

CIRCULAIRE n° 119 DU 4 OCTOBRE 1985
relative à la mise en place dans les établissements hospitaliers
des résumés de sortie standardisés (R.S.S.)

Références :

Arrêté du ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale, en date du 3 octobre 1985 ;

Circulaire n° 79 du 14 février 1985 du ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale ;

Bulletin officiel du ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale :

Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière, 1^{ère} partie, fascicule spécial n° 85/4 bis ;

Catalogue des actes médicaux, fascicule spécial n° 85/9 bis.

Le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement, à Messieurs les préfets, commissaires de la République de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales) ; Madame et Messieurs les préfets, commissaires de la République de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales).

1. LE RÉSUMÉ DE SORTIE STANDARDISÉ
PRÉSENTATION GÉNÉRALE

1.1. Finalité

Le résumé de sortie standardisé (R.S.S.) a pour objectif de permettre de mesurer ce que l'hôpital produit en terme d'utilité sociale : les soins aux malades.

S'il est nécessaire à la gestion de l'hôpital de connaître les coûts des différentes fonctions et activités, ceci n'est pas suffisant si l'on veut s'assurer que ces activités sont servies de façon efficace aux malades ; il faut également connaître les coûts par type de malades pour pouvoir les analyser selon les malades soignés et selon les fonctions ou activités que ceux-ci ont consommées.

Il convient donc :

1. D'une part, de connaître les différents types de malades ;
2. D'autre part, de savoir attribuer à ces différents types de malades la part des dépenses hospitalières qu'ils ont consommées selon les différentes fonctions.

Le présent chapitre décrit le premier point.

De nombreuses études françaises et étrangères faites sur d'importantes bases de données (plus d'un million de séjours) ont établi que l'on peut classer les séjours des malades en court séjour dans des groupes homogènes de malades en utilisant le recueil systématique d'un petit nombre d'informations médicales et démographiques que rassemblera le R.S.S.

Un groupe homogène de malades (G.H.M.) se définit par une double homogénéité :

- d'une part, ce sont des malades qui utilisent des ressources hospitalières peu différentes ;
- d'autre part, ce sont des malades qui ont des caractéristiques semblables en termes de discipline médicale et de moyens diagnostiques et thérapeutiques.

On doit donc utiliser une classification de groupes homogènes de malades qui soit à la fois unique sur une période donnée pour l'ensemble du pays et évolutive puisqu'elle est le reflet de la pratique médicale hospitalière.

La Direction des hôpitaux, avec l'aide des spécialistes de l'information médicale et des représentants des différentes sociétés savantes médicales, assurera la diffusion de cette classification et sa mise à jour tous les trois ans sur support papier et magnétique auprès des hôpitaux et administrations qui auront à utiliser les G.H.M.

La première classification sera disponible pour le 31 décembre 1985.

Le R.S.S. permet donc de déterminer le produit de l'hôpital selon les différents G.H.M. et le nombre de malades qui se trouvent dans chaque groupe.

Il décrit l'activité médicale en n'utilisant qu'une mesure indirecte du coût, la durée de séjour.

Pour calculer un coût par G.H.M, les hôpitaux devront également produire des informations comptables par sections de déversement (centres d'analyse du coût) et des informations sur l'ensemble des actes médico-techniques par malade et sections de déversement qui doivent également respecter les exigences de confidentialité.

Cela explique que le R.S.S. ne contient que peu d'informations, celles pour lesquelles on a démontré une liaison statistique explicative de la durée de séjour et du coût. L'utilisation de ce nouveau système d'information concerne à la fois l'établissement hospitalier et la tutelle :

- l'hôpital, pour sa gestion interne, la procédure budgétaire et la création de nouveaux équipements ;
- la tutelle, qui disposera ainsi d'indicateurs de meilleure qualité pour l'exercice de ses attributions.

Les modalités précises d'échanges d'informations entre hôpitaux et tutelle et l'utilisation du système d'information dans les décisions de financement du fonctionnement et de l'investissement feront l'objet d'une instruction ultérieure.

Enfin, le R.S.S. et les fichiers informatiques qui en seront les supports devront satisfaire avec précision les exigences de la confidentialité liées à toute information médicale et permettre d'atteindre l'objectif du système : l'adéquation optimale des moyens aux soins aux malades.

1.2. Définition

Le résumé de sortie standardisé (R.S.S.) se définit par trois points :

1. Le champ de sa réalisation ;
2. Le contenu obligatoire et standardisé de ses informations ;
3. Le lieu de recueil.

1.2.1. *La définition du champ de réalisation*

Le résumé de sortie standardisé (R.S.S.) doit être réalisé chaque fois qu'un malade hospitalisé quitte la partie court séjour d'un établissement.

La partie court séjour d'un établissement se définit comme l'ensemble des départements ou services comportant une ou plusieurs unités de court séjour. L'unité court séjour se définit comme une unité correspondant à une ou plusieurs sections d'analyse de coût qui s'agrègent au niveau 2 aux activités majeures suivantes (circulaire n° 79 du 14 février 1985 et Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière) :

- hospitalisation court séjour médecine ;
- hospitalisation de court séjour chirurgie ;
- hospitalisation court séjour gynécologie-obstétrique ;
- urgences chirurgicales et médicales.

Ce champ exclut les unités de consultation, les services psychiatriques, l'hospitalisation de moyen séjour, l'hospice et maison de retraite et le long séjour. En revanche, il inclut notamment les hospitalisations de jour, de nuit et de semaine. On utilisera par la suite uniquement le terme « unité » défini ci-dessus.

1.2.2. *Définition du contenu obligatoire et standardisé des informations*

Le terme R.S.S. doit être réservé au résumé de sortie standardisé anonyme qui est envoyé à l'extérieur de l'hôpital entité juridique.

Sa réalisation se fait à partir d'un fichier nominatif dont les caractéristiques sont définies au chapitre 1.7.

Le R.S.S. comprend deux groupes d'informations dont la liste est fixée au chapitre 1.4 et les standards au chapitre 1.5 :

- deux informations administratives dont le recueil est déjà obligatoire pour l'administration hospitalière à l'entrée du malade dans l'entité juridique ;
- des informations médicales dont le recueil et l'accès sont sous la responsabilité médicale dans chaque unité.

1.2.3. *Définition du lieu de recueil*

Dans un département ou service, c'est le médecin responsable du malade au moment de sa sortie du champ qui prend en charge le recueil des informations médicales. Il y a, dans ce cas, une seule partie médicale par département ou service.

Un département peut décider que les informations médicales sont recueillies chaque fois que le malade hospitalisé quitte une unité du champ d'un même département ou service. Les informations médicales d'un même département ou service comprennent alors plusieurs parties.

Le R.S.S. se définit comme l'ensemble des informations ci-dessus concernant un même séjour à l'hôpital entité juridique, à l'exception, de l'assistance publique de Paris, des hospices civils de Lyon, de l'assistance publique de Marseille et des autres centres hospitaliers régionaux où le R.S.S. concerne un même séjour dans chaque groupe hospitalier pour lequel la direction de l'établissement décide de présenter un budget individualisé, lors de l'approbation du budget par la tutelle.

1.3. Les informations du R.S.S.

Il s'agit des informations obligatoires et standardisées du R.S.S. anonyme qui est envoyé à l'extérieur de l'hôpital entité juridique comme exposé au chapitre 1.5.1.

Le présent chapitre définit les informations obligatoires.

Le chapitre 1.4 définit les standards appelés nomenclatures et catalogues.

Numéro matricule de l'entité juridique.

Il s'agit du numéro matricule F.LN.E.S.S. (fichier national des établissements sanitaires et sociaux) concernant l'entité juridique.

Pour l'assistance publique de Paris, les hospices civils de Lyon, l'assistance publique de Marseille et les centres hospitaliers régionaux remplissant les conditions de présentation de budget séparé à la tutelle, le matricule sera celui de l'établissement ou groupe hospitalier concerné. Un groupe hospitalier sera identifié par le numéro F.LN.E.S.S. de l'un des établissements le concernant.

Numéro de R.S.S.

Ce numéro, obligatoirement différent du numéro d'hospitalisation, permet de distinguer les R.S.S. entre eux. Chaque séjour à l'hôpital dans les conditions satisfaisant au champ de recueil des R.S.S. sera affecté d'un numéro. L'hôpital devra conserver la correspondance entre ces deux numéros.

Ce numéro sera attribué selon un mode séquentiel ou aléatoire et la correspondance avec le numéro d'hospitalisation sera conservée par un médecin de l'entité juridique, responsable désigné par l'ensemble des médecins spécifiquement pour cela.

Année de naissance,

Il s'agit des quatre chiffres de l'année de naissance fournis pour la seule détermination de l'âge. Le jour et le mois de la naissance ne doivent pas être mentionnés.

Sexe.

Numéro d'identification de l'unité médicale.

Ce numéro permet d'identifier dans l'entité juridique le service, puis le département ou l'unité.

L'hôpital doit disposer d'un fichier permettant l'identification de l'ensemble des structures nécessaires à la gestion. Parmi ces structures, les services, puis les départements et unités doivent être repérés par un numéro déterminé par l'hôpital, conservé et utilisé par lui dans son système d'information, sans référence à une nomenclature nationale.

Date d'entrée dans l'unité médicale.

Cette date sera indiquée sous la forme jour/mois/année. Elle permet d'établir une durée de séjour en relation avec la date de sortie.

Mode d'entrée dans l'unité médicale.

Cette information permet de contrôler l'exhaustivité dans la réalisation des R.S.S.

Date de sortie de l'unité médicale.

Cette date permet de calculer la durée du séjour dans l'unité. Elle est donnée sous la forme jour/mois/année.

Mode de sortie de l'unité médicale.

Cette information permet d'appréhender la destination du malade à la sortie de l'hôpital et de contrôler l'exhaustivité des R.S.S.

Nombre de séances.

Il s'agit du nombre de séances effectuées durant le séjour dans l'unité médicale correspondant aux dates d'entrée et de sortie indiquées.

Les hospitalisations de jour et de nuit sont concernées par cette information (cf. 2.1.5.5).

Première hospitalisation pour le même diagnostic principal.

Il s'agit de savoir si le malade a déjà été hospitalisé dans une structure sanitaire publique ou privée : s'agit-il de la première hospitalisation pour le problème pathologique retenu comme diagnostic principal ? On répondra par oui ou non.

Diagnostic principal.

C'est le diagnostic qui est considéré comme la cause du séjour dans l'unité médicale, mais ce diagnostic est déterminé par le médecin responsable du malade à la fin du séjour dans cette unité. Cela implique que le médecin décide de ce diagnostic de façon rétrospective, connaissant l'ensemble des informations médicales concernant le malade acquises entre l'entrée et la sortie de l'unité médicale.

Diagnostics secondaires.

Ils se définissent comme les autres diagnostics attribués, qu'il s'agisse d'une pathologie associée (ancienne ou nouvelle) ou de complications survenant au cours du séjour - l'ordre de ces diagnostics est sans importance (le nombre maximum est de 5).

Actes X.

Ils se définissent comme les actes qui, lorsqu'ils sont réalisés, doivent obligatoirement être identifiés en nature sur le R.S.S. par un code.

Il s'agit des actes qui consomment le plus de ressources. Ils sont repérés par un X dans la liste, annuellement mise à jour, des actes du catalogue des actes médicaux (Bulletin officiel, fascicule spécial, n° 85/9 bis).

Le nombre maximum de ces actes est de 5 et leur ordre est sans importance. Seul celui qui mobilise le plus de ressources joue un rôle déterminant dans la classification du R.S.S. en relation avec le diagnostic principal.

1.4. Nomenclature et catalogues

Numéro matricule F.I.N.E.S.S. (cf. circulaire n° 69-1 DOMI, du 3 juillet 1979).

Sexe :

1. Homme.
2. Femme.

Mode d'entrée dans l'unité :

1. Entrée directe en provenance de l'extérieur de l'entité juridique (ou de l'établissement ou groupe hospitalier dans le cas des centres hospitaliers régionaux présentant des budgets individualisés) ;
2. Entrée par mutation en provenance d'une autre unité de court séjour de la même entité juridique ;
3. Entrée par mutation en provenance d'une unité autre que le court séjour de la même entité juridique.

