

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	4
CADRE CONCEPTUEL DU PROJET	6
1. La Tarification à l'Activité (T2A).....	6
1.1. Contexte.....	6
1.2. Qu'est-ce que la T2A ?.....	7
1.3. Effets de la T2A.....	9
1.4. Limites de la T2A	10
2. Programme de Médicalisation des Systèmes d'information (PMSI) 12	
2.1. Historique de cet acronyme	12
2.2. Contexte réglementaire.....	14
2.3. D'un outil de description de l'activité à un outil d'allocation de ressources... ..	14
2.4. Modalités de mise en place.....	15
2.5. Les outils du PMSI	16
2.6. Le DIM (département d'information médicale)	17
2.7. Evolution/enjeux du PMSI	18
3. Le système d'information hospitalier (SIH)	19
3.1. Le Système d'Information (SI).....	19
3.2. Le PMSI et le SIH (Système d'Information Hospitalier)	20
3.3. Les enjeux.....	21
3.4. SICAH : Système d'information Centré sur les Activités Hospitalières.....	22
4. Le dossier patient informatisé (DPI)	23
4.1. Le dossier du patient.....	23
4.1.1. Définition-contexte réglementaire.....	23
4.1.2. Evaluation.....	25
4.2. Le dossier patient informatisé(DPI)	25
4.2.1. Objectifs de l'informatisation.....	26
4.2.2. Son implantation.....	27
4.2.3. La gestion des droits	28
5. Economie et santé, quelle éthique ?	28
CADRE CONTEXTUEL DU PROJET.....	30
6. Le Centre Hospitalier de fougères (CHF).....	30
6.1. Situation et contexte sanitaire.....	30
6.2. La filière gériatrique	31
6.3. La situation financière	32
6.4. Le PMSI.....	33
6.5. Les enjeux d'avenir	34

7. SIH au CHF	34
7.1. Evolution	34
7.2. Projet H2012-35	36
8. Le Dossier patient informatisé (DPI) au CHF	39
8.1. Historique	39
8.2. La Gestion de droits :	39
8.3. Implantation.....	40
8.4. Le SIH aujourd'hui.....	41
LE PROJET MANAGERIAL	42
9. Motivations.....	42
10. Présentation du projet	44
10.1. Contexte.....	44
10.2. Constats :	45
10.3. Enjeux du projet	46
10.4. Mon implication	47
11. Méthodologie.....	47
11.1. Les processus de codage existants.....	48
11.2. La saisie des actes après codage	49
11.3. Les difficultés de codage des TIM	49
11.4. Benchmarking.....	52
11.5. La connaissance des cadres relative à la T2A et leur implication dans ce processus.....	53
12. Synthèse.....	57
13. Plan d'action	60
13.1. Plan de communication	60
13.2. Définition du périmètre du projet	61
13.3. Le groupe projet.....	61
13.4. Modalités de la mise en action du projet	62
13.5. Evaluation.....	63
CONCLUSION.....	64
BIBLIOGRAPHIE.....	65

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

ANAP Agence Nationale d'Aide à la Performance
ARH Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS Agence régionale de santé
ATIH Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CCAM Classification Commune d'Actes Médicaux
CH Centre Hospitalier
CHF Centre Hospitalier Fougères
CM Catégorie Majeure
CMD Catégorie Majeure de Diagnostic
CME Commission Médicale d'Etablissement
CNIL Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CRH Compte Rendu d'Hospitalisation
DIM Département d'Information Médicale
DPI Dossier Patient Informatisé
DMS Durée Moyenne de Séjour
EHPAD Etablissement d'Hébergement pour personne âgée dépendante
EPP Evaluation de Pratique Professionnelle
EPRD Etat Prévisionnel des Dépenses et Recettes
GHM Groupe Homogène de Malade
GHS Groupe Homogène de soins
HAS Haute Autorité de Santé
IPAQSS Indicateur de Performance et d'Amélioration de la Qualité et de la sécurité des Soins
MIG Missions d'intérêt Général
MIGAC Mission d'Intérêt General et d'Aide à la Contractualisation
MCO Médecine Chirurgie Obstétrique
PLATINES PLAteforme d'Information sue les établissements de santé
PMSI Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RSS Résumé de Sortie Standardisé
RUM Résumé d'Unité Médicale
SI Systèmes d'Information
SICAH Système d'information Centré sur les Activités Hospitalières
SIH Système d'Information Hospitalier
SSR Service de Soins de Suite et de Réadaptation
T2A Tarification à l'activité
TIM Techniciens d'Information Médicale
UHCD Unité d'Hospitalisation de courte durée
USLD Unité de Soins de Longue Durée

INTRODUCTION

Le temps où le soin pouvait être dispensé à tous, sans que la question du coût économique n'interfère dans les décisions, aura été une parenthèse dans l'histoire de la santé. La mise en place d'un nouveau système d'allocation budgétaire, la tarification à l'activité communément appelée « T2A », a modifié le pilotage des établissements de santé qui sont confrontés, aujourd'hui, au défi d'assurer des soins de qualité dans un contexte de contraintes budgétaires drastiques. Afin de bénéficier d'un financement en adéquation avec leur activité, ils doivent être garants d'un recueil le plus exhaustif possible de cette activité. Le codage et la facturation ont acquis une dimension stratégique.

Depuis 2ans, le centre hospitalier de Fougères(CHF) s'est engagé dans un projet d'informatisation du dossier médical et notamment des comptes rendus d'hospitalisation.

L'enjeu actuel de l'établissement est d'optimiser les recettes de l'activité médicale en améliorant le recueil et le traitement de l'information médicale produite tout au long des séjours. Le CHF s'est engagé dans une dynamique d'amélioration du processus de recueil et de codage des actes. Mon projet managérial s'inscrit dans ce contexte.

Il m'a semblé pertinent de mener une réflexion sur cette problématique d'autant qu'en tant que futur cadre supérieur de santé je serai amenée à manager des cadres de proximité qui exercent leur activité avec cette double contrainte : efficacité et qualité.

J'ai choisi d'intituler mon projet managérial : « **l'optimisation des recettes, un levier managérial d'acculturation des cadres de santé à la T2A** ».

Cadre de santé depuis 2003 au centre hospitalier de Fougères, j'ai intégré en 2011 le groupe projet H2012-35 en tant que référent métier pour la mise en place de la partie production de soins du dossier patient informatisé. Actuellement j'exerce mes fonctions à la direction des soins. J'assure la gestion du pool de remplacement de l'établissement conjointement avec un cadre de santé et j'ai pour mission d'assurer le suivi du dossier patient informatisé et de le déployer sur le secteur personnes âgées d'ici fin 2013.

Ce projet n'est pas une volonté institutionnelle initialement, il prend sa source à partir d'observations concernant la traçabilité des actes sur le dossier du patient « papier » et son évolution avec la mise en place du dossier patient informatisé. Après avoir échangé avec le chef de projet H2012-35, j'ai élargi et enrichi ma réflexion pour finalement mener un

travail sur l'optimisation des recettes en améliorant le processus de traçabilité des actes dans le dossier patient informatisé. Ce projet a reçu l'assentiment de la direction qui s'est concrétisé par la remise d'une lettre de mission.

En plus de l'aspect économique, l'objectif de ce travail est de mettre en exergue une complémentarité des acteurs médicaux et paramédicaux à travers une aide au codage, et de favoriser la participation et l'implication des cadres dans la mise en œuvre de la T2A.

Dans une première partie, je définirai quelques concepts en lien avec le financement des établissements de santé, les systèmes d'information et plus particulièrement le dossier patient informatisé. Dans une deuxième partie, je présenterai l'environnement dans lequel est élaboré ce projet, c'est-à-dire le Centre Hospitalier de Fougères. Enfin j'exposerai mon projet managérial, les objectifs, la méthodologie retenue pour réaliser un état des lieux et j'énoncerai le plan d'action pour optimiser le recueil et le codage des actes au CHF en favorisant l'implication des cadres de santé.

CADRE CONCEPTUEL DU PROJET

Afin d'élaborer mon projet managérial, j'ai exploré des concepts relatifs au financement des établissements de santé que je me suis ensuite appropriés. Parallèlement, mon implication dans la mise en œuvre et le déploiement de la production de soin du Dossier Patient Informatisé (DPI) au centre hospitalier de Fougères m'a amené à réfléchir à la place du dossier du patient et à sa gestion à l'hôpital. Cette expérience a aussi été l'opportunité d'appréhender le système d'information d'un établissement de santé.

La connaissance de ces différents éléments m'apparaît être aussi un pré requis indispensable aux fonctions de cadre supérieur que j'ambitionne d'exercer.

Dans cette première partie, j'ai choisi d'aborder, certains éléments de ces concepts, que j'estime être pertinent en vue de l'élaboration de mon projet managérial.

1. La Tarification à l'Activité (T2A)

1.1. Contexte

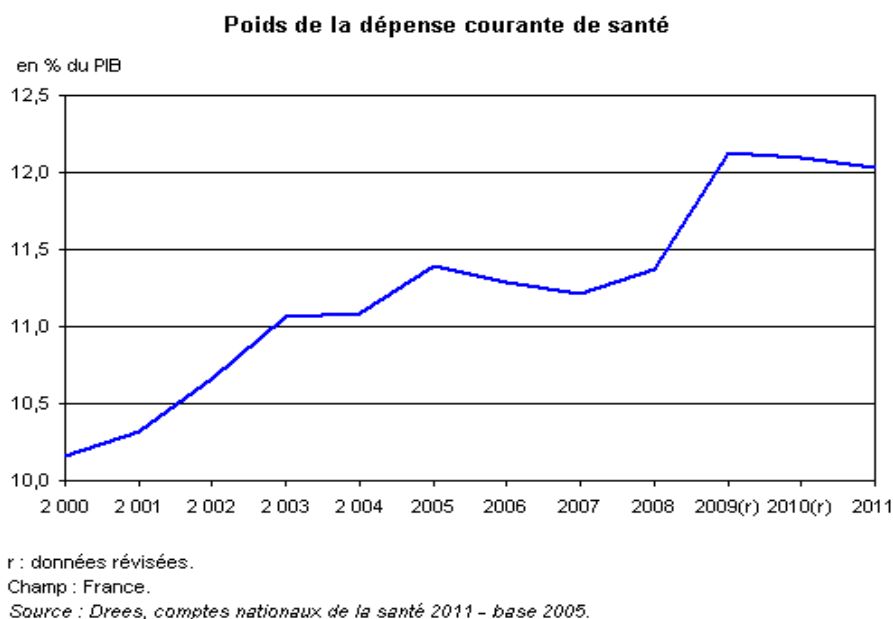
Depuis les années 1970, diverses réformes ont vu le jour dans le domaine sanitaire ayant pour finalité la maîtrise des dépenses. Elles trouvent leur aboutissement dans les ordonnances du 24 Avril 1996¹ qui font suite à la loi constitutionnelle du 22 février 1996 qui confère au parlement le pouvoir de voter les lois de financement de la sécurité sociale (SS).

Nouvel article 47.1 « *les lois de financement de la SS déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses, dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique* ».

¹ Ordonnances n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) fixe l'Objectif National de Dépenses d'Assurance maladie (ONDAM), définissant le cadre global qui s'impose aux acteurs du système de santé et permet au gouvernement de fixer le taux d'évolution des dépenses hospitalières.

Evolution des Dépenses courantes de santé depuis 2000 ²



L'expansion des dépenses de santé est un phénomène observé dans pratiquement tous les pays industrialisés. Elle est liée à l'expansion démographique et au vieillissement de la population, au développement du consumérisme médical, au développement du progrès technologique et du « droit à la santé » corrélés à une offre de soins difficile à maîtriser.

1.2. Qu'est-ce que la T2A ?

La Tarification à l'activité (T2A) est le mode de financement unique des établissements de santé publics et privés mis en place depuis le 1^{er} janvier 2004. Elle est issue de la réforme hospitalière du plan Hôpital 2007, qui visait à médicaliser le financement tout en équilibrant l'allocation des ressources financières et en responsabilisant les acteurs de santé. Nous sommes passés d'une logique d'autorisation de dépenses à une logique de mesure de la nature et du volume des activités. Ce mode de

² www.irdes.fr (site consulté le 5 janvier 2013)

financement s'est substitué au système dit de la dotation globale de financement qui régissait nos budgets depuis 1984.

La réforme concerne tous les établissements publics et privés titulaires d'autorisation de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) et odontologie. La tarification à l'activité s'applique à toutes les activités de soins en MCO quelles que soient leurs modalités : hospitalisation avec ou sans hébergement, hospitalisation à domicile.

Cependant le **financement des établissements publics est resté mixte** pour prendre en compte notamment les missions de service public .On distingue :

- Les recettes directement liées à l'activité réalisée (dotations variables liées à l'activité) : séjours, séances, actes et consultations externes, actes techniques.
- les recettes attribuées pour la permanence des soins
- les recettes issues des Missions d'Intérêt général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC)

Cette réforme vise la mise en place d'un cadre unique de facturation et de paiement des activités hospitalières des établissements de santé publics et privés, quelle que soient leur statut et leur spécialité. L'allocation des ressources est donc fondée, à la fois sur la nature et le volume de leur activité, mesurée pour l'essentiel, par le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) .Elle vise à rendre plus transparent et équitable le mode de financement entre les hôpitaux publics d'une part et les autres établissements privés, qu'ils soient ou non à but lucratif.

Ce sont donc nos activités qui déterminent nos ressources. L'hôpital se finance par ce qu'il fait et non plus par ce qu'il est.

L'activité hospitalière est définie et décrite à travers des **groupes homogènes malades (GHM)** plutôt que selon les disciplines de services hospitaliers (ou spécialités).Les GHM, identifient les différentes prestations de soins offertes à un même profil de patients. **Le classement des séjours en GHM est effectué à l'aide d'une arborescence sur la base des diagnostics et actes techniques pratiqués au cours du séjour.** Ce GHM est associé à un Groupe Homogène de Soins (GHS) qui équivaut au tarif de la prestation.

Enfin la T2A intègre des éléments de réforme comptable avec la mise en œuvre de l'Etat Prévisionnel des Dépenses et Recettes (EPRD). Les ressources sont calculées à partir d'une estimation de recettes issue de l'activité produite. **L'évaluation prospective de l'activité permet d'effectuer une prévision de recettes autorisant les dépenses.**

1.3. Effets de la T2A

Dans les effets attendus on peut citer : une amélioration de la transparence dans le financement, une révolution des modes de gestion, une mobilisation des acteurs autour de la performance en vue de développer l'efficacité des structures.

Au-delà d'une réforme purement financière, la T2A est l'occasion de modifier et d'améliorer nos organisations dont la finalité est le soin donné au patient.

Dans un premier temps, les effets positifs de la T2A ont permis une réorganisation de l'offre de soins, des évolutions de nos pratiques professionnelles, en particulier le développement de la chirurgie ambulatoire. Elle a aussi contribué à une réduction globale des coûts. En effet du fait de la diminution des tarifs, les établissements ont été contraints de réaliser des gains de productivité et une réorganisation de leurs activités.

Cette réforme du mode de financement, corrélée à la loi n° 2009-879³ portant « réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires » dite loi HPST, réorganisant le système sanitaire, a favorisé la création de groupements, le développement de centrales d'achats, de coopérations entre établissements de santé.

La littérature et les expériences des autres pays montrent que ce mécanisme de paiement présente un certain nombre de risques et nécessite des ajustements réguliers et soigneux pour obtenir les bénéfices attendus d'un tel système.

Les effets indésirables de ce système sont progressivement apparus.

³ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

1.4. Limites de la T2A

Le financement à l'activité (séjours- actes) a un effet ambivalent. On recherche des volumes d'activités au détriment de la pertinence de la dépense, **c'est l'effet inflationniste du système.**

Un autre risque consiste, pour les établissements de santé, à identifier à l'avance (avant l'admission) les patients pour lesquels les coûts générés par le séjour seront bien pris en compte au sein du tarif GHM et éventuellement décourager l'admission des autres patients moins « rentables » (phénomènes d'aversion au risque et de sélection des patients), voire à abandonner certaines activités. En se révélant favorable aux soins aigus, la T2A entraîne une spécialisation des établissements privés lucratifs en chirurgie. Ce qui impacte l'équilibre entre secteur privé et public. **Elle a favorisé une logique de rentabilité à court terme.**

Des expériences étrangères montrent que la T2A entraîne un comportement de codage opportuniste (upcoding), au moins à court terme. Cela peut inciter également les établissements à fournir des soins ou des prestations inutiles afin de classer certains patients dans des GHM plus rémunérateurs et parallèlement **des activités mal codées dans le PMSI, des spécificités mal identifiées ne sont pas rémunérées à leur juste valeur.**

La T2A a pour objectif de corrélérer directement le financement des établissements de santé à l'activité médicale, de ce fait elle nécessite le recentrage du système d'Information Hospitalier sur les missions de production de soins **.Il apparaît essentiel que le recueil des actes et des données relatives au séjour se fasse directement dans les unités de soins.** C'est un élément qui sera développé dans mon projet managérial.

