Y ou Z).

64 : AE identique à la FPP, ou la MPP

Non bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : incompatibilité entre variables dans un RHS

Description : la FG-SSR signale un RHS dans lequel l'affection étiologique a la même valeur que la finalité principale de prise en charge ou que la manifestation morbide principale.

65 : Affection étiologique : format incorrect ou introuvable

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : format d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dont l'affection étiologique ne respecte pas le format CIM-10 (une lettre, suivie de deux chiffres, puis un chiffre ou un blanc ou le symbole +, puis à nouveau un chiffre ou un blanc ou le symbole +, puis un chiffre ou un blanc). Cette erreur est aussi renvoyée lorsque le code d'affection étiologique n'existe pas dans la CIM-10.

66 : Affection étiologique utilise un code figurant dans la liste des codes Z interdits en SSR

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : plage d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dans lequel l'affection étiologique utilise un code Z interdit en SSR (cf. chap. VII §7.1 p.41 du *guide méthodologique de production des résumés hebdomadaires standardisés*, *Bulletin officiel*, Fascicule spécial N° 97/5 bis, ministère du Travail et des Affaires Sociales).

67 : Affection étiologique : codée par un titre de catégorie

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dans lequel l'affection étiologique utilise un code incomplet. Le codage de la finalité principale de prise en charge doit employer le code le plus précis qui existe. L'usage du code de catégorie de la CIM-10 n'est pas autorisé lorsque cette rubrique est subdivisée.

68 : Affection étiologique incohérente

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dans lequel l'affection étiologique utilise un code ne faisant pas partie de la liste fermée des codes acceptables en affection étiologique (les codes du chapitre XXI par exemple). Cf. *le guide méthodologique de production des résumés hebdomadaires standardisés, Bulletin officiel*, fascicule spécial N° 97/5 bis, ministère du Travail et des Affaires Sociales, p.40.

69 : Diagnostic associé significatif : code interdit

Non bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : plage d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR signale un RHS dans lequel un diagnostic associé significatif utilise les codes du chapitre XX de la CIM-10 (codes en V, W, X et Y).

70 : DAS : format incorrect ou introuvable

Non bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : format d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR signale un RHS dont un diagnostic associé significatif ne respecte pas le format CIM-10 (une lettre, suivie de deux chiffres, puis un chiffre ou un blanc ou le symbole +, puis à nouveau un chiffre ou un blanc ou le symbole +, puis un chiffre ou un blanc). Cette erreur est aussi renvoyée lorsqu'un diagnostic associé significatif n'existe pas dans la CIM-10.

71 : DAS utilise un code figurant dans la liste des codes Z interdits en SSR

Non bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : plage d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR signale un RHS dont un diagnostic associé significatif utilise un code Z interdit en SSR (cf. chap. VII §7.1 p.41 du guide méthodologique de production des résumés hebdomadaires standardisés, *Bulletin officiel*, fascicule spécial N° 97/5 bis, ministère du Travail et des Affaires Sociales).

72 : Diagnostic associé significatif : codé par un titre de catégorie

Non Bloquant.

Détection : module de contrôle

Description : la FG-SSR signale un RHS dont un diagnostic associé significatif utilise un code incomplet. Le codage de la finalité principale de prise en charge doit employer le code le plus précis qui existe. L'usage du code de catégorie de la CIM-10 n'est pas autorisé lorsque cette rubrique est subdivisée dans la CIM-10.

73 : Diagnostic associé significatif incohérent

Non bloquant.

Détection : module de contrôle

Description : la FG-SSR signale un RHS dont un diagnostic associé significatif utilise un code non acceptable en diagnostic associé significatif (le code Z76.3, par exemple). Cf. *le guide méthodologique de production des résumés hebdomadaires standardisés, Bulletin officiel*, fascicule spécial N° 97/5 bis, ministère du Travail et des Affaires Sociales, §73 pp.48-59.

16. ACTES MÉDICAUX

RÔLE DE LA VARIABLE DANS LA CLASSIFICATION DES GHJ

La variable "actes médicaux" joue un rôle dans la classification pour l'affectation du RHS à un GHJ. Dans le cas de l'appartenance de(s) acte(s) à la liste fermée des prises en charge cliniques très lourde (PCTL) ou prises en charge cliniques lourdes (PCL), le RHS sera classé dans un GHJ de PCTL ou PCL, et ce quelle que soit la CMC.

PRÉCONISATIONS DE CONTRÔLES EN AMONT

Vérifier, lors de la saisie, que le code est un code admis.

CONTRÔLES EN AVANT

- Vérifier que l'acte décrit est compatible avec le plateau médico-technique de l'établissement (exemple: séance d'hémodialyse, ventilation mécanique).

Contrôles intégrés à la fonction groupage :

74 : Nombre d'actes absent

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dont la zone "nombre d'actes" est à blanc.

75 : Nombre d'actes non numérique

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dont la zone "nombre d'actes" comporte des caractères autres que des chiffres.

76 : Nombre d'actes erroné

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dont le nombre d'acte n'appartient pas à l'ensemble [0,...,10].

81 : Code d'acte ne respectant pas le format CdAM

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : format de variables du RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dont l'un des actes n'est pas à blanc et ne respecte pas le format CdAM : un caractère alphabétique en majuscule, suivi de trois chiffres.

82 : Acte : n'existe pas dans le CdAM

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : plage de valeurs de variables dans un RUM

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dont le code d'un ou plusieurs actes n'existe pas dans la liste des actes utilisable en PMSI-SSR (cf. *guide méthodologique de production des résumés hebdomadaires standardisés, Bulletin officiel*, fascicule spécial N° 97/5 bis, ministère du Travail et des Affaires Sociales pp. 63-68).

83 : Code d'acte erroné : n'intéressant pas le champ SSR

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS contenant un acte dont le code n'appartient pas à la liste fermée des actes SSR. cf. *guide méthodologique de production des résumés hebdomadaires standardisés, Bulletin officiel*, fascicule spécial N° 97/5 bis, ministère du Travail et des Affaires Sociales pp. 63-68

17. DÉPENDANCE

RÔLE DE LA VARIABLE DANS LA CLASSIFICATION DES GHJ

- Les variables de dépendance physique ("Habillage", "Déplacements", "Alimentation", "Continence") ont un rôle essentiel dans la classification. Une grande partie des GHJ, est différenciée selon que le score de dépendance physique est supérieur ou non à 12.

PRÉCONISATIONS DE CONTRÔLES EN AMONT

- Contrôler les valeurs possibles à la saisie et les données manquantes.

