



HAL
open science

Quelles connaissances sur le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour les internes en médecine d'aujourd'hui? Une enquête nationale à l'aide d'un outil numérique

Clément Goehrs

► To cite this version:

Clément Goehrs. Quelles connaissances sur le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour les internes en médecine d'aujourd'hui? Une enquête nationale à l'aide d'un outil numérique. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01595946

HAL Id: dumas-01595946

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01595946>

Submitted on 27 Sep 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2016

N°3135

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
le 05 Octobre 2016

Par **Clément Goehrs**
Né le 14/01/1988 à Clamart (92)

**QUELLES CONNAISSANCES SUR LE PROGRAMME DE MEDICALISATION DES SYSTEMES
D'INFORMATION (PMSI) POUR LES INTERNES EN MEDECINE D'AUJOURD'HUI ?
UNE ENQUETE NATIONALE A L'AIDE D'UN OUTIL NUMERIQUE**

Directrice de thèse

Madame le Docteur Véronique GILLERON

Jury

Monsieur le Professeur Roger SALAMON	Président
Monsieur le Docteur Frantz THIESSARD	Rapporteur et Juge
Madame le Docteur Véronique GILLERON	Juge
Madame le Docteur Sylvie MAURICE	Juge
Monsieur le Professeur Jérôme WITTWER	Juge

Université de Bordeaux

UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2016

N°3135

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
le 05 Octobre 2016

Par **Clément Goehrs**
Né le 14/01/1988 à Clamart (92)

**QUELLES CONNAISSANCES SUR LE PROGRAMME DE MEDICALISATION DES SYSTEMES
D'INFORMATION (PMSI) POUR LES INTERNES EN MEDECINE D'AUJOURD'HUI ?
UNE ENQUETE NATIONALE A L'AIDE D'UN OUTIL NUMERIQUE**

Directrice de thèse

Madame le Docteur Véronique GILLERON

Jury

Monsieur le Professeur Roger SALAMON	Président
Monsieur le Docteur Frantz THIESSARD	Rapporteur et Juge
Madame le Docteur Véronique GILLERON	Juge
Madame le Docteur Sylvie MAURICE	Juge
Monsieur le Professeur Jérôme WITTWER	Juge

Remerciements

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Roger SALAMON,

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier, Directeur honoraire de l'Institut de Santé publique, d'épidémiologie et de développement (ISPED), Directeur du Haut Conseil de la santé publique. Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider le jury de cette thèse. C'est grâce à vous que la Santé publique s'est développée avec tant de succès à Bordeaux, notamment à travers l'ISPED, et que les internes en santé publique bénéficient d'un environnement d'excellence pour leur formation.

Veillez trouver ici, ma sincère gratitude et mon plus profond respect.

Au Jury,

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Véronique GILLERON, Praticien hospitalier, responsable de l'Unité de coordination et d'analyse de l'information médicale du CHU de Bordeaux. Je vous remercie profondément pour votre accueil à l'UCAIM lors de mon stage d'interne et pour m'avoir aiguillé vers ce sujet, qui a donné naissance à une étude passionnante. Merci également pour vos précieux conseils tout au long de ce travail. J'ai appris énormément grâce à votre vision experte du PMSI issue de vos nombreuses responsabilités locales (CME), régionales et nationales (notamment SOFIME et FHF). Soyez assurée de ma profonde gratitude.

Monsieur le Docteur Frantz THIESSARD

Maître de Conférence des Universités - Praticien hospitalier du service d'information médicale du CHU de Bordeaux, Directeur de l'Equipe de Recherche en Informatique appliquée à la santé ERIAS. Je vous remercie d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail. Je vous remercie également pour l'ensemble des connaissances et des compétences acquises grâce au travail effectué à vos côtés, ainsi qu'à vos nombreux cours. C'est grâce à vous si j'ai pu bénéficier d'une formation en informatique médicale de qualité. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Madame le Docteur Sylvie MAURICE

Maître de Conférence des Universités - Praticien hospitalier du service d'information médicale du CHU de Bordeaux. Je vous remercie pour votre aide, votre bienveillance et votre encadrement tout au long de ma formation. Travailler à vos côtés a toujours été extrêmement enrichissant, notamment de par votre disponibilité et votre pédagogie. Trouvez ici l'expression de ma gratitude et de ma respectueuse considération.

Monsieur le Professeur Jérôme WITTWER

Professeur des Universités - Directeur de l'Equipe de Recherche en Economie et Management des organisations de santé EMOS. Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Je vous remercie également pour votre disponibilité et vos nombreux cours d'économie en santé tout au long de mon internat, qui m'ont énormément apporté. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Aux personnes m'ayant aidé dans ce travail :

Thomas, Nathalie, Aurélie, Servane et toute l'équipe de l'UCAIM, pour leurs conseils et leur aide.

A mes amis, Aymeric, Matthieu, Vincent, Frédéric, Rafaël, Louis, Bruno, Sébastien, Pierre-Antoine, Thomas, pour leur amitié, depuis 25 ans pour certains !

A ma famille, Jean-Marie, Caroline, Romain, Sophie, Laura, Edouard, Virgile, Laurence et Christian, dont mes heures de travail m'éloignent trop souvent.

A Fanny, qui donne un sens à tout.

"If something is important enough,
even if the odds are against you,
you should still do it."

E.M

"[...] and - which is more - you'll be a Man, my son."

R.K

Résumé

Introduction De nombreuses années après sa mise en place, le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) reste complexe et parfois peu maîtrisé par un grand nombre de professionnels de santé. Parmi eux, les Internes en médecine, pourtant confrontés quotidiennement à ses problématiques, sont généralement très peu formés à appréhender ses différents aspects. Ces jeunes professionnels sont pourtant souvent en première ligne de la production de l'information médicale. L'objectif de ce travail était d'évaluer leurs connaissances dans ce domaine, les formations dont ils avaient pu bénéficier, leur pratique quotidienne mais également leurs attentes.

Méthode Un questionnaire d'évaluation a été mis au point, anonyme et basé sur le volontariat, grâce au logiciel LimeSurvey. Il reposait sur 5 axes : Connaissances du PMSI, Enseignement et formations, Pratique en stage, Dimension financière, Perspectives et attentes. Ce questionnaire a ensuite été mis en ligne et largement diffusé auprès des différentes associations locales et nationales d'internes en médecine. Les réponses ont été recueillies du 24/03/2015 au 31/05/2015. Une analyse descriptive des réponses a été effectuée à l'aide du logiciel SAS dans sa version 9.3.

Résultats Parmi les 1302 questionnaires initiés, 982 ont été renseignés entièrement : 142 ont été réalisés par des internes de santé publique (ISP) et 840 par des internes des autres spécialités. Sur les 840 internes hors santé publique ayant soumis un questionnaire complet, seuls 17,38% (n=146) répondaient savoir définir le PMSI. Les internes ayant répondu avoir effectué le codage seul pour l'ensemble de leur patients n'étaient que 18,5% à avoir reçu une formation dédiée au PMSI. (n=47/254)

Discussion Il s'agit de la première étude visant à évaluer les connaissances, pratiques et attentes des internes en médecine vis-à-vis du PMSI. Ces résultats pourraient donc permettre de cibler des problématiques et d'y répondre via des programmes de formations ou des actions de sensibilisation, notamment à l'aide d'outils innovants.

Sommaire

Table des matières

Remerciements	3
Résumé.....	6
Sommaire	7
1 Introduction.....	12
1.1 Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).....	12
1.2 Tarification à l'activité	13
1.3 Organisation du cursus médical	14
2 Problématique et objectifs	17
2.1 Problématique.....	17
2.2 Hypothèses et objectifs.....	18
3 Méthode.....	20
3.1 Conception du questionnaire	20
3.2 Description du questionnaire	22
3.3 Stratégie de diffusion	27
3.4 Analyse statistique	28
4 Résultats	29
4.1 Diagramme de flux des réponses au questionnaire.....	29
4.2 Genre et ville de rattachement	30
4.3 Spécialités et années d'étude.....	32
4.4 Connaissances théoriques et enseignement.....	33
4.5 Pratiques et connaissances du terrain	37
4.6 Perspectives et attentes.....	40
4.7 Remarques et commentaires	41
4.8 Formations et connaissances suivant les villes de DES	43
4.9 Formations et connaissances suivant l'année universitaire.....	45
5 Discussion	46
5.1 Questionnaires incomplets.....	46
5.2 Représentativité	47
5.3 Connaissances théoriques et enseignement.....	49
5.4 Pratiques et connaissances du terrain	50
5.5 Perspectives et attentes des internes	51
5.7 Apport du numérique.....	52
5.8 Synthèse et perspective	53

6 Conclusion	55
Bibliographie.....	56
ANNEXE	58
Annexe 1 : Genre, villes de rattachement et années d'études : ISP et autres spécialités	58
Annexe 2 : Répartition des spécialités dans la population « autres spécialités ».....	59
Annexe 3 : Remarques reçues via le questionnaire	60
Annexe 4 : Questionnaire.....	65
SERMENT D'HIPPOCRATE	76
Résumé.....	77

Liste des tableaux

Tableau 1: Spécialités médicales proposées aux ECN en 2016, avec leurs effectifs	16
Tableau 2 : Genre et villes de rattachement pour le DES (N total = 1185)	31
Tableau 3 : Répartition des spécialités et années d'étude (N total = 1182)	32
Tableau 4 : Importance du PMSI pour un établissement de santé, sur une échelle de 1 à 10, selon les internes en médecine.....	35
Tableau 5 : Connaissances théoriques et enseignement (N total = 982)	37
Tableau 6: Pratiques et connaissances du terrain (1)	39
Tableau 7 Pratiques et connaissances du terrain (2)	40
Tableau 8 : Perspectives et attentes	41
Tableau 9 : Connaissances du PMSI et formation reçue en fonction de la ville de rattachement du DES, chez les internes hors Santé publique (N=840)	44
Tableau 10 : Connaissances du PMSI et formation reçue en fonction de l'année d'internat, chez les internes hors Santé publique (N=840)	45
Tableau 11 : Genre, villes de rattachement et années d'études chez les ISP et "autres spécialités" (N=982)	58
Tableau 12 : Répartition des spécialités dans la population "autres spécialités" (N total = 840)	59

Liste des Figures

Figure 1 : Représentation schématique du cursus médical	15
Figure 2 : Panneau d'administration du questionnaire Limesurvey	21
Figure 3 : Capture d'écran des deux premières pages du questionnaire en version mobile ..	23
Figure 4 : Capture d'écran des pages 3 et 4 du questionnaire en version mobile.....	24
Figure 5 : Capture d'écran de la page 5 du questionnaire en version mobile	25
Figure 6: Diagramme de flux des réponses au questionnaire, du 24 mars au 31 mai 2015....	29
Figure 7 : Réponses à la question "Savez-vous définir le PMSI ?"	34
Figure 8: Réponses à la question "Savez-vous définir la T2A ?"	34
Figure 9: Type de formation, uniquement chez les internes estimant avoir bénéficié d'une formation.....	36
Figure 10 : Stade du cursus universitaire durant lequel s'est déroulée la formation au PMSI, uniquement chez les internes estimant avoir bénéficié d'une formation.....	36
Figure 11 : Réponses à la question : "Avez-vous déjà participé à une activité de codage ?" ..	38
Figure 12 : Rôle déclaré des internes dans l'activité de codage	38
Figure 13 : Réponses à «Souhaiterez-vous mieux comprendre le fonctionnement du PMSI ?"	40
Figure 14: Modalités souhaitées pour une formation au PMSI	41

Liste des abréviations :

ARS : Agence Régionale de Santé

ATIH : Agence technique de l'Information sur l'Hospitalisation

CCAM : Classification Commune des Actes médicaux

CIM10 : Classification Internationale des Maladies version 10

DAC : Dotation annuelle complémentaire

DGF : Dotation globale de financement

DIM : Département d'Information Médicale

ECTS : European Credits Transfer System

GHM : Groupe Homogène de malades

ISP : Interne de Santé Publique

LFSS : Lois de financement de la Sécurité sociale

LMD : Licence Master Doctorat

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie

OQN : objectif quantifié national

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

RSA : Résumé de sortie anonyme

RSS : Résumé de. Sortie Standardisé

RUM : Résumé d'unité médicale

SSR : Soins de suite et de réadaptation

T2A : Tarification à l'activité

TIM : Technicien(ne) d'informations médicales

UCAIM : Unité de Coordination et d'Analyse de l'Information Médicale

UE : Unités d'enseignement

1 Introduction

1.1 Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

En France, chaque séjour hospitalier, en établissement de santé public ou privé, doit être enregistré au sein du PMSI. Il s'agit d'un système de mesure de la production hospitalière française, mis en place dans le milieu des années 80, et généralisé à l'ensemble des établissements de santé depuis 1997. En effet, depuis la Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 (1) portant sur la réforme hospitalière, « *les établissements de santé publics et privés doivent procéder à l'analyse de leur activité médicale et transmettre aux services de l'État et à l'Assurance Maladie les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité* » (2) (3)

À cette fin, ils doivent « *mettre en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge* » : c'est la définition même du PMSI. Le PMSI génère une base nationale de données, permanente. Chaque séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) fait l'objet d'un Résumé de Sortie Standardisé (RSS), constitué d'un ou plusieurs Résumé(s) d'Unité Médicale (RUM). Les informations contenues dans le RSS sont d'ordre administratif et médical.

La 10ème révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) (4) est utilisée depuis 1996 pour le codage des diagnostics. La classification commune des actes médicaux (CCAM) (5) est utilisée pour le codage des actes depuis 2002, et a été généralisée en 2005. Les données collectées font ensuite l'objet d'un classement en un nombre volontairement limité de groupes de séjours présentant une similitude médicale et un coût voisin : le Groupe Homogène de Malades (GHM). Le GHM a une double homogénéité en termes de caractéristiques médicales et de durée de séjour (fortement corrélée au coût du séjour).

Depuis 2001, une procédure de chaînage des résumés de séjour a été mise en œuvre, et un numéro d'anonymisation unique patient permet de relier les séjours d'un même patient, sans avoir à découvrir son identité. Le principe du chaînage anonyme consiste en la création d'un numéro anonyme commun à toutes les hospitalisations d'un même patient, quel que soit le secteur d'hospitalisation : public ou privé, MCO, Soins de suite ou de réadaptation (SSR) ou psychiatrie.

Ces données médico-économiques sont transmises à l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH) puis à l'Agence Régionale de Santé (ARS) puis sous forme de données anonymisées, ou Résumé de sortie Anonyme (RSA). Il est donc théoriquement impossible de revenir au patient à partir de la base régionale ou nationale, ce qui assure la confidentialité et le secret médical.

1.2 Tarification à l'activité

En France, le système de financement des dépenses hospitalières a subi plusieurs évolutions majeures afin de réguler les dépenses de santé. Avant 1983, l'activité hospitalière était financée selon le principe d'un prix de journée multiplié par la durée de séjour de telle sorte que plus la durée de séjour était longue, plus la rémunération perçue par l'établissement était importante. Jugé inflationniste, ce système a été abandonné en 1983 avec l'adoption de la dotation globale de financement (DGF) pour les établissements publics hospitaliers, et qui reposait sur un principe d'enveloppe budgétaire annuelle fixée a priori pour chaque hôpital.

Pour les établissements privés, l'objectif quantifié national (OQN) a été adopté pour tenter de réguler les dépenses de santé. L'OQN visait à fixer aux cliniques un objectif annuel de taux d'évolution des dépenses.

L'ordonnance du 24 avril 1996 (6) a renforcé l'objectif de ralentissement de la forte croissance des dépenses hospitalières, fondé sur les lois annuelles de financement de la Sécurité sociale (LFSS) et l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

La loi du 27 juillet 1999 (7) a annoncé la mise en place du système de tarification à l'activité (T2A) qui prévaut actuellement avec le lancement d'une expérimentation entre 2000 et 2005 portant sur de nouveaux modes de tarification des établissements publics et privés.

La T2A a été adoptée par la LFSS de 2004 (8) reprise dans l'ordonnance du 2 mai 2005 (9) qui a annoncé la mise en place de cette nouvelle gouvernance dans un contexte économique de déséquilibre des comptes. La T2A consiste donc à rémunérer l'activité hospitalière mesurée par les GHM. Le financement des ressources hospitalières dépend désormais du nombre et de la nature des séjours réalisés. Elle a été conçue dans un but affiché d'amélioration de l'efficacité du système de soins et de rationalisation des dépenses hospitalières.

Sa montée en charge, c'est-à-dire sa mise en application, s'est faite progressivement et en fonction des spécificités des secteurs publiques et privé. Le secteur public a progressivement augmenté la part de son activité tarifée à l'activité : 10% en 2004, 25% en 2005, 35% en 2006, 50% en 2007 et 100% en 2008 avec un maintien en parallèle d'une dotation annuelle complémentaire (DAC), décroissante au cours au cours du temps, pour aider les établissements à réaliser la transition vers le système de T2A.

Depuis le 1er janvier 2008, l'ensemble de l'activité du secteur public est financé par la T2A. Pour le secteur privé, le passage à la T2A a été assuré par l'application d'un coefficient de transition qui a atteint sa valeur la plus élevée en 2012.

Le modèle de T2A implique donc que les établissements de santé répertorient de façon exhaustive l'activité médicale réalisée au sein de la base du PMSI (optimisation du codage liée au codage exhaustif et approprié des activités médicales). Un sous-codage de l'activité entrainera une sous-facturation de l'activité médicale réellement effectuée et représentera donc, sur un plan financier, une perte de recettes pour l'établissement. Les établissements de santé sont donc incités à adopter une stratégie de codage efficace s'ils veulent contribuer à un équilibre budgétaire.

1.3 Organisation du cursus médical

Le premier cycle des études médicales (figure 1), d'une durée de trois ans, débute par la première année commune aux études de santé (PACES), commune aux études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de sage-femme. Comme pour toute formation du système Licence-Master-Doctorat (LMD), l'année est découpée en deux semestres et en « unités d'enseignement » (UE) qui se voient attribuer un certain nombre de crédits ECTS. Un concours classant vient sanctionner cette première année, et ouvre le droit à l'inscription en deuxième année pour les étudiants classés en rang utile. La deuxième et troisième années permettent de compléter la formation du premier cycle.

