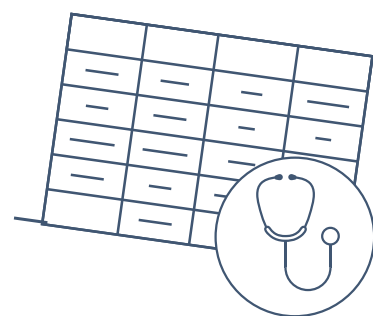




Actes de la journée du 20 novembre 2018

# Cahier de l'atelier 8

## Transmission des données sur e-PMSI : contrôle, validation et visualisation



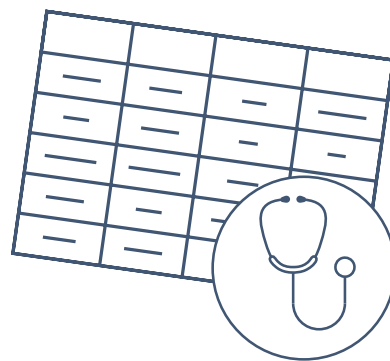
### INTERVENANTS

ATIH  
Aliréza BANAEI  
Marlène BERNARD  
Matthieu MERCIER

CHU Grenoble  
CH La Mure  
Jean-François BLATIER

CH St Joseph St Luc  
Philippe POIRIÉ

I. Introduction	2
II. Fonctionnalités d'e-PMSI	2
III. Comment les établissements de santé utilisent-ils les données produites par e-PMSI ?	5
IV. Retours d'expérience	6
V. Conclusion de l'atelier	12



## I. Introduction

### Marlène BERNARD

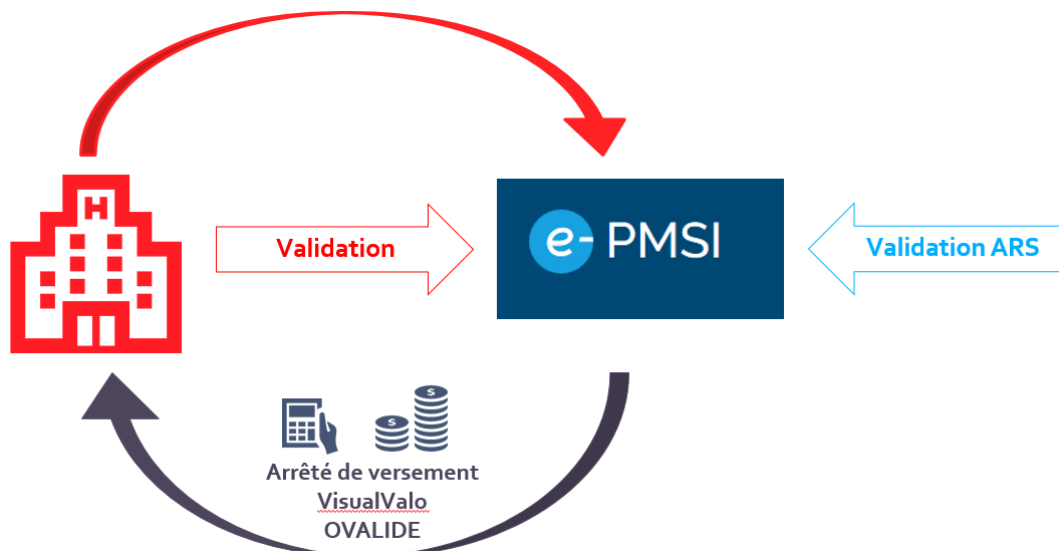
Bonjour à toutes et à tous. J'ai le plaisir, en qualité de statisticienne au sein de l'ATIH, de vous accueillir à l'atelier n°8, dédié à la transmission des données sur e-PMSI. J'ai participé à l'élaboration de cette table ronde, en compagnie d'Aliréza Banaei et Matthieu Mercier, de l'ATIH également.

Dans ce cadre, le Docteur Philippe Poirié, qui représente le Centre Hospitalier Saint-Joseph Saint-Luc de Lyon et le Docteur Jean-François Blatier, du CHU de Grenoble et CH La Mure, nous apporteront leur témoignage.

Chaque mois - ou chaque trimestre pour les établissements psychiatriques -, il vous faut transmettre les données de vos établissements via la plateforme de transmission des données e-PMSI, qui constitue, dans le cycle de la donnée, un moment clé. En retour, vous recevez un certain nombre d'informations (arrêtés de versement, résultats des tableaux Ovalide ou données issues de VisualValo).

Ces informations doivent vous permettre de valider – ou pas – les données. Une fois qu'elles l'ont été, l'ARS de votre région peut y accéder pour validation : ce n'est qu'à ce moment que l'ATIH peut récupérer les données transmises. ➔ FIGURE 1

FIGURE 1



## II. Fonctionnalités d'e-PMSI

### Aliréza BANAEI

### 1. Historique

Mes premiers contacts avec e-PMSI datent de 1993 : j'étais alors médecin attaché à l'Hôtel Dieu de Clermont-Ferrand. Avant 2004, les établissements préparaient leurs fichiers à l'aide d'un logiciel de collecte. Ils les stockaient à l'aide de disquettes, qu'ils envoyaient par la Poste. L'ATIH, pour sa part, distribuait ses logiciels sur des CD-ROMS, qu'elle transmettait par

voie postale. L'ARH en extrayait des tableaux, qu'elle analysait et validait. Elle en transmettait les résultats :

- aux établissements sous format papier par envoi postal ;
- à l'ATIH à travers des CD ou des disquettes.

La collecte, qui s'effectuait alors deux fois par an, représentait un volume de 15 millions d'enregistrements, soit 7 Gb de données. De fait, environ 15 000 disquettes étaient alors consommées chaque année. Entre l'envoi des fichiers par les établissements et la

réception des résultats associés, s'écoulaient six mois environ.

Après 2004, l'e-PMSI est devenu électronique, ramenant le délai précité à six minutes.

## 2. Transmission des fichiers

Aujourd'hui, les établissements transmettent des fichiers au format Zip, ainsi que des métadonnées comprenant des informations sur les archives ainsi transmises. A réception, e-PMSI a besoin de connaître :

- l'identifiant et le mot de passe de la personne les ayant envoyées ;
- le numéro Finess de l'établissement ;
- les caractéristiques des fichiers transmis (type, année, période, champ, statut).

