RAPPORT D'ACTIVITÉ ATIH 2020

atih
AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

RAPPORT D'ACTIVITÉ ATIH 2020

L'ÉDITO

En 2020, les travaux de l'ATIH ont bien entendu été perturbés par la pandémie de Covid-19. La participation à la gestion de cette crise sanitaire en France est devenue une priorité pour l'agence.

En accompagnement de la cellule de crise du gouvernement, des ARS et des établissements de santé, l'agence a construit différents dispositifs pour documenter la pathologie de Covid-19, la décrire et la coder. Les données de l'activité des établissements ont été collectées, transmises et diffusées aux acteurs de la santé notamment aux chercheurs.

Pour assurer un niveau de recettes indépendant de l'activité des établissements, un mécanisme de garantie de financement a été conçu à la demande du ministère chargé de la santé.

L'agence est intervenue dans de nouveaux domaines en mettant à disposition ses systèmes d'information pour valoriser la campagne de tests et de vaccination et également pour gérer les stocks de vaccins et d'équipements de protection individuelle.

Nos travaux initialement prévus ont été assurés en s'adaptant aux contraintes de l'organisation du travail à distance des collaborateurs de l'agence et de nos partenaires.

Le calendrier de certains travaux a été ajusté. Ainsi les travaux sur le financement des urgences ont été effectués pour aboutir à l'application de ses réformes de manière progressive dès 2021.

Pour les soins de suite et de réadaptation (SSR), les travaux techniques notamment sur la classification ont été menés à terme. Toutefois la réforme est reportée en 2022 pour laisser aux établissements le temps de s'approprier les changements.

Sur la réforme du reste à charge des assurés, les travaux techniques sont terminés mais la mise en œuvre a été décalée.
Certains projets ont été reportés comme la simplification du recueil des données, le dispositif de remontée unifié et intégré des données des établissements de santé (Druides).
L'état d'urgence sanitaire demeure encore. L'agence continue à adapter son fonctionnement et transforme durablement ses méthodes de travail pour réaliser ses missions.
Compte tenu du contexte, l'organisation de l'agence évoluera. Ainsi le distanciel cohabitera, quand ce sera possible, avec le présentiel et nous associerons présence physique, connexion au bureau et télétravail. Ces modalités seront à combiner avec la plus grande souplesse tout en garantissant aux équipes les conditions de travail les meilleures.

Housseyni Holla,
Directeur général de l'ATIH

2 — ÉDITO

6 — L'ATIH UN PÔLE D'EXPERTISES MULTIPLES

12 — QUELQUES CHIFFRES CLÉS

16 — NOUVEAUX SUJETS LIÉES À LA COVID-19

24 — CONTRAT D'OBJECTIFS ET DE PERFORMANCE 2020-2022

25 — Modalités techniques de financement

36 — Développement d'indicateurs de qualité

38 — Gestion des outils de collecte et de restitution des données

42 — Amélioration de l'accès aux données de santé

44 — Place de l'agence dans le dispositif de santé

48 — LA PAROLE AUX ÉQUIPES

54 — GLOSSAIRE

L'ATIH UN PÔLE D'EXPERTISES MULTIPLES

L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fondée en 2000, est un établissement public de l'État à caractère administratif sous la tutelle des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le siège de l'agence se trouve à Lyon et une antenne est installée à Paris.

Les orientations stratégiques de l'agence sont fixées par un conseil d'administration, un comité d'orientation et un conseil scientifique.

Le président du conseil d'administration est nommé par les ministres en charge de la santé, des affaires sociales et de la sécurité sociale.

L'ATIH est chargée :

- de la collecte, l'hébergement, la restitution de l'activité médico-économique et des données des établissements de santé
- de la gestion technique des dispositifs de financement des établissements
- de la réalisation d'études sur les coûts des établissements sanitaires et médico-sociaux
- de l'élaboration et la maintenance des nomenclatures de santé
- des analyses, les études et les travaux de recherche sur les données de santé.

PUBLICS

SERVICES DE L'ÉTAT

Direction générale de l'offre de soins (DGOS),
Direction générale de la cohésion sociale (DGCS),
Direction générale des finances publiques (DGfip),
Direction de la sécurité sociale (DSS),
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees),
Inspection générale des affaires sociales (Igas),
Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales…

COUR DES COMPTES

ASSURANCE MALADIE

AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS)

FÉDÉRATIONS HOSPITALIÈRES

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

ORGANISMES NATIONAUX

Agence de la biomédecine (ABM),
Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé (Anap),
Centre national de gestion (CNG),
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA),
Haute autorité de santé (HAS),
Inca (Institut national de lutte contre le cancer)…

ENSEIGNANTS, CHERCHEURS

ENTREPRISES

Cabinets d'étude et de conseil, médias…

DIRECTION

- Communication externe
- Mission partenariats

SECRÉTARIAT GÉNÉRAL

- Qualité
- Affaires juridiques et marchés
- Budget, comptabilité, gestion
- Gestion des ressources humaines et communication interne
- Secrétariat

ÉTUDES NATIONALES DE COÛTS

- Sanitaires : MCO, HAD, SSR, psychiatrie
- Médico-sociales : Ehpad, PH, Ssiad/Spasad

ORGANISATION INTERNE DE L'AGENCE

ARCHITECTURE ET PRODUCTION INFORMATIQUES

- Système d'information web
- Systèmes de recueil de l'information médicale
- Logiciels des établissements de santé
- Système et réseau

CLASSIFICATIONS, INFORMATION MÉDICALE ET MODÈLES DE FINANCEMENT

- Information médicale
- Classifications et financement de l'activité médicale

FINANCEMENT ET ANALYSE ÉCONOMIQUE

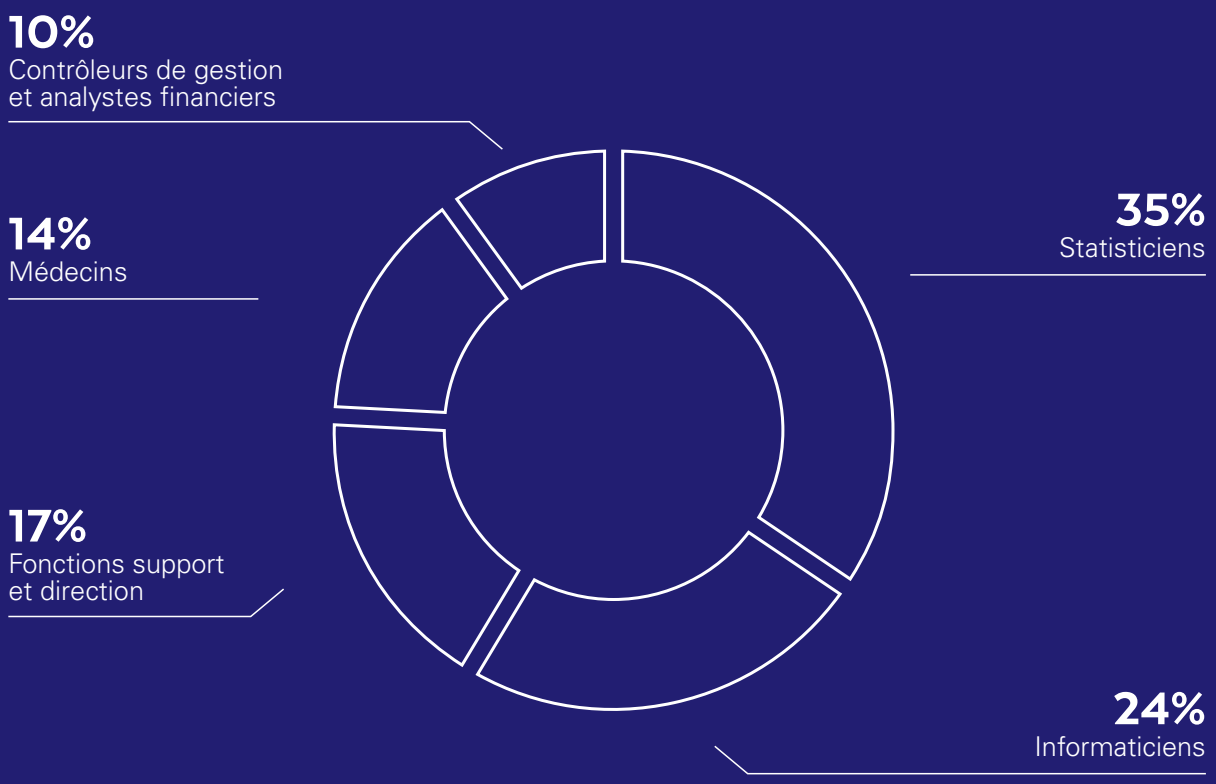
- Analyse de l'activité et de la qualité des soins
- Analyse des coûts des établissements de santé et des structures médico-sociales
- Analyse de la situation financière et de l'Ondam hospitalier
- Dispositifs de financements des établissements de santé : gestion et réformes

DEMANDES, ACCÈS, TRAITEMENTS, ANALYSES DES BASES DE DONNÉES

- Constitution et mise à disposition des données hospitalières
- Restitution des informations aux acteurs de la santé
- Gestion des accès aux données

ÉQUIPES

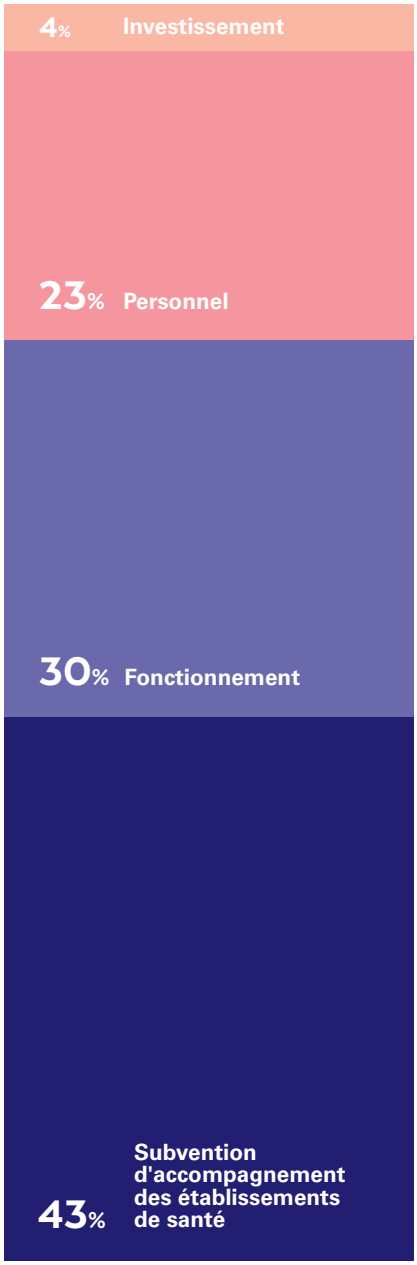
Au 31 décembre 2020, l'agence employait 121 collaborateurs : contractuels de droit public et fonctionnaires en situation de détachement ou de mise à disposition.



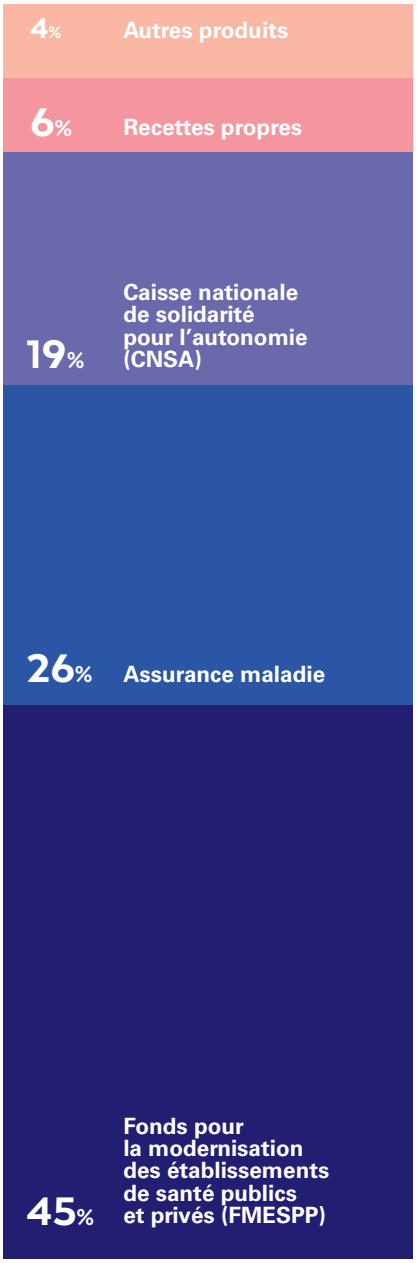
BUDGET 2020 DE L'AGENCE

Les charges de l'ATIH s'élèvent à 38 197 k€ et les produits à 38 185 k€.

