

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Evaluation de la cotation des dossiers médicaux par les médecins aux
urgences de Seclin**

Présentée et soutenue publiquement le 10 Novembre 2020 à 18h
Au Pôle Recherche, Faculté de Médecine de Lille

Par Benjamin COBBAERT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Eric WIEL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Raphaël FAVORY

Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Jérôme MIZON

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses: celles-ci sont propres à leurs auteurs

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	4
Résumé	5
Abstract	6
Introduction	7
Matériel et Méthode	9
I. Modèle médico-économique des urgences	9
A. Accueil et Traitement des Urgences (ATU)	9
B. Forfait Annuel des Urgences (FAU).....	9
C. Les Actes Externes de la T2A	9
D. Groupe Homogène de Séjour (GHS).....	9
II. Organisation du service des urgences de Seclin	11
A. Les Soins Externes.....	11
B. La Filière Adulte.....	11
C. La Filière Pédiatrique.....	12
D. Education à la cotation des dossiers	12
E. Cotation des dossiers et évaluation administrative.....	12
III. Protocole de recherche	13
A. Aspect éthique : Mise en conformité de la thèse	13
B. Critères de jugement	13
C. Population de l'étude	13
D. Protocole d'étude.....	14
E. Règles de cotation des actes externes.....	14
F. Règles de cotation des patients relevant d'un GHS	16
IV. Analyses statistiques	16
Résultats	18
I. Diagramme de Flux	18
II. Description des dossiers réévalués	18
A. Description des données	18
B. Description des dossiers réévalués	20
III. Critères ayant influencés la réévaluation	21
A. Population incluant les hospitalisations en UHCD	21
B. Sous-population sans les hospitalisations en UHCD	23
IV. Impact sur la tarification	25
A. Population incluant les hospitalisations en UHCD	25
B. Sous-population sans les hospitalisation en UHCD.....	25
Discussion	26
Conclusion	30
Bibliographie	31
Annexe	32
I. Annexe 1 Fiche d'information patient	32
II. Annexe 2 Fiche Standardisée	35

LISTE DES ABREVIATIONS

ATU	Accueil et Traitement des Urgences
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CIM-10	10 ^e Révision de la Classification Internationale des Maladies
CMA	Complication ou Morbidité Associée
CPP	Comité de Protection des Personnes
CRU	Compte Rendu des Urgences
DAS	Diagnostic Associé Significatif
DCS	Dépenses Courantes de Santé
DIM	Département de l'Information Médicale
DP	Diagnostic Principal
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ECMU	Echographie Clinique en Médecine d'Urgence
FAU	Forfait Annuel des Urgences
GHM	Groupe Homogène de Malades
GHS	Groupe Homogène de Séjours
MCO	Médecine – Chirurgie – Obstétrique
NGAP	Nomenclature générale des Actes Professionnels
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
T2A	Tarifcation à l'Activité
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée
ZHTCD	Zone d'Hospitalisation de Très Courte Durée

Résumé

Contexte : Le système de santé français rencontre depuis de nombreuses années des difficultés économiques. La T2A a été mise en place en 2007 afin d'optimiser le modèle médico-économique des établissements de santé français. Malgré cela les hôpitaux et notamment les services d'urgences continuent de faire face à des difficultés économiques. Plusieurs organisations de service peuvent être possibles. Ce travail a pour but d'évaluer l'organisation médico-économique du service des urgences de l'hôpital de Seclin.

Méthode : Une étude observationnelle rétrospective monocentrique a été réalisée en analysant la cotation diagnostique et des actes externes de tout patient entrant aux urgences de Seclin et étant rentré au domicile ou transféré dans un autre établissement de santé. Ces dossiers ont été relus et une nouvelle cotation fut attribuée à ceux-ci si nécessaire. Une évaluation de la tarification a été réalisée avant puis après réévaluation de la cotation. Une analyse sur le sous-groupe avec les patients qui n'ont pas bénéficié d'une hospitalisation en UHCD a été réalisé afin d'évaluer l'apport d'une réévaluation tarifaire en comparaison à une population ne bénéficiant pas d'une réévaluation.

Résultats : Respectivement 18,6% et 15,1% des dossiers médicaux ont bénéficié d'une valorisation de la cotation pour la population de patients initiale et le sous-groupe des patients n'ayant pas bénéficié d'une hospitalisation en UHCD. 100% des échographies réalisés aux urgences n'ont pas bénéficié d'une cotation par les médecins urgentistes. Dans la population initiale, les dossiers pris en charge par les médecins thésés sont significativement plus modifié que ceux des internes (60,7% contre 39,3% ; $p < 0,001$). Dans le même sens, les cotations des internes pour dossiers du sous-groupe sont moins régulièrement modifiées lors de la 2^e relecture que pour les médecins séniors (66,2% contre 33,8% ; $p = 0,008$). L'ensemble des dossiers réévalués ont permis une revalorisation de la tarification affiliée au dossier avec un $p < 0,001$. Les valorisations totales des dossiers de la population initiale et du sous-groupe sont respectivement de 7457,57€ et 4536,78€ durant la période de l'étude.

Conclusion : Cette étude démontre de manière significative de l'intérêt d'une réévaluation de la cotation des dossiers médicaux par les médecins urgentistes ou d'une formation plus importantes ce ceux-ci afin d'optimiser l'aspect médico-économique du service des urgences du centre hospitalier de Seclin.

Abstract

Context : Since many years, the French health care system is facing economic issues. In 2007, T2A was set up to optimize the medico-economic model of French health establishments. Despite this, hospitals and especially emergency services are still dealing with economic difficulties. Several service organizations may be possible. The purpose of this work is to assess the medico-economic organization of the Seclin hospital emergency service.

Method : A single-center, observational retrospective study was performed to analyze the scoring diagnostic and outpatient procedures for any patients entering Seclin's emergency department and which have been returned home or transferred to another healthcare facility after their emergency consultation. All patients files were read and if necessary a new diagnostic scoring was assigned. A pricing assessment was carried out before and after the rating evaluation. An analysis on the subgroup made of patient who have not been hospitalized in UHCD was carried out to assess valorisation reassessment contribution compared to a population which are not benefiting from a raise.

Results : Respectively 18,6% and 15,1% of the medical files benefited of a new rating for initial patient population and the subgroup of patient who have not been hospitalized in UHCD. We can notice that 100% of ultrasound performed in the emergency room were not rated by emergency doctors. In the initial population, medical files supported by graduated doctors are significantly more modified than junior doctors (60,7% against 39,3%; $p < 0.001$). Likewise, interns rating for subgroup medical files are less frequently modified during the second review than the praticians rating (66,2% against 33,8%; $p = 0.008$). Every re-evaluated medical files allowed a pricing revaluation ($p < 0.001$). During the study period, the total of valued files of the initial population and of the subgroup are respectively € 7, 457.57 and € 4,536.78.

Conclusion : This study significantly demonstrates the benefits of the rating reassessment of medical files by emergency doctors or the necessity of trainings about medico-economic optimizations for the emergency department of Seclin hospital center.

Introduction

Depuis de nombreuses années, l'hôpital public (dont les services d'urgences) est touché par des difficultés économiques et salariales. Historiquement, avant le « Plan Hôpital 2007 », les services d'urgences et les établissements de santé plus généralement étaient rémunérés selon des ressources allouées par rapport aux budgets de l'année précédente. C'est le plan global de financement datant de 1983 sous le gouvernement BEREGOVOY. Ce modèle économique se heurtait à une demande croissante de soins et à une majoration des Dépenses Courantes de Santé (DCS). Ceux-ci étaient de près de 147 milliards d'Euros en 2000 et de 215 milliards d'Euros en 2008, soit une majoration des DCS de 145%.(1)

Pour contenir ces dépenses et le poids sur l'économie française, un travail de réflexion fut débuté en 2003 par le Professeur Jean François MATTEI, ministre de la santé de 2002 à 2004, pour aboutir au Plan Hôpital 2007. Celui-ci eut pour objectif de financer les soins hospitaliers sur la base des besoins réels liés aux activités de soins. Ainsi, la T2A, la Tarification à l'Activité, fut créée afin d'inciter les établissements de santé à optimiser leurs coûts. Celui-ci est basé sur le modèle américain, en effet, il s'inspire des mécanismes d'allocation des ressources appliqués aux Etats-Unis par les Organismes d'Assurance Maladie dans le cadre du programme « Medicare ».