CONTRÔLES EN AVAL

- Vérifier que les variables de dépendance physiques sont compatibles avec FPP ou la MMP (exemple Z51.5- soins palliatifs- et variables de dépendance physique et relationnelle égales à 1). De même, vérifier que les variables sont en cohérence avec l'âge du patient, notamment pour les moins de 3 ans...
- Vérifier que le score moyen de dépendance est cohérent avec la dotation en personnel soignant.

Contrôles intégrés à la fonction groupage :

77 : Dépendance erronée

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dont la dépendance est renseignée avec une valeur n'appartenant pas à l'ensemble [1..4].

18. FAUTEUIL ROULANT

RÔLE DE LA VARIABLE DANS LA CLASSIFICATION DES GHJ

La variable “Fauteuil roulant” joue un rôle dans la classification dans la CMC neuro-musculaire, pour les moins de 16 ans, pour l'affectation du RHS dans un GHJ déterminé par la liste des pathologies “Déficiences cérébrales non traumatiques”.

CONTRÔLES EN AVAL

Contrôles intégrés à la fonction groupage :

78 : Utilisation d'un fauteuil roulant : code erroné

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dont la zone utilisation d'un fauteuil roulant est renseignée avec une valeur différente de 1 ou 2.

19. ACTIVITÉS DE RÉÉDUCATION-RÉADAPTATION

RÔLE DE LA VARIABLE DANS LA CLASSIFICATION DES GHJ

- La variable " **Activités de rééducation-réadaptation** " joue un rôle important dans le cadre de la classification des GHJ en fonction de l'intensité et de la diversité des activités de rééducation-réadaptation. Le temps hebdomadaire (ou journalier pour les semaines de moins de 5 jours) de l'activité principale de rééducation, définie pour chaque CMC et le temps hebdomadaire (ou journalier pour les semaines de moins de 5 jours) de chacune des activités associées de rééducation est pris en compte dans l'algorithme pour le classement dans un groupe de Prises en charge de Rééducation-Réadaptation Complexes (PRRC) ou dans un groupe de Prises en charge de Rééducation-Réadaptation (PRR).

PRÉCONISATIONS DE CONTRÔLES

- Vérifier l'existence de certaines activités de rééducation nécessitant un plateau technique : balnéothérapie, physiothérapie.
- Vérifier l'existence de certaines activités de rééducation nécessitant des intervenants spécifiques : psychologues, et psychiatres pour la rééducation neuro-psychologique.
- Contrôler les temps de rééducation collective.

CONTRÔLES EN AVAL

Contrôles intégrés à la fonction groupage :

79 : Temps d'activité de Rééducation-Réadaptation absent

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dont une zone temps d'activité de Rééducation-Réadaptation n'est pas renseignée.

80 : Temps d'activité de Rééducation-Réadaptation non numérique

Bloquant.

Détection : module de contrôle

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RHS

Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS dont une zone temps d'activité de Rééducation-Réadaptation comporte des caractères autres que des chiffres.

ANNEXE 3- Les 12 enseignements pour l'amélioration (13)

- 1. La méthodologie de l'amélioration continue de la qualité est transposable au secteur de la santé**
- 2. La constitution d'un groupe pluriprofessionnel est un support majeur pour le changement des mentalités**
- 3. L'intégration progressive de la démarche d'amélioration dans l'institution se fait grâce à la conduite de projets transversaux démonstratifs**
- 4. Une bonne gestion de projet est un soutien fort à la motivation des personnes impliquées dans un projet**
- 5. La mesure se généralise si chaque professionnel l'intègre peu à peu dans ses activités**
- 6. C'est par la pratique que les professionnels se forment aux concepts et outils de l'amélioration continue de la qualité**
- 7. L'investissement associé à une démarche d'amélioration continue de la qualité ne doit pas être sous-estimé**
- 8. La qualité des aspects non médicaux d'une prise en charge est importante pour les patients**
- 9. L'implication des médecins est fondamentale pour la crédibilité de la démarche d'amélioration continue de la qualité**
- 10. La cohérence ainsi que la continuité des messages autour de la qualité sont gages de pérennité**
- 11. Seul un engagement fort et continu des responsables de projet permettra d'impulser le changement**
- 12. La motivation réelle et sincère des professionnels à s'améliorer doit être soutenue et accompagnée**

¹³ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé : Evaluation d'un programme d'amélioration de la qualité. Les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français. Paris : ANAES 1999 ;105P. Téléchargeable sur www.anaes.fr section publications.

ANNEXE 4- Références et critères pour la gestion du système d'information

Extraits du « Manuel d'accréditation des établissements de santé », ¹⁴
Chapitre II.4 Gestion du système d'information (GSI)

Références et critères

GSI - Référence 1

Une politique des systèmes d'information est définie et mise en œuvre.

- GSI.1.a.* Le système d'information et l'informatisation de l'établissement sont fondés sur un schéma directeur, cohérent avec le projet d'établissement et élaboré de manière participative.
- GSI.1.b.* Le système d'information couvre l'ensemble des activités de l'établissement et favorise une approche et une utilisation coordonnées et efficaces de l'information, notamment pour la politique d'évaluation.
- GSI.1.c.* Les instances concernées sont impliquées dans le suivi du schéma directeur de l'information.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

GSI - Référence 2

Les mesures nécessaires à la protection de la confidentialité, à la sécurité des informations concernant les patients et au respect de leurs droits dans la gestion de l'information sont prises.

- GSI.2.a.* Une politique est définie, conduite et connue des professionnels en ce qui concerne la protection de la confidentialité des informations concernant les patients.
- GSI.2.b.* La sécurité des données et de leur accès est organisée.
- GSI.2.c.* Tous les traitements informatisés nominatifs sont déclarés à la CNIL.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

¹⁴ Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé : Manuel d'accréditation des établissements de santé. Paris : ANAES 1999 ;132P. Téléchargeable sur www.anaes.fr section publications.

GSI - Référence 3

Un secteur d'activité chargé de l'information médicale, le DIM ou son équivalent, est en place pour organiser au sein de l'établissement le recueil et la gestion de l'information médicale.

