

État d'urgence sanitaire lié à l'épidémie de COVID-19

REMONTÉE SIMPLIFIÉE ET ACCÉLÉRÉE des données du programme de médicalisation des systèmes d'information en MCO (PMSI-MCO)

Indicateurs de suivi des activités ciblées

A la suite de la publication de [l'arrêté du 21 avril 2020](#), les établissements de santé publics et privés ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) doivent procéder, durant la période de l'état d'urgence sanitaire, à des remontées simplifiées et accélérées des données du PMSI. Depuis le 1er juin 2020, ce dispositif concerne l'ensemble des séjours clos, en lien ou non avec la COVID-19.

Ce recueil vise (i) à fournir le maximum d'informations concernant la prise en charge des patients atteints de la COVID-19 (suite des remontées hebdomadaires mises en place à compter de la semaine du 27 avril 2020) ; (ii) à suivre la reprise de l'activité dans les établissements de santé ; (iii) à évaluer les effets collatéraux de l'épidémie, en particulier sur le report des soins ; et (iv) à détecter des signaux faibles sur certaines pathologies secondaires à la COVID-19 et non identifiées à ce stade.

Dans le cadre du troisième objectif (iii) de veille sanitaire, la DGOS, en lien avec les sociétés savantes, a identifié un nombre restreint d'activités jugées prioritaires pour lesquelles il peut y avoir une perte de chance pour le patient de par la modification de l'activité des établissements de santé au cours de la COVID-19 et les données PMSI sont indispensables pour réaliser leur suivi. Ainsi, quatre activités ont été ciblées : neurovasculaire, cardiologie, cancérologie et interruptions de grossesses, volontaires ou médicales.

Des indicateurs d'analyse de l'activité, globale et ciblée sur les quatre activités précédemment citées, seront calculés à partir des données PMSI transmises par les établissements. Ils visent à aider à organiser le déconfinement dans les établissements de santé et à assurer le suivi bimensuel de l'activité hospitalière après le début du déconfinement. La DGOS et les ARS pourront ainsi être en capacité d'alerter les décideurs. Les indicateurs d'analyse de l'activité globale décriront le case-mix sur l'ensemble des séjours, et notamment ceux pour lesquels un passage en réanimation, soins intensifs ou soins continus a été réalisé (Unités médicales (UM) : 01A, 02A, 02B, 03A, 05, 06, 13A, 14A, 17 ou 18). Les indicateurs d'analyse des activités ciblées sont détaillés, par activité, en annexe.

La présente notice complète la notice CIM-MF-244-2-2020 du 22 avril 2020 mise à jour le 3 juin 2020¹ dans laquelle il est demandé aux établissements de santé de transmettre l'intégralité des données disponibles dans leur système d'information pour les séjours clos, y compris ceux du mois en cours, et ceux groupés en erreur. Parmi l'ensemble des séjours transmis, il est demandé de prioriser le codage, en plus des séjours clos des patients atteints de la COVID-19, sur ceux en lien avec les activités ciblées détaillées ci-après.

La présente notice comporte quatre annexes, correspondant aux quatre activités ciblées :

- Annexe 1 : neurovasculaire
- Annexe 2 : cardiologie
- Annexe 3 : oncologie
- Annexe 4 : interruptions de grossesses en milieu hospitalier (volontaires ou médicales)

Chacune de ces annexes est structurée selon le même plan :

- L'impact supposé du confinement sur le patient et la structure de soins.
- Les indicateurs de suivi retenus. Ces indicateurs ne doivent pas être calculés par les établissements ; ils seront calculés au niveau national.
- Les modalités qui seront utilisées pour identifier les séjours relevant des activités ciblées dans les bases nationales, à partir du PMSI. Ces informations peuvent être pertinentes pour les établissements, (i) afin qu'ils connaissent précisément les unités médicales (UM), actes CCAM et codes CIM 10 qui seront utilisés pour le calcul des indicateurs de suivi retenus, et (ii) afin de les aider à cibler les séjours à coder en priorité, notamment via les UM et les actes CCAM.

Mais cette notice n'est pas un guide de codage et ne se substitue pas aux publications préexistantes. Elle a vocation à informer les établissements des séjours en lien avec les activités ciblées qui seront utilisés pour le calcul des indicateurs et, si possible, de prioriser leur codage, en plus des séjours clos des patients atteints de la COVID-19.

