

# Comité Technique plénier MCO

**09 octobre 2018**

# Ordre du jour du CT plénier

## ○ Classification

- CMA
- Ambulatoire chirurgical :  
CMD09

## ○ Information médicale

- Evolution du recueil du mode d'entrée : conversions en HC

## ○ Nomenclatures

## ○ Divers

- Suppression de l'UM IVG
- Suivi des séjours des nouveau-nés auprès de la mère
- Enregistrement des naissances et accouchements en maison de naissance

# CMA

- **Révision standard (à méthodologie constante) et complète**
  - Attribution d'un niveau par diagnostic
    - Calcul d'effets isolés
    - Relecture médicale de l'ensemble des résultats
  - Révision des effets âge
    - Par optimisation de PVE principalement

- Révision standard (à méthodologie constante) et complète
  - Attribution d'un niveau par diagnostic
    - Calcul d'effets isolés
    - Relecture médicale de l'ensemble des résultats
  - Révision des effets âge
    - Par optimisation de PVE principalement

# Niveaux des diagnostics

○ En unité **diagnostics** on observe les changements suivants:

- 2,1% des diagnostics changent de niveau
- Changements toujours à +/- 1

V2018	V2019				
	1	2	3	4	Total
1	8 912	109			9 021
2	64	3 416	36		3 516
3		34	664	29	727
4			23	501	524
Total	8 976	3 559	723	530	13 788

Niveau	(V2019-V2018)/V2018
1	-0,50%
2	+1,22%
3	-0,55%
4	+1,15%

# Niveaux des diagnostics

## En unité **séjours**, on observe les changements suivants:

- Périmètre :
  - séjours en GHM se terminant par 1,2,3 ou 4
  - CMD09 en V2018
  - Effets âge de la V2018
  - Public + Privé
- 4 759 séjours dont le niveau augmente et 26 175 séjours dont le niveau diminue (= 0,4% de changements)
- Passage des niveaux 3 à 2 et des niveaux 4 à 3

	V2019				
V2018	1	2	3	4	Total
1	4 078 178	1 837			4 080 015
2	1 985	1 659 720	2 045		1 663 750
3		21 446	1 219 918	877	1 242 241
4			2 747	438 052	440 799
Total	4 080 163	1 683 003	1 224 710	438 929	7 426 805

Niveau	(V2019-V2018)/V2018
1	0,00%
2	+1,16%
3	-1,41%
4	-0,42%

# Niveaux des diagnostics : Problématique de l'état grabataire

- 1 diagnostic responsable de plus de la moitié des changements de niveaux
- R2630 Etat grabataire : niveau 3 => niveau 2

## Etat grabataire en niveau 2

	V2019				
V2018	1	2	3	4	Total
1	4 078 178	1 837			4 080 015
2	1 985	1 659 720	2 045		1 663 750
3		21 446	1 219 918	877	1 242 241
4			2 747	438 052	440 799
Total	4 080 163	1 683 003	1 224 710	438 929	7 426 805

Niveau	(V2019-V2018)/V2018
1	0,00%
2	+1,16%
3	-1,41%
4	-0,42%

## Etat grabataire en niveau 3

	V2019				
V2018	1	2	3	4	Total
1	4 078 178	1 837			4 080 015
2	1 985	1 659 720	2 045		1 663 750
3		5 404	1 235 960	877	1 242 241
4			1 066	439 731	440 799
Total	4 080 163	1 666 962	1 239 071	440 608	7 426 805

Niveau	(V2019-V2018)/V2018
1	0,00%
2	+0,19%
3	-0,26%
4	-0,04%

# Niveaux des diagnostics : Problématique de l'état grabataire

---

## ○ Effet isolé sur les durées

- Code à la limite entre niveau 2 et 3
- Effet relativement stable dans le temps depuis 2011

## ○ Effet isolé sur les coûts (ENC 2014 + 2015)

- Surcoût moyen de 2 036 €
- Correspond au surcoût moyen des niveaux 2 (2011 €)

# Niveaux des diagnostics : Problématique de l'état grabataire

## ○ Calculs de PVE

Périmètre	Version	secteur	BN (2017)		ENC (2015 + 2016) - Npublic=1 830 351 / Nprivé=317 108			
			PVE (durée)	evol /V2018	PVE (coûts)	PVE (durée)	evol Coût /2018	Evol DS / 2018
SAUF CMD 14,15,28,90 et séjours en GHM J, Z, T, E	V2018	P+P	42,644%	0%	-	-		
	V2018	PU	41,268%	0%	46,255%	43,692%	0%	0%
	V2018	PI	46,204%	0%	56,020%	52,913%	0%	0%
	V2019	P+P	42,627%	-0,04%	-	-		
	V2019	PU	41,250%	-0,04%	46,257%	43,676%	0,0039%	-0,0368%
	V2019	PI	46,200%	-0,01%	55,999%	52,912%	-0,0371%	-0,0011%
	V2019 - EG=3	P+P	42,641%	-0,01%	-	-		
	V2019 - EG=3	PU	41,264%	-0,01%	46,250%	43,683%	-0,0102%	-0,0204%
	V2019 - EG=3	PI	46,203%	0,00%	55,997%	52,905%	-0,0402%	-0,0149%

### ○ Sur BN:

- PVE sur durée en légère baisse quel que soit le niveau donné à état grabataire, mais baisse moins marquée si niveau 3

### ○ Sur ENC:

- PVE sur durée en légère baisse quel que soit le niveau donné à état grabataire, mais baisse moins marquée si niveau 3
- PVE sur les coûts en hausse si état grabataire en niveau 2, mais en baisse si état grabataire en niveau 3 (pour le public)

### ○ Etat grabataire = plutôt niveau 3 en durée, plutôt niveau 2 en coûts

- Révision standard (à méthodologie constante) et complète
  - Attribution d'un niveau par diagnostic
    - Calcul d'effets isolés
    - Relecture médicale de l'ensemble des résultats
  - Révision des effets âge
    - Par optimisation de PVE principalement
    - Périmètre :
      - Avec les modifications des niveaux diagnostics de la V2019 (état grabataire = niveau 2)