Depuis 2008, l'ensemble des établissements hospitaliers en France est financé à 100% par la T2A, exception faite des SSR et EHPAD. Par la suite, le Plan Hôpital 2007 fut édité par le Plan Hôpital 2012 dans un but d'amélioration des investissements et de modernisation des établissements hospitaliers.

Parmi les secteurs les plus concernés et impactés, les Services d'Accueil des Urgences (SAU) occupent une place prépondérante dans cette problématique économique et organisationnelle.

Leur mode de financement est assujéti à une T2A particulière. Il existe un mode de rémunération mixte basée à la fois sur une dotation annuelle (FAU), un forfait par passages

(ATU) et les actes. De plus, les SAU de par leur fonction sont soumis à des contraintes spécifiques : Le maintien de la qualité de prise en charge des patients de jour comme de nuit. Ce maintien a un coût que les SAU doivent optimiser. De plus, le nombre de passages aux urgences est en constante augmentation avec pour exemple 10 millions de passage en 1996, 16 millions en 2007 et 21 millions en 2016.(2)

La T2A est un pilier dans la création du Plan Hôpital 2007. Elle a pour objectif un équilibre de la balance dépense-revenu donc une maîtrise des coûts. Pour cela, l'optimisation des dépenses comme des revenus, est recherchée.

De ce constat, plusieurs organisations de services peuvent être mises en place pour optimiser ces revenus. Décidées en amont, elles peuvent être :

- Soit la cotation n'est pas remplie par le médecin durant la prise en charge et elle est évaluée dans un second temps par du personnel administratif à la lecture du dossier médical
- Soit le dossier médical est rempli par le médecin et inclus la cotation du diagnostic et celui des actes effectués, en fin de prise en charge.

Ce dernier modèle est celui choisi par le SAU de Seclin. L'évaluation unique d'un médecin peut-elle être suffisante pour être comparable à l'évaluation d'un médecin couplé à une réévaluation administrative ? Les deux systèmes obtiennent-ils des résultats comparables ? Dans ce travail, nous évaluerons la pratique des médecins du service des urgences de Seclin dans le domaine de la cotation des dossiers des patients bénéficiant d'une simple consultation ou d'une hospitalisation en UHCD avant leur sortie de l'hôpital.

Matériel et Méthode

I. Modèle médico-économique des urgences

A. Accueil et Traitement des Urgences (ATU)

L'ATU correspond à une rémunération forfaitaire liée à chaque passage au SAU sauf s'il y a une hospitalisation dans le même hôpital en fin de prise en charge du patient (y compris une hospitalisation en UHCD). Son tarif est de 25,28€. (3–5)

B. Forfait Annuel des Urgences (FAU)

Le Forfait Annuel des Urgences (FAU) correspond à une dotation annuelle de l'état pour couvrir l'essentiel des charges fixes minimales pour le fonctionnement d'un SAU.(4) Celui-ci est calculé en fonction du nombre d'ATU enregistré par le SAU durant l'année précédente.

C. Les Actes Externes de la T2A

Les actes externes de la T2A correspondent à la rémunération principale d'un SAU, dont sont issues les consultations réalisées aux urgences. Ceux-ci sont définis selon la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et par la classification NGAP fournies par la Sécurité Sociale. La cotation des actes externes est régie par des règles précises et nombreuses qui sont détaillées et synthétisées dans un autre paragraphe.

D. Groupe Homogène de Séjour (GHS)

Dans la pratique médicale aux urgences, il peut arriver que les patients présentent une symptomatologie et une pathologie qui nécessite une surveillance et des examens diagnostiques répétés. Dans ce cadre, les patients sont amenés à être hospitalisé dans une Zone d'Hospitalisation de Très Courte de Durée (ZHTCD ou UHCD). Ceux-ci relèvent alors d'une tarification similaire à ceux d'une hospitalisation, à l'exception de ceux étant hospitalisés dans l'établissement par la suite. La cotation se fait selon un Diagnostic Principal (DP) ainsi

qu'un ou plusieurs Diagnostics Associés Significatifs (DAS). Elle correspond à la tarification d'un Groupe Homogène de Malades (GHM) avec le seuil de sévérité le plus bas. Les GHM regroupent les prises en charge de même nature médicale et économique, constituant un système de classification médico-économique des hospitalisations en MCO.

Les conditions cumulatives pour considérer qu'un patient est admissible à la cotation d'un GHS ont été défini dans la circulaire frontière en 2010 (5).

Les conditions sont :

- Un caractère instable ou un diagnostic restant incertain
- La nécessité d'une surveillance médicale avec un environnement paramédical qui ne peut être délivré que dans le cadre d'une hospitalisation
- La nécessité de réalisation d'examens complémentaires ou d'actes thérapeutiques (6,7)

La balance Revenus-Dépenses est résumée dans le schéma ci-contre. (Figure 1)

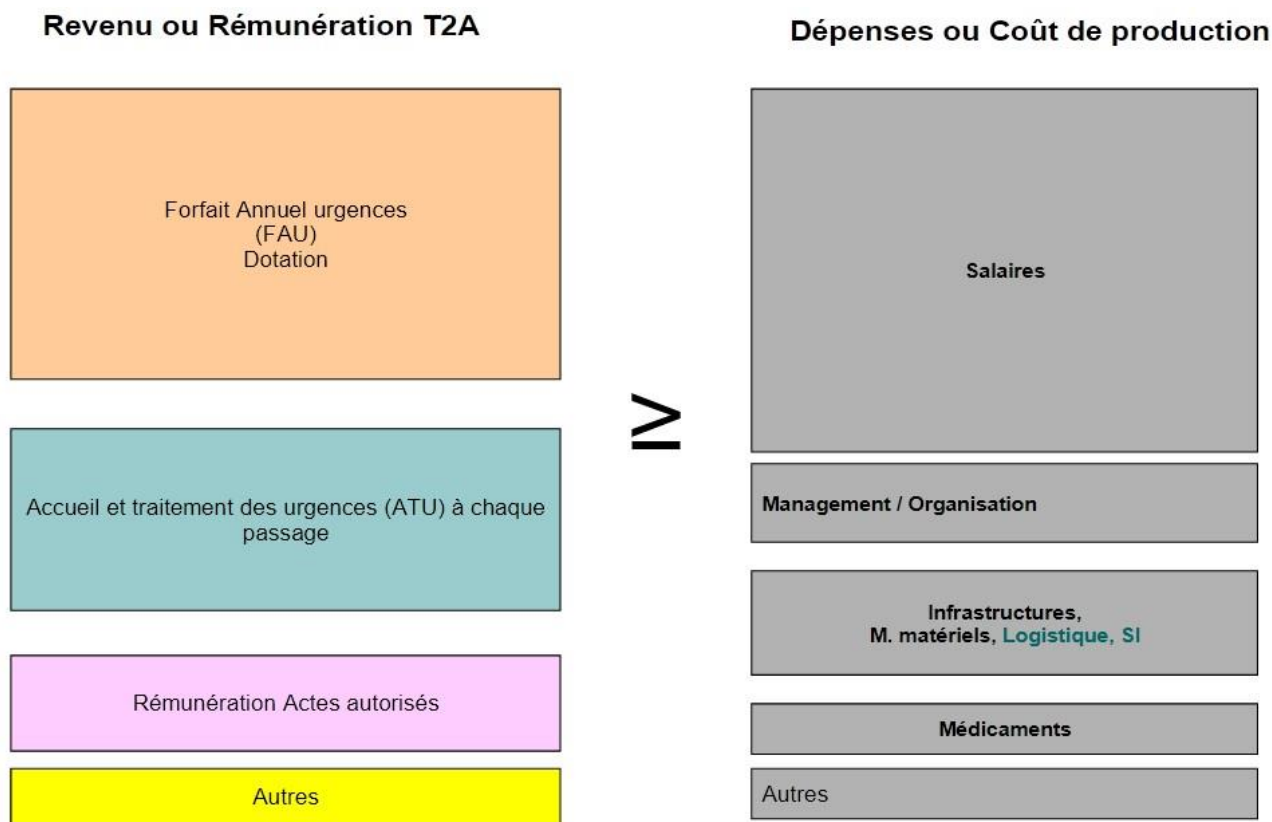


Figure 1 : Balance Revenu- Dépense(4)

II. Organisation du service des urgences de Seclin

Le Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Seclin possède 3 filières :

- Les Soins Externes
- La filière Adulte
- La filière Pédiatrique

A. Les Soins Externes

La filière est composée de deux salles de consultation, une salle de petite chirurgie et une salle de gypsothérapie. Durant la journée, est présent un médecin sénior, un interne ou un externe et un infirmier (ou aide-soignant) lui-même formé à la gypsothérapie. Cette filière reçoit la petite traumatologie et les consultations ne nécessitant pas un patient allongé. Durant la nuit, cette filière est gérée par l'un des deux médecins thésés de garde et par l'externe de garde avec un infirmier en appui pour la réalisation de la gypsothérapie qui se détache de la filière adulte au besoin.