Mode de sortie de l'unité :

1. Sortie par mutation vers une autre unité de court séjour de la même entité juridique ;
2. Sortie par mutation vers une unité autre que le court séjour de la même entité juridique ;
3. Malade sortant de l'entité juridique et pris en charge par une autre structure sanitaire (H.A.D., autre établissement) ;

4. Retour au domicile ;
5. Décès.

Première hospitalisation pour le même diagnostic :

- X : oui ;
Blanc : non.

Diagnostic principal :

La classification de référence est la classification internationale des maladies, 9e révision, chapitres I à XVII, et la classification supplémentaire des facteurs influant sur l'état de santé et des motifs de recours aux services de santé (code V), O.M.S., Genève.

Lorsque le code utilisé est à trois caractères, en l'absence de subdivision à quatre chiffres, le code sera cadré à gauche, avec un blanc dans le caractère de droite.

Lorsqu'il y a possibilité de coder à la fois l'étiologie de la maladie (code de la C.I.M. suivi d'une dague †) et la manifestation clinique (code suivi d'un astérisque *), on choisira comme code du diagnostic principal celui qui comporte la mention de la manifestation clinique, soit le code le plus exact, soit le code suivi d'un astérisque ; le code de l'étiologie sera porté comme un diagnostic secondaire.

Un exemple de ce problème est précisé en 2.1.1.

Diagnostics secondaires :

Les chapitres Ier à XVII de la C.I.M., 9^e révision.

Actes X :

Il s'agit des actes référencés par un X dans le Catalogue des actes médicaux publié au *Bulletin officiel*, fascicule spécial, n° 85/9 bis.

1.5. Les circuits et le traitement des informations

1.5.1. Les circuits de l'information

Les informations contenues dans les R.S.S. devront, dès que les hôpitaux le pourront, faire l'objet d'une exploitation locale, et notamment d'une détermination par l'établissement de ses G.H.M.

Dans un premier temps, les établissements pourront envoyer le fichier anonyme annuel de leurs R.S.S. aux instances suivantes pour traitement et retour aux établissements :

- cellule d'analyse de gestion de la direction des hôpitaux, s'il s'agit d'un centre hospitalier régional ;
- cellule d'analyse de gestion de la D.R.A.S.S. de leur région, pour tous les établissements.

1.5.2. Le traitement de l'information

1.5.2.1. Les hôpitaux ou administrations devront effectuer deux types de travaux.

Premièrement, classer les R.S.S. en G.H.M. :

À partir des R.S.S. retenus, il faut effectuer le classement dans un G.H.M. et établir la liste des G.H.M. avec, par G.H.M., le nombre de malades.

Deuxièmement, vérifier la qualité du classement :

Pour tout R.S.S. non classé, il faut contrôler la nature de l'information en distinguant les trois cas suivants.

1° Le R.S.S. existe, mais la nature des informations qui y figurent ne permet pas de le classer dans un G.H.M. :

- a) le code diagnostic principal n'est pas acceptable comme tel ;
- b) il y a incompatibilité entre le diagnostic principal et l'acte X principal ;

2° Le R.S.S. existe, mais il manque une des quatre informations suivantes, qui sont à la base du classement : l'âge, le diagnostic principal, la durée de séjour, le mode de sortie.

3° Les R.S.S. portant sur un séjour « extrême » : pour que les G.H.M. soient non seulement homogènes du point de vue clinique, mais également statistique, les séjours dont les durées sont extrêmes (très grandes ou très petites par rapport à la moyenne) sont classés, mais décomptés et traités à part. La définition des cas extrêmes est exposée en 2.1.4.

La liste des numéros de R.S.S. rentrant dans chacune de ces trois catégories sera établie et communiquée.

1.5.2.2. Une base nationale sera constituée chaque année dans le but, d'une part, de permettre une mise à jour régulière de la classification des G.H.M. en fonction de l'évolution de la pratique et, d'autre part, de rendre publics les résultats obtenus dans les différents types d'établissements.

1.5.3. *L'utilisation de l'information*

Une instruction ultérieure précisera l'organisation détaillée et les modalités de mise en œuvre des échanges d'informations et de leur utilisation entre les établissements et la tutelle.

1.6. Contrôle de la qualité de l'information

L'utilité de l'information produite sur les R.S.S. est fonction de sa qualité. C'est pourquoi les établissements devront mettre en place des dispositifs permettant de valider les R.S.S. Cette validation portera sur les points suivants.

1° L'exhaustivité de recueil.

La description de l'activité d'un hôpital en G.H.M. ne peut être fidèle que si elle prend en compte tous les séjours effectués au cours d'une période donnée dans des unités appartenant au champ défini au chapitre 1.2.1. La direction de l'hôpital, en liaison avec le corps médical, aura la responsabilité de mesurer cette exhaustivité. Cette mesure se fera annuellement de la façon suivante :

a) On calculera le nombre de R.S.S. produits sur une année calendaire et on rapportera ce nombre au nombre des malades sortis du champ défini au chapitre 1.2.1 sur la même période. On distinguera dans ce calcul :

- les R.S.S. pour lesquels l'information saisie porte sur un séjour hospitalier
- les R.S.S. pour lesquels l'information saisie est un nombre de séances de soins pour un malade donné, sur une période donnée. Dans ce cas, l'exhaustivité est mesurée par le nombre total de séances recensées sur les R.S.S. pendant l'année, rapporté au nombre total de séances ;

b) Pour la première catégorie de R.S.S. définie ci-dessus, on calculera le nombre total de journées d'hospitalisation à partir des R.S.S. et on rapportera ce nombre au total de journées d'hospitalisation décomptées dans les unités de soins appartenant au champ.

c) Enfin, les R.S.S. produits devront être complets ; en cas de mutations internes d'un malade entre plusieurs unités, il faudra s'assurer que le R.S.S. comporte bien autant de parties médicales que de passages dans les unités appartenant au champ défini au chapitre 1.2.1. Le guide précisera les modalités de calcul et d'interprétation des résultats.

La direction de l'hôpital publiera tous les ans les résultats des deux premières mesures *a* et *b* qui s'obtiennent à partir d'informations anonymes et globales.

Il sera également de son ressort, en collaboration avec l'équipe médicale, et dans le respect de la confidentialité, de se doter des moyens de mesurer l'exhaustivité du recueil unité par unité *c*, mais ces informations resteront à usage interne et non individualisées pour la direction de l'hôpital.

2° La qualité de l'information produite.

Celle-ci se décompose en deux aspects principaux. Il faut d'abord s'assurer de la présence, de l'exactitude ou de la fidélité de l'information nécessaire au R.S.S., Il faut également s'assurer de la qualité du codage qui est fait de ces informations.

Cette validation se fera chaque année sur un échantillon de R.S.S., prélevé à périodicité régulière. Des règles de sélection de cet échantillon seront données dans le guide R.S.S. On distinguera par la suite les informations à caractère administratif des informations médicales.

La validation des données administratives (année de naissance, sexe, durée du séjour) sera faite par recoupement avec d'autres sources d'information existantes sur le malade (cf. 2.2).

La validation des données médicales est du ressort des médecins des départements cliniques, qui procéderont par échantillon aux deux vérifications suivantes, dans le respect des règles de confidentialité définies au chapitre 1.7 ; ils pourront éventuellement faire appel au médecin responsable de l'information médicale.

D'abord, l'information médicale en littéral, qui sert de base à la constitution du R.S.S. sera confrontée au dossier du malade et un jugement sera porté sur l'adéquation des termes choisis pour résumer ce dossier.

Ensuite, c'est l'adéquation entre le libellé en clair et le code qui sera vérifiée. Les résultats de ce travail de validation seront alors consignés dans le rapport médical d'activité du département transmis tous les ans à la commission médicale consultative (CMC).

Les modalités concrètes du contrôle de la qualité des informations sont développées dans le guide méthodologique (cf. 2.2.2).

1.7. Respect du secret médical concernant les personnes

Le résumé de sortie standardisé (R.S.S.) met en jeu des informations médicales sur le séjour du patient à l'hôpital. Il est anonyme mais l'organisation du système d'information permettant la production du R.S.S. ne l'est pas et doit être conçue pour respecter de façon rigoureuse le secret médical concernant les personnes. On se référera notamment aux textes suivants :

- article L. 378 du code pénal ;
- loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

1.7.1. Information médicale et droit d'accès

Les malades entrant dans une unité médicale qui collecte des informations nécessaires à la réalisation de R.S.S. doivent être informés de ce recueil.

L'information sera faite sous forme d'une notice remise à l'entrée ou d'un affichage dans les bureaux où se présente le malade ou sa famille. De plus, elle figurera dans une rubrique de la fiche individuelle qui sera commentée par l'agent chargé du recueil des informations administratives nécessaires à la gestion du dossier.

La formule type est la suivante :

« Dans le but d'améliorer la gestion de l'établissement lieu de votre hospitalisation, certaines des informations recueillies durant votre séjour feront l'objet, dans le strict respect du secret médical, d'un traitement statistique anonyme, sauf refus exprès de votre part.

« La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés vous garantit un droit d'accès et de rectification pour l'ensemble des données enregistrées vous concernant. Celui-ci s'exerce auprès de ... (1) ; toutefois, lorsqu'il s'applique à des données strictement médicales, l'article 40 de la loi précitée spécifie que celles-ci ne peuvent être communiquées à l'intéressé que par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne à cet effet. Ce médecin devra alors s'adresser au chef du département ou service dans lequel vous êtes hospitalisé. »

1.7.2. *Recueil de l'information*

Les données constituant un R.S.S. sont définies au chapitre 1.3.

Selon l'organisation de l'hôpital, son degré d'automatisation, une quantité variable d'informations pourra être collectée ou traitée par les services administratifs et transmise aux services médicaux.

La collecte du diagnostic principal, du ou des diagnostics secondaires et du ou des actes est effectuée dans les unités médicales sous la responsabilité du médecin en charge du malade.

1.7.3. *Stockage des informations et fichiers*

L'obtention des informations nécessaires au R.S.S. se fait en deux étapes.

1.7.3.1. Les données traitées dans l'entité juridique.

Les informations recueillies, traitées et stockées dans l'entité juridique ne sont pas anonymes et le numéro d'hospitalisation du malade est utilisé.

Si la saisie se fait par bordereaux, ceux-ci sont soumis aux mêmes règles d'utilisation que les autres éléments du dossier médical.

Dans les systèmes informatisés, les fichiers contenant des renseignements médicaux sont indépendants des fichiers utilisés pour la gestion administrative et sont conservés à part. L'accès à ces fichiers doit être contrôlé par un système d'identification et d'authentification individuel des utilisateurs. Le chef de chaque département clinique communique au président de la C.M.C. la liste, tenue à jour, des personnes habilitées à accéder à ces fichiers.

1.7.3.2. Les données transmises hors de l'entité juridique : le R.S.S.

À la sortie de l'entité juridique, le fichier transmis par l'administration de l'hôpital et auquel elle aura accès sera anonyme.

Il y aura lieu d'attribuer au R.S.S. un identifiant spécifique découlant d'une table de nombres aléatoires ou en séquence, placée sous responsabilité médicale, et qui ne pourra en aucun cas être le numéro administratif attribué à l'entrée, ce qui évitera tout rapprochement ultérieur de fichiers, en particulier en cas d'automatisation.

(1) Indiquer avec précision le service administratif désigné pour répondre à ce droit d'accès.

Cet identifiant sera fixé sous responsabilité médicale, assurant une liaison du numéro de R.S.S. avec le dossier médical. Ainsi, il sera possible de retrouver, sous contrôle médical, un dossier médical à partir d'un numéro de R.S.S. Cette recherche ne sera pas possible autrement.

Qu'il y ait ou non automatisation, un protocole associant le directeur de l'hôpital, le président de la commission médicale consultative, et éventuellement le responsable de l'information médicale, devra être établi précisant les procédures utilisées dans le système d'information et les responsabilités des différents intervenants.

Ce protocole doit figurer dans le dossier de demande d'avis présenté par l'hôpital.