Les fichiers volumineux peuvent être découpés en plusieurs archives. Les fichiers très volumineux de l'APHP, pour leur part, font l'objet d'une transmission asynchrone.

Depuis le 15 octobre, l'outil Plage a changé de paradigme. A un compte sont désormais associés plusieurs profils. A réception des informations, e-PMSI vérifie l'exactitude des identifiants et mots de passe associés : il recherche ensuite, parmi les profils liés à un utilisateur donné, celui qui correspond au Finess renseigné au moment de l'envoi. Il s'assure également que le profil est celui d'un gestionnaire de fichiers.

L'outil procède à un certain nombre de vérifications, qui portent sur :

- la version du logiciel utilisé ;
- l'absence, concernant un fichier donné, d'une autre transmission ou d'un autre traitement en cours ;
- la non-validation de l'exercice ;
- le format des fichiers transmis.

Les fichiers Ano constituent un cas particulier. Les numéros anonymes produits par un établissement se terminent par la lettre C : ils sont traités ensuite par la bibliothèque FOIN, ce qui permet d'aboutir à de nouveaux numéros anonymes qui se terminent par la lettre D. L'ordre des différentes lignes est ensuite mélangé. Le fichier est alors transmis au SNDS. FOIN est de nouveau appliqué, pour aboutir à la production d'un nouveau numéro anonyme se terminant par la lettre E : c'est ce dernier qui est conservé dans e-PMSI.

Une fois transmis et acceptés, les fichiers sont sauvegardés sur un serveur « en arrière-boutique ». Les archives contenant le fichier ANO sont sauvegardées sous format chiffré. Depuis 2004, le volume des données va croissant : aussi la sécurité (intrusion et perte) est-elle de plus en plus importante.

## 3. Commande de traitements Ovalide

À ce stade de la présentation, il semble indispensable de préciser la notion de traitement. Pour un établissement, le traitement correspond à la phase de génération des données, en vue de leur transmission vers e-PMSI. Pour e-PMSI, il se rattache à la commande de traitement Ovalide.

L'outil e-PMSI contient une colonne dédiée à la date du dernier traitement commandé : cette dernière ne correspond pas à la date du traitement effectué en établissement, mais à la date de dernière commande dans e-PMSI. Dans l'outil, s'affiche un message en rouge qui l'explique très clairement : malheureusement, tous les utilisateurs n'en prennent pas connaissance, ce qui suscite fréquemment des questions via Agora.

La commande de traitements Ovalide alimente une file d'attente (par ordre d'arrivée) : dans ce cadre, huit processeurs SAS tournent en parallèle. Les traitements sont commandés à réception d'un fichier, mais ils peuvent également l'être manuellement.

En pratique, les traitements sont rattachés à l'un des trois statuts suivants : en cours, réussi, échoué. Il est impossible de commander un traitement, dès lors :

- qu'ils sont suspendus, pour des raisons techniques, par l'administrateur système ;
- qu'il n'y a pas de fichier ;
- que des fichiers sont en cours de transmission ou font déjà l'objet d'un traitement ;
- que les fichiers ont été validés.

Enfin, les résultats sont disponibles dès la fin du traitement.

### Cas particulier de DATIM

DATIM est utilisé en MCO / HAD. Généralement, il est disponible à partir de M10: cette année fait exception, puisqu'il s'agit de M11.

Les traitements sont commandés automatiquement après les traitements des séjours. Ils peuvent être commandés manuellement. Leur validation intervient en même temps que la validation Ovalide. Ce schéma est utilisé dans la chaîne de contrôle T2A.

## 4. Présentation des résultats et validation

Les résultats prennent la forme de tableaux SAS, de scores et d'arrêtés de versements le cas échéant. Avant 2004, ils étaient transmis aux ARS avant de l'être aux établissements, ce qui n'est désormais plus le cas. Ils peuvent être validés lorsque

des résultats pour le traitement principal sont présents, si les traitements sont à jour, s'il n'y a pas de transmission en cours et s'il n'y a pas de scellement national.

## 5. Statistiques

Au cours de l'année 2017, 165 020 transmissions et 207 719 traitements SAS ont été réalisés. Ont également été recensées 421 705 visites, qui correspondent à 15 212 visiteurs uniques.

L'outil e-PMSI est pratiquement utilisé 24 heures sur 24, ce qui ne constitue pas une grande surprise.

## 6. Perspectives

L'outil e-PMSI évolue en permanence, pour tenir compte des besoins des utilisateurs notamment. Druides devrait s'accompagner d'un certain nombre de changements. Enfin, des améliorations tech-

niques et matérielles sont mises en œuvre de façon continue.

## 7. Débats

### Marlène BERNARD

Cette première partie de l'atelier appelle-t-elle des questions ?

### De la salle

Pour quelle raison faut-il attendre le M10 pour bénéficier de la mise à disposition des résultats des traitements DATIM ? Pourquoi ne pas les mettre sur les plateformes ?

### Marlène BERNARD

DATIM s'appuie sur des données de référence liées à l'année n-1, laquelle est scellée à la fin du mois de mars. Le décalage observé est notamment lié aux données de référence utilisées pour les tests.

### De la salle

Je tenais à remercier personnellement Aliréza Banaei pour l'aide qu'il nous a apportée, afin de passer de l'ancien au nouveau système PLAGE. Par ailleurs, j'ai l'intuition que les tableaux DATIM que les établissements peuvent visualiser diffèrent de ceux à dispo-

sition des médecins-conseils, médecins contrôleurs: pouvez-vous me le confirmer ? Dans l'affirmative, comment les établissements pourraient-ils accéder aux mêmes restitutions que ces derniers ?

### Aliréza BANAEI

Les médecins contrôleurs n'ont pas accès aux tableaux DATIM : pour cela, il convient d'être valideur au niveau de l'ARS.

### De la salle

Les statisticiens de l'ARS disposent de plusieurs outils. Ils peuvent ainsi accéder aux bases nationales natives, à Scan Santé et aux tableaux DATIM. J'avais ouï dire – mais peut-être ne s'agit-il que d'une rumeur – que les Unités de Coordination Régionale (UCR) disposent d'états dédiés à la qualité des données ou à la propension d'un établissement à devoir être contrôlé. Ne s'agit-il que d'une rumeur ?

