



# InSight

## SantéSécu

Chères lectrices,  
chers lecteurs,

**QUE VOUS OFFRE INSIGHT SANTÉ SÉCU ?** Des chiffres, faits et actualités du Ministère de la Santé et du Ministère de la Sécurité sociale.

**POURQUOI ?** Plus d'informations, davantage de transparence et meilleure coordination. Pour qui ? Pour tous les acteurs du secteur de la santé au Luxembourg.

**VOTRE AVIS NOUS INTÉRESSE !** Envoyez-nous vos commentaires par courriel à l'adresse suivante : [insight.santesecu@mss.etat.lu](mailto:insight.santesecu@mss.etat.lu)

**PLUS D'INFORMATIONS SUR LES SITES SUIVANTS :**  
[www.ms.etat.lu](http://www.ms.etat.lu)  
[www.mss.public.lu](http://www.mss.public.lu)

#### INHALT - CONTENU

**DOCUMENTATION HOSPITALIÈRE :** Nous progressons. **LA DOCUMENTATION MÉDICALE :** pourquoi et au service de qui ? **UNE DOCUMENTATION STRUCTURÉE** nécessite des outils appropriés. **PREMIERS PAS :** La phase test. **LES NOUVEAUX STANDARDS :** à la fois défi et obligation. **LES MÉDECINS DIM** en France. **LE CONTROLLING MÉDICAL** en Allemagne. **LES MÉDECINS « DIM »** en Belgique. **MISE À DISPOSITION DE DONNÉES PERTINENTES:** un travail nécessaire et indispensable. **FAQs** (Foire aux Questions). **GLOSSAIRE.**

## Documentation hospitalière : « Nous progressons. »

L'introduction d'un nouveau système de documentation dans les hôpitaux avance à grands pas.

**Le sujet reste crucial.** Le développement de la documentation hospitalière des actes et des diagnostics reste également pour le nouveau gouvernement, un sujet crucial pour le secteur de la santé au Luxembourg. Cet aspect a encore gagné en importance suite à l'entrée en vigueur fin octobre de la directive UE sur les soins transfrontaliers, qui exige la mise à disposition d'informations claires pour éliminer d'office tout malentendu auprès des patients qui souhaitent suivre un traitement dans un pays de l'UE. Dans ces circonstances, il s'avère donc indispensable pour les hôpitaux, de saisir de manière plus différenciée les actes médicaux réalisés et les diagnostics des pathologies prises en charge. Autre atout : L'assurance qualité est d'autant plus aisée que les données disponibles sont claires.

**La phase test est en cours.** Au cours du mois de décembre, les hôpitaux entreprennent les préparatifs internes pour la phase test de documentation à l'aide des nouveaux standards. Cette phase teste démarre alors au plus tard le 1er février 2014 et s'étendra en tout et pour tout sur six mois. Les raisons et la nécessité de l'introduction des nouveaux standards de documentation ont déjà été exposées en détail dans une édi-



tion spéciale InSight SantéSécu (2/2013). Cette deuxième édition spéciale vise essentiellement à fournir de plus amples informations concernant les modalités concrètes de la phase test, les hôpitaux qui y participent et les conditions dans lesquelles cette phase se déroule. Elle explique ce qui changera concrètement pour les médecins ou les autres groupes concernés et la valeur ajoutée qui en résultera. Elle donne en outre un aperçu de la situation qui se présente dans les pays limitrophes : De quelle façon travaille un médecin DIM en Belgique, en France ou en Allemagne ? On pourra également lire que l'assurance de la protection des données est garantie avec les nouveaux standards. Bref : on passe à la pratique !

*(Raymond Wagener, IGSS / Dr. Danielle Hansen-Koenig, Direction de la Santé /  
Dr. Gérard Holbach, Contrôle médical de la sécurité sociale)*

## La documentation médicale : pourquoi et au service de qui ?

Un système organisé de documentation médicale hospitalière répond à plusieurs objectifs : amélioration de la qualité, transparence, planification et suivi des politiques de santé publique. Il répond ainsi aux besoins de tous les partenaires du système de santé : les prestataires individuels et de groupe, les établissements hospitaliers, les administrations de l'État, le gouvernement et les patients ou usagers.

**Le système de documentation médicale hospitalière** doit permettre :

- la transparence concernant l'offre de soins souhaitée par le législateur et nécessaire pour l'application de la directive européenne 2011/24/EU sur les soins transfrontaliers ;
- l'amélioration de la qualité des données utilisées pour le calcul des indicateurs internationaux que le Luxembourg se doit de fournir aux instances telles que l'OMS, l'OCDE et Eurostat ;
- une meilleure connaissance des recours aux soins afin d'aider à la planification hospitalière et au suivi des politiques de santé publique.

**Au service des médecins : amélioration continue et qualité.** La pratique médicale quotidienne des cliniciens est différente du contexte des essais cliniques, qui imposent des protocoles stricts, des collectes de données rigides et de larges échantillons de patients. Pourtant, l'activité médicale « de routine » contribue



Foto: Gina Sanders - Fotolia.com

Chaque médecin génère par le simple fait de son activité une multitude de données. Une saisie structurée de la totalité de ces données permet d'en tirer des conclusions épistémologiques.

Pour toutes suggestions quant au contenu de cette newsletter, pour tous commentaires ou si vous souhaitez vous désabonner, vous pourrez nous contacter à l'adresse suivante:  
E-Mail: [insight.santesecu@mss.etat.lu](mailto:insight.santesecu@mss.etat.lu)



de manière fondamentale à l'expérience, au développement professionnel et à l'amélioration continue des pratiques. Comment ? Chaque prestataire génère des données par le simple fait de son activité. Si ces données sont documentées de manière structurée avec l'aide de professionnels de l'information, il en résulte une base de données qu'il peut mettre à profit pour analyser ses propres résultats, mesurer ses progrès, évaluer l'apport de nouveaux modes de prise en charge, utiliser des logiciels d'aide à la décision clinique, ou encore se comparer à ses collègues.