La durée de conservation du fichier R.S.S., constitué par année de sortie, sera de trois ans à compter de sa réalisation.

1.7.3.3. Lieu d'implantation des moyens de traitement automatisé.

Les moyens de traitement automatisé des informations nominatives nécessaires à la production de R.S.S. anonymes sont implantés exclusivement dans les locaux d'un établissement hospitalier public ou privé participant au service public.

Il peut s'agir soit de l'hôpital où se trouvent les malades sources des informations recueillies et traitées, soit du centre informatique (C.R.I.H.) d'un autre hôpital, pour les moyens centraux de traitement.

1.7.4. Formalités auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (C.N.I.L.)

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 (J.O. du 7 janvier 1978) relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés définit les formalités relatives aux traitements automatisés d'informations nominatives.

Par délibération n° 85-39 du 10 septembre 1985 portant avis sur l'informatisation dans les établissements hospitaliers des résumés de sortie standardisés (R.S.S.), la C.N.I.L. a précisé la procédure de formalités préalables à accomplir par les hôpitaux.

Deux éventualités peuvent se présenter.

1.7.4.1. L'hôpital n'a pas de système automatisé de dossiers médicaux et en décide la conception :

a) Si l'hôpital développe ce système uniquement dans le cadre du programme de médicalisation du système d'information (P.M.S.I.) et en se conformant au modèle national qui a été soumis à la C.N.I.L. par le ministère, une demande d'avis allégée, faisant référence audit modèle, sera faite. La composition de ce dossier est précisée dans le guide méthodologique (cf. 2.3) ;

b) Si l'hôpital développe ce système en envisageant en plus une gestion des dossiers médicaux, une demande d'avis complète devrait être présentée, accompagnée cependant d'un engagement de conformité au modèle P.M.S.I.

1.7.4.2. L'hôpital décide d'adopter une application existante pour développer le P.M.S.I. :

a) Si l'hôpital se conforme au modèle P.M.S.I., une demande d'avis allégée de référence pourra être présentée, indiquant cependant le numéro de la déclaration initiale du système informatique ;

b) Si l'hôpital utilise ce système informatique non seulement pour développer le P.M.S.I. mais également pour d'autres applications, une demande d'avis complète devra être présentée.

Les services hospitaliers pourront trouver des renseignements utiles en consultant la notice explicative éditée par la C.N.I.L.

1.8. Organisation

1.8.1. Organisation des informations

Les rubriques constituant le R.S.S. sont de deux natures, administrative et médicale.

La partie administrative sera recueillie une seule fois et peut circuler à l'intérieur de l'entité juridique en utilisant les circuits administratifs existants.

La partie médicale sera collectée à chaque passage dans une unité et ne peut circuler à l'intérieur de l'entité juridique qu'en respectant les exigences de la confidentialité.

Un R.S.S. sera composé d'autant d'enregistrements qu'il y aura de parties médicales pour un même séjour à l'hôpital.

Dans le cas général où le malade séjourne dans une seule unité, le R.S.S. sera composé d'un seul enregistrement. Si le malade passe dans deux ou plusieurs unités consécutivement, le R.S.S. sera composé de deux ou plusieurs enregistrements ayant le même numéro de R.S.S.

1.8.2. Le format d'enregistrement des R.S.S. est le suivant

	NOMBRE de caractères	TYPE
Numéro matricule de l'entité juridique.....	9	alphanumérique
Numéro de R.S.S.....	7	numérique
Année de naissance (AAAA).....	4	numérique
Sexe.....	1	numérique
Numéro de l'unité médicale.....	4	numérique
Date d'entrée dans l'unité (JJ MM AA).....	6	numérique
Mode d'entrée dans l'unité.....	1	numérique
Date de sortie de l'unité (JJ MM AA).....	6	numérique
Mode de sortie de l'unité.....	1	numérique
Nombre de séances.....	2	numérique
Première hospitalisation.....	1	alphanumérique
Diagnostic principal.....	4	alphanumérique
Diagnostics associés (5 fois 4 caractères).....	20	alphanumérique
Actes X (5 fois 4 caractères).....	20	alphanumérique

Soit un total de 86 caractères pour chaque enregistrement.

2. LE RÉSUMÉ DE SORTIE STANDARDISÉ

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

Ce guide expose les méthodes nécessaires pour la réalisation, le contrôle et l'accès au résumé de sortie standardisé (R.S.S.).

Il comprend trois chapitres :

- 2.1. Les méthodes de choix des informations médicales ;
- 2.2. Les méthodes de contrôle de la qualité des informations ;
- 2.3. Les formalités préalables nécessaires en application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978.

2.1. Les méthodes de choix des informations médicales

La qualité des informations médicales recueillies sur le R.S.S. conditionne en partie l'attribution de ce R.S.S. à un groupe homogène de malades (G.H.M.).

Le présent chapitre précise cinq points essentiels, qui concernent :

- 2.1.1. Le choix du diagnostic principal ;
- 2.1.2. La compatibilité entre le diagnostic principal et l'acte X principal ;
- 2.1.3. Le choix des diagnostics pour les nouveau-nés ;
- 2.1.4. La définition des séjours « extrêmes » ;
- 2.1.5. Les séjours particuliers.

2.1.1. Le choix du diagnostic principal

Il convient de s'attacher à la définition de ce diagnostic qui se distingue des diagnostics secondaires puisqu'il est unique (les diagnostics secondaires peuvent être au maximum de 5) et sert seul à déterminer à quelle *catégorie majeure de diagnostic* (système ou appareil et spécialisation médicale ; par exemple : système nerveux, cardio-vasculaire, appareil digestif, etc.) le R.S.S. appartient.

Ce diagnostic est celui considéré comme la cause du séjour dans l'unité médicale par le médecin responsable du malade *à la fin* du séjour dans cette unité.

Le médecin décidera donc de ce diagnostic de façon rétrospective et en possession des informations acquises au cours du séjour du malade.

Il n'est donc *pas* demandé de fournir comme information ce qui a été considéré *initialement* comme la cause de l'hospitalisation par le malade, son médecin de famille, ou le médecin de l'unité médicale ou du service porte.

La classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé offre, dans sa 9^e révision (celle qui sert de référence), la possibilité de coder à la fois l'étiologie de la maladie (dague †) et la manifestation clinique (astérisque *) pour un nombre réduit de maladies (150 rubriques environ).

On choisira donc le code qui correspond à la description la plus exacte (exemple : n^{os} 1, 2, 3) ou, à défaut, la manifestation clinique (code *astérisque* *), en sachant que la règle est que les deux codes apparaissent dans le titre soit de la rubrique, soit de chaque terme.

Les trois exemples suivants illustrent la méthode.

Exemple n° 1, cas d'une rétinopathie diabétique :

Diabète sucré sans mention de complications.....	250.0
Diabète avec complications oculaires	250.4†
Rétinopathie diabétique.....	362.0*

Le diagnostic principal est :

- la manifestation exacte : « rétinopathie diabétique 362.0* », qui correspond à l'astérisque ;
- le diagnostic secondaire comporte l'étiologie : « diabète avec complications oculaires 250.4† » (toutefois, dans ce cas, si le diagnostic principal est 250.4†, le classement en G.H.M. sera le même).

Exemple n° 2, cas d'une méningite à méningocoques :

Méningite bactérienne à méningocoques.....	320.5*
Infection à méningocoques	036.0†

Le diagnostic principal est :

- la manifestation exacte qui correspond à l'astérisque : « méningite bactérienne à méningocoques 320.5* » ;
- le diagnostic secondaire comporte l'étiologie : « infection à méningocoques 036.0† » (si vous mettez comme diagnostic principal : 036.0†, le classement en G.H.M. sera différent).

Exemple n° 5, cas d'une méningite à Listeria :

Méningite bactérienne due à d'autres maladies classées ailleurs 320.7*
Autres anthrozooses bactériennes 027.0†

Le diagnostic principal est :

- la manifestation avec astérisque : « méningite bactérienne due à d'autres maladies classées ailleurs 320.7* » ;
- le diagnostic secondaire comporte : « autres anthrozooses bactériennes 027.0† » (si vous mettez : 027.0†, le classement en G.H.M. sera différent).

2.1.2. La compatibilité entre le diagnostic principal et l'acte X principal

Il faut savoir que l'acte X, qui consomme le plus de ressources – celui qui a l'ICR (AL)PHA ou (BE)TA ou (GA)MMA ou (MU) ou (TO) ou (OM)EGA le plus élevé (cf. catalogue des actes médicaux) –, joue un rôle particulièrement important dans l'attribution d'un R.S.S. à un G.H.M. puisque le R.S.S. se trouve classé selon l'acte X le plus lourd à l'intérieur d'une catégorie majeure de diagnostic.

Pour cela, il faut que le diagnostic principal retenu appartienne à la même catégorie (en termes d'appareil ou de système) que l'acte X le plus lourd au sein d'une même unité médicale.

2.1.3. Le choix des diagnostics pour les nouveau-nés

Il est rappelé ici la particularité de la classification internationale des maladies, 9^e révision, qui distingue les codes concernant les maladies de la mère (chap. XI : Complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches) et celles de l'enfant (chap. XV : Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale).

Par exemple, on utilisera pour le nouveau-né :

760.0 Troubles hypertensifs de la mère, lorsque le nouveau-né est affecté par la maladie de sa mère classée elle-même en :

642.- Hypertension compliquant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.

De même pour le type de la naissance, on utilisera les codes V30 à V39 (alors que pour les résultats de l'accouchement chez la mère, on utilisera les codes V27 à V27.9).

Pour la naissance d'un enfant qui ne présente aucun problème pathologique, le diagnostic principal sera un code de V30 à V39.

Dans le cas contraire, les principes de choix du diagnostic principal s'appliquent.

2.1.4. La définition des séjours extrêmes

Pour un G.H.M. donné, il arrive que l'on observe des durées de séjour anormalement faibles ou élevées par rapport à la moyenne des durées de séjour. Ces séjours hors normes sont appelés extrêmes.

La définition d'un séjour extrême, intuitive, n'est cependant pas immédiate. La circulaire décide d'en donner une définition statistique.

Pour définir statistiquement un séjour extrême, on construit en général un « intervalle de confiance » autour de la moyenne. Il y a alors probabilité très faible d'observer un séjour dont la durée n'est pas située dans l'intervalle de confiance.

Dans les cas des G.H.M., il s'avère que l'on ne peut pas construire simplement un intervalle de confiance. En effet, la loi de distribution de probabilité des durées de séjour n'est pas une loi « normale » (ou gaussienne, ou « courbe en cloche »). En revanche, on constate que la loi de probabilité du *logarithme* des durées de séjour est *normale*. On construit donc d'abord un *intervalle de confiance* pour le logarithme des durées de séjour et on transforme cet intervalle par la fonction inverse du logarithme, *l'exponentielle*.

Cela conduit au calcul suivant *pour un G.H.M. donné* :

d_i étant la durée de séjour du malade i dans le G.H.M.,

N étant le nombre de malades appartenant au G.H.M. :

N est le nombre de malades appartenant au G.H.M.

$d = \frac{1}{N} \times \sum_i d_i$ est la moyenne arithmétique des durées de séjour du GHM

$$S = \sqrt{\frac{\sum_i d_i^2 - d \sum_i d_i}{N - 1}} \quad \text{est l'écart type des durées de séjour du G.H.M.}$$

D est la moyenne arithmétique des logarithmes des durées de séjour dans le G.H.M.

S est l'écart type des logarithmes des durées de séjour dans le G.H.M.

exp = fonction exponentielle.

Ln = fonction logarithme.

Alors les durées de séjour extrêmes se définissent comme les séjours dont la durée est à l'extérieur de l'intervalle :

$$(\exp [D - 3 S], \exp [D + 3 S])$$

La probabilité pour qu'un séjour ait une durée extrême est alors inférieure ou égale à 1 p. 100.

$$1) D = \text{Ln } d - S^2/2$$

$$2) S = \sqrt{\text{Ln } (s^2/d^2 + 1)} \quad \text{ou} \quad S^2 = \text{Ln } (s^2/d^2 + 1)$$

$$3) D = \text{Ln } d - \frac{1}{2} \text{Ln } (s^2/d^2 + 1)$$

2.1.5. Les séjours particuliers

On traite ici les différents modes de prise en charge médicale des malades. Parmi les hospitalisés, on trouvera un certain nombre de passages à l'hôpital de nature différente.