- GSI.3.a. Un responsable du secteur d'activité chargé de l'information médicale est identifié.
- GSI.3.b. Les missions du secteur d'activité chargé de l'information médicale sont définies par la direction après avis de la CME et donnent lieu à un règlement intérieur.
- GSI.3.c. L'utilisation des informations médicalisées en terme de traitements effectués et de méthodes utilisées est soumise à l'avis de la CME.
- GSI.3.d. Le secteur d'activité chargé de l'information médicale met en œuvre les actions nécessaires pour garantir et connaître la qualité des données médicales du système d'information (PMSI) produites.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

GSI - Référence 4

Le système d'information répond aux besoins des professionnels utilisateurs et fait l'objet d'une politique d'amélioration continue de la qualité.

- GSI.4.a. Une procédure régulière visant à recueillir des informations sur les besoins, l'avis et la satisfaction des professionnels utilisateurs est en place.
- GSI.4.b. Les dysfonctionnements du système d'information sont recensés, analysés et traités.
- GSI.4.c. Un plan d'amélioration de la qualité du système d'information, aux priorités hiérarchisées et auquel participent les professionnels utilisateurs, est en place.

ANNEXE 5- Exemple de grille de critères pour l'audit du dossier médical du patient.

Extrait de : *Évaluation de la tenue du dossier du malade*

Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale 1994.

L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé

GRILLE D'EVALUATION DE LA QUALITE DE LA TENUE DU DOSSIER MEDICAL

N° de la grille ☐ ☐ ☐ ☐

Date de l'évaluation :	
Unité fonctionnelle :	
Service :	
Etablissement :	
Fonction de l'évaluateur :	

CRITERES D'EVALUATION	OUI	NON	Non applicable	Observations
I - QUESTIONS D'ORDRE GENERAL <i>(ne remplir qu'une seule fois par service)</i>				
1 - Les supports matériels sont faciles à manipuler	r	r	r	
2 - La présentation du cahier d'observation est claire	r	r	r	
3 - Le matériel de stockage des dossiers médicaux est adapté à son utilisation pendant l'hospitalisation (classeur, chariot, ...)	r	r	r	
4 - Les dossiers médicaux sont facilement accessibles en cours d'hospitalisation	r	r	r	
5 - Les différentes rubriques de l'en-tête sont pré-imprimées	r	r	r	X
6 - Le classement des différents éléments du dossier médical est sous la responsabilité d'une personne clairement désignée par le Chef de service, pendant l'hospitalisation du patient	r	r	r	X
7 - Les dossiers sont soumis à une procédure de vérification de l'ensemble de leurs pièces avant archivage	r	r	r	
8 - Il existe des procédures écrites permettant d'assurer le secret médical	r	r	r	X
9 - La validation des observations médicales est systématiquement assurée par le Chef de service ou par un praticien désigné par lui	r	r	r	

GRILLE D' EVALUATION DE LA QUALITE DE LA TENUE DU DOSSIER MEDICAL (suite)

CRITERES	OUI	NON	Non applicable	Observations
II - QUESTIONS A REMPLIR POUR DOSSIER DE				
A - RECHERCHE ET PRESENTATION DU DOSSIER				
10 - Le dossier de ce patient a été retrouvé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	XX
11 - Les supports matériels sont en bon état (pochette : dossier, examens)	r	r	r	
12 - Le dossier se présente sous forme d'un ensemble cohérent, organisé, avec un classement clair des éléments constitutifs	r	r	r	
13 - Tous les éléments du dossier médical sont identifiés au nom du malade	r	r	r	X
14 - L'identité du malade est notée - <u>Nom</u> - <u>Nom de jeune fille</u> - <u>Prénom</u> - Sexe - <u>Date de naissance</u> - <u>Lieu de naissance</u> - Nationalité - <u>Adresse</u> - <u>Téléphone</u> (cocher non si un seul élément souligné est manquant)	r	r	r	XX
15 - L'identité de la personne à prévenir est notée - Nom - Lien de parenté - Numéro de téléphone - Adresse (cocher non si un seul élément souligné est manquant)	r	r	r	X
16 - La profession et/ou la situation professionnelle est notée	r	r	r	X
17 - L'environnement médical est noté - Médecin adresseur - Médecin généraliste - Médecin spécialiste	r	r	r	X

GRILLE D' EVALUATION DE LA QUALITE DE LA TENUE DU DOSSIER MEDICAL (suite)

	OUI	NON	Non applicable	Observations
18 - Le médecin du service responsable du patient pendant l'hospitalisation est noté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
19 - Les informations liées au séjour sont notées - Unité Fonctionnelle - Date d'entrée - Date de sortie (cocher non si un seul élément est manquant)	r	r	r	X
20 - Les modalités d'entrée et de sortie sont précisées (directe, mutation, transfert, passage par les urgences, provenance, destination)	r	r	r	X
21 - L'autorisation de soins est présente si le patient est mineur	r	r	r	XX
B - INFORMATIONS MEDICALES				
22 - L'ensemble des documents médicaux relatifs à l'admission est présent dans le cahier d'observation selon le cas : - lettre du médecin traitant ou tout autre document médical expliquant l'admission et / ou - fiche d'observation des urgences ou - lettre de transfert inter-services	r	r	r	XX
23 - Les recueils d'informations médicales comportent : - <u>La date</u> - L'heure (cocher non si la date est manquante)	r	r	r	X
24 - Le nom et éventuellement la fonction de l'auteur de chaque écrit sont notés	r	r	r	XX
25 - Les écrits sont tous lisibles	r	r	r	
26 - Le motif d'hospitalisation est noté - Le problème est posé : symptômes, maladie, etc - le type de prise en charge prévue est précisé : bilan, diagnostique, thérapeutique, etc (cocher non si un seul élément est manquant)	r	r	r	X

ANNEXE 5bis - Grille d'évaluation de la qualité de la tenue du dossier du patient

(grille développée par les Dr Lantiéri, Léna et Ribet-Reinhart de la Fondation Santé de Etudiants de France à partir de la grille ANDEM de 1994 et adaptée au secteur des SSR - 1998)

Date de
Nom de
Dossier

CRITERES D'EVALUATION		OUI	NON	Observations
I - QUESTIONS D'ORDRE GENERAL POUR LA TOTALITE DU DOSSIER				
A - ORGANISATION GENERALE				
1	Les supports matériels sont faciles à manipuler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
2	L'ergonomie du dossier du service est satisfaisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
3	Le matériel de stockage de tous les éléments du dossier est adapté à son utilisation pendant l'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
4	Tous les éléments du dossier sont facilement accessibles en cours d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
5	Les différentes rubriques de l'en-tête sont pré-imprimées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
6	Le classement des éléments du dossier est sous la responsabilité d'un référent clairement désigné par le chef de service pendant l'hospitalisation du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6