Cette documentation passe par la codification, qui permet de classer l'information relative aux diagnostics et aux actes médico-techniques réalisés avec la rigueur et la précision nécessaires à l'analyse systématique, à l'interprétation et à la comparaison des données. Ainsi, le recueil et la codification des diagnostics et des prestations effectuées, considéré jadis comme une obligation liée aux contraintes de la tarification, devient un outil précieux de formation continue individuelle et d'amélioration constante de la qualité. Aujourd'hui, pour tout clinicien, cette démarche d'amélioration des pratiques médicales peut s'inscrire, grâce aux technologies de l'information et en collaboration avec l'établissement hospitalier, dans le processus naturel de son activité quotidienne.

**Au service du système de santé : évaluation de la performance.** A plus large échelle, la mise en commun de ces données structurées après dépersonnalisation permet de calculer de nombreux indicateurs d'utilisation et de performance du système de santé selon des critères et des normes internationales et de les comparer, le cas échéant, aux résultats d'autres systèmes de santé. On comprend dès lors qu'une documentation adéquate des diagnostics, ainsi que des prestations de santé délivrées aux patients, soit la pierre angulaire de l'évaluation de la performance de tout système de santé.

L'information générée permet au système de santé d'« apprendre », d'apprécier la plus-value de ses politiques de santé sur bases objectives, et de prendre ses responsabilités par rapport aux ressources qui lui sont allouées. Elle permet en outre de répondre à l'objectif de transparence souhaitée par le législateur et nécessaire pour l'application de la directive européenne 2011/24/EU relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

**Au service de la politique de santé et de la planification hospitalière.** L'information générée par le système de documentation hospitalière permet enfin, par l'établissement de la carte sanitaire et l'analyse des données de performance du système de santé, d'instruire la politique de santé nationale à plusieurs niveaux : identification de besoins non-couverts, planification hospitalière en particu-



lier et organisation des soins de santé en général, dans l'objectif d'assurer à la population un accès équitable à des soins de qualité.

**Au bénéfice des patients et de tous les acteurs.** Voilà pourquoi l'adoption de modalités de recueil et de classifications pour la documentation structurée des diagnostics et des prestations relatives aux séjours hospitaliers constitue, avec la mise en place d'un système de documentation médicale hospitalière, le premier pas de la mise en œuvre d'un objectif prioritaire, à savoir l'amélioration continue et systémique des soins de santé et de la santé de la population dans un système de santé performant et guidé par l'évidence, au bénéfice des patients et de tous les acteurs.

*(Dr. Françoise Berthet, Direction de la Santé)*

## Une documentation structurée nécessite des outils appropriés

La Classification internationale des maladies (CIM) et la Classification commune des actes médicaux adaptée pour le Luxembourg (CCAM-L) se sont avérées être des outils appropriés en vue d'optimiser la culture de documentation au Luxembourg.

**CIM et CCAM-L :** La codification des diagnostics repose sur la Classification internationale des maladies (CIM, en anglais : International Classification of Diseases, ICD) utilisée selon un guide méthodologique national. Elle sera réalisée dans les établissements hospitaliers par un médecin professionnel de l'information médicale, sur base des diagnostics documentés par le clinicien dans le dossier hospitalier du patient. Le codage des actes effectués sera assuré par le prestataire lui-même, selon la Classification commune des actes médicaux (CCAM) adaptée pour le Luxembourg (CCAM-L); des thésaurus correspondant à l'activité de chaque clinicien ou groupe de cliniciens pourront être élaborés pour faciliter ce codage en CCAM-L.

### ■ La documentation des diagnostics

**CIM-10, 4 caractères, règles de codage précises.** L'OMS publie et met à jour régulièrement la CIM, dont la 10<sup>ème</sup> révision (CIM-10) est utilisée au Luxembourg comme dans une majorité de pays aux fins de l'enregistrement des causes de morbidité et de mortalité. Il s'agit d'une classification statistique (chaque code ne

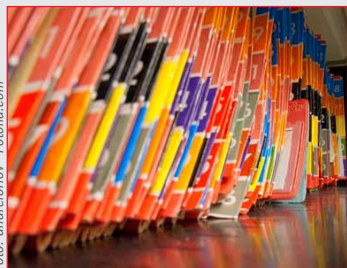


Foto: andreiiorlov - Fotolia.com

Quiconque souhaite développer une culture de documentation conforme aux standards actuels nécessite des outils appropriés.

Pour toutes suggestions quant au contenu de cette newsletter, pour tous commentaires ou si vous souhaitez vous désabonner, vous pourrez nous contacter à l'adresse suivante:  
E-Mail: [insight.santesecu@mss.etat.lu](mailto:insight.santesecu@mss.etat.lu)



peut appartenir qu'à une seule catégorie) et monoaxiale (une seule maladie par code), utilisant un codage alpha-numérique comprenant 3 à 5 caractères. La précision du codage est liée au nombre de caractères utilisés.

**Les limites du codage à 3 caractères.** Le codage à 3 caractères peut fournir des informations utiles à l'appréciation de l'ampleur de certaines questions de santé publique (maladies du foie liées à l'alcool, diabète insulino-dépendant, infarctus du myocarde, ...). Cependant, des renseignements tels que la forme ou le stade de la maladie, codés par le 4<sup>ème</sup> caractère (et dans certains cas des codes supplémentaires ou des caractères additionnels) permettent de suivre l'épidémiologie de ces maladies de manière beaucoup plus précise et, surtout, d'évaluer la pertinence des interventions de santé, tant préventives que curatives, et l'adéquation des ressources qui y sont allouées.

**Au niveau national,** par exemple, il peut être utile de connaître l'incidence des admissions hospitalières des adolescents et jeunes adultes pour intoxication alcoolique aiguë (F10.0) pour évaluer le succès, à court terme, d'une campagne de prévention ciblée sur cette population ; il peut aussi être important de connaître l'incidence des maladies alcooliques du foie (K70) sous ses diverses formes (hépatite : K70.1, cirrhose : K70.3, insuffisance hépatique : K70.4) pour évaluer le succès d'une stratégie de prévention de l'abus d'alcool à long terme et évaluer l'adéquation des ressources allouées à la prise en charge de ces maladies.