Une autre limite retient mon attention. Elle est en lien avec la qualité. **Si la T2A incite à l'amélioration des performances, rien dans ce système ne permet de présumer de l'amélioration de la qualité des soins.**

La prévention des séquelles ou complications n'est pas rémunérée malgré les surcoûts des moyens mis en œuvre, ce qui prive les établissements de recettes malgré des bénéfices importants pour les patients et la société. La T2A n'est pas conçue pour identifier et valoriser les coûts de coordination liés à la prévention des risques. La prévention engendre

des coûts supplémentaires .La réduction des durées de séjour, qui est un message fort de la T2A, peut générer une dégradation de la qualité avec des ré hospitalisations.

A ce propos, l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé ⁴(Irdes) a publié un document de travail en décembre 2012 :« *les effets potentiels de la T2A sur la qualité des soins à l'hôpital et développé les options possibles pour faire évoluer ce mode de paiement en intégrant la qualité* ».Les auteurs jugent que le modèle de base de la T2A peut être « *affiné pour encourager de manière explicite des pratiques et des traitements considérés de qualité ,pénaliser des pratiques inappropriées ou accorder des financements afin d'améliorer le processus et les résultats des soins* ».

La T2A sera-t-elle modifiée dans les prochains mois, comme le suggère Édouard Couty dans ses recommandations pour un nouveau pacte de confiance à l'hôpital ?

« Il faut trouver un financement mixte, entre T2A et dotations forfaitaire. Il faut viser plus de complémentarité. Il faut également réformer la T2A, en prenant mieux en compte la qualité et la pertinence des actes » ⁵

Depuis sa mise en place, des critiques pointent les effets pervers de ce principe de tarification, associés selon certains à un risque sur la qualité.

A l'aube d'une évolution de la T2A, quel est le niveau d'appropriation des acteurs et en particulier des cadres de santé de ce système ? C'est cette question qui a motivé en partie, le choix de mon projet managérial. J'ai voulu identifier le niveau d'information et d'implication des cadres de santé dans ce système d'allocation budgétaire.

Après avoir abordé les grandes lignes de la T2A, il importe d'en décliner maintenant certains outils.

⁴ www.irdes.fr site consulté le 7janvier 2013

⁵ Hospimédia site consulté le 23 mars 2013

2. Programme de Médicalisation des Systèmes d'information (PMSI)

2.1. Historique de cet acronyme

Lancé en 1982, le PMSI avait pour objectif de définir l'activité d'un établissement et de calculer l'allocation budgétaire qui en découlait.

Il est une adaptation d'un concept américain du professeur Robert Fetter (université de Yale) qui consiste à classer les séjours hospitalier en fonction d'une double cohérence : médicale en se fondant sur les types de pathologie prise en charge et économique en se fondant sur la nature et les moyens consommés. Ce qui se traduit par l'élaboration de tarif de rémunération des séjours à partir d'une classification médico-économique : la classification DRG (Dianosis Related Groups).

Initialement l'objectif se déclinait davantage en termes de santé publique et d'épidémiologie qu'en termes financier. Ce en quoi il se différençiait du modèle américain d'origine. La mise en place du PMSI résulte de plusieurs raisons : forte expansion des dépenses de soins et modalités de financement des établissements de soins.

Evolution de la consommation de soins et de biens médicaux depuis 1995

<i>en milliards d'euros courants</i>							
	1995	2000	2005	2005*	2008	2009	2010
Soins hospitaliers	47,6	52,7	67,6	68,5	76,2	79,1	81,2
Soins ambulatoires ou de ville (1)	26,8	31,2	40,9	37,4	42,1	43,2	44,0
<i>Médecins (2)</i>	13,0	15,2	19,1	16,5	18,2	18,5	18,4
<i>Auxiliaires médicaux</i>	5,2	6,3	8,9	8,1	9,9	10,4	11,0
<i>Dentistes</i>	6,0	6,7	8,7	8,7	9,6	9,7	9,9
<i>Analyses</i>	2,4	2,8	4,0	3,8	4,1	4,2	4,3
<i>Cures thermales</i>	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Transports de malades	1,5	1,9	2,8	2,8	3,4	3,6	3,8
Médicaments	18,5	23,6	31,5	30,7	33,4	34,1	34,4
Autres biens médicaux (3)	3,7	5,7	8,4	8,8	10,7	11,0	11,6
Consommation de soins et de biens médicaux	98,0	115,1	151,2	148,1	165,7	171,0	175,0

Une part de plus en plus importante de l'activité hospitalière concerne la prise en charge des personnes âgées. En 2010, les personnes âgées de plus de 70 ans constituent 13% de la population française et ont représenté 30% des prises en charge MCO et 53% des prises en charge SSR.⁷

⁶ www.irdes.fr site consulté le 5 janvier 2013

⁷ www.securite-sociale.fr/.../eclairage_maladie_prise_en_charge_hospitalie... [La prise en charge hospitalière des personnes ... - Sécurité Sociale](#) site consulté le 25 avril 2013

2.2. Contexte réglementaire

L'article L 710-5 de la loi N° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière a imposé aux établissements de santé publics et privés de procéder à l'analyse de leur activité et de mettre en œuvre des systèmes d'information (SI) qui tiennent compte des pathologies traitées et des modes de prise en charge pour connaître et évaluer l'activité et les coûts et pour optimiser l'offre de soin. C'est la définition même du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 (art L710-7) fixe les règles de transmission aux ARH (ARS actuellement), à l'état, et aux organismes d'assurance maladie, des informations relatives aux moyens de fonctionnement et à l'activité des établissements et nécessaire à l'élaboration et à la révision de la carte sanitaire, à la détermination des ressources et à l'évaluation de la qualité des soins.

Depuis 1997 le PMSI est étendu à tous les établissements d'hospitalisation privée.

2.3. D'un outil de description de l'activité à un outil d'allocation de ressources...

Le PMSI est un dispositif faisant partie de la réforme du système de santé dont la finalité est la réduction des inégalités de ressources entre les établissements de santé.

Le PMSI est donc un outil médico-économique de description et de mesure de l'activité hospitalière, utilisé avant tout à des fins de gestion dans l'allocation budgétaire mais aussi comme outil de description médicalisée de l'activité pour la planification, contractualisation ou projet d'établissement.

Ce dispositif est exploité à la fois pour un usage externe : services de l'état, assurance maladie, et **pour un usage interne** : gestion des établissements.

Les informations ainsi produites sont utilisées principalement à deux fins :

- pour le financement des établissements de santé (tarification à l'activité) ;

- et pour l'organisation de l'offre de soins (planification).

Il permet de contrôler et de comparer l'activité des différents établissements. A ce titre il contribue à la maîtrise des dépenses hospitalières en harmonisant les coûts de production de soins en fonction des pathologies prises en charge dans les différents établissements.

Valoriser cette activité permet de l'évaluer et de la rémunérer en conséquence. C'est là qu'intervient la T2A. Sans le PMSI, la T2A n'aurait pas pu être mise en place.

Le PMSI est également un outil de planification, car il est une source de renseignements permettant de mieux répartir l'activité médicale et les plateaux techniques sur le territoire en fonction des besoins identifiés, quantifiés de la population. C'est une base de données utilisée dans un but d'études épidémiologiques nationales régionales, locales.

2.4. Modalités de mise en place

Le PMSI s'applique aujourd'hui dans plusieurs secteurs avec des modes de recueils différents.

Pour le MCO, il s'appuie sur le recueil systématique et le traitement automatisé d'une information médico-administrative contenue dans le résumé de Sortie Standardisé (RSS). L'unité de base est le Résumé d'unité médicale (RUM)

L'outil pivot du PMSI est la classification en Groupes Homogènes de Malades (GHM).

En SSR, le recueil est axé sur le mode de prise en charge du patient et sur son degré de dépendance.

Son champ d'application porte aussi sur l'hospitalisation à domicile, les urgences et la psychiatrie.

2.5. Les outils du PMSI

. La mise en place du PMSI montre la volonté de tracer les activités du processus de prise en charge.

L'outil pivot du PMSI est la classification en **Groupes Homogènes de Malades (GHM)**.

Il définit un séjour médico-économique doublement homogène, d'une part sur le plan médical selon un axe le plus souvent de pathologies d'appareil, sur le plan économique en terme de moyens consommés (journées, actes médicaux techniques...). Chaque GHM se voit ensuite associé à un tarif opposable à l'assurance maladie obligatoire, le Groupe Homogène de Séjour (GHS).

Pour chaque séjour, selon la gravité du cas et de la complexité de la prise en charge, les GHM disposent de 4 niveaux de sévérité (1 à 4) corrélés à des coûts associés et in fine un tarif appliqué. Cette précision prendra toute sa valeur dans le cadre de mon projet managérial.

Chaque séjour hospitalier donne lieu à un résumé de sortie standardisé (RSS) comprenant des informations administratives : âge, durée, de séjour, et des informations diagnostiques : principal, associé. Des actes décrits dans la Classification Commune d'Actes Médicaux (CCAM) figurent aussi. Ils peuvent être classant lorsqu'ils orientent le séjour du patient dans un GHM.

La CCAM est un référentiel des actes médicaux techniques, commun au secteur public et privé, qui sert à établir les honoraires des actes techniques réalisés lors des consultations, ainsi que la tarification des séjours hospitaliers dans le cadre de la T2A.

Si un patient a séjourné dans plusieurs services consécutifs, il y aura plusieurs résumés d'unité médicale (RUM) mais au final un seul RSS.

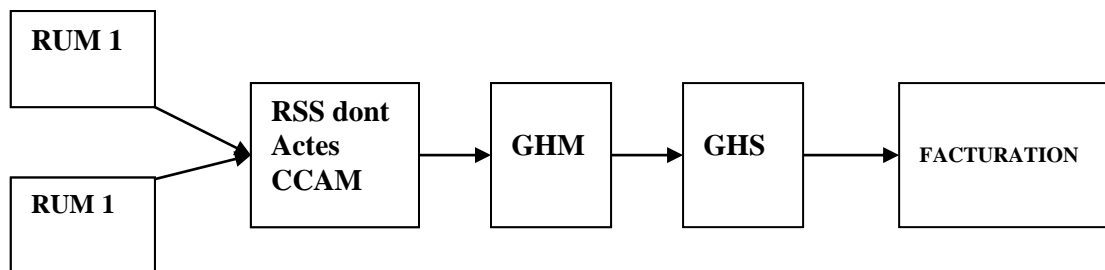
Les RSS d'un établissement sont traités par un logiciel dit « groupeur » qui classe chaque séjour dans une Catégorie Majeure de Diagnostic (CMD) ou Catégorie Majeure (CM) puis en Groupe Homogène de Malade (GHM).

Les transmissions mensuelles du PMSI à l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) font office de facturation pour les établissements publics et établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC).

L'ATIH assure la maîtrise d'œuvre du système d'information relatif à l'activité et aux moyens des établissements de santé publics et privés pour le compte de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) devenue Direction Générale de l'offre de soins (DGOS) par décret et arrêté du 15 mars 2010.

Chaque mois l'établissement perçoit un versement en rapport avec l'activité transmise. Les défauts d'exhaustivité des envois mensuels impactent directement la trésorerie des établissements en cours d'année mais le manque à gagner est récupéré sur le dernier envoi de l'année.

En résumé :



On ne peut évoquer le PMSI et sa mise en œuvre sans évoquer les acteurs intervenants dans cette démarche

2.6. Le DIM (département d'information médicale)

Créé en 1989, le DIM a pour missions de participer à la conception et au développement du système d'information médicale, d'aider les services médicaux à produire et transmettre les résumés de sortie pour procéder à la classification en GHM, d'analyser l'information médicale et expertiser les conclusions tirées, d'assurer une gestion centralisée des dossiers médicaux, de veiller à la confidentialité des données nominatives. Ils ont aussi pour rôle de coordonner la formation des personnels concernés et d'assister les médecins dans leur réflexion par l'accès aux bases de données DIM.

Ce département peut constituer dans l'organigramme un service à part. Il est structuré avec des Techniciens d'Information Médicale (TIM) encadrés par un médecin.

Il répond à une double mission, celle de mesurer l'activité hospitalière et celle de mesurer le coût de cette activité.

Le recueil de l'information peut être organisée selon 2 modes, soit par un codage centralisé dans ce cas, le codage des données est réalisé par des personnes formées au codage, les TIM sous contrôle du médecin DIM, soit un codage décentralisé : le codage est alors réalisé au niveau des unités de soins par les médecins. Ce mode de recueil, sans doute le plus pertinent, souvent retenu dans les établissements privés, requiert de disposer de temps, d'outils adéquats et d'une formation.

Il est aisé de déduire le rôle essentiel du DIM et la préoccupation de ces équipes à rechercher la qualité et l'exhaustivité du codage. L'enjeu est conséquent en terme financier pour l'établissement. Un des objectifs de mon projet est **de trouver les leviers et les outils pour optimiser le codage, en impliquant les cadres de santé.**

2.7. Evolution/enjeux du PMSI

Il permet aux établissements de mieux connaître leur activité. Le secteur privé a plus vite intégré son orientation financière que le secteur public du fait de cultures différentes. La mise en place de la T2A incite les établissements à optimiser et sécuriser leur système de facturation dont le PMSI d'où le rôle clé du DIM et sa collaboration avec le contrôle de gestion dans le pilotage et l'analyse de fonctionnement des établissements.

Si le codage est réalisé concrètement par les TIM, la responsabilité est tout de même portée par les cliniciens qui fournissent l'information médicale.

Jusqu'à présent, les défauts de qualité ne changent pas les tarifs des GHS. La France expérimente désormais un mécanisme d'incitation financière à la qualité appelé « IFAQ ». 222 hôpitaux et cliniques ont été retenus pour une première phase. Pour la première année, une bonne performance qualité et/ou d'un effort significatif pourront se traduire par une dotation supplémentaire à celle de la T2A de 0,5 M€.

« Un nouveau PMSI se profile, le « PMSI QUALITE ». Il complètera le PMSI actuel... En matière de soins, la qualité de service devra être optimale. Ainsi la tenue du dossier

*informatique du patient devra être irréprochable à très court terme... L'enjeu du pilotage de la qualité prendra une nouvelle dimension, budgétaire ».*⁸

Le PMSI a conduit les hôpitaux à envisager une saisie sur informatique des données administratives (identité patient) dans un premier temps, puis des données médicales directement dans les services. Ainsi il a contribué au développement de l'informatisation des circuits d'information. C'est ce que j'aborde dans la prochaine partie.

3. Le système d'information hospitalier (SIH)

3.1. Le Système d'Information (SI)

*« Un système d'information est un ensemble organisé de ressources:matériel,logiciel,personnel,données,procédures...permettant d'acquérir , de traiter ,de stocker des informations(sous forme de données, textes ,images, sons...) dans et entre les organisations »*⁹ Pour qu'un SI fonctionne il faut : des données, des acteurs, du matériel, des logiciels et procédures .

Pour R.REIX et ROWE un système d'information « *est un système d'acteurs sociaux qui mémorise et transforme des représentations via des technologies de l'information et des modes opératoires.* »¹⁰ pour lequel ils ont identifié 3 grandes dimensions : informationnelle, technologique et organisationnelle.

*« L'hôpital est une entité très peu homogène et qui doit se réguler en permanence pour que la complémentarité de chaque métier puisse fonctionner au profit des patients...le système d'information fait partie des éléments qui structurent fortement l'hôpital... »*¹¹.

⁸ DSIH : Connaissez- vous le « PMSI QUALITE » ? Extrait de l'article paru dans la revue DSIH le 25 février 2013

⁹ R.REIX. « Systèmes d'information et management des organisations »éd Vuibert 6^{ème} édition p4

¹⁰ibid

¹¹ TOUREILLES JM système d'information hospitalier,1,2,3 partez ! éditions ENSP 2004

Reprenons la définition du système d'information hospitalier (SIH). D'après la circulaire ministérielle du 6 janvier 1989 du ministère de la santé ,c' est : « l'ensemble des informations, de leurs règles de circulation et de traitement nécessaire à son fonctionnement quotidien, à ses modes de gestion et d'évaluation ainsi qu'à son processus de décision stratégique ».

Pour répondre aux évolutions en matière de financement, et de suivi de leur activité, les établissements de santé ont dû adapter leur système d'information.

L'enjeu pour les établissements réside dans la mise en place d'une chaîne de facturation performante (qualité ,exhaustivité, rapidité de productions de données) et des outils de pilotages associés.

.Dans le cadre de mon projet le système d'information en place est un des facteurs de réussite .En effet, l'optimisation des recettes issues de la T2A, et particulièrement la traçabilité de la classification commune des actes médicaux (CCAM), impose une transmission infaillible.

3.2. Le PMSI et le SIH (*Système d'Information Hospitalier*)

Les SIH relatifs à la prise en charge du patient ont particulièrement évolué depuis une vingtaine d'années. Ainsi, les systèmes informatiques des hôpitaux français qui étaient, à l'origine, davantage orientés sur la prise en charge administrative du patient, se sont progressivement médicalisés. . Le SIH gère des données administratives et des données de soins issues des services médicaux et paramédicaux. le PMSI a contribué au développement de l'informatisation des circuits d'informations (notamment médicales) dans les hôpitaux.