## CMA : Effets âge (méthodologie)

- Test de tous les scénarii possibles d'effets âge existants (5 effets pour les personnes « âgées » + 1 effet enfant => 6x2 = 12 scenarii)

mth	Commentaires
0	ne rien faire
0.5	<i>effet age uniquement sur les enfants</i>
1	niveau+1 si niveau=1 et âge>69
1.5	<i>mth 1 : avec en plus effets age sur les enfants</i>
2	niveau+1 si niveau=1 et âge>79
2.5	<i>mth 2 : avec en plus effets age sur les enfants</i>
3	niveau+1 si niveau<3 et âge>69
3.5	<i>mth 3 : avec en plus effets age sur les enfants</i>
4	niveau+1 si niveau<3 et âge>79
4.5	<i>mth 4 : avec en plus effets age sur les enfants</i>
6	niveau+1 si niveau<4 et âge>79
6.5	<i>mth 6 : avec en plus effets age sur les enfants</i>
<b>Rappel : effet age sur enfant passe simplement du niveau 1 eu niveau 2</b>	

- On sélectionne généralement le résultat donnant la meilleure PVE

# CMA : Effets âge (résultats)

## ○ Résultats en unité racines

Méthode actuelle (V2018)	Nouvelle méthode (V2019)													Total
	0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	6	6.5		
0	274		1											275
0.5	6	15												21
1	1	1	8											10
1.5				1										1
2	1				22									23
2.5					1	2								3
3						1	55		2		1			59
3.5							1	6						7
4	1				1				22		4			28
4.5										2				2
6	5						1		3		59	1		69
6.5												3		3
Total	288	16	9	1	24	3	57	6	27	2	64	4		501

- 32 racines avec un changement d'effet âge sur un total de 501
- Plus de racines sans effets âge qu'auparavant (1 racine obtient un effet âge alors que 14 racines perdent cet effet)

# CMA : Effets âge (résultats)

- Résultats en unité **séjours (public + privé)**
  - V2019 anciens effets âge vs. V2019 nouveaux effets âge
  - 6 170 séjours (0,08%) changent de niveau

V2019 - anciens effets âge	V2019 - nouveaux effets âge				
	1	2	3	4	Total
1	4 079 945	219			4 080 164
2	2 550	1 680 452	2		1 683 004
3		949	1 221 786	1 973	1 224 708
4			477	438 452	438 929
<b>Total</b>	4 082 495	1 681 620	1 222 265	440 425	7 426 805

Niveau	(Nouveaux-Anciens)/Anciens
1	+0,06%
2	-0,08%
3	-0,20%
4	+0,34%

# CMA : Niveaux diagnostics + Effets âge (résultats PVE)

- PVE public/privé toutes modifications prises en compte
  - PVE en légère baisse au global et sur le public
  - Amélioration due aux nouveaux effets âge très minime et ne compense pas la perte de PVE due aux changements de niveaux des diagnostics

Périmètre	Version	secteur	BN (2017)	
			PVE (durée)	evol /V2018
SAUF CMD 14,15,28,9 0 et séjours en GHM J, Z, T, E	V2018	P+P	42,644%	0%
	V2018	PU	41,268%	0%
	V2018	PI	46,204%	0%
	V2019	P+P	42,633%	-0,03%
	V2019	PU	41,255%	-0,03%
	V2019	PI	46,207%	+0,01%

# CMA

## Les dernières révisions

---

### ○ V2015

- Révision des listes et des effets âge

### ○ V2017

- Révision des regroupements de diagnostics
- Révision des listes

### ○ V2019

- Révision des listes et des effets âge

- 
- **Méthodologie constante**
  - **Impacts relativement peu importants**

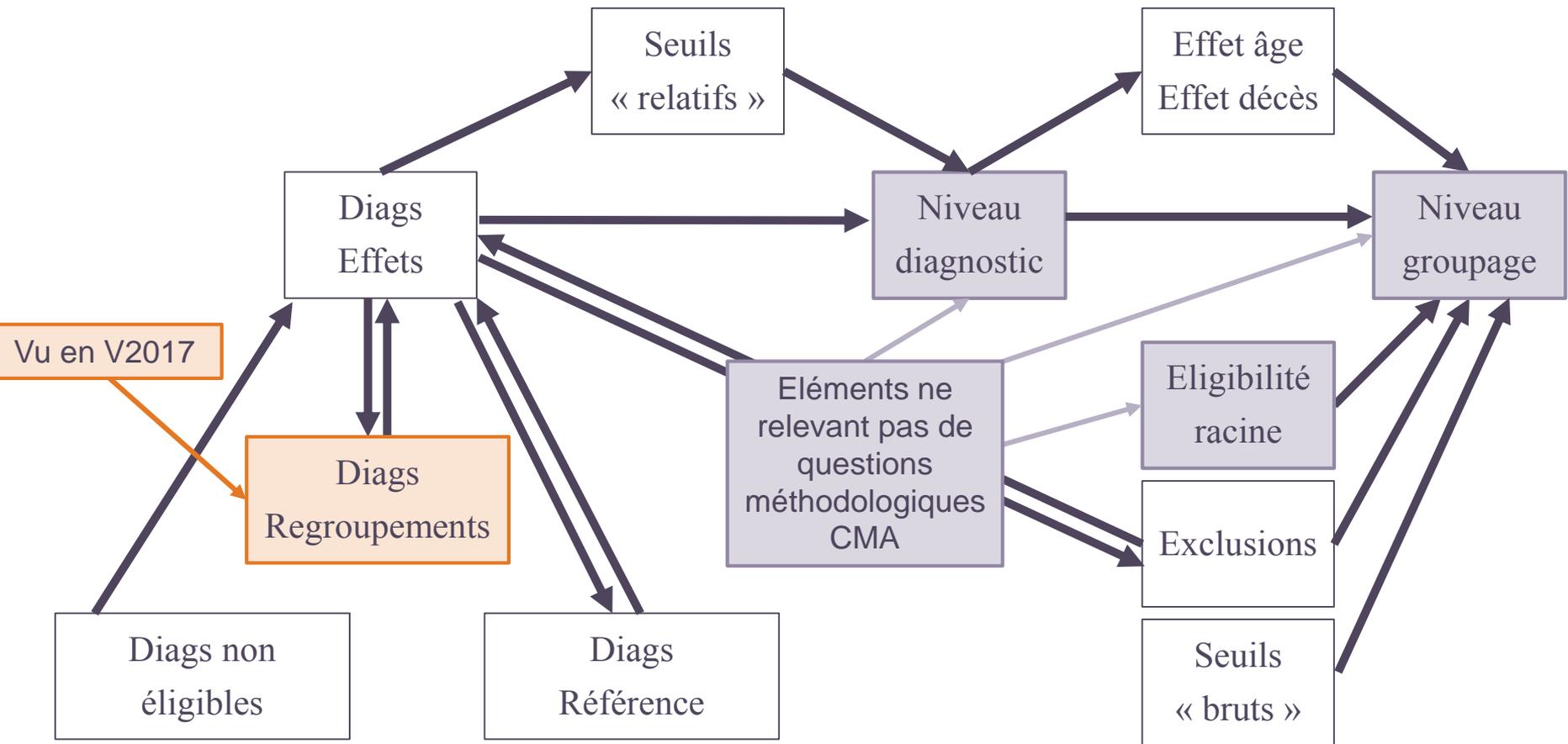
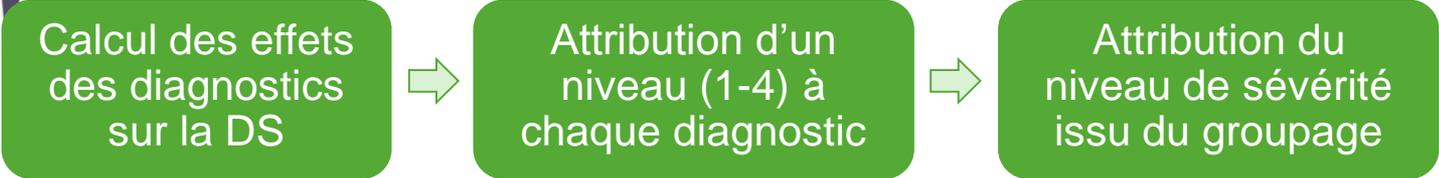
# Le processus fonctionnel CMA