**Aliréza BANAEI**

Ma présentation ne portait que sur l'outil e-PMSI. Existe également OSCT (Outil de Sélection des Contrôles T2A). Les tests effectués via DATIM sont des tests standards. A travers OSCT, il est possible de constituer des «paniers» ou de sélectionner des dossiers en fonction de certains critères.

**De la salle**

J'en déduis que les tableaux DATIM sont aujourd'hui les mêmes pour tous. Si je comprends bien en revanche, les statisticiens ou les médecins contrôleurs qui travaillent avec les UCR disposent de leur propre outil de requêtage, qui leur permet de constituer le panier d'activités à contrôler. Est-ce bien cela ?

**Aliréza BANAEI**

Ils peuvent inclure, « dans le panier », des tests DATIM. En règle générale, ils utilisent leurs propres requêtes. Pour accéder aux tableaux DATIM enfin, il convient d'avoir un rôle de valideur : de fait, une UCR ne l'ayant pas ne peut pas y accéder.

**De la salle**

Quid des données de connexions provenant des DOM TOM et de pays étrangers ?

**Aliréza BANAEI**

Il ne s'agit pas de données, mais de connexions liées à des tentatives de connexion sans disposer des comptes.

**De la salle**

Par ailleurs, vous avez évoqué les arrêtés de versement: le futur modèle DMA / T2A / SSR en intégrera-t-il « pour la part DMA » ?

**Marlène BERNARD**

A ce stade, le modèle est transitoire: il n'intègre ni arrêté de versement, ni versement mensuel. Le modèle cible n'est pas encore connu. Aussi ne sais-je pas s'il intégrera – ou pas – des arrêtés de versement.

### III. Comment les établissements de santé utilisent-ils les données produites par e-PMSI ?

**Marlène BERNARD**

#### 1. Pourquoi Ovalide ?

Avant Ovalide, plusieurs éléments distincts cohabitaient, à savoir MAT2A, MAHOS, le module Qualité de DATIM et le module Contrôle de DATIM. La redondance de certaines informations et de certains indicateurs et des différences de périmètres alimentaient une vraie confusion, tant au sein des établissements que des ARS.

En conséquence, plusieurs actions avaient été menées en 2013 pour le champ MCO, en 2014 pour les champs HAD et SSR et en 2015 pour la PSY. Il a alors été question de rassembler et de rationaliser les éléments compris dans ces quatre outils.

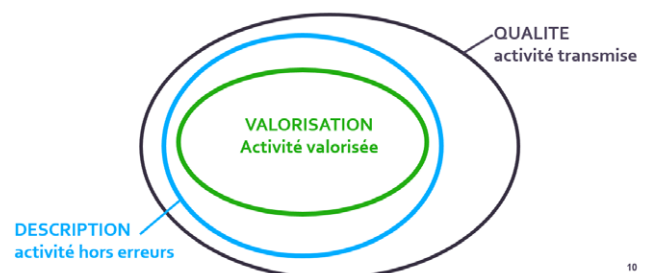
Désormais, seul le module Contrôle de DATIM subsiste. Ovalide regroupe ainsi les autres informations autrefois contenues dans les outils susmentionnés, et aujourd'hui visibles dans les trois parties description, qualité et valorisation.

Le même canevas est actuellement appliqué pour les champs MCO, HAD et SSR : la PSY reste un peu à part, puisqu'il n'y a ni classification, ni groupage.

L'activité transmise correspond à l'ensemble traité dans le volet Qualité d'Ovalide. Le sous-ensemble qui correspond à l'activité « hors erreurs », c'est-à-dire hors CM90, correspond au volet Description d'Ovalide: il intègre lui-même le sous-ensemble Activité valorisable, traité dans le volet Valorisation d'Ovalide.

FIGURE 2

FIGURE 2



## 2. Ovalide en 2018

Ovalide est un outil de validation des données des établissements de santé, qui peut être utilisé :

- pour repérer des erreurs ou des atypies ;
- pour établir un dialogue entre les établissements et l'ARS ;
- pour aider à la validation et à la décision.

Néanmoins, Ovalide ne délivre pas, à l'issue d'un trai-

tement, un feu vert pour la validation. En effet, cette décision est du ressort des établissements et de l'ARS. De surcroît, les besoins et les niveaux d'exigence diffèrent selon les établissements, les ARS, le contexte, la temporalité (cours d'année / scellement), etc.

## 3. Focus sur VisualValo

VisualValo est accessible :

- aux établissements MCO (ex-DGF), pour ce qui concerne l'hospitalisation et les activités externes ;
- aux établissements SSR DAF et OQN, puisqu'ils sont tous concernés par la réforme du financement SSR de 2017.

VisualValo permet aux établissements de récupérer un fichier faisant apparaître le détail de la valorisation associée à chaque séjour en MCO et SSR : groupage et tarif, coefficients appliqués et montants. Ces différentes informations sont liées au numéro administratif, ce qui permet un retour plus facile au dossier dans l'établissement.

## IV. Retours d'expérience

### 1. Utilisation d'e-PMSI dans un établissement de santé MCO

#### a. Évolutions

##### Le Docteur Philippe POIRIE

Les évolutions mises en œuvre au cours des trois dernières décennies ont très fortement impacté nos organisations et nos modalités de contrôle. La plateforme e-PMSI, pour rappel, est apparue dans les années 1990 : à cette époque, nombreux étaient les cliniciens qui ne lui accordaient qu'une très faible importance. Par la suite, est apparue la T2A à 100 % : dans le même temps curieusement, les DIM, qui étaient souvent cliniciens, sont devenus « 100 % DIM ». Pour rappel, la création du métier DIM date des années 1990 : à cette époque, il était exercé par des médecins cliniciens, qui étaient alors souvent installés à proximité de secteurs techniques (imagerie, archives) : au gré de la montée en charge de la T2A, les DIM ont peu à peu rejoint les étages de Direction.