**Déterminer l'incidence des hospitalisations évitables.** Par ailleurs, le codage ICD-10 à 4 caractères permet de déterminer l'incidence des hospitalisations dites « évitables », dues à des maladies chroniques mal contrôlées (p.ex. asthme, hypertension, maladie pulmonaire chronique obstructive ou diabète mal équilibré), et d'évaluer ainsi l'adéquation de la prise en charge de ces maladies dans le secteur des soins primaires. L'incidence nationale des hospitalisations évitables peut alors être comparée à celle d'autres pays selon une méthodologie validée, et servir à identifier des modalités de prises en charge plus efficaces de ces maladies.

**Déterminer la juste allocation des ressources hospitalières.** Sans rentrer dans les détails techniques, des règles de codage précisent de plus quels sont les diagnostics à recueillir et selon quels principes il y a lieu de les hiérarchiser en affection principale et en affection(s) associée(s). Outre l'intérêt de ce recueil aux fins d'évaluations en termes de qualité, de santé publique et de planification, ce relevé constitue le fondement de la stratification des patients en catégories de risque, et est utilisé par tous les pays pour déterminer la juste allocation des ressources hospitalières mises au service des patients traités.



Foto: tmc\_photos - Fotolia.com

La CIM-10 permet une documentation plus différenciée à l'aide de 4 caractères.



**Un guide méthodologique** destiné aux établissements hospitaliers luxembourgeois a été élaboré avec l'aide d'experts et validé par la Commission consultative de la documentation hospitalière (CCDH) pour la phase test du projet de documentation hospitalière, précisant les modalités de recueil et de codage des diagnostics en lien avec tout séjour hospitalier. Ce codage sera réalisé par les médecins des structures d'information médicale des établissements hospitaliers suivant les règles établies et validées, sur base des diagnostics établis par le médecin clinicien (voir plus loin).

## ■ La documentation des actes médicaux et médico-techniques

**CCAM-L.** Une documentation précise des prestations médicales en lien avec le séjour permet d'évaluer sans ambiguïté les ressources déployées au bénéfice du patient. La nomenclature des actes et services des médecins et médecins-dentistes, développée à des fins tarifaires, ne constitue pas une classification au vrai sens du terme et ne permet ni une description adéquate des actes réalisés ni l'utilisation de cette information aux fins de qualité, transparence, planification et suivi des politiques de santé publique.

**Pour constituer un support fiable** à la documentation des prestations médicales, la codification doit reposer sur les principes suivants : être descriptive, structurée et hiérarchisée, lisible et transparente, exhaustive (y compris pour les actes ne faisant pas l'objet d'un remboursement), non-ambiguë et évolutive. De plus, la classification doit respecter les normes propres aux classifications médicales, jouir d'une validation internationale et permettre les comparaisons avec les systèmes de santé européens, en accord avec la directive européenne 2011/24/EU relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. A l'heure actuelle, la CCAM, déployée en France depuis 2006 pour la codification des actes techniques médicaux, répond à ces critères et son choix a été entériné par le Conseil de gouvernement en novembre 2011. Suite à un travail d'experts, la CCAM-L (version adaptée pour le Luxembourg) a été développée et sera évaluée lors de la phase test pour la codification des actes médico-techniques dans les établissements hospitaliers.

**Un guide méthodologique** préparé à ce sujet et validé par la CCDH précise les modalités d'utilisation de la CCAM-L. Contrairement aux diagnostics, les actes médico-techniques réalisés durant un séjour hospitalier seront codés par le médecin prestataire clinicien. Un thésaurus des actes et des codes correspondants, constitué avec l'aide du médecin responsable pour l'information médicale de l'établissement hospitalier, pourra soutenir l'appropriation du codage par les cliniciens ou groupes de



cliniciens intéressés. Il est important de noter que les actes codés en CCAM-L seront intégrés pour chaque séjour avec les diagnostics codés par le médecin d'information médicale mais que le système de documentation hospitalière reste totalement indépendant du processus de facturation médicale qui, lui, est inchangé.

## ■ Le système d'information médicale dans les établissements

**En construction.** Le recueil des données, ainsi que la conception et la gestion des bases de données relatives aux séjours codifiés dans les établissements hospitaliers font appel à l'expertise de médecins professionnels de l'information médicale et sont sous la responsabilité de chaque établissement. L'utilisation secondaire des données aux fins d'amélioration continue, de rapports d'activités à usage local et de planification interne requiert la participation active des organismes gestionnaires et une bonne gouvernance de l'accès aux bases de données ; elle implique aussi diverses étapes techniques qui nécessitent des moyens humains et une organisation rigoureuse : formulation des requêtes en fonction des besoins des utilisateurs, tests, production, vérifications, transferts sécurisés... Afin d'inscrire cette démarche dans le fonctionnement hospitalier, des médecins responsables pour la mise en place du système de documentation hospitalière ont été nommés et des structures d'information médicale sont en cours de création dans les établissements hospitaliers, qui participeront activement à la phase test du système.

*(Dr Françoise Berthet, Direction de la Santé)*

## Weblinks

Les textes règlementaires en lien avec la Commission consultative de la documentation hospitalière, le projet de documentation hospitalière et les guides méthodologiques de codage sont consultables sur le site :

<http://www.sante.public.lu/fr/systeme-sante/organisation/hopitaux/index.html>.

Directive européenne sur les soins transfrontaliers :

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:fr:PDF>  
et

<http://www.guichet.public.lu/citoyens/fr/actualites/2013/03/02-soins-sante-transfrontaliers/index.html>.



Foto: rangizz - Fotolia.com

L'objectif de la phase test qui s'étend sur 6 mois consiste à identifier les forces et les faiblesses.



## Premiers pas : La phase test

La phase test du système de documentation médicale hospitalière va démarrer comme annoncé dans le numéro InSight SantéSécu du mois de juin 2013.

**Cette documentation systématisée** des séjours hospitaliers est basée sur le recensement et le codage des diagnostics avec la CIM-10 et des actes médicaux avec la CCAM adaptée pour le Luxembourg (CCAM-L).