L'hospitalisation complète caractérise la plupart des séjours hospitaliers et ne présente pas de difficultés particulières.

Les cas que nous allons examiner sont :

1° Séjours en hospitalisation complète avec réhospitalisation.

2° Traitements itératifs.

3° Séjours en hospitalisation complète suivis de traitements itératifs.

4° I.V.G.

5° Hospitalisation de jour ou de nuit.

6° Nouveau-nés.

7° Permission de week-end.

On ne traite pas en cas particulier l'hospitalisation de semaine, celle-ci étant considérée comme un cas général d'hospitalisation complète d'une durée d'une semaine.

2.1.5.1. *Séjour en hospitalisation complète avec réhospitalisation*

(Séjour à domicile ou autre structure)



Dans ce cas, il faudra fournir deux R.S.S. indépendants, même si la deuxième hospitalisation a été programmée lors de la première venue.

Lors de la confection du deuxième R.S.S., il faudra indiquer dans la variable « première hospitalisation » qu'il s'agit d'un retour, si le diagnostic est le même que lors de la première venue.

Il est à noter que l'on ne cherche pas à chaîner les hospitalisations.

2.1.5.2. *Traitements itératifs*



Il s'agit d'une succession de venues à l'hôpital, chacune pour une séance.

On trouvera, par exemple, les dialyses, les chimiothérapies, les radiothérapies, certains traitements d'endocrinologie de jour.

Si le traitement s'étale sur une période très longue, les dialyses par exemple, on constituera un R.S.S. par trimestre calendaire.

Pour ces traitements itératifs, la partie administrative sera constituée comme pour l'ensemble des R.S.S.

La date d'entrée sera la date de début de traitement ou celle de la première séance du trimestre calendaire si le traitement se prolonge au-delà d'un trimestre.

La date de sortie sera la date de fin de traitement ou la date de la dernière séance du trimestre calendaire si le traitement se prolonge au-delà d'un trimestre.

Le nombre de séances sera toujours indiqué ; il est limité à 99.

Le mode de sortie de l'unité sera, à la fin d'un trimestre, retour au domicile, même si le traitement se poursuit au-delà du trimestre.

Cas particulier des dialyses

Le nombre de séances sera indiqué et correspondra aux séances effectuées durant la période indiquée.

Le diagnostic principal sera : V56.0 ou V56.8.

Les actes de dialyse n'ont pas besoin d'être indiqués.

Cas particulier des chimiothérapies

Le nombre de séances sera indiqué.

Le diagnostic principal sera V58.1.

On indiquera en diagnostic secondaire le diagnostic causal.

Les actes ne sont pas indiqués.

Cas particulier des radiothérapies

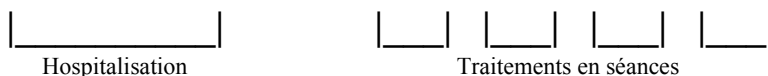
Le principe est identique à la chimiothérapie.

Le diagnostic principal est : V58.0.

On indiquera les actes effectués :

- obligatoirement, l'acte correspondant au protocole ;
- éventuellement, les actes correspondant aux caractères optionnels.

2.1.5.3. Séjours en hospitalisation complète suivis de traitement itératif



Cette nature de séjour s'applique à un traitement en deux phases :

- premièrement : une hospitalisation complète (il peut s'agir, par exemple, d'une intervention) ;
- deuxièmement : le malade venant une ou plusieurs fois par semaine (ou par mois) à l'hôpital sans y être hébergé.

On fournira deux R.S.S. indépendants l'un de l'autre, chacun étant produit suivant les règles précédemment énoncées.

2.1.5.4. Interruption volontaire de grossesse

Les R.S.S. sont fournis avec les dates d'entrée et de sortie réelles. Le nombre de séances *n'est pas à indiquer*.

Le diagnostic principal sera 635 suivi de la subdivision à 4 chiffres (page 354 du volume 1 de la C.I.M.).

Les actes pratiqués sont à saisir.

L'acte principal indiquera la technique utilisée.

S'il advient des complications qui nécessitent une hospitalisation complémentaire, il faudra produire un deuxième R.S.S. correspondant à ce nouveau séjour avec comme date d'entrée la date d'entrée dans le service traitant la complication.

2.1.5.5. *Hospitalisation de jour (ou de nuit)*

Ce sont les séjours effectués dans un lit réservé à cette pratique.

Il se trouvera des séjours hospitaliers correspondant à plusieurs venues successives en hôpital de jour. Dans ce cas, on obtient un séjour de type itératif traité précédemment.

On indiquera les dates d'entrée et de sortie réelles (identiques en hôpital de jour) et un nombre de séances égal à 1.

Les diagnostics et les actes (s'il y a lieu) seront indiqués comme dans le cas général.

2.1.5.6. *Les nouveau-nés*

Les nouveau-nés *non hospitalisés* feront l'objet d'un R.S.S. (mode d'entrée : 1). Ceux qui sont hospitalisés le premier jour ou les jours suivants font l'objet d'un R.S.S. dans le cadre général.

Les diagnostics utilisés seront ceux de la classification V30 à V39 avec la subdivision à 4 chiffres (page 652 du volume 1 de la C.I.M.) ou ceux mentionnés notamment au chapitre XV de la classification.

2.1.5.7. *Permission de week-end*

La sortie provisoire du malade pour la fin de semaine n'est pas à prendre en compte. Les dates indiquées seront les dates de début du séjour et de fin du séjour.

2.2. Les méthodes de contrôle de la qualité des informations

La circulaire précise dans son chapitre 1.6 que les établissements devront mettre en place des dispositifs permettant de valider les R.S.S. Cette validation doit porter sur deux points :

- l'exhaustivité du recueil de l'information ;
- la qualité de l'information.

Ce guide propose des règles simples permettant aux établissements de satisfaire aux exigences de la circulaire. Elle traite successivement les deux points précités. Dans un troisième paragraphe, on montrera sur un exemple comment s'appliquent les principes ainsi définis.

2.2.1. *L'exhaustivité du recueil*

Le contrôle de l'exhaustivité du recueil de l'information par l'établissement vise à répondre à deux questions :

- y a-t-il un R.S.S. pour chaque séjour hospitalier concerné ?
- les R.S.S. existants représentent-ils une partie importante de l'activité de l'établissement ?

Le rapport entre le nombre de R.S.S. produits dans une année calendaire et le nombre de malades sortis du champ défini au 1.2.1., pendant la même période permet de répondre à la première question.

Le rapport du nombre de journées d'hospitalisation, calculé à partir des R.S.S., au nombre total de journées d'hospitalisation effectives, calculées à partir du mouvement sur l'année calendaire, permet de répondre à la deuxième question.

Par ailleurs, la circulaire attire l'attention des établissements sur le fait qu'un mauvais résultat sur ce deuxième indicateur pourrait provenir de R.S.S. incomplets, pour des malades séjournant successivement dans plusieurs unités de soins. Dans ce cas,

en effet, le R.S.S. va comporter plusieurs parties médicales. L'absence d'une ou plusieurs parties médicales dans les R.S.S. produits fausse alors le calcul de la durée totale de séjour. Dans ce cas, le calcul du coût par G.H.M. serait également faussé, et ces erreurs conduiraient à des interprétations erronées des résultats de l'établissement.

De façon plus générale, le calcul de ces indicateurs chaque année ne se substitue pas à la mise en place dans les établissements d'un dispositif permanent permettant de s'assurer de l'exhaustivité du recueil de l'information.

Dans un premier temps, on définira de façon plus précise les modalités de calcul de deux indicateurs définis ci-dessus (cf. 2.2.1.1 et 2.2.1.2).

Dans un deuxième temps, on indiquera les modes possibles de suivi permanent de l'exhaustivité du recueil, incluant le contrôle des séjours avec mutations internes (cf. 2.2.1.3).

2.2.1.1. *Y a-t-il un R.S.S. par séjour ?*

Pour calculer l'indicateur défini ci-dessus, on distinguera d'abord les R.S.S. pour lesquels l'information saisie porte sur une hospitalisation complète des R.S.S. où l'information saisie porte sur des séances de traitement. Dans le deuxième cas, en effet, la durée de séjour ne peut plus servir d'indicateur de l'intensité relative des ressources utilisées. L'hôpital identifiera avec précision les activités qui relèvent de l'un ou l'autre cas, conformément au chapitre 1.3 de la circulaire.

1^{er} cas

Calcul de l'indicateur pour les R.S.S. d'hospitalisation complète

L'indicateur étant un rapport entre deux grandeurs, on précisera comme suit le numérateur et le dénominateur.

Le numérateur : le nombre total de R.S.S. produits pour les malades sortis du champ du système d'information (cf. 1.2.1 de la circulaire) entre le 1er janvier à 0 heure et le 31 décembre à 24 heures.

Définition

Un R.S.S. est réputé décomptable dès lors que l'établissement décide de l'émettre à l'extérieur soit pour le faire saisir sur un support informatique si l'établissement dispose d'un circuit papier sans moyens informatiques, soit pour l'envoyer aux cellules d'analyse de gestion en D.R.A.S.S. ou à la direction des hôpitaux. Il est dans l'intérêt de l'établissement de faire en sorte qu'il soit complet et exact.

Remarque n° 1 :

Lorsque les établissements disposeront in situ du logiciel permettant de classer les malades en G.H.M., ils seront alors en mesure de définir avec précision la liste de R.S.S. acceptés par la méthode de classement. En attendant, il est du ressort des cellules d'analyse de gestion, en D.R.A.S.S. et en administration centrale, d'indiquer aux établissements la liste et le nombre de R.S.S. rejetés par la méthode de classement (cf. 1.5). L'hôpital connaîtra ainsi le taux de rejet des R.S.S. émis.

Remarque n° 2 :

Il existe en général un décalage entre la date de sortie d'un malade et la date de production du R.S.S. associé à son séjour. Lorsque c'est le cas, il est exclu de compter dans le nombre de R.S.S. produits dans une année des R.S.S. se rapportant à des malades sortis l'année

précédente, mais dont les R.S.S. n'étaient pas encore prêts. De même, il conviendra d'arrêter la liste définitive des R.S.S. d'une année au 1er mars de l'année suivante, et l'on complètera l'indicateur d'exhaustivité en indiquant, si possible, le nombre de R.S.S. de l'année qui sont en souffrance.

Remarque n° 3 :

Les R.S.S. concernant les nouveau-nés non hospitalisés ne sont pas compris dans le numérateur.

Le dénominateur : le R.S.S. étant complété à la sortie d'un malade, on convient de mesurer l'exhaustivité du recueil par rapport au nombre de malades sortis du champ (cf. 1.2.1) entre le 1er janvier à 0 heure et le 31 décembre à 24 heures. Lorsque ce nombre n'est pas une information facilement disponible, on peut le calculer de la façon suivante : il est égal au nombre d'entrées dans le champ au cours de l'année calendaire, augmenté du nombre de malades présents dans le champ le 1er janvier de l'année à 0 heure et diminué du nombre de malades présents dans le champ le 31 décembre de l'année à 24 heures. Ces trois quantités sont, quant à elles, plus facilement accessibles.

Compte tenu de la convention d'arrêt du décompte des R.S.S. au 1er mars de l'année suivante, il se peut que l'indicateur n'atteigne pas 100 p. 100. C'est donc plutôt l'évolution de ce rapport au cours du temps qui sera analysé.

2^e cas

Calcul de l'indicateur pour les R.S.S. portant sur des séances

Dans ce cas, un R.S.S. établi pour un malade comportera le nombre de séances de traitement subies par ce malade au cours du trimestre. Par convention, donc, un nouvel R.S.S. est produit pour un même malade à la fin de chaque période de recensement.

Le numérateur est alors constitué d'un nombre total de séances, somme du nombre de séances indiquées sur les R.S.S. créés par convention entre le 1er janvier et le 31 décembre. On appliquera de surcroît la même convention que précédemment pour les R.S.S. en souffrance de l'année précédente, ou pour les R.S.S. qui ne sont pas encore produits au 1er mars de l'année suivante.