J'ai connu une époque révolue qui se caractérisait par :

- **des unités de soins dépourvues d'ordinateurs**  
Les seuls PC disponibles se trouvaient au sein des services administratifs. En quelques décennies, les ordinateurs ont envahi les unités de soins, avec l'apparition du dossier médical informatique et d'e-PMSI, mais également du réseau.

- **un faible volume de données informatiques**

Les données relatives à l'activité annuelle de l'établissement Saint-Joseph Saint-Luc tenaient sur une simple disquette. Aujourd'hui, elles occupent plusieurs centaines de Mo, transférés en cliquant sur un simple bouton.

- **un dispositif de transmission des données sécurisé à travers le recours à « un porteur spécial »**

Ce dernier était en charge d'acheminer la disquette qui lui était remise officiellement à l'ARH (Agence Régionale d'Hospitalisation). Désormais, les envois se font automatiquement.

Les évolutions techniques et le passage de la T2A à 100 % ont bouleversé nos organisations, avec :

- le rapprochement des DIM des Directions Générales, des Conseils Exécutifs et des Directions Financières ;
- le rapprochement des DIM de la GAP (Gestion Administrative des Patients), de la Pharmacie, des contrôleurs de gestion, des Directions des Systèmes d'Information.

Pour répondre aux exigences des commissaires aux comptes, il convient désormais de fiabiliser les recettes des établissements et de mettre en œuvre des politiques Qualité. Aussi des contrôles sont-ils diligentés au fil de l'eau.

Cela vient d'ailleurs en anticipation du déploiement, à venir, de FIDES (Facturation Individuelle des Etablissements de Santé) Séjours. Pour cela, il est indispensable d'obtenir «trois feux verts», émanant :

- de la GAP, qui doit veiller à l'exactitude des taux de prise en charge et de l'identité des patients ;
- de la Pharmacie (molécules, dispositifs implantables) ;
- du DIM (codage).

De fait, la facturation ne pourra intervenir qu'après que les trois entités susmentionnées aient donné leur feu vert. Aujourd'hui, la validation intervient souvent un mois après la sortie d'un patient. En complément, certaines facturations peuvent être modifiées jusqu'au 31 janvier de l'année n+1. FIDES Séjours ne le permettra plus : en conséquence, il est primordial de déployer des mécanismes de contrôle au fil de l'eau.

## b. Rôle du DIM

Le DIM établit aujourd'hui :

- les fichiers de séjours hospitaliers (RSS) ;
- les fichiers d'autorisation ;
- les fichiers relatifs aux prélèvements d'organes par exemple.

En parallèle, le DIM est destinataire de fichiers émis par la Pharmacie (molécules et dispositifs implantables), mais également par la GAP (fichiers ANO, qui intègrent notamment les taux de prise en charge). Il en assure le traitement.

Avec l'activité externe, le processus est beaucoup plus simple. Le fichier émane directement de la GAP (RSF) : il est traité par le DIM, qui officie en tant que prestataire. A l'avenir, il n'est pas exclu que l'utilisation de PREFACE-MCO soit confiée à des personnes de la GAP. Pour certains établissements, comme celui auquel j'appartiens, existent des fichiers supplémentaires (RIHN, actes hors nomenclature par exemple).

## c. Traitement des données

L'outil Lamda permet de récupérer des données liées à l'activité (hospitalisation / externe) de l'année précédente, les taux de prise en charge évoluant constamment.

Avant de parler de qualité, il est primordial de veiller à ce que les données soient exhaustives : ainsi, j'insiste auprès des cliniciens pour qu'ils codent systématiquement les RUM. Au sein de l'établissement Saint-Joseph Saint-Luc, le codage est entièrement décentralisé : les actes et les diagnostics, ainsi, sont codés par les cliniciens. Le DIM, pour sa part, se concentre sur les contrôles *a posteriori*. Chaque mois dix jours avant l'envoi, est élaboré un palmarès, qui fait apparaître, par spécialité, le volume de RUM manquants, ainsi que la valorisation potentielle manquante, «basée sur le chiffre moyen de la spécialité donnée». Cet indicateur est transmis à l'ensemble des spécialités et au Conseil Exécutif.

## d. Contrôles

S'agissant des contrôles d'exhaustivité, il est possible d'utiliser, en amont, des *logs*. Au sein de l'établissement Saint-Joseph Saint-Luc, les *logs* de GENRSA le sont : à l'issue du traitement afférent, est créé un fichier qui recense les séjours non trouvés, soit parce qu'il manque un RUM alors qu'ils ont été créés au plan administratif, soit parce qu'ils n'apparaissent pas au niveau administratif, alors que des RUM ont été renseignés.

Ces logs, au sein de l'établissement Saint-Joseph Saint-Luc, permettent d'établir des comparaisons avec les «manquants». Ils sont également croisés avec les séjours en cours de suppression. Aujourd'hui en effet, nombre de séjours, du fait d'erreurs d'aiguillage en amont, peuvent poser des difficultés. Quoi qu'il en soit, les bases PMSI et administratives sont de plus en plus synchronisées.

Évoquons à présent la Pharmacie : au moment des traitements, un croisement est effectué entre les fichiers RSS, les FICHCOMP (molécules ou DMI) et le fichier ANO (taux de prise en charge). Il permet de produire des tableaux qui alertent les pharmaciens sur l'existence d'atypie : à titre d'exemple, des séjours ont parfois été, du fait d'une erreur de saisie, facturés à l'assurance-maladie, alors qu'ils s'inscrivent dans le cadre d'une PIE

Par ailleurs, l'établissement Saint-Joseph Saint-Luc présente la particularité d'accueillir un service de dialyse important : il est donc essentiel d'effectuer des croisements entre RSS, les RUM et le fichier ANO. Ils sont déclinés par spécialité, ce qui permet aux cliniciens d'avoir une vision claire de leur activité par type de prise en charge (dialyse, unités de dialyse et forfaits de dialyse). Pour cela, il convient de disposer de formats de fichiers spécifiques, ce qui nécessite un appui informatique.



En complément, une politique d'Assurance Qualité doit être mise en place. La décision a été prise de déployer des tableaux destinés à alerter les services, dès lors que certains éléments semblent surprenants. Le DIM, pour l'activité externe, travaille avec la GAP. L'idée est de se saisir du fichier RSF, qui intègre de multiples formats et comporte de très nombreuses lignes. J'utilise, dans ce cadre, l'outil Access, qui me permet de reconstituer les tables des RSF. Je collabore également avec la GAP, via l'outil Click View, qui semble très performant, aux fins de créer des requêtes communes, permettant de visualiser directement les lignes posant problème.