.Le SIH intègre 2 domaines différents :

- Un système de gestion qui concerne la gestion des ressources humaines, les affaires financières et économiques, la logistique, les achats et les activités « d'intendance » (gestion du linge, des repas...)

- Un système relatif à la prise en charge administrative, médicale et paramédicale du patient .Il reprend les informations depuis l'accueil, qu'il soit en consultation ou lors d'une admission via les urgences jusqu'à la sortie du patient.

La loi du 31 juillet 1991 ¹²et les ordonnances du 24 avril 1996¹³ ont incité fortement à la médicalisation du SIH.

En ce qui concerne les informations relatives à la prise en charge du patient, la réglementation a fixé les règles d'une tenue rigoureuse du dossier patient. L'objectif est la coordination des soins et le partage d'information entre professionnels de santé d'un même établissement. **L'information capturée doit être disponible en tout lieu, en tout temps, dans des délais acceptables (dossier médical, imagerie).** Un système d'information bien structuré contribue à faciliter cette coordination.

3.3. Les enjeux

Le SIH est un élément incontournable du système de soins en ce sens qu'il aide au pilotage de la production de soins, il permet l'optimisation des moyens engagés, rend compte de l'activité et contribue à identifier les potentiels d'amélioration.

Les objectifs du SIH sont :

- **Améliorer la qualité des soins en permettant d'identifier des potentiels d'amélioration**
- **Maîtriser les coûts en permettant de rendre compte de l'activité**

Les flux d'information au sein d'un établissement sont nombreux, leur gestion est complexe.

La mise en place d'un système informatisé permet d'en optimiser la gestion. Il permet de aussi de répondre à l'obligation d'évaluation (IPAQSS), à la nécessité de communication et enfin à la réglementation qui fixe les règles de codage comptable des actes de soins.

¹² Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

¹³ Op.cit p1

Les systèmes d'information intégrés de soins jouent un rôle essentiel dans cette nouvelle facturation.

Qualité des soins, système d'information et équilibre budgétaire sont étroitement liés. Les systèmes d'information étaient considérés comme des investissements à rentabiliser. Compte tenu des évolutions, cette règle vient de changer : c'est la recherche de l'équilibre budgétaire qui conduit à la nécessité du système d'information intégré.

« Les systèmes d'information ne doivent plus être des systèmes de stockage améliorés mais des moteurs de l'activité quotidienne en activant les processus de production, de coordination, de communication. »¹⁴

3.4. SICAH : Système d'information Centré sur les Activités Hospitalières

Pour atteindre des objectifs de sécurité et de qualité, des hôpitaux ont développé une traçabilité des activités « productives » c'est-à-dire des activités relatives au processus de la prise en charge du patient. La traçabilité doit permettre de combiner des données ainsi recueillies de manière à reconstruire l'image de l'ensemble du processus concerné au travers d'un réseau de flux et d'activités inter-reliées.

Ce système d'information centré sur les activités hospitalières est nommé SICAH. Le principe général du SICAH est de permettre un couplage des flux d'information (administratifs, médicaux et paramédicaux) aux flux physiques (flux de matériels médico-chirurgicaux, flux de médicaments, de prélèvements et de patients) et aux activités relatives à la prise en charge du patient (soins, prescriptions, examens, actes médicaux ou chirurgicaux).

Le système d'information centré sur les activités hospitalières (SICAH) décrit par ROMEYER¹⁵ assure une modélisation des activités et des flux reliant les activités au sein

¹⁴ TOUREILLES JM Op.cit. p 14

¹⁵ ROMYER.C Système d'information fondé sur une traçabilité des activités : intérêt et difficultés de mise en œuvre dans les hôpitaux. Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de la Méditerranée, CRET-LOG, décembre 2001.

d'un processus. Le SICAH doit être capable de reconstruire à partir des diverses données collectées, l'ensemble du processus.

Le SICAH représente une base de donnée pour l'analyse médicale (ex : DMS), comptable (PMSI), managériale (charge en soins).

Ce système d'information est appelé à se développer, notamment dans le cadre de la **tarification à l'activité qui implique une saisie à la source en temps réel et par la personne qui réalise l'acte.**

4. Le dossier patient informatisé (DPI)

4.1. Le dossier du patient

4.1.1. Définition-contexte réglementaire

Selon la haute autorité de santé (HAS), « *Le dossier du patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit.* »¹⁶ On peut plus précisément définir aussi le dossier médical ainsi :

*« Le dossier patient est à la fois le support des informations pertinentes, l'outil de la réflexion et de la synthèse médicale et soignante, en vue d'une démarche diagnostique et thérapeutique. Il doit comporter des informations favorisant la coordination de la prise en charge du malade à l'issue de son séjour hospitalier, il est actualisé. C'est aussi un document de communication, il est doit être formalisé, Enfin, le dossier est un lieu de conservation des informations, il doit être conservé. »*¹⁷

Le dossier répond à une réglementation précise.

¹⁶ HAS Dossier du patient www.has-sante.fr/portail/ consulté le 23 mars 2013

¹⁷Cnehhttp://www.cneh.fr/Portals/2/05-PUBLICATIONS/GUIDE-PATIENT/DOCS/Guide_Droit_Patient_2011_2012

L'article R 710-2-2 du code de sante publique introduit par le décret 29 avril 2002 précise que le dossier médical doit contenir « ...informations lors de la consultation externe, lors de l'accueil aux urgences et au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier ».

Les informations formalisées établies en fin de séjour doivent aussi figurer :

- Compte rendu d'hospitalisation (CRH) + lettre rédigée à l'occasion de la sortie
- Prescription de sortie et double d'ordonnance de sortie
- Modalités de sortie (domicile, autre structure)
- Fiche de liaison IDE

Nous retrouverons l'intérêt de la présence de ces éléments dans le projet.

Par ailleurs, l'HAS a émis des recommandations quant à l'organisation, les responsabilités, la confidentialité et l'enregistrement. Elle précise :

« Le dossier du patient est un instrument de travail, et d'échanges avec les autres professionnels (autorisés) consignait la démarche diagnostique, thérapeutique ou préventive et les soins dont la personne a bénéficié. C'est aussi un outil de formation et d'évaluation et un support d'informations indispensables pour améliorer la connaissance en santé et les pratiques dans le respect des règles en vigueur. »¹⁸

Si d'un point de vue juridique les recommandations professionnelles n'ont pas valeur de loi ou de règlement elles n'en demeurent pas moins opposables aux professionnels.¹⁹

¹⁸ ANAES Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé dossier du patient : réglementation et recommandations juin 2003

¹⁹ Valeur rappelée par le Conseil d'Etat (CE, du 26 septembre 2006, CNOM).

4.1.2. Evaluation

La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Haute Autorité de Santé (HAS) ont décidé dès 2006 de mettre en œuvre un recueil généralisé d'indicateurs afin de disposer pour l'ensemble des établissements de santé, de tableaux de bord de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins. Les tableaux de bord portant sur le suivi d'indicateurs sont alimentés par des données comparatives utilisées à des fins de management interne, de pilotage institutionnel, d'évaluation externe, et de diffusion publique.

La qualité du dossier du patient fait régulièrement l'objet d'évaluation IPAQSS (Indicateur Pour l'Amélioration de la Qualité de la Sécurité des Soins) coordonné par l'HAS selon des modalités précises. Cinq indicateurs du dossier du patient sont évalués : qualité de la tenue du dossier patient, délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, évaluation de la douleur, dépistage des troubles nutritionnels, évaluation du risque d'escarre.

Conformément à l'arrêté du 28 décembre 2010, les résultats des indicateurs du dossier patient de chacun des établissements de santé sont diffusés publiquement sur le site PLATINES du Ministère. Ils doivent être mis à la disposition des patients par chacun des établissements dans les 2 mois qui suivent cette publication.

4.2. Le dossier patient informatisé(DPI)

Les technologies de l'information dans le secteur de la santé ont fait leur apparition dans les années 80 dans le but de faciliter le partage des informations nécessaires tant au suivi individuel de chaque patient, qu'au pilotage collectif du système de santé.

Alors que le dossier papier révélait un cloisonnement des informations, le Dossier patient informatisé répond à la commande obligatoire, régie par la loi 30 mars 1992 Décret no 92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le code de la santé publique et renforcée par la loi du 4 mars 2002, d'un regroupement des informations « administratives », médicales et paramédicales.

4.2.1. Objectifs de l'informatisation

L'informatisation du dossier du patient ne modifie pas la réglementation qui définit les données médicales qu'il contient. Sa place au centre des SIH est renforcée.

Il contribue à l'amélioration de la qualité des soins selon 2 approches : individuelle et collective.²⁰

L'approche Individuelle priorise la gestion des informations et la disponibilité du dossier

- Stockage et communication des informations : Formalisation du recueil (éviter les lacunes) Lisibilité du dossier Intégration de données multi-formats et multi sources Saisie unique, vues multiples (évite la recopie) Disponibilité de l'information, accès à distance, Partage (évite recopie), télémédecine Coopération patient-médecin Gestion de l'évolutivité des informations

- Protection et confidentialité des données : Contrôle d'accès, signature électronique, intégrité des données, etc.

- Aide à la gestion (facturation, paiement)

- Aide à la décision, sécurité du patient : Rappels, alarmes, suggestions diagnostiques ou thérapeutiques, détection des interactions, aide à la prescription, etc.) Connexion bases de données documentaires ou des connaissances

L'approche collective permet l'exploitation des données (épidémiologiques, médico-économiques), la création de registres (banque de cas).

- Recherche clinique et épidémiologie

- Veille sanitaire et épidémiologique

- Évaluation des pratiques

- Pilotage médico-économique

²⁰ BOZE.C. Informatisation du dossier patient Université Paris Descartes – UMRS 872- INSERM

- Formation : Formalisation de la démarche médicale Adhésion aux protocoles de soins

L'objectif de la mise en place du dossier patient informatisé est de permettre la continuité des soins .Les données sont disponibles, actualisées. **Il permet d'optimiser la traçabilité des actes réalisés auprès du patient.** Dans mon projet managérial cet item retient tout particulièrement mon attention.

4.2.2. Son implantation

L'informatique détient une place considérable parmi les grandes innovations.

Si l'innovation est un gage de compétitivité pour les organisations, dans le secteur hospitalier elle est synonyme de progrès médical, de meilleure prise en charge des patients donc d'une amélioration des soins

Son application dans le cadre du dossier patient informatisé présente les avantages suivants : traçabilité du parcours du patient, continuité des soins, meilleure communication entre les différents acteurs, intérêt médico-économique, intérêt médico-légal, archivage.

. Le dossier patient informatisé représente un changement technique majeur non seulement pour le personnel hospitalier mais aussi pour le patient. « Ce qui permet l'innovation n'est donc pas le potentiel abstrait représenté par la nouveauté mais la possibilité de lui affecter un usage, compte tenu du système social dans lequel elle intervient »²¹ Du fait des changements qu'elle engendre, la mise en place d'une innovation soulève des résistances auprès des acteurs de l'organisation. Compte tenu des enjeux, l'accompagnement doit être prégnant, efficace. Il nécessite de saisir la complexité de l'organisation .En effet « une innovation technique ne modifie pas les seules activités utilisant directement les outils en question mais l'ensemble social vivant de ces activités »²². Par conséquent, La mise en place du DPI nécessite une véritable conduite du changement .Une démarche projet est

²¹ N.ALTER l'innovation ordinaire éditions puf p 13

²² Op.cit. 21

l'outil le plus pertinent pour accompagner les soignants vers l'appropriation de l'outil DPI .

C'est ce sur quoi je m'appuierai pour mener à terme mon projet managérial.

4.2.3. La gestion des droits

La mise en œuvre du DPI a amené les établissements de santé à définir et affiner leur politique de gestion des droits d'accès au SIH.

Les logiciels contenant des données sensibles (Médicales, identité des patients,...) sont gérés, en accès, par un ensemble individualisé : identifiant et mot de passe ; qui répondent aux directives de la CNIL (Déclaration, modification du Mot de Passe à durée limitée,...).

Toutes les fonctionnalités du DPI sont accessibles aux professionnels en fonction de leur profil métier

5. Economie et santé, quelle éthique ?

La problématique contemporaine est marquée par le spectre du vieillissement de la population, l'avancée technologique médicale très coûteuse et l'augmentation des pathologies chroniques. Ces évolutions sont à l'origine d'un déficit croissant de l'assurance maladie qui pose des problèmes récurrents de financement. Les choix économiques en matière de santé se doivent d'être éthiques.

A ce propos le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE)²³ rappelle « *qu'éthique et économie ne sont pas incompatibles...il est possible de parler d'économie de façon éthique* ».et d'ajouter« *On ne peut pas se limiter à un équilibre comptable qui ne tiendrait compte que du passif (le coût des services) sans les mettre en balance avec l'actif qui en est la contrepartie (les bénéfices pour la collectivité, ou ceux éventuellement escomptés d'un nouveau mode de calcul)* »

²³ CCNE AVIS N° 101 Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier

Avec la mise en place de la T2A (Tarification A l'Activité), les soignants, formés à une approche holistique de la prise en charge, naviguent dans un contexte difficile en se demandant parfois quel sens donner à leur travail.

Pierre le Coz²⁴ nous explique qu'il existe un conflit de valeurs pour le soignant. Il est pris entre son souci de dispenser au patient qui lui fait face, le soin le meilleur possible, tout en aillant conscience qu'il faut une distribution rationnelle des ressources pour que le système sanitaire soit viable. Le soignant construit une représentation de son travail, de son rôle, comme une aide apportée à l'individu qui lui fait face dans la relation de soin, bien plus que comme une contribution à un bien collectif.

Le système d'allocation budgétaire des établissements de soin, symbolisé par la T2A, représente un système complexe qui demande au soignant de décomposer le soin en une suite d'actes « cotables ». Le soignant qui est formé à une approche globale doit composer avec un mode de rétribution plutôt analytique. Les représentations des dispositions économiques actuelles et la représentation que le soignant a de son rôle semblent donc en contradiction.

C'est une observation qu'il faudra prendre en compte dans mon projet managérial.

Le travail du cadre relève alors du défi. Il est à l'articulation de deux logiques : une logique gestionnaire en faveur de la maîtrise des coûts et du bien collectif et une logique soignante qui valorise le « prendre soin » individuel et ses valeurs. Ces deux logiques ne sont pas antinomiques. Dans un contexte contraint, il est important de pouvoir donner de la cohérence aux actes pour créer du sens.

Pour que les soignants adhèrent au projet d'optimisation des recettes liées à l'activité médicale et le fasse vivre, les cadres vont devoir **travailler sur le sens : faire perdurer notre système de santé d'un point de vue économique, dans le respect du patient tout en donnant du sens à l'engagement des soignants.**

²⁴ Pierre Le Coz « L'exigence éthique et la tarification économique » Revue de philosophie économique N°1 , Vol 10, 2008

CADRE CONTEXTUEL DU PROJET

6. Le Centre Hospitalier de Fougères (CHF)

6.1. Situation et contexte sanitaire

le Centre Hospitalier (CH) de Fougères se situe au carrefour de 3 régions Bretagne, Basse Normandie (Manche) et pays de Loire (Mayenne).

Il est situé à 45 km de Rennes qui est doté d'un CHU, de 2 centres hospitaliers privés et de Cliniques privées.

En 2004, sur demande de l'ARS, le centre hospitalier de Fougères a intégré les lits de la clinique privée de Fougères. Un groupement de coopération sanitaire (GCS) a été mis en place au sein du CH. les praticiens privés apportent leur concours au fonctionnement du service public.

En application de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009, dite aussi loi « HPST », l'Agence Régionale de Santé (ARS) a défini des territoires de santé.

En Bretagne ils sont au nombre de 8 et sont organisés autour :

- des besoins d'un bassin de population,
- d'une gradation de l'offre de soins et des plateaux techniques,
- et de la mise en œuvre de filières territoriales de santé.

Fougères fait partie du territoire 5 avec Rennes, Redon et Vitré.

Le Projet Régional de Santé (PRS) a été arrêté en 2012 et sa déclinaison en Programmes Territoriaux de Santé (PTS), est en cours de finalisation.

Les enjeux de ces programmes sont de parvenir à une mise en œuvre territorialisée et décloisonnée de la politique régionale de santé, et de fluidifier le parcours de santé du patient.

Les priorités de santé et les objectifs stratégiques en santé pour la Bretagne pour les cinq années à venir sont :

- prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de la vie
- Améliorer l'accompagnement du handicap, de la perte d'autonomie, des dépendances, et du vieillissement
- Favoriser l'accès à des soins de qualité sur tout le territoire

A ces priorités, s'ajoute l'objectif d'assurer l'efficacité de notre système de santé dans le respect de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie voté annuellement par le Parlement.