RÉPARTITION DES CHARGES



RÉPARTITION DES PRODUITS



QUELQUES CHIFFRES CLÉS DE L'HOSPITALISATION

CHIFFRES CLÉS 2020 DE L'HOSPITALISATION

Données issues du PMSI 2020, arrondies au millier près.

11,6 M
patients pris en charge

272 000
patients Covid

2,3 %
de patients Covid

-9,9%
par rapport à 2019

69 ans
âge moyen des patients Covid

51 ans
âge moyen des patients

390 000
décès à l'hôpital

13 %
de décès de patients Covid

+7,6%
par rapport à 2019

Médecine, chirurgie, obstétrique MCO

11,1 M
de patients pris en charge

2,2 %
de patients Covid

-10,1%
par rapport à 2019

67 ans
âge moyen des patients Covid

50 ans
âge moyen des patients MCO

69,2 M
de journées d'hospitalisation (séjours hors séances)

4,4 %
de journées pour des patients Covid

-9,8%
par rapport à 2019

314 000
décès

13 %
de décès de patients Covid

+5%
par rapport à 2019

2,2 M
de nuitées en unité de réanimation

21,6 %
lors d'un séjour Covid

+12%
par rapport à 2019

Entre le 17 mars et le 11 mai 2020, les séjours Covid ont représenté :

7 % des patients en MCO
14 % des journées d'hospitalisation en MCO
31 % des décès en MCO
53 % des nuitées en réanimation

Soins de suite et de réadaptation SSR

872 000
patients pris en charge

5,4 %
de patients Covid

-14,8%
par rapport à 2019

79 ans
âge moyen des patients Covid

69 ans
âge moyen des patients

37 000
décès

11 %
de décès de patients Covid

+6,1%
par rapport à 2019

695 000
patients pris en charge à temps complet

7 %
de patients Covid

-13,4%
par rapport à 2019

29,6 M
de journées de prise en charge à temps complet

-9,6%
par rapport à 2019

215 000
patients pris en charge à temps partiel

-21,7%
par rapport à 2019

3,1 M
de journées de prise en charge à temps partiel

-32,7%
par rapport à 2019

Hospitalisation à domicile HAD

153 000
patients pris en charge

9,4 %
de patients Covid

+20,2%
par rapport à 2019

83 ans
âge moyen des patients Covid

68 ans
âge moyen des patients

38 000
décès

10 %
de décès de patients Covid

+38,8%
par rapport à 2019

6,6 M
de journées de prise en charge à temps complet

+11,1%
par rapport à 2019

Psychiatrie

389 000
patients pris en charge

0,5 %
de patients Covid

-7%
par rapport à 2019

43 ans
âge moyen des patients

302 000
patients pris en charge à temps complet

-8,4%
par rapport à 2019

17,5 M
de journées de prise en charge à temps complet

-5,1%
par rapport à 2019

Un séjour Covid correspond à un séjour avec un diagnostic Covid symptomatique.
Codes CIM-10 : U071, U0710, U0711, U0714, U0715

NOUVEAUX SUJETS LIÉS À LA COVID-19

Sans adaptation du système de financement, les établissements de santé se seraient retrouvés en difficulté avec une perte de recettes significative.

ADAPTER
les modalités de codage

L'ATIH a précisé les consignes de codage pour identifier l'activité induite par la Covid-19 :

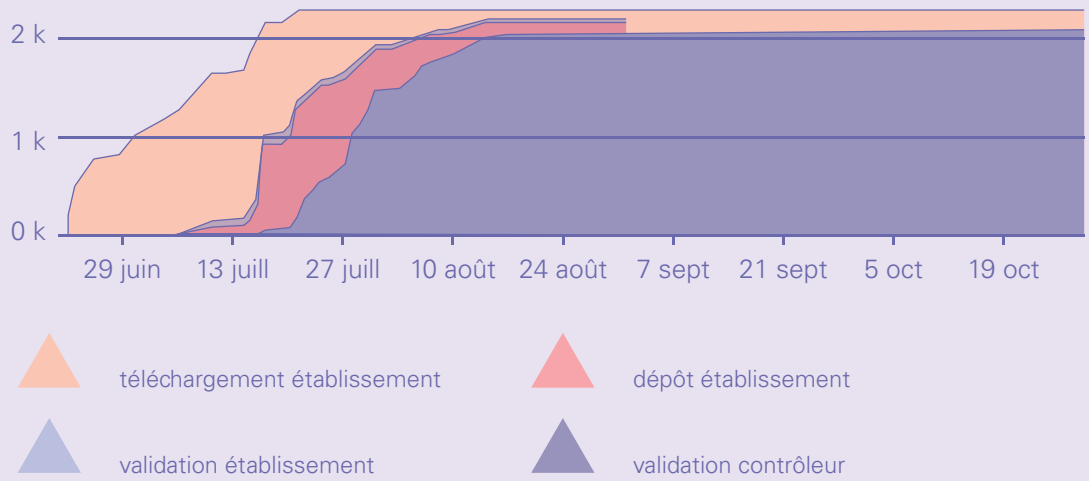
- des modalités spécifiques de codage pour les séjours relevant d'une infection au SARS-CoV-2 avec création de nouvelles extensions de codes CIM-10 sur la base des codes d'infection diffusés par l'OMS. Plus récemment, de nouveaux codes relatifs aux antécédents de COVID 19 notamment ont été établis
- des consignes de codage spécifiques ont été produites pour les hospitalisations de jour en SSR et psychiatrie en conséquence des modifications des modalités de prise en charge pour ces types d'activité pendant la crise sanitaire
- une adaptation des consignes de codage a été réalisée pour les établissements SSR amenés à recevoir des patients relevant du secteur MCO
- des consignes particulières ont été diffusées sur l'activité de réanimation, soins intensifs et surveillance continue.

Ces consignes de codage ont été définies lors d'échanges avec le ministère puis diffusées aux acteurs sous forme de documentation détaillée.

GARANTIR
le financement des établissements

L'ATIH a participé aux travaux de conception puis de mise en œuvre technique de la garantie de financement des établissements.
Le confinement a débuté le 17 mars 2020. Pendant ce confinement, les hôpitaux ont déprogrammé l'ensemble de leur activité de chirurgie pour faire face à l'afflux des patients.
La crise sanitaire a eu un impact majeur d'une part dans la transmission des données support pour établir les recettes (facturation, données médicales) et d'autre part par la déprogrammation des prises en charge. Sans adaptation du système de financement, les établissements de santé se seraient retrouvés en difficulté avec une perte de recettes significative. Le ministère de la santé a instauré un mécanisme de garantie de financement permettant ainsi d'assurer un niveau de recettes indépendant de celui de l'activité.
L'ATIH a contribué à la mise en place de ce mécanisme. En lien avec les ARS, elle a fourni les informations essentielles pour le calibrage des garanties de financement. Avec la Cnam, les formats des arrêtés de notifications ont été construits. Enfin, elle a intégré ce nouveau mécanisme dans le dispositif e-PMSI en créant des tableaux Ovalide spécifiques. D'autres tableaux ont été adaptés pour fournir de manière automatique les données servant aux régularisations prévues par l'arrêté.

Enquête flash budgétaire
activité journalière



RECUEILLIR
les impacts budgétaires

L'ATIH a participé aux groupes de travail pilotés par la DGOS afin de définir les modalités de recueil des surcoûts, l'agence a produit et mis en ligne la plateforme de recueil des données.
Les impacts budgétaires induits par la crise sur les équilibres financiers ont été objectivés par une enquête. Cette dernière a recensé les principaux impacts en charges et pertes de recettes éventuelles afin d'apprécier la distorsion de la structure budgétaire qu'ont connu les établissements. Elle a permis d'approcher de premiers ordres de grandeurs, différents selon la situation face à la crise qu'ont eu les hôpitaux et cliniques, d'en analyser les conséquences et de réfléchir sur les éventuels dispositifs de compensation à mettre en œuvre durant le deuxième semestre de l'année 2020.

La participation n'était pas obligatoire. Les établissements de santé de tout secteur des champs MCO, Psy, SSR, HAD étaient concernés. 2 212 établissements ont ainsi transmis des données sur une base d'environ 3 300 établissements.
La plateforme de recueil a été ouverte le 22 juin pour des transmissions principalement en juillet.

L'objectif était de suivre et anticiper les évolutions de l'épidémie de Covid-19, prévenir, diagnostiquer et traiter au mieux la pathologie et adapter l'organisation du système de santé pour combattre l'épidémie et en atténuer les impacts.

CRÉER
un circuit de transmission accélérée des données PMSI

La cellule nationale de crise a demandé à l'ATIH de concevoir un circuit de remontée accélérée et simplifiées du PMSI MCO dit « Fast track » afin que les chercheurs puissent réaliser des programmes de recherche spécifiques au sein du Health Data Hub (HDH). L'objectif était de suivre et d'anticiper les évolutions de l'épidémie de Covid, pour prévenir, diagnostiquer et traiter au mieux la pathologie et adapter l'organisation du système de santé afin de combattre l'épidémie et en atténuer les impacts.

Ce dispositif de transmission hebdomadaire des séjours Covid a débuté la semaine du 27 avril 2020. La demande a porté tout d'abord sur les seuls séjours pour SARS-CoV-2, puis sur l'ensemble des données PMSI MCO. La transmission a été hebdomadaire puis bimensuelle.

De nombreux échanges ont eu lieu avec la cellule de crise, la DGOS, la Cnam et les médecins Dim afin de créer le dispositif et l'adapter aux contraintes qu'il engendre. Il a été nécessaire de produire une nouvelle version des outils informatiques pour la transmission des données entre les établissements et l'ATIH.

Il a été demandé aux établissements de coder en priorité les séjours Covid puis ceux pour quatre activités ciblées (interruption volontaire de grossesse, cardiovasculaire, cancer, neurovasculaire) dans le cadre du suivi des déprogrammations d'activités à cause de l'épidémie.

Les données du PMSI-MCO Fast track ont été transmises à la Cnam pour un chaînage avec les données de soins de ville dans le Système national des données de santé (SNDS) et pour être intégrées au HDH pour des projets spécifiques. Ces données ont également été ajoutées sur la plateforme des données hospitalières de l'ATIH. Ces informations sont accessibles aux établissements, aux fédérations hospitalières, aux ARS, aux institutionnels (DGOS, Drees…) et aux organismes nationaux (HAS, SPF, Inca…).

L'état d'urgence est arrivé à son terme le 10 juillet dernier et avec lui le dispositif Fast track PMSI. Ces remontées, parallèles aux transmissions habituelles du PMSI, s'appuyaient sur des outils de transmission et un calendrier spécifique.

Un nouveau dispositif de remontée accélérée des données du PMSI, permis par l'arrêté du 21 juillet 2020 modifiant l'arrêté du 23 décembre 2016 du PMSI-MCO, a ensuite été instauré. Dorénavant l'ATIH est autorisée à accéder aux données des établissements envoyées par le canal mensuel et à les transmettre à la Cnam, en vue d'un appariement au SNDS, sans attendre la validation des ARS. De la même façon que pour le Fast track PMSI, ces données sont uniquement utilisées à des fins de veille et de vigilance sanitaires, ainsi que de recherche. Il s'agit d'une modification des dispositions de droit commun du PMSI, neutre du point de vue des établissements de santé. Elle va rendre les données mensuelles disponibles sur la plateforme de l'ATIH et au sein du SNDS entre quinze jours et un mois plus tôt qu'habituellement.

CONSTRUIRE
des indicateurs et suivre l'activité pendant la crise

Dans le cadre de la crise sanitaire, l'ATIH a été mobilisée par la DGOS pour analyser l'impact de la Covid-19 sur l'activité hospitalière. En réponse à cette demande, des indicateurs et des notes infra-annuelles ont été construits et produits régulièrement pour analyser l'activité hospitalière. Ils concernent les prises en charge des patients atteints de la Covid-19 mais également l'activité hors Covid-19, en particulier celle pour laquelle un report de la prise en charge peut entrainer une perte de chance pour le patient.