### e. Focus sur les différents tableaux

Une vingtaine de médecins régionaux participent à un Groupe d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (GRENADIM), que j'ai le plaisir d'animer avec le Docteur Caroline Martin du CH de Vienne : à cette occasion, s'est posée la question de l'utilisation des tableaux Ovalide MCO, mais également de leur exploitation. En pratique, ils sont adaptés aux spécificités de nos établissements.

Au regard du temps imparti, je vous propose de prendre un exemple concret en lien avec l'activité Hospitalisation. A l'occasion du dernier envoi, j'ai été alerté par un contrôleur de gestion, concernant l'arrêté de versement : en effet, il manquait, à la ligne Actes de consultation externe, 130 000 euros. Par croisement avec l'un des tableaux, il est apparu qu'une ligne apparaissait non pas à 100, mais à 98 % : en d'autres termes, 2 % des actes de consultation externe n'avaient pas, dans le tableau, le bon « marqueur » ; étant à l'origine de l'écart relevé. Du fait d'une mise à jour du logiciel de GAP, les entrées aux urgences avant minuit demeuraient correctes : en revanche, les actes réalisés après minuit avaient proprement disparu. *In fine*, l'éditeur est intervenu pour recouvrer les données. ➔ FIGURE 3

Les tableaux Ovalide sont en très grand nombre, puisqu'ils sont plus de 165. Ils renvoient à l'hospitalisation, à l'activité externe, à la récupération des périodes antérieures, mais également à des éléments complémentaires (envoi d'actes hors nomenclature par exemple).

Pour information, les tableaux Ovalide s'assortissent d'un guide de lecture très instructif, même si son appropriation n'est pas toujours aisée. Pour produire des résultats, deux options sont envisageables :

- constituer un tableau unique, reprenant l'ensemble des tableaux ;
- créer un fichier global Zip qui comporte autant de sous-fichiers que de tableaux.

Depuis peu, il est possible d'accéder, à l'aide d'un bouton dédié, au dernier traitement, ce qui est extrêmement pratique.

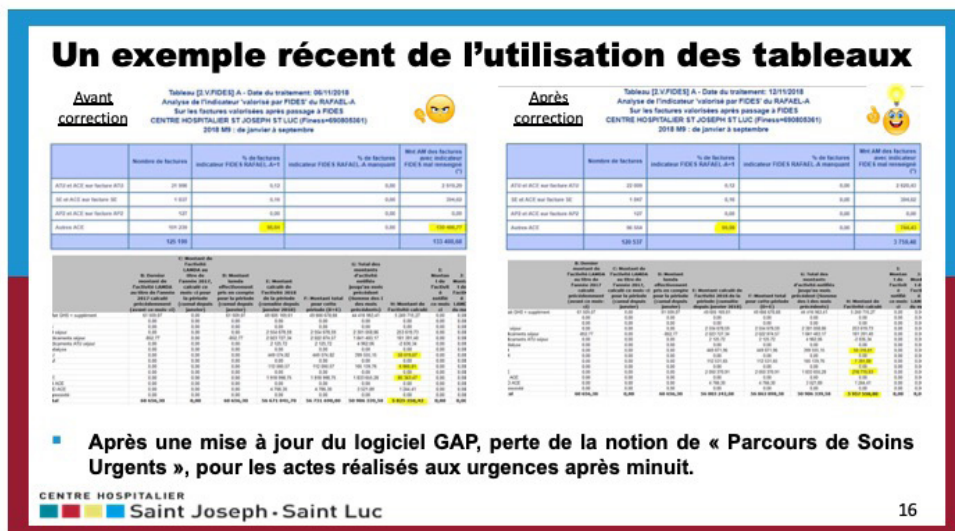
Comme indiqué précédemment, les établissements adaptent les tableaux à leurs besoins et spécificités. Les tableaux permettent également de visualiser les « GHM dédoublés », qui découlent d'actes spécifiques déclenchant un tarif majoré.

Les tableaux estampillés GAP ne peuvent être appréhendés par le DIM seul : ce dernier se doit de travailler avec la GAP. De la même manière, dès lors que sont abordés les dispositifs implantables et les molécules onéreuses, le DIM analyse les données avec la Pharmacie.

Au plan qualitatif, l'un des tableaux permet de disposer d'un indicateur global, en un clic, de l'ensemble des atypies. Il est ensuite possible de zoomer dans chacun des sous-tableaux afférents.

Un autre tableau revient sur l'ensemble des incompatibilités identifiées. A titre d'exemple, certains actes peuvent être incohérents avec les diagnostics RUM : il est alors utile d'en identifier les causes, ce qui n'est

FIGURE 3



pas aussi simple que cela. Il est en effet difficile, aujourd'hui, de remonter à la source.

Avant leur transmission, les tableaux font l'objet d'une vérification, à laquelle le contrôleur participe. Jusqu'à présent, les choses étaient assez simples, puisqu'il fallait considérer le coefficient prudentiel. Elles sont beaucoup plus complexes aujourd'hui, puisqu'il convient de tenir compte d'un coefficient de neutralisation des impacts financiers des dispositifs d'allègements fiscaux : de ce fait, les valeurs internes calculées en 100 % T2A ne collent pas avec celles qui figurent sur la plateforme. Il serait donc utile de travailler avec l'ATIH à la création d'une colonne dédiée au 100 % T2A.

Par ailleurs, les valorisations dans l'outil VisualValoSej commencent à être utilisées : très riches, elles permettent de retrouver l'ensemble des données de valorisation, tant pour l'activité externe que pour l'hospitalisation, dans un fichier. Élément intéressant, elles font apparaître les numéros des séjours.

Nombre de requêtes intégrées dans notre système d'information décisionnel sont désormais accessibles via les fichiers ATIH : nous y renseignons nos RSS, nos RSF, le fichier Ovalide et le VisualValoSej.

