

Comité Technique Plénier HAD

03 juillet 2018

Ordre du jour du CT plénier

Nouveau modèle de financement

- Travaux de classification
- Mise en place d'une nouvelle variable

Nomenclatures

- CIM-10 2019
- CCAM descriptive pour usage PMSI 2019

Questions diverses

Travaux nouveau modèle de financement

La classification médico-économique

Etat d'avancement

- Période charnière de construction où l'on
 - Pose des hypothèses de structure
 - Définit des outils de décision
 - Analyse finement les données

- ... mais en cours !
 - Travaux de gros volume
 - Résultats encore évolutifs

- Présentation de la démarche méthodologique

Classifications médico-économiques

Définition

- La classification est un moyen de mettre en rapport une activité médicale avec des ressources consommées



- Les objectifs de sa construction sont
 - Le financement, basé tout ou partie sur la classification
 - Planification, pilotage
 - Mise en œuvre des politiques de santé
 - Comparaison des établissements

Classifications médico-économiques

Principes généraux

- Un classification de qualité doit rencontrer 4 grands principes
 - Les patients d'un même groupe nécessitent des consommations similaires de moyens et de ressources
 - Le système obtenu doit être médicalement interprétable et correspondre pour les médecins à des malades précis et des procédures définies
 - Le nombre final de groupes doit être raisonnable et aucun groupe ne doit être vide ou peu rempli
 - Les groupes doivent être définis par des variables couramment disponibles et précisément définies

Contexte spécifique de la HAD

- 199 203 séjours en 2017 = peu de séjours à classer
 - Peu de groupes attendus, une centaine au total
 - Possibilité de groupes avec des effectifs faibles (moins de 1 000 séjours)
- Activité prescrite
 - Réalisation de prises en charge définies, la phase diagnostique ayant été réalisée
 - Ressources mobilisées spécifiques et limitées par rapport à certains champs (personnel et plateau technique)
- Nombreuses variables disponibles, mais leur définition dans le contexte de la classification pourra être revue

Classifications médico-économiques

Etapes de construction



- Pour construire l'outil, deux questions initiales sont à résoudre
 1. Définir les dimensions de l'activité médicale en HAD
 2. Définir les ressources consommées, et la façon de les mesurer avec les variables disponibles

Question 1

Définir l'activité médicale en HAD

Le système obtenu doit être médicalement interprétable et correspondre pour les médecins à des malades précis et des procédures définies

- Travaux antérieurs de 2015 à 2016
 - Visites sur sites
 - Éléments de bibliographie
 - Structures des classifications étrangères
 - Difficultés liées au périmètre différent de l'activité à l'étranger

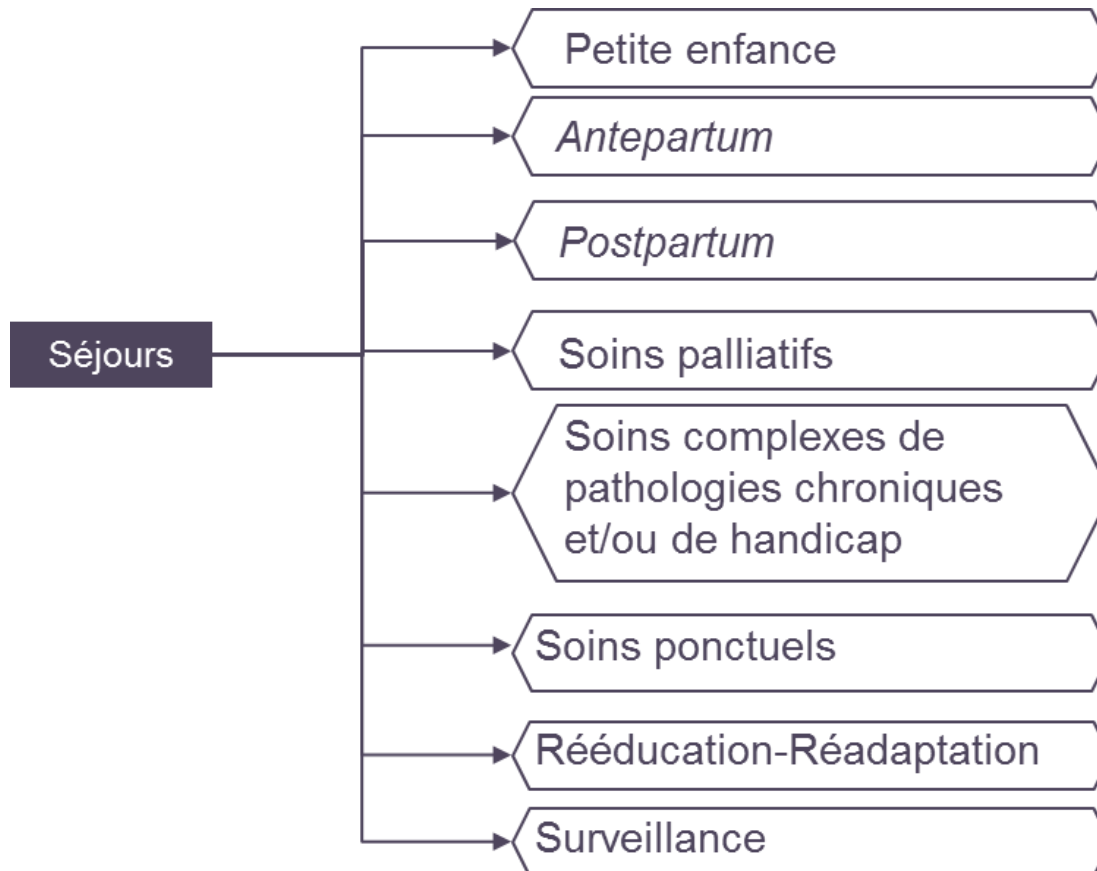
Premiers résultats

Rappels

- Nécessité d'une approche sur les types de soins en HAD :
 - De l'organisation du champ HAD
 - Du type de ressources mobilisées
 - Du projet médical prévu pour le patient
- Définition d'une première segmentation médicale sur le type de prise en charge
 - Parallèle avec les CMD en MCO/SSR qui définissent la spécialité médicale dont relève le patient, donc toute une série de prises en charge spécifiques

Première étape de la classification

Premier groupe



Classifications médico-économiques

Etapes de construction

- Nécessité de subdiviser ces premiers groupes selon des critères
 - Médicaux : types de patients, pathologies prises en charge, complexité
 - Économiques : ressources consommées systématiquement (personnel) ou non systématiquement (certains moyens techniques)
 - Exemples : MP14, MP14+06
- Permettra de stabiliser le périmètre exact de ces groupes et leur effectif

Question 1 bis

Définir l'activité médicale de chaque groupe

Le système obtenu doit être médicalement interprétable et correspondre pour les médecins à des malades précis et des procédures définies

- Méthode ATIH = **lecture médicale de résumés de séjour**
 - Réalisée par les médecins ATIH
 - Permet d'identifier les pistes de travail avant l'analyse statistique complexe des bases de données
 - Permet de considérer l'ensemble des informations d'un séjour
 - Pour prendre en compte ce qui ne sert pas à définir le GHPC, mais qui décrit l'histoire médicale
 - Pour identifier les informations permettant de discriminer les différentes prises en charge et situations cliniques

Lecture de séjours

Méthode

- Reconstitution des séjours en compilant toutes les séquences d'un même séjour
 - Dans la base nationale : toutes les variables du recueil sont affichées
 - Dans base ENC, les variables du recueil associées au nombre de passages des intervenants et aux coûts
- Tirage au sort de plusieurs centaines de séjours
 - Le plus souvent à partir des MPx (motif de prise en charge)
 - En position MPP (principal) ou MPA (associé)
 - Exemple précis : présenté plus loin
 - Selon différentes positions du MPx :
 - Mono ou multiséquence
 - En première séquence ou lors des séquences suivantes...