Analyse de l'activité hospitalière pour la prise en charge des patients atteints de la Covid-19

L'Agence a rédigé une note d'analyse des prises en charge des patients atteints de la Covid-19. Cette analyse identifie notamment différentes caractéristiques des patients telles que les caractéristiques démographiques, les caractéristiques des séjours, les différents diagnostics codés au cours de séjour. Des éléments concernent également les lieux de prise en charge.

Analyse globale de l'activité hospitalière 2020

Concernant l'activité hospitalière globale 2020, l'ATIH a produit des notes d'analyse infra-annuelle de l'activité hospitalière 2020 afin d'estimer la déformation de la structure d'activité : observer la baisse d'activité lors de la première vague, la reprise d'activité, mesurer l'évolution des caractéristiques patients selon les périodes (avant-pendant-après le confinement). Ces notes ont été produites pour les champs MCO et HAD.

Analyse de l'activité hospitalière pour des pathologies ciblées

À la demande de la DGOS, des travaux ont été entrepris en lien avec des médecins DIM, les fédérations hospitalières et les ARS pour cibler des pathologies pour lesquelles un risque de perte de chance existe du fait d'un report des soins dans le champ MCO. Ainsi, quatre activités ont été ciblées (interruptions de grossesse, cancérologie, activités de neurovasculaire et de cardiovasculaire) et des indicateurs spécifiques ont été élaborés et produits à partir du PMSI MCO pour leur suivi. Ces indicateurs ont été analysés dans le cadre de notes spécifiques, accompagnées de tableaux de bord, mises à la disposition de la DGOS. Les analyses ont porté sur la comparaison de l'activité pour l'année 2020 par rapport à l'année 2019, en volume et en évolution au cours de l'année.

Les données, sur les hospitalisations pour Covid, sont actualisées mensuellement à partir des transmissions accélérées établissements.

RESTITUER
les données du circuit de transmission accélérée

Les données des séjours, remontées rapidement dans le cadre du Fast track PMSI, puis des transmissions accélérées établissements, ont été mises en ligne sur la plateforme des données hospitalières développée par l'ATIH depuis le 18 mai, avec une actualisation fréquente. Ce dispositif, limité au départ aux séjours liés à la Covid a ensuite été étendu à l'ensemble des séjours MCO, avec une publication sur la plateforme des données hospitalières à une fréquence bimensuelle puis mensuelle.
Un tableau de bord synthétique, sous format Excel, présentant les données a été diffusé par l'ATIH. Actualisé mensuellement, il a été élaboré et adapté pour répondre aux attentes des différents acteurs. En parallèle, des tableaux Ovalide spécifiques sur l'activité des établissements en lien avec la COVID 19 sont produits à destination des établissements.
Enfin, un outil de restitution interactif, développé en RShiny, a été réalisé en octobre, il reprend les principaux indicateurs du tableau de bord initial qu'il a remplacé, en vue d'une diffusion à l'ensemble des acteurs (établissements de santé, fédérations hospitalières, ARS, DGOS, Drees). Les données, sur les hospitalisations pour COVID 19, sont actualisées mensuellement à partir des transmissions accélérées établissements.

RÉALISER
un recueil des tests de positivité au Covid

Un recueil Fichsup des prestations inhérentes au diagnostic du SARS-CoV-2 par tests RT-PCR a été établi pour les établissements ex-DG de tous les champs. Il est le support du financement de ces prestations, mis en place à partir de mars 2020, en plusieurs étapes et de manière différée selon les régions.
Un second recueil Fichsup a été mis en place à compter de M12 2020 pour recueillir les informations relatives aux prestations inhérentes aux tests de diagnostic rapides du SARS-CoV-2.

CRÉER
une plateforme de suivi des stocks de médicaments et dispositifs médicaux

À la demande des tutelles, l'ATIH a élaboré une plateforme appelée « e-Dispostock », en remplacement d'une solution payante préexistante, afin de suivre le stock des médicaments des établissements de santé. Cette application est à destination des pharmaciens des pharmacies à usage intérieur (PUI), qui renseignent une à deux fois par semaine l'état des stocks sur certains médicaments stratégiques. Le remplacement de l'application payante en usage pendant les premiers mois de l'année a été réalisé en octobre 2020. Le déploiement de l'application e-Dispostock s'est fait progressivement à partir du mois de novembre selon un schéma régional.
À la demande du ministère, une extension du périmètre a été faite pour intégrer les Ehpad avec PUI.

Une première demande d'évolution a été réalisée pour ajouter à la liste des médicaments le suivi des vaccins anti-grippaux dans les Ehpad avec PUI. Cette évolution a été déployée le 16 décembre.
Une deuxième évolution concerne le suivi des stocks et des besoins des Ehpad avec PUI dans le cadre de la vaccination anti-Covid. Ce module sera finalisé début 2021.

PROPOSER
des outils d'authentification d'accès à une plateforme de commandes d'équipements de protection individuels

À la demande des tutelles, l'ATIH a proposé ses outils d'authentification (Pasrel/Plage) pour l'utilisation de la plateforme Distrilog, gérée par un consortium (La Poste, UniHA et RESAH) et utilisée pour la passation des commandes d'équipements de protection individuels (EPI).
Cette demande a nécessité d'élargir le périmètre de Pasrel/Plage à certaines catégories d'établissements sociaux, non intégrés dans le tableau de bord des ESMS.
Le système Pasrel/Plage est également utilisé pour la plateforme EPI-Stock développée par la Drees pour suivre les stocks d'EPI.

COMMUNIQUER
de façon différente avec les acteurs

Afin de maintenir le lien avec ses utilisateurs et transmettre différentes informations, l'agence a organisé plusieurs grandes réunions en visio conférence.

Début novembre, l'agence a proposé une session d'informations sur les nouveautés PMSI 2021. L'objectif était de présenter les évolutions pour tous les champs d'activité (MCO, HAD, SSR, Psychiatrie), en amont de la publication de la notice technique, afin que les établissements puissent anticiper leur mise en application.
1 140 personnes ont participé en ligne.

Mi-novembre et début décembre, la présentation des nouveautés de la classification SSR « Premiers pas pour la comprendre » s'est aussi déroulée en ligne. Deux sessions ont réuni au total 1 172 participants.

Le public est principalement composé de médecins ou techniciens de l'information médicale, contrôleurs de gestion, de personnel informatique, du bureau des admissions, de la direction et de cadres de santé. Des membres des fédérations hospitalières, des représentants des ARS et du ministère sont également présents.

Globalement les participants sont satisfaits des conférences en ligne et apprécient particulièrement de pouvoir conserver un lien avec l'agence. Ce nouveau format est pratique et souple, avec le « chat » les participants peuvent poser des questions et obtenir une réponse partagée par tous.
Le format en visio a l'avantage de rassembler plus de monde sans limite de place ainsi plusieurs personnes d'une même structure peuvent y assister. Cela évite également les déplacements.
En dépit de quelques problèmes de connexion ou de bande passante, les webinaires fonctionnent bien. L'interaction entre les intervenants et les participants manquent tout de même.
À terme, les deux formats pourraient cohabiter en fonction des types de réunions, des choix des participants et des besoins des équipes de l'agence.

CONTRAT D'OBJECTIFS ET DE PERFORMANCE 2020-2022

MODALITÉS TECHNIQUES DE FINANCEMENT

1. Participer à la conception et la mise en œuvre de la réforme des financements

Les travaux de l'ATIH sur la réforme du financement s'inscrivent dans les recommandations du Ségur de la santé, notamment ceux des secteurs de la psychiatrie, des urgences, de la médecine et des soins critiques ainsi que ceux sur le ticket modérateur. D'autres travaux démarrés depuis plusieurs années doivent être conduits de manière accélérée : les réformes du financement du secteur SSR et de l'HAD, ainsi que des activités liées aux pathologies chroniques et de la prise en compte de la qualité dans le financement des activités de soins.

Contribuer à la conception des paiements combinés

Les forfaits de suivi du patient (pathologies chroniques)

L'ATIH a poursuivi les travaux concernant le forfait « maladie rénale chronique ». Un suivi régulier des remontées d'information 2019 a été fait, avec relance des établissements pour transmettre des informations dans les délais attendus par le ministère, mais plusieurs fois reportés, en raison des difficultés des établissements, induites notamment par la crise sanitaire. Un nouvel outil de recueil a été mis à disposition des établissements par l'agence à la fin de l'été, dans l'attente d'un outil plus adapté, à produire par les éditeurs de logiciel, sur la base d'un cahier des charges, que l'agence proposera à l'issue d'une prestation gérée en début d'année 2021. Les modalités de financement prévues pour 2020 pourraient être revues au vu de certaines difficultés d'application sur le terrain. L'ATIH participera aux travaux techniques pour élaborer le financement à la qualité dans les années à venir (construction des indicateurs qualité à partir des variables du recueil, modulations du forfait en fonction du résultat de ces indicateurs).

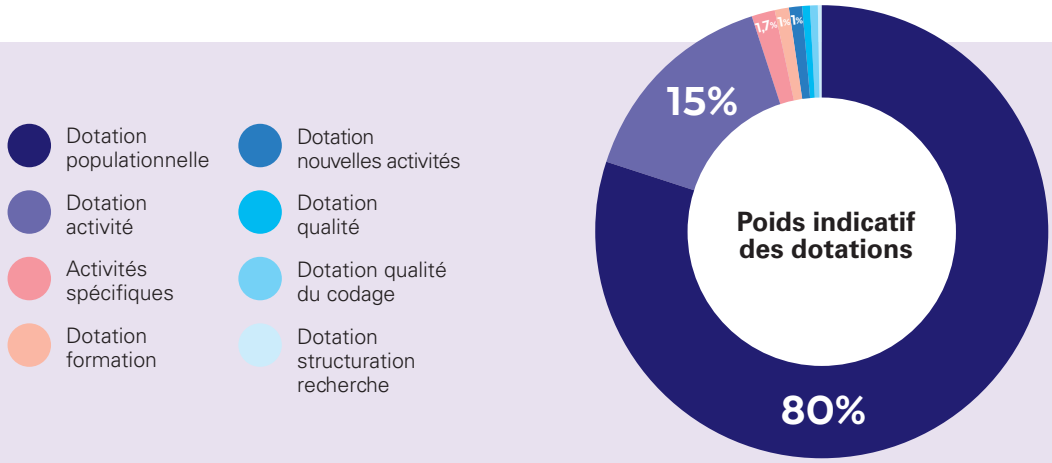
Le financement à la qualité (Ifaq)

Compte tenu du contexte sanitaire, l'enveloppe Ifaq allouée (400 M€) n'a pas été répartie en fonction de la mise à jour des indicateurs. 200 M€ correspondaient à la dotation 2019 et les 200 M€ supplémentaires ont été répartis au prorata du volume économique de l'activité de chaque établissement.

Un nouveau modèle de financement de la psychiatrie

Les travaux techniques sur le nouveau modèle de financement de la psychiatrie ont été réalisés en 2020 par l'ATIH en vue de la mise en œuvre prévue en 2022 par le ministère en charge de la santé.

Le financement de la psychiatrie s'articulerait autour de différentes dotations.



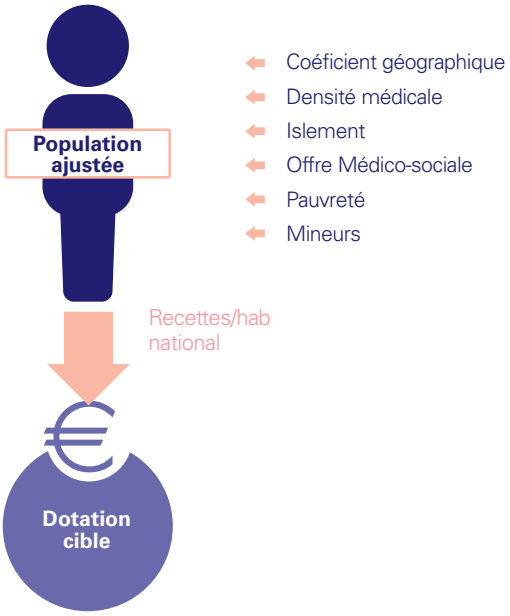
L'agence a notamment travaillé sur la modélisation de la dotation populationnelle et de la file active.

- Dotation populationnelle

Cette dotation repose sur l'attribution de la recette moyenne nationale par habitant à la population de la région ajustée sur des critères populationnels. Les critères ont été fixés après discussions avec les groupes de travail animés par la task force financement : la densité médicale, l'isolement, l'offre médico-sociale, la pauvreté et la part de mineurs dans la population de la région.