B. La Filière Adulte

La filière est composée de six salles de consultations, de deux salles accueillant trois lits d'attentes couchées chacune ainsi qu'une salle de déchoquage pouvant accueillir jusque trois patients. A cette filière, s'ajoute une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) composé de huit lits. La journée, l'activité est coordonnée par trois médecins séniors dont l'un est initialement affecté à l'UHCD. Un interne est également affecté à la filière Adulte.

La nuit, l'activité est gérée par deux médecins thésés (dont l'un est présent jusqu'à minuit) avec un interne en médecine.

Elle reçoit les patients ayant des critères pour une consultation simple mais ne pouvant être orienté dans la filière des soins externes ou ayant des critères d'urgences.

C. La Filière Pédiatrique

La filière est composée de deux salles de consultations, d'une salle de surveillance et d'une salle de déchoquage pédiatrique. De jour comme de nuit, les enfants sont prises en charge par un pédiatre et un interne en médecine avec l'aide d'une infirmière puéricultrice et d'une auxiliaire puéricultrice.

Elle s'occupe des enfants ne relevant pas de la petite traumatologie.

D. Education à la cotation des dossiers

Durant la période où cette étude est réalisée, l'ensemble des internes de médecine réalisant des journées et des gardes aux urgences n'ont pas reçu une formation habituellement dispensés au début de leur stage sur la cotation des dossiers aux urgences. Cette formation inclue les règles de cotation de base des actes aux urgences ainsi qu'un résumé des actes les plus usuels aux urgences.

Les médecins séniors n'ont pas reçu de nouvelle formation sur la cotation depuis leur prise de fonction dans l'hôpital.

E. Cotation des dossiers et évaluation administrative

La cotation des dossiers est réalisée par le médecin. Un patient qui a bénéficié d'une consultation externe, verra sa cotation majorée de manière automatique par un logiciel en fonction de l'âge et de l'heure d'entrée. Il n'y a pas de seconde lecture pour les patients bénéficiant d'une consultation externe par du personnel administratif. Cependant, lorsque le patient bénéficie d'une hospitalisation en UHCD, son dossier est complété à la sortie par un médecin et est réévalué par une secrétaire dédiée, attachée au service des urgences.

III. Protocole de recherche

A. Aspect éthique : Mise en conformité de la thèse

Un avis auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP) est demandé. Au vu du décret 2017-884 du 9 mai 2017 modifiant les dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine, cette étude n'implique pas la personne humaine au sens de l'article L1121-1 du Code De Santé Public. Ce travail n'entre pas dans le cadre de la loi N°2012-300 du 5 mars 2012 dite loi Jardé et ne nécessite pas d'avis préalable du CPP. Cette étude est catégorisée MR004 auprès du CPP.

B. Critères de jugement

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la proportion de dossiers médicaux ayant nécessité une réévaluation de la cotation de leurs actes ou du diagnostic.

Les objectifs secondaires sont de définir des facteurs indiquant à une attention plus particulière pour une réévaluation de la cotation des dossiers. Nous rechercherons si ces modifications ont apporté un changement significatif de la tarification des dossiers.

Ces différents objectifs sont analysés sur la totalité de la population éligible et inclus dans l'étude et sont analysés sur un sous-groupe de patients constitué après exclusion des patients ayant bénéficiés d'une hospitalisation en UHCD. Dans l'organisation étudiée des urgences de Seclin, cette sous-population est représentative de dossiers n'ayant pas de relecture dans un second temps par du personnel administratif.

C. Population de l'étude

Le recueil des données s'effectue auprès du SAU du Centre Hospitalier de Seclin à partir du 07 Septembre 2020 pour 7 jours pleins.

A l'accueil du SAU, le patient reçoit une fiche d'information dans son dossier d'entrée. (Annexe 1) Celle-ci l'informe de l'étude en cours, des données récoltées et de la possibilité, à tout moment de s'opposer à l'utilisation de leurs données.

La population de cette étude porte donc sur l'ensemble des patients arrivant au Service d'Accueil des Urgences de l'Hôpital de Seclin.

Les critères d'exclusion sont :

- Les patientes venant pour une consultation aux urgences Gynécologiques
- Les patients hospitalisés dans un service de l'Hôpital de Seclin à la suite de la consultation aux urgences ou suite à l'hospitalisation en UHCD.
- Les patients s'opposant à l'utilisation de leurs données
- Les patients sortant sans soins

D. Protocole d'étude

Le recueil des données permet de collecter le compte-rendu des urgences des patients éligibles à l'étude. Avec celui-ci une relecture et une nouvelle cotation est effectuées avec l'aide d'une fiche standardisée (Annexe 1). Cette cotation est réalisée selon le respect de la CCAM et de la NGAP pour les actes externes et, après vérification des critères d'hospitalisation de moins d'une journée aux urgences, de la CIM-10.

Selon la grille tarifaire de la Sécurité Sociale, un calcul de la tarification du dossier est effectué avant et après relecture du dossier.

Les tarifs de la CCAM sont retrouvés grâce à un outil internet pour l'aide à la cotation et au codage. La CCAM est la version d'Août 2020. (8)

E. Règles de cotation des actes externes

Elles sont nombreuses et complexes. Les actes peuvent avoir une majoration de leur tarification en fonction de l'horaire de prise en charge ainsi qu'en fonction de l'âge.(9)

Par exemple :

- Une consultation ne peut être associée qu'à un électrocardiogramme.
- Les actes techniques comprennent dans leur tarification une consultation et ne peuvent être cumulables à une autre. C'est le principe d'acte global. L'acte thérapeutique inclut

l'acte diagnostique.

- Il est possible de coter jusque trois actes pour les lésions traumatiques multiples et récentes.
- Aucun acte n'est associable à lui-même hormis les actes concernant l'odontologie et la traumatologie de la main. Pour les brûlures, il faut cumuler les surfaces brûlées en fonction des zones sans tenir compte du degré de la brûlure. Pour les sutures, il faut choisir l'acte après avoir cumulé les longueurs des plaies suturées en respectant les notions de profondeurs et de localisations.(10)
- L'échographie clinique en médecine d'urgence (ECMU) possède une cotation à part entière car elle est comprise dans la famille des actes de radiologie. Selon la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), pour pouvoir prétendre à une cotation tarifaire, l'ECMU doit posséder trois critères inscrits dans le dossier clinique du patient :
 - Indication de l'ECMU
 - Images cibles contenant l'identité du patient
 - Conclusion de l'ECMU

L'échographie réalisée, est cotée selon une cotation unique : Échographie transcutanée, au lit du malade (ZZQM004). (11)

Evoquée un peu plus haut, la cotation des actes bénéficie de critères de majoration. Aux urgences, il est possible d'ajouter une majoration lié à l'âge de 5€ pour les enfants entre 0 et 6 ans avec le code MEG de la NGAP et pour la prise en charge de personnes âgées de plus de 80 ans avec le code MOP de la NGAP.(12,13)

Egalement, une majoration en fonction de l'heure d'entrée est réalisable. Elle varie de 35€ (entre 20h et 00h et de 06h à 8h) à 40€ (de 00h à 06h). Les dimanches et jours fériés, une majoration supplémentaire de 19,06€ est effectué. Dans notre étude, ces majorations sont automatiquement réalisées par le Département de l'information médical (DIM). Celui-ci, dans un hôpital, gère la sécurité de l'information médical du patient et fait le lien entre les données médicales et économiques.