Exemples

○ Issus de l'ENC

Année entrée = 2015
 Finess =
 Entrée / Sortie = 7 (Transfert) / 8 (Domicile)
 Provenance / Destination = 1 (MCO) / -
 Age = 60 ans
 Sexe = homme
 Durée = 58 jours
 Nombre de séquences = 3

-----Base nationale-----			
MPP	03	X X X	Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre
MPA	09	X - X	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)
MPA	25	- X -	Prise en charge psychologique et/ou sociale
IK	70	X X X	
Durée	1	- X -	
Durée	4	X - -	
Durée	53	- - X	
MPD	09	- X -	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)
MPD	25	X - X	Prise en charge psychologique et/ou sociale
AVQ	8	X X X	
DP	M8627	X X X	OSTEOMYELITIS SUBAIG. - CHEV., PIED
DCMPA	E105	X X X	DIABETE TYPE 1, AVEC COMPLIC. VASC. PERIPH.
DA	F102	X X X	TBL. MENT. DUS A ALCOOL : SYND. DE DEPENDANCE

-----Nb Passages-----		
INF	2	- X -
INF	6	X - -
INF	57	- - X

-----Coûts-----		
COUTT2A	276	- X -
COUTT2A	1273	X - -
COUTT2A	10802	- - X
CDP	81	- X -
CDP	576	X - -
CDP	2527	- - X
BCMSS	55	- X -
BCMSS	219	X - -
BCMSS	2903	- - X
LGG	40	- X -
LGG	130	X - -
LGG	1611	- - X
STR	4	- X -
STR	16	X - -
STR	215	- - X
LDPT	1	- X -
LDPT	5	X - -
LDPT	69	- - X

Année entrée = 2015
 Finess
 Entrée / Sortie = 7 (Transfert) / 9 (Décès)
 Provenance / Destination = 1 (MCO) / -
 Age = 76 ans
 Sexe = homme
 Durée = 11 jours
 Nombre de séquences = 2

-----Base nationale-----			
MPP	04	- X	Soins palliatifs
MPP	14	X -	Soins de nursing lourds
MPA	00	X X	Pas de protocole associé
IK	20	- X	
IK	40	X -	
Durée	3	- X	
Durée	8	X -	
AVQ	20	X -	
AVQ	24	- X	
DP	C61	X X	T.M. DE LA PROSTATE
DA	C795	X X	T.M. IIRE. DES OS ET DE LA MOELLE OSSEUSE
DA	E1198	X X	DIABETE TYPE 2 NON INSULINOTRAITE OU SAI, SANS COMPLIC.
DA	R53+0	X X	ALTERATION [BAISSE] DE L'ETAT GENERAL
DA	Z4580	X X	AJUST. D'UNE PROTHESE INT.URINAIRE
DA	Z921	X X	ATCD. PERS. D'UTIL. A LONG TERME D'ANTICOAGULANTS
DA	Z923	X X	ATCD. PERS. D'IRRAD.
DA	Z926	X X	ATCD. PERS. DE CHIMIOTHERAPIE POUR TUM.

-----Nb Passages-----		
MEDT	1	X -
MEDT	2	- X
INF	9	- X
INF	22	X -

-----Coûts-----		
COUTT2A	693	- X
COUTT2A	1433	X -

Limites

- Nécessité de lire de nombreux séjours, en général au moins 200 documents de chaque type identifié
 - Le tirage au sort dans la base assure une représentativité des séjours lus
 - Pas de nécessité de valider la représentativité car l'objectif n'est pas quantitatif mais **qualitatif**
- La démarche génère une vision médicale mais sur un ensemble de critères limités
 - MPx, diagnostics, AVQ, durée, nombre de passages de soignants
- La base ENC compte 20% des journées et notamment celles de deux établissements ayant la plus forte activité
- Permet de poser des hypothèses qui **doivent être vérifiées statistiquement sur la base de données exhaustives**

Résultats généraux

- Le choix du premier MPP semble porteur d'une information sur ce qui est prévu pour le patient, sur le projet thérapeutique
- L'utilisation des seuls MPP et MPA semble limiter la description de certaines situations puisque certains séjours possèdent un MPD (MP documentaire)
- La vision de l'ensemble des diagnostics codés donne une vision souvent fine de l'état du patient
 - Ces éléments permettent de comprendre les situations médicales prises en charge
 - Mais toutes ne sont pas nécessaires pour faire une classification qui, par définition, aura une granularité médicale plus grossière

Exemple de résultats spécifiques ①

Place des enfants ?

- Lecture de séjours de patients de moins de 18 ans
 - Avec le MPP 22- *Prise en charge du nouveau né à risque* en mono ou multiséquence
 - En dehors du MPP 22, en mono ou multiséquence
- Résultats : Identification de quelques grandes catégories de prises en charge pour les enfants
 - Enfants nés avant terme ou hypotrophiques pris en charge lors de leur retour à la maison
 - Chimiothérapie pour cancer, plutôt dans un contexte adolescent
 - Traitement de pathologies infectieuses
 - Prise en charge de malformation ou de maladie congénitale avec possible réalisation de nutrition entérale (NE)

Exemple de résultats spécifiques ②

Place des enfants ?

○ Analyse

- Il est nécessaire de créer un groupe pour les tout-petits nés avant terme ou hypotrophiques de retour au domicile. Comment gérer les autres séjours d'enfants ?
- Sur un plan classificatoire et médical (effectifs et pathologies), isoler tous les enfants semble moins pertinent que d'isoler uniquement les plus jeunes
 - Quantifier chaque situation pour voir si des groupes autonomes d'enfants peuvent être constitués
 - Regarder si le coût des prises en charge des enfants est différent de celui des adultes pour des situations comparables
 - ...

