

Initiation au P.M.S.I

Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

Ce texte n'a pour objectif que de donner une vue d'ensemble du système et de familiariser le soignant à tous ces mots qu'il entend de plus en plus souvent dans son établissement, DIM, TIM, RUM, GHM... Or, face à l'inconnu, certains mobilisent leur force pour résister au changement, se braquent, négativisent... *les mots, alors, ont causé des maux !* De nombreux sites dédiés à ceux qui s'intéressent de près au PMSI existent sur le Web.

Sigles

- DIM : Département d'Information Médicale
- TIM : Technicienne d'Information médicale
- PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'information
- RSS : Résumé de Sortie Standardisé
- RUM : Résumé d'Unité Médicale
- CMD : Catégories Majeures de Diagnostics
- GHM : Groupe Homogène de Malades (court séjour)
- GHJ : Groupe Homogène de Journées (moyen séjour)
- CMA : Complications et/ou Morbidités Associées
- ISA : Indice Synthétique d'Activité
- DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.
- ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation (définit les stratégies et les budget régionaux avec l'aide de la DRASS et de la Sécurité Sociale).

Pourquoi ?

...de la charité à l'économie administrative puis à l'économie de marché

(tableau : évolution du budget hospitalier, page suivante)

Il y a un siècle, les maladies importantes étaient presque toutes mortelles. Les médecins ne guérissaient pas, ils se contentaient d'imposer une hygiène et d'apaiser les souffrances autant que possible. Ils avaient ainsi une fonction morale qu'ils partageaient avec le prêtre : le médecin de famille, comme le curé, était l'assistant de la famille et du mourant.

À partir des années 50 les progrès technologiques et pharmacologiques ont tout changé. Le médecin et les soignants sont constamment en guerre contre un ennemi, la maladie à risque mortel. Mobilisation tous azimuts. En temps de guerre, on ne réfléchit pas, on se bat, sans merci, sans répit quel qu'en soit le coût : les raisonneurs économiques qui sèment la culpabilité et le doute, sont des traîtres. Le combat contre la maladie sans souci du coût, a duré trente ans, en parallèle de la croissance économique (les "trente glorieuses").

1950

**Les débuts de la Sécurité sociale
et le plein emploi des "trente glorieuses"
... le budget est fonction des journées effectuées.**

Basé sur la confiance

(on ne reste pas hospitalisé par plaisir)

et la pénurie de lits

(les médecins n'ont pas intérêt à garder)

Économie dite "de production" : la demande dépasse l'offre.

1950/80

**Construction de lits d'hôpitaux, de clinique
L'offre dépasse les besoins et favorise la demande**

L'évolution des techniques médicales (ORL, digestif ...)
entraîne l'allongement des séjours pour remplir à tout prix.

Le paiement au nombre de journées est remis en cause

Économie dite "d'état-providence"

1980/90

**La crise économique et ses répercussions
sur les recettes de l'assurance maladie,
conduisent au "Budget global"**

Les moyens sont alloués en fonction de l'effectif estimé/lits

Passage en économie dite "administrative"

1990 / 2010 ?

Budget en fonction de l'activité

La DRASS alloue les ressources sur présentation
des "factures" des soins donnés, les GHM

Les moyens sont alloués en fonction de l'activité

Passage en économie dite "de marché"

Source : Dr. Daniel de la, D.M. C.E. 2008 et

2010 ... devis préalable et deuxième avis avant soins ?

Au cours de la décennie 80/90, paradoxalement, alors que l'économie allait mal, la "santé" a poursuivi un chemin ascendant : créations multiples de maisons de retraite après la construction d'hôpitaux des décennies précédentes.

Alors que l'activité du médecin aux mains nues de jadis n'était pas quantifiable, le développement des techniques médicales a fait apparaître une possibilité d'évaluer leur coût, pour équilibrer le bilan recettes/dépenses.

La Sécurité Sociale est le règleur, mais le financeur c'est le citoyen (vous, moi par les cotisations et la CSG).

La philosophie du système PMSI

La maîtrise des dépenses hospitalières exige un changement des modes de pensée et de comportement de tous les acteurs du système de soins.

Maire, conseil d'administration, directeurs, médecins, soignants, administratifs, ouvriers d'entretien, cuisiniers, lingère, député, préfet, DDASS.

La **DRASS** (ou Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale) de chaque région a depuis sa création une "enveloppe pour les hôpitaux", allouée par l'État (budget Sécurité sociale). Ceci continue. Par contre, les modalités de répartition de cette enveloppe changent.

Jusqu'en 1995 la répartition entre chaque hôpital de la région était "estimée" par la DRASS en fonction des charges (dotation en personnel du nombre de lits autorisés). La DRASS arbitrait, en fonction de critères multiples.

À partir de 1996 la part la plus importante du budget de l'hôpital (80%) devient indépendante de ses charges (salariales à 70%), mais dépendante de son volume d'activité.

Ainsi, un hôpital (et chacun de ses acteurs) aura intérêt à une bonne gestion, pour dégager des gains de productivité, jusqu'à se situer au niveau optimal (qualité/coût/prix). On ne peut plus accuser les "autres" (Ministère, DRASS, DDASS) de tous les maux.

La recette étant garantie pour une activité donnée, le surplus de l'écart recettes/coûts (s'il y en a), pourrait servir aux investissements, à l'embauche, etc.

Dix ans minimum de réajustements seront nécessaires pour qu'il y ait adéquation entre les besoins réels (qui retentissent sur les coûts) et les réponses, notamment en personnel (soignant, administratif, technique).

De quoi s'agit-il ?

Recueil dans le Service du Résumé d'Unité Médicale (RUM) concernant le diagnostic, les actes effectués, la durée du séjour... des hospitalisés en court séjour (MCO).



Entrée des RUM dans l'ordinateur + codes se référant à la Classification Internationale des Maladies de l'OMS (CIM)



Traitement des données par l'ordinateur, qui crée des Résumés Standardisés de Sortie sous la forme d'une chaîne de caractères (chiffres et lettres).