Dès lors que toutes les données ont été contrôlées, l'arrêté de versement est vérifié par le contrôleur de gestion et la DAF. En parallèle, la validation génère la détermination de l'ensemble des scores obtenus, ce qui permet de mettre en évidence, le cas échéant, des atypies. L'historique des transmissions et des traitements est également disponible sur la plateforme, de même qu'une synthèse de la valorisation. Cette dernière fait apparaître les grandes masses financières « en alerte ».

## f. Débats

### De la salle

Votre présentation, en plus d'être d'une grande clarté, s'est voulue très rassurante. S'agissant des tableaux Ovalide ainsi, il n'est pas nécessaire de vouloir vérifier, chaque mois, l'ensemble des informations.

Il serait utile que 75 % des tableaux Ovalide fassent apparaître des éléments de comparaison entre l'année n et l'année n-1 : cela nous permettrait d'identifier d'éventuelles dérives. Pourquoi ce type d'information n'est-il pas disponible ?

S'agissant du volet Qualité, les établissements, chaque mois, doivent revoir des codes d'incompatibilité, « par exemple avec l'âge ». Il serait préférable

d'intégrer une variable à notre main, qui nous permettrait de valider certains RSA et de les exclure de la recherche des atypies et des anomalies de fonctionnement : de cette manière, n'apparaîtraient plus que les RSA non validés.

### Marlène BERNARD

Certains tableaux présentent des éléments de comparaison entre l'année n et l'année n-1 (donnée prises dans la transmission M12 de l'année n-1). En M8 2018 ainsi, les comparaisons avec l'année n-1 concernent les séjours terminés jusqu'en août dans la transmission M12 2017.

Il n'en demeure pas moins que les comparaisons entre l'année n et l'année n-1 ne sont pas systématiques : si elles relèvent d'une vraie nécessité dans certains tableaux, elles peuvent y être intégrées. Cela étant, il nous est fréquemment reproché d'apporter un trop grand volume d'informations.

### De la salle

Comment envisageriez-vous de recueillir, en la matière, les suggestions des établissements ?

### Marlène BERNARD

Il y a quelque temps, un groupe de travail a travaillé sur le volet description des tableaux Ovalide, à l'échelle de SSR : cette démarche a permis d'aboutir à un consensus sur un certain nombre d'indicateurs. Nous avons essayé de lancer la même démarche avec les ARS, qui ont également accès aux tableaux Ovalide : les travaux ont pour le moins été délicats. En complément, il est prévu de travailler sur les tableaux Ovalide avec un groupe d'utilisateurs représentant différents établissements : ces derniers, toutefois, ont des tailles très hétérogènes et ne disposent pas toujours des mêmes systèmes d'information.

S'agissant de la qualité, il est prévu de créer l'équivalent de VisualValo, mais pour le versant qualité des données. Ce dernier permettra de produire un fichier qui vous permettra de savoir dans quel tableau Qualité vos différents séjours ont été pointés, avec un retour au numéro administratif du séjour.

### De la salle

J'en prends note.

Les établissements OQN auront-ils également accès à ce nouvel outil ?

### Marlène BERNARD

Effectivement, l'outil de visualisation des données de qualité sera disponible pour tous les établissements.

### De la salle

Les tableaux Ovalide, en plus d'être très nombreux,

font apparaître des scores, qu'il m'est très difficile d'interpréter. Ainsi, je n'en mesure pas vraiment l'utilité. Que pouvez-vous, en conséquence, me conseiller de faire ?

**Marlène BERNARD**

S'agissant de la Qualité, il nous était fréquemment indiqué qu'il était extrêmement fastidieux d'ouvrir tous les tableaux pour procéder à des vérifications. C'est la raison pour laquelle des scores ont été mis en œuvre : ils permettent d'avoir une vision, par thème, de la

qualité. Au-delà de la valeur d'un score, c'est plus son évolution qu'il convient de suivre.

Les scores permettent également aux ARS de comparer les différents établissements, même s'ils se trouvent dans des situations très différentes. Pour l'heure, l'ATIH n'a pas encore identifié les références qui pourraient être utilisées pour permettre aux établissements de se positionner les uns par rapport aux autres. Dans l'attente, la simple évolution des scores obtenus peut vous alerter, le cas échéant, sur certaines problématiques.

## 2. Utilisation d'e-PMSI dans un établissement de santé SSR

**Le Docteur Jean-François BLATIER**

Je suis médecin DIM depuis peu de temps au sein du CHU de Grenoble et au CH de La Mure. J'ai eu la joie d'accompagner la transition avec la DMA SSR.

### a. Objectifs

Les objectifs sont les suivants :

- connaître les conditions de déroulement d'une transmission ;
- déterminer les modalités d'utilisation des informations déterminées, à des fins d'analyse et de correction.

Le CHU de Grenoble comporte un peu moins de 300 lits et places. Il s'appuie sur un codage décentralisé et deux TIM, qui font à la fois du MCO et du SSR.

Chaque mois, une réunion est organisée avec l'ensemble des acteurs participant aux envois, à savoir la DAF (Direction des Affaires Financières), le BDE (Bureau Des Entrées), la DSI (Direction des Systèmes d'Information), la Pharmacie et le DIM (Département d'Information Médicale) : elle permet d'analyser les points qui posent problème.

J'interviens également au sein du CH de La Mure, au sud de Grenoble : ce dernier présente la particularité de n'accueillir qu'un service de SSR, qui s'appuie sur une équipe très polyvalente, ainsi que sur une organisation spécifique.

### b. Circuit des envois


Les informations administratives sont rendues anonymes, via l'outil Magic, identique à celui du MCO. Elles sont croisées avec les informations médicales, à travers le logiciel GENRHA, aux fins de les regrouper et d'aboutir à la valorisation.

Le fichier relatif aux informations médicales peut être créé à partir de RHS (Résumés Hebdomadaires de Séjours), « formatés ou groupés » : nous concernant, le fait de disposer de RHS groupés nous permet d'établir des comparaisons entre le groupage local et le groupage réalisé par l'ATIH lors de l'envoi.

Il est également possible de réaliser un groupage des RHS complets ou de l'ensemble des RHS, même incomplets. Cette seconde option permet de suivre l'ensemble de la CM 90. Le processus permet de disposer d'un socle commun d'informations, pour tous les établissements SSR (log GENRHA, log Magic, tableaux Ovalide et VisualValoSSR).