- Dotation à l'activité ou à la file active

La file active pondérée sera utilisée comme clé de ventilation de la dotation. Les modalités de pondération, fixées par arrêté, sont spécifiques à chaque mode de prise en charge (temps complets, temps partiels, ambulatoire).

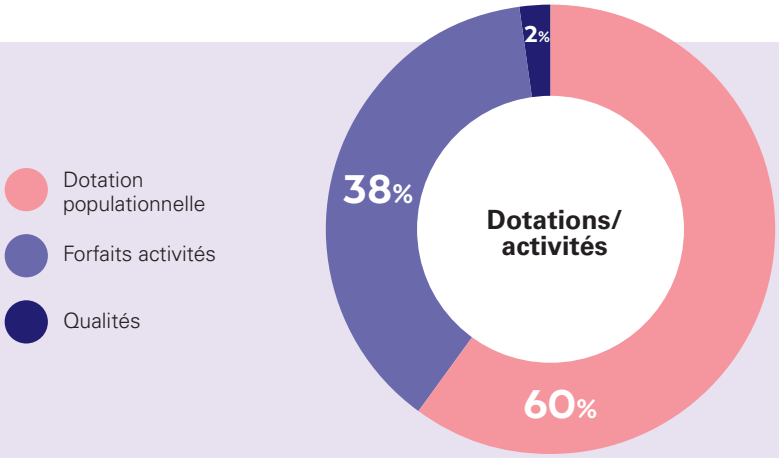


L'ATIH a réalisé les simulations de ce nouveau modèle et a participé à la construction du cadre juridique.
Pour le modèle ambulatoire, l'agence a proposé les principes de la construction d'une première typologie de prises en charge, basée sur la fréquence des contacts avec les professionnels, et intégrant l'intensité et les prises en charge en dehors des lieux de soins de l'établissement.
L'agence a également accompagné la réflexion pour l'élaboration d'indicateurs de qualité des prises en charge en psychiatrie issues des bases médico économiques et d'indicateurs sur la qualité du codage, autres compartiments de la réforme.

Nouveau modèle de financement des urgences

L'ATIH a conduit des travaux d'analyse sur les facteurs explicatifs de la durée de passage aux urgences (sur la base des relevés des passages aux urgences), et sur les marqueurs de la consommation de soins à partir des données de facturation du PMSI afin de définir les nouveaux forfaits.
L'agence a également contribué à faire évoluer les modalités de financement du reste à charge patient via la création d'un forfait unique.
L'ATIH a également suivi les travaux sur la dotation populationnelle.
Le modèle de financement des urgences est construit sur une logique mixte : dotation /activité.

La dotation populationnelle est construite sur un modèle de rattrapage qui vise à faire converger les financements régionaux vers une dotation modélisée et fondée sur un taux de recours aux urgences déterminé par département en fonction de critères populationnels et de caractéristiques du territoire.
Les forfaits activités dépendront des caractéristiques des patients tels que l'âge et seront affinés ultérieurement.



Poursuivre les travaux techniques sur les modèles de financement

La réforme du financement des activités de SSR

Après avoir été interrompus pendant la première vague de la crise sanitaire, les travaux en lien avec la réforme du financement des établissements de santé SSR ont repris à partir du mois de juin, marqués par l'organisation par la DGOS, d'un comité de pilotage avec les fédérations hospitalières. Au début de l'automne, ces travaux avaient conduit à avancer sur le modèle de financement, et sur les modalités de mise en œuvre de la réforme à compter de 2021, intégrant pour cette année, un dispositif de sécurisation des recettes des établissements, avant l'atteinte du modèle cible en 2022.

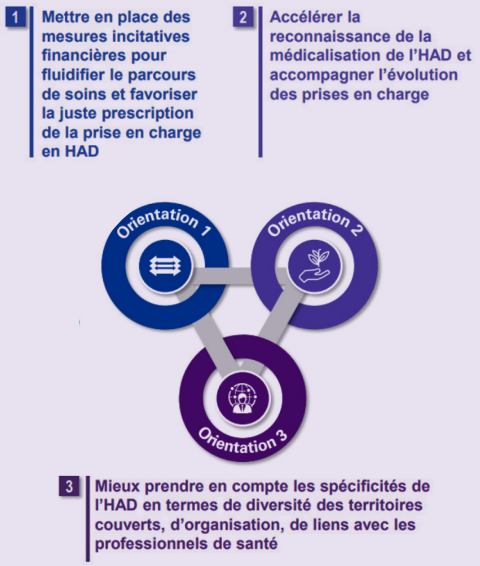
La survenue de la 2e vague de la crise sanitaire, le Ministère a décidé de reporter certaines réformes en cours, dont la réforme du SSR. Décaler en 2022 la mise en œuvre de cette réforme interroge sur les outils à privilégier pendant l'année 2021, dont notamment l'outil de description de l'activité médicale (classification GME). La décision de conserver pour 2021 la même version de classification qu'en 2020 a finalement été prise, tout en décidant de tester à titre expérimental la nouvelle version de classification en 2021, selon des modalités à définir. Cette décision a été assortie du maintien des paramètres du modèle dont la part de la dotation modulée à l'activité (DMA) maintenue à 10%.

La réforme du financement de l'HAD

Une étude a été initiée sur l'évolution du modèle de financement des établissements HAD. En raison de la crise sanitaire, elle n'a pu reprendre qu'en septembre 2020.

Le prestataire a ainsi complété la première phase de diagnostic élaboré début 2020 des enseignements de la crise. Les résultats de cette phase de diagnostic construite sur la base d'entretiens avec les acteurs du secteur de l'hospitalisation à domicile mais également en étudiant les spécificités et expériences étrangères ont été présentés lors du comité de pilotage d'octobre 2020.

De cet état des lieux, l'agence KPMG a proposé trois orientations.



Pour chacune de ces orientations, des objectifs ont été établis et des recommandations associées. L'étude est maintenant entrée dans la phase de co-construction avec les acteurs. Chacune des recommandations sera discutée en atelier pour stabiliser les objectifs rationnels (les résultats escomptés) et sa mise en œuvre opérationnelle (qui, où, quand et comment). Ces ateliers permettront en outre d'esquisser une proposition d'architecture du modèle en déclinaison des recommandations relatives au modèle de financement.

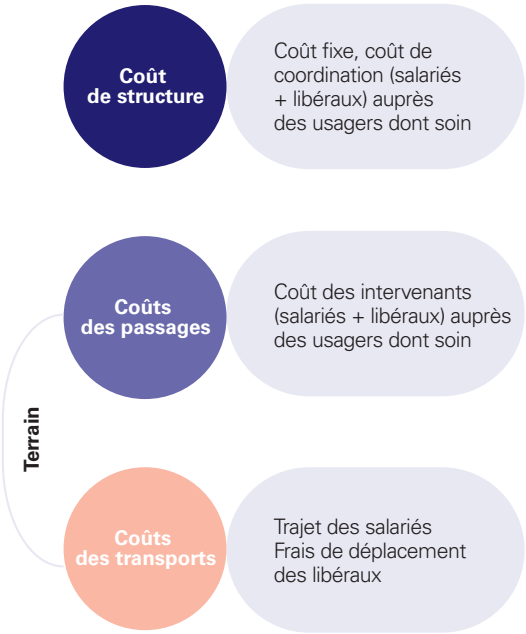
Contribuer à la réforme du reste à charge

L'ATIH a réalisé des travaux techniques en vue de la réforme du ticket modérateur pour le secteur MCO comme la finalisation d'une première version des échelles nationales de tarifs journaliers de prestation.
L'agence a aussi réalisé des études d'impact sur la mise en application de ces valeurs nationales. Ces travaux devront être repris avec les acteurs en 2021 pour finaliser les principes de l'échelle (intégration ou non d'une composante médicalisée) et ses modalités d'application à partir de 2022.

Contribuer à la réforme du financement sur le secteur médico-social

L'ATIH a effectué des traitements sur les données de coûts collectées dans le secteur du handicap et dans celui des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad). Pour le secteur du handicap, ces travaux ont permis d'alimenter les réflexions menées par Serafin-PH avec les acteurs. Pour les Ssiad, les traitements devraient conduire à identifier une première liste de facteurs explicatifs de la variabilité des coûts.
En vue de recueillir en 2021 des données caractérisant les usagers, sur l'ensemble des Ssiad et Spasad volontaires, pour poursuivre les travaux exploratoires sur l'élaboration d'un nouveau modèle de financement, l'ATIH a réalisé en 2020 le cadrage de ces travaux, le dépôt de l'autorisation Cnil, la définition des données à collecter et la construction des outils de recueil. Ces travaux sont conduits dans le cadre du groupe de travail inter-administrations regroupant l'ATIH, la DGCS, la CNSA et la Cnam. En parallèle, des travaux ont été menés pour étudier les variables explicatives de la variabilité des coûts.

Ces analyses ont porté sur les trois composantes du coût



S'agissant des passages, l'étude a montré la capacité à trouver des modèles statistiquement corrects et a enrichi les données à recueillir. Les coûts de structure sont plus complexes à modéliser et les analyses doivent se poursuivre sur les transports.
Courant 2021, les grands principes du modèle de financement seront définis et pourront ensuite être testés en fonction des données recueillies au premier semestre.

Intégration de nouvelles thématiques de travail, dans le cadre du Ségur de la Santé

Des premiers travaux exploratoires ont été réalisés en fonction des orientations des tutelles sur :
- le modèle de financement des activités de médecine : mise en place d'une dotation en 2021 dans le cadre d'un droit d'option et travaux sur l'expérimentation d'une dotation populationnelle en vue du modèle cible de financement de cette activité
- le modèle de financement des soins critiques : premières réflexions méthodologiques.

2. Mettre en place les dispositifs techniques de financements innovants

Poursuivre les travaux réalisés dans le cadre de l'expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales (EDS)

La crise sanitaire liée à la Covid-19 a impacté le calendrier prévu pour l'expérimentation d'un financement à l'épisode de soins. La phase d'apprentissage a été prolongée pour les trois prises en charge chirurgicales, la prothèse de hanche, la prothèse de genou et la colectomie pour cancer. Ainsi, les travaux d'ajustement du modèle initialement prévus à la suite des retours d'expérience et l'intégration de la qualité dans le modèle de financement ont été reportés à 2021.
L'ATIH a tout de même mené des travaux sur l'ajustement du modèle de financement, à savoir l'affinement du modulateur « Récupération améliorée après chirurgie », la prise en compte du coefficient géographique et la possibilité d'extension du périmètre de l'expérimentation concernant la colectomie pour cancer aux séjours de Résections rectales (racine de GHM 06C03-Résections rectales) ont été réalisés et présentés aux acteurs. De plus, une révision et une validation des listes des codes actes et diagnostiques utilisées dans le modèle de prédiction des parcours de soins et pour le financement ont été réalisées avec les experts DIM des établissements participant au projet. Enfin, les réflexions sur le développement des indicateurs qualité envisagés pour le suivi de l'expérimentation et le modèle de financement ont continués.

Accompagner les travaux réalisés dans le cadre des expérimentations d'une incitation à une prise en charge partagée (IPEP) et d'un paiement en équipe de professionnels de santé (PEPS)

Les travaux sur les ajustements des indicateurs qualité et leur prise en compte dans les modèles IPEP et PEPS se sont poursuivis en 2020. Les ajustements ont été réalisés, et la méthodologie pour déterminer les cibles a été définie. Une actualisation a été réalisée à partir des données d'activité 2019.

Élaborer les travaux techniques nécessaires aux diverses expérimentations réalisées dans le cadre de l'article 51

Les travaux démarrés sur la radiothérapie (présentation par la DGOS des forfaits calculés par l'ATIH en janvier 2020) ont été interrompus à la suite de la crise sanitaire. L'ATIH reprendra les travaux en fonction des orientations à venir des tutelles qui s'orientent vers un report de la mise en œuvre en 2022.
L'expérimentation article 51 porte également sur les médicaments anticancéreux. Pour les 5 établissements participants, un fichier FICHCOMP est mis en place pour les déclarations de spécialités pharmaceutiques anticancéreuses intra-GHS ainsi qu'un fichier DATEXP contenant des informations sur le traitement et son suivi.

