

DIRECTION DES HÔPITAUX

Paris, le 11 DEC. 1995

Mission PMSI

Personne chargée du dossier :

Elisabeth BEAU

Tél : (1) 40 56 43 90

**LE MINISTRE DU TRAVAIL
ET DES AFFAIRES SOCIALES**

à

MESSIEURS LES PREFETS DE REGION
Directions régionales des affaires
sanitaires et sociales
(pour exécution)

MESDAMES ET MESSIEURS LES PRÉFETS
Directions départementales des affaires
sanitaires et sociales
(pour information)

CIRCULAIRE DH/PMSI/95 N° 48 du 11 DEC. 1995 relative à la création des Comités techniques régionaux de l'information médicale (COTRIM) et à l'organisation des contrôles externes dans les établissements de santé dans le cadre du développement PMSI

Date d'application : 16 décembre 1995

Résumé : Un COTRIM (Comité technique régional de l'information médicale) doit être créé dans chaque région pour veiller à la qualité de l'information médicale PMSI. Il peut être consulté par les établissements, les caisses et les services déconcentrés sur les projets d'utilisation de cette information médicale.

Un contrôle externe de la qualité des données médicales PMSI a lieu chaque année dans ces établissements. Il donne lieu à la production d'un rapport discuté en COTRIM.

Mots clés PMSI - Allocation budgétaire • Contrôle de qualité des RSA • Comité technique régional de l'information médicale (COTRIM)

Textes de référence : - circulaire n° 23 du 10 mai 1995
- circulaire n° 115 du 22 août 1995

La circulaire n° 23 du 10 mai 1995, relative à la généralisation du dispositif technique expérimenté en région Languedoc-Roussillon, prévoit la création dans chaque région d'un comité technique de l'information médicale et donne les grandes lignes de ce que devra être le contrôle externe.

La présente circulaire, élaborée en relation avec les services médicaux des trois régimes nationaux d'assurance-maladie, a pour objet d'en préciser le contenu sur ces deux points.

I. Le comité technique régional de l'information médicale (COTRIM)

Un COTRIM est créé dans chaque région ; il rassemble, sous l'égide du médecin inspecteur régional, des médecins inspecteurs de santé publique des DDASS et de la DRASS, des médecins-conseil et des médecins de DIM. Ce COTRJM peut être créé dans le cadre du GRAIH lorsqu'il existe.

La composition et l'organisation du COTRIM sont déterminées localement par les régions. Chacun des trois grands régimes d'assurance-maladie est représenté dans cette instance. De même, il convient de s'assurer que les médecins responsables de DIM désignés pour participer au COTRIM représentent bien toutes les catégories d'établissements (établissements publics et privés PSPH, CHR, CH de plus ou moins grande taille).

Les attributions du COTRIM sont de deux ordres :

- il veille à la validité de l'information médicale produite, et peut être consulté, d'une part sur la méthode et les modalités du contrôle de qualité externe, d'autre part sur l'exploitation des rapports réalisés à l'occasion des contrôles sur site dans les établissements ;
- il peut être appelé à donner un avis technique sur les projets d'utilisation de l'information médicale qui lui seraient soumis par les établissements, les caisses ou les services déconcentrés.

Chaque COTRIM devra adresser, pour le 28 février 1996, à la Direction des hôpitaux et aux médecins conseils nationaux des trois principaux régimes d'assurance-maladie, un rapport annuel décrivant la composition, l'organisation et les principaux thèmes traités par le comité.

II. Organisation des contrôles externes de qualité

La qualité des données médicales transmises par les établissements aux DRASS est vérifiée selon une double procédure de contrôle :

- un contrôle interne semestriel, réalisé par le DIM de chaque établissement selon un protocole défini nationalement ; ses résultats sont transmis chaque semestre à la DRASS ;
- un contrôle externe dont la circulaire précise qu'il « est réalisé à l'initiative de la DRASS conjointement par les médecins inspecteurs de santé publique des DDASS et DRASS et les médecins-conseils, pour assurer le respect du protocole national et la qualité des recodages de contrôle ».