## Comment aboutit-on à un niveau de sévérité?

atfh

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION

A → B  
⇔ « A utilise B »



### ○ Plusieurs options sont à l'étude

- Modulation des effets de façon plus ou moins locale
- Introduction de CMA multiples

### ○ Tous les autres éléments du processus sont à l'étude, notamment les questions de seuils (bruts et relatifs)

# CMD09

**Meilleure prise en compte de l'ambulatoire  
en chirurgie**

# Problématique 1

## Chirurgie des tumeurs malignes du sein



### ○ UNICANCER:

- Subdiviser actes avec et sans curage est désincitatif à la bonne pratique (favoriser GS)
- La subdivision est faite sur des données erronées dans le secteur ex-OQN donc non valable

# Eléments de cadrage statistiques

Racine	type_etab	CURAGE	nbsejs	DMS	DMS type
04_TMSEIN_INT	CH	non	131	1,6	1,8
04_TMSEIN_INT		oui	3 349	1,8	
04_TMSEIN_INT	CHR/U	non	69	2,3	2,0
04_TMSEIN_INT		oui	1 358	1,9	
04_TMSEIN_INT	CLCC	non	365	0,8	1,0
04_TMSEIN_INT		oui	1 571	1,1	
04_TMSEIN_INT	PSPH/EBNL	non	17	2,0	2,0
04_TMSEIN_INT		oui	819	2,0	
04_TMSEIN_INT	Privé	non	363	0,9	1,5
04_TMSEIN_INT		oui	15 413	1,5	
05_TMSEIN_AUT	CH	non	5 546	1,0	1,0
05_TMSEIN_AUT	CHR/U	non	3 964	1,0	1,0
05_TMSEIN_AUT	CLCC	non	10 254	0,5	0,5
05_TMSEIN_AUT	PSPH/EBNL	non	1 030	0,9	0,9
05_TMSEIN_AUT	Privé	non	4 763	0,8	0,8

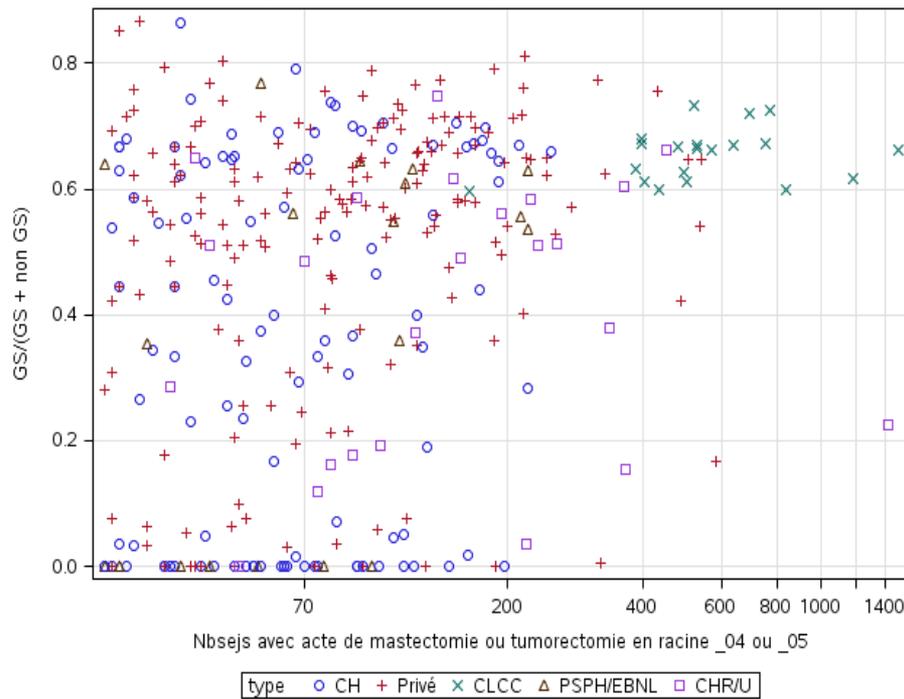
Les séjours de la racine \_04 sont en moyenne plus longs que les séjours de la racine \_05 (pour les séjours avec tumorectomie ou mastectomie et niveau = 1/J)

Le ratio des DMS \_04/\_05 est d'environ 2 quelque soit le type d'établissement :