3. Adapter les outils techniques de financement, de gestion et de connaissance de l'hôpital et du secteur médico-social

Mesurer les coûts hospitaliers et médico-sociaux

L'ATIH a poursuivi la réalisation des études et enquêtes basées sur la mesure des coûts des secteurs sanitaire et médico-social en affinant la méthodologie : précision de la définition et du périmètre des unités d'œuvre, poursuite de l'expérimentation de la mesure de l'intensité des soins (Siips), révision de l'arbre analytique…

L'agence a commencé à adapter ses outils de recueil afin de limiter le temps de saisie de la part des structures participant à ses travaux.

Elle a étendu le périmètre de l'ENC et du RTC aux consultations et soins externes, afin de répondre aux sollicitations de la Cour des comptes et de s'adapter aux évolutions des modèles de financement. Grâce à la contribution d'établissements volontaires, des consignes ont été rédigés et seront complétées en 2021.

Compte tenu du contexte, l'ensemble des travaux envisagés sur les unités d'œuvre n'a pas été réalisé. Les unités d'œuvre de bloc opératoire ou de réadaptation / rééducation en MCO ont été ajustés. D'autres thématiques comme la biologie, l'imagerie ou les explorations fonctionnelles ont dû être reportés en 2021.

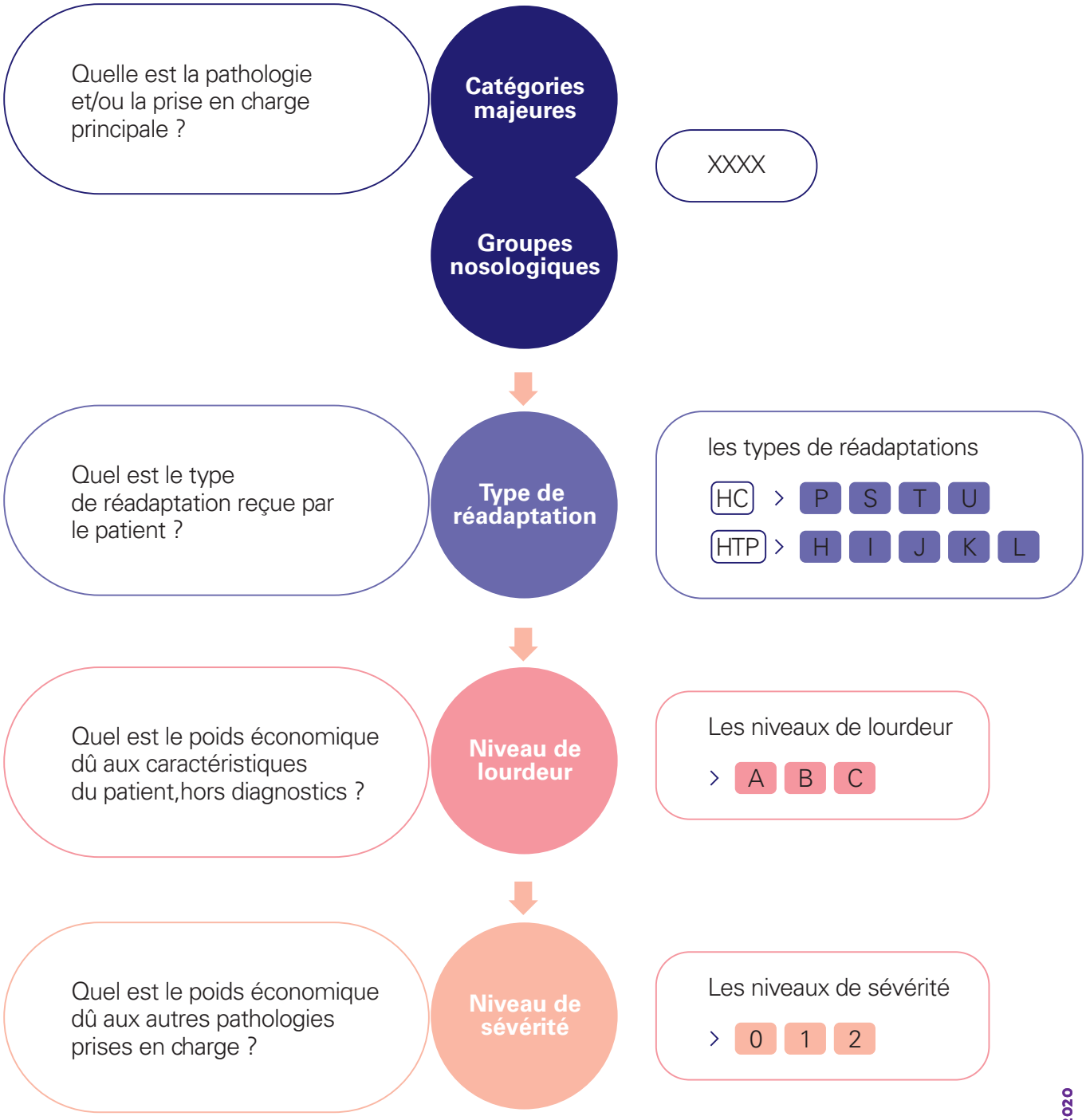
Les conditions calendaires et financières de réalisation des ENC ont été revues et assouplies en raison de la crise sanitaire. Des consignes méthodologiques spécifiques dans le cadre de la crise sanitaire ont également été élaborées.

L'agence a par ailleurs lancé un projet de réalisation d'un guide de bonnes pratiques à destination des établissements de santé sur l'utilisation des données des ENC et du RTC.

Classer l'activité médicale pour l'analyser et la financer

L'ATIH a produit une nouvelle version de classification SSR, discriminant intensité de réadaptation, lourdeur et sévérité des patients. La construction de cette nouvelle version avait débuté en 2019, dans un cadre de co-construction avec les fédérations hospitalières, en réponse à leurs attentes en termes de description de leur activité. À partir de mars, la crise sanitaire a empêché de rencontrer les fédérations régulièrement, mais les travaux ont été poursuivis, jusqu'à pouvoir présenter une version déployée sur l'ensemble des catégories majeures de la classification, dès la fin juin. La période d'été a permis d'ajuster l'outil, et de mener des réunions bilatérales avec chacune des 7 fédérations concernées, afin de recueillir leur avis sur ce nouvel outil. Une synthèse des avis a été faite lors du comité technique d'octobre, donnant à la DGOS tous les éléments nécessaires pour décider de l'utilisation ou non de l'outil en 2021. La réforme du financement des établissements SSR a été reportée en 2022 toutefois la classification sera expérimentée en 2021.

Projet de classification SSR



Les travaux sur la classification HAD ont été interrompus durant la crise. Les travaux de segmentation « médicale » (utilisant les diagnostics) de la nature de séjour ont repris depuis l'été avec des groupes d'experts. Parallèlement, l'ATIH continue de mener des travaux sur les autres niveaux de segmentation de la classification (lourdeur et sévérité). Ces niveaux intégreront des diagnostics, l'âge, des facteurs socio environnementaux et les dépendances. Un travail de clarification des définitions des natures de séjours a été mené.

Concernant la description de l'activité médicale en psychiatrie, les travaux, influencés par le contexte, ont porté sur l'évolution des prises en charge, la prise en compte de la télémédecine et des hôpitaux de jour à distance.
L'année 2020 a vu la mise en œuvre du recueil du numéro d'assurance maladie dans les structures ambulatoires dont les Centre médico-psychologiques. Ce recueil permettra le chainage des activités de ces structures aux données du SNDS.
En 2020, le recueil des mesures d'isolement et de contention a été enrichi par des nouvelles variables pour préciser le motif, les profils diagnostics et si le patient est connu ou non par les professionnels ayant appliqué ces mesures.
Pour rendre compte des organisations des établissements psychiatriques pour faire face à la crise sanitaire, le Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P) a été adapté en urgence puis conforté dans un deuxième temps par une évolution plus pérenne. Le résumé d'activité ambulatoire va ainsi intégrer une nouvelle variable pour décrire la modalité de réalisation des actes ambulatoires : en présentiel ou à distance. Cette évolution permet de repérer les actes de télémédecine.
La description des activités à temps partiel (essentiellement des hôpitaux de jour), réalisées par les établissements de psychiatrie publics et privés, a été enrichie d'une liste de prestations. Cette liste précise les types de prise en charge (individuel ou en groupe) ainsi que leur modalité de réalisation, en présentiel ou à distance.
Afin de décrire au mieux les facteurs socio-environnementaux rencontrés par les patients et susceptibles d'avoir un impact sur leur prise en charge, l'ATIH a initié des travaux. Dans le champ SSR, ils s'inscrivent dans l'axe de travail sur les données actuellement manquantes dans le PMSI. Ces travaux ont mis en évidence la possibilité de repérer dans le PMSI certains facteurs socio-environnementaux via des codes CIM10, et la nécessité d'apporter des précisions de codage dans le guide méthodologique. Les travaux sur la description des facteurs socio-environnementaux se poursuivent. Ils pourront amener à revoir la notion de précarité présentée dans le guide méthodologique.

Déterminer les tarifs et l'allocation des ressources

La campagne 2020 a été marquée par :
- la mise en place de la gradation des prises en charge ambulatoires en établissement de santé
- l'élargissement du périmètre de la mesure de soutien à la pratique de la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC)
- l'affinement des suppléments transports à la distance.

S'agissant des prises en charge ambulatoires, l'instruction « Gradation » clarifie les critères de facturation entre l'activité externe et l'activité d'hospitalisation de jour. Pour les hôpitaux de jour de médecine, ce nouveau corpus caractérise la mobilisation de moyens mise en œuvre pour la prise en charge du patient à travers le nombre d'interventions réalisées tout en tenant compte de la fragilité du patient ou de son terrain à risque ainsi que les spécificités de certaines prises en charge qui peuvent requérir un temps de surveillance prolongé ou le recours à un environnement spécifique. Ces évolutions se traduisent notamment par la création d'un niveau intermédiaire de prise en charge facturé par un groupe homogène de séjours (GHS) dédié. Les tarifs associés à ces GHS sont regroupés par « classe » pour assurer une meilleure lisibilité au dispositif qui conduit ainsi à ne fixer que quelques valeurs différentes pour ces prises en charge.

En 2019, une mesure de soutien au développement de l'activité RAAC a été instaurée afin de conserver

la valeur du tarif du séjour qui correspond à son niveau de sévérité, quelle que soit sa durée. Lors de la campagne 2020, deux racines de groupe homogène de malades (GHM) viennent s'ajouter aux 17 racines de GHM concernées par cette mesure en 2019 :

- 04C02 : Interventions majeures sur le thorax
- 08C22 : Interventions pour reprise de prothèses articulaire

La campagne 2020 est également marquée par la poursuite de l'application de la réforme du financement des transports inter-établissements (article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2017). Pour mémoire, l'article 80 de la LFSS pour 2017 prévoit de confier aux seuls établissements de santé la responsabilité du financement des dépenses de transports inter et intra établissements, et depuis le 1er octobre 2018. Cette modification a abouti à la création de suppléments spécifiques. La principale évolution pour la campagne 2020 concerne l'affinement de ces suppléments en fonction la distance kilométrique. Ainsi la valeur des suppléments est à la fois fonction du type de transfert (définitif et provisoire pour réalisation d'une séance) et de la distance en km.

Enfin, la modulation tarifaire initiée depuis plusieurs années a continué pour :

- soutenir le développement de l'ambulatoire
- revaloriser les tarifs de certains GHM d'obstétrique
- poursuivre la politique tarifaire d'incitation au développement des prises en charge de dialyse hors centre.

Renforcer la connaissance, le suivi et le pilotage de l'activité et de la dépense hospitalière

Dans le cadre de la veille sur les phénomènes émergents, la priorité a porté sur l'évolution de l'activité hospitalière en lien avec la crise sanitaire et la surveillance de la prise en charge d'activités ciblées. En novembre, l'ATIH a participé à l'évènement « online » international de l'association « internationale sur les systèmes de classification de patients » PCSI (*Patient classification system international*). Trois thématiques en lien avec les travaux menés par l'agence en lien avec la crise sanitaire ont été présentées :

- les recueils innovants des données PMSI et les consignes de codage de la Covid-19 mis en œuvre pour le suivi de l'activité hospitalière dans le cadre de la Covid-19.

Data collect and coding innovation in France at the time of Covid-19 pandemic

- les analyses de l'activité hospitalières réalisées en lien avec la Covid-19.

How to estimate the impact on hospital care of the COVID-19 pandemic in France ?