CRITERES D'EVALUATION		OUI	NON	Observations
7	Le dossier est vérifié dans sa totalité avant l'archivage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
8	Il existe des procédures écrites permettant d'assurer le secret professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8
9 a	Le dossier du patient est ouvert à tous les acteurs de la prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9a
9 b	Et un guide d'utilisation du dossier du patient est à la disposition des équipes soignantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9b
B - PRESENTATION DU DOSSIER				
10	Le dossier du patient a été retrouvé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10
11	Les supports matériels sont en bon état	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11
12	Toutes les fiches du dossier du patient sont en ordre (selon une logique commune et partagée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12
13	Tous les éléments du dossier du patient sont identifiés au nom, prénom et date de naissance du patient (feuille volante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13
II - QUESTIONS A REMPLIR POUR LA PARTIE COMMUNE DU DOSSIER				
A - ELEMENTS DE L'ETAT CIVIL ET SOCIAL				
14	L'identité civile de la personne soignée est notée (cocher NON si un seul élément souligné est manquant) <u>Nom</u> <u>Nom de jeune fille</u> <u>Prénom</u> <u>Sexe</u> <u>Date de naissance</u> <u>Adresse habituelle</u> <u>Numéro de téléphone</u> <u>Situation professionnelle ou Scolaire</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14

CRITERES D'EVALUATION		OUI	NON	Observations
15	L'identité de la personne à prévenir est notée (cocher NON si un seul élément est manquant) - Nom - Lien de parenté - Numéro de téléphone - Adresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15
16	La situation familiale de la personne soignée est notée Ce critère permet de connaître : - la position familiale : marié(e), célibataire, veuf (ve), divorcé(e), vie maritale - enfant(s) - personne(s) à charge - situation sociale des parents (mariés, divorcés, séparés ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16
17	La position juridique de la personne soignée est précisée : - si la personne est mineure ou sous tutelle et les coordonnées des parents ou tuteurs sont notées - s'il existe une mesure de protection civile et précise date et durée d'effet ainsi que motif, nature et champ de la mesure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17
B - ELEMENTS MEDICAUX COMMUNS				
18	Le dossier permet de retrouver (cocher NON si un seul élément est manquant) - le nom du médecin responsable - la modalité d'admission - la date d'entrée - la date de sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18

CRITERES D'EVALUATION		OUI	NON	Observations	
19	Le(s) motif(s) d'hospitalisation est/sont indiqué(s) (cocher NON si un seul élément est manquant) - le problème est posé : symptômes, maladie, etc. - le type de prise en charge prévue est précisé : bilan diagnostique, thérapeutique, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19	
20	Les éléments constitutifs de chaque RHS sont présents et regroupés de façon cohérente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20	
21	L'autorisation de soins est présente si le patient est mineur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21	
23	Le recueil de toutes les informations comporte - La date - L'heure (cocher NON si la date est manquante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23	
24	Le nom et éventuellement la fonction de l'auteur de chaque écrit sont notés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24	
25	Les écrits sont tous lisibles et indélébiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25	
III - LA COMPOSITION DU DOSSIER DU PATIENT					
<i>Le dossier du patient comporte :</i>					
50	Dossier Médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50	
51	Dossier de Soins Infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51	
<i>et selon le cas</i>				Sans Objet	
52	Dossier Animation Socio-Educative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52
53	Dossier Appareillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53

CRITERES D'EVALUATION		OUI	NON	Observations	
				Sans Objet	
54	Dossier Auto-école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54
55	Dossier Diététique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55
56	Dossier Ergonomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56
57	Dossier Ergothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57
58	Dossier Formation professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	58
59	Dossier Insertion sociale / professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	59
60	Dossier Kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60
61	Dossier Neuropsychologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	61
62	Dossier Orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	62
63	Dossier Pédagogique / Scolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	63
64	Dossier Psychologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	64
65	Dossier Psychomotricité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	65
66	Dossier Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	66
67	Dossier Sport & réadaptation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	67
68	Dossiers Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	68
	-				
	-				
	-				
	-				
	-				

GRILLE D'EVALUATION DE LA QUALITE DE LA TENUE DU DOSSIER SOINS INFIRMIERS

CRITERES D'EVALUATION	OUI	NON	Observations
I - QUESTIONS D'ORDRE GENERAL Les questions 1 à 4, 9 à 19 (cf. grilles ANDEM) qui concernent soit des caractéristiques communes du dossier du patient soit des informations partagées dans un cadre informatique, sont regroupées en tête du dossier d'évaluation pour l'ensemble des pièces du dossier du patient, y compris le dossier de soins infirmiers.			
II - QUESTIONS A REMPLIR POUR CHAQUE DOSSIER DE L'ECHANTILLON			
A - PRESENTATION DU DOSSIER DE SOINS INFIRMIERS			
5 a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5a
5 b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5b
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8
Toutes les fiches du dossier de soins infirmiers sont présentes Ce critère mesure la présence des fiches suivantes : (cocher NON si un seul élément est manquant) - accueil et identification - prescriptions médicales - démarches de soins - observations transmissions			
B - INFORMATION ET PRESCRIPTIONS MEDICALES			
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20
Le(s) motif(s) d'hospitalisation est/sont indiqué(s)			

CRITERES D'EVALUATION		OUI	NON	Observations
21	Les prescriptions d'examens sont : (cocher NON si un seul élément est manquant) - rédigées - horodatées - et comportent : - nom et signature du médecin prescripteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21
22	Les prescriptions thérapeutiques sont : (cocher NON si un seul élément est manquant) - rédigées - horodatées et comportent - nom et signature du médecin prescripteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22
C - EXECUTION DES PRESCRIPTIONS MEDICALES				
23	La fiche d'examens permet de retrouver : (cocher NON si un seul élément est manquant) - la date de la demande - la date et heure du rendez-vous - la date et heure d'exécution - le lieu d'exécution de l'examen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23
24	La fiche des traitements non injectables permet de retrouver (cocher NON si un seul élément est manquant) - les dates du traitement - le nom - la forme galénique - le dosage unitaire - la dose par prise - l'identification de l'infirmière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24
25	La fiche des traitements injectables permet de retrouver : (cocher NON si un seul élément est manquant) - les dates du traitement - le nom - la dose par injection - la voie d'administration - les heures d'administration - l'identification de l'infirmière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25