Il n'y a pas de programme national mais une liste d'items constituant la « trame destinée à faciliter la réflexion des enseignants ainsi qu'une certaine harmonisation des programmes entre les universités ». (10)

Le diplôme de formation générale en sciences médicales sanctionne le premier cycle. Ce diplôme confère le grade de licence.

Le deuxième cycle a une durée de trois ans. Selon les textes en vigueur, il a pour objectif l'acquisition des compétences génériques permettant aux étudiants d'exercer, par la suite, en milieu hospitalier ou en milieu ambulatoire, les fonctions du troisième cycle. Les compétences à acquérir sont celles de clinicien, membre d'une équipe soignante pluri professionnelle, d'acteur de santé publique, de scientifique et de responsable sur le plan éthique et déontologique. (11)

Les étudiants accomplissent trente-six mois de stages. Ils participent également à au moins vingt-cinq gardes qui font partie intégrante de la formation. Ainsi ces trois années sont encore couramment appelées « externat. » Les textes officiels (12) et les textes internes des CHU et des universités parlent d'«étudiants hospitaliers».

Ils sont salariés sous contrat à durée déterminée, rattachés à une caisse de sécurité sociale non étudiante. Les stages sont choisis par grilles en début de chaque année ou trimestre, soit par classement au mérite, soit par classement alphabétique. Les stages consistent en cinq matinées par semaine dans les services. Certains stages sont rendus obligatoires par les textes réglementaires (pédiatrie, gynécologie obstétrique, chirurgie, médecine interne et urgences).

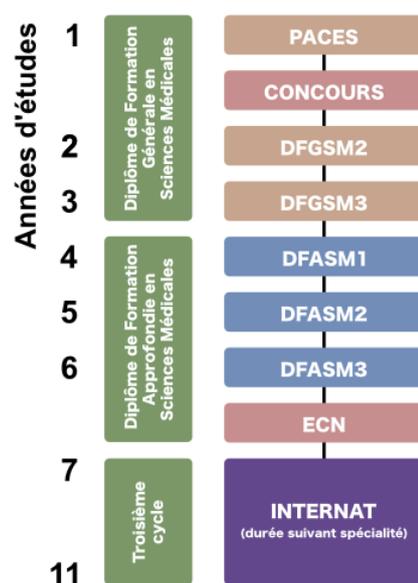


Figure 1 : Représentation schématique du cursus médical

Pendant l'externat, l'enseignement magistral, de plus en plus remplacé par des travaux dirigés, se fait en alternance avec des stages hospitaliers : cet enseignement est un véritable compagnonnage où l'externe aborde par « cas cliniques » de véritables situations vécues dans les services.

Le diplôme de formation approfondie en sciences médicales est délivré aux étudiants qui ont validé l'ensemble des unités d'enseignement ainsi que le certificat de compétence clinique, organisé au cours des deux derniers semestres. A l'issue du deuxième cycle, tous les étudiants ayant obtenu ce diplôme participent aux Epreuves Classantes Nationales (ECN), donnant accès au troisième cycle d'études. Suivant son classement, l'étudiant choisit son centre hospitalier universitaire (et donc sa ville) d'affectation, ainsi que sa filière. Ce choix s'effectue par internet (phase de pré-choix et simulations, puis phase de choix). Les filières existantes en 2016 sont (et le nombre de places disponibles) sont visibles dans le tableau 1.

Tableau 1: Spécialités médicales proposées aux ECN en 2016, avec leurs effectifs

Médecine générale (3577)	Spécialités chirurgicales (644)
Psychiatrie (501)	Chirurgie générale (402)
Anesthésie-réanimation (454)	Chirurgie orale (12)
Pédiatrie (320)	Neurochirurgie (22)
Gynécologie-obstétrique (208)	Ophthalmologie (134)
Médecine du travail (157)	Oto-rhino-laryngologie (74)
Biologie médicale (118)	
Santé publique (87)	
Gynécologie médicale (69)	
Spécialités médicales (1666)	
Anatomie et cytologie pathologique (60)	Médecine nucléaire (32)
Cardiologie (199)	Médecine Physique et de réadaptation (100)
Dermatologie (91)	Néphrologie (85)
Endocrinologie (76)	Neurologie (121)
Gastro-entérologie et hépatologie (130)	Oncologie (122)
Génétique médicale (18)	Pneumologie (117)
Hématologie (43)	Radiologie (260)
Médecine interne (128)	Rhumatologie (84)

Suite à ce choix de spécialité, ainsi que de ville de rattachement, l'étudiant débute son troisième cycle d'études médicales, et devient « interne en médecine ». Les internes en médecine effectuent des stages d'une durée d'un semestre, avec un changement au 1^{er} Mai et au 1^{er} Novembre, au sein d'un service hospitalier, à plein temps. La formation est d'une durée de trois à cinq ans, suivant la spécialité.

2 Problématique et objectifs

2.1 Problématique

La problématique de la formation au PMSI des internes en médecine m'est apparue lors de mon stage de 3ème semestre d'internat, que j'ai réalisé dans l'Unité de Coordination et d'Analyse d'Information Médicale (UCAIM) du CHU de Bordeaux, sous la direction du Dr Véronique Gilleron.

Cette unité est responsable de la coordination du recueil de l'information médicale ainsi que du suivi de la qualité et de l'analyse des données issues du système d'information hospitalier. Elle apporte une aide importante à la stratégie médicale de l'établissement et des pôles, ainsi qu'à l'analyse médico-économique.

L'unité est composée de trois informaticien(ne)s, une secrétaire, deux coordinatrices des technicien(nes) d'information médicale, quarante-huit technicien(nes) d'informations médicales (TIM) (dont quarante-et-un en pôles, une en SSR et six en central), quatre et demi équivalent temps plein médecins, et une cadre.

Au CHU de Bordeaux, le codage est réalisé de manière professionnalisé et centralisé : les praticiens et internes sont tenus de fournir le diagnostic principal du séjour, ainsi que de compléter le dossier patient informatisé avec l'ensemble des informations médicales pertinentes. Par la suite, chaque séjour est codé manuellement par une TIM, à l'aide des informations contenues dans le dossier patient informatisé.

Une procédure qualité est également mise en place, afin d'assurer la pertinence et l'exhaustivité du codage. Des audits sont par exemple régulièrement réalisés.

Nous étions trois internes en poste, et l'une de nos activités concernait la réalisation de formations au PMSI, à destination du personnel médical, et plus particulièrement des internes, dans les services hospitaliers du CHU de Bordeaux. Ces formations étaient réalisées en compagnie d'une des deux Coordonnatrices des Technicien(ne)s de l'information médicale du service, et consistaient en une intervention d'environ 45 minutes, au sein des services, suivi d'un temps d'échanges. Elles étaient adaptées à l'activité de chaque service, en s'appuyant sur des exemples directement inspirés des diagnostics les plus fréquemment

rencontrés, et donc codés, dans leur pratique médicale. J'ai personnellement participé à plusieurs de ces formations, auxquelles des internes étaient donc présents.

Lors de mes échanges avec eux, plusieurs faits me sont apparus :

- Le PMSI semblait surtout vécu comme une tâche administrative, à but purement économique, voire même inutile
- Les aspects de valorisation de leur activité, d'aide à la décision stratégique ou encore de ressource épidémiologique étaient complètement ignorés
- Aucune formation abordant ces aspects ne semblait avoir été réalisée dans leur cursus médical
- Une fois la discussion engagée sur ce sujet, les internes montraient un réel intérêt à mieux comprendre ce domaine, et étaient demandeur d'informations

Ces différentes considérations relevaient cependant d'un ressenti, probablement subjectif, et ne s'appuyaient que sur un faible échantillon (environ 30) d'internes rencontrés lors de ces formations.

Cette problématique fut alors discutée avec la responsable de l'unité UCAIM, le Dr Véronique Gilleron. Le Dr Gilleron avait, par le passé, réalisé des formations au PMSI pour les étudiants en deuxième cycle d'étude médicale à Bordeaux, pendant lesquelles elle avait pu constater les faibles connaissances des étudiants concernant ce domaine, et plus généralement les aspects médico-économique du système de santé français. Le Dr Gilleron suggéra alors à Thomas Duroux, également interne de santé publique dans le service, et à moi-même, la réalisation d'une enquête plus large.

2.2 Hypothèses et objectifs

Nous nous sommes donc posé la question suivante : quelles sont les connaissances et pratiques des internes en médecine français vis-à-vis du PMSI ?

Les cinq hypothèses de réponse, à la base de cette enquête, reprenaient notre ressenti "du terrain" et étaient donc les suivantes :

- Les internes en médecine sont amenés quotidiennement à coder des séjours médicaux, ou à participer à l'activité de codage, par exemple en fournissant le diagnostic principal
- Le fonctionnement général du PMSI, et donc les raisons nécessitant qu'ils y participent, sont méconnus par les internes
- Les connaissances liées aux aspects médico-économiques sont erronées
- Aucune formation claire n'est dispensée aux étudiants en médecine durant leur cursus
- Il existe pourtant un réel intérêt de la part des internes de mieux comprendre le domaine

De plus, il semblait pertinent d'envisager que les internes en santé publique constituaient une population différente de celle des internes des autres spécialités, tant dans leurs connaissances que dans leurs pratiques. Nous avons donc fait cette hypothèse.

L'objectif principal de ce travail était donc d'étudier, chez les internes en médecine français, les connaissances, pratiques professionnelles, formations et attentes vis-à-vis du PMSI, et de les comparer entre les internes de santé publique (ISP) et les internes des autres spécialités.

Les objectifs secondaires étaient

- Comparer le niveau de connaissances du PMSI, et le panel des formations reçues, en fonction des différentes villes de rattachement du DES.
- Comparer le niveau de connaissances du PMSI, et le panel des formations reçues, en fonction de l'année d'internat.

3 Méthode

3.1 Conception du questionnaire

Un questionnaire a été rédigé, avec l'aide de Thomas Duroux, et sous la supervision du Dr Gilleron. Ce questionnaire a tout d'abord été créé sur papier, et comportait une architecture principale basée sur 5 parties, en lien avec les hypothèses formulées : connaissances du PMSI, dimension financière, formation, pratiques professionnelles et perspectives.

Les informations récoltées sur les participants étaient : le sexe, le semestre d'internat en cours, la ville de rattachement de formation pour l'internat, et la spécialité. Pour les internes en médecine générale, il était également demandé si l'interne avait déjà réalisé un stage en centre hospitalier.

Le travail étant à visée nationale, une stratégie efficace de diffusion du questionnaire allait devoir être mise en place. De plus, il semblait nécessaire que la durée totale pour y répondre n'excède pas 5 minutes, afin de ne pas décourager les participants.

Le format et la diffusion électronique semblaient les plus simples, efficaces et indiqués. En effet, un format papier aurait demandé des efforts logistiques importants, mais surtout, n'aurait probablement pas obtenu un bon taux d'adhésion, du fait de la nécessité pour les internes de renvoyer le questionnaire par courrier.

Au contraire, un format électronique rassemblait plusieurs avantages :

- Diffusion rapide, sans coût logistique
- Recueil des résultats de manière automatisée, formatée et instantanée
- Possibilité pour les internes de répondre sur leur smartphone, leur tablette ou sur un ordinateur (à domicile ou sur leur lieu de travail)

Le questionnaire a donc été créé numériquement à l'aide de l'outil Limesurvey.⁽¹³⁾ Limesurvey est un outil « open source », donc libre d'accès, permettant la création, le suivi et l'analyse d'enquêtes et de questionnaires en ligne.



Figure 2 : Panneau d'administration du questionnaire Limesurvey

La création via cet outil se fait entièrement en ligne (figure 2) et le questionnaire est ensuite disponible sur internet, accessible via une URL (lien vers une page internet) spécifique. Les questions sont affichées dans un ordre défini. Il est possible de contraindre la réponse à une question pour avancer (réponse obligatoire), de rendre les questions à choix unique ou multiples, ainsi que d'insérer des questions conditionnelles. Les questions conditionnelles ne s'affichent qu'en cas de sélection d'une option de réponse particulière à l'une des questions.

Par exemple, la question 3 concernait la spécialité de formation de l'interne. La question 3bis ne s'affichait que pour les internes ayant sélectionné la réponse « médecine générale », et demandait alors s'ils avaient effectué un stage au milieu hospitalier. Les internes des autres spécialités passaient directement à la question 4, sans affichage de la question 3bis.

Le questionnaire était intégralement anonyme.

Rien n'empêchait théoriquement de répondre plusieurs fois au questionnaire, et aucun filtre n'avait été mis en place dans ce sens. Le fait de limiter les réponses au questionnaire à une par adresse IP (numéro unique identifiant un réseau internet) aurait risqué d'empêcher les internes d'un même centre hospitalier de répondre à partir des postes informatiques partageant le même réseau.

En plus des informations recueillies via le questionnaire, la date et l'heure de début et de fin étaient enregistrées pour chaque répondant.

Avant sa diffusion, une phase de validation du questionnaire a été réalisée dans l'unité UCAIM, auprès des membres de l'équipe : deux praticiens hospitaliers, un informaticien, et deux internes de santé publique, n'ayant pas participé à la conception du questionnaire, y ont répondu, sous l'observation de Thomas Duroux et moi-même, et avec chronométrage.

Cette phase avait pour objectif de valider les aspects ergonomiques liés au format numérique, d'estimer le temps nécessaire, et de vérifier la bonne compréhension des questions.

3.2 Description du questionnaire

Le formulaire comprenait 22 questions au maximum, en incluant toutes les questions conditionnelles (questions complémentaires, n'apparaissant que lorsque certaines options de réponses étaient choisies précédemment ; comme par exemple la réalisation d'un stage hospitalier pour les internes de médecine générale), et 17 questions au minimum. Le questionnaire complet, incluant les conditions de déclenchement des questions conditionnelles, est disponible en annexe (Annexe 4) de ce travail.

Chaque groupe de questions était affiché sur une page internet séparée, ne s'affichant qu'après la réponse au groupe de questions précédent. Il était donc impossible pour un participant de visualiser l'ensemble des questions à l'avance.

Un simple message d'accueil indiquait « *Bonjour à tous ! Répondre à l'ensemble du questionnaire prend au plus 5 minutes. Les données sont recueillies de manière anonyme. Merci par avance pour votre participation* ». Il fallait ensuite cliquer sur « suivant » pour accéder à la première page de questions (figure 3).

Les 4 premières questions concernaient le profil du participant : sexe, ville de rattachement du DES, spécialité, et stage hospitalier effectué pour les internes de médecine générale.

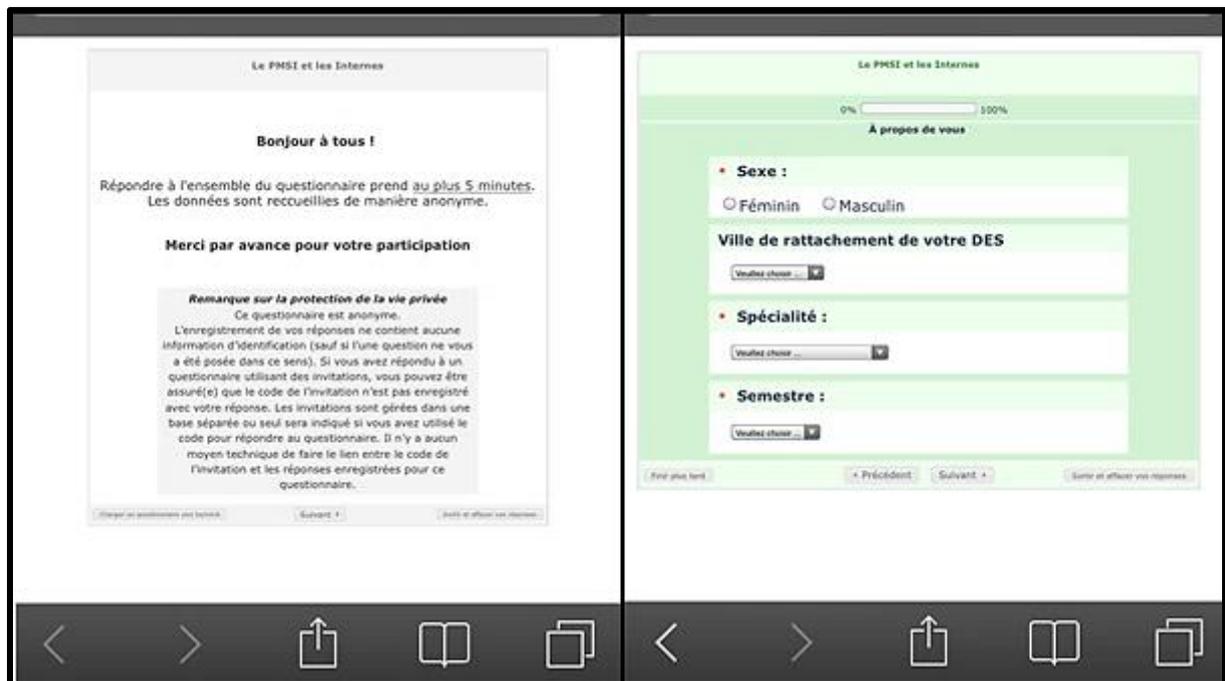


Figure 3 : Capture d'écran des deux premières pages du questionnaire en version mobile

Puis (figure 4, à gauche) : « Savez-vous définir le PMSI ? », avec trois options de réponses : « oui », « non » et « plus ou moins ». Une fois la réponse à cette question donnée, et quelle que soit la réponse, un court texte était affiché :

« PMSI = Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information Depuis la loi du 31 juillet 1991 portant sur la réforme hospitalière, les établissements de santé publics et privés doivent procéder à l'analyse de leur activité médicale et transmettre aux services de l'État et à l'Assurance maladie « les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité » : articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. À cette fin ils doivent « mettre en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge » : c'est la définition même du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). »

Une série de questions concernait ensuite la formation reçue (figure 4).

