



Actes de la journée du 20 novembre 2018

# Cahier de l'atelier 1

## Histoires de données PMSI



### INTERVENANTS

ATIH  
Sophie BARON  
Anis ELLINI  
Sophie GUÉANT  
Catherine LE GOUHIR  
Dr Yasmine MOKADDEM  
Diane WALLET

I. Actualisation des nomenclatures de l'information médicale	2
II. Une virgule, ça compte : l'histoire du recueil de l'isolement et de la contention en psychiatrie	5
III. La « belle lisse poire de la pluie à l'entrée » (la belle histoire de l'appui à l'entrée) ou comment introduire une nouvelle variable de recueil dans le PMSI	8
IV. Conversion de l'ambulatoire vers l'hospitalisation complète	10
V. Nature du séjour : une variable créée pour classer les séjours d'HAD	12
VI. Conclusion	14



Sophie GUÉANT

Nous avons choisi une présentation un peu originale, en cinq séquences courtes de 7 minutes chacune environ. Entre chaque séquence, vous pourrez poser vos questions. Nous allons commencer par une présentation un peu générale sur les nomenclatures de santé.

Ensuite, nous aurons quatre histoires de données sur les quatre champs du PMSI. Nous avons choisi des exemples récents, mais aussi des nouveautés pour le recueil 2019.

## I. Actualisation des nomenclatures de l'information médicale

Dr Yasmine MOKADDEM

Cette présentation a pour but de vous parler de manière très simplifiée du cycle de vie des versions annuelles des nomenclatures de recueil de l'information médicale.


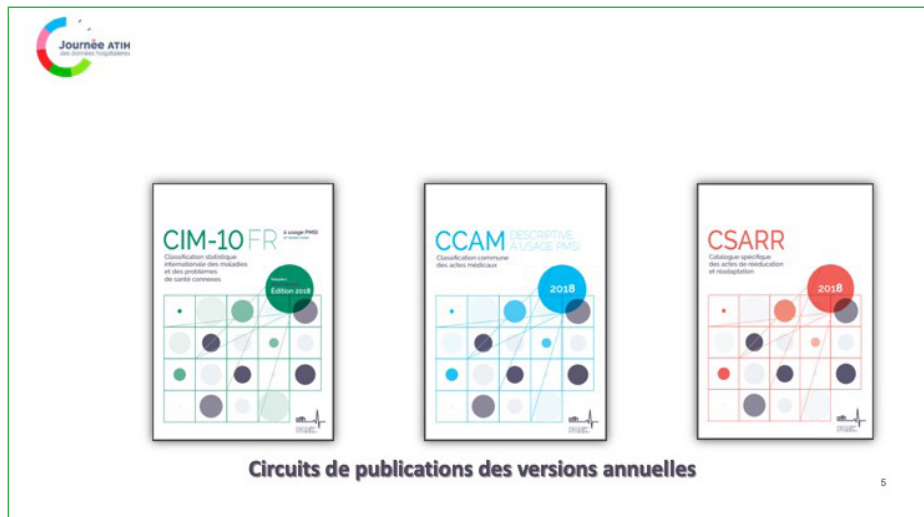
Comment arrive-t-on aux versions de publication annuelles de trois des principales nomenclatures utilisées dans les établissements de santé ?  **FIGURE 1**

FIGURE 1



Pour la CIM 10, qui est la plus ancienne, beaucoup d'entre vous s'interrogent sur le moyen d'inscrire un nouveau code diagnostic ou un problème de santé connexe qui pourrait mieux décrire une situation rencontrée dans les établissements de santé.

Pour la Classification commune des actes médicaux, certains professionnels souhaiteraient décrire plus

finement des techniques qu'ils pratiquent dans leur établissement.

Et pour le CSARR, beaucoup de professionnels aimeraient décrire des spécificités des actes de rééducation et de réadaptation

### 1. Classification Internationale des Maladies

La Classification Internationale des Maladies compte actuellement plus de 16 000 codes.

Tous les 3 ans, des modifications majeures sont proposées par l'Organisation Mondiale de la Santé,

jusqu'en 2019 qui sera la dernière année.

Pour les besoins du PMSI, des mises à jour sont aussi apportées régulièrement

Enfin, seule la liste analytique de cette classification est actualisée chaque année par l'ATIH.

Quel est donc le cycle d'actualisation et de publication de la CIM-10 ?

Tout d'abord, il y a la naissance du besoin de description d'un problème de santé : il peut venir de l'OMS, des sociétés savantes et collèges nationaux de professionnels, des fédérations hospitalières, mais aussi de l'ATIH et des utilisateurs de DIM dans les établissements.

Les différentes propositions sont ensuite colligées et étudiées en fonction de leur provenance, soit par un comité consultatif international auquel participe l'ATIH pour les modifications internationales, soit directement par l'ATIH, qui à son tour échange si nécessaire avec la fédération des spécialités médicales

## 2. CCAM

En 2018, la CCAM compte 8 360 actes médicotechniques répartis en 18 chapitres. Le chapitre 18 comprend les actes d'anesthésie complémentaires et les gestes complémentaires et le chapitre 19 des compléments de tarification pour le paiement à l'acte.