CRITERES D'EVALUATION		OUI	NON	Observations
D - SOINS RELEVANT DU ROLE PROPRE DE L'INFIRMIERE				
26	La feuille de recueil des données est : (cocher NON si un seul élément est manquant) - remplie - datée et comporte - l'identification de l'infirmière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26
27	Les problèmes ou diagnostics infirmiers élaborés sont : (cocher NON si un seul élément est manquant) - notés - datés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27
28	Les objectifs de soins fixés sont notés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28
29	Les actions de soins sont notées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29
30	L'évaluation des actions de soins respecte les délais annoncés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30
31	Le(s) réajustement(s) consécutif(s) à/aux évaluation(s) est (sont) noté(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31
32a	Le dossier de soins infirmiers permet de retrouver un outil évaluant la dépendance du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32a
32b	Le dossier de soins infirmiers permet de retrouver un outil évaluant l'autonomie du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32b
32c	Le dossier de soins infirmiers permet de retrouver les actes significatifs (actes du PMSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32c
33	Le dossier de soins comporte une conclusion de séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33

GRILLE D'EVALUATION DE LA QUALITE DE LA TENUE DU DOSSIER MEDICAL

CRITERES D'EVALUATION		OUI	NON	OBSERVATIONS
<u>I - QUESTIONS D'ORDRE GENERAL</u>				
Les questions 1 à 8, 12 à 16, 18 à 21, 23 à 26 (cf. grille ANDEM) qui concernent soit des caractéristiques communes du dossier du patient soit des informations partagées dans un cadre informatiques, sont regroupées en tête du dossier d'évaluation pour l'ensemble des pièces du dossier du patient, y compris le dossier médical.				
II - QUESTIONS A REMPLIR POUR CHAQUE DOSSIER DE L'ECHANTILLON				
<u>A - RECHERCHE ET PRESENTATION DU DOSSIER</u>				
9	La validation des observations médicales est systématiquement assurée par le chef de Service ou par un praticien désigné par lui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
10	Le dossier médical de ce patient a été retrouvé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10
11	Les supports matériels sont en bon état	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11
17	L'environnement médical est noté Médecin adresseur Médecin généraliste Médecin spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17
<u>B - INFORMATIONS MEDICALES</u>				
22	L'ensemble des documents médicaux relatifs à l'admission est présent dans le cahier d'information Lettre du médecin traitant expliquant l'admission et/ou Fiche d'observation ou Lettre de transfert inter-services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>22</u>

CRITERES D'EVALUATION		OUI	NON	OBSERVATIONS
27	L'observation médicale d'entrée comporte les éléments suivants lorsqu'ils sont performants : Motif d'hospitalisation Histoire de la maladie Antécédents Facteurs de risque Examens cliniques Autres éléments nécessaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27
28	Les conclusions de l'examen médical d'entrée sont notées et comportent : Diagnostic ou hypothèses diagnostiques argumenté(es) Objectifs de séjour et modalités de prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28
29	Au cours de l'ensemble de l'hospitalisation : Les explorations à réaliser et Les thérapeutiques mises en œuvre sont argumentées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29
30	Les éléments de surveillance liés à la pathologie du patient, aux explorations et au traitement sont notés Ainsi que les comptes-rendus des réunions de synthèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30
31	Les comptes-rendus des explorations paracliniques et les résultats des examens complémentaires demandés sont classés selon une logique commune et partagée au sein de l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>31</u>
<i>Selon le cas, le dossier médical comporte</i>				
32	Le compte-rendu opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32
33	Le compte-rendu d'accouchement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33
34	La fiche anesthésique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34
35	La fiche transfusionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35
36	Les examens successifs pratiqués par tout médecin appelé au chevet du patient (ophtalmo, dermato, médecin de garde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36

CRITERES D'EVALUATION		OUI	NON	OBSERVATIONS
<i>Dans tous les cas</i>				
37	Le dossier médical comporte une conclusion de séjour ou une synthèse de l'hospitalisation qui précise le devenir médical, social, professionnel ou scolaire du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37
38	Le dossier médical comporte le double de l'ordonnance de sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38
39	Le dossier médical comporte le compte-rendu d'hospitalisation adressé aux correspondants dans un délai de 8 jours après la date de sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39
40	Les éléments réglementaires ont été remplis et rendus au patient : - carnet de santé - carnet de vaccination - carte de groupe sanguin et information transfusionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40
41	Le compte-rendu "papier" de chaque RHS est présent et signé par le médecin responsable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41
42	Les fiches de vigilance relatives à des incidents éventuels sont présentes et chacune d'elles comporte les éléments suivants: - identification du patient - nom du technicien et du médecin - date de l'incident - nature de l'incident - circonstances de l'incident - conséquences de l'incident dans la case OUI : noter le nombre de fiches, de zéro à ... n cocher NON si un seul élément de la fiche est manquant			42
	* infection nosocomiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	* hémovigilance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CRITERES D'EVALUATION		OUI	NON	OBSERVATIONS
(suite item 42)				
* materiovigilance		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
* pharmacovigilance		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
43	Le dossier médical contient une synthèse interdisciplinaire de l'ensemble des dossiers paramédicaux et médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43

GRILLE D'EVALUATION DE LA QUALITE DE LA TENUE DU DOSSIER “ ... ”

CRITERES D'EVALUATION		OUI	NON	Observations
<u>I - QUESTIONS D'ORDRE GENERAL</u>				
Les questions 1 à 4, 9 à 20 (déclinaison des grilles ANDEM IDE) qui concernent soit des caractéristiques communes du dossier du patient soit des informations partagées dans un cadre informatiques, sont regroupées en tête du dossier d'évaluation pour l'ensemble des pièces du dossier du patient, y compris le dossier ".....». (22-25 sans objet)				
<u>II - QUESTIONS SPECIFIQUES A CHAQUE DOSSIER</u>				
A - ELEMENTS GENERAUX				
5a	Le dossier "....." a été retrouvé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5a
5b	Le support matériel est en bon état	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5b
6	Le dossier "....." est accessible à tout moment en cours d'hospitalisation à toute l'équipe du service "....."	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
7	Le dossier "....." est identifié au nom du service "....."	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
8	Toutes les fiches du dossier "....." sont présentes Ce critère mesure la présence des fiches suivantes : (cocher NON si un seul élément de la liste préalablement définie par une procédure écrite est manquant) - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	Les prescriptions d'action faites par le médecin sont - rédigées - horodatées - et comportent : - nom et signature du médecin prescripteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21