Bien que l'organisation des contrôles externes soit définie localement, les indications suivantes peuvent cependant être données :

- sur le nombre des établissements à contrôler : il est nécessaire qu'un tiers au moins des établissements aient été contrôlés avant le 28 février 1996. Ces établissements pourront être tirés au sort, ou choisis sur la base des indications fournies par MAHOS sur la qualité des données médicales ;

- les contrôles pourront être réalisés par un médecin inspecteur de santé publique, par un médecin-conseil ou encore en binôme par un médecin inspecteur et un médecin-conseil. Lorsque le contrôle aura été dévolu à l'un des trois régimes d'assurance-maladie, il est souhaitable que soit désigné le régime de la caisse-pivot de l'établissement ;

- le contrôle externe est annuel ; il porte sur les deux derniers semestres traités par rétablissement et disponibles à la DRASS (fichiers de RSA et résultats du contrôle de qualité interne) ;

- chaque contrôle donne lieu à un rapport formalisé (sur la base du modèle joint en annexe), immédiatement transmis à la DRASS qui en assure la diffusion auprès des membres du COTRIM, du médecin-conseil régional de la CNAMTS et de la CANAM ainsi que du médecin de la MSA chargé de la coordination régionale.

Le contrôle porte en priorité sur :

1. le respect du protocole national

Le médecin chargé du contrôle vérifie :

- que les cent dossiers à contrôler chaque semestre ont bien été tirés au sort par GENRSA (dans la dernière version diffusée par le ministère),

- que le responsable du DIM a bien procédé au re-codage de ces dossiers, qu'il a groupé les nouveaux RSS ainsi codés et qu'il a comparé le résultat de ce groupage avec les résultats du groupage initial

- que le fichier qui a été envoyé à la DRASS correspond bien aux cent dossiers qui ont été tirés au sort, re-codés puis re-groupés. À cet effet, les médecins chargés du contrôle disposeront d'une copie sur papier des résultats des contrôles de qualité transmis à la DRASS,

2. la qualité du contrôle réalisé en interne par le DIM

L'objectif est de vérifier la qualité du travail de contrôle réalisé par le DIM, (c'est-à-dire la qualité intrinsèque des RSS recodés).

Le contrôle est réalisé en commun avec le DIM, et s'il le souhaite, avec le concours du médecin clinicien ayant codé le RSS initial¹.

¹ Cf. arrêté du 20 septembre 1994 article 4 - II° - « dans le cadre des procédures de contrôle de la qualité des données, ils [les médecins inspecteurs de la santé publique et les praticiens conseil des organismes d'assurance-maladie] préviennent les praticiens responsables des structures médicales concernées préalablement à toute confrontation de RUM ou de RSS avec un dossier médical ».

Le responsable du DIM doit mettre à la disposition du médecin chargé du contrôle les informations suivantes :

- le fichier de RSS ou de RSS groupés à l'origine du fichier de RSA transmis ;
- la liste des dossiers tirés au sort par GENRSA ;
- les dossiers de l'échantillon de contrôle (ou au minimum, les éléments pertinents de chacun de ces dossiers²) ;
- le RSS d'origine et le RSS de contrôle de chaque dossier.

Le contrôle porte au minimum sur 20 des dossiers déjà contrôlés par le DIM. Il s'effectue selon l'une des deux options suivantes :

- le contrôle est réalisé à partir des RUM existants et porte sur la conformité des informations qu'ils contiennent aux éléments du dossier médical ;
- les dossiers sélectionnés pour le contrôle externe sont recodés et les RUM de contrôle sont confrontés aux RUM codés par le DIM au cours de l'opération de contrôle interne. Cette formule plus rigoureuse devra être généralisée à terme.

Pour les données administratives, c'est le dossier administratif qui fait foi. Pour les données médicales, on distingue les erreurs et les imprécisions :

* erreurs :

- absence de description d'un élément contenu dans le dossier médical
- mauvaise description d'une situation existante (dont choix inexact du diagnostic principal)
- présence d'un code ne correspondant à aucun élément du dossier clinique

* imprécisions :

- * pour les diagnostics : présence d'un code .9 (ou .8 dans certains cas) alors qu'un code plus précis pouvait être posé
- * pour les actes : présence d'un code acte moins précis que ne le permettait le CdAM

Seules les erreurs seront notées dans le rapport établi par le médecin contrôleur.

Les désaccords techniques qui peuvent survenir entre le médecin chargé du contrôle et l'établissement peuvent être soumis pour avis au COTRIM ou au PERNNS de Lyon³.