Là aussi, l'émergence du besoin de description d'une nouvelle technique ou d'une extension de code vient des sociétés savantes, des CNP, des syndicats médicaux et des utilisateurs dans les DIM.

Les nouvelles technologies doivent d'abord avoir été évaluées par la Haute Autorité de Santé. À l'issue de cette évaluation, l'Assurance Maladie décide ou non de l'inscrire avec ou sans tarif et cela fait l'objet d'une publication au Journal officiel. L'Assurance Maladie et l'ATIH collaborent à la construction des libellés en concertation avec la société savante concernée.

Si une technologie évaluée avec un avis favorable par la HAS n'est pas inscrite par l'Assurance Maladie, elle peut alors être inscrite à la CCAM descriptive à usage PMSI.

## 3. CSARR

En 2018, le CSARR compte 543 codes de rééducation et de réadaptation et de gestes complémentaires, 9 modulateurs de lieux et de personnes et 12 codes de plateaux techniques spécialisés et autres extensions documentaires.

et des experts DIM pour **étudier la faisabilité sur le terrain.**

Suite à cela, les modifications sont soit retenues soit rejetées.

Elles sont présentées aux comités techniques des différents champs d'hospitalisation.

La publication annuelle de la liste analytique de la CIM-10 peut enfin être effectuée sur le site de l'ATIH en décembre de chaque année. Cette publication paraîtra ensuite au bulletin officiel en début de chaque année. Éventuellement, des fascicules et des notes de codage sont aussi mise en ligne sur le site de l'ATIH.

Enfin, des échanges avec les utilisateurs se font à travers les supports consacrés.

La CCAM descriptive à usage PMSI, peut également décliner des libellés déjà inscrits et, dans ce cas, des échanges supplémentaires peuvent avoir lieu avec les experts DIM pour étudier la faisabilité de mise en œuvre sur le terrain.

Les modifications sont soit retenues, soit rejetées. La DGOS peut soutenir des demandes d'évaluation supplémentaires. Et la DSS intervient dans les instances de tarification.

Il n'y a qu'une seule publication annuelle au Bulletin officiel de la CCAM Descriptive à usage PMSI : guide de lecture et liste analytique. La liste analytique de la CCAM descriptive à usage PMSI est quant à elle actualisée à chaque nouvelle version de la CCAM publiée par l'Assurance Maladie. Un fichier plus détaillé de cette liste analytique, appelé fichier complémentaire, est également disponible sur le site de l'ATIH.

Enfin, comme pour toute nouveauté, des échanges avec les utilisateurs sont possibles sur les supports consacrés.

Pour le CSARR aussi, les demandes d'évolutions émanent des professionnels de rééducation et de réadaptation, des CNP de spécialités, des fédérations hospitalières et des utilisateurs dans les DIM.

Elles sont ensuite étudiées par l'ATIH et discutées au sein du Comité des experts du CSARR qui comprend des représentants de professions SSR, et qui se réunit deux fois par an.

Les demandes retenues par le Comité des experts sont étudiées pour validation, une fois par an, au Comité de suivi du CSARR qui, outre les représentants des professions SSR et l'ATIH, comprend des représentants du ministère DGOS/DSS, de la HAS et de l'Assurance Maladie.

Les évolutions sont ensuite présentées au Comité technique SSR où siègent les fédérations hospitalières.

La nouvelle version de la liste analytique accompagnée de son guide de lecture sera alors publiée sur le site de l'ATIH avec son fichier complémentaire et fera ensuite l'objet d'une publication au Bulletin officiel.

Là encore, les échanges avec les utilisateurs se font à travers le support consacré.

Parallèlement à ces travaux nationaux d'actualisation des nomenclatures de recueil de l'information médicale, de nouvelles classifications apparaissent au niveau international: d'une part, la 11<sup>e</sup> révision de la Classification Internationale des Maladies présentée par l'OMS en juin 2018, d'autre part la Classification internationale des interventions de santé (ICHI), construite sur les mêmes principes que la CCAM et le CSARR, mais avec un périmètre élargi.

#### Sophie GUÉANT

Le travail de l'ATIH en rapport avec ses partenaires institutionnels et des instances internationales vient d'être présenté. Les utilisateurs ont également leur mot à dire puisque leurs demandes sont recueillies et leur avis est pris en compte par rapport à ces évolutions de nomenclature. Avez-vous des questions sur les évolutions des nomenclatures ?

#### De la salle

Parfois, il existe un hiatus entre ce qui est important pour le service et ce qui est traduit par le codage in fine. Quand on rencontre les services, on a parfois l'impression qu'ils utilisent des ruses, comme le recours à certains codes tel que le syndrome anxio-dépressif pour obtenir des niveaux 2. Certains éléments sont importants pour le clinicien, mais ne changent rien pour nous. À l'inverse, certains éléments sont importants pour nous, pour obtenir un niveau 2 (syndrome anxio-dépressif), mais n'ont aucune importance pour le clinicien.