Le directeur général
Housseyni Holla



¹ https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3803/notice_remonteecovid-mco_maj-ft-hors-covid.pdf

ANNEXE 1 :

Activité neurovasculaire

I. Impact supposé du confinement

a. Accident vasculaire cérébral (AVC)

Le nombre de passages aux urgences² et d'hospitalisation en unité neurovasculaire (UNV³) pour accident vasculaire cérébral (AVC) a diminué au début du confinement, dans la même proportion que le nombre de passages aux urgences⁴. Il est peu probable que les personnes avec un AVC massif ne soient pas hospitalisées. En revanche, l'activité liée à la prise en charge des accidents ischémiques transitoires (AIT) a quasiment disparu au début du confinement.

Le risque est que les personnes ayant eu un AIT et non prises en charge, présentent un AVC constitué dans les semaines qui suivent ; avec un impact supposé sur les besoins en capacité de lits dans les UNV.

b. Autres pathologies

D'après les sociétés savantes de neurologie, il a été observé depuis le début du confinement une augmentation des admissions en réanimation ou en unité de soins critiques de neurologie, par exemple pour décompensation de myasthénie ou de syndrome de Guillain Barré.

II. Indicateurs de suivi

Rappel : Ces indicateurs ne doivent pas être calculés par les établissements. Ils seront calculés au niveau national

- Nombre de séjours pour AIT et syndromes apparentés
- Nombre de séjours pour AVC constitués
- Nombre de séjours pour hémorragies sous arachnoïdiennes et autres non traumatiques
- Nombre de séjours avec thrombectomie
- Nombre de séjours avec embolisation (anévrisme)
- Nombre de séjours avec passage en USINV et UNV
- Durée moyenne de passage en USINV et UNV
- Case-mix des séjours avec passage en réanimation / soins continus / soins intensifs pour affection neurologique

III. Modalités d'identification à partir du PMSI

Seront pris en compte pour le calcul de ces différents indicateurs, tous les RSA avec :

- Passage dans une UM de type « 17 : UNV hors SI » ou « 18 : Soins intensifs en UNV »

² Le passage aux urgences ne concerne que les établissements de santé avec SAU et plateau technique ne disposant pas d'UNV. En ce cas, il peut y avoir téléexpertise via l'UNV de recours pour valider une thrombolyse par le SAU.

³ UM 18 et/ou 17 dans le PMSI

⁴ Bulletin de surveillance syndromique Santé Publique France ; dernier en date : 09/06/2020

- Ou un diagnostic principal (DP) commençant par G45 (hors G45.4), G46⁵, I60, I61, I62, I63 ou I64
- Ou un des actes CCAM suivants :
 - o EAFA001 Embolectomie ou thromboendartériectomie de vaisseau intracrânien, par craniotomie
 - o EAJF341 Évacuation de thrombus d'artère intracrânienne par voie artérielle transcutanée
 - o EANF002 Fibrinolyse in situ suprasélective d'artère intracrânienne, par voie artérielle transcutanée
 - o EASF007 Oblitération intraluminale d'une artère intracrânienne porteuse d'un anévrisme en période aiguë hémorragique, par voie artérielle transcutanée
 - o EASF010 Oblitération d'un anévrisme sacculaire artériel intracrânien en période aiguë hémorragique, par voie artérielle transcutanée
 - o EASF013 Oblitération de plusieurs anévrismes sacculaires artériels intracrâniens en période aiguë hémorragique, par voie artérielle transcutanée

⁵ Le code G46 sera recherché en DP en association avec un DAS en I60, I61, I62, I63 ou I64.

ANNEXE 2 : ACTIVITÉ DE CARDIOLOGIE

I. Impact supposé du confinement et du déconfinement

Le 12 mars 2020, le plan blanc national était déclenché entraînant la déprogrammation de toute activité cardiologique médicale, interventionnelle ou chirurgicale non urgente. Outre la baisse de l'activité non urgente souhaitée et attendue pendant cette 1^{ère} phase épidémique, il semble qu'il y ait eu une baisse des urgences cardiologiques vitales (syndromes coronariens aigus, etc.).