Le dénominateur est égal au nombre total de séances de traitement décomptées par les statistiques d'activité des unités médicales concernées.

2.2.1.2. Les R.S.S. existants recouvrent-ils une part importante de l'activité ?

Le calcul du deuxième indicateur s'applique uniquement aux R.S.S. définis au premier cas du paragraphe précédent.

Le numérateur : on utilisera, pour calculer le numérateur, la liste des R.S.S. qui a servi à calculer le premier indicateur. On fera la somme des journées d'hospitalisation telles qu'elles apparaissent sur la ou les parties médicales de chaque R.S.S.

Le dénominateur : en toute rigueur, il faudrait rapporter le numérateur au nombre total de journées d'hospitalisation induites par tous les malades sortis du champ pendant l'année calendaire. Ce nombre n'étant pas aisé à calculer, on utilisera le nombre total de journées d'hospitalisation dans le champ.

Les établissements qui connaîtront avec précision la liste des R.S.S. manquants sur une année donnée (cf. 2.2.1.1) auront avantage, si ce nombre est petit, à calculer le complément à 100 p. 100 de l'indicateur précédent. Il sera, en effet, moins long de faire la somme des durées de séjour des R.S.S. manquants, que la même somme pour les R.S.S. existants. Ils connaîtront alors non pas la part de journées couvertes par les R.S.S., mais la part de journées non prises en compte par les R.S.S.

Enfin, compte tenu des conventions qui sont faites, on constatera également rarement un taux de couverture de 100 p. 100. C'est à nouveau plutôt l'évolution de l'indicateur qui est utile que sa valeur absolue, sauf si celle-ci est insuffisante.

2.2.1.3. *Le suivi de l'exhaustivité*

Le suivi de l'exhaustivité du recueil s'effectuera de la façon la plus efficace au moment de l'attribution d'un numéro au R.S.S. Ce suivi se fera par la confrontation de deux listes : la liste des numéros d'hospitalisation attribués aux malades hospitalisés dans le champ pendant une période donnée (liste fournie par l'administration de l'hôpital) et la liste des numéros R.S.S. correspondants. Cette confrontation se fait sous responsabilité médicale (cf. 1.7).

L'instance médicale qui attribue les numéros aux R.S.S. relancera régulièrement les unités médicales, en leur fournissant la liste des numéros d'hospitalisation pour lesquels l'information R.S.S. n'existe pas ou semble incomplète. En particulier, c'est à ce niveau que l'on peut contrôler qu'il ne manque pas de partie médicale. S'il s'effectue en continu, ce contrôle ne sera pas trop lourd et pourra se faire en deux temps. On vérifiera d'abord l'enchaînement des dates d'entrée et de sortie figurant sur chaque partie médicale. De cette manière on repérera un « trou » éventuel dans la description d'un séjour. Par ailleurs, tout R.S.S. dont la dernière partie médicale (repérée par la date la plus tardive de sortie) comporte comme valeur du code de mode de sortie la valeur 1 (sortie par mutation vers une autre unité de court séjour de la même entité juridique) est incomplet et doit être renvoyé (par lots, et à périodicité régulière) à la dernière unité médicale connue pour complément d'information.

2.2.2. *Le contrôle de la qualité de l'information*

L'information figurant sur le R.S.S. est le résultat de trois opérations : une opération de recueil, une opération de codage ou de chiffrement de l'information, une opération de retranscription soit sur support papier, soit sur support informatique (saisie). La qualité de l'information produite est donc fonction de la qualité d'exécution de ces opérations. Comment s'en assurer ? Dans les paragraphes qui suivent, nous présentons plusieurs modalités possibles de contrôle a posteriori de la qualité de l'exécution des opérations ci-dessus, par la confrontation de l'information qui figure sur le R.S.S. à l'information de la source émettrice.

La première modalité utilisée des méthodes statistiques d'échantillonnage et s'apparente aux techniques de contrôle de la qualité utilisées de façon systématique dans l'industrie. L'utilisation d'une telle modalité est une exigence minimale pour les établissements, exigence requise par la circulaire.

Les autres modalités peuvent être mises en place de façon complémentaire, en fonction des moyens informatiques (matériels et logiciels) dont disposent les établissements.

Il faut souligner que ces modalités de contrôle a posteriori ne se substituent pas à l'exercice continu d'une vigilance sur la qualité du travail de production de l'information. Elles ne font qu'évaluer le fonctionnement du système d'information et repérer d'éventuels problèmes.

Pour faciliter ce repérage, les établissements devront, dans un premier temps, décrire le schéma organisationnel de production de R.S.S., en précisant qui exécute les trois opérations mentionnées ci-dessus, à quel moment par rapport au séjour du malade, et comment. En particulier, les modalités de la constitution de l'information médicale seront individualisées par unité s'il existe des pratiques différentes entre les unités. Un modèle type d'une fiche permettant de faire une telle description figure en annexe I.

2.2.2.1. *Le contrôle par échantillonnage*

La modalité retenue est le contrôle par échantillon. Il repose sur le principe de la vérification de lots de R.S.S. prélevés dans la base de données R.S.S. de l'hôpital* Cette modalité conduit à l'élaboration de statistiques qui permettent le suivi de l'évolution de la qualité des R.S.S. produits au cours du temps et des comparaisons entre hôpitaux.

2.2.2.1.1. *Critères d'échantillonnage*

L'échantillon est extrait des R.S.S. qui sont produits dans une période donnée, Il est proposé aux établissements de faire un échantillonnage sur l'année, mais ils peuvent choisir une périodicité plus courte, le semestre ou le trimestre. En tout état de cause, ils devront définir, de façon précise, la base à partir de laquelle ils tirent un échantillon par son effectif et la liste des numéros de R.S.S. concernés.

On adoptera les règles suivantes de calcul de la taille de l'échantillon :

- jusqu'à 6 000 admissions : tirage au 1/20 ;
- entre 6 000 et 15 000 admissions : 300 R.S.S. ;
- au-delà de 15 000 admissions : tirage au 1/50.

L'extraction des R.S.S. pour la constitution de l'échantillon s'effectue par tirage aléatoire dans le fichier annuel des R.S.S. Le tirage est sans remise : lorsqu'un R.S.S. est extrait du fichier annuel, il est retiré de ce fichier et il ne peut pas, par conséquent, être tiré une seconde fois.

Le tirage aléatoire prend l'une des deux modalités suivantes :

- l'utilisation d'une table de nombres au hasard pour déterminer les numéros de R.S.S. de l'échantillon (voir annexe II) ;
- sélection aléatoire des numéros R.S.S. de l'échantillon par programme informatique.

Les hôpitaux auront la charge de veiller à ce que l'échantillon soit représentatif du fichier annuel. Le médecin responsable du contrôle vérifiera, d'une part que les services ont un poids relatif équivalent dans l'échantillon et dans le fichier annuel des R.S.S., autrement dit qu'une unité n'est pas trop surreprésentée ou sous-représentée dans l'échantillon par rapport à son activité annuelle ; d'autre part, que la proportion de séjours simples/séjours multiples est semblable dans l'échantillon et dans le fichier annuel des R.S.S.

Equivalent et semblable signifie ici que les ordres de grandeur devront être respectés. Dans le cas contraire, le médecin responsable du contrôle procédera à l'extraction d'un nouvel échantillon.

2.2.2.1.2. *Statistiques d'erreurs*

L'intérêt du contrôle de qualité de R.S.S. est double. D'une part, il faut que les établissements connaissent la qualité de la base de R.S.S. qu'ils produisent s'ils veulent utiliser celle-ci indépendamment de la constitution des G.H.M. ; d'autre part, la qualité de cette information va conditionner la mesure de l'activité hospitalière par les G.H.M. Le premier aspect est pris en compte par la tenue de statistiques d'erreurs (nombre d'erreurs, fréquence) variable par variable.

Le deuxième aspect : lorsque les établissements disposeront du logiciel leur permettant de classer eux-mêmes les R.S.S. par G.H.M., ils pourront également mesurer directement l'impact des erreurs constatées sur les G.H.M. de l'hôpital. En attendant, les établissements peuvent se fonder sur la règle de définition suivante d'un R.S.S. erroné du point de vue de la constitution des G.H.M. :

- le diagnostic principal du R.S.S. est erroné au troisième chiffre près ;
- le R.S.S. ne contient pas de diagnostic secondaire alors que le malade présentait un diagnostic secondaire associé ;
- le R.S.S. ne contient pas d'actes alors qu'un acte « X » répertorié dans le catalogue des actes a été pratiqué sur le malade ;
- l'année de naissance n'est pas mentionnée ;
- le mode de sortie de la dernière unité médicale est inexact.

Les hôpitaux produiront une statistique sur ces R.S.S. dans l'échantillon : nombre de R.S.S. considérés comme défectueux suivant ce critère, puis taux de R.S.S. rejetés lorsqu'ils disposeront du logiciel.

L'analyse des erreurs

L'analyse des erreurs est conduite en s'appuyant sur le schéma organisationnel de production de l'information. Les erreurs sur les variables administratives sont distinguées des erreurs sur les variables médicales.

Les erreurs sur la partie administrative du R.S.S. se produisent en général aux étapes de retranscription et de saisie. Il est rare qu'elles soient dues à une incompréhension au stade du chiffrage. Les variables administratives sont en nombre restreint et le libellé pour leur cotation est clairement défini. En conséquence, dresser une typologie des erreurs administratives n'apparaît souvent pas nécessaire. Par contre, l'attention doit se porter sur les faiblesses possibles du circuit de transmission de l'information : il s'agit de savoir à quel stade les erreurs se produisent et d'en saisir la cause principale pour y remédier par la suite.

Les informations médicales soulèvent des difficultés spécifiques. Le processus qui mène au choix d'un diagnostic principal, de diagnostics secondaires et au relevé des actes pratiqués sur le malade est constitué de plusieurs grandes étapes. Le point de départ de l'information est le dossier médical du malade. Pour la constitution de la partie médicale du R.S.S., on dispose des informations concernant les motifs de recours à l'hospitalisation, les antécédents, les interventions chirurgicales, les complications au cours du séjour, les pathologies associées ou imbriquées, etc. Sur cette base, la constitution de la partie médicale du R.S.S. nécessite la réalisation des étapes suivantes :

- *sélection* : restitution en littéral du séjour du malade en sélectionnant les informations médicales les plus importantes ;
- *hiérarchisation* : le séjour du malade est caractérisé par :
 - un diagnostic principal ;
 - un ou des diagnostics secondaires ;
 - un ou des actes.
- *codification* : le diagnostic principal établi en littéral est codé par rapprochement avec la nomenclature O.M.S. ou toute autre (en passant par des tables de transcodification).

Au cours du processus, les erreurs se présentent sous diverses formes : divergence entre le dossier du malade et le résumé littéral, choix erroné du diagnostic principal, interprétation erronée du littéral au stade de la codification, erreurs propres au mécanisme de transmission (oublis en saisie, mauvaise retranscription, affectation de la partie médicale d'un malade à un autre, erreurs de transcodification).

Pour améliorer la qualité de l'information médicale contenue dans les R.S.S., une analyse des erreurs sera conduite par unité, assortie de commentaires réservés aux unités. Pour les informations de nature administrative, les erreurs seront positionnées par rapport aux étapes de production de l'information : nœud de recueil, de saisie, de chiffrage, etc.

En résumé, après la première phase de description des circuits d'information, les hôpitaux auront la charge de rédiger un protocole de contrôle de qualité par échantillonnage où figurera :

- la périodicité des contrôles envisagés et, à chaque contrôle, les effectifs sur lesquels il porte et l'effectif total de l'échantillon contrôlé ;
- les modalités de repérage de l'erreur : confrontation des valeurs prises par les variables R.S.S. à la source émettrice, procédure d'arbitrage pour les variables médicales :
 - les critères d'échantillonnage et le mode de tirage ;
 - les statistiques d'erreurs produites ;
 - les tableaux commentés d'analyse des résultats.