F. Règles de cotation des patients relevant d'un GHS

Le diagnostic principal (DP) est le problème de santé aboutissant à l'hospitalisation. Celui-ci est déterminé à sortie d'hospitalisation selon la CIM-10. Dans cette étude, il est déterminé après relecture du compte rendu des urgences (CRU) et vérification des critères d'une hospitalisation en UHCD.

Le diagnostic associé significatif (DAS) est une affection, un symptôme ou tout autre motif de recours aux soins coexistant avec le DP, et constituant un problème de santé distinct supplémentaire ou une complication de la morbidité principale ou de son traitement. Il est dit « significatif » s'il est pris en charge pour sa propre part à titre diagnostique ou thérapeutique ou s'il majore l'effort de prise en charge d'une autre affection. (4) Celui-ci entraîne une valorisation de la tarification du DP en fonction d'un niveau de gravité, la CMA (Complication ou Morbidité Associée). La CMA est gradué en 4 grades dont le grade 1 est celui par défaut. Pour un patient hospitalisé en UHCD, ce grade est toujours comptabilisé à son niveau le plus faible.

Le calcul du nombre de jour d'hospitalisation est primordial pour connaître la borne basse et haute de la tarification du GHM. A partir de l'heure d'entrée dans l'établissement de santé, un jour est compté quand l'heure passe minuit.

Le logiciel « CONVERGENCE » utilisé par le Groupe Hospitalier Seclin-Carvin nous permet de définir directement la valorisation d'un dossier avant puis après optimisation de la cotation diagnostique de l'urgentiste.

IV. Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel R 3.6.1.

Les variables qualitatives étaient exprimées par leurs effectifs et pourcentages par modalité de réponse. Les variables quantitatives étaient exprimées sous forme de moyennes et écarts types ou de médianes et intervalles interquartiles en cas de distribution non normale.

Afin de répondre à l'objectif principal, les proportions de dossier ayant fait l'objet d'une

modification de la cotation ont été calculées. Des analyses bivariées ont ensuite été réalisées afin d'identifier ce qui différait entre les dossiers modifiés et ceux ne subissant pas de modification de tarification. Des tests de Student ont été réalisés pour comparer les moyennes, ou des tests de Wilcoxon lorsque les conditions d'application des tests paramétriques n'étaient pas respectées. Les proportions ont été comparées au moyen de tests de Chi-2, ou de tests de Fisher en cas d'effectifs théoriques insuffisants.

Tous les tests étaient bilatéraux et étaient considérés comme significatifs en cas de p-valeur inférieure à 0,05.

Résultats

I. Diagramme de Flux

Durant cette étude, nous avons eu 735 patients éligibles. 603 patients ont été analysés. Parmi les 132 patients exclus, 118 ont bénéficiés d'une hospitalisation suite à l'évaluation des médecins urgentistes, 13 sont partis sans soin des urgences et 1 patient a refusé l'utilisation de ses données dans cette étude. 82% des patients éligibles ont pu être inclus et analysés dans l'étude.

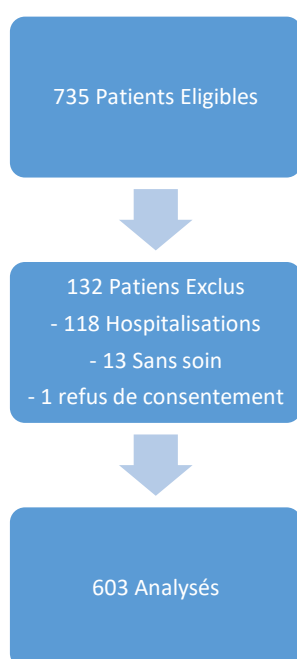


Figure 2 Diagramme de Flux

II. Description des dossiers réévalués

A. Description des données

L'analyse des données est d'abord réalisée avec les patients étant passé en consultation aux urgences en incluant ceux ayant bénéficié d'un passage en UHCD puis une sous population est créée en incluant uniquement les patients ayant bénéficié d'une consultation au SAU sans bénéficié d'une hospitalisation en UHCD. Cette population et cette sous population se définissent selon le tableau 1.

		Avec UHCD	Sans UHCD
Effectif, n		603	575
Age, m (sd)		31,0 (24,7)	29,73 (24,05)
Sexe, n (%)	Femme	301 (49,9)	280 (48,7)
	Homme	302 (50,1)	295 (51,3)
Orientation, n (%)	Adulte	224 (37,1)	196 (34,1)
	Pédiatrie	114 (18,9)	114 (19,8)
	Soins Externes	265 (43,9)	265 (46,1)
Horaire, n (%)	Jour	357 (59,2)	344 (59,8)
	Garde	246 (40,8)	231 (40,2)
Médecin, n (%)	Interne	367 (60,9)	367 (63,8)
	Sénior	236 (39,1)	208 (36,2)
Réévaluation biologique / imagerie, n (%)	Non	597 (99,0)	574 (99,8)
	Oui	6 (1,0)	1 (0,2)
Evaluation échographique, n (%)	Non	574 (95,2)	548 (95,3)
	Oui	29 (4,8)	27 (4,7)
Passage en UHCD, n (%)	Non	575 (95,4)	-
	Oui	28 (4,6)	-
Cotation initiale de l'acte, n (%)	Acte	49 (8,1)	49 (8,5)
	Consultation	444 (73,6)	444 (77,2)
	Consultation + ECG	71 (11,8)	71 (12,3)
	GHS	27 (4,5)	-
	Pas de cotation	12 (2,0)	11 (1,9)
ATU initial, n (%)	Non	27 (4,5)	-
	Oui	576 (95,5)	575 (100)
Majoration selon l'âge, n (%)	Non	462 (76,6)	434 (75,5)
	Oui	141 (23,4)	141 (24,5)
Majoration de l'horaire, n (%)	Non	372 (61,7)	345 (60,0)
	Oui	231 (38,3)	230 (40,0)
Tarifcation initiale (médiane [IQR])		61,63 [50,28, 85,28]	56,63 [50,28, 85,28]
Cotation réévaluée, n (%)	Acte	64 (10,6)	64 (11,1)
	Consultation	421 (69,8)	421 (73,2)
	Consultation + ECG	86 (14,3)	86 (15,0)
	GHS	32 (5,3)	4 (0,7)
ATU après réévaluation, n (%)	Non	32 (5,3)	4 (0,7)
	Oui	571 (94,7)	571 (99,3)
Majoration selon l'âge après réévaluation, n (%)	Non	462 (76,6)	434 (75,5)
	Oui	141 (23,4)	141 (24,5)
Majoration de l'horaire après réévaluation, n (%)	Non	378 (62,7)	350 (60,9)
	Oui	225 (37,3)	225 (39,1)
Cotation modifiée, n (%)	Non	491 (81,4)	488 (84,9)
	Oui	112 (18,6)	87 (15,1)
Ajout de la cotation de l'échographie, n (%)	Non	576 (95,5)	548 (95,3)
	Oui	27 (4,5)	27 (4,7)
Modification de l'acte, n (%)	Non	553 (91,7)	530 (92,2)
	Oui	50 (8,3)	45 (7,8)
Ajout d'acte à la cotation, n (%)	Non	559 (92,7)	547 (95,1)
	Oui	44 (7,3)	28 (4,9)
Modification en GHS, n (%)	Non	599 (99,3)	571 (99,3)
	Oui	4 (0,7)	4 (0,7)
Modification de la tarification, n (%)	Non	507 (84,1)	489 (85,0)
	Oui	96 (15,9)	86 (15,0)
Tarifcation après réévaluation (median [IQR])		64,54 [50,28, 90,28]	64,54 [50,28, 85,28]
Delta de la tarification (median [IQR])		0,00 [0,00, 0,00]	0,00 [0,00, 0,00]

Tableau 1 Description de population et données en incluant et excluant les patients ayant bénéficié d'un passage en UHCD

B. Description des dossiers réévalués

1. Description des dossiers incluant l'UHCD

Parmi les 603 dossiers analysés, 112 sont modifiés (18,6%).

L'acte ou le diagnostic principal est modifié dans 8,3% des cas.

Un ajout d'acte ou de diagnostic associé significatif est réalisé dans 7,3% des dossiers.