Le 11 mai 2020, le déconfinement, progressif et adapté à chaque département, a commencé, avec la menace à quelques semaines d'une résurgence épidémique. Certaines prises en charge différées depuis le 12 mars 2020, deviennent urgentes sous peine de constituer une véritable perte de chance pour les patients. Le système de soins doit, en plus de la prise en charge des urgences cardiologiques vitales, élargir son périmètre d'activité aux prises en charges qui ne peuvent plus être différées et aux consultations de diagnostic, dépistage et prévention pour lutter contre les renoncements et retards de soins. Il se peut que lors de cette 2^{ème} phase, avec la réouverture des centres de soins à toutes les pathologies et la reprise de l'activité physique, il y ait un afflux de patients cardiaques dans un état plus grave que d'habitude du fait de l'attente de leur prise en charge ou avec des pathologies déclenchées par la reprise de l'activité.

II. Indicateurs de suivi à mettre en œuvre

Rappel : Ces indicateurs ne doivent pas être calculés par les établissements. Ils seront calculés au niveau national.

- Nombre de séjours avec un acte de coronarographie diagnostique
- Nombre de séjours avec un acte d'angioplastie coronaire
- Nombre de patients avec un acte de coronarographie diagnostique ou d'angioplastie coronaire
- Nombre de séjours pour pose de stimulateur cardiaque (pacemakers) ou de défibrillateur cardiaque
- Nombre de séjours avec un acte de rythmologie hors stimulation cardiaque
- Nombre de séjours pour cardiopathie ischémique aiguë, avec ou sans angioplastie
- Nombre de séjours pour insuffisance cardiaque aigue
- Nombre de séjours pour chirurgie cardiaque (pontages et chirurgie valvulaires avec CEC)
- Nb de séjours avec passage enUSIC
- Durée de passage enUSIC

III. Modalités d'identification à partir du PMSI

Seront pris en compte pour le calcul de ces différents indicateurs, tous les RSA avec :

- Passage en UM de type « 02A : Soins intensifs en cardiologie=USIC »
- Ou un diagnostic principal (DP) commençant par I20, I21, I22, I23, I24 ou I50
- Ou un des actes CCAM suivants :

- De la Liste A-028⁶ : Interventions de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle
- De la Liste A-030⁷ : Pontages aortocoronariens
- De la Liste A-037⁸ : Poses d'un stimulateur cardiaque permanent
- De la Liste A-187⁹ : Poses d'un défibrillateur cardiaque
- De la Liste A-294¹⁰ : Remplacements de stimulateur cardiaque
- De coronarographie :
 - DDQH006 Angiographie de pontage coronaire, par voie artérielle transcutanée
 - DDQH009 Artériographie coronaire sans ventriculographie gauche, par voie artérielle transcutanée
 - DDQH010 Artériographie coronaire avec ventriculographie gauche et artériographie thoracique [mammaire] interne unilatérale ou bilatérale, par voie artérielle transcutanée
 - DDQH011 Artériographie coronaire avec angiographie d'un pontage coronaire et ventriculographie gauche, par voie artérielle transcutanée
 - DDQH012 Artériographie coronaire avec ventriculographie gauche, par voie artérielle transcutanée
 - DDQH013 Artériographie coronaire avec angiographie de plusieurs pontages coronaires sans ventriculographie gauche, par voie artérielle transcutanée
 - DDQH014 Artériographie coronaire avec angiographie d'un pontage coronaire sans ventriculographie gauche, par voie artérielle transcutanée
 - DDQH015 Artériographie coronaire avec angiographie de plusieurs pontages coronaires et ventriculographie gauche, par voie artérielle transcutanée
- D'angioplastie coronaire :
 - DDAA002 Angioplastie d'élargissement du tronc commun de l'artère coronaire gauche, par thoracotomie avec CEC
 - DDAF001 Dilatation intraluminale d'un vaisseau coronaire sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
 - DDAF003 Dilatation intraluminale de 3 vaisseaux coronaires ou plus avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
 - DDAF004 Dilatation intraluminale de 2 vaisseaux coronaires avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
 - DDAF006 Dilatation intraluminale d'un vaisseau coronaire avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
 - DDAF007 Dilatation intraluminale de 2 vaisseaux coronaires avec artériographie coronaire, avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
 - DDAF008 Dilatation intraluminale d'un vaisseau coronaire avec artériographie coronaire, avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
 - DDAF009 Dilatation intraluminale de 3 vaisseaux coronaires ou plus avec artériographie coronaire, avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée

⁶ https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3771/volume_2.pdf; p203

⁷ <https://www.atih.sante.fr/manuel-des-ghm-version-provisoire-2020>; p204

⁸ <https://www.atih.sante.fr/manuel-des-ghm-version-provisoire-2020>; p214

⁹ https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3771/volume_2.pdf; p217

¹⁰ <https://www.atih.sante.fr/manuel-des-ghm-version-provisoire-2020>; p220

- DDAF010 Dilatation intraluminale d'un vaisseau coronaire avec artériographie coronaire, sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
- DDF001 Athérectomie intraluminale d'artère coronaire par méthode rotatoire [rotationnelle], par voie artérielle transcutanée
- DDF002 Athérectomie intraluminale d'artère coronaire, par voie artérielle transcutanée
- DDPF002 Recanalisation d'artère coronaire avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
- De stimulation cardiaque (hors actes des listes A-187, A-294, A-037) :
 - DEEF001 Repositionnement de sonde définitive intracavitaire de stimulation cardiaque, par voie veineuse transcutanée
 - DEEF002 Repositionnement de sonde définitive intracavitaire de défibrillation cardiaque, par voie veineuse transcutanée
 - DELF017 Pose d'une sonde supplémentaire de stimulation cardiaque, par voie veineuse transcutanée
 - DELF018 Pose d'une sonde supplémentaire de défibrillation cardiaque, par voie veineuse transcutanée
 - DELF019 Pose de plusieurs sondes supplémentaires de stimulation cardiaque, par voie veineuse transcutanée
- De rythmologie de cardiologie interventionnelle :
 - DENF014 Destruction d'un foyer arythmogène atrial avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée et voie transseptale
 - DENF015 Destruction d'un foyer ou interruption d'un circuit arythmogène ventriculaire avec courant de radiofréquence, par voie vasculaire transcutanée
 - DENF017 Destruction d'un foyer arythmogène atrial avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée
 - DENF018 Destruction de plusieurs foyers arythmogènes atriaux avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée et voie transseptale
 - DENF021 Destruction de plusieurs foyers arythmogènes atriaux avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée
 - DENF035 Destruction de plusieurs foyers et/ou interruption de plusieurs circuits arythmogènes ventriculaires avec courant de radiofréquence, par voie vasculaire transcutanée
 - DEPF004 Interruption complète de plusieurs voies accessoires de conduction cardiaque avec courant de radiofréquence, par voie vasculaire transcutanée
 - DEPF005 Interruption complète d'une voie accessoire de conduction cardiaque avec courant de radiofréquence, par voie vasculaire transcutanée
 - DEPF006 Interruption complète du tissu nodal de la jonction atrioventriculaire avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée
 - DEPF010 Interruption de la voie lente ou de la voie rapide de la jonction atrioventriculaire avec courant de radiofréquence ou cryothérapie, par voie veineuse transcutanée
 - DEPF012 Interruption complète de circuit arythmogène au niveau de l'isthme cavotricuspidien avec courant de radiofréquence ou cryothérapie, par voie veineuse transcutanée

- DEPF014 Interruption complète de circuit arythmogène en dehors de l'isthme cavotricuspidien avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée et voie transseptale
- DEPF025 Interruption complète de circuit arythmogène en dehors de l'isthme cavotricuspidien avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée
- DEPF033 Interruption complète de circuit arythmogène au niveau de l'ostium des veines pulmonaires avec courant de radiofréquence ou cryothérapie, par voie veineuse transcutanée et voie transseptale
- DERF001 Choc électrique cardiaque à basse énergie, par voie vasculaire transcutanée
- DERF002 Choc électrique cardiaque à haute énergie, par voie vasculaire transcutanée
- DERF003 Stimulation électrique temporaire de l'oreillette pour interrompre une tachycardie supraventriculaire, par voie veineuse transcutanée
- DERF004 Stimulation électrique temporaire de l'oreillette et/ou du ventricule pour interrompre une tachycardie ventriculaire, par voie vasculaire transcutanée

ANNEXE 3 : ACTIVITÉ DE CANCÉROLOGIE

I. Impact supposé du confinement

L'impact du confinement sur la prise en charge du cancer peut exister à différents stades de la prise en charge : (i) sur le dépistage (ii) ; sur le diagnostic et la prise en charge initiale chirurgicale ; (iii) sur la prise en charge par radio et chimiothérapie.