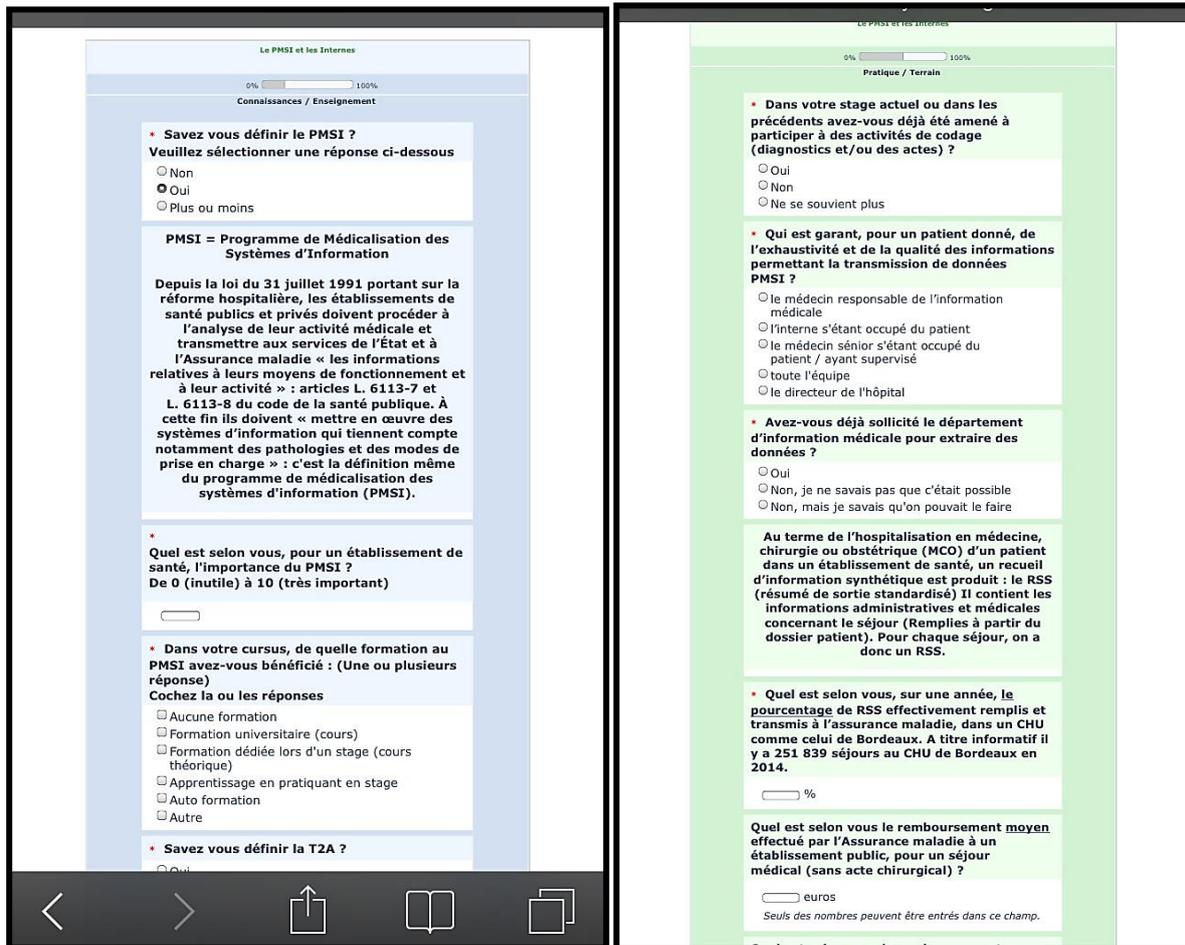


Figure 4 : Capture d'écran des pages 3 et 4 du questionnaire en version mobile

La question concernant le type de formation reçue a été analysée telle quelle, mais également dichotomisée : *Aucune formation*, *Auto formation*, *Apprentissage en pratiquant* et *Autre* étaient considérés comme « formation dédiée: *Non* » alors que *Formation universitaire* et *Formation dédiée en stage (cours)* étaient regroupées en « formation dédié: *Oui* ».

Puis, une question miroir de celle concernant le PMSI était proposée, concernant cette fois la tarification à l'activité : « *Savez-vous définir la T2A ?* », suivi à nouveau, d'un court texte explicatif une fois la réponse donnée :

« *La tarification à l'activité (T2A) est le mode de financement unique des établissements de santé, publics et privés. Lancée en 2004 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », elle repose*

sur une logique de mesure de la nature et du volume des activités et non plus sur une autorisation de dépenses ».

Les pratiques des internes, au quotidien et sur le « terrain » étaient ensuite évaluées (figure 4, à droite). Un court texte explicatif était à nouveau affiché, afin de préparer les participants pour la suite des questions : « Au terme de l'hospitalisation en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) d'un patient dans un établissement de santé, un recueil d'information synthétique est produit : le RSS (résumé de sortie standardisé) Il contient les informations administratives et médicales concernant le séjour (Remplies à partir du dossier patient). Pour chaque séjour, on a donc un RSS. »

Le dernier groupe de questions concernait les perspectives et attentes des internes (figure 5).

The image shows a mobile application interface for a questionnaire. At the top, the title is 'Le PMSI et les Internes' with a progress bar at 0%. The section is titled 'Perspectives'. The first question is 'Souhaiteriez-vous (mieux) comprendre le fonctionnement du PMSI ?' with radio buttons for 'Oui' (selected) and 'Non'. The second question is 'Sous quelle forme ?' with checkboxes for 'Cours présentiel', 'Serious game', and 'Cours non présentiel (vidéo...)', and a text input field for 'Autre:'. Below this is a question 'Pendant combien de temps ?' with radio buttons for '5-10 min', '10-30 min', '30-60 min', '>60 min', and 'Sans réponse' (selected). The final question is 'Une question, des remarques ?' with a text input field. At the bottom, there are navigation buttons: 'Retour', 'Précédent', 'Envoyer', and 'Suite et fin des réponses'. The mobile OS navigation bar is visible at the very bottom.

Figure 5 : Capture d'écran de la page 5 du questionnaire en version mobile

Enfin, pour conclure le questionnaire, un champ libre était laissé pour toute remarque ou question.

La grande majorité des questions étaient obligatoires, ce qui signifie qu'une réponse à cette question devait obligatoirement être renseignée pour pouvoir passer au groupe de questions suivant. Les questions conditionnelles, c'est-à-dire celles se déclenchant à la suite d'une réponse donnée à une autre question, n'ont pas pu être rendues obligatoires, par contrainte technique. En effet, au niveau informatique, rendre une question obligatoire imposait qu'une donnée soit renseignée pour considérer le questionnaire complet. Les questions conditionnelles étaient, par nature, potentiellement non renseignées (car non déclenchées) dans certains questionnaires. Un codage informatique plus complexe aurait permis de contourner ce problème, mais nous n'avons pas réussi à le mettre en place en temps voulu. Les questions non-obligatoires étaient :

- La « *Ville de rattachement du DES* » : en effet, nous ne voulions pas bloquer d'éventuels participants ayant peur que la combinaison « spécialité/ville » soit trop identifiante (c'est le cas pour certaines villes qui n'ont qu'un ou deux postes pour une spécialité). Nous avons donc privilégié la spécialité à la ville de rattachement.
- Le stage hospitalier effectué pour les internes de médecine générale « *Stage hospitalier effectué ?* » (car question conditionnelle)
- Le moment du cursus universitaire pendant lequel une formation au PMSI avait été reçue : « *Quand cette formation a-t-elle eu lieu ?* » (car question conditionnelle)
- Le rôle dans l'activité de codage « *Lors du/des stage(s) où vous avez été amené à participer à des activités de codage, quel était votre rôle ?* » (car question conditionnelle)
- Les deux questions d'évaluation du remboursement moyen effectué par l'Assurance Maladie à un établissement public, pour un séjour médical / chirurgical. Ces deux questions nous paraissaient en effet difficiles, et nous ne voulions pas bloquer un participant à cause de l'une d'elle.
- La forme souhaitée pour une formation au PMSI « *Sous quelle form* » (car question conditionnelle).
- Le temps souhaité pour cette formation « *Pendant combien de temps ?* » (car question conditionnelle).
- La question/remarque en texte libre « *Une question, des remarques ?* », qu'il nous semblait logique de laisser optionnelle.

3.3 Stratégie de diffusion

Une fois le questionnaire créé, validé et disponible en ligne via une URL, (<http://limesurvey.aihb.org/index.php/124154/lang-fr>), la question de sa diffusion restait primordiale.

Thomas Duroux était à cette période Trésorier de l'Association des Internes des Hôpitaux de Bordeaux, et c'est donc assez naturellement que nous avons eu l'idée de nous appuyer sur les associations locales d'internes en médecine pour diffuser ce questionnaire.

En effet, chaque association dispose du listing complet de ses adhérents, avec leur adresse email, voire même du listing complet de l'ensemble des internes affectés à la subdivision, transmis par l'Agence Régionale de Santé.

Un travail important a donc été réalisé par Thomas et moi-même, consistant à contacter par téléphone et email l'ensemble des responsables d'associations d'internes des villes de France. La quasi-totalité des informations de contact a été récoltée sur le site de l'Inter-Syndicat National des Internes en médecine (ISNI) (<http://isni.fr/>). Un email a été envoyé à chaque bureau associatif, suivi d'un appel téléphonique. Nous expliquions réaliser une enquête sur les connaissances et pratiques des internes vis-à-vis du PMSI, et demandions à ce que le lien vers le questionnaire soit relayé par email à l'ensemble des adhérents, ou à défaut, qu'il soit relayé sur le site internet de l'association, groupe Facebook, réseau social etc. La période de recueil des résultats était délimitée sur 2 mois, du 24 mars au 31 mai 2015.

Un relais par email à l'ensemble des adhérents de la part des associations d'Angers, Besançon, Bordeaux, Grenoble, Limoges, Marseille, Montpellier, Nancy, Rennes, Rouen et Toulouse a pu être obtenu. Un affichage sur le site internet de l'association de Poitiers a également eu lieu. De plus le Collège de Liaison des Internes en Santé Publique (CLISP) a également relayé le questionnaire par email à l'ensemble des internes de santé publique de France.

3.4 Analyse statistique

Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectif et de pourcentage, tandis que les variables quantitatives ont été présentées sous forme de moyenne et d'écart-type. La comparaison des réponses entre les internes de Santé Publique et les internes des autres spécialités a été réalisée à l'aide du test du χ^2 ou du test de Fisher exact (quand les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5) lorsque les données étaient qualitatives, et à l'aide du test t de Student lorsque les données étaient quantitatives.

L'ensemble des analyses a été effectuée à l'aide du logiciel SAS version 9.3 (SAS Institute, Inc., Cary, NC).

4 Résultats

4.1 Diagramme de flux des réponses au questionnaire

Au total, 1302 questionnaires ont été initiés sur la période du 24 mars au 31 mai 2015 (figure 6). Ces 1302 questionnaires correspondent à tout questionnaire pour lequel le bouton « suivant » de la page d'accueil a été cliqué. L'ensemble des données renseignées étaient tout de même enregistrées, ce qui permet un descriptif détaillé de ces questionnaires.

Parmi ces 1302 questionnaires, 117 ne comportaient absolument aucune réponse ; 203 étaient incomplets, ce qui signifie qu'ils comprenaient au moins une réponse, mais que le questionnaire n'avait pas été réalisé intégralement, jusqu'à la dernière question.

Comme discuté précédemment, aucun filtre n'empêchait un participant de répondre plusieurs fois, de manière complète ou incomplète au questionnaire.

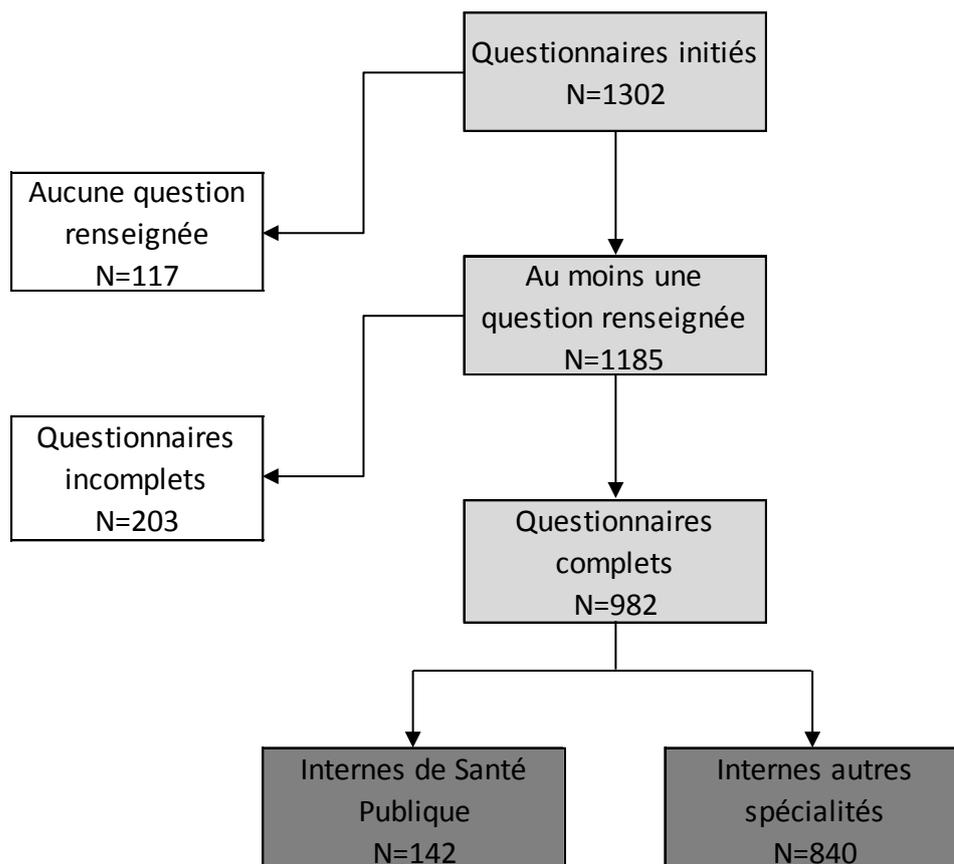


Figure 6: Diagramme de flux des réponses au questionnaire, du 24 mars au 31 mai 2015

Un total de 982 questionnaires complets a donc été recueilli. Sur cet effectif, 142 avaient été réalisés par un interne de santé publique.

Comme discuté précédemment, sous l'hypothèse forte que les pratiques, connaissances, et formations au PMSI des internes en santé publique étaient très différentes de celles des internes des autres spécialités, nous avons choisi de stratifier l'analyse en fonction de cette spécialité. En revanche, les résultats concernant le genre, la ville de rattachement, la spécialité et les années d'études sont présentés pour l'ensemble des participants ayant renseigné un questionnaire complet. La répartition de ces variables pour les internes de santé publiques et pour les internes « autres spécialités » est consultable en annexe (Annexe 1).

4.2 Genre et ville de rattachement

Sur les 982 participant(e)s ayant renseigné un questionnaire complet, 64,46% étaient des femmes (tableau 2). Au niveau national, la part des femmes, par promotion d'internes en médecine, alterne entre 58% et 61% selon les années, avec des disparités par région et par spécialité (14)

Sur les 203 questionnaires incomplets mais ayant répondu à la première question "Sexe : Féminin/Masculin" 68,48% étaient des femmes. Cette proportion n'était pas statistiquement différente de celle des questionnaires complets ($p=0,27$).

Concernant la répartition géographique des participants (tableau 2) ayant renseigné un questionnaire complet, on observe une répartition intégralement associée au relais de communication effectué par les associations locales : Angers, Besançon, Bordeaux, Grenoble, Limoges, Marseille, Montpellier, Nancy, Rennes, Rouen et Toulouse. A noter que concernant la Santé Publique, un relais national avait pu être obtenu : par conséquent, la répartition des internes en santé publique était bien plus homogène, et leur effectif constitue parfois la majorité voire l'intégralité de l'effectif total des villes n'ayant pas bénéficié d'un relais local. A Paris par exemple, les 39 internes ayant soumis un questionnaire complet étaient tous des internes de santé publique.

Tableau 2 : Genre et villes de rattachement pour le DES (N total = 1185)

	Questionnaires complets N=982		Questionnaires incomplets N=203	
	N	%	N	%
Sexe				
Féminin	633	64,46	139	68,47
Masculin	349	35,54	64	31,53
Ville de rattachement du DES				
Amiens	2	0,20	3	1,51
Angers	16	1,64	5	2,51
Antilles-Guyane	0	0,00	0	0,00
Besançon	61	6,24	16	8,04
Bordeaux	107	10,95	21	10,55
Brest	1	0,10	0	0,00
Caen	3	0,31	0	0,00
Clermont-Ferrand	3	0,31	0	0,00
Dijon	3	0,31	0	0,00
Grenoble	92	9,42	20	10,05
Lille	10	1,02	5	2,51
Limoges	28	2,87	7	3,52
Lyon	7	0,72	3	1,51
Marseille	148	15,15	34	17,09
Montpellier-Nîmes	67	6,86	8	4,02
Nancy	98	10,03	12	6,03
Nantes	4	0,41	3	1,51
Nice	1	0,10	0	0,00
Océan Indien	3	0,31	0	0,00
Paris	39	3,99	3	1,51
Poitiers	6	0,61	1	0,50
Reims	11	1,13	3	1,51
Rennes	90	9,21	23	11,56
Rouen	15	1,54	0	0,00
Saint-Etienne	1	0,10	0	0,00
Strasbourg	6	0,61	2	1,01
Toulouse	153	15,66	30	15,08
Tours	2	0,20	0	0,00

4.3 Spécialités et années d'étude

Le nombre de questionnaires incomplets comportant la réponse sur la spécialité de DES était de 200. L'écart (de trois sujets) constaté avec la question précédente s'explique par le fait que certains internes n'ont rempli que les questions concernant le genre et la ville, et ont ensuite arrêté le questionnaire.