29 échographies sont réalisées durant la période. 27 sont réalisées chez des patients ayant bénéficié d'une consultation et 2 sont réalisées chez des patients hospitalisés en UHCD où la cotation ne peut être réalisée.

Parmi l'ensemble des dossiers analysés, 12 dossiers n'ont aucune cotation, soit 2% des dossiers.

2. Description des dossiers sans passage en UHCD

Parmi les 575 dossiers analysés dans le sous-groupe de patient n'ayant pas bénéficié d'une hospitalisation en UHCD, 87 dossiers sont modifiés après réévaluation, soit 15,1% des dossiers.

7,8% des dossiers de cette population ont vu leurs actes modifiés, 4,9% ont bénéficié d'un acte ajouté. 11 dossiers n'ont aucune cotation, soit 1,9% des cas.

Sur les 27 échographies réalisées, 27 cotations d'une imagerie au lit du malade sont ajoutées aux dossiers, soit 4,7% des dossiers analysés dans ce sous-groupe.

4 dossiers cotés comme des consultations ont les critères de gravité et de surveillance compatible avec une surveillance en UHCD. Ceux-ci ont bénéficié d'une réévaluation en faveur de la cotation d'un GHS plutôt que d'actes externes. Ce type de dossier représente 0,7% des dossiers étudiés dans cette sous-population.

III. Critères ayant influencés la réévaluation

A. Population incluant les hospitalisations en UHCD

Le tableau 2 représente l'analyse des données sur la population globale incluse. L'âge des patients est plus élevé de manière significative parmi les dossiers qui ont vu leur cotation modifiée. On constate qu'il y a une différence significative pour la modification des dossiers que le patient soit passé dans la filière adulte, pédiatrique ou des soins externes. Cette différence est plus marquée pour les patients étant passé dans la filière adulte avec 68,8% des dossiers avec une cotation modifiée, suivi les soins externes avec 26,8% des dossiers avec une cotation modifiée. Les dossiers des médecins séniors sont significativement plus réévalués que ceux des internes avec 60,7% des dossiers qui sont évalués par les séniors contre 39,7% de dossiers prise en charge par les internes. L'évaluation échographique et la réévaluation d'une imagerie ou d'un bilan biologique sont également significativement associées à une modification de la cotation.

En revanche, il n'y a pas de différence significative entre les dossiers vis-à-vis du sexe du patient ou des dossiers prise en charge par les médecins de jours ou les médecins en garde.

		Cotation non modifiée	Cotation modifiée	p
Effectif		491	112	
Age, m (sd)		28,86 (23,80)	40,38 (26,25)	<0,001
Sexe, n (%)	Femme	244 (49,7)	57 (50,9)	0,901
	Homme	247 (50,3)	55 (49,1)	
Orientation, n (%)	Adulte	147 (29,9)	77 (68,8)	<0,001
	Pédiatrie	109 (22,2)	5 (4,5)	
	Soins Externes	235 (47,9)	30 (26,8)	
Horaire, n (%)	Jour	287 (58,5)	70 (62,5)	0,496
	Garde	204 (41,5)	42 (37,5)	
Médecin, n (%)	Interne	323 (65,8)	44 (39,3)	<0,001
	Sénior	168 (34,2)	68 (60,7)	
Réévaluation biologique / imagerie, n (%)	Non	489 (99,6)	108 (96,4)	0,012
	Oui	2 (0,4)	4 (3,6)	
Evaluation échographique, n (%)	Non	491 (100,0)	83 (74,1)	<0,001
	Oui	0 (0,0)	29 (25,9)	
Passage en UHCD, n (%)	Non	488 (99,4)	87 (77,7)	<0,001
	Oui	3 (0,6)	25 (22,3)	
Cotation initiale de l'acte, n (%)	Acte	32 (6,5)	17 (15,2)	<0,001
	Consultation	399 (81,3)	45 (40,2)	
	Consultation+ ECG	57 (11,6)	14 (12,5)	
	GHS	3 (0,6)	24 (21,4)	
	Pas de cotation	0 (0,0)	12 (10,7)	
ATU initial, n (%)	Non	3 (0,6)	24 (21,4)	<0,001
	Oui	488 (99,4)	88 (78,6)	
Majoration selon l'âge, n (%)	Non	371 (75,6)	91 (81,2)	0,246
	Oui	120 (24,4)	21 (18,8)	
Majoration de l'horaire, n (%)	Non	295 (60,1)	77 (68,8)	0,111
	Oui	196 (39,9)	35 (31,2)	
Tarification initiale (médiane [IQR])		55,28 [50,28, 85,28]	67,52 [50,67, 100,74]	0,002
Cotation réévaluée, n (%)	Acte	32 (6,5)	32 (28,6)	<0,001
	Consultation	400 (81,5)	21 (18,8)	
	Consultation + ECG	56 (11,4)	30 (26,8)	
	GHS	3 (0,6)	29 (25,9)	
ATU après réévaluation, n (%)	Non	3 (0,6)	29 (25,9)	<0,001
	Oui	488 (99,4)	83 (74,1)	
Majoration selon l'âge après réévaluation, n (%)	Non	370 (75,4)	92 (82,1)	0,159
	Oui	121 (24,6)	20 (17,9)	
Majoration de l'horaire après réévaluation, n (%)	Non	297 (60,5)	81 (72,3)	0,026
	Oui	194 (39,5)	31 (27,7)	
Ajout de la cotation de l'échographie, n (%)	Non	491 (100,0)	85 (75,9)	<0,001
	Oui	0 (0,0)	27 (24,1)	
Modification de l'acte, n (%)	Non	491 (100,0)	62 (55,4)	<0,001
	Oui	0 (0,0)	50 (44,6)	
Ajout d'acte à la cotation, n (%)	Non	491 (100,0)	68 (60,7)	<0,001
	Oui	0 (0,0)	44 (39,3)	
Modification en GHS, n (%)	Non	491 (100,0)	108 (96,4)	<0,001
	Oui	0 (0,0)	4 (3,6)	
Modification de la tarification, n (%)	Non	491 (100,0)	15 (13,4)	<0,001
	Oui	0 (0,0)	97 (86,6)	
Tarification après réévaluation (median [IQR])		55,28 [50,28, 85,28]	102,34[77,20, 540,88]	<0,001
Delta de la tarification (median [IQR])		0,00 [0,00, 0,00]	25,00 [6,37, 37,80]	<0,001

Tableau 2 Comparaison des dossiers avec une cotation modifiée ou non sur la population incluant les hospitalisations en UHCD

B. Sous-population sans les hospitalisations en UHCD

Le tableau 3 représente l'analyse des données sur la sous-population des patients ayant bénéficié d'une consultation aux urgences sans hospitalisation en UHCD. L'âge des patients est plus élevé de manière significative parmi les dossiers ayant bénéficié d'une modification de leur cotation. Les dossiers des patients passant aux urgences dans la filière adulte sont modifiés significativement plus souvent que pour la filière des soins externes et la filière pédiatrique. L'évaluation des internes dans la cotation des dossiers est significativement associée à une modification moins fréquente à posteriori. La réalisation d'une échographie est significativement corrélée à une réévaluation de la cotation du dossier, car sur 27 patients ayant bénéficié d'une échographie clinique, 100% n'ont pas eu de cotation réalisée. Il est à noter que le sexe du patient, la réévaluation d'une imagerie ou d'une biologie ainsi qu'une cotation réalisée par le médecin présent la journée ou de garde n'ont pas montré d'impact pour une réévaluation plus fréquente.