- la garantie de financement des établissements de santé mise en œuvre en 2020 et l'étude nationale menée pour estimer les coûts engendrés par la prise en charge de la Covid-19 pour les établissements.

How to fund french hospitals during the Covid-19 pandemic ? Implementation of a funding guarantee and evaluation of the additional coronavirus costs

Les présentations sont publiées en ligne sur le site de PCSI.

DÉVELOPPEMENT D'INDICATEURS DE QUALITÉ

1. Contribuer à l'extension de la mesure de la satisfaction et à l'expérience des patients / résidents sur le champ sanitaire et le champ médico-social

L'ATIH a continué les travaux de maintenance des indicateurs de qualité (Qualhas).
En 2020, l'ATIH a réalisé le recueil pour la phase pilote puis la phase de généralisation, ainsi que le calcul des indicateurs e-Satis concernant le champ SSR.

Elle a également suivi les travaux sur la mesure de l'expérience « patient » pilotés par la DGOS dans le cadre des expérimentations nationales en lien avec l'article 51 de la LFSS pour 2018 (Article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale).

2. Développer l'exploitation des données pour contribuer au développement d'indicateurs de qualité de parcours

Ainsi, en 2020, des travaux ont été conduits :
- en lien avec la HAS, dans le cadre de la qualité des parcours de soins sur 4 pathologies : obésité, maladie coronarienne stable, insuffisance rénale chronique, bronchopneumopathie
- en lien avec la HAS, concernant un indicateur sur la mortalité post-infarctus du myocarde à 30 jours,
- dans le cadre de la réforme du financement de la psychiatrie, le développement de 2 indicateurs : pourcentage de réhospitalisations en psychiatrie après passage aux urgences MCO ; pourcentage de patients sortis d'hospitalisation avec un rendez-vous auprès d'un professionnel de santé dans les X jours suivant la sortie.
- dans le cadre d'Ipep / Peps : taux de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation, part des admissions directes en hospitalisation de médecine, part des hospitalisations en médecine et psychiatrie avec une consultation (médecin ou infirmier) dans le mois suivant la sortie.

L'ATIH contribue également à la conception, au calcul et à la diffusion d'indicateurs d'alerte sur les pratiques professionnelles, en lien avec la HAS et la DGOS.

3. Développer les études de conception et de construction d'indicateurs qualité destinés au financement

Un appel à manifestation d'intérêt a été lancé sur ce sujet et quatre équipes de recherche ont été sélectionnées par le Conseil scientifique de l'ATIH. À l'issue, quatre projets ont été retenus :

1. développement d'une plateforme informatique de recueil Prems/Proms dans les établissements français de psychiatrie : « Patient Experience Data Hub en Psychiatrie »
2. création d'un indicateur de Réhospitalisation potentiellement évitable et grave (RHPEG)
3. développement et validation d'un indicateur de mesure de la qualité de vie au travail (QVT) dans les établissements de santé
4. conception et validation d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans les services d'urgences automatisables et généralisables à l'ensemble des services d'urgence français.

Les projets seront régulièrement suivis par le Conseil scientifique et une information sera donnée au Conseil d'administration de l'ATIH. La durée des projets est au maximum de trois ans.

Les conventions ont été signées et les projets ont été lancés.

GESTION DES OUTILS DE COLLECTE ET DE RESTITUTION DES DONNÉES

1. Moderniser et élargir les outils de collecte

Adapter et étendre les outils de collecte

L'ATIH a engagé des travaux pour moderniser le dispositif de recueil des données d'activité (projet Druides : Dispositif de remontée unifiée et intégrée des données des établissements de santé). Ce nouveau dispositif devait être déployé en 2020 sur le champ MCO. Il est décalé en 2021, du fait d'une refonte nécessaire consécutive à des remarques de la Cnil et aux résultats de tests effectués (anticipation des difficultés de déploiement dans les petites structures).
En lien avec la Drees, l'ATIH a poursuivi les travaux d'harmonisation entre la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et le PMSI sur le champ de la psychiatrie. Les autres champs ayant été pris en compte au cours des années passées.
L'agence a réalisé le recueil du numéro de sécurité sociale des patients pris en charge en ambulatoire en psychiatrie (Centre médico-psychologique), afin de chainer les différentes prises en charge (hospitalisation / ambulatoire).
L'ATIH a amélioré le dispositif technique de recueil de la satisfaction des patients e-Satis par l'automatisation des dépôts de fichiers d'e-mails par les établissements de santé, le module de relance et les résultats détaillés.
L'ATIH a assuré la maintenance du tableau de bord de la performance des ESMS et mettra en œuvre les évolutions nécessaires, en lien avec les acteurs.
Elle a travaillé avec la DGCS, la CNSA et l'Anap pour assurer dorénavant l'assistance à la maîtrise d'ouvrage de ce dossier, en sus de la maîtrise d'œuvre.
Enfin, l'agence a accompagné la DGOS dans la refonte de l'observatoire des systèmes de santé (Osis) pour en renouveler l'ergonomie, en simplifier l'utilisation et en étendre le scope à la gestion de programmes de politiques publiques.

L'agence a contribué à la connaissance de l'achat et de la consommation des médicaments
Ce recueil annuel, réalisé par l'ATIH depuis 2015, recense le volume total de médicaments utilisés par les établissements, inscrits ou non sur les listes en sus. En 2020, des développements de la plateforme e-Med ont permis aux établissements de transmettre leurs fichiers directement sur celle-ci et de supprimer ainsi l'étape d'utilisation du logiciel IDEM. Par rapport à l'année dernière, le nombre d'établissements ayant transmis leurs données a augmenté, passant de 1 758 à 1 806, de même que la part des établissements ayant des données exploitables qui est passé de 92 % à 99 % cette année.
Les restitutions des données de l'année 2019 sont publiées sur le site de l'ATIH, sous la forme d'une analyse globale des résultats et de palmarès par champ d'activité et par région.

Proposer des dispositifs de recueil interopérables pour accompagner les évolutions en matière de financement de qualité et de pertinence des soins

L'ATIH a créé des outils de recueil de données de type registres et de données médicales issues du système d'information clinique des établissements de santé.
Des travaux ont été conduits sur le suivi des administrations des produits de thérapie génique CarT-Cells. Ce projet a été mené en collaboration avec le Lysarc, une structure opérationnelle de recherche clinique sur le lymphome. Le registre, maintenu par cette structure, permet l'automatisation des remontées des établissements.
En lien avec les registres des réseaux épidémiologique et information en néphrologie (REIN) et de l'Agence de la biomédecine, l'ATIH a mis à disposition des établissements éligibles au forfait de la maladie rénale chronique (MRC) un outil transitoire de collecte des données d'activités 2020.
L'agence contribue à structurer les modalités d'interrogation des patients pour mesurer la satisfaction et l'expérience patients (Prems), ainsi que les résultats cliniques (Proms). Sur ce sujet, la Délégation du numérique en santé a validé en 2020 la stratégie de mise en œuvre par l'ATIH de la plateforme Eval-Santé, qui est en cours de développement et sera finalisée au 1er semestre 2021.
Cette plateforme intègrera les enquêtes adressées aux patients s'équipant en optique ou en audiologie. ainsi qu'un questionnaire de qualité de vie pour les patients intégrés au forfait MRC.

Maintenir et développer les outils de collecte sur le champ de l'innovation

L'ATIH poursuit la maintenance des outils Piramig et Innovarc.

Poursuivre l'amélioration des outils de recueil des données de coûts, de finances, de comptabilité et de ressources humaines, en coordination avec d'autres dispositifs de recueil (Drees, Dgfip, DNS)

En 2020 la plateforme de recueil des données financières (Ancre) a été refondue. Cette refonte a demandé beaucoup d'effort aux utilisateurs pour comprendre le nouveau cadre de collecte. Un support a été proposé pour les accompagner. Finalement, l'exhaustivité des données est très satisfaisante.

L'intégration du tableau d'introduction à la comptabilité analytique (TIC) dans l'outil ARCAnH de recueil des données de coûts facilite la réalisation du RTC en permettant l'import des données brutes de comptabilité de l'établissement et la visualisation des règles analytiques du RTC. L'utilisateur est guidé de façon pédagogique et toutes les modifications peuvent être tracées. Les données de ces étapes préliminaires sont déversées automatiquement dans le classeur RTC. En utilisant l'outil, l'établissement se constitue un historique téléchargeable pour la campagne suivante.
Les différentes étapes de l'outil TIC sont présentées dans un tutoriel interactif disponible sur le site internet de l'ATIH. Ce tutoriel inclut un exemple concret, des témoignages d'établissements et un quizz qui aident à comprendre les intérêts à utiliser l'outil TIC.

Étudier en lien avec la délégation du numérique en santé la nécessité d'adapter les recueils à la mise en œuvre de l'espace numérique de santé (ENS)

L'ATIH a effectué en 2020 les adaptations de la plateforme de gestion des utilisateurs des applications de l'agence (outil Plage) pour permettre sa compatibilité avec la doctrine du numérique en santé et donc l'espace numérique de santé. Ainsi

des utilisateurs identifiés par Plage pourront utiliser des applications présentes dans l'ENS.
Les adaptations ont consisté à introduire la possibilité d'utiliser le protocole standard préconisé par la doctrine du numérique en santé (OpenIdConnect), ainsi que de faire appel à une identification multifactorielle (SMS ou mail).
Des travaux sont en cours avec l'ANS et la DSS pour permettre l'utilisation de ProSantéConnect. Ainsi les professionnels de santé identifiés par Plage dans les établissements pourront se connecter à des téléservices proposés dans l'ENS.

2. Moderniser les plateformes publiques de restitution

Répondre à la demande publique sur les données hospitalières et médico-sociales, notamment par une adaptation de ScanSanté

Le site ScanSanté restitue des données hospitalières à un large public avec une version accessible sans identifiants. Les données recueillies par l'ATH concernant l'activité hospitalière, les données financières des établissements, les ressources humaines ou encore la qualité des soins sont retraitées par l'ATIH et affichées sous forme d'indicateurs sur le site ScanSanté. Ces informations sont facilement diffusées à travers l'interrogation de formulaires.
ScanSanté est fréquemment mis à jour et enrichi de nouveautés, pour répondre aux attentes des utilisateurs. Des enquêtes de satisfaction sont réalisées tous les ans pour recueillir leurs besoins.
Les restitutions concernant les médicaments et les dispositifs médicaux de la liste en sus ont été modernisées.
La page d'accueil de ScanSanté a également été refondue pour fluidifier la navigation. Plusieurs restitutions ont été améliorées et présentent une information plus fine avec des restitutions au Finess géographique.
Actuellement l'ATIH travaille pour proposer aux utilisateurs un outil pour effectuer des requêtes à façon, de manière plus souple tout en gardant la simplicité d'utilisation propre à ScanSanté.

Rénover et adapter la restitution des données sur la qualité et la sécurité des soins en lien avec les travaux portant sur ScanSanté

En complément de Scope Santé destiné à restituer les indicateurs de qualité à destination du grand public, l'ATIH développe des restitutions des données sur la qualité dans ScanSanté à destination des professionnels de santé (projet 2020-2021).
Afin d'intégrer de nouvelles restitutions dans ScanSanté, l'ATIH a engagé des échanges d'une part avec l'Inca, et d'autre part avec l'équipe de recherche en charge de l'étude Shewhart pour restituer des indicateurs aux établissements sur la chirurgie digestive.

3. Participer à la gestion des nomenclatures de santé

Déployer la CIM 11 en collaboration avec le centre collaborateur français de l'Organisation mondiale de la santé (CC-OMS)

L'ATIH a poursuivi la traduction en français des libellés de la CIM 11. Ces travaux menés en lien avec l'OMS et le CC-OMS ont été freinés par la situation de crise sanitaire.
Une collaboration accentuée avec l'ANS (membre du CC-OMS) pour la mise en œuvre d'une traduction automatique est en cours, ainsi qu'un projet de partenariat avec les pays francophones (pour la production de synonymes). Le recours à des traducteurs professionnels est également à l'étude afin de tenir l'objectif fixé pour cette traduction.

Contribuer à la validation de la classification internationale des interventions en santé (ICHI) en collaboration avec l'OMS

Après avoir organisé des tests de validation proposés par l'OMS aux utilisateurs des pays membres, l'ATIH a produit en 2020 des travaux de transcodage ICHI / CCAM et ICHI/CSARR. Ces travaux ont été réalisés à la demande de l'OMS dans l'objectif de valider cette nomenclature en 2021.