**Petit retour sur les travaux menés depuis juin 2013 :** Les documents (les guides énonçant les règles de codage pour les diagnostics et les actes, le protocole pour la phase test) ont été présentés en mai 2013 à la Commission consultative de la documentation hospitalière (CCDH). La CCDH a souhaité solliciter l'avis des médecins chargés de l'information médicale au sein des établissements hospitaliers luxembourgeois pour être certaine que ces documents répondaient bien aux besoins des hôpitaux. Deux sessions de travail ont été organisées qui ont permis de donner des avis techniques à la CCDH. Cette dernière a pris en compte la majorité des suggestions d'amélioration proposées. Le protocole pour la phase test et les guides méthodologiques de codage des actes et diagnostics ont été validés par la CCDH le 02 octobre 2013. Un appel à candidature auprès des établissements hospitaliers a été lancé afin de recenser les groupes de médecins désirant participer à cette phase test pour l'implémentation d'une documentation médicale hospitalière.

**Quels sont les objectifs de la phase test ?** La phase test, comme son nom l'indique, doit permettre la mise en place concrète du système pour le recueil et le codage des actes et des diagnostics selon les règles validées au niveau national. Pendant 4 mois, tous les séjours enregistrés par les médecins volontaires pour participer à cette phase test (idéalement tous les médecins d'une même spécialité d'un service mais cela n'est pas obligatoire) seront codés. Le travail réalisé sera évalué en se focalisant plus particulièrement sur les points d'attention suivants :

- évaluer la qualité du codage des informations recueillies selon les règles nationales précisées dans les guides méthodologiques ;
- estimer la faisabilité organisationnelle du recueil d'un set de données administratives et médicales codifiées émanant des services hospitaliers ;
- identifier les difficultés éventuelles et les besoins des acteurs pour la généralisation du recueil à l'ensemble du secteur hospitalier.





## Comment la phase test va-t-elle se mettre en place ?

Certains établissements hospitaliers ont déjà nommé un médecin responsable pour la mise en place du système de la documentation médicale hospitalière. Ce médecin est soit un clinicien (qui peut d'ailleurs avoir gardé une activité clinique) soit un médecin spécialiste en santé publique. Il peut être employé à plein temps ou non sur ce projet. Dans les établissements, le terme de médecin DIM (médecin du Département d'information médicale par analogie avec l'acronyme français) semble être commun pour désigner cette fonction. Ce médecin aura pour mission lors de la phase test de s'assurer du bon déroulement de l'étude au sein de l'établissement hospitalier. Il va guider la mise en place du système de documentation médicale en organisant le recueil des données puis en s'assurant de l'exhaustivité et de la qualité des données recueillies. Dans ce contexte, il aide à la diffusion auprès des autres professionnels des référentiels et guides. Pour les médecins cliniciens, il représente un partenaire et un expert de la documentation hospitalière. Il peut être aidé dans ses missions par des assistant(e)s pour la documentation et l'information médicale (ADIM).

## Combien de temps prendront les différentes étapes ?

Un temps d'une durée d'environ deux mois a été prévu au début de la phase test pour permettre la mise en place technique de l'ensemble du processus de documentation médicale hospitalière. Les principales étapes de ce processus sont les suivantes : le recueil des données, la hiérarchisation pour les diagnostics, le codage, l'enregistrement sous format informatique, la gestion de la qualité des données. En raison de la multiplicité des systèmes en place, il n'a pas été souhaité de choisir, à ce stade d'avancement du projet, un outil informatique national pour la documentation médicale hospitalière. Le choix de l'outil le mieux adapté à l'établissement revient donc au médecin DIM et à la direction de cet établissement. Nombre d'informations sont déjà enregistrées dans les systèmes hospitaliers. Il est donc nécessaire de les repérer afin d'éviter un travail superflu qui peut être automatisé.

**Qui va faire quoi ?** Il pourra y avoir des différences d'organisation entre les établissements mais les principes de base restent identiques et sont les suivants pour cette phase test :

- les informations recueillies concernent uniquement les séjours avec admission stationnaire pour lesquels le médecin traitant participe à la phase test. Le recueil ne concerne pas les actes isolés effectués en polyclinique ou les passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation ;
- le médecin clinicien sélectionne les diagnostics qui doivent être pris en compte (ce qu'il réalise déjà actuellement) et les transmet au médecin DIM (sans les coder). Ces diagnostics doivent être en cohérence avec la prise en charge, le contenu de la



Foto: Tyler Olson - Fotolia.com

Le médecin traitant continuera à documenter et coder ses actes. Un médecin spécialement formé encodera les diagnostics en ICD-10 selon les règles nationales.



lettre de sortie et les règles nationales de codage. Le médecin clinicien enregistre et code les actes techniques qu'il réalise lors de ces séjours à l'aide la CCAM-L, étape totalement indépendante de la facturation de ces actes. Il pourra être aidé par des thesaurus constitués avec l'aide du médecin DIM et qui reprennent les actes qu'il effectue le plus souvent ;

- le médecin DIM assure le codage en CIM-10 des diagnostics transmis et leur hiérarchisation selon les règles de codage luxembourgeoises (le diagnostic de l'affection principale et les diagnostics des affections associées). Il est responsable de la constitution de la base de données et effectue des contrôles de qualité. Il peut aider à la constitution de thesaurus pour faciliter le codage des actes par les cliniciens. Il est l'interlocuteur des cliniciens et de la direction pour la documentation hospitalière. Il est aussi garant de la confidentialité des données tout au long du système.

**Quels sont les groupes de médecins tests ?** Il s'agit de médecins volontaires pour tester ce système de documentation. Ils doivent si possible être regroupés par service pour faciliter le travail et la mise en place des différents outils (informatiques, thesaurus). Ces médecins ont fait part de leur candidature à leur direction générale qui a dû la valider et la soutenir. Ces candidatures ont été par la suite enregistrées et validées par la CCDH, responsable de la coordination de cette phase test.

**Comment va être évaluée la phase test ?** Deux temps d'évaluation sont prévus :

- Une évaluation de la qualité des données recueillies et de leur codage par tirage au sort de séjours encodés et vérification de la pertinence du codage. Cet exercice permettra aussi de vérifier la cohérence des règles nationales.
- Une évaluation qualitative de l'organisation mise en place et des besoins avant le déploiement sur l'ensemble des établissements.

Cette évaluation sera effectuée sous la responsabilité de la CCDH qui rendra par la suite un rapport global sur le projet.