Regroupement des Résumés de Sortie, codés, par Groupes Homogènes de Malad(i)es (GHM)



Communication des résultats aux services. Statistique ou nominatifs.



Groupage sous forme de Résumés de séjour anonymes (RSA) adressés sur disquette à la DRISS (Direction Régionale et Interdépartementale Santé et Solidarité)



Calcul de la partie médicale du budget de l'hôpital

Il s'agit donc d'informations :

- données par les médecins,
- à but essentiellement économique,
- qui serviront à l'adéquation des moyens à la mission.

Le modèle américain de référence

La "subtilisation créatrice" (adapter ce qui a déjà été trouvé ailleurs et l'améliorer) a conduit à imaginer un modèle à partir de celui de **Medicare** qui est opérationnel depuis 1983.

Medicare est le programme fédéral américain, mis en place en 1966, qui couvre les dépenses de santé des personnes âgées et des handicapés.

Comme pour la Sécurité Sociale, la part de ses recettes destinées à payer les dépenses hospitalières est assurée par des cotisations (prélevées sur les travailleurs et employeurs) réunies dans un fond d'assurance spécial, Hospital Insurance Trust Fund, qui règle les dépenses d'hospitalisation au fur et à mesure qu'elles se réalisent.

De 1966 à 1982, les hôpitaux étaient rémunérés sur la base de leurs coûts constatés.

Quels que soient les coûts auxquels étaient dispensés les soins, les hôpitaux étaient assurés d'être intégralement payés pour leur prestation.

N'ayant aucune incitation à produire au moindre coût, une explosion des dépenses hospitalières fut bientôt constatée (passage de 5 à 37 milliards/an de dollars de 1970 à 1982), dépassant toutes les prévisions et créant une situation de crise. La faillite du système était annoncée pour 1990.

Plusieurs mesures d'urgence furent alors prises par le Congrès (équivalent de l'Assemblée Nationale) : en août 1982, une loi fixa des limites au remboursement des coûts hospitaliers pour les trois années suivantes et réclama un projet de réforme pour le financement des hôpitaux, avant la fin de l'année. Socialement, l'acceptabilité du passage d'un système laxiste à un système rigoriste nécessite un passage par un temps intermédiaire contraignant et insatisfaisant.

C'est de cette situation qu'est née l'idée d'un « **système de paiement pré-établi** » (Prospective Payment System) rémunérant les hôpitaux sur la base d'un prix fixe, établi à l'avance, pour le séjour d'un type de malade et indépendamment de sa durée de séjour effective dans les murs de l'hôpital.

Un tel système crée, de fait, les conditions d'une productivité bien meilleure : si les coûts de l'hôpital sont inférieurs à ceux des rémunérations, les hôpitaux gardent le bénéfice ; si les coûts sont supérieurs, les hôpitaux absorbent la perte.

Fin 1982, un projet soumis au Congrès proposait l'élaboration de tarifs de rémunération s'appuyant sur une classification médico-économique, en 467 groupes, des séjours hospitaliers : la classification **DRG** (Diagnosis Related Groups, d'où sont issus nos **GHM**, Groupes Homogènes de Malades). La loi votée le 20 avril 1983, était mise en pratique en octobre de la même année !

Qu'attendait le Congrès de ce système de paiement pré-établi ?

En premier lieu, une méthode permettant de prévoir et de contrôler, mieux que par le passé les dépenses d'hospitalisation (70 % des dépenses de Medicare).

En second lieu, le Congrès espérait que les hôpitaux réagiraient à ce nouveau mode de financement par une meilleure productivité.

Sachant pertinemment que les hôpitaux, rémunérés sur la base des coûts constatés, étaient devenus improductifs, voire gaspilleurs, et que les mêmes services pouvaient être rendus à moindre coût, un minimum d'efforts devait permettre aux hôpitaux de dispenser des soins à des coûts inférieurs aux tarifs du paiement pré-établi et de dégager ainsi des bénéfices. On ne les étranglait pas.

En revanche, conscient aussi que des limitations financières risquaient d'entraîner une baisse dans la qualité des prestations rendues, des organismes de contrôle, chargés de veiller à la qualité des soins, étaient créés dès 1982.

Le projet de Fetter (Université de Yale) à l'origine du PMSI, répond à deux objectifs précis, correspondant aux interrogations de Medicare (cf ante) :

Sur quelle base acceptable facturer individuellement les hospitalisations ? Comment contrôler des prestations monopolisées, pour l'essentiel, par le pouvoir médical ?

La "facturation individuelle" est une idée nouvelle en Europe, où la prise en charge des soins a été bâtie, en son temps, sur le concept de solidarité nationale (la Sécurité Sociale fixait des prix moyens, "les prix de journées", exprimant une assistance mutuelle entre les cas "lourds" et les cas "légers"). Les prix seront dorénavant fixés par pathologie ce qui n'aura aucune incidence pour les patients, mais des conséquences sur l'organisation hospitalière.

Comment relativiser le pouvoir des médecins ? Comment leur faire accepter le partage, avec des partenaires externes, du monopole de l'information sur les patients ? C'est ce à quoi répond le souci de "médicaliser" le système d'information.

La rémunération d'un hôpital tient compte de l'éventail des cas traités (casemix), apprécié par les DRG (nos GHM) auxquels des points sont affectés.

Connaissant le prix du point, il est alors aisé d'en déduire la rémunération totale de l'hôpital.

Il n'existe pas de tarif unique, national, par DRG, mais des tarifs adaptés à chaque hôpital du fait d'ajustements (situation urbaine ou rurale, salaires de la région, formation de médecins) : l'écart de prix pour un même DRG peut aller jusqu'à plus de 40 %.