		Cotation non modifiée	Cotation modifiée	p
Effectif		488	87	
Age, m (sd)		28,84 (23,85)	34,75 (24,65)	0,035
Sexe, n (%)	Femme	241 (49,4)	39 (44,8)	0,505
	Homme	247 (50,6)	48 (55,2)	
Orientation, n (%)	Adulte	144 (29,5)	52 (59,8)	<0,001
	Pédiatrie	109 (22,3)	5 (5,7)	
	Soins Externes	235 (48,2)	30 (34,5)	
Horaire, n (%)	Jour	287 (58,8)	57 (65,5)	0,291
	Garde	201 (41,2)	30 (34,5)	
Médecin, n (%)	Interne	323 (66,2)	44 (50,6)	0,008
	Sénior	165 (33,8)	43 (49,4)	
Réévaluation biologique / imagerie, n (%)	Non	487 (99,8)	87 (100,0)	1,000
	Oui	1 (0,2)	0 (0,0)	
Evaluation échographique, n (%)	Non	488 (100,0)	60 (69,0)	<0,001
	Oui	0 (0,0)	27 (31,0)	
Cotation initiale de l'acte, n (%)	Acte	32 (6,6)	17 (19,5)	<0,001
	Consultation	399 (81,8)	45 (51,7)	
	Consultation + ECG	57 (11,7)	14 (16,1)	
	Pas de Cotation	0 (0,0)	11 (12,6)	
ATU initial, n (%)	Non	0 (0,0)	0 (0,0)	NA
	Oui	488 (100,0)	86 (100,0)	
Majoration selon l'âge, n (%)	Non	368 (75,4)	66 (75,9)	1,000
	Oui	120 (24,6)	21 (24,1)	
Majoration de l'horaire, n (%)	Non	292 (59,8)	53 (60,9)	0,943
	Oui	196 (40,2)	34 (39,1)	
Tarifcation initiale (médiane [IQR])		55,28 [50,28, 85,28]	64,54 [50,28, 81,50]	0,737
Cotation réévaluée, n (%)	Acte	32 (6,6)	32 (36,8)	<0,001
	Consultation	400 (82,0)	21 (24,1)	
	Consultation + ECG	56 (11,5)	30 (34,5)	
	GHS	0 (0,0)	4 (4,6)	
ATU après réévaluation, n (%)	Non	0 (0,0)	4 (4,6)	<0,001
	Oui	488 (100)	83 (95,4)	
Majoration selon l'âge après réévaluation, n (%)	Non	367 (75,2)	67 (77,0)	0,822
	Oui	121 (24,8)	20 (23,0)	
Majoration de l'horaire après réévaluation, n (%)	Non	294 (60,2)	56 (64,4)	0,544
	Oui	194 (39,8)	31 (35,6)	
Ajout de la cotation de l'échographie, n (%)	Non	488 (100,0)	60 (69,0)	<0,001
	Oui	0 (0,0)	27 (31,0)	
Modification de l'acte, n (%)	Non	488 (100,0)	42 (48,3)	<0,001
	Oui	0 (0,0)	45 (51,7)	
Ajout d'acte à la cotation, n (%)	Non	488 (100,0)	59 (67,8)	<0,001
	Oui	0 (0,0)	28 (32,2)	
Modification en GHS, n (%)	Non	488 (100,0)	83 (95,4)	<0,001
	Oui	0 (0,0)	4 (4,6)	
Modification de la tarification, n (%)	Non	488 (100,0)	0 (0,0)	<0,001
	Oui	0 (0,0)	86 (100,0)	
Tarifcation après réévaluation (median [IQR])		55,28 [50,28, 85,28]	88,08 [67,27, 104,54]	<0,001
Delta de la tarification (median [IQR])		0,00 [0,00, 0,00]	25,00 [14,26, 37,80]	<0,001

Tableau 3 Comparaison des dossiers avec une cotation modifiée ou non sur la sous-population excluant les hospitalisations en UHCD

IV. Impact sur la tarification

A. Population incluant les hospitalisations en UHCD

Une modification de la cotation est significativement associée à une revalorisation de la tarification du dossier (Tableau 2). En effet, 97 des 112 dossiers modifiés ont bénéficié d'une nouvelle tarification. La tarification médiane des dossiers passe de 67,52€ à 102,34€. La valorisation médiane des dossiers est de 25,00€ par dossier modifié. En moyenne, il est retrouvé une majoration de la rémunération attribuée à un dossier modifié de 66,59€. Au total, durant le recueil des données et suite à la modification de la cotation, il est possible de générer une majoration du revenu pour le service des urgences de 7457,57€.

B. Sous-population sans les hospitalisation en UHCD

Parmi les patients admis pour une consultation aux urgences dans la filière adulte, pédiatrique ou des soins externes, la modification des dossiers a permis une amélioration de la médiane des tarifications de 64,54€ à 88,08€ (Tableau 3). La médiane de valorisation des dossiers suite à la réévaluation de ceux-ci est de 25,00€. En moyenne, les dossiers réévalués voient leur tarification majorée de 52,15€ par dossier. A la suite de cette réévaluation, il est démontré une majoration de la tarification des dossiers pour un total de 4536,78€ parmi les patients qui ont eu une simple consultation aux urgences.

Discussion

De part cette étude, nous avons démontré que la cotation des actes et des diagnostics par les médecins urgentistes de l'hôpital de Seclin peut être améliorée.

En effet, parmi les patients qui ne sont pas admis en secteur d'hospitalisation de courte durée et dont la cotation n'est pas relue par du personnel administratif, 15,1% des dossiers sont modifiés. Ces modifications ont permis une majoration substantielle de la valorisation de ces dossiers et justifie de l'importance de l'amélioration des cotations. Les chiffres de passage pour l'année 2019 aux urgences de Seclin sont de 43.838 pour l'année et de 791 passages pour la semaine correspondante à celle étudiée dans ce travail. Cela représente 1,8% des passages sur l'année.

Si l'on extrapole à l'année entière, la rémunération supplémentaire pour le service à l'année serait de l'ordre de 250.000€ en considérant les chiffres de la sous-population non admis en UHCD.

Ce travail possède des caractéristiques pouvant affaiblir la force des résultats. Nous avons réalisé une étude rétrospective ce qui contraint à un biais d'information avec des dossiers pouvant manquer d'information. Au vue du nombre d'entrées et des différences de flux, cette étude est réalisée sur une période courte pouvant ne pas être représentative d'une année entière. Une évaluation sur le plus long terme permettrait d'être plus précis sur les conséquences économiques pour le service et le pôle du centre hospitalier de Seclin.

Cependant, l'évaluation des pratiques est un point fort dans cette étude et pour l'organisation d'un service. Celle-ci permet de mettre en lumière des voies d'amélioration pour le service et le personnel soignant. Malgré une période courte d'inclusion, ce travail de thèse bénéficie d'une proportion importante de patients analysés par rapport au nombre de patients éligibles permettant de démontrer qu'une amélioration de la cotation des dossiers est possible avec un fort impact économique en peu de temps. Bien que central dans le fonctionnement d'un

service, l'évaluation des cotations n'est qu'un sujet que peu étudié dans la littérature. En effet, une seule thèse d'un doctorat en économie de la santé(4) n'a pu fournir des informations pour compléter ce travail de thèse en dehors des circulaires et textes officiels.

Lors de la constitution du protocole de cette étude, nous avons défini les hospitalisations selon la définition retrouvée dans la Circulaire frontière de 2010. (6) Le 20 décembre 2019 est annoncé une instruction sur la gradation des prises en charge ambulatoires en établissements de santé. (14) Celle-ci est en cours d'élaboration durant la période d'inclusion et d'analyse des données. Elle est parue au bulletin officiel le 15 octobre 2020. (15) L'annexe 3 de l'INSTRUCTION N° DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 est relative aux conditions de facturation des GHS pour les prises en charge en UHCD. Celle-ci comporte les mêmes conditions cumulatives que celles retrouvées dans la Circulaire Frontière de 2010. Notre protocole reste à jour sur ce point de vue-là.

Dans le thème de l'hospitalisation de courte durée, une des pathologies citées en exemple est le traumatisme crânien léger nécessitant une surveillance hospitalière. Durant nos recueils de données, il s'est avéré que dans la filière pédiatrique, il y a eu plusieurs dossiers de traumatisme crânien avec une surveillance réalisée dans l'enceinte de la filière pédiatrique. Devant l'absence d'un service d'UHCD pédiatrique ou d'un espace dédié, la cotation réalisée par les médecins pédiatres est la bonne mais une organisation de service différente permettrait une amélioration de la tarification de cette surveillance. Un changement dans l'organisation du service et de la filière pédiatrique pourrait accroître la qualité de prise en charge et les revenus dans le cas d'une surveillance hospitalière de courte durée pour un enfant.