○ Perspectives et actions à mener

- Quantifier et analyser les autres prises en charge identifiées lors de la lecture des séjours
- Mise en œuvre du plan d'analyse statistique

Les perspectives

Actions à mener

- Le travail est mené autour de chacun des 8 domaines d'activité identifiés, les uns après les autres
- Le travail est réalisé par une équipe de médecins et de statisticiens
- La méthode pour chaque domaine d'activité est
 1. Lecture médicale de plus de 1 000 séjours
 2. Identification collégiale des questions clés
 3. Rédaction collégiale d'un plan d'analyse
 4. Réalisation des analyses statistiques
 5. Analyse collégiale des résultats (avec un certain nombre de retours à l'étape 3)
 6. Construction de la classification
- Les 2 domaines d'activité les plus avancés sont en étape 4

Classifications médico-économiques

Etapes de construction



- Pour construire l'outil, deux questions initiales sont à résoudre
 1. Définir les dimensions de l'activité médicale en HAD
 2. **Définir les ressources consommées, et la façon de les mesurer avec les variables disponibles**

Question 2

Mesurer les ressources consommées

Les patients d'un même groupe nécessitent des consommations similaires de moyens et de ressources

- Au-delà de mesurer les ressources consommées, il s'agit d'identifier les situations qui mobilisent des quantités de ressources différentes
 - Les variables discriminant les situations
 - Les critères de jugement sur les variables
- Travaux réalisés en amont et en parallèle de l'analyse propre des domaines d'activité

Les variables explicatives du PMSI

- Lorsque 2 situations mobilisent des ressources différentes, il faut identifier les critères discriminant les deux situations
- Dans le cas de la classification, ce sont les variables collectées dans le PMSI

Variable liée	Caractéristique	Liste
A la prise en charge	Motifs de prise en charge Moyens mobilisés	MPP, MPA, MPD Actes
A l'état du patient	Diagnostics Dépendance Âge	DP, DCMPP, DCMPPA IK, AVQ Classes d'âge

Variable explicative potentielle

La prise en charge soignante

- La compétence et le nombre de passages des intervenants est potentiellement une variable explicative des ressources consommées, donc des différences de situations
- Ces variables ne sont pas collectées actuellement dans le PMSI
 - Ne pourront pas être utilisées dans la classification à ce stade
- Mais elles sont disponibles dans la base ENC
 - Peuvent être utilisées comme critère de jugement

Les critères de jugement

- Les critères de jugement discriminant deux situations sont de plusieurs types

Critère de jugement	Modalités
Effectif	Nombre de séjours
Durée de séjour	Moyenne, médiane Distribution, mode Analyse des séjours longs
Coût Moyen	Journalier, au séjour Total, des intervenants
Ressources utilisées	Type de personnel Nombre de passages Minutage des passages

Limites des critères de jugement

○ Limites générales

- Impact des règles de codage sur les données disponibles
- Impact du modèle de financement par GHPC sur le codage PMSI
- Gérer les séjours multiséquences

○ Limites particulières

Critère de jugement	Limites
Effectif	Gérer les situations rares et coûteuses
Durée de séjour	Définir les séjours très longs Gérer les séjours très longs
Coût	ENC contient un échantillon de l'ensemble des établissements de santé
Ressources utilisées	Non collectées dans la base nationale ENC contient un échantillon de l'ensemble des établissements de santé

Focus sur les actes

- Recueillis dans le PMSI, mais non classants
- Les actes plus fréquents recouvrent presque complètement le périmètre de certains MPx
 - Pourraient être utilisés, dans certains cas, à la place du MPP

Codes	Libellés	Effectif 2017	MPX relié
ANMP001	M.E.P +SURV. 1ANALGÉSIE CONTRÔLÉE PATIENT	39 885	07 – Prise en charge de la douleur
HSLD001	ALIMT ENTÉR. SONDE 20-35CAL/KG/J/24H	23 350	06 – Nutrition entérale
HSLF002	ALIMT PARENTÉRALE 20-35CAL/KG/J/24H	8 855	02 – Nutrition parentérale
JQQP001	ERCF 1> 20MN SF TRAVAIL	6 249	
HSLD002	ALIMT ENTÉR. SONDE >35CAL/KG/J/24H	3 077	06 – Nutrition entérale
GLLD017	O2THÉR. +SURV. CONTINUE OXYMÉTRIE SF VENTIL/24H	2 163	01 – Assistance respiratoire

Travaux préliminaires

- Identifier a priori les caractéristiques des séjours associées à une consommation plus élevée de ressources
→ à tester ensuite pour chaque domaine d'activité
- Deux exemples de travaux
 - Analyse des coûts par MPx selon le niveau de dépendance en AVQ
 - Analyse des variables explicatives du nombre de passages des infirmières et aides soignantes