Dix ans après sa mise en place, ce mode de financement des hôpitaux continue d'être appliqué et n'est pas remis en cause. **Mais des fraudes au DRG** ont provoqué un scandale (connu en 97) qui a failli mettre le système en péril . **Cela souligne l'importance des contrôles de qualité par des tiers externes de la fiabilité des données saisies dans chaque hôpital.**

L'évolution des dépenses hospitalières de Medicare est à peu près maîtrisée, mais les dépenses de santé des États-Unis continuent de croître à un rythme soutenu : les dépenses d'hospitalisation ne sont pas les seules coûteuses et il y a eu des transferts d'activités (les organismes de soins à

domicile ont doublé en six ans).

Le système a été étendu aux hôpitaux de soins de longue durée.

La caractérisation des activités ne repose plus sur le GHM - les durées de séjour étant différentes pour une même pathologie - mais sur la classification **RUG** (Ressources Utilisation Groupes), avec **rémunération à la journée** et plusieurs tarifs de journée, selon le niveau de dépendance entre autre.

Différencier des groupes homogènes de "consommateurs de ressources"

L'acceptabilité d'une individualisation de la facturation passe par des essais de différenciation des consommations hospitalières.

Mais comment mesurer individuellement ces consommations si on n'a pas, auparavant, défini le produit hospitalier ?

Faute de mieux, et aussi pour des raisons de structuration des systèmes d'information existant, c'est la journée d'hospitalisation qui a été prise comme unité de mesure des "paniers de soins" utilisés.

Les journées sont ensuite différenciées par des paramètres essentiellement médicaux, pour former, en termes de consommations, des "**Groupes Homogènes de Malades**" (**GHM**).

Le GHM tente de préciser la notion de "produit" à l'hôpital. Le groupe homogène de malades est en effet un "panier de soins" correspondant à un type de patient donné défini par le clinicien.

GHM = produit homogène à la fois du point de vue de la consommation de ressources et de la signification médicale.

L'objet modélisé n'est ni le malade, ni la pathologie, mais l'épisode de soins correspondant à son passage dans l'établissement.

La procédure qui mène à un GHM :

Méthodes et techniques (tableau : démarche et RUM à voir pages suivantes)

Le recueil des informations : le RSS (Résumé Standardisé de Sortie)

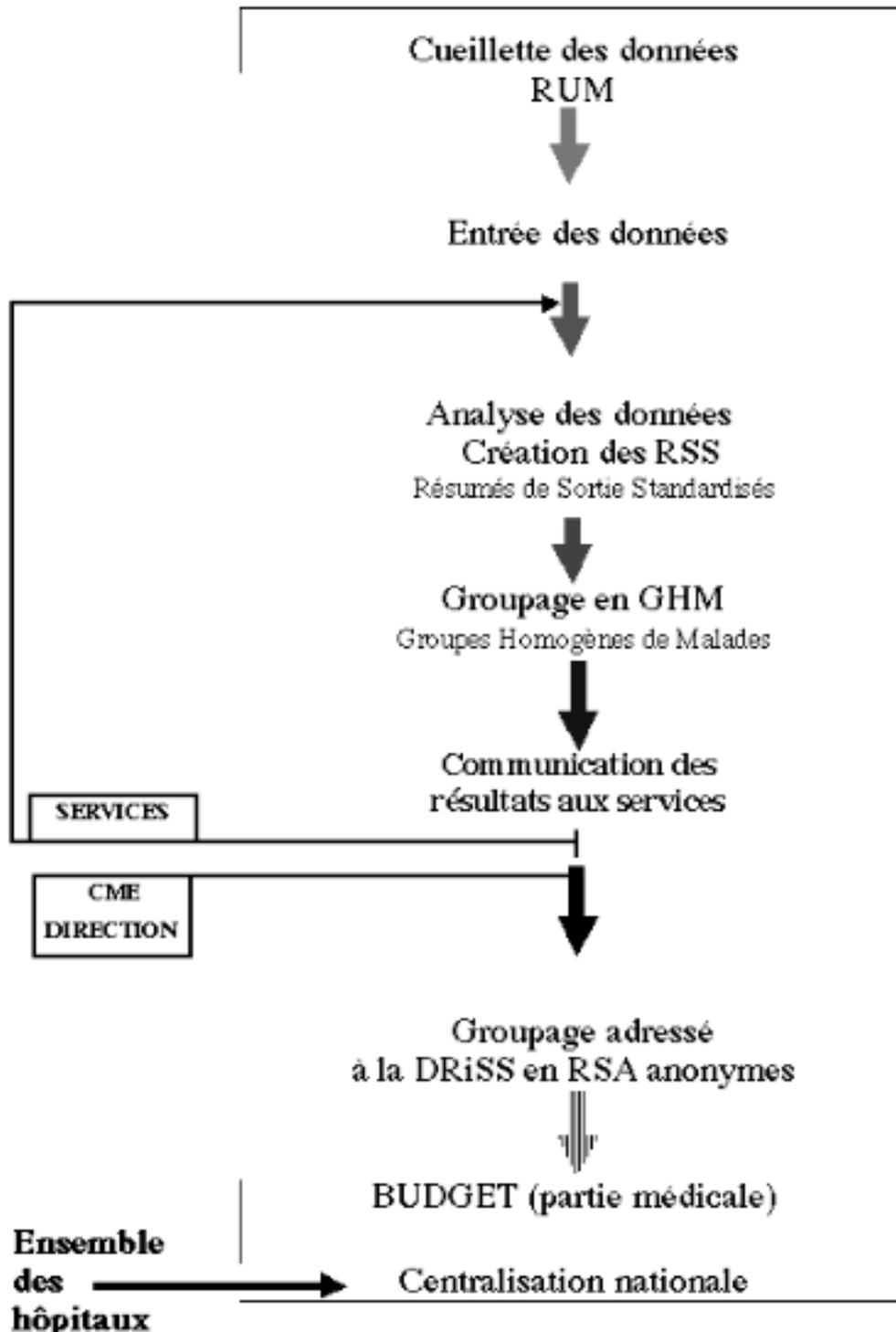
La première étape, réalisé par les médecins des structures, consiste à relever un ensemble de données dans un **RUM (Résumé d'Unité Médicale)**. Ce résumé servira à établir le RSS.