CRITERES D'EVALUATION		OUI	NON	OBSERVATIONS
<u>B - ACTIONS RELEVANT DU ROLE PROPRE DU TECHNICIEN</u>				
26	Les problèmes ou diagnostics "....." élaborés sont : (cocher NON si un seul élément est manquant) - notés - datés et comportent - l'identification du technicien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26
27	Les conclusions de l'examen "....." d'entrée sont notées et comportent : - les éléments d'un diagnostic "....." argumenté - les éléments de surveillance "....." liés à :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27
28	Les objectifs de prise en charge "....." fixés sont notés et argumentés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28
29	Les actions "....." définies sont notées et argumentées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29
30	L'évaluation des actions "....." respecte les délais annoncés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30
31	Le(s) réajustement(s) consécutif(s) à/aux évaluation(s) est (sont) noté(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31
32	Le dossier "....." contient un récapitulatif en fin de séjour des éléments constitutifs des RHS spécifiques du service "....."	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32
33	Le dossier "....." comporte une conclusion de séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33

Par "....." il faut entendre les différents services qui concourent à la prise en charge du patient :
kinésithérapeutes", "ergothérapeutes", "orthophonistes", "diététiciennes", "assistantes sociales», "psychologues", "animateurs socio-éducatifs", "éducateurs «, "enseignants»,
"formateurs" etc. et bien sûr ... remplir une grille par service "....." !!

ANNEXE 6 - Références et critères pour le dossier du patient

Extraits du « Manuel d'accréditation des établissements de santé »¹⁵ Chapitre I.2 Dossier du patient

Références et critères

DPA - Référence 1

L'établissement définit et met en œuvre une politique du dossier du patient dans l'ensemble des secteurs d'activité.

- DPA.1.a.* Pour chaque patient, un recueil d'informations permet d'assurer la continuité des soins.
- DPA.1.b.* Une politique vise à favoriser le regroupement des informations détenues pour chaque patient dans l'établissement.
- DPA.1.c.* Une politique vise à assurer la protection de la confidentialité des dossiers et informations concernant le patient, notamment lors de la circulation des informations nominatives liées aux nécessités diagnostiques et thérapeutiques.
- DPA.1.d.* **L'établissement s'organise pour assurer le droit d'accès du patient à son dossier par l'intermédiaire d'un praticien qu'il choisit librement.**

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

DPA - Référence 2

La politique du dossier du patient associe dans sa définition et sa mise en œuvre les instances et les professionnels concernés.

- DPA.2.a.* La direction, la CME et la DSSI ou le responsable du service des soins infirmiers s'assurent que les modalités de tenue du dossier du patient sont écrites, validées, diffusées et évaluées.
- DPA.2.b.* La direction, la CME et la DSSI mettent en place et maintiennent l'organisation du circuit du dossier et de l'archivage des dossiers.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

¹⁵ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé : Manuel d'accréditation des établissements de santé. Paris : ANAES 1999 ;132P. Téléchargeable sur www.anaes.fr section publications.

DPA - Référence 3

Les informations contenues dans le dossier du patient sont soumises au respect des règles de confidentialité.

- DPA.3.a. Les professionnels sont sensibilisés à la confidentialité.
- DPA.3.b. Si son dossier est informatisé, le patient est informé de cette informatisation et de son droit d'accès et de rectification.
- DPA.3.c. L'élimination des pièces des dossiers se fait selon des conditions garantissant la confidentialité.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

DPA - Référence 4

La tenue du dossier du patient permet une gestion fiable des informations.

- DPA.4.a. Le dossier du patient comporte l'ensemble des éléments nécessaires à son identification.
- DPA.4.b. Les responsabilités des différents intervenants (infirmier(ère)s, praticiens, internes, secrétaires médicales, étudiants hospitaliers, autres intervenants) sur la tenue du dossier du patient sont établies par écrit.
- DPA.4.c. Les prescriptions médicales sont rédigées par le praticien prescripteur, datées, et comportent le nom et la signature du praticien.
- DPA.4.d. Le dossier du patient est organisé et classé.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

DPA - Référence 5

Le contenu du dossier du patient permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre professionnels et entre secteurs d'activité.

- DPA.5.a. Le dossier du patient comporte, sous l'autorité du praticien responsable, dans les meilleurs délais après son admission, les motifs d'hospitalisation et les conclusions de l'évaluation initiale de la situation du patient.
- DPA.5.b. Le dossier du patient comporte des informations actualisées sur l'évolution de son état clinique et de sa prise en charge.
- DPA.5.c. Le dossier du patient permet à tout moment de connaître les traitements, les examens et les soins reçus ou devant être reçus par le patient.
- DPA.5.d. Le dossier du patient comporte, lorsque sa prise en charge l'exige, des éléments d'information spécialisés.
- DPA.5.e. Le dossier du patient comporte la trace de la réflexion bénéfice-risque de la stratégie diagnostique et thérapeutique adoptée pour le patient avant chaque acte invasif.
- DPA.5.f. Le dossier du patient comporte, après sa sortie, les conclusions du séjour et les éventuelles modalités de suivi.
- DPA.5.g. Le médecin désigné par le patient est destinataire d'un document écrit qui lui parvient dans un délai permettant la continuité de la prise en charge.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

DPA.5.d. Les éléments d'information spécialisés sont notamment :

- **le dossier anesthésique :**
- *le compte rendu opératoire ;*
- *le compte rendu d'accouchement ;*
- *le dossier transfusionnel ;*
- *la fiche de traçabilité des médicaments dérivés du sang ;*
- *le consentement écrit du patient pour les situations qui l'exigent.*

DPA - Référence 6

La gestion du dossier du patient est organisée de façon à assurer l'accès aux informations.

DPA.6.a. Le dossier du patient peut être localisé et accessible à tout moment.

DPA.6.b. Le dossier du patient est conservé dans le respect des délais de conservation et des conditions de sécurité.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

DPA - Référence 7

Le dossier du patient fait l'objet d'un dispositif d'évaluation et d'amélioration continue.

DPA.7.a. L'établissement évalue la qualité des dossiers.