Faire évoluer le catalogue spécifique des actes de rééducation et de réadaptation (CSARR)

L'audit du CSARR programmé en 2020 n'a pas eu lieu, en raison d'un appel d'offres infructueux et de la crise sanitaire. Le cahier des charges de cet audit sera repensé pour tenir compte du projet de simplification de l'outil, issu des recommandations du Ségur de la Santé.

AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX DONNÉES DE SANTÉ

1. Poursuivre le développement et l'enrichissement de la plateforme des données hospitalières

L'ATIH continue d'alimenter régulièrement la plateforme des données hospitalières, notamment en restituant les données issues des nouveaux recueils. La plateforme a été notamment enrichie par les données collectées dans le cadre de la pandémie Covid-19.

L'ATIH a commencé à compléter la plateforme des données hospitalières avec une nouvelle offre de restitution « intermédiaire » entre les données brutes et les indicateurs de ScanSanté pour répondre aux demandes des utilisateurs des restitutions de l'agence. Ces travaux seront finalisés en 2021 en vue d'une mise en œuvre en 2022. Ce projet devrait conduire à unifier l'offre de restitution de l'ATIH qui est constituée aujourd'hui de ScanSanté pour les indicateurs, et de la plateforme des données hospitalières pour les données brutes. Cette nouvelle offre comportera donc des indicateurs, des données brutes et des données intermédiaires.
Enfin, l'ATIH poursuivra les travaux techniques pour la réalisation de traitements, sur la plateforme, faisant appel à des technologies alternatives au logiciel SAS, notamment R et Python.
Un groupe de travail interservices a été monté pour notamment réfléchir à l'évolution des modalités de stockage des données, en lien avec un prestataire, dont certaines sont issues de celles utilisées dans le « big data ».
Fin 2020, l'ATIH a réalisé une migration du système SAS utilisé sur l'ensemble de ses serveurs et en particulier sur la plateforme des données hospitalières. Ce nouveau système permet d'atteindre une haute disponibilité en résistant à l'éventuelle défaillance d'une machine. Il accélère les traitements, en fournissant une gestion optimisée de la charge du système en fonction du nombre de traitements en cours. Cet environnement offre également la possibilité de développer progressivement l'infrastructure informatique à mesure que le nombre d'utilisateurs et la taille des données augmentent sans interruption du service.

2. Contribuer à la gouvernance des données de santé (Health Data Hub, SNDS…)

L'ATIH est l'un des producteurs de données alimentant les bases du SNDS historique et les bases principales du Health Data Hub avec les données hospitalières du PMSI. Le SNDS permet de chaîner les données de l'Assurance Maladie (base Sniiram), les données des hôpitaux (base PMSI) et les causes médicales de décès (base du CépiDC de l'Inserm). À partir de 2021, seront également intégrées les données relatives au handicap (en provenance des maisons départementales des personnes handicapées - données de la CNSA).
L'agence siège à l'assemblée générale du Health Data Hub, au comité des producteurs du SNDS ainsi qu'au comité stratégique du SNDS.

3. Fournir les données de santé pour alimenter les outils d'accès aux données : la plateforme des données hospitalières ATIH, le Health Data Hub, le SNDS…

L'ATIH continue de participer à la mise à disposition des outils d'accès aux données de santé.
Cette action concerne particulièrement les données portant sur la qualité et la sécurité des soins, les pathologies chroniques (logique proche des registres), le recueil des passages aux urgences, et les données issues des logiciels d'orientation des patients chaînées avec le PMSI.

4. Fiabiliser le dispositif de pseudonymisation dans la collecte et la restitution des données

L'ATIH a participé aux discussions avec la Cnam et la Drees pour rénover le dispositif de pseudonymisation.
Dans le cadre de la mise en demeure de la Cnam par la Cnil, une refonte profonde du dispositif de pseudonymisation instauré dans les années 2000 par la Cnam et l'ATIH a été entreprise par la Cnam avec une application en mars 2022. Cette refonte du dispositif entraîne l'impossibilité pour l'ATIH d'avoir un pseudonyme commun avec le SNDS. Aussi, l'agence a démarré des travaux pour proposer un dispositif spécifique.

Début 2020, la Cnil a mis en demeure l'ATIH sur les modalités de fonctionnement de l'application Magic qui opère la première phase de la pseudonymisation dans les établissements. Pour répondre, l'agence a modifié l'ensemble des applications de transmissions des établissements du PMSI (une dizaine d'applications). La mise en demeure exigeait le chiffrement des informations en sortie de Magic, de manière à ce que les établissements n'aient plus accès au premier pseudonyme généré. L'ensemble des applications a été actualisé pour la transmission des données du M3, en avril 2020.

PLACE DE L'AGENCE DANS LE DISPOSITIF DE SANTÉ

1. Consolider la performance de l'agence grâce aux évolutions organisationnelles et à l'adaptation des compétences

Par le biais du plan de formation, l'ATIH a veillé en 2020 à adapter les compétences des équipes aux nouvelles technologies, aux changements organisationnels et aux évolutions de l'environnement : développement du logiciel R, développement des webconférences…

Depuis plusieurs années, l'ATIH a engagé des évolutions organisationnelles afin de développer plus de transversalité, favorisant la montée en compétence des agents et la mutualisation des ressources (services FAE et CIM MF notamment). Cette démarche visant à conforter l'efficience a été poursuivie en 2020 concernant le service informatique (API). L'application des recommandations de l'audit s'effectuera en 2021. Par ailleurs, le service RDE (réponse aux demandes externes) ayant fait l'objet d'un audit de positionnement, la mise en œuvre des recommandations a démarré en 2020, à commencer par le changement de nom de ce service : DATA.

> voir encadré ci-contre

2. Prévenir et maîtriser les risques en maintenant la démarche qualité et l'application du règlement général sur la protection des données (RGPD)

En matière de maîtrise des risques, l'ATIH s'interroge régulièrement sur la conformité et la performance de ses activités à partir de référentiels et d'indicateurs. En fonction des enjeux et des risques constatés, des plans d'actions sont mis en œuvre. Cette démarche porte en particulier sur la satisfaction des utilisateurs et la sécurité du système d'information et la protection des données personnelles.

La sécurité du système d'information et la protection des données personnelles

Les actions de l'ATIH s'appuient principalement sur la politique de sécurité du système d'information du ministère chargé des affaires sociales (PSSI-MCAS) pour l'ensemble du système d'information et le référentiel de sécurité applicable au Système national des données de santé (SNDS) pour la mise à disposition des données PMSI.

Le service RDE devient le service DATA

Fin 2019, le service Réponses aux demandes externes (RDE) a été auditionné afin de positionner le service comme l'interlocuteur clef sur l'accès aux données hospitalières. Dans ce cadre le nom du service a été modifié en 2020 afin de mieux refléter la totalité des activités du service et optimiser son identification par les acteurs externes.
Le nom n'était plus cohérent avec les missions du service, la réponse aux demandes de traitements internes et externes représentant une part mineure de son activité.
Aujourd'hui, les principales activités du service sont de :
- constituer et mettre à disposition des bases PMSI, des bases RPU, exploiter l'enquête médicament
- restituer des données des séjours hospitaliers en alimentant différentes plateformes à destination des acteurs publics ou privés
- gérer des conventionnements et accès aux données, supervision des exports de données
- alimenter le SNDS, Diamant
- réaliser des tableaux Ovalide pour aider à la collecte et au contrôle les établissements de santé et les ARS
- aider à l'exploitation des données en documentant par des référentiels, nomenclatures et dictionnaires.

Le service est en contact permanent avec l'ensemble des acteurs de la santé : DGOS, DSS, Health Data Hub, Drees, Cnam, HAS, Inca, laboratoires pharmaceutiques, ARS...
Il est également le référent de la gouvernance du Health Data Hub et sur la veille des démarches d'innovation et d'expérimentation des technologies Big data.
En interne, l'objectif est également de renforcer le rôle transversal du service pour en faire le véritable pôle central de la donnée.

À la suite de ce constat, le nom DATA, acronyme signifiant : Demandes, accès, traitements, analyses a été choisi. Le terme « Data » est aujourd'hui utilisé largement dans le langage courant et plusieurs organismes publics ou privés ont leurs services data.
Le service DATA traduit l'intégralité de ses missions : tout ce qui tourne autour des données, de l'exploitation à la restitution en passant par la constitution de bases de données et la gestion des accès aux données.

En 2020, l'homologation du dispositif de l'agence de mise à disposition des données PMSI a été renouvelée pour une période de 3 ans à la suite d'un audit réalisé par un prestataire d'audit de la sécurité des systèmes d'information.
L'ATIH veille également à respecter le règlement général sur la protection des données (RGPD) et la loi informatique et liberté. En particulier, les traitements de données de santé à caractère personnel font l'objet d'analyses d'impact relatives à la protection des données (AIPD) par l'agence et ses partenaires afin de garantir la conformité des traitements et la maîtrise du risque d'accès illégitime aux données.

La qualité comptable et budgétaire, la santé, la sécurité et le bien-être au travail des collaborateurs, ainsi que la conformité des pratiques de l'agence au « code de bonnes pratiques de la statistique européenne » font également partie des thématiques concernées par cette démarche.

ÉVALUER LA SATISFACTION DES UTILISATEURS

Pour mesurer et améliorer sa performance, l'ATIH s'appuie notamment sur un baromètre de satisfaction. L'agence interroge régulièrement ses utilisateurs pour connaitre leur niveau de satisfaction global et détaillé suivant quelques critères clés.
Les questionnaires, généralement courts et en ligne, permettent aux publics de participer à l'amélioration d'un service/produit de manière simple et rapide à travers quelques questions.
Les personnes peuvent également laisser leurs coordonnées pour contribuer d'avantage si l'agence souhaite approfondir tel ou tel sujet.

L'agence se sert de ce baromètre pour :

- obtenir un retour pertinent et régulier concernant ses activités
- s'adapter en engageant des actions ciblées sur les attentes prioritaires des utilisateurs
- valoriser ses efforts en observant les effets sur la satisfaction.

Ce baromètre couvre en particulier chaque campagne de collecte de données (ex : PMSI, ENC, compte financier…), chaque base de données diffusée (ex : PMSI, RTC…), le site internet de l'agence, les traitements de données réalisés sur demande, les restitutions ScanSanté.

Participants au recueil et à la transmission des données du bilan social

89%

des répondants se déclarent satisfaits ou très satisfaits du dispositif

Participants au recueil et à la transmission des données financières**

59%

des répondants se déclarent satisfaits ou très satisfaits du dispositif

** Le taux de satisfaction le plus faible concerne le recueil et la transmission des données financières, qui ont été complètement remaniés en 2020. Cette refonte nécessite à la fois un temps de stabilisation des outils techniques par l'ATIH et d'appropriation par les utilisateurs dans les établissements de santé.

Participants aux ENC sur les champs sanitaires

92%

des répondants se déclarent satisfaits ou très satisfaits du dispositif

Participants à l'enquête de coûts Serafin-PH

86%

des répondants se déclarent satisfaits ou très satisfaits du dispositif

Participants à l'ENC Ehpad

96 %

des répondants se déclarent satisfaits ou très satisfaits du dispositif

Participants au recueil et à la transmission des données PMSI

en 2019 *

90%

des répondants se déclarent satisfaits ou très satisfaits du dispositif

Participants au recueil et à la transmission des données du RTC

88%

des répondants se déclarent satisfaits ou très satisfaits du dispositif

Utilisateurs des bases PMSI sur la plateforme des données hospitalières

en 2019 *

95%

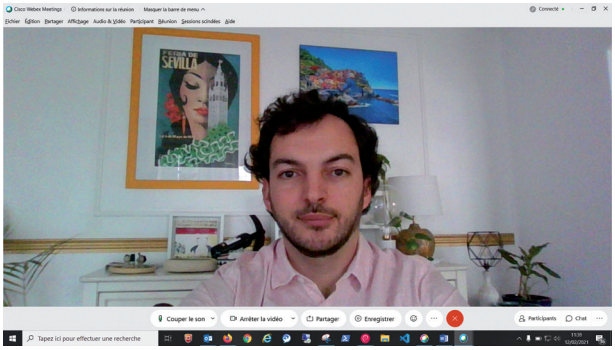
des répondants se déclarent satisfaits ou très satisfaits des bases PMSI et de leur dispositif d'accès

Enquêtes non réalisées en 2020

LA PAROLE AUX ÉQUIPES

DÉPLOIEMENT DU TÉLÉTRAVAIL GÉNÉRALISÉ

Thomas Ricou
Ingénieur informatique,
pôle Systèmes et réseaux



Concrètement comment avez-vous réussi à mettre toute l'agence en télétravail du jour au lendemain ?