Etude 1

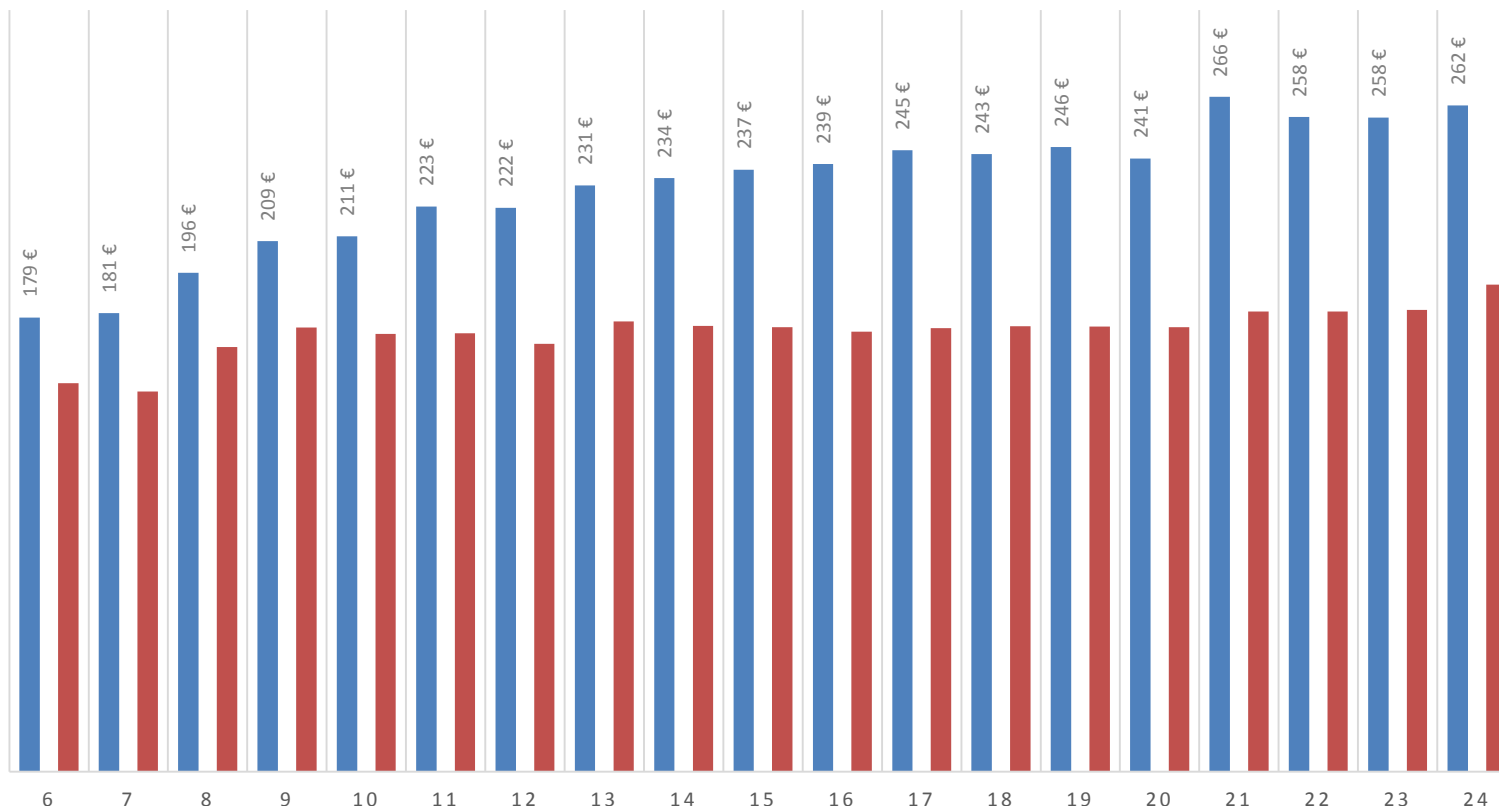
Analyse des coûts MPA*MPP*AVQ

- Bases ENC 2014-2015
- Les résultats sont en unité « séquence »
 - Difficile de déterminer MPP, MPA et AVQ uniques pour des séjours multi-séquences
 - 88 738 séquences analysées
- Coûts pour toutes les combinaisons MPP*MPA*AVQ
 - Le coût journalier T2A
 - 209 € pour tout MPP, tout MPA, tout AVQ
 - Le coût journalier par intervenant
 - 43 € pour tout MPP, tout MPA, tout AVQ

Analyse des coûts

Dépendance, coût T2A

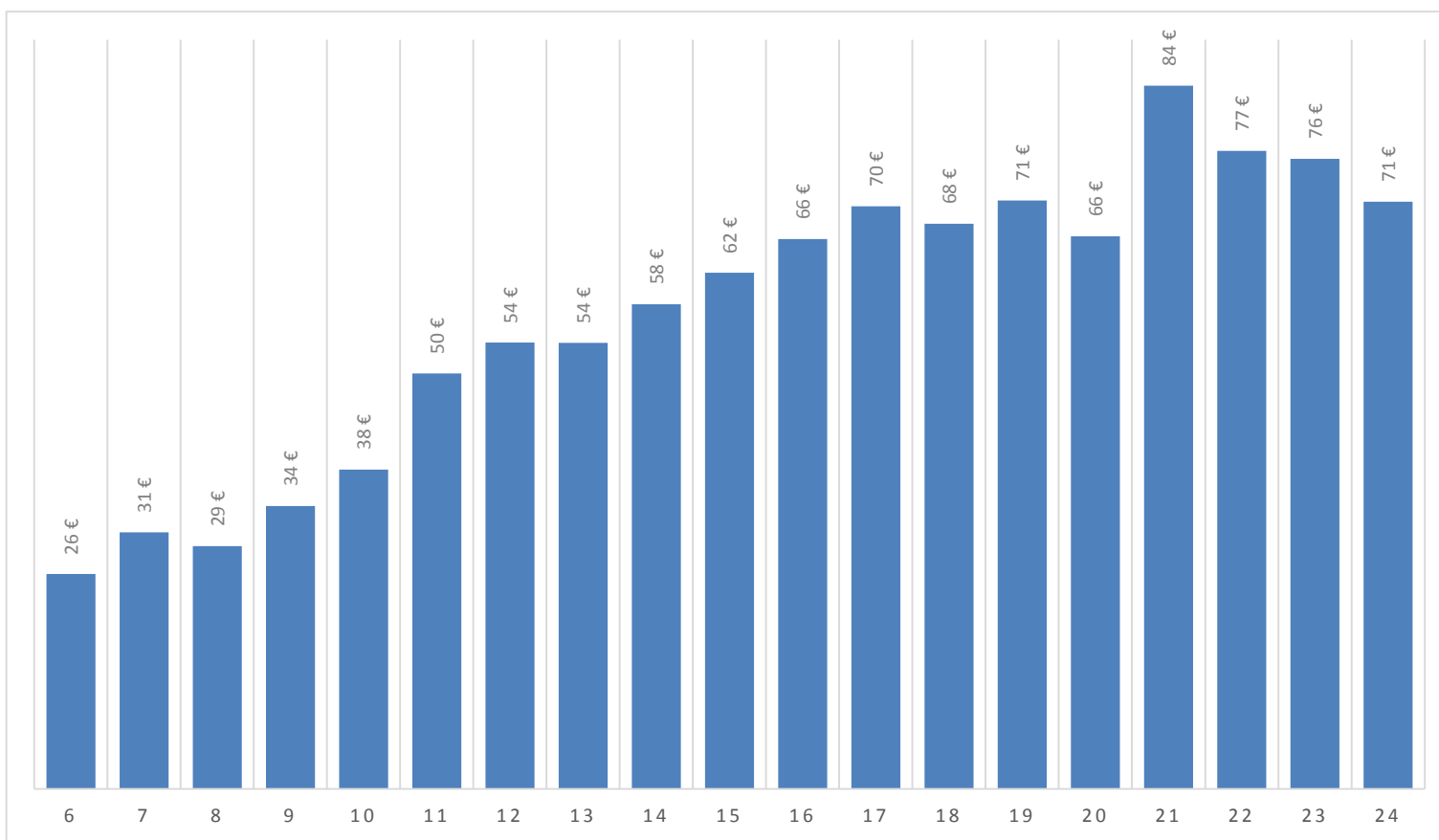
- Coût moyen journalier T2A, tout MPP, tout MPA selon le niveau d'AVQ (colonne bleue)
- Coûts hors intervenants (colonne rouge)