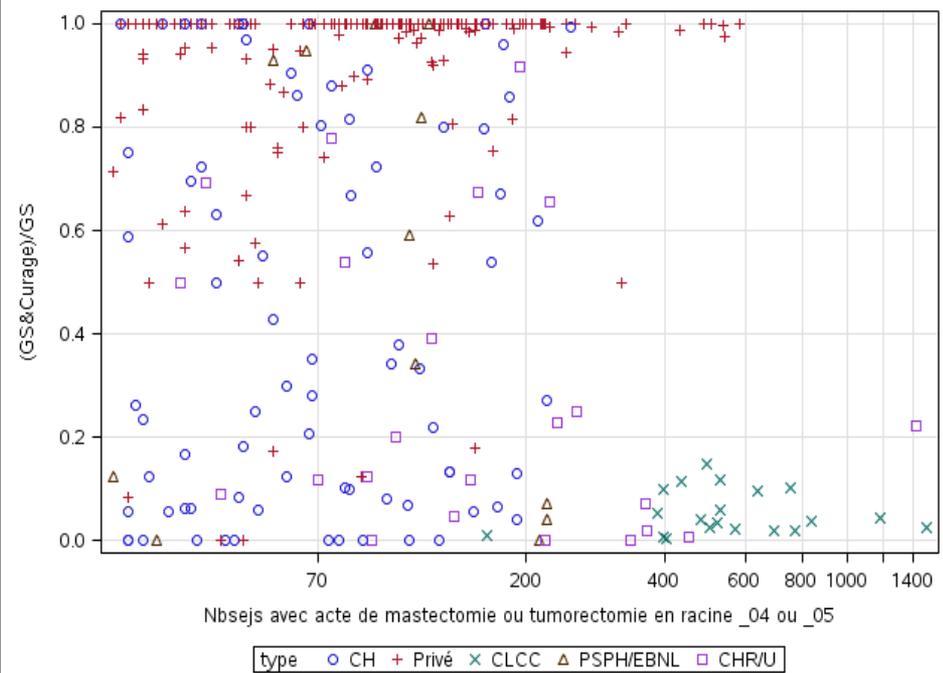
- CH = 1,8
- CHR/U = 2
- CLCC = 2
- PSPH/EBNL = 2,3
- Privé = 1,9

# Taux de séjour avec GS et taux de séjour avec curage si GS (2017)

Ratio Nb séjours avec GS / Nb séjours avec ou sans GS - (RSA 2017)



Ratio Nb séjours avec GS&Curage / Nb séjours avec GS - établissements sans actes relatif au GS non représentés

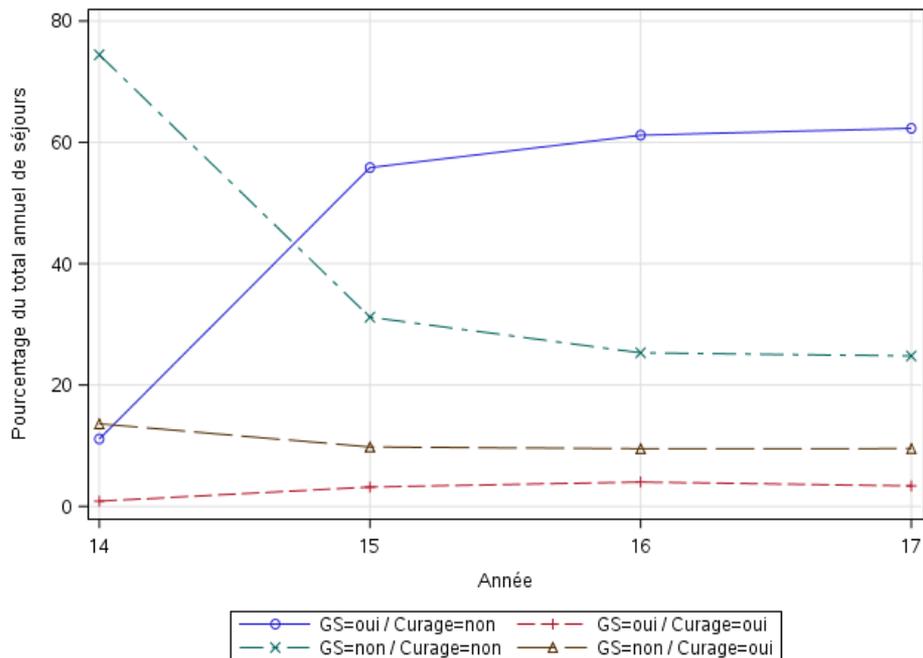


# Evolution de la pratique du GS et du curage

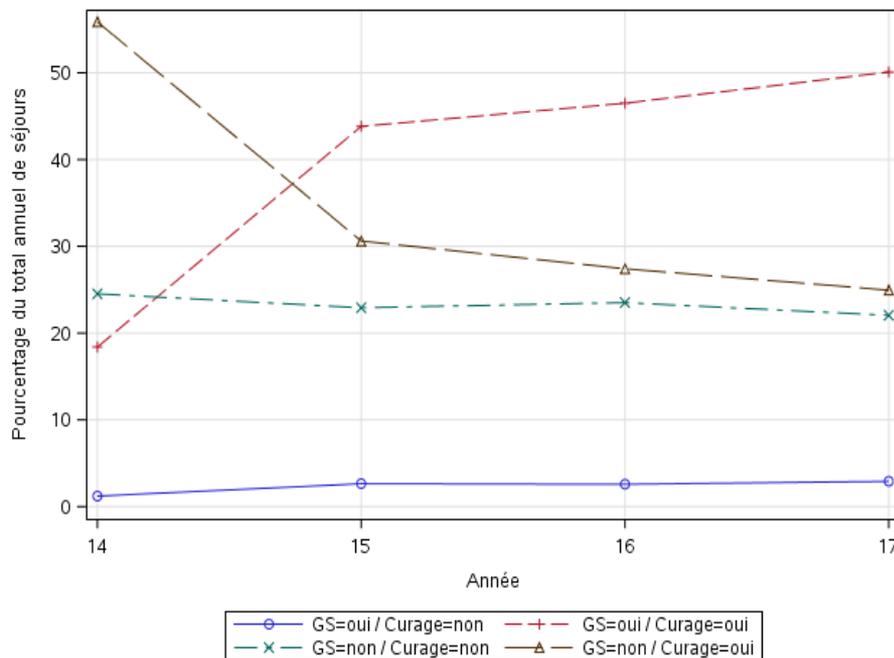
## CLCC

## Privé

Distribution des types de séjours en fonction du GS et du Curage par année -  
 Etablissement=CLCC



Distribution des types de séjours en fonction du GS et du Curage par année -  
 Etablissement=Privé



# Conclusions

---

## ○ Mauvaise qualité de codage

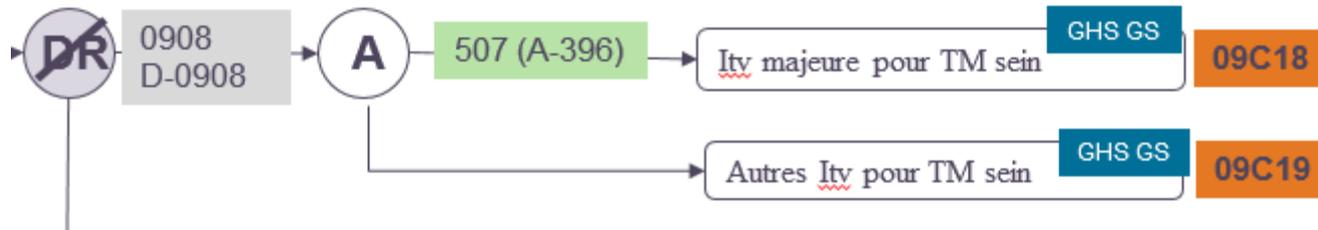
- Pas d'impact actuellement sur le financement des établissements car c'est le même GHM pour les 2 stratégies (avec ou sans curage)
- Impact sur les honoraires des chirurgiens