Le projet d'établissement du CH de Fougères, traçant les principaux axes de développement que l'établissement s'est fixé pour 2012-2017 n'est pas formalisé à ce jour.

Toutefois des orientations stratégiques sont déjà retenues et mises en œuvre.

En effet, l'ARS de Bretagne s'appuie sur des données épidémiologiques actuelles qui soulignent un vieillissement démographique impliquant le développement des besoins de la population âgée et une adaptation de l'offre. La mise en œuvre de la prise en charge des personnes âgées se décline par la mise en place de filières gériatriques.

6.2. La filière gériatrique

L'âge moyen des patients hospitalisés au CH de Fougères est de 50.4 ans.

39% des femmes hospitalisées ont plus de 70 ans pour 34% chez les hommes.

Le CHF a déjà structuré cette filière, et organise son développement.

Un service de court séjour gériatrique de 20 lits a été ouvert en 2009. En 2012, le taux d'occupation moyen de ce service est de 99.5 avec une DMS de 13.22 (pour une moyenne nationale de 15)

Une équipe mobile de gériatrie a été mise en place en début d'année 2010 financée par des enveloppes MIG (missions d'intérêt général). Elle est constituée de personnel interdisciplinaire :

0.2etp médecin ; 0.8 etp infirmier ; 0.8 etp ergothérapeute ; 0.9 etp diététicienne ; 0.2 etp assistante sociale ; 0.1 etp de psychologue ; 0.1 etp de cadre de santé ; 0.4 etp de secrétaire.
1200 interventions de cette équipe ont eu lieu dans l'établissement en 2011.

6.3. La situation financière

Selon Le rapport de gestion 2012, qui sera soumis au conseil de surveillance le 17 mai 2013, le CH enregistre un déficit comptable de 190 243€ .Le directeur constate une augmentation de 3.5% de l'activité et d'environ 5% des recettes par rapport à l'année précédente.

Le CH a honoré son contrat de retour à l'équilibre (CRE) en 2011.

Quelques chiffres clés (extraits du rapport de gestion 2012

Lits installés au 31/12// 2012 :

• médecine:	110
• chirurgie:	35
• ambulatoire:	14
• gynécologie-obstétrique:	24
• pédiatrie néonatalogie:	10
• unité de surveillance continue:	5
• soins palliatifs:	5
• UHCD:	8
• soins de suite:	25
• USLD:	49
• EHPAD:	159
TOTAL :	444

Activité en2011

• entrées MCO hospitalisation complète :	10 746
• journées MCO hospitalisation complète	61 637
• hospitalisations de jour :	1 942
• nombre de séjours PMSI :	12 310
• journées en SSR :	9 038
• journées d'hébergement :	75 969
• passages externes :	46 225
• passages aux urgences :	25 566
• nombre de naissances :	1 007
• durée moyenne de séjour MCO :	5,01j

Le taux d'occupation moyen des services MCO s'établit à 84,1% en 2012 pour un taux de 82.7% en 2010.

Dans ce contexte de contrainte financière, la direction des finances est soucieuse de trouver un équilibre budgétaire.. Parallèlement aux stratégies développées pour maîtriser les dépenses, le CH de Fougères recherche des moyens pour développer ses recettes.

La mobilisation du service des urgences sur les problématiques de facturation au CH de Fougères a amené ce service à participer à un travail avec l'ANAP..

6.4. Le PMSI

Comme dans la plupart des établissements publics, le codage au CH est centralisé.

Les techniciennes du DIM, 2.8 etp sous contrôle du médecin DIM, un médecin anesthésiste à ½ temps, proposent un codage à partir du diagnostic figurant dans le RUM enrichi des informations identifiées dans le dossier patient.

Pour les consultations externes, le codage des actes CCAM est réalisé à la source, par les secrétaires.

6.5. Les enjeux d'avenir

Le CHF doit faire face comme de nombreux autres CH à une pénurie médicale.

De ce fait, il axe son avenir sur le développement d'une collaboration avec le CHU de Rennes. Actuellement cette collaboration se décline par des consultations avancées, des postes médicaux partagés, des réseaux de soins (diabétologie, télémedecine) et des conventions entre établissements. Ces dispositifs répondent aux prérogatives de l'ARS qui sont de renforcer la coopération entre les secteurs sanitaires en confortant les actions de proximité et en favorisant l'articulation des acteurs du système de santé.

7. SIH au CHF

7.1. Evolution

Le projet de gestion de l'établissement pour la période 2006-2011, avait pour objectif d'organiser une entité hospitalière cohérente et efficiente permettant une prise en charge optimale des malades.

4 projets principaux ont été retenus dans ce cadre :

- Appliquer la réforme de la T2A
- Mettre en place la nouvelle gouvernance
- Développer des outils de pilotage médico-économiques
- Améliorer la qualité et la gestion des risques

Dans le cadre de la réforme de la T2A, en 2005, le CH de Fougères a initié une réforme des secrétariats médicaux en centralisant, pour les consultants externes, l'ensemble des opérations administratives et de prise de rendez-vous. Le patient a donc un interlocuteur

unique, ce qui améliore la lisibilité du circuit. D'autre part la saisie de l'activité est réalisée par ceux qui la produisent, ce qui évite des pertes d'informations.

L'une des faiblesses de l'établissement, était de ne pas disposer d'une comptabilité analytique suffisamment précise permettant l'analyse des coûts par service ou par unité fonctionnelle permettant de mettre en place un véritable contrôle de gestion.

En effet, la mise en place du contrôle de gestion permet à l'établissement de comparer ses coûts à ceux des autres établissements, à ceux qui sont retenus au niveau national et ainsi d'identifier des marges de progression.

.A ce jour le CH a mis en place un dispositif pour remédier à cette situation et une politique de sensibilisation est menée.

Un nouvel outil, logiciel Dashboard, est déployé dans les services de soins depuis avril 2009. Il est accessible sur les postes des médecins et des cadres de santé. Il présente des données relatives à l'activité, le PMSI, les dépenses et le personnel. Les données sont actualisées tous les mois.

Les données disponibles sont :

- Activité : entrées, journées, DMS taux d'occupation
- PMSI : nombre de séjours PMSI, DMS, valorisation correspondante (total établissement et détail par unité)
- Charges directe : dépenses de personnel, dépenses médicales et dépenses hôtelières
- Ressources humaines : ETP affectés, ETP au travail, nombre d'agents affectés (total établissement et détail par unité)

En 2006, le CHF s'est engagé dans la procédure de certification V1. La certification des établissements de santé est une procédure d'évaluation externe indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, qui vise à améliorer la qualité et la sécurité des soins. La visite de certification V2 s'est déroulée en 2009 et actuellement l'établissement est dans la phase d'autoévaluation pour la V3.

La politique qualité du CH de Fougères a été définie une première fois en 2005. Les principaux bénéficiaires sont les patients ainsi que les professionnels pour lesquels produire une prestation de soins améliorée et sécurisée constitue une source de satisfaction

et de valorisation. Les professionnels de santé exerçant en ville ou dans d'autres établissements sont aussi attentifs à la qualité des échanges avec le CHF.

Le CH est engagé dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins. La mise en place du DPI devient un des moyens pour optimiser la qualité des soins. Sa mise en œuvre nécessite toutefois des évolutions du SI.

Dans le cadre de la modernisation de la partie médicale de son système d'information, Le centre hospitalier de Fougères s'est engagé dans le projet d'informatisation « hôpital 2012 », financé en partie par l'Agence Régionale de Santé(ARS) .

7.2. Projet H2012-35

Le plan hôpital 2012, plan quinquennal de financement des investissements hospitaliers, constitue le prolongement du plan hôpital 2007 .Afin de favoriser leur modernisation et d'améliorer leur efficacité, le plan Hôpital 2012 accompagne les établissements dans leur politique d'investissement (mobilier, immobilier et équipements lourds)

L'objectif de ce plan est de favoriser leur modernisation et d'améliorer leur efficacité.

Le plan Hôpital 2012 poursuit comme double objectif :

- d'améliorer l'efficacité de l'offre hospitalière
- de poursuivre la modernisation technique des établissements de santé dans une recherche constante de qualité et de sécurité des soins.

Deux types de projets sont soutenus par le plan H2012 : la rénovation immobilière et le développement des systèmes d'information(SIH).

Les projets informatiques visent quant à eux à privilégier :

- les projets mutualisés et territorialisés.
- les projets orientés vers la mise à niveau des systèmes d'information pour permettre l'amélioration de la production et l'indexation des documents communicables

d'une part et l'informatisation de la prise en charge du patient , l'optimisation des processus de soins et du circuit du médicament la qualité et la sécurité des échanges d'informations, internes et externes (interopérabilité avec la messagerie sécurisée et les outils de la plateforme régionale de télésanté)

En Bretagne, le montant total d'investissement des établissements s'élève à plus de 72 millions d'euros.

4 établissements Fougères, Redon, Saint Malo et Vitré ont conçu un projet commun visant à :

- Accélérer la mise en place et le déploiement complet de la partie médicale du système d'information :
 - Gestion du dossier patient informatisé
 - Gestion de la production de soins
- Mener des études communes des impacts sur leur système d'information.

Le projet H2012-35 s'inscrit dans le périmètre de transformation du SIH : débuté le 19 novembre 2008 le projet H2012-35 devait s'achever le 31 décembre 2011.

En réalité il a été prolongé et a été déclaré achevé par l'ARS et l'ANAP le 31 décembre 2012

L'organisation du projet est la suivante :

Chaque établissement monte sa propre structure de projet composée d'un **comité de pilotage** animé par un directeur de projet et **d'un groupe projet** animé par le chef de projet et le responsable du système d'information.

Le groupement monte une structure de coordination qui s'assure du bon avancement des travaux mutualisés. Il se dote d'une assistance à la maîtrise d'ouvrage (AMOA).Enfin le groupement confie au Syndicat Inter Hospitalier de Bretagne (SIB) les prestations de maîtrise d'œuvre, soit la mise en place des composants logiciels sur des services pilotes et **accompagnement du changement** lors de la phase de déploiement.

Au CHF le comité de pilotage est constitué :

Du Directeur, du Directeur adjoint chargé de l'informatique, de la Directrice des soins, du Directeur des ressources humaines, du Directeur qualité, du médecin DIM ou d'un représentant du DIM, du président de la CME, d'un médecin urgentiste, d'un médecin anesthésiste, d'un médecin de service de médecine, d'un pharmacien, du responsable informatique, d'un cadre de sante chef de projet, d'un cadre de santé et d'une secrétaire médicale.

Le choix d'inscrire le directeur dans le comité de pilotage est stratégique afin de montrer une implication forte de la direction dans ce projet .

La composition du groupe projet au CH est la suivante :

Le Directeur de projet (directeur adjoint chargé de l'informatique), le chef de projet, le responsable informatique, un médecin de service de médecine, un urgentiste, un anesthésiste, un pharmacien, le médecin du DIM ou un représentant (TIM)), un cadre de santé, une infirmière, une secrétaire médicale.

Planning de déploiement :

Composant logiciel	Début d'implantation dans service pilote	Fin du déploiement
Dossier Médical Urgence (DMU)	Novembre 2009	Mars 2009
Circuit du médicament et parallèlement Dossier Médical(DM)	Novembre 2009	Novembre 2011
RDV	Juin 2010	Décembre 2010
Production de soins /transmissions ciblées	Septembre 2011	Décembre 2012

Pour chaque mise en place de nouveau composant de logiciel, des référents métier ont accompagné le chef de projet.

La méthodologie du projet est la suivante :

- Une réunion de lancement avec l'éditeur et l'équipe projet

- Formation des référents métiers au produit, au paramétrage,
- Elaboration d'une pédagogie en vue de la formation
- Formation des utilisateurs finaux par les référents

Pour chaque module, la stratégie était d'implanter chaque nouveau module dans un service pilote, de réaliser les réajustements nécessaires et d'organiser le déploiement.

8. Le Dossier patient informatisé (DPI) au CHF

8.1. Historique

La politique qualité, développée au centre hospitalier de FOUGERES depuis 2005, à été affinée à la suite de la seconde certification, en 2008. Basée sur la forte participation des divers acteurs de santé, au travers des commissions institutionnelles mises en place, elle accentue notamment les besoins de sécurisation et de partage des informations médicales concernant le patient (Informations, traçabilité des prescriptions et validations de leurs administrations,...).

Le choix institutionnel a été le logiciel de Dossier patient informatisé SILLAGE commercialisé par le SIB (Syndicat Inter hospitalier de Bretagne) .

8.2. La Gestion de droits :

La mise en œuvre du DPI a amené l'établissement à affiner sa politique de gestion des droits d'accès au SIH. L'accès au DPI est nominatif (Identifiant et mot de passe individuel)

Tous les professionnels ont été sensibilisés, lors des formations à Sillage, aux droits et devoirs liés au secret professionnel. Rappel a été fait, spécifiquement, sur les droits d'accès aux dossiers des patients dont ils ont la charge et non aux autres dossiers et sur les sanctions qui pourraient découler d'éventuels manquements à ces règles éthiques ?

8.3. Implantation

J'ai intégré le groupe projet, en septembre 2011 pour la mise en place de la partie production de soins/transmissions ciblées, en tant que référent métier avec une collègue cadre de santé. Notre mission était de réaliser le paramétrage ,organiser la mise en œuvre dans 3 services pilotes, la formation des utilisateurs finaux par leurs pairs, planifier et mettre en œuvre le déploiement dans les autres services .Afin de pouvoir bénéficier des financements prévus par l'ARS nous devions achevé la mise en place de ce projet pour la fin 2012. L'objectif a été atteint mi-décembre 2012.

Le dossier patient informatisé (DPI) est déployé sur l'ensemble du secteur MCO.

J'ai maintenant pour mission de le mettre en œuvre dans le secteur personnes âgées de l'établissement et d'en assurer son suivi.

L'établissement prévoit de déployer le DPI sur les secteurs USLD, EHPAD au cours du 2^{ème} semestre 2013

Commission de suivi du DPI

Après sa mise en œuvre, en mode projet, le fonctionnement en routine du DPI demande la mise en place d'une organisation pour en assurer le suivi. La Création d'une commission de suivi du DPI a été mise en place. Elle est chargée de statuer sur les demandes de modifications, de nouveautés et d'amélioration des divers modules du DPI après en avoir mesuré la pertinence, l'impact sur toutes les UF(s), et la faisabilité des modifications au regard de la gestion des droits.

Cette commission dont je suis membre, est composée de membres de la direction, du président de CME, et de représentants des divers métiers.

L'implantation du DPI s'est accompagnée d'une conduite de changement. Les besoins métiers et les réalités du terrain ont été prises en compte et il y a eu une **implication forte des acteurs métiers** :

- 200 jours de référents métiers (apprentissage, paramétrage, conduite de changement...)

- 900 jours de formation aux utilisateurs finaux.

8.4. Le SIH aujourd'hui

Le CH dispose aujourd'hui d'un outil informatique performant et adapté.

Le SIH est un système intégré. Le dossier patient est au cœur du système d'information.

SCHEMA SILLAGE Cf Annexe 4

Nous venons de décrire l'élaboration et l'implantation du DPI au CH de Fougères.

Nous avons aussi mis en évidence que l'enjeu actuel du CH est d'optimiser les recettes de l'activité médicale.

Le CH a constaté que malgré une croissance significative de son activité depuis le début de l'année 2011, les recettes engendrées n'ont pas été à la hauteur des attentes. L'établissement a souhaité réaliser un audit sur les séjours MCO du 1^{er} janvier au 30 juin 2011 par un évaluateur externe. Pour ce faire le cabinet Lowendal Masai et Medlink a été sollicité. Les résultats de l'audit ont été présentés en CME le 15 novembre 2011.

Si l'audit a permis de constater que le codage des dossiers est de bonne qualité, il a également identifié des dysfonctionnements.

Selon l'étude menée par le cabinet d'audit, l'impact économique d'une optimisation du codage est conséquente. Elle est évaluée à un **gain moyen de 1600 euros par dossier optimisé**. L'estimation du nombre de dossiers optimisables par an est de 96.

LE PROJET MANAGERIAL

9. Motivations

Cadre de santé depuis 2003 au CHF, j'ai intégré le groupe projet Hôpital 2012-35 en septembre 2011. J'ai été sollicitée en tant que référent métier pour la mise en place de la partie production de soins/transmissions ciblées du DPI. Parallèlement j'ai continué à exercer ma fonction de cadre de proximité d'un service de chirurgie et d'un service d'ambulatoire. Depuis Octobre 2012 j'ai intégré l'équipe de direction des soins. Mes missions sont : la gestion du pool de remplacement du CHF, le suivi du DPI et la mise en place dans le secteur personnes âgées (EHPPAD, USLD) .

En tant que cadre de santé, la mise en place de la tarification à l'activité dans l'établissement a impacté mon management et l'organisation du service.

Afin d'être le plus exhaustive possible dans la traçabilité des actes soignants, j'avais élaboré, en collaboration avec le médecin du service, un support papier à partir d'un document remis par le DIM, sur lequel les IDE reportaient une sélection d'actes susceptibles de générer une valorisation du séjour d'un patient. Ce document était inclus dans le dossier du patient le temps du séjour et mis à disposition du chirurgien à la sortie du patient pour qu'il puisse reporter les informations dans le Compte rendu d'hospitalisation (CRH).