Si le patient est passé dans plusieurs services il a un Résumé Standardisé de Sortie (RSS) composé de plusieurs RUM.

PMSI

PROGRAMME DE MEDICALISATION DU SYSTEME D'INFORMATION

Démarche



● Coller ici l'étiquette du client

● Numéro de l'UF :

● Code postal Résidence :

● Hors France

● Profession :

● Date d'Entrée dans l'UF

Mode d'entrée ●

- Directement de l'extérieur de l'hôpital 1
- Par mutation venant du court séjour 2
- Par mutation du moyen ou long séjour 3

Cocher la bonne réponse

● Date de Sortie de l'UF

Mode de sortie ●

- Transfert interne vers un autre service de court séjour 1
- Transfert interne vers un autre service de long ou de moyen séjour 2
- Sortie vers un autre établissement de soins 3
- Retour à domicile 4
- Décès 5

● Nombre de séances : _____ (à ne remplir que pour les chimiothérapies, les désensibilisations ou les hémodialyses)

● Est-ce la première venue pour ce diagnostic principal ? OUI NON

● Diagnostic principal économique : (inscrire parmi les diagnostics possibles celui qui explique au mieux les actes réalisés et la durée de séjour)

● Diagnostics associés

1 : _____

2 : _____

3 : _____

4 : _____

5 : _____

● Diagnostic médical pur (pour ses symptômes personnels) :

● Actes en X

(y compris les investigations)

1 : _____

2 : _____

3 : _____

4 : _____

5 : _____

● Cause non médicale de modification de la durée de séjour :

CODAGE

CM 9

ou

HCTMO

ACTES

Les RUM contiennent plusieurs informations :

Numéro FINESS, numéro de l'établissement dans lequel a séjourné le patient.

Numéro RSS , numéro attribué à partir du numéro d'hospitalisation, la correspondance entre ces deux numéros est secrète.

Date de naissance complète

Sexe du patient

Code postal du lieu de résidence du patient

Numéro d'unité médicale qui héberge le patient

Date et mode d'entrée dans l'unité

Date et mode de sortie

Type de mutation ou de transfert , en cas de réponse "mutation" ou "transfert" dans le mode d'entrée et/ou de sortie

Hospitalisation au cours des 30 jours précédant la date d'entrée dans l'établissement

Nombre de séances , présence répétitive dans l'établissement pour moins de 24 heures (exemples : cure de chimiothérapie en ambulatoire).

Diagnostic principal

Diagnostic qui selon le médecin responsable a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant.

Diagnostics associés, affections associées au diagnostic principal, complications de celui-ci ou de son traitement.

Actes médicaux : au moins ceux en rapport avec le diagnostic principal

Poids de naissance, pour les nouveau-nés.

Indice de Gravité pour les services de réanimation

...

Pour chaque patient, après un séjour dans un service de médecine, chirurgie ou obstétrique, est établi un RSS, qui, une fois les rubriques de l'application informatique renseignées, donnera une **chaîne de caractères** (composée de nombres et lettres). Celles-ci seront **regroupées en fonction du GHM auquel elles correspondent.**

Du RSS au GHM :

Les malades sont d'abord répartis en classes cohérentes d'un point de vue clinique à partir des diagnostics principaux contenu dans le RSS : **les Catégories Majeures de Diagnostics (CMD)** : pneumologie, neurologie, etc.. Vingt-quatre au début, vingt-sept actuellement...

Une deuxième distribution est faite car chaque CMD est divisée en deux catégories, selon qu'il y a **procédure chirurgicale ou non.**

Enfin le patient est classé dans le **GHM** correspondant **au diagnostic principal de son RSS.**

Enfin ce choix est affiné selon deux critères :

- l'âge, le plus souvent par rapport à 70 ans
- les CMA (Complications et/ou Morbidités Associées).

EXEMPLE : Monsieur X de 49 ans a séjourné 72 heures dans un établissement hospitalier. Le diagnostic principal est : hernie inguinale unilatérale. Il a subi une cure unilatérale de hernie inguinale et n'a pas eu de complications.

Le Diagnostic oriente vers la CMD numéro 6 : "affections du tube digestif "

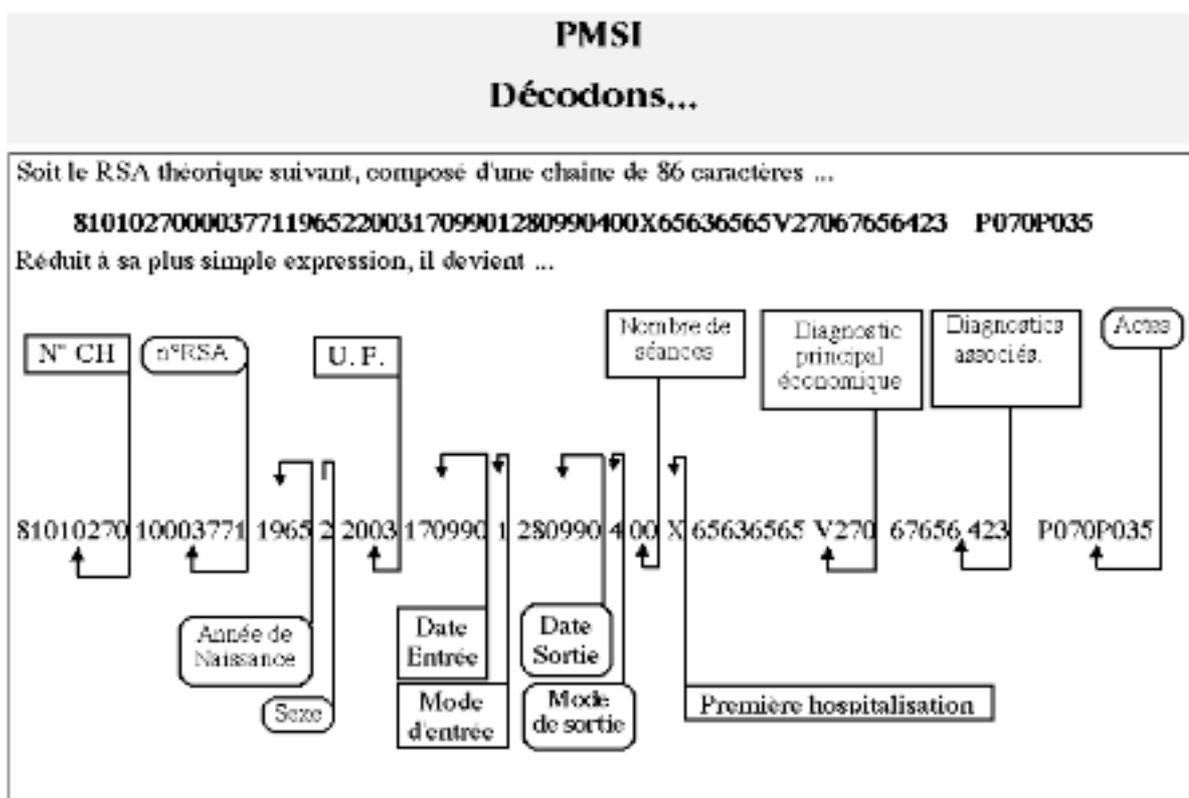
La présence d'un acte opératoire relatif à une "cure unilatérale de hernie inguinale " oriente le séjour vers les GHM chirurgicaux de cette CMD.