Analyse des coûts

Dépendance, coût des intervenants

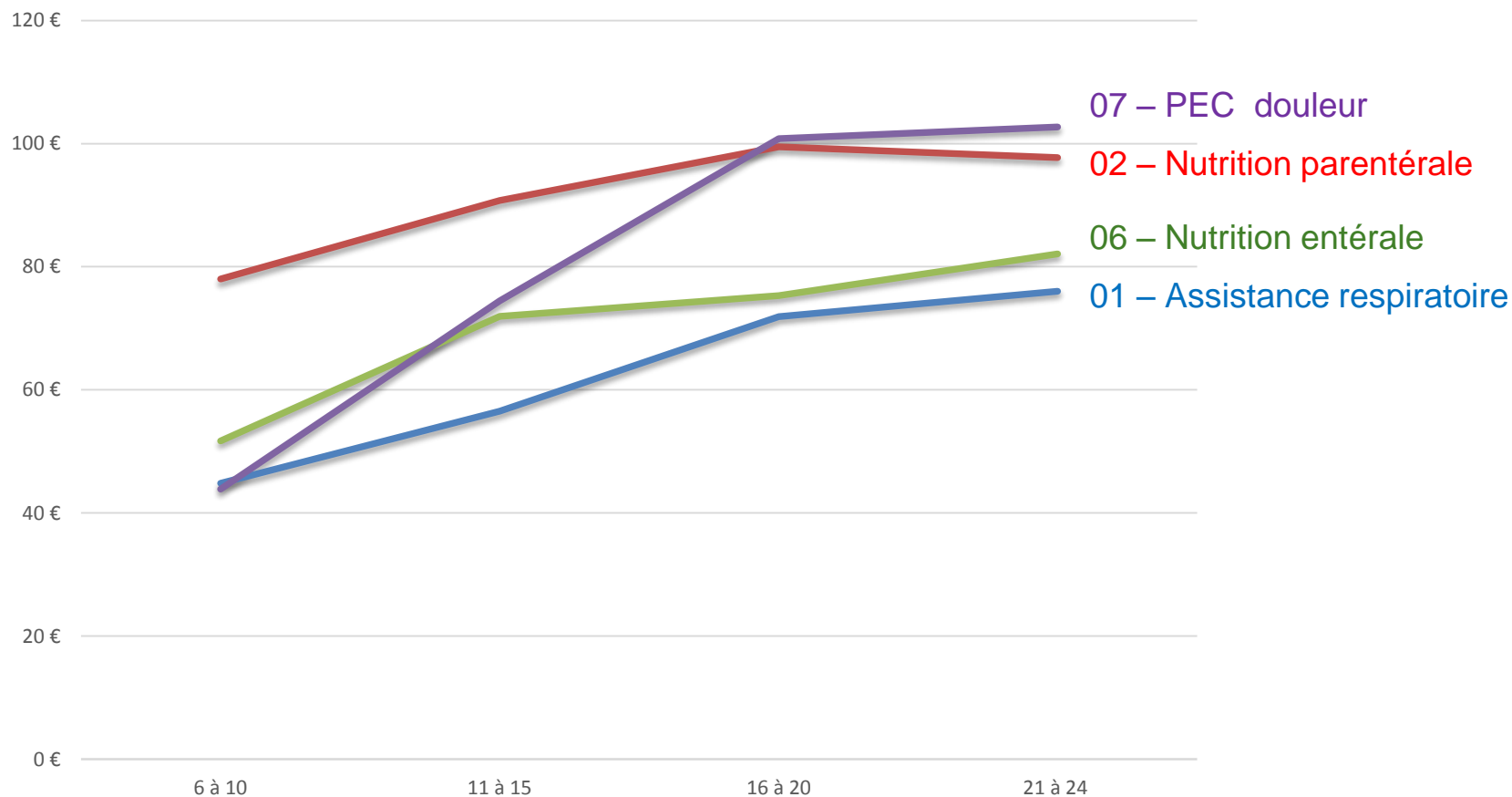
- Coût moyen journalier des intervenants, tout MPP, tout MPA selon le niveau d'AVQ



Analyse des coûts

Analyse de 4 MPA

- 4 MPA ayant un périmètre assimilable à un acte (tout MPP)
- AVQ regroupés en 4 classes, coûts des intervenants



Etude 2

Analyse du nombre de passages des intervenants

- Question posée = quelles sont les variables explicatives du nombre de passages des intervenants de type infirmière et aide soignante auprès du patient dans un contexte de
 - MPP 09 Pansements complexes
 - MPP 14 Soins de nursing lourd
- Les séjours sélectionnés selon le critère : la première séquence du séjour (ou tout le séjour pour un monoséquence) a un **MPP=09** ou un **MPP=14**.
- Les bases utilisées sont l'**ENC 2014 et 2015** concaténées (=si un séjour est à cheval sur les 2 années, il est reconstitué)

Variables explicatives du nombre de passages

- Variables potentiellement explicatives du nombre de passages quotidiens (nombre de passages dans séquence / durée de la séquence) d'infirmières et d'aide soignantes (cumulés) en cas de MPP 09 ou 14
 - DP
 - Mode de sortie (variant selon le périmètre sélectionné)
 - Age mis en 5 classes
 - (0-17 / 18-49 / 50-69 / 70-79 / 80+)
 - AVQ physique et AVQ cognitif, IK
 - MPP, MPA
- Résultats descriptifs par variable

Analyse descriptive

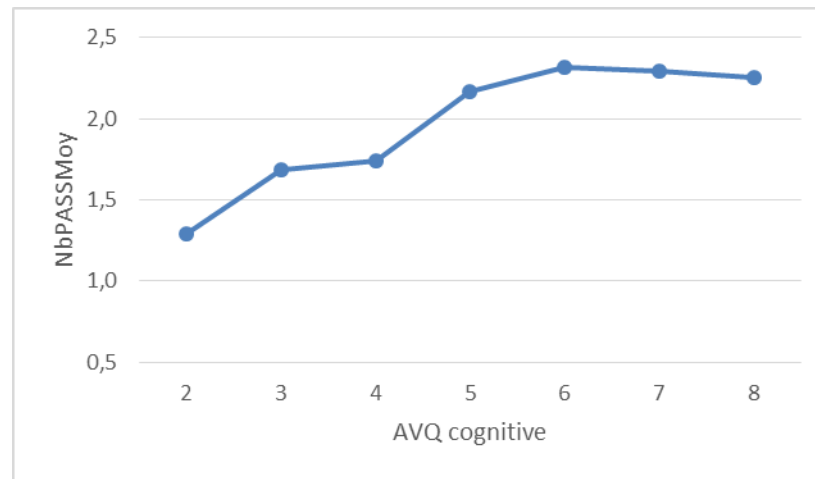
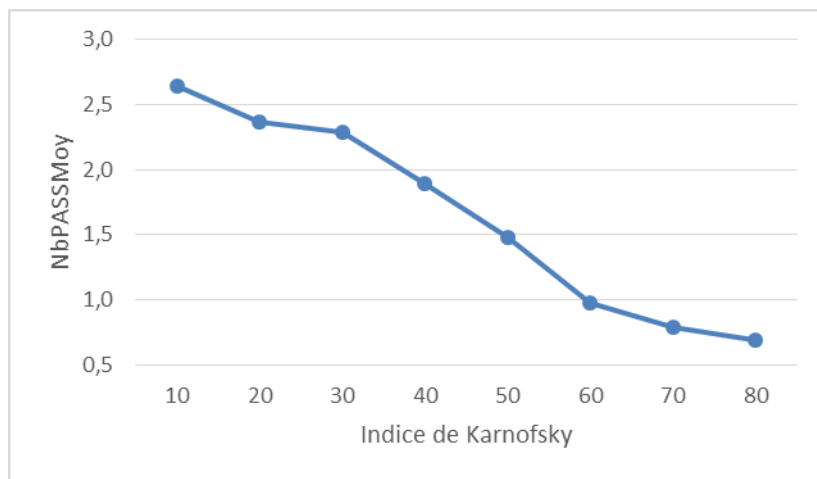
Résultats sur les MPP d'entrée