## ○ Si maintien de la segmentation en trois racines

- Impact sur le financement des établissements puisque la tumorectomie avec curage serait mieux valorisée
- Impact sur les honoraires des chirurgiens

## Actions à mener

- Revenir à une segmentation à deux racines
  - Pas les mêmes listes que la V2018



- Contrôle DATIM/OVALIDE sur les taux de tumorectomies et mastectomies associées à un curage
- Consignes de codage dans le Guide méthodologique

# Autres problématiques ①

Questions posées	Réponses
Actes d'ablation de prothèse mammaires non pertinents dans la liste des interventions majeures du sein hors tumeurs malignes	Les DMS des actes d'ablation de prothèse mammaire sont peu éloignées de la DMS moyenne de la racine → <b>valide dans cette racine</b>
Les curages ganglionnaires cervicaux et thoraciques ne devraient pas être dans le même regroupement	Les actes de la racine 07_CURAGE présentent une certaine hétérogénéité dans les DMS. Mais ces curages ganglionnaires sont en lien avec des DP spécifiques de la CMD09 : C43 Mélanome malin de la peau et C44 TM de la peau et, de ce fait ne peuvent pas être exclus de cette CMD. Ils ne peuvent pas être transférés dans une autre racine puisque seule la racine 07_CURAGE concerne ce type de prise en charge.

## Autres problématiques ②

Questions posées	Réponses
Hétérogénéité dans la liste des diagnostics « ulcères et phlegmons »	Certains diagnostics avaient une DMS plus basse et ont été retirés de la liste I891 lymphangite, L890 et L899 ulcère de décubitus stade 1 et SAI
L'acte HKMA006 correspond à de la chirurgie de la malformation des enfants et devrait être sorti de la CMD	Cet acte est présent dans la liste des actes des racines de la zone anale mais il ne concerne aucun séjour en 2017, 2016, 2015, 2014 et 2013 → Cet acte peut être enlevé de la CMD
Incohérence des niveaux de lourdeur des actes entre les listes pour tumeur maligne et hors tumeur maligne.	Le diagnostic de tumeur maligne du sein ou pas modifie la lourdeur de certains actes et surtout leurs effectifs, il est donc normal que certains actes soient dans des niveaux (majeur, intermédiaire, autre) différents



# Avant / Après partie TM Sein

racine	Avec racine 04_				Sans racine 04_			
	DMS	nbsej	PCT0J	PCTCMA	DMS	nbsej	PCT0J	PCTCMA
03_TMSEIN_MAJ	4,4	21 824	3,4%	27,9%	4,4	21 932	3,5%	27,5%
04_TMSEIN_INT	1,8	26 555	28,1%	8,1%	-	-	-	-
05_TMSEIN_AUT	0,9	27 267	57,0%	3,3%	1,4	53 714	42,8%	4,0%

- Comparaison Avant / Après suppression de la racine 05\_ sur la partie TM Sein
  - La racine 03\_ des TM « majeures » est très peu impactée
  - La racine 05\_ est fortement impactée :
    - le nombre de séjours double par rapport à la situation avant suppression
    - La DMS passe de 0,9 à 1,4
    - La pourcentage de 0 jours diminue de près de 15 points

# Répartition en GHM

- 19 racines au lieu de 14
  - 7 racines lourdes sans GHM courts
  - 4 racines avec un effet âge
- Le nombre de GHM de la partie chirurgicale de la CMD 09 passe de **68** à **86**

Racines	N GHM	GHM court	Effet âge
01_RECMA5	4	non	2
02_RECISOL	4	non	2
03_TMSEIN_MAJ	4	non	non
05_TMSEIN_AUT	5	J	non
06_HTMSEIN_MAJ	4	non	6
07_HTMSEIN_AUT	5	J	non
08_CURAGE	5	J	non
09_ONTBK	5	J	non
10_EXGRF_INFECT	4	non	non
11_EXGRF_MAJ	4	non	non
12_EXGRF_INT	5	J	non
13_EXGRF_MOU	5	J	non
14_EXGRF_AUT	5	J	non
15_PLASII	4	non	non
16_ANAL_COND	5	J	non
17_ANAL_ITV	5	J	3
18_FACE_ORI	5	J	non
19_AUT_MAJ	5	J	non
20_AUT_CMD	5	J	non

# Pertinence de la nouvelle classification : données de PVE

## PVE sur la DMS (RSA 2017)

type PVE	Périmètre (RSA 2017)	Secteur	PVE V2018	PVE V2019	PVE V2019 - PVE V2018	Nbgroupes (racine ou GHM - V2018)	Nbgroupes (racine ou GHM - V2019)
racine	Niveaux 1+J (V2018)	tous	29,560%	34,505%	4,94%	14	19
racine	Tous niveaux	tous	10,697%	18,690%	7,99%	14	19
GHM	Tous niveaux	tous	52,120%	52,229%	0,11%	67	87
racine	Niveaux 1+J (V2018)	ex-DGF	21,770%	26,780%	5,01%	14	19
racine	Tous niveaux	ex-DGF	9,348%	16,986%	7,64%	14	19
GHM	Tous niveaux	ex-DGF	49,233%	49,469%	0,24%	67	87
racine	Niveaux 1+J (V2018)	ex-OQN	41,510%	45,172%	3,66%	14	19
racine	Tous niveaux	ex-OQN	19,421%	26,780%	7,36%	14	19
GHM	Tous niveaux	ex-OQN	60,984%	59,748%	-1,24%	66	85

- Amélioration marquée de la PVE par racine
  - Prise en charge chirurgicale chez un patient standard (non complexe et non compliqué)
  - + 90% des séjours dans cette zone
- Calculs CMA
  - Niveaux Diagnostics de la V2018
  - Intègrent les effets âge de la V2019