Ainsi, il est probable que :

- (i) L'activité en lien avec le dépistage organisé des cancers¹¹ ait été suspendue (par exemple les coloscopies diagnostiques dans le cadre du dépistage du cancer du côlon, les mammographies dans le cadre du dépistage du cancer du sein, etc.). En conséquent : (a) un rattrapage de cette activité peut être attendu à la sortie du confinement ; (b) de fait, mécaniquement, le nombre de cas de cancer diagnostiqués devrait augmenter ; (c) au vu du retard de dépistage les cancers diagnostiqués devraient l'être à un stade plus avancé.

De plus, le diagnostic a pu être retardé car il suppose la disponibilité des moyens diagnostiques et ceux-ci ont été impactés par la COVID-19 : endoscopie (digestive, bronchiques, ORL...), imagerie (scanner, IRM), anatomopathologie.

- (ii) La prise en charge chirurgicale des cancers est susceptible d'augmenter à la sortie du confinement pour, a minima, deux raisons :
 1. Du fait du report d'une partie plus ou moins importante des opérations chirurgicales prévues ces 4 dernières semaines ;
 2. Mécaniquement au vu du point (i).

Si certaines prises en charge initiale de cancer « non urgentes » ont pu être reprogrammées, le nombre d'interventions à « rattraper » au moment du déconfinement induira une augmentation de l'activité. De plus, il est probable que certains cancers aient évolué au cours du délai d'attente de l'intervention ce qui aura pour impact une intervention plus lourde à un stade du cancer plus avancé.

- (iii) De même, l'activité de chimio/radiothérapie est susceptible d'augmenter à la sortie du confinement pour, a minima, deux raisons :
 1. Mécaniquement au vu des points (i) et (ii) ;
 2. L'initiation de certaines de ces prises en charge a pu être retardée ou les protocoles revus pour éviter aux patients les déplacements trop fréquents (espacement des séances, etc.) pendant le confinement. Cette activité est donc également susceptible d'être rattrapée au moment du déconfinement.

¹¹ Par exemple, les dépistages organisés des cancers du sein et côlon ont été suspendus avec la fermeture des CRDC.

Le dépistage se fait aussi beaucoup en cabinet de ville pour les autres localisations et les personnes qui n'entrent pas dans ces programmes. Là, le contingent peut être important.

II. Indicateurs de suivi à mettre en œuvre

Rappel : Ces indicateurs ne doivent pas être calculés par les établissements. Ils seront calculés au niveau national.

- Nombre de séjours avec intervention chirurgicale pour cancer (focus : chirurgie du sein, urologique et digestive pour cancer)
- Nombre de séances de chimiothérapie pour cancer (+ détail classe d'âge et focus lymphomes et cancer colorectal)
- Nombre de nouveaux patients pris en charge pour chimiothérapie pour cancer
- Nombre de séances de radiothérapie pour cancer (+ détail classe d'âge et focus cancers de la prostate et de la sphère ORL)
- Nombre de nouveaux patients pris en charge pour radiothérapie pour cancer
- Périmètre plus large que le cancer :
 - o Nombre d'endoscopies digestives hautes ou basses réalisées en hospitalisation
 - o Nombre de fibroscopies réalisées en hospitalisation

III. Modalités d'identification à partir du PMSI

Seront pris en compte pour le calcul de ces différents indicateurs, tous les RSA avec :