- Analyse descriptive du nombre de passages des 2 MPP d'entrée dans l'étude (en **monoséquence**)
 - MPP 09 Pansements complexes
 - MPP 14 Soins de nursing lourd

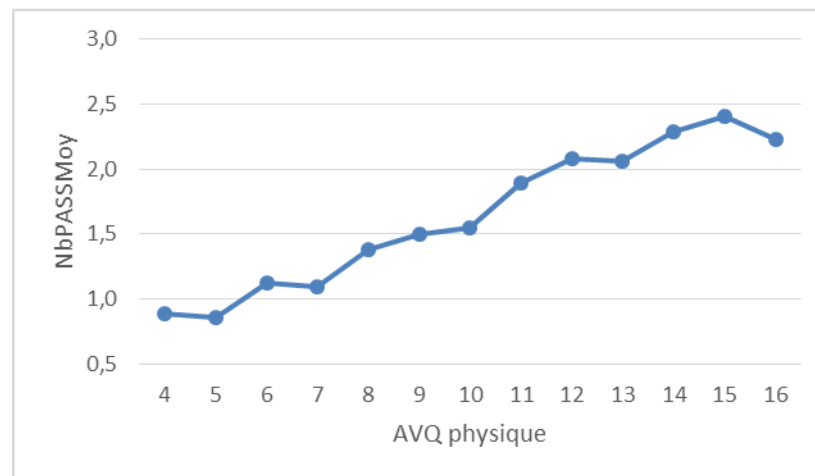
MPP	Séquences	Moy	Med	Q1	Q3
09	5653	1,12	0,94	0,60	1,25
14	1416	2,17	2,05	1,09	2,92

Analyse descriptive

Résultats sur la dépendance

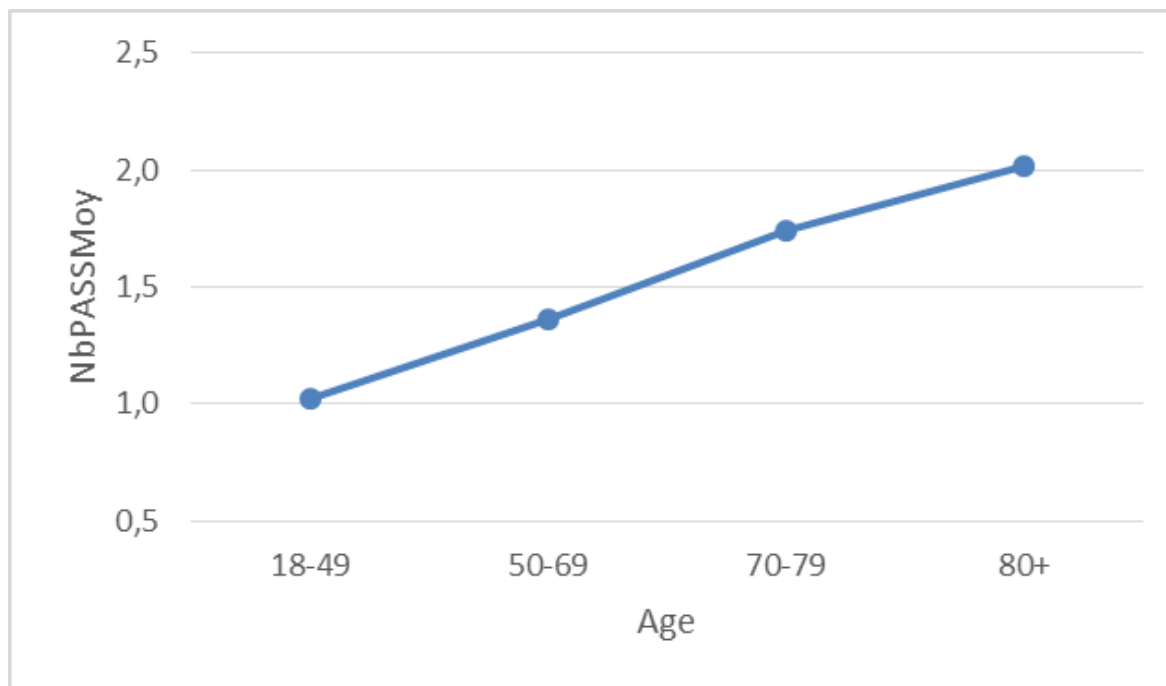


- Nombre de passages journaliers d'infirmières et d'aides soignantes **cas de MPP 09 ou 14**
- Séjours **mono et multi séquences**



Analyse descriptive

Résultats sur l'âge



- Nombre de passages journaliers d'infirmières et d'aides soignantes cas de MPP 09 ou 14
- Séjours **mono et multi séquences**

Analyse descriptive

Résultats sur les diagnostics

- Nombre de passages journaliers d'infirmières et d'aides soignantes en cas de MPP 09 ou 14
- Les 5 DP les plus « lourds » (avec plus de 99 séquences)

dp3	nbseq	Moy	Med	Q1	Q3	libelleDIAG
I69	119	3,77	3,88	2,88	4,48	SEQ. DE MAL. CEREBROVASC.
I63	137	3,13	3,00	2,83	3,88	INFARCTUS CEREB.
F00	114	2,96	2,97	2,35	3,92	DEMENCE DE LA MAL. D'ALZHEIMER
G30	110	2,68	2,67	1,30	3,92	MAL. D'ALZHEIMER
I50	165	2,61	2,33	1,02	3,83	INSUF. CARD.

- Les 5 DP les plus fréquents (avec plus de 99 séquences)

dp3	nbseq	Moy	Med	Q1	Q3	libelleDIAG
L89	1530	1,91	1,14	0,95	2,90	ULCERE DE DECUBITUS+ZONE DE PRESSION
L97	890	1,15	0,95	0,60	1,25	ULCERE DU MB. INF., NCA
T81	634	0,99	0,86	0,44	1,19	COMPLIC. D'ACTES, NCA
E10	535	1,20	0,94	0,62	1,50	DIABETE TYPE 1
I70	471	1,38	1,00	0,75	1,86	ATHEROSCLEROSE

Analyse descriptive

Résultats sur les MPA

- Nombre de passages journaliers d'infirmières et d'aides soignantes en cas de MPP 09 ou 14
- Les MPA avec plus de 99 séquences

MPA	Séquences	Moy	Med	Q1	Q3
14 – Soins de nursing lourds	1000	2,65	2,62	1,86	3,40
09 – Pansements complexes et soins spécifiques	452	2,50	2,57	1,75	3,00
12 – Rééducation neurologique	730	2,50	2,40	1,73	3,13
01 – Assistance respiratoire	963	2,40	2,16	1,25	3,11
11 – Rééducation orthopédique	560	2,39	2,28	1,31	3,09
06 – Nutrition entérale	215	2,34	2,24	1,33	3,00
07 – Prise en charge de la douleur	713	1,97	1,33	0,97	3,00
25 – Prise en charge psychologique et/ou sociale	853	1,71	1,43	0,90	2,38
13 – Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	459	1,47	1,08	0,86	2,00
Aucun MPA	7884	1,14	0,95	0,60	1,25