Cette étude démontre que la cotation des médecins est perfectible avec un impact important sur le plan médico-économique. Une réflexion doit être menée afin de proposer des solutions

à cette problématique. Parmi les pistes explorées, une formation régulière et une remise à niveau du personnel médical permettrait une meilleure compréhension de leur cotation. Les 27 échographies réalisées lors d'une consultation externe aux urgences sont toutes réalisées par des médecins séniors. Aucune d'entre elles ne sont cotées dans le dossier médical. Cela démontre un manque d'information fourni aux médecins réalisant des échographies cliniques dans le contexte de l'urgence. Une formation régulière, des « pense-bêtes » à proximité des ordinateurs utilisés par les médecins ou sous forme de flyer pourrait être des pistes d'amélioration de la cotation par les médecins. Il est également constaté la présence de dossiers sans aucune cotation, cela signifie que le dossier médical peut être clôturé informatiquement sans avoir inscrit d'acte. Obliger l'inscription d'un acte pour la clôture du dossier informatique est une autre solution. A cela, il est possible d'étendre la réévaluation des dossiers par du personnel administratif à l'ensemble des personnes passants aux urgences et pas uniquement pour les dossiers bénéficiant d'une hospitalisation en UHCD. De plus durant les dernières années, les nouvelles technologies dans la médecine sont souvent en lien avec l'intelligence artificielle. Des sociétés développent des logiciels de codage pour le DIM pour l'amélioration du codage en utilisant de l'intelligence artificielle. Celle-ci a pour objectif de récupérer les informations au sein même des dossiers médicaux afin de coter automatiquement les dossiers. Des solutions logicielles sont d'ores et déjà sur le marché pour les établissements de santé.

Au-delà de la cotation et de l'efficacité de celle-ci, la T2A est remis en cause pour les difficultés économiques qui persistent dans les services d'urgences et plus largement pour les établissements de santé. Le 7 octobre fut présenté un Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale. Celui-ci évoque la mise en place d'un forfait à payer par les patients qui ne sont pas hospitalisés après leur passage aux urgences ou la mise en place d'«expérimentations par un modèle mixte de financement des activités hospitalières en médecine pour réduire la part de la tarification à l'activité. ».(16)

Tant sur le plan parlementaire, légal ou technologique, la question du modèle médico-économique à adopter en France est en plein changement. Le 29 Janvier 2019 était présenté par Mme Agnès BUZYN, Ministre des Solidarités et de la Santé de 2017 à 2020, et par M. Jean-Marc AUBERT, directeur du DREES, le rapport de ce dernier sur la réforme du financement de la santé. (17) Dans la conclusion de cette présentation, Mme Agnès BUZYN indiquait l'importance de combiner des modes de rémunérations comme « le forfait ou le paiement à la séquence de soins en complément du paiement à l'acte ou à l'activité » permettant d'appuyer le « suivi au long cours des patients et de la transformation de l'offre de soins ».

Les modalités de paiements évoqués sont :

- Le paiement au suivi, sous la forme de forfaits de prise en charge avec des indicateurs de qualité, favorisant un suivi au long cours orienté sur les résultats obtenus et la prévention des complications.
- Le paiement à la qualité et à la pertinence, répond à la nécessité de faire une place plus importantes aux résultats pour les patients et la nécessité de soins pertinents et centrés sur l'intérêt du malade.
- Le paiement pour la structuration du service, pour organiser l'offre et favoriser l'accès aux soins.
- Le paiement à la séquence de soins, rémunérant conjointement des acteurs financés actuellement séparément, notamment dans le cadre de la chirurgie et de la rééducation.
- Le paiement à l'acte et au séjour

Ces modifications apportées dans le système économique de santé peuvent « être un levier important pour l'évolution des pratiques ». (18)

Conclusion

L'aspect médico-économique d'un service est essentiel pour sa survie et son développement. Les organisations peuvent être nombreuses. Ce travail de thèse a évalué la qualité de la cotation des médecins présents aux urgences du Centre Hospitalier de Seclin. Nous avons démontré qu'une amélioration était possible et avons évoqué des solutions qui pourraient aller dans ce sens (formations de l'équipe médicale, « pense-bêtes », extension de la réévaluation administrative des dossiers, intelligence artificielle au service de la cotation). Nous avons pu montrer également qu'une nette valorisation des dossiers a pu être réalisée extrapolé sur une année.

Sur le plan parlementaire, des projets de loi sont réalisés ou en cours de discussion pour définir les critères d'une hospitalisation en UHCD, les forfaits alloués aux urgences, la modification de la part alloués à la T2A aux urgences ou une modification plus profonde du système de rémunération des acteurs de la santé.

Bibliographie

1. La tarification des établissements de santé Rappel des enjeux des modalités des schémas cibles et transitoires.pdf [Internet]. [cité 16 août 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rappel_des_enjeux_des_modalites_des_schemas_cibles_et_transitoires.pdf
2. La Médecine d'urgence, édition 2018, DREES.pdf [Internet]. [cité 28 août 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/27-7.pdf>
3. Forfait ATU Selon Décret du 23 Février 2009 [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/forfait_atu.pdf
4. Apete - Optimisation Médico-économique et organisation des services d'urgences hospitalières - Apport des systèmes multi agents.pdf.
5. Chazard - PMSI, T2A et Facturation.pdf [Internet]. [cité 16 août 2020]. Disponible sur: http://www.chazard.org/emmanuel/pdf_cours/chazard_pmsi_t2a_facturation.pdf
6. Circulaire_frontiere_2010.pdf [Internet]. [cité 10 oct 2020]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/982/Ins_frontiere_2010.pdf
7. PRISES EN CHARGE DE MOINS D'UNE JOURNEE.pdf [Internet]. [cité 22 août 2020]. Disponible sur: https://zimbra.univ-lille.fr/service/home/~/?auth=co&loc=fr_FR&id=2468&part=2
8. Aide au Codage CCAM en ligne [Internet]. [cité 22 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.aideaucodage.fr/ccam>
9. Dépliant CCAM Aide-Mémoire_versionNovembre2008.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/regles-de-facturation/presentation-de-la-ccam/aide-memoire.php>
10. CCAM Thésaurus et Mode d'emploi de la SFMU [Internet]. Disponible sur: https://www.sfm.org/upload/referentielsSFMU/ccam_sfm.pdf
11. RFE ECMU SFU [Internet]. 2016. Disponible sur: https://bus.sfm.org/medias/medias-pieces-jointes/rfe-ecmu1-2016-version-courte__59667661924b7.pdf
12. l'Assurance Maladie. Tarifs conventionnels en France Métropolitaine [Internet]. [cité 7 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/tarifs-generalistes/tarifs-metropole>
13. Arrêté du 28 Juin 2019 - Entrée en vigueur de 4 nouvelles majorations en établissements de santé au 1er juillet 2019 [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/notice_majorations_ace.pdf
14. notice_technique_atih-722-1-2020_nouveautes_pmsi_2020.pdf [Internet]. [cité 10 oct 2020]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3697/notice_technique_atih-722-1-2020_nouveautes_pmsi_2020.pdf
15. Instruction gradation des prises en charge ambulatoires en établissement de santé.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://www.fhf.fr/Finances-FHF-Data/Facturation/INSTRUCTION-N-DGOS-R1-DSS-1A-2020-52-du-10-septembre-2020-relative-a-la-gradation-des-prises-en-charge-ambulatoires>
16. Compte rendu du Conseil des ministres du 7 octobre 2020 [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 10 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/conseil-des-ministres/2020-10-07/financement-de-la-securite-sociale-pour-2021>
17. rapport_financement_et_regulation.pdf [Internet]. [cité 22 oct 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_financement_et_regulation.pdf
18. 190129-discours_ministre_conclusion_tff_aubert.pdf [Internet]. [cité 22 oct 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/190129-discours_ministre_conclusion_tff_aubert.pdf

Annexe

I. Annexe 1 Fiche d'information patient

NOTE D'INFORMATION D'UNE RECHERCHE N'IMPLIQUANT PAS LA PERSONNE HUMAINE

Evaluation de la cotation diagnostique et des actes aux urgences de Seclin

Dr Jérôme MIZON – COBBAERT Benjamin

Nom du patient:.....
Prénom du patient: (Ou étiquette du patient)
Date de naissance:.....

Cette note d'information a pour objectif de vous expliquer le but de cette étude afin que vous puissiez décider d'y participer ou non. Votre participation à cette étude doit être entièrement volontaire. Prenez le temps de lire cette note d'information et n'hésitez pas à poser des questions à votre médecin pour avoir des renseignements complémentaires.