Tableau 3 : Répartition des spécialités et années d'étude (N total = 1182)

	Questionnaires complets N=982		Questionnaires incomplets N=200	
	N	%	N	%
Spécialité				
Anatomo-pathologie	16	1,63	5	2,50
Anesthésie-réanimation	70	7,13	15	7,50
Biologie médicale	14	1,43	4	2,00
Cardiologie	28	2,85	5	2,50
Chirurgie générale	69	7,03	21	10,50
Dermatologie	18	1,83	4	2,00
Endocrinologie	19	1,93	1	0,50
Génétique médicale	4	0,41	0	0,00
Gynécologie médicale	8	0,81	0	0,00
Gynécologie obstétrique	37	3,77	6	3,00
Hématologie	13	1,32	1	0,50
Hépatogastro-entérologie	21	2,14	6	3,00
Médecine du travail	21	2,14	7	3,50
Médecine générale	191	19,45	32	16,00
Stage hospitalier effectué	174	91,10	26	81,25
Stage hospitalier non effectué	17	8,90	6	18,75
Médecine interne	33	3,36	3	1,50
Médecine nucléaire	5	0,51	3	1,50
Médecine physique et réadaptation	25	2,55	3	1,50
Néphrologie	15	1,53	4	2,00
Neurochirurgie	4	0,41	2	1,00
Neurologie	15	1,53	1	0,50
Oncologie	23	2,34	2	1,00
Ophthalmologie	13	1,32	4	2,00
ORL	17	1,73	3	1,50
Pédiatrie	52	5,30	9	4,50
Pneumologie	16	1,63	3	1,50
Psychiatrie	52	5,30	21	10,50
Radiologie	22	2,24	7	3,50
Rhumatologie	19	1,93	4	2,00
Santé publique et médecine sociale	142	14,46	24	12,00
Année d'internat				
1ère	216	22,00	58	29,29
2ème	226	23,01	39	19,70
3ème	261	26,58	48	24,24
4ème	197	20,06	33	16,67
5ème	82	8,35	20	10,10

Les proportions des différentes spécialités entre les questionnaires complets et incomplets n'étaient pas significativement différentes, à l'exception de la psychiatrie (5,30% vs 10,50%) ($p=0,005$).

La répartition des spécialités paraissait semblable à celle attendue, c'est-à-dire à celle du nombre de postes aux ECN, à l'exception de la médecine générale et de la santé publique (tableau 3). Cette constatation n'a cependant pas été objectivée par une comparaison statistique, car aucune source référençant le nombre total d'internes en poste par spécialité n'a pu être trouvée.

Une proportion significativement plus importante d'internes de première année figurait dans les questionnaires incomplets (29,29% vs 22,00%) ($p=0,03$). Parmi les questionnaires complets, la répartition selon les années d'internat semblait homogène (22,00% ; 23,01% ; 26,58% ; 20,06% et 8,35%). Concernant la proportion observée de la cinquième année d'internat, il est nécessaire de souligner que cette cinquième année n'est réalisée que dans une partie des spécialités, et représente donc logiquement une proportion plus faible.

4.4 Connaissances théoriques et enseignement

A la première question « *Savez-vous définir le PMSI ?* », sur les 840 internes hors santé publique (« *autres spécialités* ») ayant soumis un questionnaire complet, seul 17,38% ($n=146$) répondait par l'affirmative (figure 7). De plus, 39,52% ($n=332$) répondaient « *plus ou moins* », option de réponse qui avait été choisie afin de bénéficier d'une analyse solide des items « oui » et « non ». Enfin, 43,10% ($n=362$) répondaient donc spécifiquement « *Non* ».

Comparativement, les réponses des internes de santé publique (ISP) étaient statistiquement différentes ($p<0,0001$). Sur les 142 réponses, 79,58% ($n=113$) répondaient « *Oui* », 16,20% ($n=23$) « *Plus ou moins* » et 4,23% ($n=6$) « *Non* ».

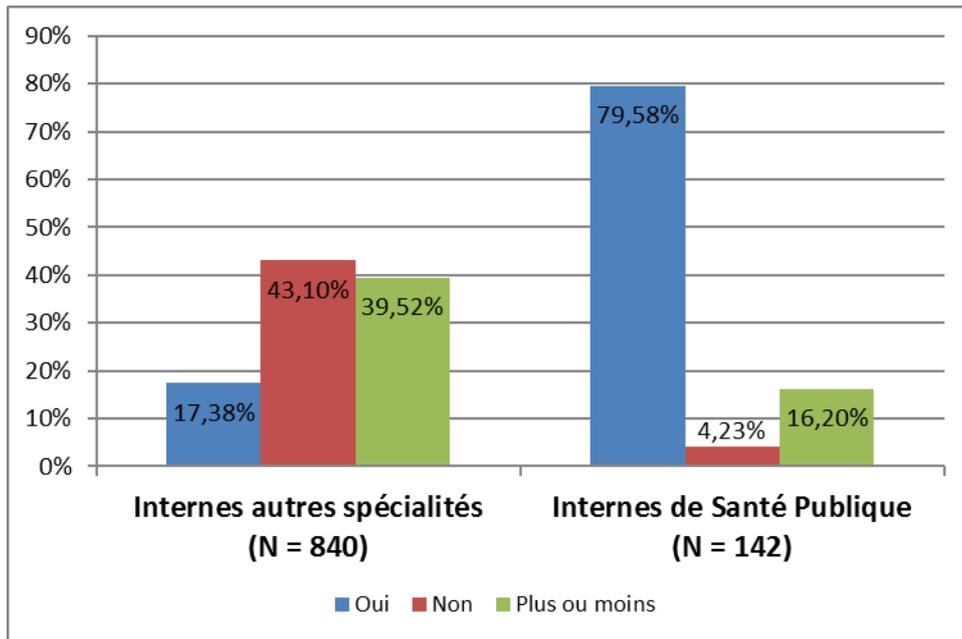


Figure 7 : Réponses à la question "Savez-vous définir le PMSI ?"

Pour la question similaire concernant la T2A « Savez-vous définir la T2A ? » les internes « autres spécialités » répondaient : « Oui » à 47,98% (n=403), « Non » à 19,88% (n=167) et « Plus ou moins » à 32,14% (n=270) (figure 8).

Les réponses des ISP étaient statistiquement différentes ($p < 0,0001$) : « Oui » à 91,55% (n=130), « Non » à 2,11% (n=3) et « Plus ou moins » à 6,34% (n=9).

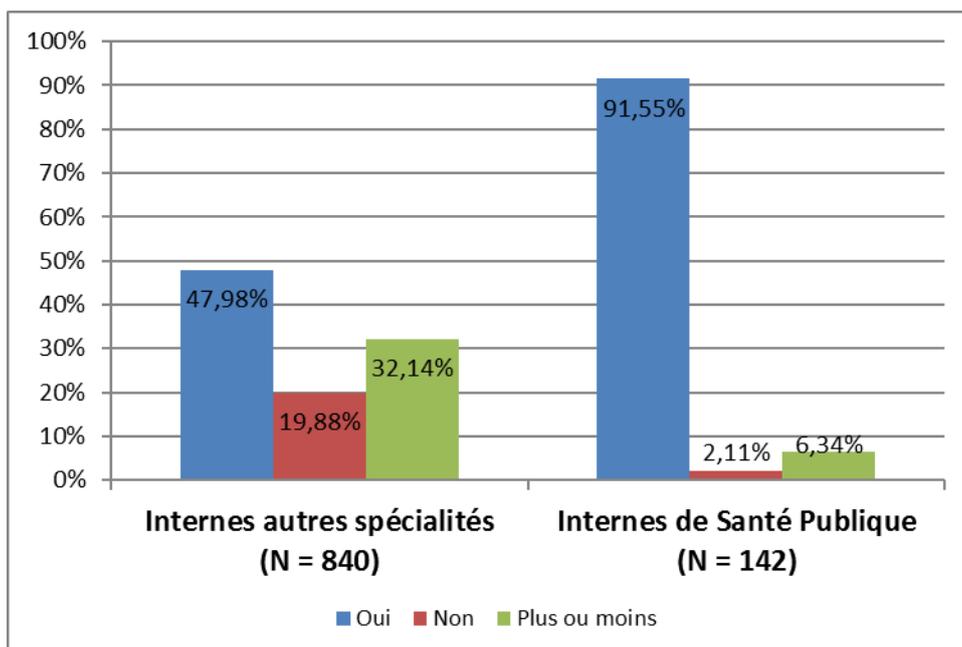


Figure 8 : Réponses à la question "Savez-vous définir la T2A ?"

La question suivante concernait l'importance, selon l'interne, du PMSI pour un établissement de santé, et était complétée en valeur numérique libre (0-10). Les internes « autres spécialités » répondaient alors avec une moyenne de 7,57 (Ecart-type (ET) = 2,09), tandis que les ISP répondaient de manière significativement plus haute ($p < 0,0001$), avec une moyenne de 8,99 et un ET=1,59 (tableau 4).

Tableau 4 : Importance du PMSI pour un établissement de santé, sur une échelle de 1 à 10, selon les internes en médecine

	Internes autres spécialités N=840		Internes de Santé Publique N=142		P-Value
	Moyenne	ET	Moyenne	ET	
	Quel est selon vous, pour un établissement de santé, l'importance du PMSI ? De 0 (inutile) à 10 (très important)	7,57	2,09	8,99	

L'usage possible des données PMSI était également questionné dans cette partie, avec cinq modalités de réponses, toutes vraies, et une possibilité de choix multiples. Confrontés à cette question, les internes « autres spécialités » répondaient qu'il était possible d'utiliser ces données pour l'organisation des soins à 53,33% (n=448), le financement des établissements à 90,71% (n=762), la recherche clinique et l'épidémiologie à 61,67% (n=518), l'évaluation de la pertinence des soins à 42,74% (n=359) et la stratégie médicale à 25,60% (n=215) (tableau 5).

Une série de questions s'intéressait à la formation des internes concernant le PMSI. La première était une question à choix multiples : « Dans votre cursus, de quelle formation au PMSI avez-vous bénéficié ? ». Les ISP étaient 21,13% (n=30) à répondre « Aucune », contre 55,71% (n=468) pour les autres internes ($p < 0,0001$). De plus, 38,03% (n=54) des ISP déclaraient avoir reçu une formation universitaire dans ce domaine, contre seulement 10,24% (n=86) pour les autres internes (tableau 5).

Nous nous sommes également intéressés à la répartition des types de formations, uniquement chez les internes estimant en avoir reçu une (toute autre réponse que « Aucune formation »). Chez les internes « autres spécialités » estimant avoir bénéficié d'une

formation, seul 23,12% (N=86) l'avaient eu sous forme de cours universitaire, et 18,01% (N=20) lors d'un enseignement dédié en stage hospitalier (figure 9).

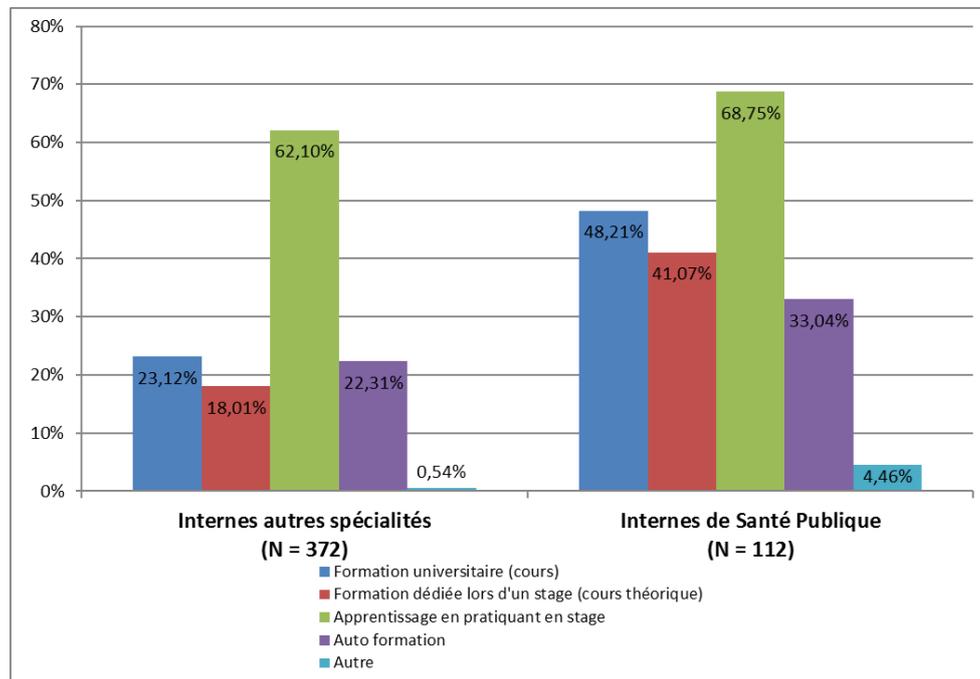


Figure 9: Type de formation, uniquement chez les internes estimant avoir bénéficié d'une formation

Toujours pour ceux ayant bénéficié d'une ou plusieurs formations, elles avaient très majoritairement eu lieu durant l'internat, tant pour les ISP (89,29% ; n=100) que pour les autres internes (75,81% ; n=282) (figure 10).

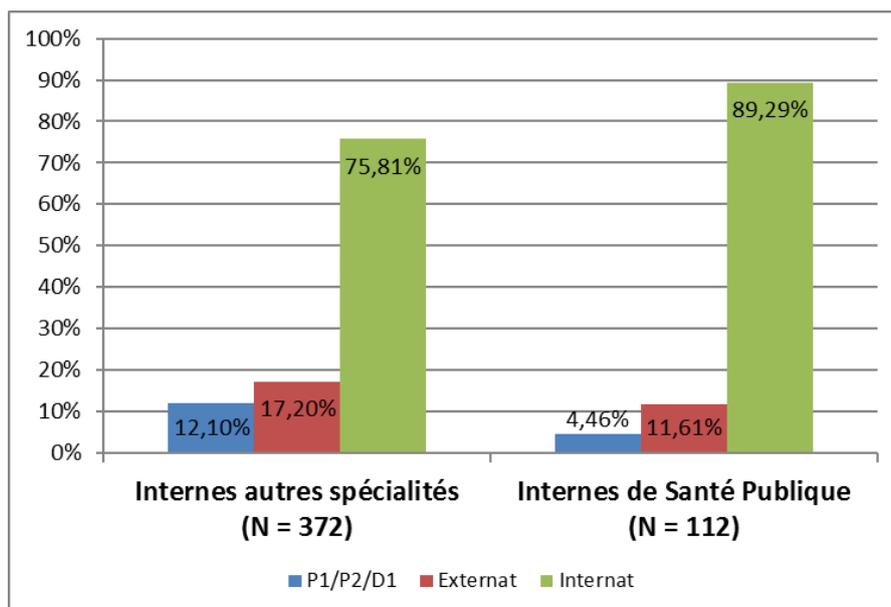


Figure 10 : Stade du cursus universitaire durant lequel s'est déroulée la formation au PMSI, uniquement chez les internes estimant avoir bénéficié d'une formation

Les internes « autres spécialités » ayant reçu un enseignement universitaire ou un cours théorique en stage (« formation dédiée : *Oui* » ; n=146) donnaient significativement plus d'importance au PMSI comparativement à ceux n'ayant pas reçu de formation dédiée (8,09 vs 7,46) (p=0,0002).

Les internes formés au PMSI avaient également significativement moins de mal à définir le PMSI comparativement aux autres : respectivement 29,45% (n=43) vs 45,97% (n=319) ne savaient pas du tout le définir (p=0,001). La même tendance était constatée concernant la T2A, avec 13,01% (n=19) vs 21,33% (n=148) ne sachant pas la définir (p=0,03).

Tableau 5 : Connaissances théoriques et enseignement (N total = 982)

	Internes autres spécialités N=840		Internes de Santé Publique N=142		P-Value
	N	%	N	%	
Savez-vous définir le PMSI ?					
Oui	146	17,38	113	79,58	<0,0001
Non	362	43,10	6	4,23	
Plus ou moins	332	39,52	23	16,20	
Quelle formation au PMSI : Aucune formation	468	55,71	30	21,13	<0,0001
Formation universitaire (cours)	86	10,24	54	38,03	<0,0001
Formation dédiée lors d'un stage (cours théorique)	67	7,98	46	32,39	<0,0001
Apprentissage en pratiquant en stage	231	27,50	77	54,23	<0,0001
Auto formation	83	9,88	37	26,06	<0,0001
Autre	2	0,24	5	3,52	0,001
Formation au PMSI durant : P1/P2/D1	45	12,10	5	4,46	0,02
Externat	64	17,20	13	11,61	0,16
Internat	282	75,81	100	89,29	0,002
Savez-vous définir la T2A ?					
Oui	403	47,98	130	91,55	<0,0001
Non	167	19,88	3	2,11	
Plus ou moins	270	32,14	9	6,34	
Les données du PMSI peuvent aider à :					
L'organisation des soins	448	53,33	117	82,39	<0,0001
Le financement des établissements (T2A)	762	90,71	136	95,77	0,046
La recherche clinique / épidémiologique	518	61,67	120	84,51	<0,0001
L'évaluation de la pertinence des soins	359	42,74	94	66,20	<0,0001
La stratégie médicale	215	25,60	86	60,56	<0,0001

4.5 Pratiques et connaissances du terrain

La première question de cette partie du questionnaire concernait la pratique du codage par les internes. Ils répondaient majoritairement avoir participé à des activités de codage, à 69,01% (n=98) pour les ISP et 72,26% (n=607) pour les autres, sans différence significative (p=0,63) (figure 11).

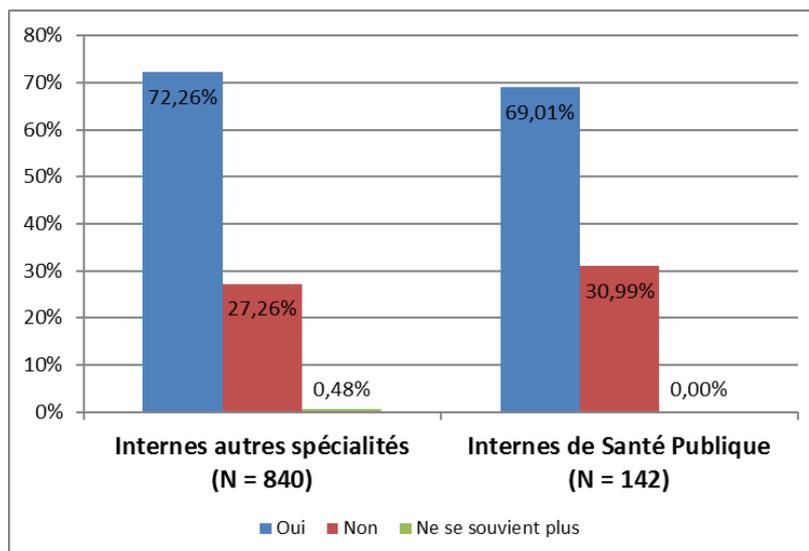


Figure 11 : Réponses à la question : "Avez-vous déjà participé à une activité de codage ?"

Les ISP ayant participé au codage l'avaient très majoritairement fait lors d'un stage dans un Département d'Information Médicale (DIM) à 79,17% (n=76). Concernant les autres internes, 42,47% (n=254) de ceux ayant effectué du codage répondaient l'avoir fait seul, pour l'ensemble des patients à leur charge ; 19,23% (n=115) ne codaient que «*de temps en temps*», 17,56% (n=105) bénéficiaient de l'aide d'un senior et 15,38% (n=92) ne renseignaient que le Diagnostic Principal (figure 12).