Depuis l'information auprès de l'équipe soignante sur l'objectif de ce dispositif et sa mise en place **j'ai constaté qu'ils n'exploitaient pas cet outil avec rigueur, ni régulièrement.**

Avec la mise en place du DPI, ce dispositif n'est plus exploité par les soignants du service dont j'étais responsable. . En effet l'utilisation de l'outil informatique exclut l'utilisation de support papier en parallèle. Je me suis interrogée sur la possibilité de trouver un moyen de saisir ces actes dans le DPI.

Depuis j'ai participé au déploiement de sillage PS dans les services de MCO. J'ai questionné mes collègues sur leur pratiques relatives à la traçabilité des actes CCAM .J'ai constaté que certains avaient aussi mis en place leurs propres outils, d'autres n'avaient pas

véritablement intégré l'impact économique car il n'existe pas de formalisation de traçabilité des actes.

L'ensemble de ces observations enrichies par des échanges informels avec le chef de projet (hôpital 2012) et l'équipe du DIM me confortent sur le choix et la pertinence de mener un projet managérial sur l'amélioration de l'efficacité du codage au CH de Fougères en améliorant le recueil et le traitement de l'information médicale produite tout au long des séjours. Cette démarche passe par une conduite de changement en impliquant les cadres de santé.

Le périmètre du projet portera sur l'ensemble des services du MCO du CH.

L'implantation de la partie production de soin du DPI a été un projet transversal sur l'établissement dans lequel je me suis beaucoup impliquée. Il m'a permis de développer une collaboration avec les cadres de santé et les équipes soignantes des services concernés et me confère une légitimité pour mener ce projet. Dans l'objectif d'accéder à des fonctions d'encadrement supérieur, m'investir dans un autre projet transversal est une opportunité, à fortiori si mon projet implique des cadres de santé.

La finalité du projet est **d'optimiser les recettes issues de l'activité médicale en améliorant dans le DPI, le processus de recueil des actes infirmiers reportables dans le CRH et valorisant le séjour du patient en impliquant les cadres de santé de l'établissement.**

Mon ambition affichée est d'acculturer les cadres de santé au système d'allocation budgétaire de l'établissement de santé dans lequel ils exercent, et de repérer les leviers d'action du cadre pour contribuer à la mise en place de la nouvelle tarification hospitalière.

10. Présentation du projet

10.1. Contexte

Depuis 2 ans, le Centre Hospitalier de Fougères s'est engagé dans un projet d'informatisation du dossier médical et notamment des comptes rendus d'hospitalisation. Le Centre Hospitalier constate que malgré une croissance significative de son activité depuis le début de l'année 2011, les recettes engendrées n'ont pas été à la hauteur des attentes.

L'enjeu actuel du Centre Hospitalier est d'optimiser les recettes de l'activité médicale en améliorant le recueil et le traitement de l'information médicale produite tout au long des séjours.

Un audit a été réalisé en octobre 2011 par « Lowendal masai » au CH de Fougères sur des dossiers MCO du 1er janvier au 30 juin 2011 montre l'impact économique d'une optimisation du codage.

Si l'on extrapole les résultats de l'analyse des dossiers « sous optimisés » pour le CH, sur le premier semestre 2011 pour le potentiel annuel de recettes supplémentaires, on peut prétendre à un gain de 153 600,00 €

Nombre de dossiers optimisables par an(estimation)	Gain moyen par dossier optimisé	extrapolation
96	1 600 €	153 600,00 €

Les observations de l'audit relèvent « un suivi infirmier permettant d'identifier des complications mineures non reportées dans le compte-rendu d'hospitalisation » .

Le tableau ci- contre apporte des précisions sur l'optimisation des recettes escomptées.

Impact économique d'une optimisation du codage

libellé du GHM	Elément modifiant le GHM	information retrouvée ou ?	tarif GHM1	tarif GHM2	Gain
Fracture du col du fémur	Phlyctène talon matelas à air	plan de soin	6467.35	8243.62	+1176.27
Fracture du col du fémur	dénutrition albuminémie complément hyperprotidique	CRH+plan de soin	5775.42	8749.42	+2974.00
Intervention majeure sur l'intestin grêle et le colon	phlyctène	dossier infirmier (transmissions ciblées)	6467.35	8243.62	+1776.27
Autre affection dermatologique	mycose buccale/fungizone	CRH dossier infirmier	1094.24	2094.04	999.80

10.2. Constats :

- Les actes CCAM, complications mineures, reportables dans le CRH pouvant modifier le codage PMSI ne sont pas recensés de manière exhaustive .De ce fait les techniciennes de l'information médicale(TIM) sont amenées à rechercher dans le dossier patient informatisé(DPI) des données paramédicales et médicales afin d'optimiser le codage.
- Il existe une disparité de process relatif à la traçabilité des actes CCAM au CHF.
- Les cadres de santé ne sont pas tous impliqués dans ce processus

10.3. Enjeux du projet

- Acteurs impliqués/concernés

Les acteurs impliqués sont : Infirmières, cadres, médecin, équipe DIM,

Acteurs concernés : Directeur des services financiers et informatique, le chef de projet hôpital 2012, ingénieur informaticien,

Les entretiens informels auprès du directeur des affaires financières, du chef projet hôpital 2012 responsable du DPI, du médecin DIM me confortent dans la pertinence du choix de ce projet managérial :

Optimiser les recettes issues de l'activité médicale en améliorant le processus et l'efficacité de la saisie du codage par une saisie à la source, en impliquant les cadres de santé. Cette démarche mettra aussi en exergue la complémentarité des acteurs médicaux et paramédicaux à travers une aide au codage.

En tant que rédacteurs des Compte Rendu d'Hospitalisation (CRH) les médecins sont concernés. Quinze médecins ont rencontré les auditeurs .L'ensemble du collège médical a bénéficié d'une information relative à cette thématique lors de la restitution des résultats de l'audit au cours d'une CME.

A partir du focus centré sur les éléments qui permettent d'optimiser la valorisation des séjours des patients, 2 axes de travail se dégagent :

- Un axe centré sur les moyens à mettre en place pour optimiser le codage en recherchant l'exhaustivité des informations, reportables dans le CRH et valorisant le séjour du patient.
- Le second axe est une opportunité pour améliorer les pratiques professionnelles. Il est orienté sur la qualité de la prise en charge du patient. Force est de constater que les items valorisant les séjours sont des complications témoignant d'une non qualité de prise en charge Il serait cohérent et opportun de

réaliser une évaluation de pratique professionnelle(EPP) ciblée sur une des complications identifiées.

Si dans le 1er axe, l'objectif est d'optimiser les recettes en adéquation avec la prise en charge réelle et en impliquant les cadres de santé, dans le 2nd, l'objectif est de minorer les dépenses liées à des complications, en s'inscrivant dans une démarche qualité à travers une EPP. .

10.4. Mon implication

Dans mon projet je retiens de travailler sur le 1^{er} axe car je souhaite développer l'implication des cadres de santé dans l'allocation budgétaire du CHF. L'amélioration de la traçabilité et de l'exhaustivité des saisies d'actes CCAM et complications nécessite une saisie à la source. Ma démarche se situe dans l'amélioration médico-économique

Quant à la mise en œuvre d'EPP relative à la qualité de la prise en charge des patients, elle pourra être réalisée dans le cadre de la certification V2010 dans laquelle l'établissement s'est engagé.

Notons qu'il existe au CHF un groupe de travail dynamique, sur la prévention des escarres, animé par des cadres de santé. Ce groupe assure des formations auprès des soignants, réalise régulièrement des enquêtes de prévalence dans l'établissement et mène des EPP.

11. Méthodologie

La **méthodologie** retenue est la suivante, dans un premier temps j'ai mené **un audit** dans les services de soins et auprès du DIM, puis j'ai mené des **entretiens** auprès de cadres de proximité pour réaliser un état des lieux. C'est l'étape préalable nécessaire avant de démarrer le projet.

Cette démarche permet de visualiser ce qui se fait actuellement au CHF en terme de traçabilité des actes CCAM dans les services de soins. A partir des résultats de l'audit, des

entretiens, et de l'objectif que je me suis fixé, je pourrai en déduire et organiser les changements à mener.

11.1. **Les processus de codage existants.**

L'objectif de cette étape est d'identifier les processus de codage existant au CHF.

J'ai ciblé les services d'hospitalisation conventionnelle impactés par la T2A : Court séjour gériatrique, chirurgie, Unité de soins continu, médecine gastroentérologie, médecine cardiologie, médecine pneumologie, urgences, pédiatrie, maternité, UHCD soit 10 services.

Dans le service de consultation externe la saisie des actes CCAM est réalisée par les secrétaires à l'issue de chaque consultation. Ce dispositif est mis en place depuis 2008 et à ce jour l'exhaustivité est pratiquement acquise.

Je suis allée dans tous les services concernés cités préalablement et **avec les cadres des services, j'ai recensé les procédures et modalités existantes permettant de tracer les actes CCAM.**

Certains cadres m'ont d'emblée transmis la procédure existante et les supports ad hoc (dans 8 services/10), un cadre ne disposait pas de procédure mais connaissait les actes CCAM, enfin pour un cadre aucune procédure n'était en place et le terme acte CCAM n'était pas significatif.

Notons que les procédures ne sont pas formalisées, c'est une information orale qui est transmise aux infirmières par le cadre du service .cette démarche est donc aléatoire.

Le tableau de recueil des processus de recueil des actes CCAM dans les services de soins du CHF met en évidence que :

Il n'y a pas d'homogénéité sur le processus de recueil et donc sur la traçabilité des actes CCAM.

Les supports utilisés actuellement ne sont pas communs :

- Dans les services de médecine sauf le CSG, et en chirurgie, un document existe sous forme papier. Ce document a été élaboré par les secrétaires ou les cadres de proximité. Il reprend les actes CCAM les plus couramment réalisés dans les services. Les infirmières apposent l'étiquette du patient en regard de chaque acte réalisé.
- en USC un support informatique a été mis en place par l'anesthésiste, chef de service, mais ne dispose pas d'un « espace sécurisé » donc n'est pas réglementaire car il n'a pas fait l'objet d'information à la CNIL.
- En pédiatrie et CSG, il n'existe aucun support

Les actes sont notés sur les supports papiers **exclusivement par les infirmières (8 /8)**

Enfin, nous observons majoritairement une **double saisie** : infirmière sur les supports papier puis secrétaire dans le DPI (7 / 10).

11.2. La saisie des actes après codage

Un programme de récupération d'actes CCAM saisis « en retard », c'est-à-dire après codage, pour la période du 01/01/2012 au 31/12/2012 montre que :

- 193 résumés ont fait l'objet d'une récupération d'actes uniquement pour les unités de chirurgie
- 1565 résumés ont fait l'objet d'une récupération d'actes pour les autres unités.

11.3. Les difficultés de codage des TIM

L'objectif de cet audit est de repérer les éléments manquants récurrents dans les CRH qui impactent le codage pour lesquels les TIM sont amenées à effectuer des recherches dans le dossier du patient.

Les complications de type escarre, lymphangites, dénutrition...modifient le codage ou le niveau de sévérité du GHM. L'absence de ces informations dans les CRH, amène les TIM

à effectuer des recherches afin de tendre vers un maximum d'exhaustivité des éléments de la prise en charge des patients, et proposer un codage en adéquation. Pour ce faire, elles réalisent une lecture transversale de tous les éléments du DPI : transmissions ciblées des soignants, pancarte, prescriptions, résultat de laboratoire...

Afin d'objectiver le temps passé à cette recherche et d'évaluer les gains, j'ai élaboré une grille de relevés (annexe) qui reprend les items suivants :

- Nature de l'élément recherché
- Ou ? transmissions, prescriptions.
- Durée de la recherche
- Modification générée dans le GHM (niveau de sévérité)
- Valorisation financière ou pas

Je l'ai testée avec une TIM, puis remise à chacune des TIM, ensemble nous avons convenu de la remplir sur une journée..

	Services référents
TIM 1	Chirurgie USC Maternité bloc
TIM 2	SSR cardiologie
TIM 3	Médecine gastrologie, pneumologie, CSG

Limites

La Grille n'a pu être renseignée que par 1 TIM. L'analyse portera donc uniquement sur l'activité de chirurgie.

Je n'ai retenu que les dossiers optimisés je n'ai pas retenu ceux pour lesquels il n'y a pas eu de valorisation possible bien que la TIM ait passé un temps de recherche.

Les Dossiers de chirurgie sont remis irrégulièrement aux TIM. Le codage n'est pas « groupé » sur 1 journée mais réalisé « au fil de l'eau » d'où une difficulté à évaluer précisément le temps passé à effectuer les recherches par spécialité.

Analyse de la grille de relevé des complications optimisant le codage

- D'un point de vue quantitatif

Sur 13 dossiers, 3 n'ont pas fait l'objet de valorisation après recherche

La valorisation équivaut à un montant de : 26 626.97€ soit une moyenne de 2663€/dossier

Pour 13 dossiers le temps de recherche est de 1H20 et varie entre 3 et 15min/dossier
soit 7min en moyenne /dossier

Le gain se situe dans une fourchette entre 851.51€ et 8619.29€

Certaines recherches se sont avérées infructueuses mais ceci n'apparaît pas dans la grille de relevé, le temps passé n'a pas été relevé.,

- D'un point de vue qualitatif :

Sur 10 optimisations de codage :

4 sont liées à l'existence d'escarres

3 sont liées à des infections urinaires

1 est liée au dépistage et traitement d'une dénutrition

1 est liée à la présence d'un germe au niveau de la plaie

Il n'y a pas de rapport entre le temps passé et le gain obtenu.

Les recherches n'ayant pas pu faire l'objet d'une optimisation de codage sont dues à :

- un défaut de traçabilité de l'intervention de la diététicienne dans le dossier de soins
 - l'absence de « dénutrition » notée dans le CRH
 - un manque de précision du stade de l'escarre

Sur le mois de février 2013 :

Sur 110 dossiers en chirurgie orthopédique 35 ont bénéficié d'une optimisation

Sur 76 dossiers en chirurgie digestive 15 ont bénéficié d'une optimisation.

Soit 50 dossiers pour lesquels la valorisation est issue des recherches menées par les TIM dans le DPI

Conclusion

La grille de relevé ne permet pas de mettre en exergue un temps « conséquent » passé à la recherche d'informations pour optimiser le codage, bien que si on extrapole les résultats on arrive à 6H23 pour 1 mois pour 1 TIM.

On peut alors imaginer que pour les 3 TIM on atteint 18h/mois, soit 216h/an ...ce qui équivaut à 1 mensualité d'ETP.

De la même façon, si on réalise une moyenne de la valorisation financière pour les 50 dossiers de chirurgie on obtient 133 150€ pour le mois de février.

Ces observations me confortent dans l'intérêt et la pertinence de l'amélioration du processus de recueil des actes et complications mineures à la source, par les acteurs, dans le DPI.

11.4. Benchmarking

Afin d'enrichir ma réflexion, j'ai souhaité réaliser un benchmarking auprès d'autres établissements afin d'identifier leur modalité de codage.

Mon objectif est de comparer nos modalités de codage avec d'autres établissements. Il m'apparaissait pertinent de contacter un établissement public similaire au CHF et un établissement privé. Pour le premier cas, j'ai retenu le CH de REDON, partenaire du projet hôpital 2012, qui dispose du même DPI et avec qui nous avons mutualisé un certain nombre d'éléments constitutif du DPI. J'ai contacté le responsable du DIM qui est aussi le chef de projet Hôpital 2012.

Au CH de REDON, les actes sont codés par les secrétaires médicales à partir du plan de soins. Le DIM vérifie ensuite la concordance des actes et des diagnostics car le codage des dossiers est centralisé comme au CH de Fougères.

Pour l'établissement privé, j'ai contacté la directrice des soins de la clinique « La Sagesse » à Rennes pour prendre rendez-vous afin de lui expliquer mon projet et obtenir l'autorisation de rencontrer le responsable DIM .A ce jour je n'ai pas de réponse de sa part.

11.5. **La connaissance des cadres relative à la T2A et leur implication dans ce processus**

Afin d'apprécier la connaissance et l'implication des cadres de proximité dans ce processus, j'ai choisi de mener des **entretiens** auprès d'eux.

Lors du recensement des modalités de recueil des actes CCAM dans les différents services, j'ai constaté que les cadres n'avaient pas tous le même niveau de connaissance « des actes CCAM » d'une part et surtout que les liens avec la T2A n'étaient pas complètement intégrés.

J'ai donc décidé de mener des entretiens auprès d'eux .les objectifs de cet entretien sont :

- D'identifier leur connaissance relative à la T2A
- Décrire l'impact de la T2A sur leurs pratiques managériales
- Repérer leur connaissance, implication sur la traçabilité des actes CCAM dans leur service.