- Une prise en charge chirurgicale et un DP commençant par :
 - o Sein : C50.-, D05.- ou D48.6
 - o Digestif : C15.- à C26.- ou D001, D002 ou D01.- ou D37-
 - o Urologique : C64- à C68- ou D09.0 ou D09.1 ou D41-
- Avec un DP égal à Z51.1 ou Z51.01
- Avec au moins un acte CCAM d'endoscopie du tube digestif :
 - o HDQE001 Orohypopharyngoscopie avec laryngoscopie directe
 - o HEFE001 Exérèse d'un polype de 1cm et plus de diamètre ou de 4 polypes ou plus de l'œsophage, de l'estomac et/ou du duodénum, par œso-gastro-duodéno-scopie
 - o HEFE002 Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre de l'œsophage, de l'estomac et/ou du duodénum, par œso-gastro-duodéno-scopie
 - o HEFE003 Séance de mucosectomie de l'œsophage, de l'estomac ou du duodénum, par œso-gastro-duodéno-scopie
 - o HEQE001 OEsophagoscopie au tube rigide
 - o HEQE002 Endoscopie œso-gastro-duodénale
 - o HEQE003 Endoscopie œso-gastro-duodénale avec test à l'uréase, avant l'âge de 6 ans
 - o HEQE005 Endoscopie œso-gastro-duodénale avec test à l'uréase, après l'âge de 6 ans
 - o HEQE263 Endoscopie œsophagienne avec biopsie guidée par endomicroscopie confocale par laser [ECL]
 - o HEQJ001 Échoendoscopie œsogastrique sans biopsie

- HEQJ002 Échoendoscopie œsogastrique avec biopsie transœsogastrique guidée
 - HGFE001 Exérèse d'un polype de plus de 1cm de diamètre ou de 4 polypes ou plus de l'intestin grêle, par iléoscopie
 - HGFE002 Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre de l'intestin grêle, par iléoscopie
 - HGFE003 Exérèse d'un polype de plus de 1cm de diamètre ou de 4 polypes ou plus de l'intestin grêle, par jéjunoscopie
 - HGFE004 Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre de l'intestin grêle, par jéjunoscopie
 - HGQE001 Entéroskopie jéjunale avec entéroskopie iléale
 - HGQE002 Duodéoscopie par appareil à vision latérale
 - HGQE003 Entéroskopie jéjunale [Jéjunoscopie]
 - HGQE005 Entéroskopie iléale [Iléoscopie]
 - HGQJ001 Échoendoscopie duodénale avec biopsie transduodénale guidée
 - HGQJ002 Échoendoscopie duodénale sans biopsie
 - HHFC001 Exérèse de polype du côlon par coloscopie, avec contrôle cœlioscopique
 - HHFE001 Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre du côlon et/ou du rectum, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle
 - HHFE002 Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre du côlon et/ou du rectum, par coloscopie totale
 - HHFE004 Exérèse d'un polype de plus de 1cm de diamètre ou de 4 polypes ou plus du côlon et/ou du rectum par coloscopie totale
 - HHFE005 Exérèse d'un polype de plus de 1cm de diamètre ou de 4 polypes ou plus du côlon et/ou du rectum par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle
 - HHFE006 Séance de mucosectomie rectocolique, par endoscopie
 - HHQE002 Coloscopie totale, avec franchissement de l'orifice iléocolique
 - HHQE003 Exploration complète du côlon après colectomie droite, par endoscopie
 - HHQE004 Coloscopie partielle au delà du côlon sigmoïde
 - HHQE005 Coloscopie totale avec visualisation du bas-fond cœcal, sans franchissement de l'orifice iléocolique
 - HHQJ002 Échoendoscopie colique sans biopsie
 - HJQE001 Rectosigmoïdoscopie
 - HJQE002 Rectoscopie au tube rigide
 - HJQJ001 Échoendoscopie anorectale avec biopsie transanorectale guidée
 - HJQJ002 Échoendoscopie anorectale sans biopsie
- Avec au moins un acte CCAM de fibroscopie :
- GCQE001 Fibroscopie du pharynx et du larynx, par voie nasale
 - GCQE003 Fibroscopie du pharynx et du larynx par voie nasale, avec examen stroboscopique du larynx
 - GDQE001 Laryngo-trachéo-bronchoscopie au tube rigide
 - GDQE002 Laryngoscopie indirecte au laryngoscope rigide, avec examen stroboscopique du larynx
 - GDQE003 Laryngoscopie indirecte au laryngoscope rigide
 - GDQE004 Fibroscopie du larynx et de la trachée