La nature de cet acte oriente vers les GHM "interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales "

Étant âgé de 49 ans et n'ayant pas eu de complications, il sera finalement classé dans le GHM "interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge de 18 à 69 ans sans CMA"

Du RSS au RSA :

Les Résumés de sortie sont codés de façon à être anonymes et ces **Résumé de Sortie Anonyme** (RSA) sont adressés à la DRASS.



Des RSA au calcul du budget médical.

Les RSA de tous les hôpitaux sont regroupés à la DRASS qui a donc d'une part le budget régional mis à sa disposition par l'État et d'autre part le nombre de RSA produit par l'ensemble des hôpitaux de la région.

En fonction de ces données, le traitement informatique des RSA permet de calculer l'activité de chaque hôpital et son budget théorique (par répartition du budget régional alloué par l'État).

À noter que la DRASS effectue un contrôle de qualité de la saisie des informations dans chaque hôpital pour s'assurer de la fiabilité des RSA adressés, afin de prévenir des malfaçons éventuelles ou des fraudes intentionnelles.

Le budget médical n'est qu'une partie du budget total...

Pour déterminer les coûts, le modèle implicite de fonctionnement de l'hôpital est le suivant : les ressources de l'hôpital (personnel, équipements,...) se combinent en diverses activités (soins infirmiers, examens de laboratoires, restauration, administration...) qui elles-mêmes sont consommées par divers GHM (cataracte sénile, appendicectomie sans complication, etc.).

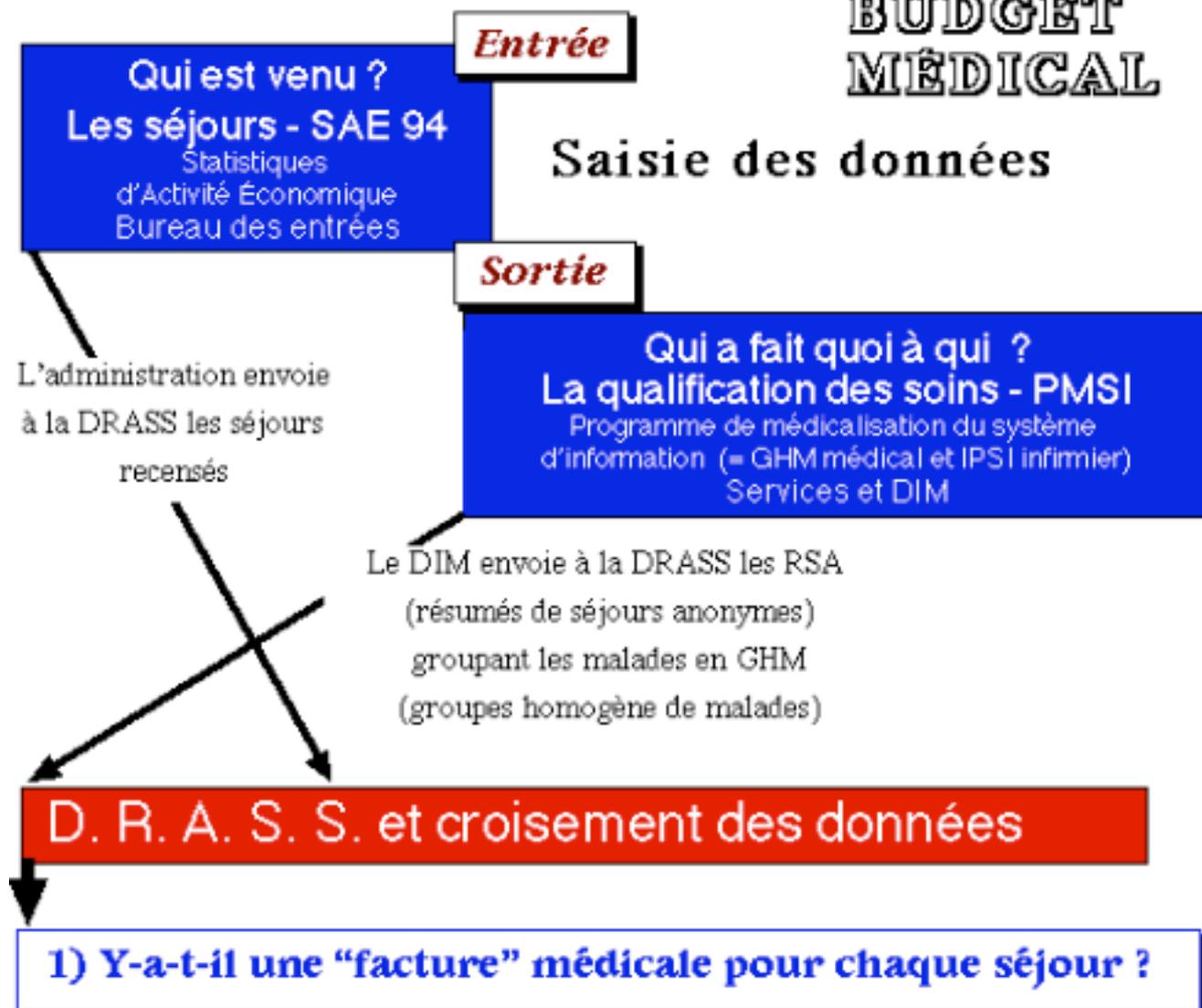
Le calcul se fonde sur la distinction entre **charges directes** (celles qui peuvent être affectées sans ambiguïté aux GHM) et **charges indirectes** (celles qui transitent par des centres d'analyse avant d'être imputées aux GHM).