# Pertinence de la nouvelle classification : données de PVE

## PVE sur les coûts (ENC 2015 + 2016)

type PVE	Périmètre (ENC 2015+2016)	Secteur	PVE V2018	PVE V2019	PVE V2019 - PVE V2018	Nbgroupes (racine ou GHM - V2018)	Nbgroupes (racine ou GHM - V2019)
racine	Niveaux 1+J (V2018)	ex-DGF	43,291%	46,990%	7,69%	14	19
racine	Tous niveaux	ex-DGF	10,990%	16,886%	5,90%	14	19
GHM	Tous niveaux	ex-DGF	39,296%	40,867%	1,57%	65	86
racine	Niveaux 1+J (V2018)	ex-OQN	53,217%	56,581%	3,36%	14	19
racine	Tous niveaux	ex-OQN	30,945%	34,167%	3,22%	14	19
GHM	Tous niveaux	ex-OQN	59,411%	57,506%	-1,90%	61	77

- Amélioration marquée de la PVE par racine
  - Amélioration plus marquée pour ex-DGF
- Résultats avec une tendance relativement similaire à celle obtenue sur les durées de la BN 2017

# Redistribution des journées : V2019 vs V2018

- Pour chaque version de classification, on calcule un nombre de journées théoriques
  - Pour un groupe donné (type d'établissement x taille), on calcule le nombre de journées théoriques comme étant la somme de :
    - DMS(GHM) x NbSejs(GHM) pour tous les GHM du groupe
- On obtient alors un nombre de journées théoriques pour chaque version de classification V2018 et V2019

NbJ Redist V2019-V2018	Nombre de séjours en 09C (RSA 2017)				Total
	-200	200-499	500-999	1000+	
CH	122	117	1	329	569
CHR/U			143	1014	1157
CLCC		3	46	873	921
Privé	100	-505	-495	-302	-1202
PSPH/EBNL	270	-212	131	-1633	-1444
<b>Total</b>	<b>492</b>	<b>-597</b>	<b>-175</b>	<b>280</b>	<b>0</b>

%J Redist V2019-V2018	Nombre de séjours en 09C (RSA 2017)				Total
	-200	200-499	500-999	1000+	
CH	0,37%	0,11%	0,00%	1,11%	0,26%
CHR/U			0,94%	0,58%	0,61%
CLCC		0,31%	1,43%	1,37%	1,36%
Privé	0,81%	-0,76%	-0,35%	-0,23%	-0,34%
PSPH/EBNL	3,10%	-1,37%	1,18%	-6,21%	-2,35%
<b>Total</b>	<b>0,12%</b>	<b>-1,11%</b>	<b>-0,09%</b>	<b>0,13%</b>	<b>0,00%</b>

# Redistribution des journées : V2019 vs V2018

- Comparaison du nombre de journées théoriques au nombre de journées observées sur la BN 2017 (THEO-OBS)
  - En bleu = la V2019 est plus proche de la réalité que la V2018 (« amélioration »)
  - En rouge = la V2018 est plus proche de la réalité que la V2019 (« détérioration »)
  - Valeur positive = le nombre théorique de journées est supérieur au nombre observé de journées
  - Valeur négative = le nombre théorique de journées est inférieur au nombre observé de journées

NbJ THEO-OBS (2018 / 2019)	Nombre de séjours en 09C (RSA 2017)				Total
	-200	200-499	500-999	1000+	
CH	-1 972 / -1 793	-8 099 / -7568	-1 451 / -1 446	-2 260 / -1 904	-13 782 / -12 710
CHR/U			-878 / -775	-12 872 / -12 249	-13 750 / -13 024
CLCC		198 / 200	514 / 589	7 441 / 7 640	8 153 / 8 430
Privé	273 / 383	2 566 / 2 253	4 389 / 4 068	3 040 / 2 791	10 268 / 9494
PSPH/EBNL	2 300 / 2 575	348 / 185	274 / 415	6 190 / 4 635	9 112 / 7 810
<b>Total</b>	<b>601 / 1165</b>	<b>-4 987 / - 4 930</b>	<b>2 848 / 2 852</b>	<b>1 539 / 913</b>	<b>0 / 0</b>

%J THEO-OBS (2018 / 2019)	Nombre de séjours en 09C (RSA 2017)				Total
	-200	200-499	500-999	1000+	
CH	-5,7% / -5,2%	-7,4% / -6,9%	-2,7% / -2,7%	-7,1% / -6,0%	-6,0% / -5,5%
CHR/U			-5,4% / -4,8%	-6,8% / -6,5%	-7,0% / -6,3%
CLCC		30,4% / 30,7%	19,4% / 22,2%	13,0% / 13,4%	13,5% / 13,9%
Privé	2,3% / 3,2%	4,0% / 3,6%	3,2% / 3,0%	2,4% / 2,2%	3,0% / 2,8%
PSPH/EBNL	36,0% / 40,3%	2,3% / 1,2%	2,5% / 3,9%	30,9% / 23,2%	17,4% / 15,0%
<b>Total</b>	<b>1,1% / 2,2%</b>	<b>-2,6% / -2,6%</b>	<b>1,3% / 1,3%</b>	<b>0,4% / 0,2%</b>	<b>0% / 0%</b>

# Information médicale - Recueil

# Conversions hospitalisation partielle – hospitalisation complète

## ○ Demande HAS :

- Indicateur qualité portant sur les conversions chirurgie ambulatoire => hospitalisation
- Chirurgiens et anesthésistes : identifier le motif des conversions

## ○ Proposition de l'ATIH :

- Englober dans cette démarche toutes les conversions HP=>HC
  - Chirurgie ambulatoire
  - Les hospitalisations programmées d'HDJ (médecine ou secteur interventionnel)
  - Les séances

## ○ Experts DIM

- Avis premier plutôt en faveur du codage d'une modalité de provenance spécifique
- Après envoi du compte rendu : avis mitigés quant à la fiabilité de la saisie de cette donnée administrative

## ○ CT MCO

- Code provenance : fiabilité ?
- Application des règles : multiRum

# Contraintes actuelles concernant les recueils

---

## ○ Constat

- La règle d'une seule DMT par séjour s'impose dans certains établissements,
- La possibilité de réaliser des multiRums à partir d'HP n'est pas constante dans les SIH

## ○ **Nécessité d'obtenir un recueil identique pour tous les établissements :**

- Ceci y compris pour les établissements qui peuvent conserver les différents RUMs

# Proposition ATIH validée experts DIM

---

## ○ Définition

- Séjours initialement prévus en unité d'hospitalisation partielle, pour lesquels le patient est finalement admis en hospitalisation complète

## ○ Périmètre à valider :

- Hors activité ambulatoire foraine
- Mais incluant
  - les PIE pour l'établissement prestataire
  - les admissions après passage aux urgences