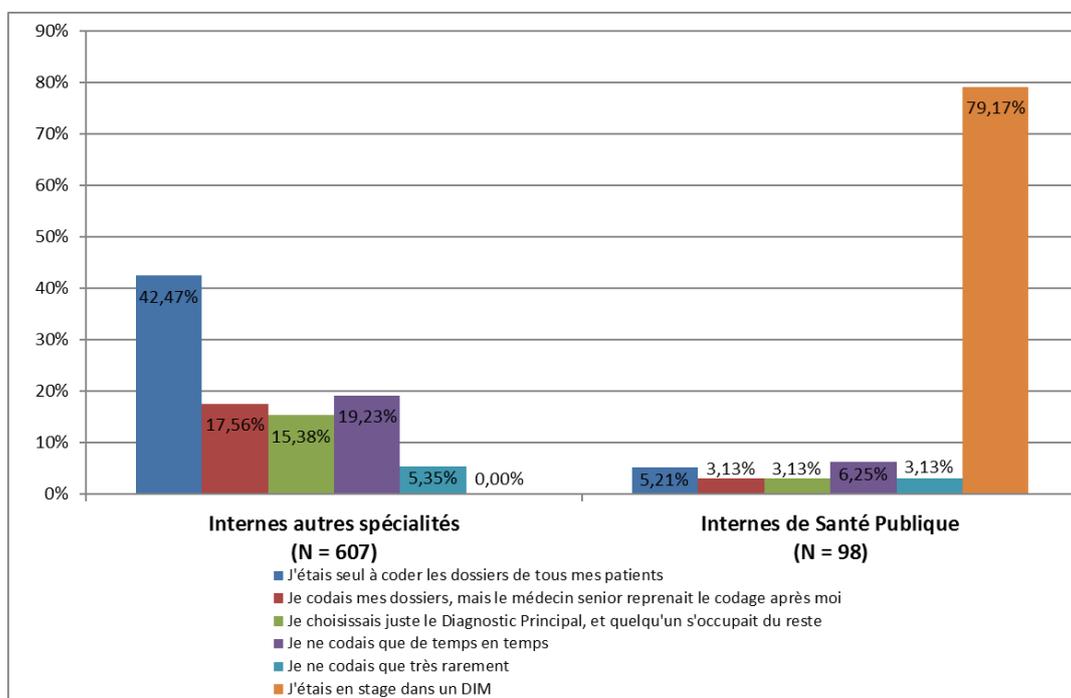


Figure 12 : Rôle déclaré des internes dans l'activité de codage

Les internes ayant répondu avoir effectué le codage seul pour l'ensemble de leurs patients n'étaient que 18,5% à avoir reçu une formation dédiée au PMSI (N=47/254).

Concernant l'extraction des données PMSI, 90,14% (n=128) des ISP l'avaient déjà demandé ou savaient pouvoir en bénéficier, contre 45,48% (n=382) pour les autres internes (p<0,0001).

Les ISP pensaient majoritairement que le responsable de l'exhaustivité et de la qualité des informations permettant la transmission de données PMSI était le médecin DIM (42,25% ; n=60), alors que les autres internes privilégiaient le médecin clinicien sénior (41,55% ; n=349) (tableau 6).

Tableau 6: Pratiques et connaissances du terrain (1)

	Internes autres spécialités N=840		Internes de Santé Publique N=142		P-Value
	N	%	N	%	
Dans votre stage actuel ou dans les précédents avez-vous déjà été amené à participer à des activités de codage (diagnostics et/ou des actes) ?					
Oui	607	72,26	98	69,01	0,63
Non	229	27,26	44	30,99	
Ne se souvient plus	4	0,48	0	0,00	
Lors du/des stage(s) où vous avez été amené à participer à des activités de codage, quel était votre rôle ?					
J'étais seul à coder les dossiers de tous mes patients	254	42,47	5	5,21	<0,0001
Je codais mes dossiers, mais le médecin senior reprenait le codage après moi	105	17,56	3	3,13	
Je choisisais juste le Diagnostic Principal, et quelqu'un s'occupait du reste	92	15,38	3	3,13	
Je ne codais que de temps en temps	115	19,23	6	6,25	
Je ne codais que très rarement	32	5,35	3	3,13	
J'étais en stage dans un DIM	0	0,00	76	79,17	
Qui est garant, pour un patient donné, de l'exhaustivité et de la qualité des informations permettant la transmission de données PMSI ?					
Le médecin responsable de l'information médicale	136	16,19	60	42,25	<0,0001
L'interne s'étant occupé du patient	74	8,81	0	0,00	
Le médecin sénior s'étant occupé du patient / ayant supervisé	349	41,55	38	26,76	
Toute l'équipe	249	29,64	43	30,28	
Le directeur de l'hôpital	32	3,81	1	0,70	
Avez-vous déjà sollicité le département d'information médicale pour extraire des données ?					
Oui	138	16,43	51	35,92	<0,0001
Non, je ne savais pas que c'était possible	458	54,52	14	9,86	
Non, mais je savais qu'on pouvait le faire	244	29,05	77	54,23	

Pour le remboursement moyen effectué par l'Assurance maladie, pour un séjour médical et pour un séjour chirurgical, les réponses des ISP étaient respectivement, en moyenne, de 2822,00 € (ET=5054,60) et 6067,80 € (ET=11953,30), tandis que celles des autres internes n'étaient pas statistiquement différentes, respectivement 2636,40 € (ET=4703,10) et 4902,70 € (ET=7933,10) (tableau 7).

Enfin, concernant l'estimation du pourcentage de RSS effectivement transmis à l'Assurance maladie dans un grand CHU, les ISP répondaient avec une moyenne de 81,63% (ET=20,85), tandis que les autres internes répondaient 52,73% en moyenne (ET=24,31) ($p < 0,0001$) (tableau 7).

Tableau 7 Pratiques et connaissances du terrain (2)

	Internes autres spécialités N=840		Internes de Santé Publique N=142		P-Value
	Moyenne	ET	Moyenne	ET	
Quel est selon vous, sur une année, le pourcentage de RSS effectivement remplis et transmis à l'assurance maladie, dans un CHU comme celui de Bordeaux. A titre informatif il y a 251 839 séjours au CHU de Bordeaux en 2014	52,73	24,31	81,63	20,85	<0,0001
Quel est selon vous le remboursement moyen effectué par l'Assurance maladie à un établissement public, pour un séjour médical (sans acte chirurgical) ?	2636,40	4703,10	2822,00	5054,60	0,69
Quel est selon vous le remboursement moyen effectué par l'Assurance maladie à un établissement public pour un séjour chirurgical ?	4902,70	7933,10	6067,80	11953,30	0,29

4.6 Perspectives et attentes

L'ensemble des internes souhaitait globalement mieux connaître le fonctionnement du PMSI : 71,13% (n=101) pour les ISP et 68,45% (n=575) pour les autres internes (figure 13).

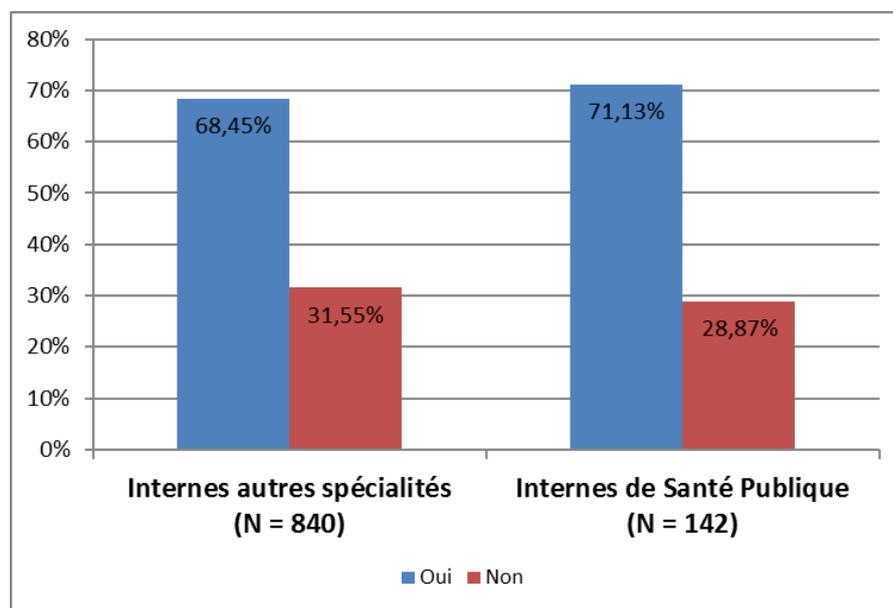


Figure 13 : Réponses à «Souhaiterez-vous mieux comprendre le fonctionnement du PMSI ?"»

Concernant la forme que pourrait prendre cette formation s'ils en avaient le choix, seul un tiers des internes, toutes spécialités confondues, désirait une formation en présentiel, le reste privilégiant des cours non-présentiels tel que des vidéos, ou des serious-game (figure 14).

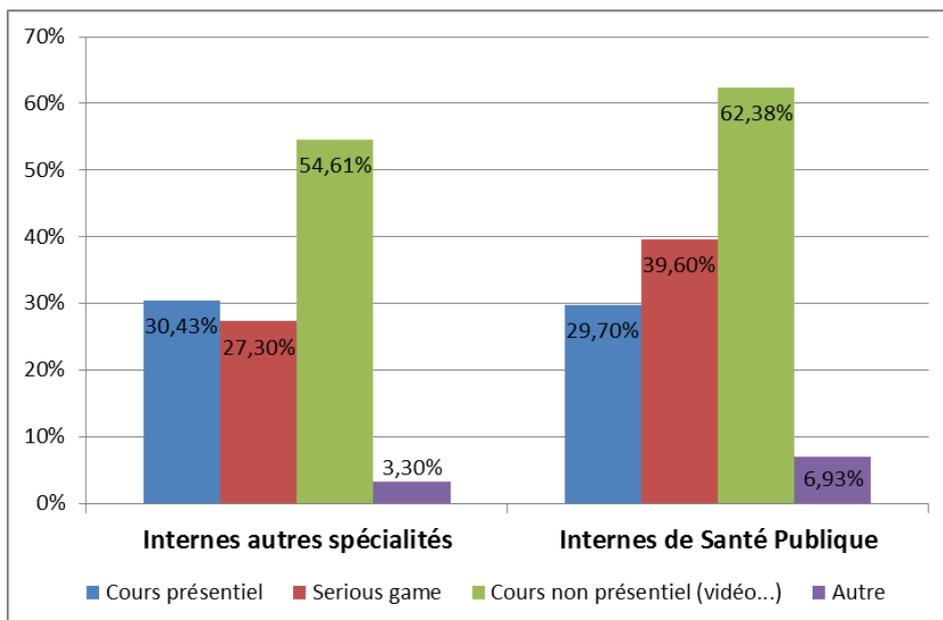


Figure 14: Modalités souhaitées pour une formation au PMSI

Les modalités courtes étaient privilégiées (<60mins pour plus de 96% des répondants « autres spécialités » et pour 72% des ISP) (tableau 8).

Tableau 8 : Perspectives et attentes

	Internes autres spécialités N=840		Internes de Santé Publique N=142		P-Value
	N	%	N	%	
Souhaitez-vous (mieux) comprendre le fonctionnement du PMSI ?					
Oui	575	68,45	101	71,13	0,52
Non	265	31,55	41	28,87	
Souhaite (mieux) comprendre PMSI via :					
Cours présentiel	175	30,43	30	29,70	0,88
Serious game	157	27,30	40	39,60	0,01
Cours non présentiel (vidéo...)	314	54,61	63	62,38	0,15
Autre	19	3,30	7	6,93	0,09
Souhaite (mieux) comprendre PMSI : Pendant combien de temps ?					
5-10 min	81	14,81	3	3,30	<0,0001
10-30 min	247	45,16	23	25,27	
30-60 min	199	36,38	40	43,96	
>60 min	20	3,66	25	27,47	

4.7 Remarques et commentaires

Un champ libre pour des remarques et commentaires avait été proposé. Dix-huit ISP y ont contribué (12,68%) et 64 internes d'autres spécialités (7,62%). En voici une sélection, forcément subjective :

Commentaires des internes « autres spécialités » :

- *Il faut qu'on soit formé dans notre premier semestre d'internat +++"*
- *Excellente initiative : si je puis me permettre vous devriez poser la question : pensez-vous qu'être formé au PMSI vous aidera dans votre pratique future ? ...*
- *Le remplissage des PMSI est une perte de temps pour les internes, et notamment ceux des spécialités déjà très prenantes.*
- *J'ai rempli plusieurs centaines de PMSI dans mon internat voire de milliers selon les stages sur mon temps personnel, qui commence déjà à 20h... Je n'ai jamais optimisé ces codages, par gain de temps, et je ne le regrette pas.*
- *J'espère que cette étude pourra être utilisée afin d'optimiser le temps des internes et par la-même, les finances de l'hôpital public."*
- *Ce n'est vraiment pas aux médecins de s'occuper de ça, encore moins aux internes...*
- *C'est peut être utile mais ce n'est qu'une formalité administrative supplémentaire, donc insupportable.*
- *Il serait plus judicieux d'embaucher quelqu'un qui saura bien remplir le PMSI et permettra un meilleur remboursement de l'hôpital que de continuer à faire perdre le peu de temps qu'ont les internes.*
- *Engager des mecs pour faire les PMSI*
- *Les internes n'ont pas le temps de s'occuper de ça."*
- *"Ça serait sympas de connaître les réponses aux questions d'estimation ! ;)*
- *Je n'ai pas fait de la médecine pour faire de l'administratif. Or, nous passons notre temps à en faire. Cherchez l'erreur...*
- *Les questions sur le remboursement moyen manquent cruellement d'une échelle chiffrée ou d'une case "ne sait pas". Méfier vous a mon avis des chiffres totalement au pif ou bidon (comme le mien) qui sont mis par défaut d'idée sur la question.*
- *En travaillant 60 à 100h par semaine ce n'est pas aux internes de faire ce boulot, qui concerne uniquement le directeur de l'hôpital et souvent ne reflète que partiellement la prise en charge médicale. Par exemple une consultation d'annonce pourtant fondamentale vaut zéro selon la T2A ...*
- *Les externes et internes sont amenés à faire du codage, mais sans avoir été formé, et surtout sans avoir le temps de le faire correctement.*
- *Lorsque d'autres personnes (ex : secrétaires) font le codage, elles ne disposent pas de toutes les données médicales et tous les actes / co-morbidités ne sont pas comtés.*
- *Je trouve intéressant que les internes soient formés : pas besoin de connaître toutes les subtilités de cotation, mais c'est utile de comprendre le système.*
- *Oulala on se rend compte de nos lacunes sur le PMSI en tant qu'interne !*
- *Une formation au système de santé, fonctionnement de l'hôpital et des informations d'économie de la santé serait aussi nécessaire dans la formation de tout interne.*
- *On a déjà assez d'administratif à faire, le PMSI pourrait être fait par des gens dédiés et formés, à partir des CR de sortie!*
- *On ne peut pas tout faire... Notre boulot s'est soigner des patients...*
- *Je trouve que ce n'est pas aux médecins et internes de faire ça. Un courrier bien fait suffirait à une secrétaire pour qu'elle code elle même*
- *Sujet extrêmement flou, on est très peu informés*

Commentaires des internes de santé publique :

- *Bon courage pour avoir des réponses des internes cliniciens !*
- *Une vidéo sur le format de celle proposée pour présenter l'internat de santé publique me paraît très adaptée.*
- *Pourquoi demander des coûts moyens de séjours étant donné les écarts importants dépendant des niveaux de séjours et actes réalisés?*
- *Il serait intéressant d'harmoniser les systèmes d'information dans les établissements : il y a un SI par établissement, ce qui pose des difficultés lorsqu'un médecin change d'établissement ; même remarque pour les autres professions médicales et paramédicales.*
- *Je n'ai objectivement aucune idée des remboursements moyens effectués par l'assurance maladie pour les séjours en MCO, il serait intéressant de le savoir en effet.*
- *Envoyez-nous les résultats svp*
- *Serait-il possible d'avoir les vrais pourcentages aux questions que vous avez posées?*
- *Bon courage pour ce travail*
- *Ce questionnaire me semble très bien fait ; bravo et bonne continuation.*

La quasi-totalité (certains messages personnels à destination des auteurs ayant été censurés) des remarques reçues, non modifiées, est consultable en Annexe 3.

4.8 Formations et connaissances suivant les villes de DES

Nous avons comparé les réponses sur les questions de définition du PMSI et de la T2A, ainsi que sur la formation reçue, en fonction des villes dans laquelle l'interne effectuait son DES (tableau 9). Afin de faciliter l'interprétation, cette dernière réponse a été analysée de manière dichotomique « formation dédiée: *Oui/Non* », comme expliqué précédemment. Les villes analysées étaient Angers, Besançon, Bordeaux, Grenoble, Limoges, Marseille, Montpellier, Nancy, Rennes, Rouen et Toulouse (villes ayant bénéficié d'un relais de communication). Les ISP, recevant une formation différente, étaient exclus de cette analyse.

La plupart des villes comportaient entre 13 et 22% d'internes ayant reçu une formation. Nancy était une exception notable : 40,22% (n=37) des internes déclaraient avoir reçu une formation. Dans le même temps, c'est à Nancy que le pourcentage d'internes ne sachant pas définir le PMSI et la T2A était le plus faible (respectivement 20,65% et 8,70%).