Les centres d'analyse de la **comptabilité analytique**, correspondent à une décomposition fine des quatre grandes fonctions de l'hôpital (l'administration, les services hôteliers et techniques, les services médico-techniques, les services cliniques) ; ils comprennent des centres principaux (qui se ventilent sur les GHM) et des centres auxiliaires (qui se vident sur des centres principaux).

Les centres d'analyse se déversent sur les GHM par le biais de clés de répartition : Indice de coût relatif (**ICR**) pour les actes ; Journées pour les repas ; etc.). Ces charges indirectes représentent assez souvent 70 % des coûts.

La cascade de clés de répartition des ressources employées (administratives, techniques), rend difficile l'analyse des coûts complets.

BUDGET MÉDICAL



Principe : toute facture non présentée ne sera pas honorée.

**Les RSA manquants de l'année n-1
ne sont pas pris en compte pour
calculer le budget n + 1.**

n = l'année en cours

$$\frac{\text{RSA}}{\text{SAE}} = \text{Taux d'exhaustivité}$$

*Pourcentage des RSA fournis
par rapport aux séjours
enregistrés au bureau des entrées*

édité par le Centre de
la Coopération

2) Calcul des points GHM de la Région

Principe :

À chaque GHM est attribué un nombre de points
(échelle nationale établie par consensus d'expert)

Échelle de coûts		exemple : échelle provisoire 94
POINTS	GHM	Description
17.542	GHM 151	Transplantation cardiaque
11.272	GHM 152	Remplacement valvulaire, circulation extra-corp, cathétérisme ou coronaro)
9.522	GHM 156	Autres interv. cardio-thoraciques ou vasculaires avec circulat. extra-corporelle
9.519	GHM 663	Brûlures étendues
9.111	GHM 153	Remplac. valvulaire, circulat. extra-corp., sans cathétérisme ni coronaro.
9.101	GHM 154	Pontages aorto-coronariens avec cathétérisme ou coronarographie
7.225	GHM 267	Interventions majeures sur le foie, le pancréas ou les veines porte ou cave
7.159	GHM 429	Transplantation rénale
1.000	GHM 540	Accouchement par voie basse sans complication
196	GHM 682	Radiothérapie
196	GHM 680	Épuration extra-rénale
192	GHM 684	Autres séances sans acte opératoire
159	GHM 814	Grossesses path., accou., affect. du post-partum : ambu. sans acte opératoire
148	GMH 683	Autres séances avec acte opératoire

La DRASS compte les points de chaque hôpital
et fait la somme des points de l'ensemble des hôpitaux

**Total des points = somme des points issus des GHM.
+ points des GHM manquants,
estimés d'après les SAE du bureau des entrées
et considérés en points comme correspondant à la
valeur moyenne des GHM de la région.**

3) Calcul de la valeur monétaire du point régional

Le budget global attribuée annuellement par l'État à la DRISS pour ses hôpitaux est divisée par le nombre total des points GHM de la Région...

$$\text{Valeur en francs du point régional} = \frac{\text{Enveloppe budgétaire}}{(\text{Nombre de points GHM} + \text{GHM manquants})}$$

4) Calcul de la partie "activité médicale" du budget

Le nombre de points de chaque hôpital est multiplié par la valeur en francs du point régional... pour déterminer le budget médical de l'hôpital

➡ Le budget de chaque hôpital est établi en fonction des points GHM des RSA... **effectivement adressés.**

Si l'hôpital a oublié des GHM ,
la partie de son budget calculée
sur l'activité médicale va se trouver diminuée.
Les autres parties du budget (structures...) sont reconduites.

Prévision :

*Comme à l'intérieur de chaque hôpital le service qui aura produit tous ses RUM, ne voudra pas être pénalisé, parce qu'un autre service aura été désinvolte dans la production des RUM...
...cela conduit à terme au Budget de Service*

Le travail infirmier et le PMSI

Glossaire et sigles

Audit : Procédure de contrôle permettant de valider ou d'invalider un nouvel outil.

Charge en soins : Ensemble de tous les actes de soins effectués par l'infirmier dans le cadre de son rôle propre et/ou sur prescription médicale.

Soins directs : Ensemble des actes de soins effectués par l'infirmier en présence du malade.

Soins indirects : Ensemble des actes de soins effectués par l'infirmier sans présence du malade.

IPSI : Indice de Pondération en Soins Infirmiers

SIIPS : Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée

PMSI-SSR : PMSI Soins de suite et de réadaptation

RSI : Résumé de Soins Infirmiers

Place actuelle des activités infirmières dans le PMSI

L'importance du système PMSI au niveau des budgets pour l'ensemble de l'hôpital est à présent certaine. L'étape à venir concerne la gestion interne : le budget des services. Et donc du personnel par service.