A l'occasion de la réunion mensuelle dédiée aux envois, je remets une fiche de synthèse, qui permet de comprendre les informations issues des tableaux Ovalide et les informations ajoutées.

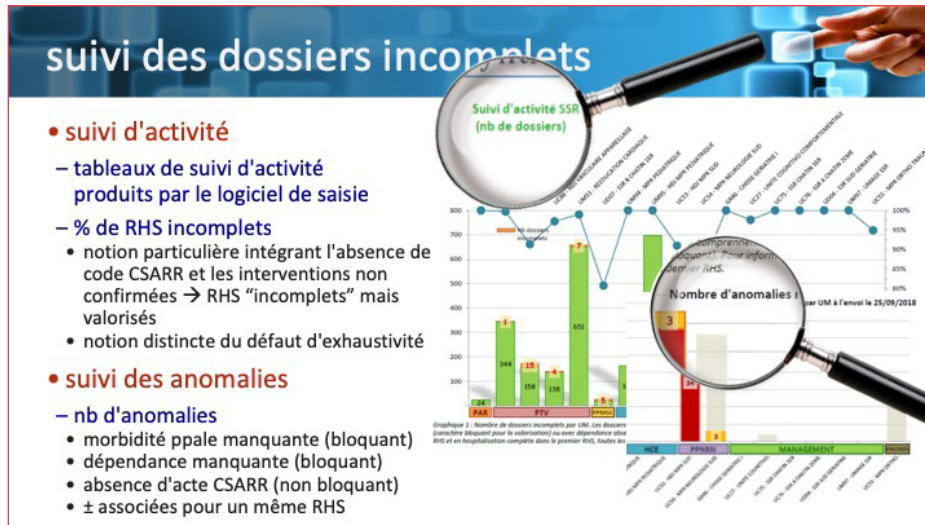
### c. Suivi de l'activité

Au sein de notre établissement, une distinction est faite entre le suivi d'activité et l'exhaustivité. Le suivi d'activité, en pratique, est proche des RHS incomplets. Ces derniers résultent essentiellement d'une morbidité principale bloquante ou d'une dépendance manquante. Sont considérés comme incomplets les RHS pour lesquels une intervention a été positionnée par un intervenant CSARR, avec un code de rééducation, sans avoir été confirmée.  **FIGURE 4**

### d. Logs utilisées

L'une des logs les plus importantes fait référence à la jointure entre le fichier VID-HOSP et les informations médicales PMSI. D'autres logs sont très utiles. Elles renvoient aux RHS en alerte et à la comparaison des groupages en local et de GENRHA.

FIGURE 4



### e. Suivi des erreurs bloquantes

Le tableau mensuel de suivi des erreurs bloquantes est directement issu des informations Ovalide (1.Q.1.EG). Il comporte notamment les trois blocs suivants :

- nombre d'erreurs bloquantes en hospitalisation complète ;
- nombre de séjours en hospitalisation complète qui comportent une erreur bloquante ;
- nombre d'erreurs bloquantes en HP (Hospitalisation Partielle).

S'agissant de M6, il ne fait curieusement apparaître aucune erreur bloquante au cours du mois considéré, alors qu'il y en a généralement. De surcroît, le nombre de finalités principales de prise en charge et le nombre de manifestations morbides principales sont identiques et très nettement inférieurs au nombre de dépendances erronées, ce qui est pour le moins surprenant. Généralement en effet, lorsqu'un séjour n'est pas codé, les autres informations ne le sont pas non plus.

Quelles en sont les raisons ? Concernant M6, l'envoi n'avait pas porté sur l'ensemble des RHS, se limitant aux RHS complets, ce qui ne permettait pas de disposer d'éléments de suivi de la CM 90.

Le fichier est retraité par un flux de traitement automatisé, ce qui permet de récupérer un numéro administratif de séjour. Pour le premier séjour, qui comporte deux RHS, il apparaît que la finalité principale de prise en charge et la morbidité principale sont manquantes. Le code lié à la dépendance – 0072 – est de surcroît répété à six reprises (autant de fois que de journées de présence). Marlène Bernard m'a indiqué que ce problème serait prochainement résolu : ce dernier explique pourquoi le tableau global fait appa-

raître un nombre d'erreurs de dépendance supérieur au nombre de morbidités principales manquantes.

### f. Exemples d'anomalies relevées dans des tableaux Ovalide

Le premier exemple renvoie au fichier dédié à la qualité des autorisations par UM projeté : il intégrait une autorisation liée à un site géographique qui n'était pas conforme au contenu du fichier Arhgos des autorisations exploité par l'ATIH. Ainsi, une unité de soins de suite et de rééducation, dédiée à la prise en charge des personnes âgées poly-pathologiques, avait changé de site : or l'autorisation évoquée n'existait pas sur ce dernier. Cette situation perdurera jusqu'à ce que la visite de conformité ait lieu. L'ARS en a été informée.

Le deuxième exemple est le suivant : le CHU ne dispose d'aucune autorisation, concernant les lits de soins palliatifs : or cela apparaissait dans les tableaux. Depuis lors, cette situation a été corrigée par la DSI. Le troisième exemple a été mis en évidence par les services de l'ARS en charge du PMSI. En M12, ils m'ont signalé que le nombre de sorties en hospitalisation de jour par mutation était très élevé. En pratique, le mode de sortie et le mode d'entrée correspondaient bien, dans l'outil de saisie utilisé, au domicile : or la table de correspondance de l'éditeur était mal calibrée. Aussi a-t-il fallu développer un script dans l'urgence, pour corriger l'anomalie précitée et obtenir une transmission M12 de meilleure qualité.