DPA.7.b. L'établissement met en place une politique d'amélioration des dossiers.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

ANNEXE 7 :**LISTE DES CODES D'ERREUR**

Co de	Libellé	Effet sur le groupage
01	Numéro d'entité juridique (FINESS) : taille incorrecte ou non numérique	Non-bloquant
02	Numéro de SSR absent	Bloquant
03	Numéro de SSR non numérique	Bloquant
04*	<i>Numéro d'assuré social : absent ou non numérique (test inopérant)</i>	<i>Bloquant</i>
05*	<i>Numéro d'assuré social erroné (test inopérant)</i>	<i>Bloquant</i>
06*	<i>Rang du bénéficiaire : absent ou non numérique (test inopérant)</i>	<i>Bloquant</i>
07*	<i>Rang du bénéficiaire erroné (test inopérant)</i>	<i>Bloquant</i>
08	Type d'activité : absent ou non numérique	Bloquant
09	Type d'activité erroné	Bloquant
10	Date de naissance absente	Bloquant
11	Date de naissance : taille incorrecte ou non numérique	Bloquant
12	Date de naissance incohérente	Bloquant
13	Date de naissance postérieure date d'entrée	Bloquant
14	Date de naissance improbable par rapport à l'année d'entrée	Bloquant
15	Code sexe : absent ou non numérique	Bloquant
16	Code sexe erroné	Bloquant
17	Unité médicale absente	Non-bloquant
18	Unité médicale non numérique	Non-bloquant
19	Date d'entrée : absent ou mauvais format	Bloquant
20	Date d'entrée incohérente	Bloquant
21	Date système antérieure à la date d'entrée	Non-bloquant
22	Date d'entrée < 1990	Non-bloquant
23	Mode d'entrée : absent ou non numérique	Non-bloquant
24	Mode d'entrée erroné	Non-bloquant
25	Provenance absente	Non-bloquant
26	Provenance erronée	Non-bloquant
27	Provenance incohérente	Non-bloquant
28	Date de sortie absente	Non-bloquant
29	Date de sortie : taille incorrecte	Non-bloquant
30	Date de sortie non numérique	Non-bloquant
31	Date de sortie incohérente	Non-bloquant
32	RHS avec incohérence entre date de sortie et date d'entrée	Bloquant
33	Date système antérieure à la date de sortie	Non-bloquant
34	Mode de sortie absent	Non-bloquant
35	Mode de sortie non numérique	Non-bloquant
36	Mode de sortie erroné	Non-bloquant
37	Destination absente	Non-bloquant
38	Destination erronée	Non-bloquant
39	Destination incohérente	Non-bloquant
40	Code postal absent	Non-bloquant
41	Code postal non numérique	Non-bloquant
42	Numéro de semaine : erreur sur N° de semaine	Bloquant
43	Numéro de semaine : erreur sur année	Bloquant
44	Numéro de semaine : année < 1990	Non-bloquant
45	Numéro de semaine < numéro de semaine de la date d'entrée	Bloquant
46	Numéro de semaine numéro de semaine de la date de sortie	Bloquant
47	Indicateur de présence erroné	Bloquant
48	Date de dernière intervention chirurgicale incohérente	Bloquant
49	Date de dernière intervention chirurgicale postérieure à la date d'entrée	Bloquant
50	Finalité principale de prise en charge : absente, de format incorrect ou introuvable	Bloquant
51	Finalité principale de prise en charge non "Z" ou appartenant à la liste des "codes Z interdits" en SSR	Bloquant

52	Finalité principale de prise en charge ; codée par un titre de catégorie, pas assez précis pour la classification des GHJ	Bloquant
53	Finalité principale de prise en charge incohérente	Bloquant
54	Manifestation morbide principale absente	Bloquant
55	Manifestation morbide principale : code interdit	Bloquant
56	Manifestation morbide principale incohérente	Bloquant
57	Manifestation morbide principale = Finalité principale de prise en charge	Bloquant
58	Manifestation morbide principale : format incorrect ou introuvable	Bloquant
59	Manifestation morbide principale utilise un code figurant dans la liste des "codes Z interdits" en SSR	Bloquant
60	Manifestation morbide principale : codée par un titre de catégorie, pas assez précis pour la classification des GHJ	Bloquant
61	Manifestation morbide principale incohérente	Bloquant
62	Affection étiologique absente	Bloquant
63	Affection étiologique : code interdit	Bloquant
64	Affection étiologique = Finalité principale de prise en charge ou manifestation morbide principale	Non-bloquant
65	Affection étiologique : format incorrect ou introuvable	Bloquant
66	Affection étiologique utilise un code figurant dans la liste des "codes Z interdits" en SSR	Bloquant
67	Affection étiologique : codée par un titre de catégorie, pas assez précis pour la classification des GHJ	Bloquant
68	Affection étiologique incohérente	Bloquant
69	Diagnostic associé significatif : code interdit	Non-bloquant
70	Diagnostic associé significatif : format incorrect ou introuvable	Non-bloquant
71	Diagnostic associé significatif utilise un code figurant dans la liste des "codes Z interdits" en SSR	Non-bloquant
72	Diagnostic associé significatif : codé par un titre de catégorie, pas assez précis pour la classification des GHJ	Non-bloquant
73	Diagnostic associé significatif incohérent	Non-bloquant
74	Nombre d'actes absent	Bloquant
75	Nombre d'actes non numérique	Bloquant
76	Nombre d'actes erroné	Bloquant
77	Dépendance erronée	Bloquant
78	Utilisation d'un fauteuil roulant : code erroné	Bloquant
79	Temps d'activité de Rééducation-Réadaptation absent	Bloquant
80	Temps d'activité de Rééducation-Réadaptation non numérique	Bloquant
81	Code d'acte ne respectant pas le format CdAM	Bloquant
82	Acte : n'existe pas dans le CdAM	Bloquant
83	Code d'acte erroné : n'intéressant pas le champ SSR	Bloquant

GLOSSAIRE

Algorithme de la classification, arbre de décision : L'algorithme de la classification est représenté par l'ensemble des tests successifs réalisés par le "logiciel groupeur" sur les informations contenues dans le RHS et conduisant au classement de chaque Résumé Hebdomadaire Standardisé dans une Catégorie Majeure Clinique puis dans un Groupe Homogène de Journées. Pour chaque Catégorie Majeure Clinique, il existe un arbre de décision spécifique. L'ensemble des arbres de décision par CMC constitue l'algorithme de la classification des GHJ. La plupart des variables du recueil d'information standard PMSI-SSR sont utilisées dans l'algorithme de la classification pour discriminer les Groupes Homogènes de Journées. *Voir manuel des GHJ (B.O. 97-8bis).*

CIM-10 : classification internationale des maladies 10^{ème} révision (i.e. classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes). Classification de référence pour le codage des pathologies et problèmes de santé, éditée par l'Organisation Mondiale de la Santé. Utilisée pour le codage des données de morbidité dans le PMSI-SSR : finalité principale de prise en charge, manifestation morbide principale, affection étiologique, diagnostic associé significatif. Le chapitre XX (lettres V, W, X, Y) des causes externes de morbidité et mortalité n'est pas utilisé dans le cadre du PMSI-SSR, ainsi que la classification complémentaire de morphologie des tumeurs. *(Voir Guide de production des RHS (B.O. 97-5bis, p29-59))*

CMC : catégorie majeure clinique – élément de la classification en GHJ, première étape de l'algorithme de classement en GHJ, élaboré selon des critères médicaux. *Voir manuel des GHJ (B.O. 97-8bis).* On parle de **CM** catégorie majeure et non plus de CMC pour la catégorie qui intègre les groupes d'erreurs car cette catégorie ne répond pas aux mêmes règles de constitution et qu'elle ne présente plus de caractère « clinique ».