**Et au niveau national ?** Les institutions nationales participantes au projet, IGSS (Inspection générale de la sécurité sociale), Direction de la santé, CMSS (Contrôle médical de la sécurité sociale) ont précisé aux établissements les données qui leur étaient demandées et les formats de codage. Elles seront les destinataires des bases de données anonymisées constituées par l'ensemble des séjours enregistrés au cours des 4 mois de production. Elles vérifieront la cohérence des données issues des différents établissements et s'assureront de l'atteinte des objectifs du système.



**La protection des données.** La CCDH est très attentive à la protection des données et à leur anonymisation empêchant l'identification des patients ou des médecins en charge de ces patients. Différentes mesures sont précisées dans le protocole. L'étude pour la phase test a fait l'objet au niveau national d'une notification préalable auprès de la CNPD. Lors de l'évaluation de la qualité du codage, les informations consultées par les évaluateurs dans les hôpitaux auront été au préalable totalement anonymisées par le médecin DIM.

**La nomenclature des actes et services.** Le recensement des actes avec la CCAM-L n'est pas lié aux déclarations des honoraires des médecins. La tarification des actes et des services médicaux reste inchangée.

**Les diagnostics de sortie.** Il est nécessaire de maintenir le système existant. La déclaration doit toujours être effectuée pour tous les séjours et transmise au CMSS comme par le passé, jusqu'à la mise en place définitive de nouvelles procédures centralisant le recueil des données au niveau de l'hôpital.

*(Dr. Florence Romano, Cellule d'expertise médicale / Dr. Isabelle Rolland, Contrôle médical de la sécurité sociale)*

## Les nouveaux standards : à la fois défi et obligation

Quel est l'avis des conseils médicaux sur l'introduction des nouveaux standards de documentation ? Trois questions à l'attention du Dr Jules Hoffelt, président de la Commission Nationale des Conseils Médicaux (CNCM).

En tant que représentant des présidents des Conseils médicaux, quel est le rôle des Conseils dans ce projet ?

*Hoffelt :* La CNCM représente tous les médecins hospitaliers de tous les hôpitaux du Grand-Duché et se pose donc comme interlocuteur pour tous les problèmes concernant plus particulièrement ces médecins hospitaliers. Dans le cadre de la nouvelle « documentation hospitalière » nous (la CNCM) avons donc été impliqués dès le départ dans toutes les discussions concernant ce projet et nous avons un membre de la CNCM qui siège de façon permanente dans la commission consultative de la docu-



Foto: Hoffelt

Dr Jules Hoffelt,  
Commission nationale des conseils  
médicaux (CNCM)

Pour toutes suggestions quant au contenu de cette newsletter, pour tous commentaires ou si vous souhaitez vous désabonner, vous pourrez nous contacter à l'adresse suivante:  
E-Mail: [insight.santesecu@mss.etat.lu](mailto:insight.santesecu@mss.etat.lu)



mentation hospitalière (eh oui, elle n'a rien à décider...). Nous pensons donc coopérer activement à la mise en place de cette documentation et faciliter l'acceptation de ces nouvelles contraintes par le corps médical hospitalier. Notre rôle est également celui d'un modérateur qui signale les limites et éventuels abus possibles de cette documentation.

**Le projet de documentation hospitalière : s'agit-il pour vous : d'une opportunité ? D'un défi ? D'une obligation ?**

*Hoffelt* : Ce projet est pour les médecins hospitaliers à la fois une opportunité, un défi et une nouvelle obligation (encore une de plus dans un système « dit libéral »).

C'est une opportunité, car aucune documentation « sérieuse » n'existait auparavant par exemple pour les diagnostics ICD 10 qui étaient encodés n'importe comment, sans aucune règle, sans aucun contrôle et au bon vouloir du médecin qui encodait. Pourtant ces chiffres de codes étaient utilisés pour les décisions importantes dans le secteur hospitalier (politiques et autres). Dans le futur, du moins les chiffres à la base de ces décisions seront donc plus objectifs... L'opportunité à saisir est aussi à chercher dans l'exploitation statistique de ces données dans un but scientifique médical. Il faudra donc que ces données, après anonymisation, soient accessibles au corps médical (pour comparaison interne ou externe, pour des publications scientifiques etc.)

Le défi est double : réussir cette codification dans un temps raisonnable et de façon à avoir des données fiables et reproductibles. Le défi pour nous consiste également à éviter les dérives et écueils possibles (par exemple le système DRG est basé sur ces données, mais il est une des causes de l'échec du contrôle financier des systèmes de santé dans nos pays limitrophes).

Cet encodage sera aussi une (encore une) obligation pour les médecins hospitaliers. Il faudra donc œuvrer de manière à minimiser le côté « chronophage » de cet encodage . Ceci semble possible par l'engagement (hors budget global !!!) de médecins DIM pour encoder de façon neutre, objective, reproductible et comparable les diagnostics dans ICD 10 à 4 chiffres (en se basant sur des « lettres de sortie » existantes).

Eviter le côté « chronophage côté médecins » pour l'encodage des actes et prestations dans un système CCAM revu à la « luxembourgeoise » paraît beaucoup plus délicat . Les vrais problèmes du terrain pour la CCAM ne sont même pas encore évoqués dans la commission consultative et on est loin des solutions... L'écueil ici est la dualité de la CCAM française (encodage et facturation couplés). Au Grand-duché l'encodage CCAM et la facturation des actes seront séparés. Se posera donc (entre autres) le pro-



blème d'actes encodés correctement dans CCAM et n'ayant pas de correspondant dans la facturation luxembourgeoise.