Tableau 9 : Connaissances du PMSI et formation reçue en fonction de la ville de rattachement du DES, chez les internes hors Santé publique (N=840)

	Angers N=13		Besançon N=61		Bordeaux N=94		Grenoble N=85		Limoges N=27		Marseille N=142		Montpellier- Nîmes N=64		Nancy N=92		Rennes N=85		Rouen N=9		Toulouse N=147	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Savez-vous définir le PMSI ?																						
Non	9	69,23	30	49,18	31	32,98	39	45,88	9	33,33	90	63,38	24	37,50	19	20,65	46	54,12	8	88,89	49	33,33
Oui	1	7,69	8	13,11	25	26,60	13	15,29	9	33,33	15	10,56	14	21,88	18	19,57	8	9,41	1	11,11	31	21,09
Plus ou moins	3	23,08	23	37,70	38	40,43	33	38,82	9	33,33	37	26,06	26	40,63	55	59,78	31	36,47	0	0,00	67	45,58
Savez-vous définir la T2A ?																						
Non	2	15,38	15	24,59	25	26,60	21	24,71	3	11,11	34	23,94	15	23,44	8	8,70	16	18,82	1	11,11	21	14,29
Oui	8	61,54	26	42,62	42	44,68	43	50,59	14	51,85	54	38,03	27	42,19	55	59,78	41	48,24	3	33,33	79	53,74
Plus ou moins	3	23,08	20	32,79	27	28,72	21	24,71	10	37,04	54	38,03	22	34,38	29	31,52	28	32,94	5	55,56	47	31,97
Formation dédiée au PMSI																						
Non	12	92,31	50	81,97	74	78,72	74	87,06	23	85,19	124	87,32	63	98,44	55	59,78	65	76,47	7	77,78	128	87,07
Oui	1	7,69	11	18,03	20	21,28	11	12,94	4	14,81	18	12,68	1	1,56	37	40,22	20	23,53	2	22,22	19	12,93

4.9 Formations et connaissances suivant l'année universitaire

Nous avons comparé les réponses sur les questions de définition du PMSI et de la T2A, ainsi que sur la formation reçue, en fonction de l'avancée dans le cursus universitaire (tableau 10). Cette dernière réponse a été dichotomisée comme expliqué précédemment. Les ISP, recevant une formation différente, étaient exclus de cette analyse.

Tableau 10 : Connaissances du PMSI et formation reçue en fonction de l'année d'internat, chez les internes hors Santé publique (N=840)

	1ère année N=182		2ème année N=184		3ème année N=229		4ème année N=164		5ème année N=81	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Savez-vous définir le PMSI ?										
Non	105	57,69	79	42,93	85	37,12	66	40,24	27	33,33
Oui	22	12,09	33	17,93	36	15,72	30	18,29	25	30,86
Plus ou moins	55	30,22	72	39,13	108	47,16	68	41,46	29	35,80
Savez-vous définir la T2A ?										
Non	54	29,67	46	25,00	31	13,54	24	14,63	12	14,81
Oui	82	45,05	85	46,20	105	45,85	89	54,27	42	51,85
Plus ou moins	46	25,27	53	28,80	93	40,61	51	31,10	27	33,33
Formation dédiée au PMSI										
Non	144	79,12	144	78,26	198	86,46	140	85,37	68	83,95
Oui	38	20,88	40	21,74	31	13,54	24	14,63	13	16,05

Concernant la définition du PMSI, les connaissances semblaient particulièrement faibles en 1^{ère} année (57,69%, n=105 « Non ») et s'amélioraient avec l'ancienneté de l'interne (33,33% n=27) en 5^{ème} année.

La T2A reflétait la même dynamique "passant" de 29,67% (n=54) d'internes ne sachant pas définir la T2A en 1^{ère} année à 14,81% (n=12) en 5^{ème} année.

Enfin, le pourcentage d'internes ayant reçu une formation était stable suivant le cursus, à 20,88% (n=38) en 1^{ère} année et 16,05% (n=13) en 5^{ème} année.

5 Discussion

5.1 Questionnaires incomplets

Comme présenté dans les résultats, sur les 1302 personnes ayant cliqué sur le premier bouton « suivant » en page d'accueil du questionnaire, 117 n'ont répondu à aucune question. Il était donc impossible d'obtenir la moindre information sur ces "participants", et la notion même de "participant" pourrait être discutée concernant cet effectif.

De plus, 203 internes ont mentionné des informations concernant leur genre, ville, spécialité, semestre. Dès la première question concernant le PMSI, il ne "restait" plus que 69 participants fournissant une réponse. Cependant, ces 69 participants répondent à plusieurs questions, notamment celle en rapport avec la T2A. Une question pertinente pourrait donc être celle de les inclure dans l'analyse des réponses, afin d'éviter un biais de sélection (les participants étant allés jusqu'au bout du questionnaire possédant peut-être des caractéristiques, pratiques ou connaissances différentes de ceux ayant abandonné en cours d'étude).

Le choix d'exclure les questionnaires incomplets avait été fait en amont, lors de la conception méthodologique de l'étude, en s'appuyant sur un argument fort : rien n'empêchant un interne de compléter un questionnaire plusieurs fois, il était possible qu'un participant débute un questionnaire ; s'interrompe, ferme son navigateur internet, et y revienne par la suite. Cette hypothèse de comportement est particulièrement crédible du fait du mode de diffusion du questionnaire : le relais par les associations a souvent eu lieu au milieu de journée, sur des plages horaires où les internes étaient au travail à l'hôpital. Il est probable qu'une partie d'entre eux ait pu ouvrir le questionnaire sur leur smartphone, répondre à quelques questions, puis décidé de le reprendre plus tard. Bien qu'un bouton « sauvegarder ce questionnaire pour le reprendre plus tard » ait été présent, le résultat en était aléatoire, suivant le type de connexion (mobile, poste fixe) et le changement d'adresse IP entre les différentes sessions de réponses. En conséquence, un même participant pouvait renseigner un questionnaire complet, et un ou plusieurs incomplets. C'est en tout cas sur la base de cette hypothèse de participants répondant en plusieurs sessions que nous avons basé notre choix d'exclure les questionnaires incomplets.

A posteriori, une fois les résultats obtenus, nous avons pu comparer les caractéristiques des répondants incomplets aux répondants complets. Il est intéressant de noter que la différence la plus importante concernait les internes en psychiatrie, puisqu'ils représentaient 10,5% des questionnaires incomplets contre 5,30% des questionnaires complets. Cette différence peut tenir au fait que la culture médicale porte davantage sur l'écrit que sur l'informatique dans cette discipline.

5.2 Représentativité

La question de la représentativité est souvent centrale dans les enquêtes épidémiologiques, et ce travail n'y fait pas exception.

Sur ce point précis, cette étude possède des forces et des faiblesses. Le questionnaire était basé sur le volontariat. Le texte des mails, ainsi que de la page d'accueil, spécifiait clairement qu'il s'agissait d'une enquête sur le PMSI. Ainsi, un biais de sélection est à envisager : seuls les internes les plus concernés par la thématique du PMSI sont susceptibles d'avoir participé à l'étude. C'est un facteur particulièrement important à prendre en compte concernant la question « *Dans votre stage actuel ou dans les précédents, avez-vous été amené à participer à des activités de codage ?* », pour laquelle les réponses positives pourraient ainsi être surévaluées.

Concernant la représentativité géographique, un biais de sélection important est lié au mode de diffusion du questionnaire : la grande majorité des réponses est issue des villes dans lesquelles l'étude a été relayée par l'association des internes locale. La région parisienne n'est par exemple que très peu représentée, alors même qu'elle concentre un nombre important d'internes (environ 16,5% de la totalité des internes) (14), du fait de l'absence de relais par les associations locales. Ce travail ne peut donc pas être pris comme représentatif de l'ensemble des pratiques et formation au niveau national. Cependant, le nombre de villes représentées reste important, avec une répartition sur l'ensemble du territoire, bien que l'on puisse noter une forte présence des villes du sud (Bordeaux, Toulouse, Montpellier-Nîmes et Marseille représentent 53% des effectifs hors internes de Santé Publique dans cette étude, contre environ 15% de l'effectif total des internes en France). Cette sur-représentativité des villes du Sud pourrait être liée à un effet « solidarité » de la part des représentants d'association d'internes, car le mail de contact aux associations spécifiait bien

que l'enquête était portée par des internes bordelais. Cet effet pourrait également être dû à une réelle différence dans les pratiques et formations des internes de ces villes, mais nos résultats semblent ne pas indiquer une surreprésentation de la formation au PMSI dans ces villes. Il n'est pas non plus à exclure que cette répartition soit entièrement due au hasard.

Concernant les spécialités, un facteur important est la sous-représentativité des internes de médecine générale (22% dans cette étude versus 50% au niveau national) (14). L'un des facteurs l'expliquant est leur sous-représentation au niveau des associations locales d'internes de manière générale : à Bordeaux par exemple, l'Association des Internes des Hôpitaux de Bordeaux (AIHB) ne compte que quelques dizaines d'internes de médecine générale, pour 500 adhérents environ. Ceci étant, il est très difficile d'estimer l'ampleur de cette tendance au niveau national. Un autre facteur pourrait être que les internes de médecine générale se sentent moins concernés par les problématiques de codage, notamment ceux se destinant à une activité libérale. Cependant, la grande majorité (91%) de ceux ayant répondu à ce questionnaire avaient déjà effectué un stage hospitalier, et l'on peut donc penser que le PMSI n'était pas entièrement inconnu pour eux.

L'une des forces de cette étude reste le nombre important de répondants pour une étude basée sur le volontariat. Plusieurs chiffres sont à mettre en perspective. Tout d'abord l'effectif total des internes en poste en France, qui est d'environ 33 000 (14). Cela situe notre population d'étude à environ 3% de la population totale des internes. Cependant, de nombreuses villes n'ont pas relayé le questionnaire, en particulier Paris, qui concentre un nombre important d'internes. Si l'on se concentre sur les villes ayant relayé, l'effectif total des internes en poste y est d'environ 11 000 (effectifs calculés sur la base du nombre de poste ouvert aux ECN 2016), rapportant notre étude à 9% des effectifs. De plus, à Bordeaux, 107 questionnaires complets ont été récoltés, ce qui constitue environ 20% des internes ayant reçu l'email (500 adhérents à l'AIHB). Pour mettre en parallèle, un sondage concernant une grève nationale (temps de travail des internes), diffusé sur le même support, n'avait recueilli que 35 réponses, presque trois fois moins.

A la lecture de ce dernier résultat, on peut être tenté de formuler l'hypothèse que le PMSI représente un sujet majeur d'intérêt pour les internes (au moins à Bordeaux).

5.3 Connaissances théoriques et enseignement

Tout d'abord, le fait que près d'un interne sur deux ne sache pas définir le PMSI interpelle, et pourrait faire office de véritable constat de la situation. On voit bien ici, et à la lecture des autres résultats de l'enquête, à quel point la situation peut être vécue comme problématique ou frustrante par les internes, confrontés quotidiennement à un domaine qu'ils ne savent même pas définir.

La T2A semblait mieux connue, avec seulement un interne sur cinq ne sachant pas la définir. Néanmoins, il faut garder à l'esprit que rien ne permettait d'évaluer que la définition connue par l'interne était la bonne. Ainsi, l'acronyme T2A pouvait être par exemple faussement associé à une « tarification à l'acte » par les internes, sans qu'il nous soit possible de le vérifier. Cette remarque est également valable pour l'ensemble des connaissances évaluées, qui ne l'étaient que sur une base déclarative. Aucun exercice, test ou question n'était présent dans ce questionnaire, et ne permettait donc de tester les connaissances autrement que sur l'aspect déclaratif.

Ensuite, cette partie du questionnaire révèle une très forte différence entre les connaissances des ISP et des autres internes, ce qui était l'une de nos hypothèses.

Néanmoins, on peut remarquer que près d'un ISP sur quatre déclarait n'avoir reçu aucune formation au PMSI, alors même que l'information médicale constitue l'une des bases du DES de Santé Publique. La part des formations universitaires reçues (38,03%) peut également être considéré comme faible pour cette spécialité. La situation est, comme suspectée, encore moins favorable pour les internes des autres spécialités, qui sont 58% à n'avoir eu aucune formation.

Pourtant, lorsqu'on étudie les connaissances et le regard porté sur le PMSI des internes ayant reçu une formation, on constate qu'elle a significativement changé leur point de vue et leurs compétences dans ce domaine.

Un autre enseignement fort, bien que peu surprenant, est la vision de l'utilisation des données PMSI qu'avaient les internes, très en majorité tournée vers l'aspect financier. Néanmoins, les autres aspects, comme par exemple l'aide à la stratégie médicale ou

l'épidémiologie, n'étaient pas non plus inconnus, preuve que les internes avaient une notion, même floue, que ces données pouvaient avoir plusieurs applications, et étaient d'importance.

Un argument supplémentaire en ce sens concerne la réponse à la question sur l'importance donnée, numériquement, au PMSI pour un établissement de santé. Avec une réponse moyenne à 7,5 sur 10, les internes montrent bien qu'ils ont compris que ce domaine revêtait une importance capitale.

5.4 Pratiques et connaissances du terrain

Ce premier constat dressé, nous pouvons nous intéresser au rapport qu'entretiennent les internes vis-à-vis du PMSI, au quotidien, sur le « terrain ».

Malgré le manque de formation et de connaissances, on constate qu'environ trois internes sur quatre ont déjà participé à des activités en lien avec le codage PMSI, et que pour ceux l'ayant fait, il s'agissait la moitié du temps d'une activité non séniorisée.

De manière encore plus frappante, parmi les internes qui codaient seuls leurs dossiers, moins d'un sur cinq avait bénéficié d'une formation.

Les deux questions concernant le remboursement moyen d'un séjour médical et chirurgical n'avaient pas vocation à analyser précisément la valeur moyenne renseignée. L'objectif était double : tout d'abord sonder les internes « globalement » sur l'ordre de grandeur renseigné, afin de vérifier qu'ils n'étaient pas totalement déconnectés de la réalité financière. Sur cet aspect, les résultats étaient en faveur d'une cohérence globale des estimations données avec la réalité du coût des séjours hospitaliers. Le deuxième objectif était d'interpeller les internes sur cet aspect, et de susciter des réactions, qui ont effectivement eu lieu en nombre dans les remarques. Cette question a été la plus commentée, les internes exprimant leur difficulté à renseigner une valeur, et critiquant la notion de « moyenne » sur la grande variété de séjours hospitaliers. On peut en effet concéder que cette question était particulièrement délicate. Plusieurs commentaires réclamaient également la réponse à ces deux questions, signe de la curiosité des internes sur cette donnée.

Cependant, le résultat le plus frappant concernait le pourcentage de RSS effectivement transmis à l'Assurance Maladie par un grand CHU. On peut considérer que tout interne ayant réellement compris le mode de financement d'un établissement de santé aurait renseigné

une valeur au moins supérieure à 95%. Pourtant, les ISP répondaient 81,63% et les autres spécialités 57,73%. Pour rappel, un court texte concernant la définition d'un RSS et son cheminement administratif avait été affiché à l'écran quelques secondes avant de répondre à cette question. Ce résultat peut bien-sûr est biaisé par la mauvaise compréhension, malgré ce texte, de ce qu'est un RSS. Mais il doit surtout interpeller sur la profonde incompréhension qu'ont les internes du mode de financement des hôpitaux. Malgré la notion que les données PMSI sont utiles « pour le financement », comme décrit précédemment, le lien direct avec le budget hospitalier, et la notion même de tarification à l'activité semble incomprise.

Un argument supplémentaire en est apporté par le Dr Gilleron, qui a suggéré l'ajout de cette question dans cette enquête. En effet, le Dr Gilleron a réalisé pendant plusieurs années une formation pour les internes en médecine de Bordeaux, à chaque nouveau semestre (nous reviendrons plus tard dans la discussion sur les raisons de l'arrêt de cette formation). La question du pourcentage de RSS effectivement transmis à l'Assurance Maladie chaque année était posée durant son cours, et les réponses étaient du même ordre de grandeur que celles constatées dans cette étude.

A la lecture des commentaires reçus lors de cette étude, une grande partie des internes témoigne sa frustration d'accomplir une tâche « administrative » ou « inutile ».

Devant le constat, ici décrit, de méconnaissance profonde de l'utilité du codage PMSI, on est tenté de comprendre un peu mieux la frustration ressentie par les internes.

5.5 Perspectives et attentes des internes

Nous nous sommes également intéressés aux attentes qu'avaient les internes vis-à-vis du PMSI : mieux le comprendre ou non, et éventuellement par quelle formation.

Il est intéressant de constater que malgré la situation constaté dans cette étude, aboutissant à un climat de frustration, les internes répondaient majoritairement (68,45%) vouloir mieux comprendre le domaine.

Plus encore, car cela constitue une piste de réflexion importante, on peut s'intéresser au type de formation que les internes souhaiteraient recevoir. Ils ne sont qu'un sur trois à

désirer une formation présentielle, toutes spécialités confondues. Ce résultat doit faire réfléchir sur les modalités de mise en place d'une formation dans ce domaine.

Une preuve en est l'exemple Bordelais : une formation, animée par le Dr Gilleron, de 2007 à 2010, était organisée à chaque nouveau semestre, à l'initiative du CHU de Bordeaux. Seule une poignée d'internes était présent, car cette formation n'était pas considérée comme obligatoire. Elle a donc pris fin, faute de mobilisation des internes.

Rendre une telle formation obligatoire, afin de rassembler les étudiants (sous le format de la formation à l'outil DxCare, logiciel d'aide à la prescription, qui a lieu chaque semestre au CHU) est-il pertinent ? Ou peut-on envisager des modes formations alternatifs ?

Dans notre étude, les internes plébiscitent les formations dématérialisées : cours non présentiel pour plus d'un interne sur deux, et même serious game pour un interne sur trois. Ce résultat est une première piste de réflexion quant au format que pourrait revêtir les futures formations au PMSI.

5.7 Apport du numérique

La place du numérique a une importance capitale dans ce travail, tant dans sa mise en place, sa diffusion, que dans les pistes de réflexion proposée.

Tout d'abord, dans sa conception même : le nombre de réponses collectées (1302 en deux mois) n'aurait sans aucun doute jamais été atteint avec une enquête sous format papier, à renvoyer par la poste, surtout chez une population jeune et peu disponible. De plus, l'outil numérique nous a permis une plus grande flexibilité dans le questionnaire en lui-même : l'affichage de questions conditionnelles, et de court texte explicatif se déclenchant seulement après certaines réponses. Cela n'aurait pas été possible avec un questionnaire papier.

De plus, sur un plan scientifique, le format numérique nous a permis d'obtenir d'avantages d'informations. Les questionnaires incomplets ont pu être analysés, même pour ceux ne comportant que quelques réponses à peine. Aucune réponse « à façon » n'a eu à être traitée, puisque le questionnaire ne pouvait être annoté ou modifié. Les réponses demandant une valeur numérique pouvaient être contraintes sous la forme d'un intervalle

ou d'un format. La base de données était automatiquement générée, évitant les erreurs de recueil.