Modèle multivarié

- Poids de chaque variable toutes choses étant égales par ailleurs
- Modèle linéaire dont la forme fonctionnelle est la suivante :

$$\text{Nb_PASSAGES_QUOTIDIENS_INF+AS} = \text{CONSTANTE} + \text{COEFF_DP} + \text{COEFF_AGE} + \dots + \text{COEFF_MPA}$$

- A chaque modalité de chaque variable est associé un coefficient estimé qui détermine l'impact estimé de cette modalité sur le nombre de passages
 - Un coefficient positif indique que le nombre de passages estimé va augmenter si l'on a la modalité associée par rapport à une modalité de référence (dont le coefficient vaut 0)
 - Un coefficient négatif indique que le fait d'avoir la modalité associée nous conduit à prédire une baisse du nombre de passages

Analyse multivariée, tout séjour

Résultats sur l'âge

Classes d'âge	séquences	coefficient	p
50-69	4 336	0,108	0,017
70-79	2 926	0,269	0,000
80+	4 966	0,288	0,000
18-49	2 082	0,000	

- Le coefficient vaut 0 dans la modalité de référence
 - La modalité de référence est l'âge est dans la classe 18-49
- Un âge entre 50-69 a un coefficient de 0,108 : par rapport à un séjour dont l'âge est dans la classe "18-49", le fait d'avoir un âge entre 50 et 69 ans augmente en moyenne le nombre de passages quotidiens de 0,108, toutes choses égales par ailleurs
- L'âge est une variable significative

Analyse multivariée, tout séjour

Résultats sur la dépendance

- En cas de MPP 09 ou 14
 - L'IK n'est pas une variable explicative significative du nombre de passages des infirmières et aides soignantes dans le modèle
 - L'AVQ physique est un facteur significatif d'augmentation du nombre de passages des infirmières et aides soignantes lorsqu'il est supérieur à 10
 - L'AVQ cognitif est difficile à interpréter

Analyse multivariée, tout séjour

Résultats sur les diagnostics

- Dans le contexte des MPP 09 ou 14, les effectifs dans chaque catégorie sont faibles
- Sont des facteurs significatifs d'augmentation du nombre de passages des infirmières et aides soignantes
 - L89 ULCERE DE DECUBITUS+ZONE DE PRESSION (1530 séquences)
 - Un DP de cancer
 - Un DP de démence

Analyse multivariée, tout séjour

Résultats sur les MPA

- Dans le contexte des MPP 09 ou 14, de nombreux MPA sont des facteurs significatifs d'augmentation du nombre de passages des infirmières et aides soignantes, mais à des niveaux différents

MPA	Séquences	Coefficient	p
14 – Soins de nursing lourds	1 000	1,139	0,000
08 – Autres traitements	73	0,776	0,000
06 – Nutrition entérale	215	0,725	0,000
11 – Rééducation orthopédique	560	0,679	0,000
04 – Soins palliatifs	41	0,635	0,005
01 – Assistance respiratoire	963	0,524	0,000
12 – Rééducation neurologique	730	0,476	0,000
02 – Nutrition parentérale	96	0,475	0,002
07 – Prise en charge de la douleur	713	0,411	0,000
09 – Pansements complexes et soins spécifiques	452	0,276	0,001
25 – Prise en charge psychologique et/ou sociale	853	0,269	0,000

Conclusion

- Ces études sur les coûts et les consommations de ressources nous permettent de définir les paramètres qui pourront être pris en compte dans la segmentation de nos domaines d'activité
 - De nombreuses questions sont en cours de traitement ou à traiter
- A suivre...

Nouvelle variable à recueillir

Nouvelle variable

- Nouvelle variable renseignée par le DIM
 - correspond au type de prise en charge réalisée
- Nom à définir
 - Type de prise en charge, Projet thérapeutique, Type de soins, Projet de soins, Autre ?
 - Sera dénommée ci-dessous type de prise en charge (PEC)

Modalités actuelles du type de PEC
Petite Enfance
<i>Antepartum</i>
<i>Postpartum</i>
Soins palliatifs
Soins ponctuels
Soins complexes de pathologies chroniques et/ou de handicap
Surveillance
Rééducation-Réadaptation

Codage de la nouvelle variable

- Choix du type de PEC qui correspond le mieux au projet thérapeutique **principal initial** du patient lors de son admission en HAD
- **Principal** = qui mobilisera l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation en HAD.
Notamment lorsque le patient présente plusieurs types de prises en charge,
Ex : de la rééducation au cours d'un traitement ponctuel de plaie chirurgicale
- **Initial** = défini au moment de l'admission. En effet lors de l'évolution du patient, le projet thérapeutique peut être modifié
- Le type de PEC est renseigné en fonction du dossier du patient et des règles de codage du guide méthodologique pour 2019

Mise en place

- **Envisagée à partir de mars 2019**
 - Pour familiariser les codeurs avec la nouvelle variable
 - Pour constituer une base de données permettant d'affiner la construction de la classification à partir de cet élément

Actions à mener

- Stabiliser le périmètre et la définition de chaque occurrence de la variable type de PEC
 - Travaux de construction de la classification
- Rédiger les consignes du Guide Méthodologique pour 2019
 - Impact sur les autres variables du recueil : définition de l'information portée par le DP, les DA
- Valider la faisabilité du codage et la clarté des consignes du guide méthodologique pour 2019
 - Groupe de travail d'utilisateurs

Exemple de consignes de codage en cours de rédaction

○ Antepartum

- *Définition* : la PEC d'une femme enceinte avant l'accouchement sera classée dans le type de PEC « antepartum » si les soins sont centrés sur la PEC de la grossesse
- *Exemples de PEC ne relevant pas de l'antepartum* : Dans le cas d'une femme enceinte au 1er trimestre de grossesse victime d'un traumatisme sans potentiel retentissement sur la grossesse, la PEC relève d'un autre type de PEC que « antepartum »

Calendrier

2015 → S1 2016

- Phase préparatoire - Base de connaissance

S2 2016

- Choix stratégiques **partagés**
- Modèle financement cible
 - Détermination

2017 – 2018

- Travaux développement
- Modèle financement cible
 - Construction

2019-2020

- 2019 = codage de la nouvelle variable
- Début de mise en œuvre
- Montée en charge progressive