Les dépenses de personnel soignant représentent 30 à 40 % des dépenses hospitalières totales et une part importante du coût d'un séjour hospitalier.

Aucun élément du RSS ne prend en compte le travail infirmier.

En dehors de la corrélation de la charge en travail infirmier avec la durée de séjour, aucune donnée précise sur la charge en travail infirmier par GHM ne semble exister actuellement.

Des modalités possibles d'insertion du travail infirmier dans le système de calcul des coûts

1 - Attribuer un temps standard de soins en fonction du type de pathologie : les IPSI

Issue de l'étude de YALE, et connue en France sous le nom d'IPSI (**Indices de pondération des soins infirmiers**). Cette méthode consiste à associer à chacun des Groupes Homogènes de malades, un temps de soins infirmiers par jour.

Exemple : le "poids" infirmier associé à "Hernie - 0-17 ans" était de 270 minutes par jour.

Cette méthode est d'autant plus simple que l'IPSI varie selon une échelle à six niveaux. Utilisé en France en 1985, les valeurs de l'IPSI pour chaque GHM avaient été fixées par un comité d'experts infirmiers. Compte tenu de l'importance financière du calcul des coûts par GHM, un audit réalisé auprès de 12 établissements a montré le manque de validité de l'échelle d'IPSI.

Les temps moyens de soins infirmiers par jour pour le même diagnostic, dans divers hôpitaux, montraient des différences considérables. Le fait que les temps de soins de certains diagnostics

soient sous-estimés lorsqu'on leur attribue par exemple 330 minutes par jour n'est pas contrebalancé par le fait que les temps de soins d'autres diagnostics soient surestimés quand on leur attribue 330 minutes par jour.

Est-ce que ces différences sont dus à des pénuries ou des surplus réels de ressources dans les hôpitaux observés, ou sont-ils explicables par une organisation différente des soins, par une architecture différente, etc, on n'en sait rien.

L'IPSI a été abandonné en France, pour être remplacé par l'imputation à la journée-service.

2 - Le système actuel en "court séjour" : l'imputation à la journée-service

Il a alors été décidé que les dépenses de personnel soignant seraient uniquement prises en compte dans le prix de journée du service. Les dépenses de personnel soignant pour une pathologie dépendent donc du prix par unité de soins et de la durée du séjour.

Ce système se base sur deux hypothèses :

- Les prix de journée étant calculés par unité de soins, seules des pathologies assez proches sont créditées du même prix de journée.
- Il y a correspondance entre la charge totale en soins pendant le séjour et la durée du séjour.

Deux patients hospitalisés dans le même service et ayant la même durée de séjour ont donc théoriquement entraîné la même charge en soins infirmiers. Ce système ne prend pas en compte l'état de dépendance que peuvent provoquer certaines pathologies ou le soutien psychologique important entraîné par d'autres.

Mais ce système a été choisi comme solution de repli et se veut temporaire car il n'est pas totalement fiable non plus. D'ailleurs de nombreuses analyses, avec différentes méthodes, comparant la charge de travail infirmier et la durée de séjour montrent qu'il n'y a aucun correspondance entre ces deux données. En outre, elle est inutilisable pour gérer en interne les ressources en personnel.

3 - Une mesure validée : le PRN, Programme de Recherche en nursing

Le PRN permet une mesure en minutes de la charge en soins et en travail dans une unité de soins en utilisant une longue liste d'actes de soins répertoriés, minutés, réactualisés régulièrement.

Cette mesure est utilisable pour le paiement des ressources infirmières aux hôpitaux (seul problème : s'assurer que tous les hôpitaux utilisent le PRN de la même façon) et pour la gestion interne des ressources (utilisation actuelle du PRN en France).

Au Canada - d'où il est issu - le PRN est utilisé pour le paiement des soins infirmiers dans les établissements médico-sociaux. Une variante, le système PLAISIR est utilisée dans le même but en Suisse.

4 - Une mesure globalisée : les SIIPS (Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée)

Ils proposent un classement selon trois fonctions :

- soins de base (alimentation, élimination, hygiène et confort, locomotion)
- soins techniques (les actes diagnostiques et les actes thérapeutiques consécutifs à une prescription médicale)
- soins relationnels (soins ayant pour but l'apport d'une information ou le soutien du patient et de son entourage)

Chacune des fonctions est évaluée tous les jours par l'équipe soignante qui la cote selon quatre niveaux sensés représenter l'importance de la charge de travail soignant.

confer "Système d'information en soins infirmiers (Indicateurs, analyse, perspectives", édité par la Direction des journaux officiels 26, rue Desaix, Paris en 1994.

Il est alors possible d'évaluer la charge en soins pour l'ensemble du séjour sous la forme d'une moyenne par séjour. Cette moyenne pourrait permettre de pondérer le prix de journée de l'unité par rapport à chaque patient.