# Proposition ATIH validée experts DIM

- Evolution du format du RSS avec création d'une variable « conversion » au sein du RSS (un caractère)
- Donnée à renseigner
  - Dans le 1<sup>er</sup> RUM en HC
  - Précise l'existence ou non d'une conversion
  - 2 valeurs envisagées :
    - «0» : NON (pas de conversion)
    - «1» : OUI (Conversion)

Modifications par rapport à la version présentée en CTMCO :  
Valeur 1 : conversion  
Valeur 2 : absence de conversion

# Codage automatisé

Modifications : il n'y aura pas de codage automatisé. Le codage sera libre, avec des codes erreurs non bloquants pour signaler les incohérences possibles

- **Possibilité d'un codage automatisé par la fonction groupage des établissements pour les multiRUMs HP-HC :**
  - Au sein d'un séjour d'une nuit ou plus
  - Dont le 1<sup>er</sup> RUM
    - est d'une durée de 0 nuit en HP
    - est suivi d'une mutation en hospitalisation complète
  - Renseignement de la variable « conversion »
    - = 1 : « Conversion après prise en charge en HP »
  - Possibilité pour l'ES de modifier le renseignement automatique

## ○ Tableau(x) OVALIDE dédié(s)



# Nomenclatures

**CIM – CCAM**

**Évolutions 2019**

# Évolutions OMS – CIM-10 – synthèse

- **2019 : année d'évolutions majeures**
- **49 catégories et souscatégories créées avec leur notes**
- **16 catégories et souscatégories supprimées avec leur notes**  
*Les codes supprimés sont remplacés par des codes créés ou déjà existants*
- **18 notes ajoutées indépendamment de celles dues aux catégories et souscatégories créées**
- **5 notes supprimées indépendamment de celles dues aux catégories et souscatégories supprimées**
- **8 libellés modifiés : groupe, catégorie, sous catégorie**
- **23 notes modifiées**

# Évolutions nationales CIM-10

## Subdivision catégorie O04 Avortement médical

### ○ O04 Avortement médical

*[Voir les subdivisions avant O00]*

*Comprend : avortement thérapeutique*

*interruption de grossesse :*

- *légale avec intervention d'un professionnel de santé*
- *thérapeutique*

**À l'exclusion de : avortement clandestin : O05-**

- O04.-0 Interruption médicale volontaire de grossesse [IVG ans le cadre légal]
- O04.-1 Interruption médicale de grossesse [IMG] [ITG] pour cause embryonnaire ou fœtale
- O04.-2 Interruption médicale de grossesse [IMG] [ITG] pour cause maternelle
- O04.-3 Interruption médicale de grossesse [IMG] [ITG] pour association de causes fœtale et maternelle

### ○ Guide méthodologique

- Maintien de la consigne de codage du Z640 par convention

### ○ Ajustements de codes à apporter à « l'arrêté IVG »

## Subdivision catégorie P95 Mort fœtale

### ○ P95 Mort fœtale (de cause non précisée)

- P95.+0 Mort fœtale in utero ou perpartum suite à une interruption médicale de grossesse
- P95.+1 Mort fœtale in utero en dehors d'une interruption médicale de grossesse
- P95 .+2 Mort fœtale perpartum en dehors d'une interruption médicale de grossesse  
*Fœtus vivant au début du travail mais dont le décès est constaté au cours du travail ou à l'accouchement.*
- P95.+8 Mort fœtale sans précision en dehors d'une interruption médicale de grossesse

### ○ P96.4 Interruption de grossesse affectant le fœtus et le nouveau-né

*À l'exclusion de : interruption de grossesse affectant la mère (O04.-)*

- Son codage n'est plus nécessaire pour identifier mort fœtale avec interruption de grossesse
- Peut-être codé seul pour :
  - nouveau-né survivant quelques heures ou jours après interruption de grossesse ?
  - « jumeau » survivant après extraction sélective de fœtus jumeau ?
  - Autres situations ?

### ○ Ajustements à apporter à

**l'Instruction\_DGOS\_DGS\_DREES\_Mortinatalité\_26\_10\_2011**

# Évolutions nationales CIM-10

## Stades insuffisance cardiaque

---

### ○ Identification de trois stades de sévérité

- avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG]  $\geq 50$
- avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG]  $< 50$  et  $\geq 40$
- avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG]  $< 40$
- avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] non précisée

### ○ Portant sur les codes

- I11.0 Cardiopathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive)
- I13.0 Cardionéphropathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive)
- I13.2 Cardionéphropathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive) et rénale
- I50.0 Insuffisance cardiaque congestive
- I50.1 Insuffisance ventriculaire gauche

### ○ En attente des conclusions FSM : codes concernés

### ○ Consignes à prévoir sur le guide méthodologique

## **Autres travaux – exclusions facultatives**

---

- Identification des exclusions de la CIM qui pourraient être levées pour le codage PMSI**
- À confronter aux impératifs classification et fonction groupage**
- Pas assez avancés, pour une mise en œuvre 2019**

# Évolutions ATIH CCAM

## Description des césariennes

---

- **Déclinaison des 4 libellés de césarienne de la CCAM comme les accouchements par voie naturelle selon la parité et si la grossesse est unique ou multiple:**
  - Accouchement unique par césarienne ....., chez une primipare
  - Accouchement unique par césarienne ....., chez une multipare
  - Accouchement multiple par césarienne ....., chez une primipare
  - Accouchement multiple par césarienne ....., chez une multipare

