

Information médicale

PRINCIPES DU BORDEREAU

Les circuits de l'information médicale dans le dispositif réglementaire de description et d'analyse de l'activité ont évolué depuis la mise en place des premiers recueils du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Ce bordereau a pour objectif de mieux connaître la diversité des organisations existantes du département ou de l'équipe responsable de l'information médicale (par commodité appelé DIM) dans les établissements de santé avec des configurations variables, dans le but d'avoir une image des modalités les plus fréquentes des recueils PMSI (MCO, HAD et SMR) et RIM-P (pour la psychiatrie en hospitalisation complète ou partielle [résumé par séquence, RPS] comme en ambulatoire [résumé d'activité ambulatoire, RAA]).

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir pour tous les sites qui ont une équipe responsable de l'information médicale. Pour les entités multi-sites, chaque site disposant d'une équipe décrit sa configuration. Il peut exister des différences d'organisation au sein d'une même entité. Si l'activité est située au siège, elle doit être renseignée au niveau d'un des établissements.

Ce bordereau se déclenche en fonction de la question A25 du bordereau FILTRE (information médicale).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Loi hospitalière de 1991. Décrets de 1993 et 1994. Code de la santé publique.

Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

NOUVEAUTES SAE 2025

Sont supprimées les questions portant sur le caractère décentralisé ou non de la gestion des données PMSI ou RIM-P. Est ajoutée, pour chaque recueil PMSI ou RIM-P (en distinguant sa version hospitalière dite RPS de sa version ambulatoire dite RAA), une question sur la proportion du codage des diagnostics des résumés PMSI/RIM-P réalisée par des codeurs professionnels (via quatre modalités possibles allant de « nulle à assez faible » à « très importante à totale » ainsi qu'une modalité pour distinguer les établissements qui ne sont pas concernés par un recueil donné).

Par ailleurs, il est précisé pour les cases A38 et A39 (anciennes cases A26 et A27) que la question porte sur le fait que l'établissement dispose d'outils d'aide au codage **concernant les diagnostics CIM-10 pour le PMSI**.

ORGANISATION

Cases A33 à A37 : La professionnalisation du codage correspond à la situation où la sélection, la hiérarchisation et la saisie de **codes CIM-10** servant au PMSI sont réalisées par un codeur professionnel, formé pour réaliser ces tâches. Pour chacune des cases, renseigner la proportion de résumés dont le codage des diagnostics est réalisé par un codeur professionnel sans mobilisation de cliniciens pour le pré-codage, le choix du code final ou la saisie du code CIM-10. **Choisir l'une des cinq modalités proposées, pour quantifier la proportion du codage CIM-10 des diagnostics des résumés PMSI/RIM-P qui est réalisée par des codeurs professionnels**, en distinguant recueils des séjours pour MCO, HAD et SMR, les résumés par séquences pour la psychiatrie en hospitalisation complète ou partielle (RPS) ou les actes ambulatoires pour la psychiatrie (RAA).

Sans qu'il ne soit attendu un calcul exact de la proportion du codage des diagnostics de résumés de chaque recueil considéré, les quatre premières modalités proposées correspondent respectivement à une proportion pour le recueil considéré de l'ordre de :

- 0% à 25% pour la modalité « Nulle à assez faible »
- 25% à 50% pour la modalité « Faible à moyenne »
- 50% à 75% pour la modalité « Plutôt importante »
- 75% à 100% pour la modalité « Très importante à totale ».

La modalité « Non concerné par ce recueil » est à cocher lorsque l'établissement de santé n'est pas concerné par le recueil en question.

Cases A13 à A17 : Préciser par OUI ou par NON si un prestataire extérieur est intervenu, pour l'année considérée et de façon contractuelle, dans différentes étapes : le codage, la saisie, les transmissions ePMSI, l'analyse des données, le contrôle de la qualité du codage.

Cases A38 et A39 : Préciser par OUI ou par NON si l'établissement de santé dispose, pour l'année, d'outils d'aide au codage des diagnostics CIM-10 pour le PMSI (par exemple d'outils de codage automatisé pour aider au remplissage du diagnostic CIM-10– avec ou sans intelligence artificielle [IA]), dans le codage à la source du diagnostic CIM-10 (**case A38**) ou le contrôle de la qualité du codage du diagnostic CIM-10 (**case A39**).

COOPERATIONS ET MISSIONS

Cases A18 à A20 et A28 à A30 : Il s'agit de préciser, pour l'équipe du DIM (et non pas à titre individuel pour un médecin donné), si elle participe à d'autres missions institutionnelles ; et si oui, si elle participe en particulier à la gestion des archives, à la qualité (e.g. identitovigilance, IQSS...), au processus de facturation, à l'administration du Dossier Patient Informatisé (DPI) ou au développement du système d'information hospitalier (SIH).

Case A21 : Il est demandé également si l'équipe DIM est située dans le même pôle que le contrôle de gestion ou les finances.

Cases A22 et A23 : Enfin, comme il est possible qu'un médecin DIM intervienne dans plusieurs établissements, il est demandé de préciser le FINESS de son ET de rattachement (en principe celui qui gère la rémunération).

PERSONNEL

Cases A24, A25, A31 et A32 : Préciser ici en ETP moyens annuels travaillés (temps de travail effectif salarié mesuré en moyenne annuelle) :

- le personnel non médical affecté à l'équipe DIM : statisticiens, informaticiens, ingénieurs d'autre qualification, ou autre techniciens d'information médicale ; identifier **en A31** le personnel dédié au codage professionnalisé (identification des codes, contrôle qualité, saisie) ;
- les médecins (hors internes) intervenant au DIM : sont considérés ici les médecins rémunérés par l'établissement, y compris s'ils le sont par le biais d'une convention avec l'établissement de rattachement ; identifier **en A32** le personnel dédié au codage professionnalisé (identification des codes, contrôle qualité, saisie).