coef	SOINS TECHNIQUES MÉDECINE - Grille de lecture		coef
1	SOINS LÉGERS < 10 mn		1
	Prélèvements Gaz du sang Hémoculture CBU Sang Plaie Hémogluco-test	Surveillance Température TA Pouls Conscience Trauma crânien Poids Traitement cutané Diurèse	
	Médicament per os - Distribution et aide à la prise - (1 à 3 fois) Distribution par sonde gastrique	Lavage d'oreilles	
	Injection IM, SC, ID, IV, Pose de timbre	Soins de bouche médicamenteux	
	Pansement (alcoolisés, de propreté, plaies légères, cathéter)	Collyre-Pommade	
	Aspiration bronchique - aérosols (1 à 2)	Vidange poche stomie - changement poche collecteur	
	Lavement évacuateur (Normacol)		
	Vessie de glace		
	Flash adaptation sur cathéter		
4	SOINS COURTS de 10 à 40 mn		4
	Aérosols > 2 - Appareil de Pierre	Test de désensibilisation	
	Oxygénothérapie - pose et surveillance	Changement de canule trachéale	
	Gazométrie avec résultats	Extraction d'un fécalome - lavement évacuateur	
	Surveillance de drains(changement) - surveillance	Sonde gastrique (pose, surveillance, ablation)	
	Soins pré-opératoires	Sonde rectale ou urinaire (pose, surveillance, ablation)	
	Perfusion (1 ou 2 solutés) - héparinisation sur port à cath	Toilette gynéco thérapeutique	
	Aspiration gastrique	Lavage vésical à la seringue	
	Cathétérisme veineux	Irrigation colique, irrigation vaginale	
	Pansement avec ablation drainage - Pansement avec écoulement	Radio pulmonaire	
	Aide à la spirométrie	Ponction pleurale exploratrice	
10	SOINS LOURDS de 1 h à 2 h	SOINS TRÈS LOURDS > 2 h	20
	Perfusion 3 ou 4 Solutés avec produits ajoutés	Perfusion lourde > 4 solutés + seringue	
	Pansement perte de substance	Surveillance post-opératoire	
	Alimentation par sonde	Diurèse horaire	
	Aspirations pulmonaires répétées < 20	Aspirations pulmonaires répétées > 20	
	Irrigation continue	Installation matériel d'orthopédie	
	Transfusion (préparation-test-surveillance)		
	Aide aux médecins (fibroscopie - sous clavière - ponction)	Aide à la réanimation (massage cardiaque - ventilation - défibrillation)	

5 - 1 - Deux évaluations attribuant des temps standard de soins en fonction de la dépendance fonctionnelle

Dans les années 70/80, des études suisses avaient conçu une évaluation de la charge en soins et en travail en fonction du degré de dépendance fonctionnelle pour les actes essentiels de la vie quotidienne.

Des temps de soin étaient attribués selon une échelle de dépendance à trois ou quatre niveaux (Nous avons utilisé la grille de Virginia Henderson)

Un temps forfaitaire regroupait les "taches hôtelières" ; l'ensemble donnant la charge en travail.

Une variante encore plus simple (il suffit de renseigner deux rubriques par résident) basée sur la dépendance est celle proposée par EROS aussi, le **MAC 11**.

5 - 2 - Le système décidé en 1998 pour les Soins de Suite et Réadaptation (moyen séjour) : temps standard de soins en fonction de la dépendance fonctionnelle

C'est le degré de dépendance fonctionnelle qui a été retenu dans le cadre du **PMSI- Soins de suite et réadaptation** (Moyen séjour). Cette méthode a été jugée fiable pour 80 à 90 % des situations rencontrées

Le **RSH (Résumé de Séjour Hebdomadaire)** inclut des informations sur l'état physique et psychique du patient.

Ces informations sont exprimées sous forme de "données de dépendance".

Il y a six items : l'habillement, le déplacement, l'alimentation, la continence, le comportement, la relation.

Ces items sont cotés selon quatre niveaux et le total, supérieur ou inférieur à 12, intervient dans le classement en **GHJ (Groupe Homogène de journées)**

Note : en plus de la dépendance évaluée par les infirmiers, sont relevés dans les services pour être inclus dans le PMSI SSR les actes de kinésithérapie, d'orthophonie, de la diététicienne, de l'assistante sociale...qui sont distincts des soins infirmiers.

Demain... est un autre jour !

2000 : L'hôpital "produit" des soins. Le coût unitaire de production par pathologie, est défini par une mesure analytique des coûts sur le terrain. Le budget alloué est fonction du nombre d'unités produites par pathologie, les Groupes Homogènes de Malades (qui constituent donc ainsi des GH de Monnaie !). Chacun doit optimiser sa production en fonction du prix payé par le régleur.

Dans la France rurale l'homme marche à pied (1870/1960), dans la France où grandissent les villes l'homme prend le train (1960/1980), dans la France des autoroutes l'homme se déplace en voiture.

Quand la population marche à pied ou en train il faut que l'administration quadrille le pays en créant une école, un facteur, un cantonnier qui soit à moins de 4 km de chaque village. Le citoyen accepte les impôts et taxes qui payent les dépenses engagées pour rendre un service à tous les citoyens de la ville ou de la campagne et vote en conséquence.

Le budget, dans une économie administrative, est basé sur les dépenses nécessaires pour répondre à des besoins, choisis par décision politique.

L'entreprise perdure, en routine, même si la baisse de la demande s'accroît.

Quand la population se déplace en voiture la distance ne s'exprime plus en km mais en temps ; celle qui nécessite un temps "inférieur à 60 mn" n'existe plus.

Le citoyen conteste les impôts, taxes et cotisations qui payent des dépenses permanentes pour des services ponctuels qu'il peut trouver à "moins de 60 mn" et vote en conséquence.

Le budget, dans une économie de marché, est basé sur les recettes réalisées par la vente de "produits". Le client choisit d'acheter ou non. Si le produit ne se vend pas, l'entreprise s'adapte (en fabrique un autre) ou ferme.

L'adaptation à ces nouvelles règles du jeu qui bouleversent trente ans d'habitudes sera progressive. Cela va entraîner des "souffrances" car nous avons tous une capacité de résistance au changement telle, que nous sommes capables de dépenser plus d'énergie pour défendre ce que "nous sommes" qu'il n'en faudrait pour aller vers ce "qu'on va devenir".

La nostalgie est un sentiment qui permet de rêver et d'insulter l'avenir ; le réel lui est têtue : il oblige à s'adapter en réactualisant les idées reçues.

Bibliographie.

- Dubois -Lefrère J.,Coca E., Maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières : le PMSI, éd Berger-Levrault, 1992
- Escaffre J.P. et coll., Contrôle de gestion et calcul de coûts par produits, Revue hospitalière de France, n° 4, juillet-août 1994, p 317.
- Morfisse J.J., Évaluation et PMSI en Long séjour, Mémoire de DESS, 1994
- Ruiz J., Arbres de décision (et nombreux documents fournis de 1990 à 1995)

Éditique ; Dr Lucien Mias - septembre 1996