² Cf. annexe IV de la circulaire du 10 Mai 1995. En Languedoc-Roussillon, les éléments suivants devaient figurer dans le dossier :

- en chirurgie : le compte-rendu opératoire et la fiche d'anesthésie ; le compte-rendu d'anapath en cas de biopsie ou d'exérèse ; de manière facultative, le dossier infirmier ;
- en médecine : la lettre de sortie (ou à défaut, le dossier médical journalier) et le dossier infirmier ; le compte-rendu d'anapath en cas de biopsie ou d'exérèse ;
- en obstétrique : le dossier d'obstétrique et éventuellement la fiche d'anesthésie.

³ Pôle d'expertise et de référence nationale en matière de nomenclatures de santé - adresse : 45, rue du Docteur Gailleton - 69002 LYON - télécopie : (16) 72 41 79 57.

3. Évaluation du dispositif de production de l'information médicale dans l'établissement

Au-delà du contrôle formel et ponctuel du respect du protocole national et d'un certain nombre de dossiers, il est utile que le médecin chargé du contrôle examine les conditions matérielles et organisationnelles de la production de l'information médicale dans l'établissement.

Un guide d'évaluation élaboré par la Direction des hôpitaux et le groupe de travail DRASS-DDASS-SES1-DH est diffusé aux COTRIM, pour servir de base de travail. Il appartiendra à chaque COTRIM d'adapter ce document aux orientations qu'il aura définies.

Pour le ministre et par délégation
Le Directeur des hôpitaux

Claire BAZY-MALAURIE

RAPPORT-TYPE DE CONTRÔLE

Établissement :

nom du médecin responsable du DIM :

nom et organisme du ou des médecins qui ont assuré le contrôle :

date de réalisation du contrôle :

désignation des semestres soumis au contrôle et nombre de RSS produits par rétablissement pendant cette période:.....

I. Sur le respect du protocole national

Les dossiers contrôlés par le responsable du DIM ont-ils bien été :

- tirés au sort par GENRSA ? OUI/NON
 - re-codés en aveugle par le DIM ? OUI/NON
 - groupés à nouveau ? OUI/NON

Le résultat du groupage à nouveau a-t-il été confronté au résultat du groupage initial ?

OUI/NON

Le fichier qui a été envoyé à la DRASS correspond-t-il bien aux cent dossiers qui ont été tirés au sort, re-codés puis re-groupés ? OUI / NON

Observations éventuelles :

2. Sur la qualité des re-codages de contrôle réalisés par le DIM

nombre de RSS contrôlés :

Le contrôle externe a-t-il été réalisé par rapport :

au dossier médical ?	OUI/NON
aux éléments pertinents de chaque dossier ?	OUI/NON
à un dossier médical informatisé ?	OUI/NON

Le cas échéant, indiquer le nombre des dossiers manquants :

Indiquer la méthode choisie pour le contrôle (contrôle des RSS existants ou recodage en aveugle) :

nombre des RUM dans le fichier du DIM :

nombre des RUM après contrôle :

nombre d'erreurs constatées dans le fichier du DIM :

On notera ici le nombre d'erreurs constatées sur les RUM pour chaque catégorie d'erreurs.

(les items en italique ne concernent que les RUM format 94)

erreur sur :

- *date de naissance* :
- *sexe* :
- *numéro de l'unité médicale* :
- *date d'entrée dans l'unité* :
- *mode d'entrée dans l'unité* :
- *provenance (si mutation ou transfert)* :
- *date de sortie de l'unité* :
- *mode de sortie de l'unité* :
- *destination (si mutation ou transfert)* :
- *séjour total de moins de 24 heures* :
- *hospitalisation dans les 30 jours précédents* :
- *code postal de résidence* :
- *poids à la naissance s'il s'agit d'un nouveau-né* :
- *nombre de séances* :
- *diagnostic principal* :
- *nombre de diagnostics associés dans ce RUM* :
- *nombre d'actes dans ce RUM* :
- *diagnostics associés* :
- *actes* :

nombre de RUM comportant au moins une erreur :
nombre de RSS comportant au moins une erreur :

En cas de divergence sur l'une des informations pouvant modifier le GHM, le RSS sera groupé pour déterminer le GHM dans lequel le séjour aurait normalement dû être orienté.

nombre de séjours dans un GHM erroné :

3. Remarques - Observations (difficultés rencontrées, particularités locales...)

4. Pouvez-vous estimer le temps nécessaire au contrôle ? Si eut, pouvez-vous évaluer le temps nécessaire à chacune des phases décrites ci-dessus :

* respect de la procédure nationale :

* contrôle de la qualité du recodage des dossiers :

Signature du (ou des) médecin(s) ayant assuré le contrôle :

Signature du médecin responsable du DIM :