### En tant que conseil médical, quelles sont vos attentes vis-à-vis de ce projet ?

*Hoffelt* : L'attente de la CNCM vis-à-vis de cette nouvelle documentation hospitalière est donc claire : créer un système transparent, avec des données objectives et reproductibles qui pourront être utilisées, et par les autorités dans la planification, et par le corps médical dans un but scientifique. Les écueils et dérives à éviter sont l'utilisation abusive ou aberrante de ces données recueillies. Et finalement n'oublions pas que la CNCM, et donc les médecins hospitaliers, ont fait preuve de beaucoup de bonne volonté pour faire progresser ce dossier sur la nouvelle documentation hospitalière. Sans le concours des médecins hospitaliers, aucun encodage correct ne serait possible, ni aujourd'hui, ni dans le futur. Nous espérons donc ne pas être déçus par des décisions arbitraires ultérieures, prises à l'encontre de ce qui a été longuement discuté concernant l'encodage et surtout l'utilisation des données en haut lieu. Nous espérons que les retombées de la documentation vont servir de base éventuelle pour l'élaboration de plans hospitaliers mieux structurés. Dès lors si l'objectivité et la reproductibilité des données sont garanties, ce nouvel instrument pourra servir de base pour la planification des investissements et de l'orientation future du paysage médical hospitalier.

(Rédaction Insight SantéSécu)



Foto: white - Fotolia.com

## Les médecins DIM en France

Le DIM (ou département d'information médicale) en France est placé sous la responsabilité d'un médecin.

**Le terme de département** a été choisi afin de souligner la vocation transversale de cette activité. Historiquement, selon la circulaire du 24 juillet 1989, le DIM « a la vocation d'être un lieu privilégié de l'information hospitalière. Avec ses outils informatiques et ses compétences, il est au service de tous les acteurs hospitaliers, pour ce qui concerne notamment : la connaissance des activités cliniques, la liaison entre les données économiques et médicales (...) ».

**Les principaux rôles** du DIM recensés dans cette circulaire sont :

- l'aide au codage, le contrôle et la gestion des informations médicales en lien avec les résumés de sortie ;



- la coordination de la formation des personnels concernés à la production et à l'utilisation de l'information médicale ;
- la gestion des dossiers médicaux ;
- un rôle de conseil et expertise.

**Les missions.** Le médecin DIM est garant du respect des règles de confidentialité et de propriété intellectuelle des médecins sur les travaux de recherche ainsi que celles du code de déontologie. Selon les établissements, le DIM peut se voir confier d'autres missions comme des missions d'épidémiologie, de bio-statistiques ou en lien avec la gestion de la qualité et des risques.

■ **Références :**

Circulaire DH/PMSI n°303 du 24 juillet 1989 relative à la généralisation du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et à l'organisation de l'information médicale dans les hôpitaux publics ;

Circulaire n°275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics ;

Code de santé publique : Articles R. 6113-1 à R. 6113-10

([http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo\\_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20050726&numTexte=101&pageDebut=37003&pageFin=37168](http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20050726&numTexte=101&pageDebut=37003&pageFin=37168));

■ **Pour plus d'information :**

Voir le site de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH).

<http://www.atih.sante.fr/>.

(Dr. Florence Romano, Cellule d'expertise médicale)

Foto: white - Fotolia.com



## Le controlling médical en Allemagne

La profession relativement récente de médecin contrôleur est née dans les hôpitaux allemands en 2003 et 2004, parallèlement à l'introduction du système de la tarification à l'activité (Diagnosis Related Groups, DRGs).

**Assurance-qualité.** Dans les hôpitaux allemands, le système de facturation est basé directement sur la documentation médicale. Le médecin contrôleur allemand n'a pas uniquement comme préoccupation de veiller à la concordance entre l'activité médicale et la facturation de l'hôpital, il est aussi la personne-clef, chargée de vérifier



la qualité de la documentation médicale. Il assume cette fonction en collaboration étroite avec d'autres intervenants actifs dans le secteur de la santé et responsables du codage, de la facturation et du contrôle de la facturation, tels le service de traitement des données de l'hôpital, le service médical des caisses de maladie et les caisses. Ses tâches ne font cependant pas l'objet d'une définition rigoureuse. Elles peuvent varier d'un hôpital à l'autre quant à leur ampleur, mais concernent en règle générale deux domaines principaux :

**Le controlling médical opérationnel.** En pratique le médecin contrôleur organise le recueil des données codées de la documentation et en assure la qualité grâce à :

- l'information et la formation de toutes les personnes impliquées dans la codage en ce qui concerne les connaissances de bases et les développements ultérieurs des classifications pertinentes
- des analyses de données, commentaires, réactions et conseils
- la prise en charge ou le soutien pratique des tâches de codage et du contrôle de facturation
- la préparation des négociations budgétaires
- un support informatique et de gestion de projets pour des outils de documentation et de codage.

**Le contrôle de gestion médical stratégique** Le contrôleur de gestion médical participe généralement à l'élaboration et à la mise en oeuvre de la stratégie de l'hôpital.

**Médecins disposant d'une qualification supplémentaire.** Les contrôleurs de gestion médicaux sont en règle générale des médecins disposant souvent d'une certaine expérience professionnelle et d'une formation de spécialiste, ainsi que de formations spécialisées dans les domaines de la gestion hospitalière et du droit. La documentation des actes médicaux en Allemagne est souvent associée à la documentation des soins, il n'est pas rare d'ailleurs que ces tâches soient réalisées en équipe au sein d'un même service hospitalier. A cet effet, le contrôle de gestion médical peut être implanté, au niveau de l'organisation, en tant que service, département ou équipe au sein de l'administration d'un hôpital.



Foto: white - Fotolia.com

## Les médecins « DIM » en Belgique

En Belgique, l'obligation des hôpitaux à transmettre au Ministère des données relatives à leurs activités, y compris des données médicales, est inscrite dans la loi sur les hôpitaux.

**Un arrêté royal** fixe les règles suivant lesquelles des données hospitalières doivent être communiquées au Ministre de la Santé publique dans le but de soutenir la politique sanitaire à mener.

**La responsabilité** de l'enregistrement des activités médicales incombe au médecin-chef du département médical de l'hôpital. Le règlement intérieur de l'hôpital détermine l'organisation du recueil, du codage et de l'enregistrement des données à communiquer au Service public fédéral Santé publique. Les cellules de codage des hôpitaux disposent d'un accès à l'ensemble du dossier hospitalier du patient aux fins de codage et d'enregistrement, sans lien avec la tarification médicale qui, pour sa part, est réalisée par les médecins selon la nomenclature INAMI et adressée directement à l'assurance maladie-invalidité.