Lors du recueil des processus de recueil des actes CCAM j'ai identifié 2 types de dysfonctionnements :

- Pas de support= pas de recueil pour le CSG et pour la pédiatrie
- Support existant/recueil aléatoire pour la chirurgie et les services de médecine

J'ai donc décidé de mener mes entretiens auprès de cadres concernés par des dysfonctionnements différents : le cadre du CSG, de pédiatrie, de médecine gastro-entérologie et de chirurgie, de croiser leurs propos et de rechercher s'il y avait un lien entre la connaissance de la T2A, son impact managérial et les modalités de recueil.

J'ai élaboré un guide d'entretien (cf annexe) reprenant mes objectifs, en partant d'un questionnaire large pour terminer sur le recueil des actes CCAM.

Les entretiens se sont déroulés dans les bureaux des cadres après avoir convenu d'un rendez-vous selon leur convenance.

J'avais sciemment présenté mon projet de manière très vague pour ne pas influencer leurs réponses à mes questions, j'ai souhaité qu'elles restent le plus spontanées et authentiques possible.

Les cadres de médecine, de court séjour gériatrique et pédiatrie ont entre 1,4 et 6 ans d'expérience en service. Le cadre de chirurgie est en fait une infirmière faisant-fonction depuis octobre 2012 qui exerçait ses fonctions d'infirmière au bloc opératoire et aux urgences auparavant.

- **1^{er} Objectif : Identifier leur connaissance sur la T2A.**

Les cadres de manière unanime (4/4), évoquent un lien entre activité et financement.

Les termes suivants reviennent : « *rémunération de l'établissement en fonction de l'activité, budget alloué en lien avec l'activité, on perd de l'argent, faire des actes, coter des actes (2/4)* ». 2 cadres /4 parlent de « *bornes hautes/bornes basses* » et précisent que « *si on ne les respecte pas on perd de l'argent* ». 1 cadre parle d'*impact sur la durée de séjour* et 1 cadre dit ne pas observer de modification de durée de séjour.

Les services concernés sont bien identifiés. En effet 4/4 pensent que le secteur MCO est concerné et précisent que le SSR est exclu de ce système de financement. 1 cadre se pose la question par rapport au SSR.

Par contre le contexte législatif dans lequel a été mis en place la T2A, depuis quand il est appliqué, n'est pas connu.. 3 cadres sur 4 ne savent pas depuis quand.

A propos de la terminologie utilisée pour évoquer la T2A j'ai demandé quelle signification avaient les termes : **GHM, PMSI, actes CCAM, DMS, et si elles connaissaient le processus de facturation des séjours.**

Les cadres (3/4) donnent une définition exacte du GHM (groupe homogène de malade) ,une précise « *c'est le profil type de malade du service* » par contre **aucune n'évoque son corollaire en terme de financement.**

Le terme de PMSI est associé à « *une évaluation de la charge en soins, rapport entre le coût du soin et ce qu'il rapporte, cotation des actes* »

Quant aux actes CCAM les réponses sont variables. 2/4 ne savent pas ce qu'ils sont. 1/4 a cherché l'information auprès de la secrétaire et 1/4 connaît précisément les actes récurrents pour son service mais dit qu'ils ne sont pas tracés.

2 cadres /4 ne connaissent pas le processus de la chaîne de facturation, et 2/4 cadres savent que le RUM est la base. Une cadre précise « *le RUM et les actes cotés par le médecin permettent d'évaluer le séjour en ciblant un diagnostic, donc une valeur* ».

Il m'a semblé aussi pertinent d'évaluer, à travers les propos des cadres, la connaissance et la mise en œuvre de la T2A dans les pratiques médicales et paramédicales.

Pour ce qui concerne les pratiques médicales pour rédiger le CRH, les médecins du CSG consultent le plan de soin dans le DPI, alors que les chirurgiens ne le consultent pas, voire rédigent leur CRH sans même consulté le DPI.

La cadre du CSG parle de soins techniques (transfusions, repérage de la dénutrition...) et de turnover de patients très important dans son service, avec un taux d'occupation proche des 100%, et une DMS <14 jours.

Ces entretiens confirment que les cadres ont intégré que l'activité médicale et la T2A sont liées. Ce qui est un atout pour mon projet car par rapport à l'amélioration des recettes. Nous allons pouvoir travailler à partir d'un socle commun de connaissances. Toutes se sentent concernées puisqu'elles font partie du secteur MCO de l'établissement.

Les terminologies utilisées dans le cadre de la T2A : GHM, bornes hautes, bornes basses, sont acquises partiellement. Ce sont les outils de la T2A.

Le terme d'actes CCAM n'est pas clairement identifié par le cadre du CSG. Toutefois, ses propos en regard de l'activité de son service en font état. Pour le cadre de chirurgie par contre, nous sentons une préoccupation autour de la traçabilité de ces actes.

Les propos du cadre du CSG viennent modifier la représentation communément admise de l'activité des services accueillant des personnes âgées à savoir de nombreux soins de nursing et peu d'activité de soins techniques.

Nous pouvons nous poser la question suivante : pourquoi y a-t-il un décalage entre nos représentations de l'activité de chirurgie et de CSG et la réalité du terrain ? Les cultures sont différentes et entretenues par le discours et les pratiques des praticiens. Dans les services de CSG et plus généralement en médecine, la prise en charge du patient est holistique alors que dans les services de chirurgie l'acte prédomine la situation. Mon expérience de cadre en chirurgie me conforte dans cette remarque.

Selon les TIM, les CRH de médecine et de chirurgie sont différents. les CRH rédigés par les médecins sont complets, précis alors que ceux de chirurgie sont « succincts ».. Il s'avère d'ailleurs que ce sont pour les dossiers de chirurgie qu'elles sont amenées à faire davantage de recherche dans le DPI, , pour obtenir un GHM le plus adéquat avec la prise en charge réelle du patient à défaut d'information notée dans le CRH.

- **2^{ème} objectif : repérer les impacts de la T2A sur les pratiques managériales**

Les cadres ont unanimement fait le lien entre activité et financement. Comment, concrètement, suivent-elles l'activité de leur service ?

Les cadres (4/4) consultent tous les mois les données transmises par le contrôleur de gestion de l'établissement en particulier le nombre d'hospitalisation, le taux d'occupation du service et la DMS .Elles suivent l'évolution de la DMS, surveillent les variations mais ne se réfèrent pas à des données moyennes nationales pour apprécier le fonctionnement de leur service .Notons qu'aucune ne consulte le logiciel « Dashboard » installé sur leur ordinateur. Je leur ai demandé pourquoi ? Selon elles, la synthèse envoyée par le contrôleur de gestion est suffisante. L'utilisation du logiciel est complexe.

Le cadre du CSG dit que ces données permettent d'objectiver l'activité et d'ajouter *« lorsqu'il y a plusieurs sorties et entrées dans une même journée, j'explique à l'équipe qu'au-delà de majorer leur charge de travail, cela représente de l'activité »*

1 seule cadre communique avec son équipe à ce propos. Elle affiche ces données dans le service et les commente.

Les cadres se sentent concernés par la T2A puisqu'elles consultent régulièrement les indicateurs relatifs à leur activité, par contre Les outils mis en place en regard de la T2A sont peu exploités.. Ils se résument, pour trois d'entre elles, à un document papier répertoriant les actes CCAM les plus couramment réalisés dans leur service. J'y reviendrai dans l'étape suivante.

Nous pouvons dire que la connaissance des cadres est insuffisante en regard de leur fonction. Elle pourrait être développée pour favoriser une plus forte implication.

3^{ème} Objectif : repérer leur connaissance, implication à propos des actes CCAM et leur traçabilité

Nous avons observé dans une partie précédente que l'identification des actes CCAM était variable. On pourrait graduer le niveau de connaissance depuis : « je ne sais pas » (1/4),

« oui + ou – » (1/4) « ai regardé avec la secrétaire » (1/4) et enfin très précisément « pose d'une sonde de gavage, si n'est pas noté, on perd de l'argent » (1/4).

A propos de la traçabilité et de ses modalités, les réponses sont cohérentes. Pour la cadre qui ne sait pas ce qu'est un acte CCAM, la traçabilité n'est pas organisée dans son service. Pour les autres cadres, un support papier existe, mais la traçabilité est aléatoire. Elles ont conscience qu'il n'y a pas d'exhaustivité d'une part et que cela requiert une double saisie, infirmière puis secrétaire.

D'ailleurs une cadre précise « *on perd de l'argent* ».

L'analyse des entretiens menés auprès de 4 cadres de service met en évidence que la connaissance de la Tarification à l'activité est globalement acquise. Par contre l'impact sur les pratiques managériales se résume à une consultation régulière des données de l'activité transmise par le contrôleur de gestion. Enfin concernant les actes CCAM et leur traçabilité, force est de constater qu'il existe des écarts notables entre les pratiques de chaque service.

A ce stade de mon travail je peux considérer que l'appropriation de cette innovation(T2A) n'est pas effective. Or d'après N.ALTER « l'appropriation de l'innovation représente la création d'un sens »²⁵. C'est donc la question du « sens » que les cadres auront pour mission de développer auprès de leurs équipes dans mon projet. La réflexion sur la pertinence des pratiques et des organisations justifie la recherche de « marge de manœuvre » de nature financière dès lors qu'elles ne sont pas une finalité mais un moyen d'améliorer le service rendu aux patients et les conditions de travail des professionnels.

12. Synthèse

L'Audit a permis d'identifier des disparités dans le processus de saisie des actes CCAM par les soignants.

Il a aussi mis en exergue des difficultés pour les TIM à retrouver les informations relatives à des complications non reportées dans les CRH modifiant le niveau de sévérité dans un groupage GHM. Ce qui impacte la valorisation financière du séjour des patients.

²⁵ Op.cit. p 21

Les entretiens auprès des cadres ont permis de repérer plus finement leur connaissance de la T2A et l'impact sur leur management.

En conclusion, on peut dire que :

- **Envisager une saisie des actes CCAM à la source est donc pertinente, de même que l'identification et la traçabilité par les soignants de complications, reportables dans les CRH.**
- **Pour atteindre cet objectif d'une saisie à la source, il est indispensable d'impliquer les cadres des services dans cette démarche. .**

L'audit et les entretiens sont des outils d'aide à la décision pour rechercher des leviers d'action permettant d'améliorer la situation actuelle.

Mon plan d'action repose sur :

- **l'élaboration d'un processus commun** de saisie dans le DPI des actes CCAM et des complications de type : escarres, dénutrition...
- **l'implication des cadres** dans l'application du processus.

Un rapport de l'igas (inspection générale des affaires sociales) paru en mars 2012²⁶ propose dans sa liste de recommandations divers points notamment :

« Favoriser la diffusion de la culture de l'efficience induite par la T2A, par des actions de formations adaptées aux différents niveaux de la gouvernance hospitalière : directeurs, chefs de pôles et médecins, cadres de santé et personnel soignant et de conforter la position de l'encadrement intermédiaire dans l'organisation polaire. » C'est ce que à quoi je m'attacherai à travers mon projet managérial.

A propos de processus, Christophe PASCAL, maître de conférences en sciences de gestion, dans un article de l'adsp (actualité et dossier en santé publique)²⁷, dit : « gérer les processus à l'hôpital : une réponse à la difficulté de faire ensemble ». Je trouve sa réflexion toujours pertinente et d'actualité. Pour l'auteur il est nécessaire de réaliser une cartographie

²⁶ IGAS rapport N° RM 2012-011 Evaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé.

²⁷ PASCAL .C « gérer les processus à l'hôpital : une réponse à la difficulté de faire ensemble. »Thèse de doctorat en sciences de gestion. Université Jean Moulin. Lyon.3janv 2000

(description, analyse critique) des processus et de les reconfigurer tout en tenant compte « ...de la singularité des trajectoires individuelles des patients, il ne saurait être question de normaliser à la manière de Taylor, de façon pointilleuse et exhaustive, l'ensemble des activités participant à la prise en charge. ».

L'analyse d'un processus contribue à l'émergence de savoirs et de savoir-faire collectifs, c'est-à-dire par un apprentissage organisationnel qui s'opère à travers un double mouvement de déconstruction/construction.

Déconstruction : explicitation des modes d'ajustements et des pratiques au sein de processus Il fait appel à la réflexivité des acteurs.

Reconstruction par confrontation/discussion/mise en perspective amenant à une lecture critique des pratiques collectives par les acteurs et donc modification de leur façon de faire ensemble.

La mise en œuvre d'une gestion par les processus nécessite de « ...*repenser les structures d'autorité...La maîtrise des modes de production de soins reposera en grande partie sur la capacité des établissements à faire cohabiter l'autorité des chefs de services et l'autorité de véritables responsables de processus à même de faire travailler ensemble des corps de métier différents en dépit des intérêts corporatistes ou des luttes de territoires.* »²⁸

Dans ce projet managérial, la formalisation du processus de codage des actes CCCAM et des complications est l'opportunité de définir un « *mode de faire ensemble* » visant à réduire la multiplicité des pratiques et convenir d'une procédure optimum, stable, dans les limites acceptables en terme de performance.

Mon expérience, des échanges informels avec d'autres cadres et des infirmières m'amènent à penser que les infirmières n'ont pas la connaissance de l'impact financier des actes CCAM. Par conséquent elles ne sont pas motivées pour tracer

.Un autre objectif est de rendre visible le travail invisible mais réel des infirmières, porté par les cadres des unités de soins.

²⁸ Ibid.

Concernant l'implication des cadres, « *les points de vue du gestionnaire et de ceux qui font le travail sont à considérer et à mettre en débat. Les cadres sont impliqués dans ce processus...* ». ²⁹. En effet, Les acteurs hospitaliers n'ont pas la maîtrise de l'élaboration de l'algorithme du classement des séjours ou des règles de codage.

L'enjeu pour un cadre de proximité est « *d'arriver à concilier la sphère de la gestion, de la prescription et celle du travail réel.* ». ³⁰ C'est ce « *travail de lien* » que font les cadres aujourd'hui.

Dans la mise en application de mon projet managérial, les cadres vont devoir créer une synergie entre les aspirations économiques, rationalisatrices, des gestionnaires et l'activité réelle sur le terrain .Pour ne pas majorer le sentiment des professionnels qui est : « *toujours plus d'actes, toujours plus d'acteurs, toujours plus de contraintes, de moins en moins de temps...* » ³¹. Les cadres vont donc accompagner le changement dans leurs unités pour faire en sorte que les acteurs s'approprient cette démarche.

13. Plan d'action

13.1. Plan de communication

La communication autour de mon projet managérial a débuté de manière informelle jusqu'à l'élaboration de la lettre de mission qui légitime le projet et mes différentes démarches.

Elle s'est inscrite en filigrane tout au long des échanges et entretiens que j'ai menés puis elle s'est ensuite formalisée. En réunion de cadres de l'établissement, puis lors des réunions du comité de pilotage.

²⁹ Paule BOURRET prendre soin du travail un défi pour les cadres à l'hôpital pour sortir le travail réel de son invisibilité p145

³⁰ ibid.

³¹ Op.cit. 56

L'information en CME, en accord avec le directeur des services financiers et la présidente de CME a eu lieu le 13 mai 2013.

13.2. Définition du périmètre du projet

Critères d'inclusion et d'exclusion pour ce projet :

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Services soumis à la T2A Gain financier potentiel	Services non soumis à la T2A Service d'obstétrique : informatisation du dossier en cours

Au final 3 services sont retenus pour participer au projet :CSG, Chirurgie ,médecine gastroentérologie .

Ensuite j'ai élaboré un diagramme de gant pour planifier les différentes étapes de mon projet.

13.3. Le groupe projet

En tant que chef de projet, j'ai décidé de constituer le groupe avec :

- Chef de projet hôpital 2012 en tant que personne ressource pour sa connaissance du DPI
 - Les cadres des 3 services : CSG, chirurgie, médecine gastro.
 - Une TIM référente, qui sera aussi personne ressource pour la formation des acteurs à venir
 - Le médecin DIM
 - L'Ingénieur informaticien chargé du DPI
 - Une infirmière référente du groupe DPI production de soin.

J'ai invité le directeur des affaires financière et directeur informatique et la Directrice des soins à la réunion de lancement car ils légitiment et soutiennent ce projet.

13.4. **Modalités de la mise en action du projet**

La présentation et la finalité du projet ont été présentées lors de la réunion de lancement : le 27 Mars 2013 : annexe ?

- Enoncer les grands principes de la tarification à l'activité.
- Clarifier l'impact de la mise en place de la T2A sur l'organisation des services.
- Repérer les leviers d'action du cadre pour contribuer à la mise en place de la nouvelle tarification hospitalière à travers l'accompagnement des équipes de soins dans la recherche de l'exhaustivité de la traçabilité de la cotation et des complications reportables dans le CRH.

A l'issue de cette réunion il a été décidé et acté que les infirmiers(ère) coteront les actes réalisés (après identification des actes favoris par service) sur le DPI, à partir de « l'onglet acte ». Quant aux complications identifiées par les soignants en collaboration et en accord avec les médecins, elles seront notées sur la fiche de macrocibles de sortie..