La méthodologie de diffusion, par liste d'adresses email des associations d'internes, a également montré un potentiel important. Les efforts pour contacter la population cible de l'étude s'en sont trouvé considérablement réduits, puisqu'il n'a fallu contacter « que » les associations d'internes, via un courriel-type, que ceux-ci n'avaient qu'à transférer en quelques clics à l'ensemble de leurs adhérents. La stratégie globale de diffusion par le numérique s'est donc avérée particulièrement efficace.

Le temps moyen par questionnaire a également pu être analysé. Les participants ont, en moyenne, réalisé l'étude en 5 minutes 3 secondes, ce qui est proche de la limite souhaitée (cinq minutes).

Enfin, les internes semblent favoriser des formations dématérialisées pour mieux comprendre le PMSI, et notamment les serious game (15). Les serious game sont une catégorie de jeux qu'on pourrait synthétiquement qualifier de « jeux éducatifs ». Leur objectif consiste à rendre ludique des thématiques habituellement peu prisées (16). Ils permettent également, de par leur format numérique, d'évaluer les connaissances avant et après la réalisation du jeu, et ainsi d'avoir une évaluation directe de l'efficacité de la formation. (17)

Les serious game ont déjà prouvé leur utilité dans le domaine de la santé (18) (19) notamment dans la prévention et la formation des personnels de santé (20) (21). Ils pourraient donc être une piste sérieuse pour un enseignement du PMSI.

5.8 Synthèse et perspective

Cette étude, descriptive, avait donc pour objectif d'objectiver un ressenti directement issu d'une expérience de « terrain », concernant la formation des internes au PMSI. En synthèse, la situation décrite dans les réponses au questionnaire est paradoxale :

- Les internes en médecine ne savent que peu définir le domaine du PMSI
- Ils n'ont d'ailleurs pas ou peu reçu de formation le concernant
- Ils ont pourtant intégré qu'il présentait une grande importance pour les établissements de santé

- L'impact des formations existantes semble réel

Cette situation est fidèle à celle ressentie « sur le terrain » lors de la formation des internes au CHU de Bordeaux, et qui a conduit à la réalisation de ce travail. L'un des résultats que l'on pourrait particulièrement retenir, car révélateur du déséquilibre entre pratique et formation, est celui-ci : les internes ayant répondu avoir effectué le codage seul pour l'ensemble de leur patients n'étaient que 18,5% à avoir reçu une formation au PMSI.

Ces résultats peuvent amener à une réflexion sur l'organisation du codage, et sur la formation des internes et des professionnels de santé en général au domaine du PMSI. L'une des solutions qui pourrait être avancée, à la lecture de ces résultats, est un encadrement plus poussé des internes concernant le codage de leurs dossiers (« seniorisation » du codage). Cependant, les internes d'aujourd'hui étant les « seniors » de demain, il pourrait sembler plus avantageux de proposer une formation à l'ensemble des étudiants en médecine, à un moment donné de leur cursus. De telles formations existent, ou ont existé, notamment à Bordeaux de 2007 à 2010. L'une de leur limite en est la faible participation des internes si elles ne sont pas obligatoires. Mettre en place de telles formations et les rendre indispensables à la poursuite du cursus pourrait être une approche.

Les serious-game, et les formations dématérialisées en général, pourraient être une alternative ou un complément de formation, ou être la pierre angulaire d'une stratégie globale de formation des internes et des autres professionnels de santé aux problématiques du PMSI.

Outre l'amélioration de la qualité du codage, et sa possible répercussion financière pour les établissements de santé, la formation des internes au PMSI pourrait avoir un impact positif plus global. En effet, bénéficier de médecins mieux formés concernant notre système de santé pourrait permettre d'améliorer le dialogue, la communication et le travail entre le corps médical et l'administration des établissements de santé, ainsi qu'avec l'ARS.

Enfin, dans la réflexion quant à la formation dont pourraient bénéficier les internes, externes et étudiants en médecine, et à son type, la question d'une application par des plans d'actions locaux ou régionaux, spécifiques à chaque université, ou d'une action nationale et homogène demeure.

6 Conclusion

Ce travail présente une étude descriptive des connaissances, pratiques et attentes des internes en médecine français vis-à-vis du PMSI, sur la base qu'un questionnaire numérique et déclaratif. Il s'appuyait sur des hypothèses issues de la pratique quotidienne, lors de la formation d'internes au CHU de Bordeaux.

Sur la base des réponses obtenues, et en tenant compte des différents biais exposés dans ce travail, notamment celui de sélection, nos résultats semblent confirmer les hypothèses énoncées : les internes en médecine n'ont que peu de formation au PMSI, malgré une pratique quotidienne et des attentes fortes.

Une réflexion pourrait donc être à envisager concernant les formations possibles et leurs mises en place, notamment à l'aide d'outils innovants.

Bibliographie

1. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière [Internet]. août 2, 1996. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668>
2. Code de la santé publique - Article L6113-7. Code de la santé publique.
3. Code de la santé publique - Article L6113-8. Code de la santé publique.
4. OMS - CIM-10_2008_vol2_0812.doc - ICD10Volume2_fr_2008.pdf [Internet]. [cité 27 sept 2016]. Disponible sur:
http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/Content/statichtml/ICD10Volume2_fr_2008.pdf
5. Maravic M, Le Bihan C, Landais P. La classification commune des actes médicaux (CCAM): de la description à la tarification. Rev Rhum. 2003;70(9):785–789.
6. Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000742206&categorieLien=id>
7. Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000198392>
8. LOI n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005 [Internet]. 2004-1370 déc 20, 2004. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000790552&categorieLien=id>
9. Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000606537&categorieLien=id>
10. Arrêté du 22 mars 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences médicales | Legifrance [Internet]. [cité 27 sept 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2011/3/22/ESRS1106857A/jo>
11. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027343762&categorieLien=id>
12. Code de la santé publique - Article R6153-46 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006918845&dateTexte=&categorieLien=cid>

13. Instructions pour LimeSurvey — LimeSurvey Manual [Internet]. [cité 27 sept 2016]. Disponible sur: https://manual.limesurvey.org/LimeSurvey_Manual/fr
14. Rapport_2010-2011_Tome_1_Les_Internes_en_medecine-_Effectifs_et_repartition_2010-2014.pdf [Internet]. [cité 27 sept 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2010-2011_Tome_1_Les_Internes_en_medecine-_Effectifs_et_repartition_2010-2014.pdf
15. Bergeron B. Developing serious games (game development series). 2006 [cité 27 sept 2016]; Disponible sur: <http://www.citeulike.org/group/3106/article/1426623>
16. Mouaheb H, Fahli A, Moussetad M, Eljamali S. The serious game: what educational benefits? *Procedia-Soc Behav Sci.* 2012;46:5502–5508.
17. Lhuillier B. Concevoir un serious game pour un dispositif de formation. Paris FYP Ed [Internet]. 2011 [cité 27 sept 2016]; Disponible sur: http://beatrice-lhuillier.fr/zone_telechargement/Fiche_Livre_Serious_Game_BLhuillier.pdf
18. Graafland M, Schraagen JM, Schijven MP. Systematic review of serious games for medical education and surgical skills training. *Br J Surg.* 2012;99(10):1322–1330.
19. Sliney A, Murphy D. JDoc: a serious game for medical learning. In: *Advances in Computer-Human Interaction, 2008 First International Conference on* [Internet]. IEEE; 2008 [cité 27 sept 2016]. p. 131–136. Disponible sur: http://ieeexplore.ieee.org/xpls/abs_all.jsp?arnumber=4455971
20. Arnab S. *Serious Games for Healthcare: Applications and Implications: Applications and Implications* [Internet]. IGI Global; 2012 [cité 27 sept 2016]. Disponible sur: https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=xq6eBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=serious+games+healthcare+training&ots=_ZJM8GoiXf&sig=K6ZbMvedazwsrwRf9nIUMunhUHc
21. de Ribaupierre S, Kapralos B, Haji F, Stroulia E, Dubrowski A, Eagleson R. Healthcare training enhancement through virtual reality and serious games. In: *Virtual, Augmented Reality and Serious Games for Healthcare 1* [Internet]. Springer; 2014 [cité 27 sept 2016]. p. 9–27. Disponible sur: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-54816-1_2

ANNEXE

Annexe 1 : Genre, villes de rattachement et années d'études : ISP et autres spécialités

Tableau 11 : Genre, villes de rattachement et années d'études chez les ISP et "autres spécialités" (N=982)

	Internes autres spécialités N=840		Internes de Santé Publique N=142	
	N	%	N	%
Sexe				
Féminin	552	65,71	81	57,04
Masculin	288	34,29	61	42,96
Ville de rattachement du DES				
Amiens	0	0,00	2	1,44
Angers	13	1,55	3	2,16
Antilles-Guyane	0	0,00	0	0,00
Besançon	61	7,28	0	0,00
Bordeaux	94	11,22	13	9,35
Brest	0	0,00	1	0,72
Caen	1	0,12	2	1,44
Clermont-Ferrand	0	0,00	3	2,16
Dijon	0	0,00	3	2,16
Grenoble	85	10,14	7	5,04
Lille	3	0,36	7	5,04
Limoges	27	3,22	1	0,72
Lyon	0	0,00	7	5,04
Marseille	142	16,95	6	4,32
Montpellier-Nîmes	64	7,64	3	2,16
Nancy	92	10,98	6	4,32
Nantes	0	0,00	4	2,88
Nice	1	0,12	0	0,00
Océan Indien	3	0,36	0	0,00
Paris	0	0,00	39	28,06
Poitiers	3	0,36	3	2,16
Reims	7	0,84	4	2,88
Rennes	85	10,14	5	3,60
Rouen	9	1,07	6	4,32
Saint-Etienne	0	0,00	1	0,72
Strasbourg	0	0,00	6	4,32
Toulouse	147	17,54	6	4,32
Tours	1	0,12	1	0,72
Année d'internat				
1ère	182	21,67	34	23,94
2ème	184	21,90	42	29,58
3ème	229	27,26	32	22,54
4ème	164	19,52	33	23,24
5ème	81	9,64	1	0,70

Annexe 2 : Répartition des spécialités dans la population « autres spécialités »

Tableau 12 : Répartition des spécialités dans la population "autres spécialités" (N total = 840)

Spécialité	N	%
Anatomo-pathologie	16	1,90
Anesthésie-réanimation	70	8,33
Biologie médicale	14	1,67
Cardiologie	28	3,33
Chirurgie générale	69	8,21
Dermatologie	18	2,14
Endocrinologie	19	2,26
Génétique médicale	4	0,48
Gynécologie médicale	8	0,95
Gynécologie obstétrique	37	4,40
Hématologie	13	1,55
Hépto-gastro-entérologie	21	2,50
Médecine du travail	21	2,50
Médecine générale	191	22,74
<i>Stage hospitalier effectué</i>	174	91,10
<i>Stage hospitalier non effectué</i>	17	8,90
Médecine interne	33	3,93
Médecine nucléaire	5	0,60
Médecine physique et réadaptation	25	2,98
Néphrologie	15	1,79
Neurochirurgie	4	0,48
Neurologie	15	1,79
Oncologie	23	2,74
Ophtalmologie	13	1,55
ORL	17	2,02
Pédiatrie	52	6,19
Pneumologie	16	1,90
Psychiatrie	52	6,19
Radiologie	22	2,62
Rhumatologie	19	2,26

Annexe 3 : Remarques reçues via le questionnaire

Commentaires des Internes « autres spécialités » :

- Questionnaire non adapté à une spécialité comme l'anatomie pathologique (système de cotation à part entière)
- "Le PMSI s'applique t il à l'anaph? si oui quand? et qui s'en occupe?"
- Nous codons avec l'ADICAP."
- "Merci et bon courage
- Il faut qu'on soit formé dans notre premier semestre d'internat +++"
- Excellente initiative : si je puis me permettre vous devriez poser la question : pensez-vous qu'être formé au PMSI vous aidera dans votre pratique future ? ...
- "Le remplissage des pmsi est une perte de temps pour les internes, et notamment ceux des spécialités déjà très prenantes.
- J'ai rempli plusieurs centaines de pmsi dans mon internat voire de milliers selon les stages sur mon temps personnel, qui commence déjà à 20h.. Je n'ai jamais optimisé ces codages, par gain de temps, et je ne le regrette pas.
- J'espère que cette étude pourra être utiliser afin d'optimiser le temps des internes et par la-même, les finances de l'hôpital public."
- "Ce n'est vraiment pas aux médecins de s'occuper de ça, encore moins aux internes...
- C'est peut être utile mais ce n'est qu'une formalité administrative supplémentaire, donc insupportable.
- Surtout, il fait refaire le codage PMSI qui prévoit qu'on puisse être un ""monstre double"", ou qu'on ait un ""accident de vaisseau spatial dans un lieu public ou une école"", mais ne prévoit pas le panaris de doigt ou la pseudarthrose d'un os..."
- Il serait plus judicieux d'embaucher qq1 qui saura bien remplir le pmsi et permettra un meilleur remboursement de l'hôpital que de continuer à faire perdre le peu de temps qu'ont les internes.
- Engager des mecs pour faire les pmsi
- Merci d'avance !"
- La durée d'un "séjour" medical ou chirurgical doit être précisée pour pouvoir évaluer son montant.
- "étant en psychiatrie, cela ne me concerne pas directement pour le moment... on code seulement les consultations et diagnostics a titre informatif, le budget est global.
- J'ai remarqué que le financement de services par rapport à leur activité peut entrainer des dérives.. plus d'actes, plus d examens couteux pour avoir plus d'argent... bof"
- "Une question que je me suis toujours posée est la possibilité d'un ""surcodage"" à des fins économiques, qui pourraient biaiser les études épidémiologiques réalisées à partir du PMSI.
- Une remarque aussi : à Toulouse le codage est réalisé par du personnel qualifié et formé dans pour chaque service ce qui est à double tranchant : positif car les DP et DR sont bien codés, mais négatif car les diagnostics associés sont souvent mal codés, et car les patients pris en charge dans des services n'ayant pas l'habitude des pathologies qu'ils présentent ont des codages qui sont souvent mal faits. J'ai découvert le PMSI (dont j'ignorais alors tout) lors de mon stage de M1, et à titre d'exemple sur 197 patients ayant des codes de LMC en diagnostic principal, relié ou associé sur une période de 4 ans, je retrouvais 65 patients avec une authentique LMC.

Donc optimisme en découvrant le PMSI, puis déception en l'utilisant à des fins épidémiologiques. "

- *"Cela ne devrait pas être un acte médical on perd déjà assez de temps avec l'administratif.*
- *Les internes n'ont pas le temps de s'occuper de ça."*
- *"Ça serait sympas de connaître les réponses aux questions d'estimation ! ;)*
- *Merci :)."*
- *Bon courage !!*
- *Bien conscient que le "big data" doit se développer, mais le hardware ne suit pas (ordinateurs lents et peu performants) et bien évidemment manque de temps pour préciser le plus finement possible les données à transmettre et rendre l'information la plus proche de la réalité et la plus exhaustive. Sur le terrain, très peu de personnes (médical ou paramédical) semblent avoir conscience de l'importance et de l'enjeu de l'informatisation des données dans le domaine de la médecine, on observe encore des réticences farouches même de la part de jeunes médecins.*
- *J'ai essayé d'adapter mes réponses au fonctionnement d'un laboratoire car vos questions sont accés sur un service clinique, j'espere que ca ira :)*
- *"chronophage++++*
- *perte de temps auprès des patients*
- *augmentation de la durée et de la charge de travail pour les internes"*
- *Le PMSI c est chiant*
- *Je n'ai pas fait de la médecine pour faire de l'administratif. Or, nous passons notre temps à en faire. Cherchez l'erreur...*
- *Les questions sur le remboursement moyen manquent cruellement d'une échelle chiffrée ou d'une case "ne sait pas". Méfier vous a mon avis des chiffres totalement au pif ou bidon (comme le mien) qui sont mis par défaut d'idée sur la question.*
- *Je souhaiterais avoir les réponses aux questions auxquelles j'ai répondu.*
- *"je trouve ce questionnaire très compliqué et mal expliqué sur un sujet difficile... d'où mes reponses sans interet et au pifometre...*
- *a votre place je n'incluerai pas mes reponses.*
- *c'est quoi le but de cet étude? vos definitions ne m'ont absolument pas permis de mieux comprendre ce que sont le PMSI ou la TA et leurs enjeux..."*
- *"Peut on recevoir les reponses ou doit on les rechercher par nous meme?"*
- *Merci"*
- *Non je veux pas comprendre, ce n'est pas au medecin clinicien de coder le sejour de son patient. 1/ On a pas le temps pour cela ; 2/ On est pas formé donc on code de la merde, mais vraiment e la merde pour le faire lep lus vite possible pour pas se faire taper sur les doigts par les chefs ; 3/ J'ai pas fait médecine pour faire du codage. La rentabilité de l'hopital c'est important mais c'est pas au medecin de s'en occuper; 4/ C'est qui les internes de santé pub ? je pensais pas que ca existait encore cette spécialité (joke)*
- *un hopital grevé par des acronymes administratifs a la con et employeur de beaucoup trop d'administratifs et beaucoup trop peu de soignants. (pour etre plus clair les inutiles et les utiles) comme bcp d'etablissements publiques francais d'ailleurs. PMSI encore un truc opaque pour justifier de payer des branleur administratifs qui tentent des intrusions dans un systeme auquel ils ne comprennent rien pour sortir des stats*

inutiles sur un système qui marcherait bcp mieux si on supprimait leur poste pour en créer des utiles.