**Les missions.** Les dispositions légales prévoient le financement de la supervision médicale et du personnel de codage des hôpitaux en fonction de la taille de l'établissement. Les missions du médecin de la cellule de codage sont de :

- établir le rapport standardisé de chaque séjour (appelé résumé hospitalier minimum, RHM) sur base des données codées des diagnostics, des procédures et d'autres facteurs, permettant le groupage des patients en « Disease related groups » (DRG) et le calcul des journées d'hospitalisation « justifiées »
- assurer la qualité des données enregistrées ainsi que la gestion de l'information dans le respect des règles de confidentialité et de déontologie
- fournir aux médecins prestataires un feed-back concernant leur profil hospitalier et leur activité
- transmettre périodiquement les RHM au Service public fédéral, aux fins de financement des journées d'hospitalisation et des forfaits hospitaliers
- participer au benchmarking qualitatif entre services hospitaliers et hôpitaux, sur base d'indicateurs de qualité calculés à partir des données enregistrées, élaborés et validés au niveau national

Ces missions sont étendues, selon les hôpitaux, à des études en lien avec la gestion et la planification hospitalière ainsi qu'à des activités de recherche.





**Le médecin superviseur** de la cellule de codage est le plus souvent un médecin spécialiste hospitalier, intéressé à l'utilisation de données pour instruire la stratégie hospitalière et la mise en œuvre d'une organisation propre à soutenir l'évolution pertinente des activités. Une expérience clinique a l'avantage de faciliter le dialogue avec les cliniciens, tandis qu'une bonne connaissance des systèmes d'information et des compétences statistiques et épidémiologiques sont nécessaires pour la gestion des bases de données hospitalières et l'utilisation secondaire de ces données.

■ **Références :**

Arrêté royal du 28 mars 2013 modifiant l'AR du 27 avril 2007 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données hospitalières doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions

Arrêté royal du 15 décembre 1987 portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'AR du 7 août 1987

*(Dr. Françoise Berthet, Direction de la Santé)*



Foto: Schubert

Prof. Dr. Hans-Joachim Schubert,  
Directeur Général du  
Centre Hospitalier du Nord.

## Mise à disposition de données pertinentes : un travail nécessaire et indispensable

« Le Luxembourg a besoin d'urgence de données fiables concernant les actes prestés dans ses hôpitaux » souligne le Prof. Dr. Hans-Joachim Schubert lors de son entretien avec InSight SantéSécu.

**Quelle est l'importance de la documentation hospitalière pour vous, en votre qualité de Directeur Général ?**

*Schubert :* L'introduction de nouveaux standards de documentation dans les hôpitaux du Grand-Duché est absolument cruciale à mes yeux, cela pour deux raisons.

En premier lieu, j'estime qu'il est indispensable de nous procurer des données pertinentes et fiables concernant les actes prestés. Pour l'instant, nous ignorons quel acte a été presté pour telle ou telle indication. Nous ne sommes actuellement donc pas en mesure d'établir des comparaisons avec la Grande Région ou le développement des



besoins sanitaires en Europe et dans le monde. Il importe toutefois que le Luxembourg puisse à son tour s'évaluer et se positionner sur le plan international.

Nous devons, en deuxième lieu, nous employer à obtenir des statistiques pertinentes et fiables à partir de données de routine afin de pouvoir garantir la qualité des résultats, sur une base régulière, et l'améliorer ainsi sans collecte de données supplémentaires.

#### **De quelle manière soutenez-vous le projet ?**

*Schubert* : Notre soutien se traduit par la sélection, la mise à disposition et la formation de personnel. Nous mettons en outre nos ressources informatiques à niveau afin de permettre la saisie des prestations selon les nouveaux critères. Nous promouvons par ailleurs le projet auprès du corps médical, qui, pour certains de ses membres, reste sceptique vis-à-vis des nouvelles mesures, car à nos yeux, l'introduction de nouveaux standards de documentation revêt une importance cruciale.

*(Rédaction Insight SantéSécu)*



## FAQs (Foire aux questions)

### Où trouver les documents utiles pour la phase test ?

L'ensemble des documents énumérés ci-dessus a été diffusé auprès des directions des établissements hospitaliers participant à la phase test et auprès des médecins DIM de ces établissements. Les documents sont disponibles sur demande auprès de la CCDH (secrétariat de la CCDH : laurent.falchero@mss.etat.lu).

### Quels sont les actes à recueillir ?

Il s'agit de tous les actes techniques réalisés dont a bénéficié le patient durant son séjour et qui peuvent être codés avec la CCAM adaptée aux besoins du Luxembourg. Les actes de biologie médicale ne font pas partie de ce périmètre.

### Quels diagnostics faut-il recueillir ?

Le guide méthodologique précise : « toute affection prise en charge c'est-à-dire ayant donné lieu à une investigation, à l'instauration ou à la modification d'un traitement, à une surveillance ou à des soins spécifiques au cours du séjour ou ayant induit des modifications de la prise en charge de par sa présence doit être systématiquement recueillie [...]. Une affection ou un handicap ayant influé notablement sur le déroulement du séjour en majorant l'effort de prise en charge de l'affection principale ou obligeant à modifier l'attitude thérapeutique habituelle doivent être recueillis comme des affections prises en charge, même si elles n'ont pas donné lieu à des explorations ou des traitements spécifiques.[...] Les autres affections actives spécifiées par le médecin assurant la prise en charge du patient ou présentes dans la lettre de sortie sont aussi à recueillir. » Cette définition, qui a donné lieu à de nombreuses discussions, sera un point d'attention lors de l'évaluation de la phase test.

### Quels sont les rapports entre le dossier individuel du patient hospitalisé et la documentation hospitalière ?

Le dossier individuel du patient hospitalisé, et les pièces qu'il contient, constituent la source de l'information à partir de laquelle le recueil et le codage des diagnostics peut être réalisé et validé. La qualité des dossiers a donc un impact majeur sur la qualité du codage et sur la pertinence des informations qui pourront être générées par le système de documentation et donc sur la capacité des divers acteurs, à tous niveaux, à utiliser cette information à des fins descriptives ou de planification.



Foto: Picture-Factory - Fotolia.com

Les nouveaux standards de documentation mis en place n'auront aucune incidence sur les données reprises dans le dossier de soins partagé (DPS).