I. Le but de la recherche

Cette recherche porte sur l'évaluation de la cotation diagnostiques et des actes des patients passant aux urgences de Seclin afin d'optimiser les informations envoyées à la Sécurité Sociale.

II. Quelles données sont recueillies, pourquoi et comment ?

Vous êtes sollicité en raison de votre hospitalisation entre le et le Cette recherche portera sur l'analyse de données recueillies lors du passage dans le service des urgences. Le recueil de données se fera à partir des informations présentes dans votre dossier médical informatique ou papier de l'hôpital de Seclin.

Les données nécessaires pour la conduite de la recherche comprennent notamment : Age, Sexe, Orientation initiale dans les urgences, GEMSA, CCMU, Hospitalisation en UHCD, Diagnostique principal et secondaire associé, les actes réalisés lors du passage aux urgences.

III. Confidentialité des données

Les données médicales recueillies dans le cadre de cette étude seront réunies sur un fichier informatique permettant leur traitement par le centre hospitalier sur le fondement de l'intérêt public. Les données vous concernant seront pseudonymisées, c'est-à-dire identifiées par un numéro de code et par vos initiales. Elles seront ensuite transmises aux investigateurs de la recherche et aux coordinateurs. Les données pourront également, dans des conditions assurant la confidentialité, être transmises à l'Organisme Responsable de la Recherche ou aux personnes ou société agissant pour son compte, ou menant des projets de recherche conjoints, en France ou à l'étranger, y compris en dehors de l'Union Européenne à condition que le pays de destination soit reconnu par les autorités françaises comme assurant un niveau de protection des données suffisant et approprié, ou à condition que l'organisme destinataire des données ait signé un contrat comportant les clauses contractuelles types, sur la base des modèles de la Commission Européenne..

La base de donnée ainsi créée sera conservée pendant la durée de réalisation de l'étude et jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de l'étude. Puis, la base de données sera archivée pendant la durée légale autorisée. Passé ce délai, la base de données ainsi que tous les documents relatifs à la recherche seront définitivement détruits.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 et au règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, vous disposez à leur égard d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement et du droit de vous opposer au traitement.

Si vous souhaitez exercer vos droits et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au délégué à la protection des données du Groupement Hospitalier Territorial Lille Métropole Flandres Intérieur à l'adresse suivante : dpo@chru-lille.fr.

Si vous considérez que vos droits n'ont pas été respectés, vous avez également la possibilité de saisir la Commission Nationale de l'Informatique des Libertés (CNIL) directement via son site internet : www.cnil.fr.

Vous pouvez accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du Code de la Santé Publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

I. Acceptation et interruption de votre participation

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Dans le cas où vous répondriez par la positive, vous disposez de la possibilité d'interrompre votre participation à tout moment sans aucun préjudice et sans engager votre responsabilité. Cela n'affectera évidemment pas votre prise en charge.

En l'absence d'opposition / refus de votre part sous un délai de 3 semaines après réception de la présente note nous considérerons que vous acceptez de participer à cette recherche

II. Comment cette recherche est-elle encadrée ?

Le responsable de la recherche, a pris toutes les mesures pour mener cette recherche conformément à la loi française aux dispositions de la Loi Informatique et Liberté applicables aux recherches n'impliquant pas la personne humaine (CNIL loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée) et européenne (Règlement européen ° 2016/679 relatif à la protection des données - RGPD).

Fait à : Lille Le : 04/09/2020

Signature du responsable de la recherche:

CADRE RESERVE AU RECUEIL DE L'OPPOSITION

NOM/Prénom du patient :

Je m'oppose à l'utilisation de mes données dans le cadre de cette recherche de M. COBBAERT et du Dr MIZON:

Oui

Non

Signature (Précédée de la mention : *Lu, compris et approuvé*) :

II. Annexe 2 Fiche Standardisée

Etiquette Patient

Age : Sexe : M F

Orientation : Adulte Pédiatrie Soins Externes

Heure :

Majoration Horaire :

- 08 – 20h : 0€
- 20 – 00h : 35€
- 00 – 06h : 40€
- 06 – 08h : 35€
- Dimanche & Férié : 19,06€ Total :

Médecin : Interne Senior

GEMSA : 1 2 3 4 5 6

CCMU : 1 2 3 4 5 6 P

UHCD : Oui Non

Réévaluation Biologique / Imagerie : Oui Non

Echographie Clinique :

- Oui Non
- Coté Non Coté
- Ajout Cotation : Oui Non ZZQM004 : 37,80€

Cotation Initiale :

- T2A : C : 25€ ECG : 14,26€ Autre :
- ATU : 25,28€
- GHS :
 - DP :
 - DAS :
- Majoration Age 0 – 6 Ans ou > 80 Ans : 5€ Oui Non
- Majoration Horaire coté : Oui Non

Total :

Réévaluation Cotation :

- T2A : C : 25€ ECG : 14,26€ Autre :
- ATU : 25,28€
- GHS :
 - DP :
 - DAS :
- Majoration Age 0 – 6 Ans ou > 80 Ans : 5€ Oui Non
- Majoration Horaire coté : Oui Non

Total :

AUTEUR : Nom : COBBAERT

Prénom : BENJAMIN

Date de soutenance : 10 Novembre 2020

Titre de la thèse : Evaluation de la cotation des dossiers médicaux par les médecins des urgences de Seclin

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : Docteur en Médecine

DES + spécialité : Médecine d'urgence

Mots-clés : Urgences, Cotation, Diagnostique, T2A, Tarification

Résumé :

Contexte : Le système de santé français rencontre depuis de nombreuses années des difficultés économiques. La T2A a été mise en place en 2007 afin d'optimiser le modèle médico-économique des établissements de santé français. Malgré cela les hôpitaux et notamment les services d'urgences continuent de faire face à des difficultés économiques. Plusieurs organisations de service peuvent être possibles. Ce travail a pour but d'évaluer l'organisation médico-économique du service des urgences de l'hôpital de Seclin.

Méthode : Une étude observationnelle rétrospective monocentrique a été réalisée en analysant la cotation diagnostique et des actes externes de tout patient entrant aux urgences de Seclin et étant rentré au domicile ou transféré dans un autre établissement de santé. Ces dossiers ont été relus et une nouvelle cotation fut attribuée à ceux-ci si nécessaire. Une évaluation de la tarification a été réalisée avant puis après réévaluation de la cotation. Une analyse sur le sous-groupe avec les patients qui n'ont pas bénéficié d'une hospitalisation en UHCD a été réalisé afin d'évaluer l'apport d'une réévaluation tarifaire en comparaison à une population ne bénéficiant pas d'une réévaluation.

Résultats : Respectivement 18,6% et 15,1% des dossiers médicaux ont bénéficié d'une valorisation de la cotation pour la population de patients initiale et le sous-groupe des patients n'ayant pas bénéficié d'une hospitalisation en UHCD. 100% des échographies réalisés aux urgences n'ont pas bénéficié d'une cotation par les médecins urgentistes. Dans la population initiale, les dossiers pris en charge par les médecins thésés sont significativement plus modifié que ceux des internes (60,7% contre 39,3% ; $p < 0,001$). Dans le même sens, les cotations des internes pour dossiers du sous-groupe sont moins régulièrement modifiées lors de la 2^e relecture que pour les médecins séniors (66,2% contre 33,8% ; $p = 0,008$). L'ensemble des dossiers réévalués ont permis une revalorisation de la tarification affiliée au dossier avec un $p < 0,001$. Les valorisations totales des dossiers de la population initiale et du sous-groupe sont respectivement de 7457,57€ et 4536,78€ durant la période de l'étude.

Conclusion : Cette étude démontre de manière significative de l'intérêt d'une réévaluation de la cotation des dossiers médicaux par les médecins urgentistes ou d'une formation plus importantes ce ceux-ci afin d'optimiser l'aspect médico-économique du service des urgences du centre hospitalier de Seclin.

Composition du Jury :

Président : Professeur Eric WIEL

Assesseurs : Professeur Raphaël FAVORY – Professeur Emmanuel CHAZARD

Directeur de thèse : Docteur Jérôme MIZON