Chaque référent métier prépare pour la réunion prochaine fixée le 17 mai 2013 les éléments demandés lors de la première réunion.

Les cadres des services organiseront une information sur le projet auprès de leur équipe. Afin que la présentation soit commune à tous les professionnels et en tant que chef de projet, je propose de participer à cette réunion et d'adapter le support utilisé lors de la réunion de lancement.

Les cadres des unités inscriront les infirmier(e)s selon le planning proposé, à la formation à l'utilisation de l'outil de traçabilité du DPI « actes » et des complications.

Cette formation sera assurée par une TIM, en tant que ressource interne. Elle aura lieu de 14h30 à 16h00 dans une salle informatique équipée de 8 PC.

L'horaire coïncide avec la fin d'un horaire de travail de matin des infirmier(e)s, ce qui ne nécessite pas de remplacement. Les professionnels de différents services seront présent simultanément.

Une prochaine réunion est programmée début juin pour programmer la mise en application du projet.

13.5. Evaluation

L'évaluation du projet reposera sur un suivi d'indicateurs :

En service	Au DIM
<p>Observation d'une infirmière pour mesurer le temps passé à l'application de ce processus.</p> <p>Audit de dossiers (sur période de 3 mois) :</p> <p>Nombre d'actes saisis /par service</p> <p>Nombre de complications saisie/service</p>	<p>Grille de relevé idem que pour l'audit (objectiver le gain de temps)</p> <p>Evaluation gain financier : réaliser un comparatif sur 50 dossiers, pour un même GHM, en 2012 et 2013 .</p>

Un point d'étape sur le projet sera réalisé en octobre 2013 pour réajuster avant de déployer dans les autres services selon le même processus. Enfin une évaluation en routine est à envisager.

CONCLUSION

Le fonctionnement des établissements de santé publics et privés a évolué de manière significative ces dix dernières années.

L'instauration de la tarification à l'activité constitue une réforme majeure du financement de ces établissements. Sa mise en œuvre a nécessité une amplification de la médicalisation du système d'information et le développement d'outils de pilotage médico économiques.

La T2A a généré des modifications de pratiques professionnelles et d'organisation en vue d'améliorer la performance.

Les établissements de santé ont aussi développé des stratégies pour maîtriser les dépenses et augmenter les recettes. C'est dans ce contexte que s'inscrit mon projet managérial dont le thème est l'optimisation des recettes.

Ce travail a permis de mettre en exergue un manque de connaissance et d'implication des cadres dans l'appropriation de ce système d'allocation budgétaire.

Ce projet vise à favoriser l'acculturation des cadres à la T2A en s'appuyant sur l'optimisation des recettes comme levier managérial et à les accompagner dans une conduite de changement qu'ils devront mener dans leurs services. La collaboration entre les acteurs médicaux et paramédicaux reste une priorité. Le projet se poursuivra jusqu'au déploiement de l'ensemble des services concernés. L'implication des cadres est un vecteur de réussite. La pertinence de la démarche d'optimisation du codage doit être réévaluée régulièrement pour respecter les règles de tarification et prendre en considération leurs évolutions.

Pour la réalisation de ce travail j'ai été soutenue par ma direction, les démarches ont été fluides, et à ce jour j'ai pu tenir mes engagements inscrits dans la lettre de mission.

Conduire ce projet a été une formidable opportunité pour échanger et travailler avec d'autres professionnels de l'établissement. C'est une expérience très enrichissante. Cela m'aussi permis de renforcer, à l'occasion de ce travail, ma légitimité pour ma nouvelle mission relative à la gestion et au déploiement du dossier patient informatisé au sein du Centre hospitalier de Fougères .

Enfin, cette démarche me conforte dans la nécessité d'adopter une conduite de projet pour mener à terme des changements notamment dans la perspective d'accéder à des fonctions d'encadrement supérieur..

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

REIX R, FALLERY B, KALIKA M, ROWE F, « Systèmes d'information et management des organisations » éditions Vuibert 6ème édition, 472p

TOUREILLES Jean-Marc .système d'information hospitalier, 1, 2,3 partez ! Éditions ENSP 2004,198 p.

BOURRET Paule. Prendre soin du travail un défi pour les cadres à l'hôpital, éditions Séli Arslan 2011 ,190 p

ALTER.N L'innovation ordinaire. Éditions puf 2010. 284p

ARTICLES

LE COZ .P « L'exigence éthique et la tarification économique » Revue de philosophie économique N°1 , Vol 10, 2008

ADSP n°33 décembre 2000 Actualité et dossier en santé publique.

DSIH « Connaissez- vous le « PMSI QUALITE » ? Extrait de l'article paru dans la revue DSIH le lundi 25 février 2013.

MEMOIRES THESES

ROMYER.C Système d'information fondé sur une traçabilité des activités : intérêt et difficultés de mise en œuvre dans les hôpitaux. Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de la Méditerranée, CRET-LOG , décembre 2001.

PASCAL .C « gérer les processus à l'hôpital : une réponse à la difficulté de faire ensemble. »Thèse de doctorat en sciences de gestion. Université Jean Moulin. Lyon.3janv 2000

ENSP Rennes 2001 Module interprofessionnel de santé publique « le dossier médical informatisé limites éthiques et contraintes professionnelles liées au partage des données médicales. »

RAPPORTS ET GUIDES

IGAS rapport N° RM 2012-011 Evaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé

IRDES. Bases de données éco-santé / Les comptes de la santé 2010. Série Statistiques – Document de travail de la Drees n° 161, 2011/09.

Dr DANIEL-LE-BOZEC Informatisation du dossier patient Université Paris Descartes – UMRS 872- INSERM

ANAES Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé dossier du patient : réglementation et recommandations juin 2003

Cnehhttp://www.cneh.fr/Portals/2/05-PUBLICATIONS/GUIDE-PATIENT/DOCS/Guide_Droit_Patient_2011_2012_

HAS Dossier du patient www.has-sante.fr/portail/jcms/c_438115/fr/dossier-du-patient

Sécurité sociale : La prise en charge hospitalière des personnes âgées- www.securite-sociale.fr/.../eclairage_maladie_prise_en_charge_hospitalie

SITES RESSOURCES

HAS Haute Autorité de Santé www.has-sante.fr

LEGIFRANCE <http://www.legifrance.gouv.fr>

PLATINES Plateforme d'information sur les établissements de santé www.platines-sante.gouv.fr

ANAP Agence Nationale d'Aide à la Performance www.anap.fr

TEXTES LEGISLATIFS

Ministère de la santé

Ordonnances n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. www.legifrance.fr

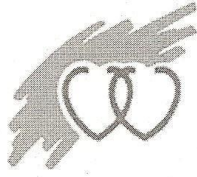
Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires www.legifrance.fr

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière Dispositions modifiant le livre VII du code de la santé publique www.legifrance.fr

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1	Lettre de Mission
Annexe 2	Note de cadrage
Annexe 3	Diagramme de gant
Annexe 4	SILLAGE dans le SIH
Annexe 5	Articulation dans le SIH
Annexe 6	Le système d'information du CHFI
Annexe 7	Diagramme d'ISHIKAWA
Annexe 8	Processus de recueil de l'information médicale
Annexe 9	Processus de recueil des actes au CHF
Annexe 10	Guide d'entretien des cadres
Annexe 11	Synthèse des entretiens des cadres

ANNEXE 1



CENTRE HOSPITALIER DE FOUGERES

LETTRE DE MISSION DE CHEF DE PROJET

Dans le cadre du Plan Hôpital 2012 le Centre Hospitalier de Fougères est en phase de terminer l'informatisation des services de soins et en particulier le dossier patient informatisé et la production de soins retraçant la planification des soins et les transmissions ciblées.

Parallèlement et afin d'optimiser les recettes de l'activité, un audit du PMSI a été effectué par un organisme extérieur, la Sté Lowendal masai/ Medlink du 1/01/2011 au 30/06/2011. Cet audit a permis effectivement de mieux coder un certain nombre de séjours et de récupérer des recettes non négligeables. Parmi les axes d'amélioration proposés dans le plan d'action élaboré au terme de l'audit, il est apparu indispensable de mieux prendre en compte les actes infirmiers qui concourent à la valorisation des séjours.

Dans le cadre de sa formation (Master 2 à l'Ecole Supérieure Montsouris) Madame Catherine MAHOUE se propose de mener un projet visant à améliorer le processus de recueil des actes infirmiers dans le DPI, valorisant les séjours des patients et reportables dans les comptes rendus d'hospitalisation. En améliorant la traçabilité des actes infirmiers, cette démarche permettra également de valoriser le travail infirmier, de mettre en exergue la complémentarité des acteurs médicaux et paramédicaux à travers l'aide au codage, de favoriser l'implication des cadres de santé.

Ce projet rejoint les préoccupations de l'établissement et reçoit l'assentiment de la Direction qui lui demande de le mener à son terme dont l'échéance est fixée au 30 Juin 2013.

Pour le mener à bien Madame MAHOUE pourra solliciter en tant que de besoin et en fonction des contraintes des uns et des autres, les personnels et services utiles à sa démarche (service Dim - praticiens-direction des soins – cadres de santé -service informatique – finances /contrôle de gestion et autres)

Le plan de communication sera arrêté par le groupe projet, des notes d'information seront diffusées pour annoncer le début du projet, la période d'enquête, les résultats, les formations, le lancement effectif.

Le projet devra faire l'objet d'une évaluation d'ici la fin de l'année 2013

A Fougères, le 27 Novembre 2012

Le Directeur

Patrice ABLAIN



ANNEXE 2

NOTE DE CADRAGE	
Chef de projet	C.DUROCHER
Origine/contexte du projet	<p>Le centre hospitalier de Fougères s'est engagé dans le projet d'informatisation « hôpital 2012 », financé en partie par l'Agence Régionale de Santé(ARS) . le dossier patient informatisé(DPI) production de soins a été mis en place dans 3 services pilote de l'établissement en avril 2012 et le déploiement est programmé et organisé sur l'ensemble des services court séjour sauf la maternité, d'ici fin 2012.</p> <p>Un Audit a été réalisé sur les séjours MCO du 1/01/2011 au 30/06/2011 par un organisme extérieur (Lowendal Masai) car les recettes n'étaient pas en regard des attentes.</p> <p>CCL de l'audit : dégager des pistes d'amélioration du processus de recueil et de codage de l'information médicale.</p> <p><u>Constats :</u></p> <p>Les actes infirmiers pouvant apporter une optimisation du séjour du patient ne sont pas recensés de manière exhaustive ni reportés dans les CRH.</p> <p>Chaque service a développé ses propres outils « papier » pour tracer, enregistrer ces actes.</p>
Périmètre du projet	Centre hospitalier de Fougères
Objectifs Primaire/secondaire	<p>Objectif primaire :</p> <p>Optimiser les recettes de l'activité médicale en améliorant le processus de recueil dans le DPI des actes IDE valorisant les séjours des patients et reportables dans le CRH.</p> <p>Objectifs secondaires :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Améliorer la traçabilité des saisies d'actes IDE, valorisant les séjours, dans le dossier patient informatisé et reportables dans le CRH 2. Valoriser le travail IDE en rendant visible leur travail invisible 3. Mettre en exergue la complémentarité des acteurs médicaux et paramédicaux à travers une aide au codage. 4. Favoriser la participation et l'implication des cadres de santé dans cette démarche.
Contraintes matérielles	

Acteurs Ressources	DIM, chef de projet DPI en particulier le groupe projet sillage production de soins (Médecin, CDS, IDE), l'ingénieur informatique, les cadres de sante de proximité.
Documentaires ressources	Le dossier patient informatisé de l'établissement. Résultats d'IPAQS (évaluation de la qualité du contenu du Dossier patient)
Modalités de travail	Constitution d'un groupe projet « audit » auprès du DIM Enquête avec les CDS
Méthodologie	A l'issue du déploiement de l'outil DPI, réaliser un « focus » sur la saisie des actes IDE valorisant les séjours patients. Accompagner une conduite de changement des acteurs : médecin, CDS, IDE, DIM. Rencontrer l'équipe DIM afin.. d'identifier leurs difficultés à coder, repérer les éléments manquants pour optimiser la codification des séjours Réaliser une évaluation des coûts « manquants » Réaliser un benchmarking auprès de DIM dans d'autres établissements afin d'identifier leur modalités de codage. Elaborer des entretiens à l'attention de 3 CDS sur l'évaluation de leurs connaissances relatives à l'impact de la T2A
Echéances/calendrier	Novembre 2012 : finalisation de la lettre de cadrage lettre de mission Dec/janv : recueil de données (audit, questionnaire, benchmarking) Fev/mars : analyse des données, élaboration d'un outil adapté à la cible (saisie des actes IDE) Avril/mai : élaboration de la méthode d'accompagnement au changement Communication auprès de la CME, DIM, réunion cadres
Modalités d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Quantitative <p>Constructions d'indicateurs : Majoration des saisies d'actes I reportées dans le CRH Augmentation des recettes liées à un meilleur codage</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualitative : <p>Sensibilisation accrue des cadres de santé à la tarification à l'activité et aide à l'appropriation de l'outil auprès des médecins et IDE.</p>

DIAGRAMME DE GANT PROJET MANAGERIAL

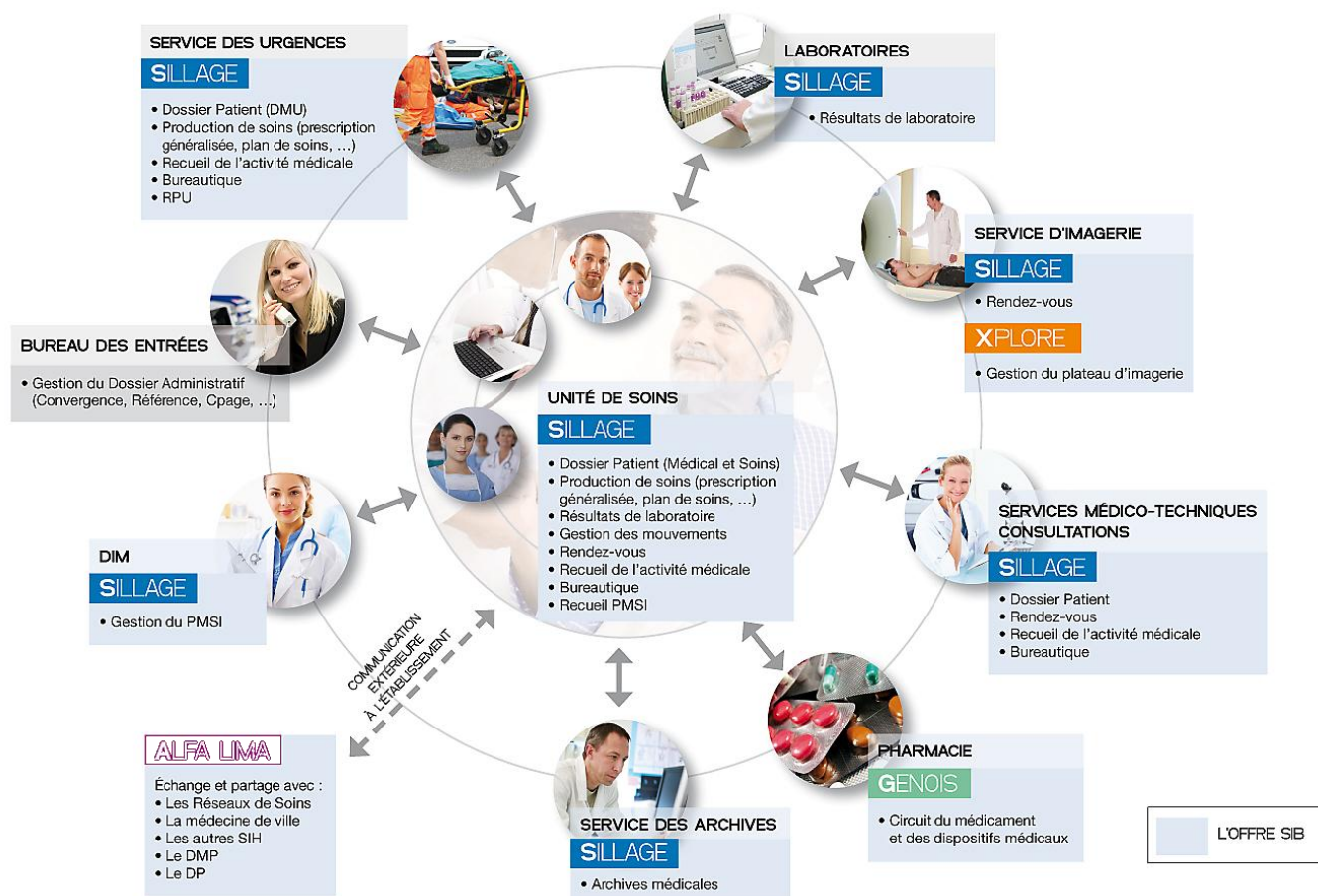
ACTIONS	OCT	NOV	DEC	JANV	FEV	MARS	AVR	MAI	JUIN
PREPARATION									
Choix du thème									
lettre e cadrage									
lettre de mission									
recherche biblio/démarche exploratoire									
METHODOLOGIE									
choix des outils									
élaboration Q° CDS:feuille de relevé					validation des outils /ESM				
constitution groupe projet									
MISE EN ŒUVRE									
audit DIM									
benchmarking									
enquête CDS									
communication CME,reunion CDS							Réunion cadre/lancement	CME	
ANALYSE des DONNEES									
analyse des données									
traitement des données									
ELABORATION									
proposition/construction d'outils									
rédaction, mise en forme du projet								Remise de l'écrit	
argumentation								Préparation	