## g. Suivi de la valorisation des séjours

Les tableaux Ovalide font apparaître trois DMA, à savoir :

- **la DMA en base remboursable**  
La valorisation correspond au produit suivant : (valorisation via le GMT) x (coefficient géographique) x (coefficient de spécialisation SSR). Elle traduit donc l'activité de l'établissement : néanmoins, elle ne montre pas ce que ce dernier va percevoir. En effet, le socle, dont le poids est de 90 %, est basé sur les années n-2 et n-1.
- **la DMA en base remboursable avec coefficient prudentiel**  
Elle correspond au produit de la DMA en base remboursable avec le coefficient prudentiel.
- **la DMA Assurance Maladie (AM)**  
Elle s'obtient en tenant compte de l'ensemble des coefficients, et notamment du taux de prise en charge de l'AM, qui peut aller de 80 à 100 %, et de la fraction de DMA actuellement à 10 %. Elle correspond à la facture présentée à l'AM : pour autant, elle ne traduit pas ce que l'établissement va percevoir, puisque des dépenses sont financées par les complémentaires par exemple.

Ainsi, aucune des trois DMA précitées ne correspond aux sommes perçues par l'établissement.

## h. Erreurs affectant le circuit d'envoi

Le circuit d'envoi peut être affecté par des erreurs à plusieurs niveaux. Comme l'a indiqué le Docteur Philippe Poirié, le croisement entre les informations administratives et les informations médicales peut mettre en évidence des problèmes de correspondance, avec des erreurs A10 ou A20. Citons également :

- des erreurs liées aux informations administratives ;
- des erreurs liées aux informations médicales ;
- des erreurs de groupage (CM 90) ;
- l'existence de séjours non valorisables, comme, par exemple, les séjours non clos de moins de 70 jours (moins de 90 jours jusqu'en février 2018).

L'un des tableaux concerne les GMT non valorisés, en nombre de séjours et en nombre de journées.

Un autre tableau, extrêmement utile, est issu de VisualValoSSR : il apporte des informations de valorisation par séjour. En le croisant avec les informations issues du VID-HOSP, il est possible de disposer d'informations très précises sur les motifs de non valorisation. Ainsi, apparaissent :

- le nombre de séjours valorisés et le nombre de séjours non valorisés ;
- le nombre de journées valorisées et le nombre de journées non valorisées ;
- les motifs afférents.

Certains séjours ne sont pas valorisés, bien qu'ils soient facturables à l'AM : s'agissant de l'hospitalisation complète, les séjours non clos de moins de 70 jours ne sont en effet pas valorisés.

Le fichier VisualValo SSR permet également de ventiler les DMA par unité médicale et par pôle. Pour cela, il convient d'être en capacité de retracer le parcours associé à un séjour dans l'établissement et de distinguer ce qui relève de plusieurs UM ou de plusieurs pôles.

## i. Tableaux de valorisation Ovalide

Certains tableaux de valorisation Ovalide sont fondamentaux. Le premier est libellé ainsi : « 1.V.1.RAEV - Résumé de l'activité - Effectifs et valorisation - Bilan des SSRHA en HC non clos ». Il permet de mesurer les écarts par rapport à la DMA théorique au cours d'une période donnée. Normalement, la DMA théorique totale devrait changer en M3 : néanmoins, elle n'est connue qu'avec un peu de retard car calculée à partir des données de l'année N-1, disponibles après mars. C'est la raison pour laquelle elle n'évolue qu'en M6.

Par définition, l'écart observé au cours d'une période donnée serait, par définition, nul si l'activité et les tarifs ne changeaient pas. La DMA théorique totale est assise sur l'année précédente : le fait d'atteindre un écart nul, de fait, n'est pas négatif, témoignant de la stabilité de l'activité.

En MCO, les tableaux Ovalide sont au nombre de 165. En SSR, ils sont encore plus nombreux, ce qui est source de complexité. A titre d'exemple, les actes CSARR relèvent de 31 tableaux différents, comprenant plus de 7 000 cellules. De fait, 147 tableaux, représentant pratiquement 24 000 cellules, sont rattachés au seul volet Description. Les tableaux de valorisation sont au nombre de 31, pour un total de 6 500 cellules. Le nombre de tableaux Qualité apparaît à 78, pour 1 000 cellules.

Au total, les tableaux Ovalide sont, en SSR, au nombre de 256. Ils recouvrent plus de 28 000 cellules, dont certaines sont toutefois vides. Les tableaux Qualité apportent des éléments de synthèse accessibles à tous les établissements. En effet, ils sont assis sur des critères d'élaboration communs

Par ailleurs, je tenais à saluer la réactivité de la plateforme Agora. En complément, Ovalide présente quelques limites, liées :

- à une interface trop complexe ;
- à l'absence de ventilation selon les UM ;
- à l'absence d'identification du n° administratif de séjour.

## j. Conclusion

Il serait utile :

- d'utiliser, dans les tableaux Ovalide, des formats conditionnels, aux fins de repérer des cellules atypiques ;
- d'intégrer un vrai sommaire ;
- de pouvoir marquer les tableaux suivis régulièrement ;
- d'intégrer davantage d'éléments de comparaison avec l'année n-1 ;
- de proposer une ventilation en fonction du type d'autorisation ;
- d'améliorer la souplesse d'utilisation de l'outil.

## V. Conclusion de l'atelier

### Marlène BERNARD

Le mois d'octobre 2018 a été marqué par le déploiement du nouveau Plage, ce qui a dû simplifier la gestion de vos comptes, notamment en cas de gestion de plusieurs comptes pour plusieurs établissements. A court terme, il est prévu de déployer l'équivalent de VisualValo, pour le volet Qualité d'Ovalide, et cela pour tous les champs. Cet outil, vous permettra de remonter au numéro de dossier patient dans votre établissement et, par extension, de cibler les séjours tagués dans les parties Qualité des différents Ovalide.

A plus ou moins long terme, il est prévu de déployer Druides. Le traitement Ovalide sera alors déporté dans vos établissements, ce qui vous donnera accès aux résultats des tableaux et traitements Ovalide au format XML.

### De la salle

Il serait intéressant de remonter le plus tôt possible les contrôles Qualité, c'est-à-dire au moment de la saisie. Druides permettra-t-il de réaliser des contrôles unitaires, dès la phase de saisie ?

### Marlène BERNARD

Les éléments sont saisis dans les systèmes d'information des établissements: Druides, de fait, ne devrait pas pouvoir aller jusqu'au contrôle de la saisie.



**ATIH**

117, bd Marius Vivier Merle  
69329 Lyon cedex 03  
Tél. : 04 37 91 33 10  
Fax: 04 37 91 33 67

**Pour plus d'informations:**  
**[www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr)**