- GDQE005 Laryngoscopie directe [Laryngoscopie en suspension]
- GEQE001 Bronchoscopie au tube rigide, avec prélèvement médiastinal à l'aiguille par voie transbronchique
- GEQE002 Fibroscopie bronchique, avec prélèvement lymphonodal à l'aiguille par voie transbronchique
- GEQE003 Fibroscopie trachéobronchique avec photodétection de lésion par autofluorescence avec laser
- GEQE004 Fibroscopie bronchique, avec lavage bronchioloalvéolaire à visée diagnostique
- GEQE006 Fibroscopie bronchique, avec biopsie pulmonaire par voie transbronchique sans guidage
- GEQE007 Fibroscopie bronchique
- GEQE008 Bronchoscopie au tube rigide
- GEQE010 Fibroscopie trachéobronchique avec photodétection de lésion par autofluorescence sans laser
- GEQE013 Examen panendoscopique des voies aérodigestives supérieures avec trachéoscopie et œsophagoscopie
- GEQH002 Fibroscopie bronchique, avec biopsie pulmonaire par voie transbronchique avec guidage radiologique
- GEQJ237 Échoendoscopie bronchique, avec prélèvement médiastinal à l'aiguille par voie transbronchique

ANNEXE 4 :

Interruptions de grossesses en milieu hospitalier (volontaires ou médicales)

I. Impact supposé du confinement

La crise liée à la COVID-19, et notamment le confinement, ont compliqué l'accès des femmes à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Des dispositions spécifiques ont été prises pour permettre de pratiquer les IVG médicamenteuses en ville jusqu'à la 9^{ème} semaine d'aménorrhée (SA), de manière exceptionnelle et transitoire (c'est-à-dire pendant la période de durée de l'état d'urgence sanitaire), et en encourageant le recours à la télémédecine.

On peut penser qu'une diminution du recours à l'IVG au début de la période de confinement s'est produite, les femmes reportant leur demande d'IVG (difficulté à trouver une offre, fermeture de blocs à l'hôpital, crainte de s'exposer à une contamination, etc.). Le confinement et la nécessité d'une attestation de sortie (initialement signée par le titulaire de l'autorité parentale) a également pu avoir un impact sur le recours aux soins des jeunes filles mineures.

Des impacts sont à prévoir sur l'activité hospitalière liée à l'IVG :

- Les mesures transitoires ont vocation à s'interrompre avec la fin de l'état d'urgence sanitaire, les IVG après 7 SA relèveront de nouveau des établissements de santé (hors hypothèse d'une nouvelle réglementation), par voie médicamenteuse (7-9 SA) ou instrumentale (jusqu'à 14 SA) ;
- Les femmes qui auront différé le recours aux soins seront plus nombreuses à solliciter des IVG tardives, donc instrumentales (après 9SA) selon les recommandations HAS, avec anesthésie générale le plus souvent (nécessitant le recours au bloc opératoire faute de salles dédiées pour les anesthésies locales) ; voire à des IVG à un terme très tardif (juste avant le délai légal) nécessitant une organisation plus complexe des équipes et de la disponibilité des blocs opératoires ;
- Des établissements de santé pourront être tentés de recourir à l'IVG médicamenteuse après 9 SA¹² : l'évolution de ces pratiques mérite d'être suivie dans ce contexte.

Des recommandations ont vu le jour en faveur d'une prise en compte particulière, par les équipes des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal, de demandes d'interruption médicale grossesse (IMG) pour détresse psychosociale pouvant être en lien avec la période épidémique de la COVID-19. Le suivi parallèle de l'activité d'IMG permettrait d'évaluer le recours à l'interruption de grossesse au-delà du délai légal de l'IVG.

II. Indicateurs de suivi à mettre en œuvre

Rappel : ces indicateurs ne doivent pas être calculés par les établissements. Ils seront calculés au niveau national.

- Nombre de séjours pour IVG complète non compliquée

¹² Non conforme aux recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) et à l'autorisation de mise sur le marché (AMM), mais ayant fait l'objet de recommandations du Collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF).

Nombre de séjours pour IMG complète non compliquée

- Nombre de séjours pour IVG / IMG complète compliquée
- Nombre de séjours pour IVG / IMG incomplète
- Nombre de réhospitalisations pour IVG / IMG complète compliquée
- Nombre de séjours pour échec d'une tentative d'avortement

Ces indicateurs seront détaillés selon le terme et la méthode (médicamenteuse ou non) lorsqu'approprié.

IV. Modalités d'identification à partir du PMSI

Seront pris en compte, pour le calcul de ces différents indicateurs, tous les RSA avec un DP commençant par O04.-, O05.-, O06.-, O07.- ou O08.-.