2.2.2.2. Des contrôles complémentaires

Le contrôle de qualité par échantillonnage représente une exigence minimale pour suivre l'évolution de la qualité de la base R.S.S. Cette modalité présente, cependant, un inconvénient. En travaillant sur de petits échantillons, le risque existe de ne pas pouvoir estimer de façon rigoureuse des erreurs très rares, qui, éventuellement, n'apparaîtraient pas dans l'échantillon. On peut pallier cet inconvénient en procédant à des tests plus systématiques sur l'ensemble de la base. On en précisera ci-dessous un petit nombre. Ces tests sont d'autant plus faciles à exécuter que la base R.S.S. est saisie sur un support informatique et que l'établissement peut traiter ou faire traiter facilement ce support. Il est donc du ressort des établissements de juger de l'opportunité de les appliquer.

Les impossibilités :

Ce sont les codifications et le chiffrage erronés d'un R.S.S. Par exemple, l'année d'entrée ou de naissance est postérieure à l'année en cours, le chiffre - « mode de sortie » - n'existe pas dans la nomenclature de cotation, les codes diagnostics n'appartiennent pas à la nomenclature de référence O.M.S., etc. Certaines de ces impossibilités sont suffisantes pour empêcher de classer un R.S.S. dans un groupe homogène de malades ; c'est le cas, dans nos exemples, pour le diagnostic principal. Il convient par conséquent, lorsque l'hôpital en a les moyens, de rechercher ces impossibilités. Cela demande que l'hôpital dispose du fichier informatique des nomenclatures diagnostics et actes et développe ses propres tests informatiques.

Les incompatibilités :

Des variables prennent des valeurs possibles, mais la concomitance de ces valeurs est impossible. C'est le cas, souvent cité, de la cotation du sexe masculin lié au diagnostic accouchement pour un même R.S.S. Des départements de dossiers médicaux informatisés ont développé des logiciels dans certaines spécialités médicales. L'hôpital qui en a les moyens peut développer ce type de réflexion, la mettre en œuvre et se renseigner auprès du ministère pour connaître les sites effectuant ces contrôles.

La vraisemblance :

Ce sont les valeurs à priori « invraisemblables » des variables. Par exemple, une durée de séjour anormalement élevée, l'hospitalisation de malades d'âge adulte dans un service de pédiatrie, l'absence de signification clinique d'un R.S.S., c'est-à-dire une incompatibilité entre la classe diagnostic à laquelle appartient le diagnostic principal et l'acte en X, etc. Certaines de ces vérifications existent au stade du groupeur par le classement des R.S.S. posant des problèmes d'interprétation clinique dans des groupes homogènes spéciaux. Pour la vraisemblance, des tests informatiques peuvent être

construits localement sur le site en fonction de la réflexion que désire mener chaque hôpital sur le sujet.

Dans ce type de contrôle, le repérage des erreurs peut s'appuyer sur d'autres modalités que la seule confrontation des valeurs des variables R.S.S. à la source émettrice. C'est le cas lorsqu'il est possible de recouper l'information en utilisant les circuits qui existent dans l'hôpital ou encore lorsqu'il est possible d'utiliser des statistiques tenues à l'hôpital, ou encore le résultat d'audits, d'enquêtes épidémiologiques, etc.

Enfin, des actions spécifiques peuvent être engagées sur le site ou en collaboration avec d'autres hôpitaux pour améliorer l'homogénéité des R.S.S. et les rendre plus cohérents entre eux. Par exemple, lorsque l'information le rend possible, la restitution suivante est faite aux unités : pour chaque diagnostic principal O.M.S., on édite l'ensemble des malades qui sont rangés sous ce diagnostic avec en face le résumé littéral qui a servi à la constitution du R.S.S. On a ainsi une photographie des différents cas qui sont rangés sous un même label et la cohérence de ce rangement peut être analysée avec les médecins et les responsables de la codification. On peut également faire effectuer un double codage d'un même lot de R.S.S. à des codeuses différentes et mesurer des divergences.

Chaque hôpital, suivant ses caractéristiques et ses choix, précisera la nature des contrôles envisagés outre le contrôle par échantillon, ainsi que les actions développées sur le site pour améliorer la qualité des informations médicales contenues dans le R.S.S., action conjointe avec d'autres hôpitaux.

2.2.3. *Le contrôle de qualité à l'hôpital W*

Le contrôle de qualité qui est présenté ici est tiré d'un cas réel. Dans notre exemple, il s'agit d'un centre hospitalier général de 1 500 lits. La section court séjour de cet hôpital est de 1 160 lits répartis dans quatorze services : cinq services de médecine, trois services de chirurgie, un service de séances itératives (cobalthérapie et chimiothérapie), un service de gynécologie-obstétrique, un service de pédiatrie, un service de réanimation, un service de spécialités (O.R.L., ophtalmologie, stomatologie), un service de gériatrie.

Les contrôles furent effectués en mars 1985. Ils portent sur le total de l'activité court séjour pendant l'année 1984. Du 1er janvier au 31 décembre 1984, l'hôpital a enregistré 16 712 entrées court et moyen séjour, du numéro séquentiel d'hospitalisation 1230 au numéro d'hospitalisation 17 941. Dans ce total, le nombre d'entrées moyen séjour est de 383. Par conséquent, les entrées court séjour sont :

$$16\ 712 - 383 = 16\ 329$$

2.2.3.1. *L'exhaustivité*

A-t-il été produit un R.S.S. pour chaque séjour hospitalier ?

Calcul de l'exhaustivité pour les séances itératives

Dans la base de 16 329 entrées court séjour, il figure des hospitalisations pour séances itératives. Administrativement, on dénombre pour la période considérée 576 hospitalisations de ce type, dont 417 de cobalthérapie qui représentent 1 012 séances/jour, et 159 de chimiothérapie qui représentent 172 séances/jour.

Pour cette même année, le département d'information médicale a saisi 402 R.S.S. de cobalthérapie représentant 985 séances/jour et 144 R.S.S. de chimiothérapie-pédiatrie correspondant à 160 séances/jour.

Les trois ratios qui mesurent l'exhaustivité pour ce qui concerne les séances itératives sont dès lors les suivants :

- exhaustivité en cobalthérapie : total des séances de cobalthérapie couvertes par les R.S.S., divisé par le total des séances de cobalthérapie décompté administrativement, soit :

$$985 : 1\ 012 = 0,97 \text{ ou } 97 \text{ p. } 100$$

- exhaustivité en chimiothérapie : total des séances de chimiothérapie couvertes par les R.S.S., divisé par le total des séances de chimiothérapie décompté administrativement, soit :

$$160 : 172 = 0,93 \text{ ou } 93 \text{ p. } 100$$

- par sommation, l'exhaustivité globale qui porte sur l'ensemble des séances de cobalthérapie et chimiothérapie devient :

$$(985 + 160) : (1\ 012 + 172) = 0,96, \text{ soit } 96 \text{ p. } 100$$

Calcul de l'exhaustivité pour les hospitalisations court séjour excepté les séances itératives

L'année 1984 est constituée de 16 329 entrées court séjour. Au 1er janvier 1984, il y avait 875 présents dans la partie court séjour de l'hôpital et au 31 décembre 1984, 896.

Le contrôle de l'exhaustivité porte par conséquent sur $16\ 329 + (875 - 896) = 16\ 318$ séjours hospitaliers court séjour. Cependant, dans ce total, figurent les entrées pour traitements itératifs que l'on a vu au paragraphe précédent, au nombre de 417 (cobalthérapie) + 159 (chimiothérapie) = 576. Ces hospitalisations sont à retrancher du nombre des 16 318 séjours pour le calcul de l'exhaustivité court séjour hors traitements itératifs. On obtient dès lors : nombre de séjours hospitaliers court séjour hors traitements itératifs, soit :

$$16\ 318 - 576 = 15\ 742$$

Sur l'ensemble des séjours hospitaliers, y compris les hospitalisations pour traitements itératifs, la cellule d'information médicale de l'hôpital « W » a saisi 13 968 R.S.S., dont 546 R.S.S. pour séances itératives (402 cobalthérapie + 144 chimiothérapie). Dès lors, le nombre de R.S.S. saisis pour l'activité annuelle court séjour de 15 742 hospitalisations devient :

$$13\ 968 - 546 = 13\ 422$$

Parmi les 13 422 R.S.S. saisis, certains sont incomplets et en souffrance du fait que la partie médicale ou l'une des parties médicales manque. Ces R.S.S. incomplets se répartissent de la façon suivante :

- 4 R.S.S. séjours simples ;
- 740 R.S.S. à 2 séjours/service ;
- 148 R.S.S. à 3 séjours/service ;
- 62 R.S.S. à 4 séjours/service ;
- 24 R.S.S. à 5 séjours/service ;
- 8 R.S.S. à 6 séjours/service ;
- 2 R.S.S. à 7 séjours/service,

Au total, 988 R.S.S. sont incomplets au sens où il manque au moins une partie médicale sur le ou l'un des séjours/service. Dès lors, le nombre de R.S.S. complets qui couvrent les hospitalisations court séjour, lorsque l'on ne tient pas compte des séances itératives, devient :

$$13\ 422 - 988 = 12\ 434$$

L'hôpital décide de ne décompter que les R.S.S. complets.

L'exhaustivité pour les hospitalisations court séjour hors séances itératives devient : somme des hospitalisations court séjour couvertes par un R.S.S. complet divisée par la somme des hospitalisations court séjour réalisées dans l'année, soit :

$$12\,434 : 15\,742 = 0,79, \text{ soit } 79 \text{ p. } 100$$

La faiblesse du taux de couverture s'explique du fait que le service de médecine X n'a pas participé à la production de R.S.S. dans l'hôpital en 1984. L'activité de ce service de 70 lits a été, en 1984, de 1 136 séjours hospitaliers simples. De plus, ce service a accueilli en 1984, 330 passages internes. On peut, par conséquent, considérer que, de façon approximative, il existe 330 parties médicales manquantes dues au service X dans les R.S.S. séjours multiples produits par l'hôpital.

En éliminant la médecine X qui perturbe les résultats précédents, on obtient un nouveau taux d'exhaustivité :

$$(12\,434 + 330) : (15\,742 - 1\,136) = 12\,764 : 14\,606 = 0,87, \text{ soit } 87 \text{ p. } 100$$

Les R.S.S. manquants recouvrent-ils une part importante de l'activité court séjour de l'hôpital ?

Le calcul porte sur les hospitalisations court séjour hors séances itératives. Le nombre de journées décomptées par l'administration pour l'année 1984 est de 159 096 incluant la médecine X qui compte 15 243 journées d'hospitalisation.

Le décompte des journées d'hospitalisation à partir des R.S.S. produit par l'hôpital donne un total de 118 105. L'exhaustivité sur les journées d'hospitalisation est alors de :

$$118\,105 : 159\,096 = 0,74, \text{ soit } 74 \text{ p. } 100$$

Si Ton ne tient pas compte des journées d'hospitalisation de médecine X, on obtient la valeur suivante :

$$118\,105 : (159\,096 - 15\,243) = 102\,862 : 120\,853 = 0,82, \text{ soit } 82 \text{ p. } 100$$

2.2.3.2. Le contrôle de la qualité de l'information

Le contrôle par échantillonnage

Le service de médecine X n'a commencé à produire des R.S.S. qu'au début de l'année 1985. Les hospitalisations qui se sont déroulées dans ce service et les passages internes dans le service X ont été exclus du contrôle. Le nombre d'admissions court séjour en 1984 étant de 16 329, la taille de l'échantillon est de :

$$16\,340 : 50 = 326$$

conformément à la norme fixée au paragraphe 2.2.2.1.1 (tirage au 1/50).

Constitution de l'échantillon

Les numéros R.S.S. de l'échantillon ont été extraits du fichier informatique annuel des R.S.S. au moyen d'un programme informatique. Ce programme génère des nombres aléatoires et permet la sélection au hasard d'enregistrements informatiques correspondant à des numéros R.S.S. Le tirage s'est effectué sans remise. Lorsqu'un R.S.S. est extrait de la base, il est retiré du fichier et il ne peut pas, par conséquent, être tiré une deuxième fois.