# Déclinaison des césariennes

JQGA002	-11	Accouchement <b>unique</b> par césarienne programmée, par laparotomie, <b>chez une primipare</b>	JQGA003	-11	Accouchement <b>unique</b> par césarienne au cours du travail, par laparotomie, <b>chez une primipare</b>
JQGA002	-12	Accouchement <b>unique</b> par césarienne programmée, par laparotomie, <b>chez une multipare</b>	JQGA003	-12	Accouchement <b>unique</b> par césarienne au cours du travail, par laparotomie, <b>chez une multipare</b>
JQGA002	-21	Accouchement <b>multiple</b> par césarienne programmée, par laparotomie, <b>chez une primipare</b>	JQGA003	-21	Accouchement <b>multiple</b> par césarienne au cours du travail, par laparotomie, <b>chez une primipare</b>
JQGA002	-22	Accouchement <b>multiple</b> par césarienne programmée, par laparotomie, <b>chez une multipare</b>	JQGA003	-22	Accouchement <b>multiple</b> par césarienne au cours du travail, par laparotomie, <b>chez une multipare</b>
JQGA004	-11	Accouchement <b>unique</b> par césarienne en urgence en dehors du travail, par laparotomie, <b>chez une primipare</b>	JQGA005	-11	Accouchement <b>unique</b> par césarienne au cours du travail, par abord vaginal, <b>chez une primipare</b>
JQGA004	-12	Accouchement <b>unique</b> par césarienne en urgence en dehors du travail, par laparotomie, <b>chez une multipare</b>	JQGA005	-12	Accouchement <b>unique</b> par césarienne au cours du travail, par abord vaginal, <b>chez une multipare</b>
JQGA004	-21	Accouchement <b>multiple</b> par césarienne en urgence en dehors du travail, par laparotomie, <b>chez une primipare</b>	JQGA005	-21	Accouchement <b>multiple</b> par césarienne au cours du travail, par abord vaginal, <b>chez une primipare</b>
JQGA004	-22	Accouchement <b>multiple</b> par césarienne en urgence en dehors du travail, par laparotomie, <b>chez une multipare</b>	JQGA005	-22	Accouchement <b>multiple</b> par césarienne au cours du travail, par abord vaginal, <b>chez une multipare</b>

# Déclinaison des libellés de bypass gastrique pour obésité

---

- **Déclinaison des libellés HFCC003 et HFCA001 de Court-circuit [Bypass] gastrique pour obésité morbide, selon le type d'anse réalisé:**
  - Anse en Y
  - Anse en oméga
- **Pour en assurer un meilleur suivi, en accord avec la Société savante concernée.**
- **Libellés déclinés et introduits dans la CCAM descriptive à usage PMSI V5 2018**

# Libellés de bypass gastrique

HFCC003	-01	Court-circuit [Bypass] gastrique avec anse montée en Y, pour obésité morbide, par cœlioscopie	
HFCC003	-02	Court-circuit [Bypass] gastrique avec anse montée en oméga, pour obésité morbide, par cœlioscopie	
HFCA001	-01	Court-circuit [Bypass] gastrique avec anse montée en Y, pour obésité morbide, par laparotomie	
HFCA001	-02	Court-circuit [Bypass] gastrique avec anse montée en oméga, pour obésité morbide, par laparotomie	

Jusqu'à la fin 2018 le codage des codes pères n'induit pas de rejet

# Libellés de bypass gastrique : conséquences

---

- Les libellés déclinés gardent toutes les caractéristiques de leur code père, y compris pour le paiement à l'acte et l'orientation dans la classification MCO
- Libellés soumis à la procédure de l'accord préalable (AP), comme tous les libellés du sousparagraphe 07.03.02.09 *Actes thérapeutiques sur l'estomac pour obésité morbide ; extension à mentionner dans l'AP*
- À partir du 1<sup>er</sup> trimestre 2019 procédure d'accord préalable dématérialisée pour tous les codes du sousparagraphe 07.03.02.09 ; seuls les codes fils figureront dans le menu déroulant

# Points Divers

# Périnatalité et maisons de naissance

**Demandes de la DREES en juillet 2018  
Réponses ATIH et DGOS**

## **Demandes DREES (17 juillet 2018)**

---

- Suppression de l'UM IVG (72) ;
- Améliorer le recueil d'information concernant les séjours des nouveau-nés auprès de la mère ;
- Enregistrement dans le PMSI de l'activité (naissances et accouchements) en maison de naissance.

# Suppression de l'UM IVG

---

- En pratique les IVG devront être enregistrées selon leur caractéristiques médicales :
  - en gynécologie médicale ou en obstétrique ;
  - à défaut en chirurgie indifférenciée (UM53) ;
  - à défaut en médecine indifférenciée (UM29) ;
  - à défaut dans une UM existante.

# Enregistrement des nouveaux nés

- Création d'un mode d'entrée naissance :
  - Réponse : OK : nouvelle valeur sera proposée
- Création d'une UM «bébé en obstétrique » :
  - NON : par définition le bébé doit être localisé dans la même UM que la maman
  - Permettre d'identifier les bébés hospitalisés près de leur mère :
    - règles à rappeler afin de récupérer cette information
      - Variable à 1 : déclarative en établissement ex-DG et calculée pour les ex-OQN
    - Création d'un tableau qualité dans la rubrique périnatalité des tableaux OVALIDE

# VIDHOSP/RSF A

## Formats concernant le secteur ex-DGF uniquement

### VID-HOSP

Libellé de l'indicateur de la CMU	1	100	100			1	0 : Non / 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information
N° administratif de séjour de la mère	20	140	150			F	A renseigner pour tous les nouveau-nés dont la mère est hospitalisée dans l'établissement
Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère	1	100	100			F	1 pour oui laisser à vide sinon

## Formats concernant le secteur ex-OQN uniquement

### Formats des RSF

#### RSF A : début de facture

						vitale
N° de facture du séjour de la mère	194	202	9	Type 2 CP	30	A prendre sur la facture de la mère

# Demandes concernant les maisons de naissance

---

- La DREES souhaitait que l'activité des maisons de naissance soit rapidement intégrée au PMSI :
  - Comptabiliser les accouchements et naissances de façon homogène avec l'activité des maternités (=> exhaustivité pour calcul des indicateurs à partir du PMSI)
  - Avoir les diagnostics et actes réalisés pour la mère
  - Enregistrer les caractéristiques de l'enfant
  - Décrire le parcours de soins de femmes en cas de transfert
  - Évaluer le taux de réhospitalisation

# TEXTES : Maison de naissance

---

- Loi du 6 décembre 2013 :
  - l'activité de la maison de naissance est comptabilisée avec celle de la structure d'adossment (sans plus de précision)
  - En pratique : production d'un rapport annuel à transmettre aux ARS
- Mais en pratique :
  - la maison de naissance a une structure juridique distincte de l'établissement partenaire
  - Les maisons de naissance ne sont pas des structures d'hébergement

## Les réponses

---

- Le recueil sous format PMSI par l'établissement d'adossment est impossible :
  - La maison de naissance est une structure juridique indépendante,
  - Son activité est plus proche de l'activité libérale que de l'hospitalisation
  - Attente de la fin de l'expérimentation pour ce qui est du recueil d'activité
- En attendant
  - Identification des transferts en provenance de la maison de naissance en réactivant la variable TOP maison de naissance ?

Merci de votre attention

**Agence technique de l'information  
sur l'hospitalisation**

117, bd Marius Vivier Merle 69329 Lyon cedex 03

Téléphone : 04 37 91 33 10

Fax : 04 37 91 33 67

**[www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr)**