- *La notion de "séjour" dans les questions précédentes : est ce une journée ou un séjour de qq jours ??*
- *La théorie c'est bien mais il semble que le pmsi ne soit utilisé surtout à des fins de facturation, c'est dommage*
- *"très mal informée et mal impliquée dans le PMSI surtout qu'en tant qu'interne en semestre de ""passage"" cela paraît loin*
- *souhaitant exercer en libéral j'avoue que je ne m'y suis pas penchée plus que ça"*
- *Le temps d'un déjeuner*
- *Je ne vois pas on peut nous demander d'estimer le remboursement moyen par l'assurance maladie d'un séjour sans en connaître au minimum la durée et les actes réalisés...sinon, sujet et questionnaire très intéressants sur un sujet que l'on maîtrise peu et pourtant primordial. j'apprécierai beaucoup une formation type vidéo de 10min du genre 'les pmsi pour les nuls', à laquelle on accéderait via un lien envoyé par mail par exemple. ..bonne continuation!*
- *Bon courage!*
- *La vie est belle.*
- *3 semestres : 2 où la secrétaire s'occupe de coder 1 où l'interne s'occupait de coder*
- *"Je suis interne dans le cadre d'une reconversion. Au préalable j'étais PH titulaire responsable d'unité en CHG: j'avais pour politique de coder, seul, l'ensemble des dossiers du service à partir des courriers de sortie afin d'éviter les contestations par les médecins inspecteurs des caisses (cas vécu de défendre une dizaine de codages devant les inspecteurs: pas très agréable); cela nécessitait que les courriers de sortie soient extrêmement bien renseignés.*
- *Le codage est très chronophage car nécessitant de faire des simulations pour chaque dossier afin de valoriser au mieux le séjour.*
- *De plus c'est extrêmement frustrant car la valorisation des codages peut varier brutalement (toujours à la baisse) sans information préalable.*
- *Je trouvais, à la longue, que ce codage entraînait une dérive perverse et insidieuse car cela tendait à nous faire raisonner en terme de valorisation de séjour et plus en terme de médecin clinicien soucieux en premier lieu du mieux du patient et non de ce qu'il va ""rapporter"" ou ""couter"" au service."*
- *Qui prend la décision de coder ou non un acte ?*
- *En tant qu'interne de Médecine générale, je me sens peu concernée par le sujet.*
- *Codage=perte de temps, ce n'est pas notre métier. Les internes sont suffisamment occupés (cf pourcentage de burnout....)*
- *En médecine du travail je ne me sens pas vraiment concernée!*
- *"ce n'est pas le rôle des médecins et surtout pas aux internes! Déjà le bouche-trou n'est pas mal de choses de ras la casquette!!!!*
- *aux administratifs de jouer ce rôle..et bien oui, ils risquent de travailler après 17H!"*
- *Je n'ai pas répondu aux questions du remboursement moyen en euros car je n'en ai pas la moindre idée, et qu'il n'était pas précisé s'il s'agissait d'1 jour d'hospitalisation ou de plus... c'est peut-être un point à éclaircir :)*
- *En travaillant 60 à 100h par semaine ce n'est pas aux internes de faire ce boulot, qui concerne uniquement le directeur de l'hôpital et souvent ne reflète que partiellement*

la prise en charge médicale. Par exemple une consultation d'annonce pourtant fondamentale vaut zero selon la t2a ...

- *je trouve que ce mode de recueil de données est principalement à but financier et s'éloigne de la médecine, ne devant pas être pratiqué sur le temps médical et par les médecins*
- *"Les externes et internes sont amenés à faire du codage, mais sans avoir été formés, et surtout sans avoir le temps de le faire correctement.*
- *Lorsque d'autres personnes (ex : secrétaires) font le codage, elles ne disposent pas de toutes les données médicales et tous les actes / co-morbidités ne sont pas comptés.*
- *Je trouve intéressant que les internes soient formés : pas besoin de connaître toutes les subtilités de cotation, mais c'est utile de comprendre le système. "*
- *"Je pense que la T2A et les pmsi sont une aberration et sont nuisibles au système de santé français. (Je pourrais en parler longuement!)*
- *C'est de plus une très mauvaise manière de faire de la recherche (différence importante entre ce qui est côté et la réalité, notamment aux urgences, due à la difficulté de trouver le bon diagnostic qd on côté nous même ou aux erreurs qd côté par des non médecins)"*
- *C'est assez étonnant de devoir terminer des courriers par le codage PMSI(moins formées que certaines secrétaires) sans aucune formation quand on comprend l'importance que cela a*
- *Oulala on se rend compte de nos lacunes sur le PMSI en tant qu'interne !*
- *très bonne idée de nous former un peu dessus! vive les serious game*
- *chez nous, les internes envoient les dossiers à un service particulier qui code avec le dossier papier et les actes tel que ETT ETO Choc électrique enregistré sur le logiciel*
- *merci*
- *"système chronophage*
- *mérite des équipes spécifiques pour cotation des séjours "*
- *Des gens sont rémunérés pour faire les pmsi. Les internes n'ont ils pas assez de travail sans s'occuper en plus de cela?*
- *Surcharge administrative pour les médecins +++++*
- *je vois pas l'intérêt de ce questionnaire.*
- *on espère ne jamais devoir s'y mettre ! Encore du temps passé au bureau plutôt qu'au lit du patient !ET sans beaucoup de retombées positives sur la clinique et la PEC pratique des patients*
- *"une formation au système de santé, fonctionnement de l'hôpital et des informations d'économie de la santé serait aussi nécessaire dans la formation de tout interne.*
- *Merci pour cette initiative."*
- *on a déjà assez d'administratif à faire, le pmsi pourrait être fait par des gens dédiés et formés, à partir des CR de sortie!*
- *Une des problématiques du PMSI (en tout cas en psychiatrie), c'est que la cotation se fait selon une grille diagnostique qui ne correspond pas forcément à la réalité clinique. Les diagnostics sont donc très souvent non renseignés par les PH ou mal renseignés et les repercussions pourraient être importantes le jour où l'apsy passera à la T2A...*
- *"Je pense que ce n'est pas au personnel médical de remplir les PMSI.*

- *Des gens sont formés et bien formés (le DIM). Ils font des codages bcq plus pertinents et plus rentables...*
- *On ne peut pas tout faire... Notre boulot s'est soigner des patients..."*
- *Je trouve que ce n'est pas aux médecins et internes de faire ça. Un courrier bien fait suffirait a une secrétaire pour qu'elle code elle même*
- *N'est ce pas du temps de secrétariat et administratif au détriment d'une bonne formation médicale des médecins et donc d'une meilleure prise en charge des patients?*
- *Je n'ai pas l'intention de travailler plus tard à l'hôpital*
- *Sujet extrêmement flou, on est très peu informés*
- *dommage que l'argent domine...*

Commentaires des Internes de santé publique :

- *Bon courage !*
- *non*
- *Bon courage pour avoir des réponses des internes cliniciens !*
- *Une vidéo sur le format de celle proposée pour présenter l'internat de santé publique me parait très adaptée.*
- *Interne de Santé Publique ayant déjà fait des stages aux DIM et faisant de l'informatique médicale. Je ne suis absolument pas représentative sur le niveau de connaissance du PMSI de la population des internes.*
- *une initiative intéressante*
- *Bon courage ;-)*
- *Je connais assez.*
- *Pourquoi demander des coûts moyens de séjours étant donné les écarts importants dépendant des niveaux de séjours et actes réalisés?*
- *Il serait intéressant d'harmoniser les systèmes d'information dans les établissements : il y a un SI par établissement, ce qui pose des difficultés lorsqu'un médecin change d'établissement ; même remarque pour les autres professions médicales et paramédicales.*
- *Questions sur le montant du remboursement moyen de séjours médicaux et chirurgicaux ? difficile de répondre car dépend totalement du cas de figure: motif d'hospit ? type de prise en charge, avec + ou - de moyens humains et matériels engagés; éventuelles complications ? + de moyens engagés; durée du séjour (qui peut être un reflet de la survenue de complications)etc...*
- *Bon questionnaire,*
- *Je n'ai objectivement aucune idée des remboursements moyens effectués par l'assurance maladie pour les séjours en MCO, il serait intéressant de le savoir en effet.*
- *Envoyez nous les résultats svp*
- *Serait-il possible d'avoir les vrais pourcentages aux questions que vous avez posé?*
- *Bon courage pour ce travail*
- *Ce questionnaire me semble très bien fait ; bravo et bonne continuation.*

Le PMSI et les Internes

Bonjour à tous !

Répondre à l'ensemble du questionnaire prend au plus 5 minutes. Les données sont recueillies de manière anonyme.

Merci par avance pour votre participation

Il y a 25 questions dans ce questionnaire

À propos de vous

[]Sexe : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Féminin
- Masculin

[] Ville de rattachement de votre DES

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Amiens
- Angers
- Antilles-Guyane
- Besançon
- Bordeaux
- Brest
- Caen
- Clermont-Ferrand
- Dijon
- Grenoble
- Lille
- Limoges
- Lyon
- Marseille
- Montpellier-Nîmes
- Nancy
- Nantes
- Nice
- Océan Indien
- Paris
- Poitiers
- Reims
- Rennes
- Rouen
- Saint-Etienne
- Strasbourg
- Toulouse
- Tours

[] Spécialité : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Anatomopathologie
- Anesthésie-réanimation
- Biologie médicale
- Cardiologie
- Chirurgie générale
- Dermatologie
- Endocrinologie
- Génétique médicale
- Gynécologie médicale
- Gynécologie obstétrique
- Hématologie
- Hépatogastroentérologie
- Médecine du travail
- Médecine générale
- Médecine interne
- Médecine nucléaire
- Médecine physique et réadaptation
- Néphrologie
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Oncologie
- Ophtalmologie
- ORL
- Pédiatrie
- Pneumologie
- Psychiatrie
- Radiologie
- Rhumatologie
- Santé publique et médecine sociale

[]Semestre : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1er
- 2ème
- 3ème
- 4ème
- 5ème
- 6ème
- 7ème
- 8ème
- 9ème
- 10ème

[]Stage en centre hospitalier effectué ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse est 'Médecine générale' à la question '3 [spé]' (Spécialité :)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Connaissances / Enseignement

[] Savez vous définir le PMSI ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non
 Plus ou moins

[]

PMSI = Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

Depuis la loi du 31 juillet 1991 portant sur la réforme hospitalière, les établissements de santé publics et privés doivent procéder à l'analyse de leur activité médicale et transmettre aux services de l'État et à l'Assurance maladie « les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité » : articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. À cette fin ils doivent « mettre en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge » : c'est la définition même du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse est 'Oui' ou 'Non' ou 'Plus ou moins' à la question '6 [01]' (Savez vous définir le PMSI ?) et La réponse est 'Oui' ou 'Non' ou 'Plus ou moins' à la question '6 [01]' (Savez vous définir le PMSI ?) et La réponse est 'Oui' ou 'Non' ou 'Plus ou moins' à la question '6 [01]' (Savez vous définir le PMSI ?)

[]

Quel est selon vous, pour un établissement de santé, l'importance du PMSI ?

De 0 (inutile) à 10 (très important)

*

Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre réponse ici :

[] Dans votre cursus, de quelle formation au PMSI avez-vous bénéficié : (Une ou plusieurs réponse) *

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Aucune formation
- Formation universitaire (cours)
- Formation dédiée lors d'un stage (cours théorique)
- Apprentissage en pratiquant en stage
- Auto formation
- Autre

[] Quand cette formation a-t-elle eu lieu ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse est 'Formation universitaire (cours)' ou 'Formation dédiée lors d'un stage (cours théorique)' ou 'Apprentissage en pratiquant en stage' ou 'Auto formation' ou 'Autre' à la question '9 [03]' (Dans votre cursus, de quelle formation au PMSI avez-vous bénéficié : (Une ou plusieurs réponse)) et La réponse est 'Formation universitaire (cours)' ou 'Formation dédiée lors d'un stage (cours théorique)' ou 'Apprentissage en pratiquant en stage' ou 'Auto formation' ou 'Autre' à la question '9 [03]' (Dans votre cursus, de quelle formation au PMSI avez-vous bénéficié : (Une ou plusieurs réponse)) et La réponse est 'Formation universitaire (cours)' ou 'Formation dédiée lors d'un stage (cours théorique)' ou 'Apprentissage en pratiquant en stage' ou 'Auto formation' ou 'Autre' à la question '9 [03]' (Dans votre cursus, de quelle formation au PMSI avez-vous bénéficié : (Une ou plusieurs réponse)) et La réponse est 'Formation universitaire (cours)' ou 'Formation dédiée lors d'un stage (cours théorique)' ou 'Apprentissage en pratiquant en stage' ou 'Auto formation' ou 'Autre' à la question '9 [03]' (Dans votre cursus, de quelle formation au PMSI avez-vous bénéficié : (Une ou plusieurs réponse)) et La réponse est 'Formation universitaire (cours)' ou 'Formation dédiée lors d'un stage (cours théorique)' ou 'Apprentissage en pratiquant en stage' ou 'Auto formation' ou 'Autre' à la question '9 [03]' (Dans votre cursus, de quelle formation au PMSI avez-vous bénéficié : (Une ou plusieurs réponse))

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- P1/P2/D1
- Externat
- Internat

[] Savez vous définir la T2A ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Plus ou moins

[]

La tarification à l'activité (T2A) est le mode de financement unique des établissements de santé, publics et privés.

Lancée en 2004 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », elle repose sur une logique de mesure de la nature et du volume des activités et non plus sur une autorisation de dépenses.

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse est 'Oui' ou 'Non' ou 'Plus ou moins ' à la question '11 [04]' (Savez vous définir la T2A ?) et La réponse est 'Oui' ou 'Non' ou 'Plus ou moins ' à la question '11 [04]' (Savez vous définir la T2A ?) et La réponse est 'Oui' ou 'Non' ou 'Plus ou moins ' à la question '11 [04]' (Savez vous définir la T2A ?)

[]Selon vous, les données du PMSI peuvent aider à : (plusieurs réponses possibles) *

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- L'organisation des soins
- Le financement des établissements (T2A)
- La recherche clinique / épidémiologique
- L'évaluation de la pertinence des soins
- La stratégie médicale

Pratique / Terrain

[] Dans votre stage actuel ou dans les précédents avez-vous déjà été amené à participer à des activités de codage (diagnostics et/ou des actes) ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Ne se souvient plus

[] Lors du/des stage(s) où vous avez été amené à participer à des activités de codage, quel était votre rôle :

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse est 'Oui' à la question '14 [06]' (Dans votre stage actuel ou dans les précédents avez-vous déjà été amené à participer à des activités de codage (diagnostics et/ou des actes) ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- J'étais seul à coder les dossiers de tous mes patients
- Je codais mes dossiers, mais le médecin senior reprenait le codage après moi
- Je choisisais juste le Diagnostic Principal, et quelqu'un s'occupait du reste
- Je ne codais que de temps en temps
- Je ne codais que très rarement
- J'étais en stage dans un DIM (département d'information médicale)

[] Qui est garant, pour un patient donné, de l'exhaustivité et de la qualité des informations permettant la transmission de données PMSI ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- le médecin responsable de l'information médicale
- l'interne s'étant occupé du patient
- le médecin sénior s'étant occupé du patient / ayant supervisé
- toute l'équipe
- le directeur de l'hôpital

[] Avez-vous déjà sollicité le département d'information médicale pour extraire des données ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non, je ne savais pas que c'était possible
- Non, mais je savais qu'on pouvait le faire

[]

Au terme de l'hospitalisation en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) d'un patient dans un établissement de santé, un recueil d'information synthétique est produit : le RSS (résumé de sortie standardisé) Il contient les informations administratives et médicales concernant le séjour (Remplies à partir du dossier patient). Pour chaque séjour, on a donc un RSS.

[] **Quel est selon vous, sur une année, le pourcentage de RSS effectivement remplis et transmis à l'assurance maladie, dans un CHU comme celui de Bordeaux. A titre informatif il y a 251 839 séjours au CHU de Bordeaux en 2014.**
*

Chaque entrée doit être entre 0 et 100

Veuillez écrire votre réponse ici :

%

[] **Quel est selon vous le remboursement moyen effectué par l'Assurance maladie à un établissement public, pour un séjour médical (sans acte chirurgical) ?**

Veuillez écrire votre réponse ici :

euros

[]

Quel est selon vous le remboursement moyen effectué par l'Assurance maladie à un établissement public pour un séjour chirurgical ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

euros

Perspectives

[] Souhaiteriez-vous (mieux) comprendre le fonctionnement du PMSI ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

[] Sous quelle forme ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse est 'Oui' à la question '22 [12]' (Souhaiteriez-vous (mieux) comprendre le fonctionnement du PMSI ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Cours présentiel
 Serious game
 Cours non présentiel (vidéo...)
 Autre:

Si vous souhaitez répondre "autre" il faut remplir le champ texte correspondant.

[] Pendant combien de temps ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse est 'Oui' à la question '22 [12]' (Souhaiteriez-vous (mieux) comprendre le fonctionnement du PMSI ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 5-10 min
 10-30 min
 30-60 min
 >60 min

[] Une question, des remarques ?

Veillez écrire votre réponse ici :

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à notre questionnaire!

Pour toute question vous pouvez nous contacter à pmsi.enquete@gmail.com

20/01/2016 – 10:36

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leur conscience.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Résumé

Introduction De nombreuses années après sa mise en place, le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) reste complexe et parfois peu maîtrisé par un grand nombre de professionnels de santé. Parmi eux, les Internes en médecine, pourtant confrontés quotidiennement à ses problématiques, sont généralement très peu formés à appréhender ses différents aspects. Ces jeunes professionnels sont pourtant souvent en première ligne de la production de l'information médicale. L'objectif de ce travail était d'évaluer leurs connaissances dans ce domaine, les formations dont ils avaient pu bénéficier, leur pratique quotidienne mais également leurs attentes.

Méthode Un questionnaire d'évaluation a été mis au point, anonyme et basé sur le volontariat, grâce au logiciel LimeSurvey. Il reposait sur 5 axes : Connaissances du PMSI, Enseignement et formations, Pratique en stage, Dimension financière, Perspectives et attentes. Ce questionnaire a ensuite été mis en ligne et largement diffusé auprès des différentes associations locales et nationales d'internes en médecine. Les réponses ont été recueillies du 24/03/2015 au 31/05/2015. Une analyse descriptive des réponses a été effectuée à l'aide du logiciel SAS dans sa version 9.3.

Résultats Parmi les 1302 questionnaires initiés, 982 ont été renseignés entièrement : 142 ont été réalisés par des internes de santé publique (ISP) et 840 par des internes des autres spécialités. Sur les 840 internes hors santé publique ayant soumis un questionnaire complet, seuls 17,38% (n=146) répondaient savoir définir le PMSI. Les internes ayant répondu avoir effectué le codage seul pour l'ensemble de leur patients n'étaient que 18,5% à avoir reçu une formation dédiée au PMSI. (n=47/254)

Discussion Il s'agit de la première étude visant à évaluer les connaissances, pratiques et attentes des internes en médecine vis-à-vis du PMSI. Ces résultats pourraient donc permettre de cibler des problématiques et d'y répondre via des programmes de formations ou des actions de sensibilisation, notamment à l'aide d'outils innovants.