Répartition de l'échantillon suivant les services

Le tableau A indique le nombre de R.S.S. extraits par service et le poids relatif de chacun des services dans l'échantillon. Afin de donner une idée de la représentativité de l'échantillon ainsi constitué, figure également dans le tableau le poids respectif de chacun des services dans l'activité annuelle de l'hôpital mesurée en nombre d'admissions.

Tableau A

Caractéristiques de l'échantillon

SERVICES	NOMBRE de dossiers extraits	RÉPARTITION dans l'échantillon (en pourcentage)	POIDS RELATIF en nombre d'admissions (en pourcentage)
Médecine 1.....	35	11	9
Médecine 2.....	26	8	7
Médecine 3.....	10	3	6
Médecine 4.....	46	14	4
Chirurgie 1.....	29	9	13
Chirurgie 2.....	21	7	10
Chirurgie 3.....	43	14	19
Séances.....	19	6	6
Réanimation.....	6	2	1
Pédiatrie.....	28	8	7
Gynéco-obstét.....	46	14	14
Spécialités.....	14	4	3
Gériatrie.....	3	1	1
Total.....	326	100	100

Admissions : $(16\ 329 - 1\ 136) = 15\ 193$, médecine X exclue.

L'échantillon est constitué de 326 R.S.S. dont 34 séjours multiples, soit environ 10 p. 100 du total. Dans le fichier informatique annuel des R.S.S., la proportion de séjours multiples est de 17 p. 100, un peu plus forte que celle de l'échantillon.

Au vu des résultats précédents, la constitution de l'échantillon respecte de façon satisfaisante le poids relatif de chacun des services et le poids relatif des séjours simples par rapport aux séjours simples.

Modalités du contrôle (tableau B)

Le tableau B indique pour chacune des variables du R.S.S. la source émettrice, les caractéristiques du circuit de transmission de l'information, le rapprochement des documents sur lequel s'établit le contrôle.

Le numéro F.I.N.E.S.S. et le numéro de l'unité médicale ne sont pas mentionnés dans le tableau. Ce sont des données administratives contrôlées à partir du malade et de son séjour.

Le contrôle de l'échantillon s'est effectué en remontant à l'information de départ et en pratiquant des recoupements avec les autres supports d'information mobilisables comme il est indiqué dans la troisième colonne du tableau.

Les services administratifs et médicaux de l'hôpital ont participé au contrôle de telle sorte que, pour un R.S.S., le rapprochement des données administratives et médicales était seulement connu du médecin responsable de la cellule d'information médicale et du médecin soignant responsable du malade.

Le dépistage des erreurs de la partie médicale des R.S.S. s'est appuyé sur un échange de points de vue entre le médecin de la cellule d'information médicale et le (ou les) médecin(s) traitant(s) du malade. Cet échange de points de vue s'est organisé en confrontant les documents suivants : le R.S.S. avec en clair la signification littérale des codes, le résumé littéral délivré par le service à la cellule d'information médicale et le dossier du malade.

Tableau B

Modalités du contrôle des variables R.S.S. de l'échantillon

VARIABLES R.S.S.	SOURCE ÉMETTRICE	CIRCUIT DE TRANSMISSION de l'information	RAPPROCHEMENT DE DOCUMENTS pour le contrôle
Date d'entrée et de sortie du service. Sexe.	Bureau du mouvement, à partir des informations fournies par les services.	L'agenda du mouvement des malades dans les services est photocopié journalièrement. La photocopie est envoyée à la cellule de l'information médicale pour saisie.	- agenda du mouvement ; - dossier médical du malade ; - données C.R.I.H.
Mode d'entrée, mode de sortie du service. Diagnostic principal. Diagnostic secondaire. Actes pratiqués.	Services médicaux.	Ces informations figurent en littéral sur le bordereau médical résumé transmis par les services à la cellule de l'information médicale qui les saisit.	- dossier médical.
Année de naissance.	Service.	Idem précédemment.	- dossier médical ; - dossier administratif du malade ; - données C.R.I.H. facturation.

Résultat du contrôle par échantillon

1. Statistiques d'erreurs par variable et répartition suivant les services (cf. tableau C).

Le nombre d'erreurs par variable est indiqué au tableau C, colonne 1,6. Il y figure également le poids relatif des erreurs par service et le poids relatif des services dans l'échantillon colonnes 9 et 10. On observera qu'en moyenne les erreurs sont réparties de façon uniforme si l'on rapproche ces deux indicateurs. Globalement, il n'existe pas, par conséquent, de service déviant au titre des erreurs commises.

Dans l'échantillon, on a relevé quatre-vingt-onze erreurs. Les erreurs sont les plus importantes en nombre sur la (ou les) partie(s) médicale(s) des R.S.S. Trente-neuf erreurs portent sur le diagnostic principal, trente-trois sur le diagnostic secondaire, quatorze sur les actes pratiqués au malade. Seules cinq erreurs de type administratif ont été relevées, l'une sur une date de sortie qui augmentait le séjour du malade de trente jours, quatre autres sur l'année de naissance du malade. Les variables date d'entrée dans l'unité médicale (le service) et mode de sortie n'ont pas d'erreurs dans l'échantillon.

2. Nombre de R.S.S. rejetés dans l'échantillon au titre des groupes homogènes de malades.

Dans le tableau C figurent les erreurs discriminantes pour le classement des R.S.S. dans un groupe homogène de malades. Le nombre de ces erreurs est inscrit entre parenthèses dans chaque colonne. Ce sont les erreurs à la troisième décimale sur les diagnostics principaux, les erreurs sur l'année de naissance, les erreurs sur le mode de sortie « décès », les erreurs sur les diagnostics secondaires et les actes. Ces erreurs répertoriées peuvent entraîner un changement d'affectation du R.S.S. dans un groupe homogène de malades.

Le rejet d'un R.S.S. s'est dès lors effectué en appliquant la règle de décision suivante : lorsqu'un R.S.S. contient au moins une des erreurs qui viennent d'être mentionnées, le R.S.S. est considéré comme erroné.

L'application de cette règle de décision sur l'échantillon entraîne le rejet de quarante-huit R.S.S., alors que le nombre total d'erreurs discriminantes est de cinquante et un, ce qui s'explique par le fait que certains R.S.S. contenaient plus d'une erreur discriminante.

Analyse des résultats

Les deux dernières colonnes du tableau C donnent la répartition des erreurs en pourcentage suivant les services et le poids relatif des services dans l'échantillon exprimé en pourcentage de dossiers dans l'échantillon. Les résultats obtenus n'indiquent pas une surreprésentation des erreurs dans un service en particulier. Le score obtenu en gynécologie-obstétrique apparaît toutefois proportionnellement plus élevé que dans les autres services. Cela s'explique du fait que les exigences de contrôle des dossiers de ce service ont été très fortes en terme de choix des diagnostics et actes.

Tableau C
Résultats

UNITÉS de soins	DATE de sortie unité	MODE de sortie	ANNÉE de naissance	DIAGNOSTIC principal (*)	ERREUR sur diagnostic (**)	ERREUR sur les actes (**)	NOMBRE total d'erreurs	RÉPARTITION des erreurs par service	NOMBRE de dossiers	RÉPARTITION des dossiers dans l'échantillon
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Médecine 1				5 (3)	3		8	9%	35	11 %
Médecine 2				5 (5)	4		9	10%	26	8%
Médecine 3				3 (2)	3		6	6%	10	3%
Médecine 4				6 (6)	6 (2)		12	13%	46	14%
Chirurgie 1				3 (3)	3 (1)	3 (1)	9	10%	29	9%
Chirurgie 2			1	5 (4)	1	2 (2)	9	10%	21	7%
Chirurgie 3				3 (1)	5 (3)	4	12	13%	43	13%
Séances itératives									19	6%
Réanimation									6	2%
Pédiatrie			1	3 (2)	2		6	7%	28	8%
Gynécologie, obstétrique			2	6 (4)	6 (3)	5 (4)	20	22%	46	14%
Spécialités									14	4%
Gériatrie									3	1 %
TOTAL	1		4	39 (30)	33(9)	14(7)	91	100 %	326	100%

(*) Dont () erreurs portant sur le troisième chiffre, discriminantes pour le classement en G.H.M.
(**) Dont () oublis ou erreurs discriminantes pour le classement en G.H.M.

Comme l'indique le tableau C, les erreurs les plus fréquentes portent sur la partie médicale des R.S.S., colonnes 4, 5 et 6. Les plus significatives d'entre elles sont répertoriées en littéral à la cellule d'information médicale, notamment les 11 erreurs d'interprétation sur les diagnostics.

Les erreurs pour le rejet des R.S.S. se répartissent comme suit :

— erreurs d'interprétation : 29 soit 57 p. 100 ;

— oublis : 17 soit 33 p. 100 ;

— erreurs de retranscription : 5 soit 10 p. 100.

L'hôpital n'utilise pas de tables de transcodification.

2.2.3.3. *Actions entreprises pour l'amélioration de la qualité sur le site et autres contrôles*

Les moyens informatiques de l'hôpital ont permis de restituer aux services une information sur la cohérence des choix effectués en matière de codification du diagnostic principal. En fin d'année, la cellule d'information médicale a édité un document adressé aux services construit comme suit : pour chaque code diagnostic O.M.S., la signification littérale du code O.M.S., le nombre annuel de R.S.S. rangés sous ce code et la répartition par service, en dessous, la liste des expressions médicales utilisées par les services (diagnostic principal), transmises à la cellule d'information médicale au cours de l'année, et interprétées comme relevant de ce code.

D'autres tests informatiques ont également été effectués dans le but de s'assurer de la cohérence des informations contenues dans les R.S.S. Ces tests ont eu lieu sur un sous-ensemble du fichier informatique des R.S.S., soit 7 643 hospitalisations. Ils ont porté sur la recherche d'incompatibilités et le contrôle de la vraisemblance de certaines variables. Nous en donnerons quelques exemples :

- incompatibilité entre la date d'entrée dans l'hôpital telle qu'elle figure à l'administration et la date d'entrée dans le premier service d'hospitalisation : discordance de 1 p. 1 000 ;
- incompatibilité entre la date de sortie de l'hôpital telle qu'elle figure à l'administration et la date de sortie du dernier service d'hospitalisation : discordance de 80 p. 1000 ;
- incompatibilité du sexe masculin en maternité : *aucun cas recensé* ;
- vraisemblance de la date de naissance testée en pédiatrie : âge supérieur à seize ans, 1 p. 1 000 ;
- vraisemblance de la date de naissance testée en maternité : âge supérieur à soixante ans, 1 p. 1 000.

2.3. Les formalités préalables nécessaires en application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978

Il est rappelé que, si l'hôpital développe ou utilise un système automatisé de dossiers médicaux, non seulement dans le cadre du P.M.S.I. en se conformant au modèle national soumis à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (C.N.I.L.) par le ministère mais également pour d'autres applications, il devra présenter une demande d'avis complète.

Si, en revanche, le développement ou l'utilisation d'un tel système se place uniquement dans le cadre du P.M.S.I. en se conformant au modèle national soumis à la C.N.I.L., une demande d'avis allégée de conformité à ce modèle pourra être faite.

Cette demande doit comporter les éléments suivants :

- 1° Le bordereau de demande d'avis C.E.R.F.A. n° 99001 dont un exemplaire est présenté en annexe III (A) ;
- 2° Un projet d'acte réglementaire dont un canevas est présenté en annexe III (B) ;
- 3° Une copie du protocole défini au chapitre 1.7.3.2 de la circulaire ;
- 4° Un engagement de conformité au modèle national tel que défini par l'arrêté du 3 octobre 1985 relatif à l'informatisation des résumés de sortie standardisés ;

5° Une annexe 13 C.N.I.L. sur les mesures de sécurité devant notamment répondre aux spécifications du modèle présenté en annexe III (C).

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur des hôpitaux,
J. DE KERVASDOUÉ

ANNEXE I

COMMENT DÉCRIRE LE SYSTÈME D'INFORMATION R.S.S.

POURQUOI DÉCRIRE LE SYSTÈME D'INFORMATION R.S.S. ?