ANNEXE 4



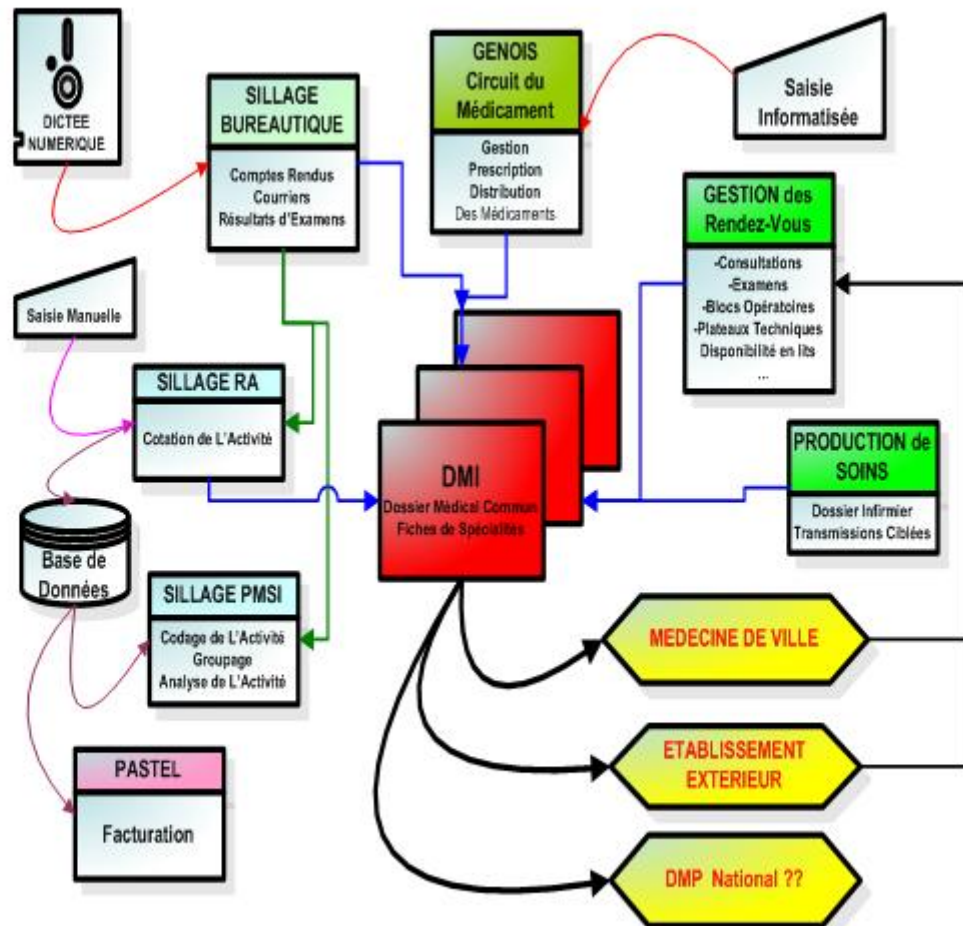
SILLAGE

Dans le SYSTEME INFORMATIQUE HOSPITALIER



ANNEXE 5

ARTICULATION DANS LE SIH



SYSTEME D'INFORMATION

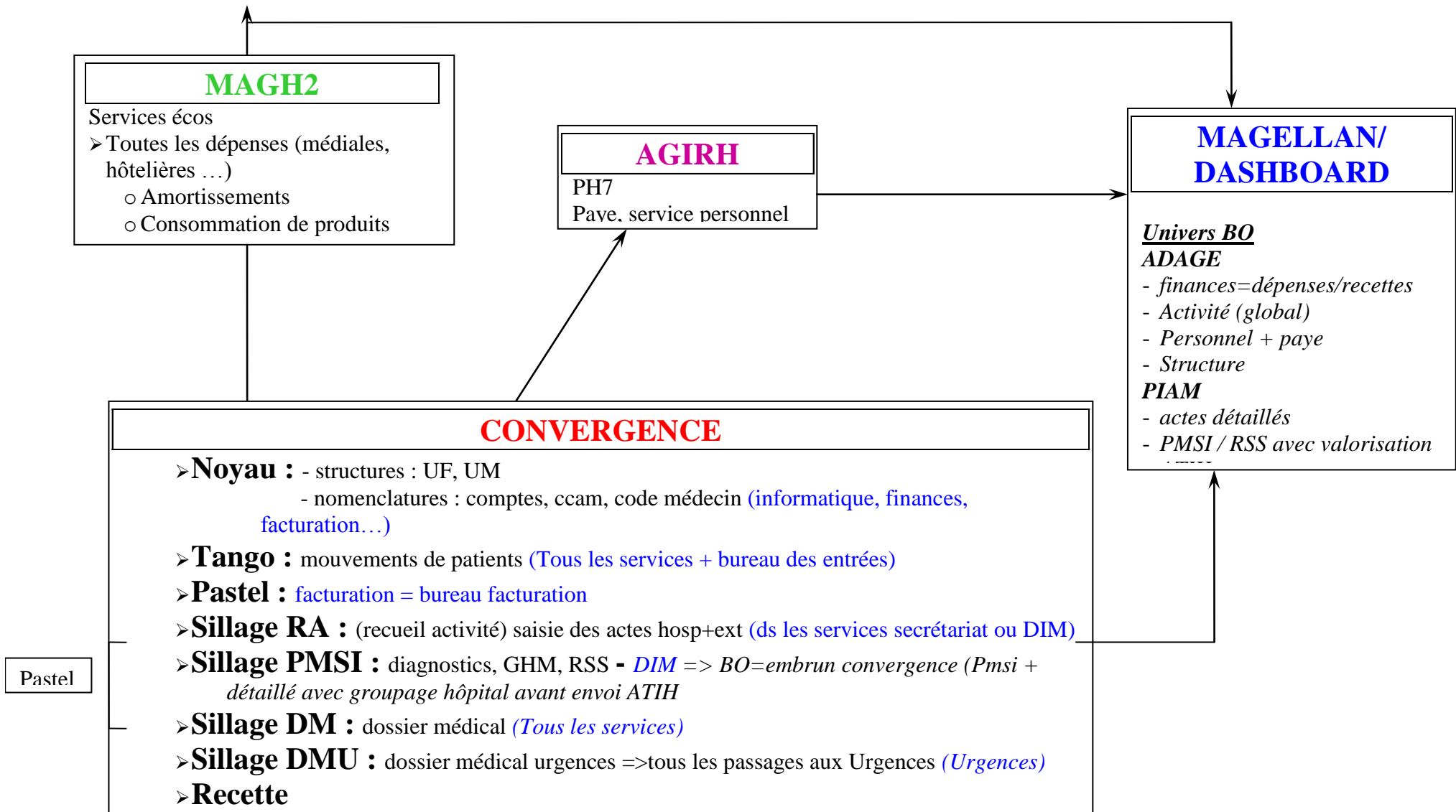
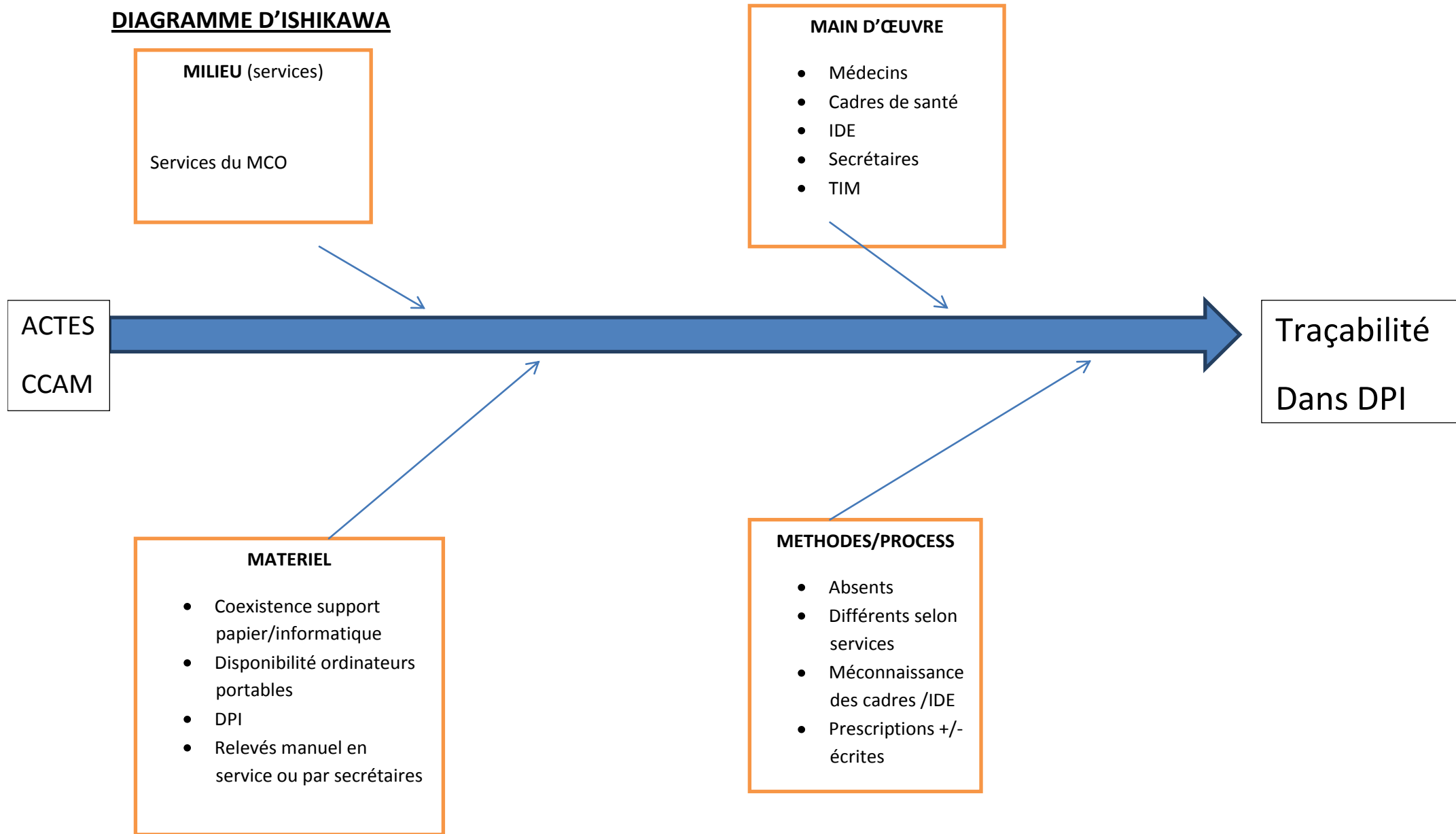


DIAGRAMME D'ISHIKAWA



PROCESSUS DE RECUEIL D'ACTES CCAM DANS LES SERVICES AU CHF

services	support	renseigné par qui ?	report dans dossier patient/par qui,	observations
CSG	feuille/patient	IDE	secrétaire ?	n'est pas utilisée donc valorisation=0
CHIRURIGE	feuille/patient	IDE	secrétaire ?	n'est pas utilisée donc valorisation =0
USC	feuille/patient	IDE	secrétaire du DIM	double saisie IDE +Secrétaire DIM
GASTRO ENTEROLOGIE	feuille /service	IDE	secrétaire	double saisie (IDE+Sec) pas d'exhaustivité car support papier et IDE travaille avec support informatique (DPI)
CARDIOLOGIE/AVC	feuille /service	IDE	secrétaire	double saisie (IDE+Sec) pas d'exhaustivité car support papier et IDE travaille avec support informatique (DPI)
PNEUMOLOGIE	feuille /service	IDE	secrétaire	double saisie (IDE+Sec) pas d'exhaustivité car support papier et IDE travaille avec support informatique (DPI)
AMBULATOIRE	0	0	0	pas de support donc valorisation=0
URGENCES	feuille/patient	IDE	IAO	Recueil proche de l'exhaustivité
CS EXTERNES	feuille/patient		secrétaire	Recueil proche de l'exhaustivité
MATERNITE	feuille/patient	Sage-Femme	Sage-femme/secrétaire	n'est pas utilisée donc valorisation=0

ANNEXE 10

GUIDE D'ENTRETIEN CADRES

OBJECTIFS	FORMULATION	RELANCE VERBALE
Identifier les connaissances des cadres relatives à la T2A	Qu'évoque pour vous la T2A ? Selon vous, quels secteurs d'activité sont concernés par la T2A ?	Pouvez -vous m'expliquer les grands principes, les objectifs, contexte législatif ? Comment en avez-vous eu connaissance ? Que signifie pour vous :PMSI, GHM, actes CCAM... Pensez- vous qu'il existe des liens entre T2A/activité/recettes/CRH...pouvez- vous préciser ? Quelle connaissance votre équipe (médicale, paramédicale)a-t-elle de la T2A ? Se sent -elle concernée ?dans quelle mesure ?
Décrire les pratiques managériales en regard de la T2A	Comment, dans quelle mesure, la mise en application de la T2A a-t-elle impactée votre management ? Pensez- vous vous être approprié cette dimension ?comment ?	Dans votre pratique quotidienne, qu'avez-vous mis en place en regard de la T2A ? Comment procédez-vous pour suivre le pilotage de votre activité ? De quels outils disposez- vous ? Comment votre équipe s'implique t-elle dans cette dynamique ?
Repérer leur connaissance,implication sur les actes CCAM et leur traçabilité.	Que sont les actes CCAM pour vous ?A quoi servent-ils ? Comment s'organise leur traçabilité dans votre service ? Quelle incidence cela représente-t-il à votre avis ? L'équipe médicale et soignante connaissent-elles ces éléments ? Quel commentaire pourriez- vous faire ?	

ANNEXE 11

SYNTHESE

<u>OBJECTIF</u>		<u>COMMENTAIRE</u>
<p>Identifier la connaissance des cadres sur la T2A</p>	<p>Lien entre activité et financement : 4/ 4 Perd /rapporte/avoir de l'argent 3/ 4 Bornes hautes/bornes basses 2/ 4 Faire des actes, coter des actes 2/ 4</p> <p>Définitions GHM : 3/ 4profil type de malade lien avec l'activité avec les actes PMSI : évaluation de la charge en soins Cotation de la dépendance en SSR1X/Sem Cotation des actes notion Cout du soin/rapporte de l'argent 2/ 2</p> <p>calcul du coût d'un séjour Ne sait pas 3/ 4 Difficile de savoir ce qui va rapporter ou pas</p> <p>Impact : Sur la durée de séjour1/ 4 Pas d'impact sur la durée de séjour 1/ 4 Pas de réponse 2/ 4</p> <p>Connaissance du Process de facturation : A partir du RUM 2/ 4 + actes 1/ 4 Diagnostic=valeur</p> <p>Secteurs concernés : MCO 4/4 +/- SSR 1/ 4</p>	
<p>IMPACT SUR PRATIQUES MANAGERIALES</p>	<p>Outils Suivi de l'activité du service : Consulte les données mensuelles (nbre entrées/DMS/taux d'occupation)</p>	

	<p>transmises par le contrôleur de gestion 4/4</p> <p>Affiche/transmet les données ds service 1/4</p> <p>objective l'activité</p> <p>Consultation de dashboard 0/4</p> <p>Connaissance/implication de l'équipe</p> <p>Sortie/entrée= activité 1/4</p> <p>1 journée= 990 euros</p> <p>Actes rapportent de l'argent 1/4</p> <p>1 chirurgien demande « feuille rose »notamment pour transfusion</p> <p>IDE font liens entre actes CCAM et finances 2/4</p> <p>Ne font pas le lien 2/4</p>	
<p>Repérer connaissance/implication des cadres à propos des actes CCAM</p>	<p>Que sont les actes CCAM ?</p> <p>Ne sait pas 2/4</p> <p>A regardé avec la secrétaire 1/4</p> <p>Connait listing fait avec médecin 1/4</p> <p>Process de traçabilité :</p> <p>Non tracés 2/4</p> <p>Support papier(pas fonctionnel en service) 2/4 pas d'exhaustivité 2/4</p> <p>« tri actes lourds ex transfusion»</p> <p>Double saisie IDE secrétaire 1/4</p> <p>Double saisie :plan de soin + feuille 1/4</p> <p>CSQ/impact de la traçabilité ou non traçabilité :</p> <p>Perd de l'argent 1/4</p>	