Nomenclatures

CIM - CCAM





CIM-10 2019

Mises à jour OMS

Mises à jour nationales

Mises à jour OMS 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**

Mises à jour OMS remplacement de codes

- Les codes U06.- Maladies dues au virus ZIKA sont remplacés par :
 - A92.5 maladie due au virus ZIKA
 - P35.4 Maladie congénitale due au virus ZIKA
- Le code B59† Pneumocystose (J17.3*) est remplacé par B48.5† Pneumocystose (J17.2*)
- Le code G56.4 Causalgie est remplacé par les codes G90.6 Syndrome douloureux régional complexe de type II
- Les codes K58.0 /K58.9 Syndrome de l'intestin irritable, avec / sans diarrhée sont remplacés par K58.1 / K58.2 K58.3 / K58.9 Syndrome de l'intestin irritable, avec....
- Le code M31.2 Granulome malin centrofacial, supprimé doit être codé par C 86.0 Lymphome extranodal à cellules NK/T, type nasal

Mises à jour OMS : autres créations de codes - 1

- **G83.6 Paralyse faciale du neurone moteur supérieur [NMS] [MNS]**
- **G94.3*Encéphalopathie au cours de maladies classées ailleurs**
- **J98.7 Infections respiratoires non classées ailleurs**
- **K55.3 Angiodysplasie de l'intestin grêle**
- **K66.2 Fibrose rétropéritonéale**
- **M75.6 Lésion du labrum [bourrelet glénoïdien] dans l'atteinte dégénérative de l'articulation de l'épaule**
- **R00.3 Activité électrique sans pouls, non classée ailleurs**
- **R17.0 Hyperbilirubinémie, avec mention d'ictère, non classée ailleurs**
- **R17.9 Hyperbilirubinémie, sans mention d'ictère, non classée ailleurs**
- **T76 Effets non précisés de causes externes**
- **Z22.7 Infection tuberculeuse latente**

Mises à jour OMS : autres créations de codes - 2

- Ajout de sous catégorie avec un 4^e caractère aux codes suivants pour identifier le monoxyde de carbone
 - X47 Intoxication accidentelle par d'autres gaz et émanations et exposition à ces produits
 - X67 Auto-intoxication par d'autres gaz et émanations et exposition à ces produits
 - X88 Agression par des gaz et émanations
 - Y17 Intoxication par d'autres gaz et émanations et exposition à ces produits, intention non déterminée
 - Y19 Intoxication par des produits chimiques et substances nocives et exposition à ces produits, autres et sans précision, intention non déterminée
- Conséquences, les codes de lieux et d'activité présents en 4^e et 5^e positions seront déplacés en 5^e et 6^e positions

Mises à jour OMS : autres modifications

○ Modifications de libellés de groupe, catégorie, souscatégorie

- I62.0 Hémorragie sousdurale (~~aigüe~~) (non traumatique)
- R17 ~~Ictère, sans précision~~ Hyperbilirubinémie, avec ou sans ictère, non classée ailleurs
- Conséquences des créations de catégories et souscatégories pour T75.8 , X47, X67, X88, Y17

○ Ajout de note d'utilisation

- B18 Hépatite virale chronique
Les subdivisions suivantes, données à titre facultatif, peuvent être utilisées comme cinquième caractère supplémentaire avec les catégories B18.0– B18.1:
 - 0 phase d'immunotolérance
 - 9 phase autre et non spécifiée
- O24 Diabète sucré au cours de la grossesse
Utiliser, au besoin, un code supplémentaire pour identifier toute manifestation en cours du diabète sucré

○ Ajouts, modifications suppressions de notes

- E05 Thyroétoxicose [hyperthyroïdie]
 - Affection (de l') (du) :
 - • cœur † (I43.8*)
 - • œil † (H58.8*)

}

d'origine thyroïdienne(thyréotoxique)
- R95 Syndrome de la mort subite du nourrisson
 - Comprend : mort subite (inexpliquée) (du nourrisson) avant l'âge d'un an

Mises à jour nationales O04 – P95

○ Subdivision catégorie 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

Attention avec cete déclinaison, l'association Z64.0 ne doit plus être demandée avec O04

○ Subdivision catégorie P95 Mort foetale (de cause non précisée)

- P95.+0 Mort fœtale in utero en dehors d'une Interruption médicale de grossesse [IMG] [ITG]
- P95.+1 Mort fœtale in utero suite à une Interruption médicale de grossesse [IMG] [ITG]
- P95.+2 Mort fœtale perpartum
Fœtus vivant au début du travail mais dont le décès est constaté au cours du travail ou à l'accouchement.
- P95.+9 Mort fœtale sans précision

Attention avec cette déclinaison, l'association avec P+96.4 pour identifier les morts fœtales n'a plus d'intérêt

○ En attente avis experts Information médicale

Mises à jour nationales – stades insuffisance cardiaque

○ Identification de trois stades de sévérité

- avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] > 50
- avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] ≤ 50 et >40
- avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] ≤ 40

○ 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
- P29.0 Insuffisance cardiaque du nouveau-né

○ En attente des conclusions FSM : seuils et codes concernés

○ En attente avis experts Information médicale

Mises à jour nationales – autres modifications

○ Corrections de libellés

- X38 **Victime** d'inondation
- Y70–Y82 Appareils médicaux associés à des accidents au cours **de leur usage** diagnostique et thérapeutique
- Z50.0 Rééducation **cardiaque**
- Z50.5 **Orthophonie**

○ Corrections de notes de F80.1, F80.2, F80.3 Trouble de l'acquisition du langage,...., Aphasie acquise avec épilepsie...

- dysphasie et aphasie (R47.0-)

Autres travaux – notes exclusion CIM

- **La CIM présente des notes d'exclusion qui ont pour objectif d'orienter le codage, en privilégiant le codage de l'étiologie et le monocodage**
 - Consignes valables surtout pour la mortalité
 - Des dérogations sont possibles pour le codage de la morbidité
- **Pour le codage de la morbidité pour le PMSI deux types de notes d'exclusion ont été identifiées**
 - Notes d'exclusion incontournables
 - Notes d'exclusion qui peuvent être levées pour autoriser un codage plus précis : « exclusions dites facultatives »

Autres travaux – exclusions facultatives

○ Travaux en cours

- Identification des exclusions de la CIM qui pourraient être levées pour le codage PMSI
 - À confronter aux impératifs classification et fonction groupage
-
- Si possible, pour 2019, identifier clairement, quelques exclusions qui pourraient être levées et en faire l'information dans une publication ATIH publiée au B.O.



CCAM descriptive pour usage PMSI 2019

CCAM pour usage PMSI 2019

- Demande du groupe mortinatalité :
 - Décliner les 4 libellés de césarienne de la CCAM comme les accouchements par voie naturelle selon la parité et si la grossesse est unique ou multiple
 - Pour chaque libellé de césarienne déclinaison :
 - 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
- Demande de la HAS, dans le cadre des études post inscription des ballons à élution de principe actif pour connaître le taux de réintervention
 - Préciser le côté opéré pour les interventions de revascularisation des membres inférieurs
 - Préciser l'artère concernée
- **En attente avis experts Information médicale**

CCAM pour usage PMSI 2019

- Demande de la CNAM
 - Décliner les 2 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.

Questions diverses

**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