Décrire de façon détaillée le système d'information qui permet de produire le R.S.S. est une première étape indispensable dans la démarche de validation des informations produites :

- formaliser cette description permet d'avoir une vision globale du système d'information ; la transcrire sur un document permet d'en garder la mémoire. Cela signifie que chaque fois que le système change, il faut actualiser le document ;
- l'existence d'un tel document permettra, si le besoin s'en fait sentir, à une équipe d'audit interne, de travailler plus rapidement, puisqu'elle disposera d'emblée de cette vision globale du système.

COMMENT DÉCRIRE LE SYSTÈME D'INFORMATION R.S.S. ?

Le document établi par les hôpitaux contiendra deux parties.

La première est une description synthétique de l'architecture du système qui identifiera les différentes instances qui participent à la fabrication du R.S.S. ; leurs rôles et le partage des responsabilités dans cette fabrication, les moyens utilisés dans le système (circuit papier et/ou informatique), la circulation de l'information entre elles.

Cette image synthétique sera complétée par des réponses à une série de questions plus analytiques sur le fonctionnement détaillé du système ; ces questions sont libellées dans cette annexe.

LA DESCRIPTION DÉTAILLÉE D'UN SYSTÈME D'INFORMATION

1° *La description du champ couvert par le système d'information :*

- intitulé de l'établissement et liste des établissements s'il y en a plusieurs ;
- nombre total de lits dans le champ du système d'information ;
- à titre indicatif, le nombre d'admissions dans le champ (ce nombre variant d'une année à l'autre, c'est plus un ordre de grandeur qui est requis qu'un nombre exact).
- la répartition des lits en unités de soins, en précisant la vocation médicale de ces unités. À terme, on utilisera le fichier-structure, en attendant le niveau département ou service suffit. Ce qui est important, c'est d'indiquer les unités de soins qui produiront une information R.S.S. pour le malade, c'est-à-dire une date d'entrée et de sortie, un mode d'entrée et de sortie, au moins le diagnostic principal et éventuellement des actes ;
- à titre indicatif, le nombre d'admissions dans chaque unité produisant de l'information R.S.S. (c'est ici encore un ordre de grandeur qui est attendu).

2° *La description des moyens :*

- par catégorie et qualification, les effectifs de personnel contribuant à produire les R.S.S., avec la distinction entre les personnels exclusivement affectés au fonctionnement du système et les personnels y collaborant en

sus d'une autre activité principale (exemple : les codeurs d'une cellule centralisée d'information médicale sont affectés exclusivement à la fabrication des R.S.S., mais ils reçoivent l'information des secrétariats médicaux des unités de soins qui ont d'autres activités) ;

— une description sommaire des matériels informatiques utilisés, lorsqu'il y en a.

3° La production de l'information :

Pour chaque information figurant sur le R.S.S. on précisera :

- la source de l'information (le malade, le dossier médical ou autre) ;
- qui recueille l'information (le bureau des entrées, le médecin, le secrétariat médical ou autre) ;
- quand l'information est recueillie par rapport au séjour du malade (à l'entrée, pendant l'hospitalisation, à la sortie, après l'hospitalisation) ;
- sous quelle forme elle est recueillie (en clair, codée directement, ou bordereaux précodés avec liste de libellés en clair et cases à cocher) ;
- sur quel support elle est recueillie (bordereau papier, saisie informatique sur console) ;
- le cas échéant, à qui elle est transmise (ce peut être la même instance qui code et qui saisit) :
 - pour codage ;
 - pour saisie informatique.
- quand elle est transmise par rapport au séjour du malade ;
- lorsqu'elle est transmise pour codage :
 - qui la code ;
 - quand par rapport au séjour du malade ;
 - à qui elle est transmise pour saisie.
- lorsqu'elle est transmise pour saisie :
 - qui la saisit ;
 - sur quel support (disque, bande, disquette) ;
 - quand par rapport au séjour du malade.

4° Le traitement de l'information :

On précisera :

- qui traite les informations produites ;
- quelle est la nature de ce traitement ; quels traitements sont retournés aux unités de soins, avec quelle périodicité ;
- dans quel délai moyen après la sortie du malade un R.S.S. est exploitable.

ANNEXE II

EXEMPLE D'UTILISATION D'UNE TABLE DE NOMBRES AU HASARD

Une table de nombres au hasard est reproduite à la page suivante. Elle est constituée par une suite de chiffres avec, en abscisse, en haut, le numéro des colonnes, en ordonnée, sur le côté, le numéro des lignes.

La table de nombres au hasard permet de tirer une suite de numéros compris entre les bornes de deux numéros R.S.S. Prenons l'exemple d'un hôpital qui doit extraire un échantillon de 246 R.S.S. (sondage au 1/20) dans le fichier séquentiel annuel des R.S.S. où le premier numéro R.S.S. est 5378 et le dernier numéro est le 10295.

La première étape consiste à se positionner à un endroit dans la table, n'importe lequel. Par exemple, je décide de me positionner à la colonne 34, ligne 12. Mon chiffre de départ est le 8.

Ensuite, je lis en ligne les chiffres qui se succèdent en allant à la ligne suivante lorsque j'arrive à la fin de la ligne de départ. Dans la table, la succession des chiffres à partir de la colonne 34, ligne 12, se présente comme suit :

89 88273 96010 09843 14499 83965 75403 18002 45068 54257 18085, etc.

Je vais maintenant retenir tous les numéros possibles entre 5378, premier numéro R.S.S. et le 10295, dernier numéro R.S.S. du fichier. Pour ce faire, j'utilise la suite de chiffres de la table en partant de la colonne 34, ligne 12, et je m'arrête lorsque j'ai 246 numéros extraits de la table.

Les numéros de quatre et cinq chiffres possibles à partir de la colonne 34, ligne 12, sont les suivants (caractères gras) :

8988 2 7396 0 10098 43144 9983 9657 5403 1 8002 450 6854 2 5718, etc.

La méthode consiste à lire les chiffres de la ligne à la suite les uns des autres et à former des numéros avec ces chiffres de telle façon que ces numéros soient inférieurs à 10295 et supérieurs à 5378. Ainsi 8988 est possible, puis aucun numéro ne peut être formé à partir de 2 parce qu'il ne serait pas compris dans l'intervalle. On essaie alors le chiffre suivant : 7. Un numéro de quatre chiffres commençant par 7 est possible, 7396. Puis vient 0. Un numéro commençant par 0 n'a pas de sens. On prend le chiffre suivant : 1, et on peut former le numéro 10098 qui rentre dans l'intervalle, etc., on continue.

Les numéros R.S.S. qui seront contrôlés seront par conséquent : 8988, 7396, 10098, etc.

(Voir tableau page suivante)

Table XIX
Nombres au hasard

	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50
	12 405	62 258	78 937	90 525	25 039	56 358	78 902	47 008	72 488	57 348
	50 230	63 537	84 003	93 534	73 662	05 556	57 532	60 307	01 510	45 216
	84 030	42 558	08 703	78 307	86 175	48 082	67 619	30 254	20 762	74 256
	22 114	33 646	17 545	31 321	65 272	86 506	09 811	82 848	92 211	51 178
5	66 645	13 968	56 390	87 221	40 115	27 524	12 224	88 293	67 582	06 430
	70 518	59 272	75 581	54 304	50 263	48 648	86 596	43 878	09 041	62 359
	16 437	41 666	27 371	71 329	61 212	57 932	65 281	57 213	07 732	58 438
	17 492	12 084	58 892	84 581	70 823	53 336	34 405	67 660	16 568	00 354
	23 678	87 134	40 341	84 741	05 867	73 287	84 858	59 608	95 174	44 527
10	11 822	50 366	02 381	88 167	70 783	61 030	37 120	31 898	34 011	43 304
	57 434	52 404	23 526	14 311	15 355	05 040	93 382	66 183	60 392	06 344
	12 334	88 414	82 128	10 297	13 413	82 937	84 389	88 273	96 010	09 943
	14 420	83 065	75 403	18 002	45 044	54 257	18 095	62 625	49 911	34 137
	40 717	03 084	87 334	88 340	47 722	85 217	73 310	74 866	44 654	64 147
15	42 237	58 122	62 355	62 397	83 275	06 318	81 627	00 565	56 626	77 422
	87 934	40 277	58 703	44 858	36 081	78 781	01 791	68 707	45 427	82 145
	05 164	14 384	73 365	80 330	17 231	42 936	48 472	18 782	51 646	37 564
	32 136	94 379	93 100	01 340	85 933	46 556	35 366	13 060	03 145	40 141
	22 130	27 569	95 568	52 161	21 675	98 843	43 618	42 110	23 402	83 917
20	31 616	15 543	94 321	85 970	43 505	22 007	26 966	38 144	62 556	07 864
	25 089	68 303	40 370	84 445	54 243	21 282	56 938	54 729	67 757	68 412
	71 874	61 592	80 503	21 830	03 305	59 741	34 262	15 157	21 545	14 322
	05 174	20 588	42 245	51 403	61 174	86 687	81 618	60 812	47 135	50 607
	37 284	98 024	56 550	93 380	05 812	29 830	37 682	15 533	73 128	08 287
25	34 812	17 086	78 267	67 201	68 015	73 008	54 250	07 137	81 313	51 038
	13 610	04 475	26 380	27 351	54 072	72 060	10 403	53 756	04 283	08 622
	61 570	41 701	70 282	64 547	06 077	20 354	85 704	76 928	01 814	88 274
	28 168	77 787	38 373	82 178	48 803	00 345	01 805	23 906	06 559	06 785
	82 834	63 341	68 301	22 127	22 438	40 220	74 678	21 859	98 615	72 353
30	16 178	60 063	58 784	16 279	48 008	44 634	08 623	32 752	40 472	05 470
	81 802	12 980	80 560	98 791	62 243	19 678	38 551	18 398	34 918	43 543
	83 628	82 072	64 364	52 305	86 628	68 017	11 420	28 638	72 860	03 650
	42 744	65 787	12 122	73 367	86 082	15 082	83 831	77 682	81 728	52 157
	84 541	98 381	41 385	96 711	26 712	02 877	70 955	59 643	24 618	96 011
35	83 052	39 061	58 811	69 231	47 234	93 263	47 386	17 442	16 674	74 210
	43 645	88 332	00 384	10 954	81 788	14 083	06 268	46 460	97 460	23 490
	61 618	18 375	40 144	22 482	12 424	88 601	18 088	53 166	41 636	28 305
	63 186	46 346	04 029	47 946	19 526	27 122	42 515	55 048	23 912	81 051
	74 023	74 358	63 779	96 128	01 685	47 720	88 646	73 520	48 050	60 553
40	28 437	86 823	67 943	81 795	31 909	13 358	54 626	64 838	92 133	40 321
	81 950	74 762	89 226	84 764	14 154	85 335	88 212	17 704	47 490	20 837
	28 404	42 438	67 981	43 584	54 467	47 030	42 565	43 920	13 139	36 521
	65 863	71 335	26 149	35 528	87 127	45 581	00 385	61 043	46 662	68 807
	20 471	13 014	90 380	37 938	68 642	57 064	47 149	41 620	78 664	00 727
45	65 944	60 744	74 084	92 185	40 014	80 920	41 310	10 928	07 015	28 808
	00 038	47 316	75 349	44 707	45 105	06 777	01 808	79 942	80 151	10 265
	49 952	29 123	45 350	67 578	13 524	03 023	18 046	75 287	74 988	58 152
	17 328	70 732	46 318	86 950	16 037	02 831	36 558	82 712	05 590	64 841
	13 420	70 215	80 474	76 400	51 553	12 138	14 668	15 650	37 695	94 559
50	19 121	41 180	48 146	05 373	09 755	18 617	22 757	76 116	76 872	94 570

Table extraite du Recueil de Tables de Centre de Formation aux Méthodes Statistiques (Institut de Statistique de l'Université de Paris) avec l'autorisation de l'auteur et des éditeurs.

ANNEXE III

ÉLÉMENTS DE LA DEMANDE D'AVIS ALLÉGÉE A LA C.N.LL.

III A. - Bordereau de demande d'avis C.E.R.F.A. 99001.

III B. - Modèle proposé d'acte réglementaire.

III C. - Sécurités et secrets (Annexe 13 C.N.I.L.).