## Y a-t-il une relation entre le dossier de soins partagé (DSP) et la documentation médicale hospitalière ?

Le Dossier de soins partagé (DSP) est défini par la loi portant réforme du système des soins de santé. Il est en voie de mise en œuvre par l'Agence eSanté dans le cadre de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé et « regroupe les données médicales et autres informations concernant le patient, utiles et pertinentes afin de favoriser la sécurité, la continuité des soins, ainsi qu'une utilisation efficiente des services de soins de santé ». Le DSP est donc alimenté par tout élément, structuré ou non, pouvant contribuer à la prise en charge optimale d'un patient individuel. Ces éléments peuvent être des comptes-rendus, des prescriptions, des résultats d'examens d'imagerie ou de laboratoire, etc..., propres à être échangés ou partagés entre les divers acteurs de la prise en charge du patient. L'accès au DSP d'un patient est limité aux intervenants identifiés et autorisés dans le cadre de cette prise en charge, tels que le médecin référent, les spécialistes impliqués dans le traitement, des professionnels de santé ou d'autres prestataires, hospitaliers ou non.

Il n'y a donc pas de rapport entre le DSP, regroupant divers types de documents dont l'échange bénéficie à la santé individuelle des affiliés, et la documentation médicale hospitalière, recueil structuré et organisé d'informations épidémiologiques émanant des hôpitaux, à visée statistique collective.

*(Dr. Françoise Berthet, Direction de la Santé / Dr. Florence Romano, Cellule d'expertise médicale / Dr. Isabelle Roland, Contrôle médical de la sécurité sociale)*



## Glossaire

### CCDH

Il s'agit de la Commission consultative de la documentation hospitalière. Le numéro InSight SantéSécu de juin 2013 lui était en partie consacré. Les missions de la Commission sont définies dans le règlement grand-ducal du 26 décembre 2012 instituant une Commission consultative de la documentation hospitalière et déterminant le système de documentation médicale hospitalière à mettre en place. Les membres ont été nommés par arrêté ministériel du 6 mars 2013. Cette Commission est placée sous la présidence de Monsieur Raymond Wagener, directeur de l'IGSS. (lien : <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2012/0298/a298.pdf>).

### CIM-10

Il s'agit de la « Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes ». L'acronyme français est CIM, l'anglais ICD. Cette classification est la norme internationale permettant de rendre compte des données de mortalité et de morbidité (cf. volume 2 de la CIM-10 et [http://www.who.int/features/2012/international\\_classification\\_disease\\_faq/fr/](http://www.who.int/features/2012/international_classification_disease_faq/fr/)). Cette classification est à axe variable et a été conçue historiquement à partir de celles proposées par William Farr et par Jacques Bertillon. La 10ème version actuellement en cours a été utilisée par les états membres de l'OMS à partir de 1994. La 11ème version est en cours d'élaboration.

### CCAM pour le Luxembourg (CCAM – L)

Il s'agit de la Classification commune des actes médicaux française, 29ème version adaptée pour les besoins du Luxembourg. La CCAM est utilisée en France par les professions médicales pour le codage de leurs actes techniques depuis 2006. Elle a été conçue historiquement avec 2 objectifs : permettre une connaissance affinée de l'activité médicale pour mieux éclairer les décisions de santé publique et déterminer pour l'activité médicale le tarif de chaque acte en fonction de l'effort exigé et des coûts associés à cette réalisation. Cette classification a été choisie par le Luxembourg suite à un travail comparatif des qualités des classifications existantes et expérimentées (cf. article InSight SantéSécu de juin 2013). Le choix de prendre comme référence la CCAM pour la description des actes et de l'adapter au contexte luxembourgeois a été entériné par le Conseil de Gouvernement en novembre 2011. Un travail d'expert a été réalisé pour permettre l'atteinte des objectifs retenus par le Luxembourg durant l'année 2012. La phase test va permettre de tester la version proposée et d'identifier les travaux complémentaires nécessaires.



Foto: Syda Productions - Fotolia.com

**D'autres adaptations de la CCAM-L seront-elles nécessaires ? La phase test le montrera.**



## Guides et référentiels à disposition pour la phase test

Il s'agit du protocole précisant l'organisation de la phase test, du guide méthodologique de recueil et de codage pour le formulaire de données à destination des établissements hospitaliers luxembourgeois, du guide de lecture et de codage à l'usage du Luxembourg pour l'utilisation de la CCAM, de la version française de la CIM-10 incluant les mises à jour de l'OMS à partir de 2007, de la CCAM adaptée aux besoins du Luxembourg.

## Formulaire de données

Le formulaire est la représentation papier des informations qui doivent être recueillies et codées pour les séjours hospitaliers inclus durant la phase test. Ces informations sont enregistrées dans une base de données informatisée.

## Le protocole

Ce document validé par la CCDH décrit l'organisation de la phase test. Il est cosigné par la CCDH et l'établissement hospitalier.

## Les indicateurs OMS / OCDE / Eurostat

Il s'agit des indicateurs internationaux que chaque pays se doit de fournir aux instances internationales. Ces indicateurs sont par la suite utilisés dans les comparaisons. Actuellement en raison de l'absence de classification des actes de référence et de règles de codage communes, les données nécessaires pour la mise en place des indicateurs de qualité des soins de santé au Luxembourg sont incomplètes et imprécises ou carrément manquantes (cf. annexe 1 du protocole).

## Directive des soins transfrontaliers

Il s'agit de la directive 2011/24/UE du 9 mars 2011.

*(Dr. Florence Romano, Cellule d'expertise médicale /  
Dr. Isabelle Roland, Administration du contrôle médical)*

### Mentions légales

Editeur  
Inspection générale  
de la sécurité sociale

Responsable de la publication  
Raymond Wagener, Directeur

Chargé de la publication  
KomPart Verlagsgesellschaft  
mbH & Co.KG Bonn

Redaction  
Dr. phil. Beatrice Wolter (KomPart);  
Ministère de la Sécurité Sociale,  
Ministère de la Santé;  
E-Mail: insight.santesecu@mss.etat.lu



Les médecins DIM au resto...