Après la phase de surprise, notre équipe Systèmes et réseaux s'est organisée en urgence afin que tous les collaborateurs puissent travailler de chez eux. Nous n'avons pas eu le choix. Nous avons néanmoins eu la chance d'avoir déjà l'infrastructure nécessaire au travail à distance, les serveurs Virtual private network (VPN), c'est-à-dire la connexion au réseau interne de l'agence quand on est à l'extérieur. Nous avons seulement dû configurer tous les ordinateurs portables.

Au niveau des ordinateurs, tous les agents n'étaient pas équipés d'ordinateur portable. Nous avons fait l'inventaire de ceux en stock puis vu comment les attribuer. Beaucoup ont gentiment acceptés d'emmener leurs ordinateurs fixes (écran et tour) chez eux. Certains agents ont également proposé d'utiliser leur ordinateur personnel en attendant.

Comment vous êtes-vous organisés face à cette urgence ?

Mobilisation générale de toute l'équipe ! Les tâches ont été réparties entre nous tous.

Pour ma part, j'ai configuré la partie serveur, Brice Sauvajon et Damien Mure ont installé le VPN sur les PC, Xavier Malin et Boumédien Mammad géraient la distribution des PC et la prise en main express par les agents. Marie-José Ben Naceur, assistée de Myriam Martin, s'est chargée de la répartition logistique, quel ordinateur pour qui.

Tout a été bouclé en deux jours !

Quelles difficultés avez-vous rencontré ?

La principale a été de gérer le manque d'ordinateur portable.

Dans un 2e temps, post confinement, nous avons pu en commander de nouveaux et équiper ceux qui n'en avaient pas.

Et en termes de sécurité ?

Nous avons envoyé tout le monde en télétravail sans compromettre la sécurité, celle-ci n'a jamais été sacrifiée au profit de la fonctionnalité.

Plusieurs niveaux de sécurité sont en place comme le token nécessaire pour allumer son PC, des disques durs cryptés sur tous les ordinateurs et l'accès au VPN réservé à l'ATIH par le déploiement de certificats d'entreprise.

Une fois chacun chez soi, tout était fini ?

Pas tout à fait, nous avons dû assurer une assistance soutenue notamment les premiers jours où nous avons été fortement sollicités.

Quand les usages changent complètement il est parfois difficile de diagnostiquer les problèmes : serveur ATIH ? connexion personnelle ?
Une fois les premiers ennuis techniques stabilisés, les usages se sont adaptés. Chacun a plus ou moins appris à déterminer tout seul quand solliciter le support.
Certaines personnes se débrouillent bien à distance et nous aident à visualiser leur écran. Pour d'autres, c'est plus compliqué mais la situation les a incités à monter en compétence.
Nous avons pris l'habitude de guider par téléphone, de partager l'écran ou de prendre la main sur les ordinateurs notamment via des outils collaboratifs comme Webex ou Jabber.
Ces outils sont installés depuis longtemps mais là par la force des choses l'utilisation s'est généralisée. Quand on guide quelqu'un pour qu'il résolve son problème, il comprend ce qu'il fait et s'en souvient.
La situation nous a forcés à être patients et à imaginer les situations probables ou improbables.
Tout le monde a réussi à télétravailler, avec bien sûr des hauts et des bas !

Cette période a-t-elle réservé de bonnes surprises ?

Le fait de déjà disposer de l'infrastructure VPN généralisé nous a vraiment avantagés. Ce projet a demandé plus de 6 mois de travail en 2019.
Concernant les prestataires de sociétés informatiques externes, avant nous les accueillions dans les locaux de l'agence maintenant la plupart d'entre eux travaillent à distance avec un accès VPN.
Nous avons monté une vraie structure d'accueil dédiée ainsi on contrôle mieux ce à quoi ils accèdent et ce dont ils ont besoin.

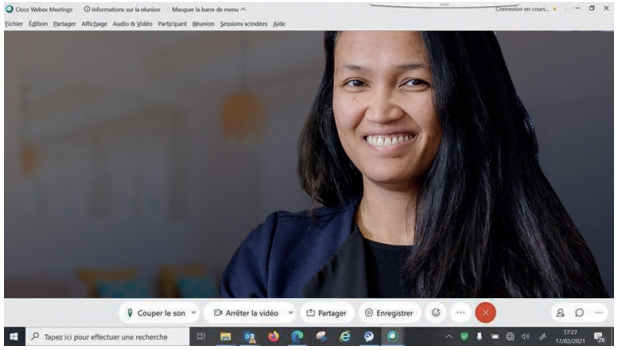
Maintenant le travail à distance fonctionne à merveille ?

Plutôt oui !
Nous terminons encore d'équiper tous les agents d'un portable dit « de travail » (sans connexion à un ordinateur fixe au bureau) et pas seulement d'un portable dit « de connexion » (qui nécessite d'être connecté à l'ordinateur fixe au bureau) afin de supprimer à terme tous les ordinateurs fixes.
Mais revenir de temps en temps sur site aide quand même à garder le contact avec ses collègues direct et à partager sur les différents dossiers.

LE TÉLÉTRAVAIL À L'AGENCE

Fabienne Pecoraro
Adjointe à la cheffe du service
Études nationales de coûts

Miora Piffret
Contrôleur de gestion



Pour vous comment s'est déroulé le passage au « tout télétravail » mi-mars ?

Fabienne Pecoraro : Tout a basculé d'un coup, du jour au lendemain. Avant je télétravaillais ponctuellement mais je n'avais jamais testé à 100%. Il m'a bien fallu une semaine d'adaptation pour accepter la situation et prendre de nouvelles habitudes de travail.

Miora Piffret : Ça a été brutal ! J'ai dû trouver un bureau à partager avec la contrainte de cohabiter avec mon conjoint et mes enfants tous les jours. L'équipe informatique de l'agence a été très réactive en nous équipant tous rapidement d'un ordinateur portable et d'une connexion à distance à nos serveurs.

Et au niveau du travail en équipe, cela a-t-il bien fonctionné ?

FP : Toutes les réunions de service ont été maintenues et des temps de communication informels, du type « web café », ont été organisés pour garder le lien entre nous.
Avant les réunions, nous prenions aussi un peu de temps pour « papoter ». Nous avions besoin de parler, de nous retrouver, surtout au début du premier confinement.

MP : Entre collègues, nous nous appelions régulièrement à la fois pour avancer sur les dossiers mais également pour faire des pauses et prendre des nouvelles.

Avec les établissements de santé, avez-vous réussi à travailler comme d'habitude ?

FP : Les comités techniques, les réunions avec les acteurs, les sessions d'informations et de formations ont tous été assurés à distance. Globalement les participants étaient plus nombreux, les personnes étant notamment libérées des contraintes de temps et de coûts de transport.

MP : Par exemple nous avons participé à 6 ateliers

sur les unités d'œuvre des pharmacies avec l'Anap. Pour chacun, une vingtaine de pharmaciens de toute la France se sont connectés pendant 2h. En présentiel, nous avions généralement nettement moins de participants à ce type de rencontre.
Par contre pour les visites dans les établissements, effectuées quand un établissement rejoint les études nationale de coûts, nous avons eu plus de difficultés à appréhender la réalité du terrain sans nous rendre sur place.
La description de l'ensemble des services d'un établissement (découpage analytique) est moins évidente à distance. Sur site on pense à poser certaines questions, on peut aller découvrir les différents services.
En remplacement, nous avons organisé de « grandes messes » en ligne avec le comité de direction, la direction des systèmes d'information, la pharmacie, le contrôle de gestion et l'administration. Ces visio conférences ont été très efficaces mais nous avons perdu la convivialité et la richesse des échanges en face à face.

Quelles ont été les relations avec vos interlocuteurs habituels ?

MP: En établissement certains de nos interlocuteurs ont été réquisitionnés sur d'autres fonctions, comme la déprogrammation des interventions ou même la blanchisserie, afin de renforcer les équipes. En ARS, nos contacts étaient très mobilisés au sein des cellules de crise.
Nous étions prudents dans notre communication vis-à-vis d'eux. En accord avec les tutelles et plus particulièrement la DGOS, nous avons essayé de limiter nos sollicitations.

Que retenez-vous de cette période ?

FP: La charge de travail a été importante notamment quand nous avons lancé l'enquête sur les surcoûts liées à la Covid-19 (FlashBudg) qui a nécessité une forte implication et une importante disponibilité. Cet effort a été contrebalancé par le sentiment d'être au cœur de l'actualité. Sans soigner, j'ai apporté ma pierre à l'édifice pendant cette crise ce qui a donné encore plus de sens à mon engagement quotidien.
MP: En termes d'outils, la webex (visio conférence) nous a été d'un grand secours et a fluidifié nos échanges. Nous avons découvert un maximum de ses fonctionnalités peu utilisées auparavant. Cela nous a bien aidé pour animer nos sessions d'information de façon interactive avec les chats, les questionnaires en ligne, les sondages en direct… Une trace a même pu être conservée grâce à l'enregistrement.

Qu'est ce qui vous manque le plus ?

FP et MP: Nos collègues ! Le huis clos familial commence à peser. Nous sommes en manque de relations sociales à l'agence notamment de temps dits informels où pas mal d'informations circulent. On ne s'en rendait pas compte avant !

GLOSSAIRE

ANAP
Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé

ANS
Agence du numérique en santé

ARS
Agence régionale de santé

CCAM
Classification commune des actes médicaux

CEPIDC
Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

CIM
Classification internationale des maladies

CNAM
Caisse nationale d'assurance maladie

CNIL
Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNSA
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

COP
Contrat d'objectifs et de performance

CSARR
Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation

DAF
Direction des affaires financières

DG
Dotation globale

DGCS
Direction générale de la cohésion sociale

DGFIP
Direction générale des finances publiques

DGOS
Direction générale de l'offre de soin

DIM
Département d'information médicale

DMI
Dispositifs médico-implantables

DMA
Dotation modulée à l'activité

DNS
Délégation du numérique en santé

DREES
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DRUIDES
Dispositif de remontée unifié et intégré des données des établissements de santé

DSS
Direction de la sécurité sociale

EDS
Épisode de soins

EHPAD
Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ENC
Étude nationale de coûts

EPI
Equipement de protection individuelle

ESMS
Établissements et services médico-sociaux

GHM
Groupe homogène de malades

GHS
Groupe homogène de séjours

GME
Groupe médico-économique

HAD
Hospitalisation à domicile

HAS
Haute autorité de santé

HDE
Health data hub

IFAQ
Incitation financière pour l'amélioration de la qualité

INCA
Institut national de lutte contre le cancer
Inserm - Institut national de la santé et de la recherche médicale

IPEP
Incitation à la prise en charge partagée

LFSS
Loi de financement de la sécurité sociale

MCO
Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

MRC
Maladie rénale chronique

OMS
Organisation mondiale de la santé

ONDAM
Objectif national des dépenses d'assurance maladie

OQN
Objectif quantifié national

PEPS
Paiement forfaitaire en équipe de professionnels de santé en ville

PH
Personnes handicapées

PMSI
Programme de médicalisation des systèmes d'information

QUALHAS
Plateforme de recueil des indicateurs de la qualité de la HAS

RAAC
Réhabilitation améliorée après chirurgie

RGPD
Règlement général sur la protection des données

RIM-P
Recueil des informations médicales en psychiatrie

RPU
Résumé des passages aux urgences

RTC
Retraitement comptable

SAE
Statistique annuelle des établissements de santé

SERAFIN-PH
Services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées

SIIPS
Soins infirmiers individualisés à la personne soignée

SNDS
Système national des données de santé

SPASAD
Services polyvalents d'aide et de soins à domicile

SPF
Santé publique France

SSIAD
Service de soins infirmiers à domicile

SSR
Soins de suite et de réadaptation

UO
Unité d'œuvre

Siège ATIH
117, bd Vivier Merle
69329 Lyon cedex 03
Tél. : 04 37 91 33 10
Fax : 04 37 91 33 67

Antenne ATIH Paris
13, rue Moreau 75012 Paris
Tél. 01 40 02 75 63
Fax : 01 40 02 75 64

www.atih.sante.fr

Conception graphique Anne Fraysse - mars 2021