CTIP : centre de traitement des informations du PMSI – Structure qui développe les outils informatiques du PMSI pour le compte de la direction des hôpitaux et réalise les traitements des bases nationales. Cette structure s'appuie sur un laboratoire de recherche en informatique de l'université Paris VI.

DAS : diagnostic associé significatif – Variable de morbidité, codée en CIM-10. Suppose l'existence d'une prise en charge effective et spécifique pour cette pathologie pendant la semaine. Élément de caractérisation de la prise en charge au cours de la semaine. On peut inscrire au maximum, 5 diagnostics associés significatifs par RHA. *Voir Guide de production des RHS (B.O. 97-5bis, p31-32,37)*

FPP : finalité principale de prise en charge – Première des 4 variables de morbidité du RHA, codée en CIM-10, mais uniquement dans une liste limitée de codes Z désignant une « action ». Décrit le type de prise en charge principale (rééducation, convalescence, ...) de la semaine pour le patient, en coordination avec la manifestation morbide principale. *Voir Guide de production des RHS (B.O. 97-5bis, p30-59)*

GENRHA : logiciel générateur de RHA, développé par le CTIP et diffusé gratuitement par le Ministère Emploi/Solidarité aux établissements, il transforme les RHS en RHA (*arrêté du 28 juillet 1998*) pour garantir leur anonymat.

GHJ : groupe homogène de journée - Voir manuel des GHJ (B.O. 97-8bis)

HC, HJ : hospitalisation complète, hospitalisation de jour

MMP : manifestation morbide principale - seconde des 4 variables de morbidité du RHA, codée en CIM-10, coordonnée avec la finalité principale de prise en charge. Voir Guide de production des RHS (B.O. 97-5bis, p30-59)

PCL : procédure clinique lourde – Liste de codes diagnostic ou d'actes qui est utilisée comme témoin de prise en charge lourde par la fonction groupage. Intervient dans l'algorithme pour l'orientation vers des GHJ spécifiques « avec PCL ». Voir manuel des GHJ (B.O. 97-8bis)

PCTL : procédure clinique très lourde - Liste de codes diagnostic ou d'actes qui est utilisée comme témoin de prise en charge lourde par la fonction groupage. Intervient dans l'algorithme pour l'orientation vers des GHJ spécifiques « avec PCTL ». Voir manuel des GHJ (B.O. 97-8bis)

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information -

PRRC : procédure de rééducation-réadaptation complexe – combinaison de temps de rééducation-réadaptation témoignant d'une diversité et d'une intensité de rééducation particulière. Intervient dans l'algorithme pour l'orientation vers des GHJ spécifiques « avec PRRC ». - Voir manuel des GHJ (B.O. 97-8bis)

PRR : procédure de rééducation-réadaptation - combinaison de temps de rééducation-réadaptation témoignant d'une diversité et d'une intensité de rééducation particulière. Intervient dans l'algorithme pour l'orientation vers des GHJ spécifiques « avec PRR ». - Voir manuel des GHJ (B.O. 97-8bis)

RHA : résumé hebdomadaire anonyme – résumé produit par le logiciel GENRHA. Il est défini dans l'arrêté PMSI-SSR du 28 juillet 1998

RHS : résumé hebdomadaire standardisé – partie médicalisée du recueil hebdomadaire, liée au volet identité du recueil

RR : activité de rééducation-réadaptation

SIH : système d'information hospitalier – ensemble de l'organisation, des outils (bordereaux, logiciels,...) et des moyens mis en œuvre dans un établissement de santé pour le recueil et le traitement des informations ou d'une catégorie d'information

SSR : soins de suites ou de réadaptation – secteur d'activité défini à l'Art. 711-2 du code de la santé publique (autrefois appelé « moyen séjour ») et dont les missions ont été rappelées par la circulaire DH/EO4/97 n°841 du 31 décembre 1997

SSRHA : suite semestrielle de RHA – enchaînement des GHJ d'un séjour au cours d'un semestre

BIBLIOGRAPHIE

Agence Nationale pour le développement de l'Evaluation Médicale.
L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L'audit clinique.
Paris : ANDEM, juin 1994 :69p.

Agence Nationale pour le développement de l'Evaluation Médicale.
L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la tenue du dossier du malade. Paris : ANDEM, juin 1994 :69P.

Agence Nationale pour le développement de l'Evaluation Médicale.
Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé.
Paris : ANDEM, octobre 1996 :79p.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Evaluation d'un programme d'amélioration de la qualité. Les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français. Paris : ANAES, avril 1999 :105p.

Les guides de lecture AFAQ ISO 9001-9002. La certification qualité à l'usage de Etablissements de Santé. Bagneux : AFAQ 1998.

Dusserre L, Allaert FA, Quantin C. Qualité et sécurité des informations médicales. Une condition pour l'accréditation des établissements de santé. Gestion Hospitalière. Juin/juillet 1999 : 394-9.

Defourny V, Noyé D. Du bon usage des mots de la qualité. Les principaux termes : définitions et commentaires. Paris : INSEP 1996.

Dubois O. Normes, références, recommandations et qualité des actes médicaux. Bulletin de l'ordre des médecins. Juin 1999.

Plsek P. Systematic design of healthcare processes. Quality in health care 1997; 6:40-8.

Øvretveit J. A team quality improvement sequence for complex problems. Quality in health care 199 ;8 :239-46.

Donabedian A. The quality of care : how can it be assessed ? JAMA 1998;260 :1743-8.

Ishikawa K. La gestion de la qualité. Outils et applications pratiques. Paris : Dunod, traduit par Douchy JM 1984 :250p.

Site web de l'ANAES : www.anaes.fr

Guide Image (Cf. p ?)

Site web du PMSI : www.le-pmsi.fr