

Un contrôle de qualité ciblé des données du PMSI permettrait-il d'optimiser l'information médicale ?

Lahmek P, Adotti F, Frocrain Herchkovvitch C, Mangeol A, Lesgourgues B (Montfermeil).

Résumé

Les autorités de tutelle ont mis en place depuis 1995 un contrôle de qualité systématique et obligatoire des données du PMSI pour tous les établissements hospitaliers. La plupart des erreurs constatées en terme de changement de GHM ont peu de conséquence sur l'allocation budgétaire des établissements mais leur impact sur la description des cas traités n'est pas négligeable ce qui est préjudiciable à l'utilisation du PMSI à des fins épidémiologiques. Dans ce sens un contrôle de qualité ciblé sur certains actes ou diagnostics, si il s'avérait pertinent, pourrait être un outil complémentaire. Le but de notre travail était, dans l'optique d'une démarche d'assurance qualité, de comparer les informations du PMSI à celles d'autres bases de recueil spécifiques disponibles dans notre établissement. Nous en avons choisi trois concernant les ponctions biopsies hépatiques, les septicémies prouvées et les sérologies virales C positives soit 258 RUM étudiés. Leurs données ont été comparées à celles du PMSI pour l'année 1997. Le RUM étaient complets (RCT) lorsque l'information se trouvait à la fois dans la base de données et dans le RUM sinon ils étaient incomplets (RICT). Le taux moyen de RUM incomplets était de 51% (30% pour les biopsies hépatiques, 63% pour les sepsis et 65% pour les sérologies virales C. Les conséquences en terme de points ISA étaient modestes sauf pour les sepsis de par l'adjonction d'une comorbidité associée sévère à forte valorisation ISA.. Les facteurs prédictifs d'erreur de codage étaient la conséquence de certains séjours (durée d'hospitalisation prolongée, explorations ou diagnostics inhabituels ou sans rapport direct avec l'essentiel de la prise en charge) ou d'une négligence des codeurs car les actes ou diagnostics non codés étaient mentionnés dans le compte-rendu d'hospitalisation dans 60% des cas. L'obtention du résultat d'un examen après le codage du RUM n'était pas une cause prédictive d'erreur. Pour les biopsies hépatiques, les RICT étaient moins bien codés que les RCT avec respectivement 42% vs 16% d'erreur de diagnostic principal et 68% vs 37% d'erreur d'acte. Outre son impact psychologique et éducatif, le contrôle de qualité ciblé nous paraît être un outil complémentaire du contrôle de qualité aléatoire requis par la tutelle car il permet d'individualiser certains dysfonctionnement de codage et de mieux en comprendre la cause.

ANGH Copyright 1999