#### Dr Yasmine MOKADDEM

Effectivement, l'usage des codes tel que vous l'évo-

quez peut être orienté par leur effet dans la classification. Je vous invite à participer à l'atelier de cet après-midi pour échanger sur cette question

#### De la salle

Quand vous rajoutez de nouveaux codes, suivez-vous leur utilisation ? Suivez-vous également l'utilisation des codes anciens voire de codes qui ne sont plus utilisés ?

#### Dr Yasmine MOKADDEM

Oui. Avant l'introduction de chaque nouveau code, des études d'impact sont réalisées par les services de l'ATIH.

#### De la salle

À priori, pour les nouveaux codes, le besoin existe, mais pour ceux qui existent depuis un certain temps et qui ne sont plus utilisés, quel est l'intérêt de les maintenir ?

#### Dr Yasmine MOKADDEM

Pour la CIM, il n'est pas possible de supprimer un code parce qu'il n'est plus utilisé. En revanche, il est possible de connaître la fréquence d'utilisation des différents codes.

#### De la salle

Quel est le meilleur circuit pour faire remonter le besoin d'un code ? Si le code n'est pas retenu, une explication est-elle donnée ? Qui prend la décision et pourquoi ?

#### Dr Yasmine MOKADDEM

Oui. Le circuit est assez complexe. Les utilisateurs apprennent que la modification a été apportée ou pas au moment des publications annuelles, ou juste avant.

#### De la salle

Par exemple, si dans mon établissement, l'on me fait remonter qu'un code serait utile, comment dois-je faire pour vous transmettre la demande et pour m'assurer qu'elle sera prise en compte ?

#### Dr Yasmine MOKADDEM

En général, les demandes passent par les sociétés savantes, par la fédération hospitalière, par Agora et par les COTRIM.

#### De la salle

En pratique, un DIM peut-il individuellement faire remonter directement le besoin d'un code à l'ATIH ?

#### Sophie GUÉANT

Toutes les demandes sur Agora sont étudiées, mais il est plus direct de contacter une société savante.

#### De la salle

L'exploitation de la CIM 10 au format .pdf n'est pas très pratique. Est-il possible de la diffuser au format ClaML comme le fait l'OMS ?

#### Max BENSADON, Directeur adjoint de l'ATIH

Nous avons le format ClaML qui permet d'avoir un format .xml spécifique, mais ce format ClaML est très utilisé pour la publication, ce qui pose problème. Comme très peu de personnes peuvent utiliser ce format, nous réfléchissons à la mise à disposition de ce format dans un serveur multi-terminologique en lien avec l'ASIP. Si vous êtes intéressé, nous pouvons vous envoyer en test le fichier, pour que vous puissiez nous dire ce que vous en pensez.

#### De la salle

Avez-vous l'intention de diffuser votre Agora au public, c'est-à-dire à ceux qui ne sont pas dans le système du PMSI ?

#### Dr Yasmine MOKADDEM

Il existe un système d'identification uniquement pour les utilisateurs dans les établissements.

#### De la salle

Il serait souhaitable d'ouvrir Agora au SNDS. Nous récupérons les consignes de codage par la CoCoA, mais ce n'est pas toujours suffisant.

#### Dr Yasmine MOKADDEM

Cette question mériterait d'être posée au sein de l'ATIH. Il existe des fascicules et des notes de codage qui sont disponibles sur le site.

#### Dr Yasmine MOKADDEM

##### Sophie GUÉANT

Nous allons commencer les histoires de données par le champ de la psychiatrie avec Anis Ellini.

## II. Une virgule, ça compte : l'histoire du recueil de l'isolement et de la contention en psychiatrie

#### Anis ELLINI

Le Code de la santé publique a toujours insisté sur l'importance du respect de la dignité dans la prise en charge d'un patient. Les patients souffrant de pathologie mentale sont concernés, même dans le cas où ils sont pris en charge sans leur consentement et plus particulièrement lorsqu'ils doivent être isolés ou mis sous contention.

Ces deux pratiques doivent être justifiées et réalisées dans des conditions conformes aux bonnes pratiques. Dans le cas contraire, elles peuvent être considérées comme un traitement inhumain et dégradant.

Pour ceux qui s'en rappellent, les révélations faites à la suite des visites des contrôleurs des lieux de privation de liberté dans certains établissements psychiatriques avaient provoqué l'émoi au printemps 2017. Publié peu de temps après, le rapport du Comité anti-torture du Conseil de l'Europe, venait épingler la France pour sa gestion du recours à la contention et à l'isolement des patients souffrant de pathologie mentale.

C'est dans ce contexte que les députés ont voté un article consacré à ces pratiques, lors de l'élaboration de la loi de « modernisation de notre système de santé », la contrôleuse générale des lieux de privation

de liberté ayant très sûrement impulsé les travaux préparatoires.

Cette loi a été explicitée par une instruction ministérielle de la DGS et DGOS : que dit-elle ?

- Il faut que le recours aux pratiques d'isolement et de contention soit encadré.
- Ces pratiques doivent être mises en œuvre en « dernier recours » dans les options de prise en charge.
- Enfin, il faut être en capacité de quantifier ces recours et la loi a demandé la création d'un registre dans chaque établissement, mis à disposition dans le cas de visite.

La HAS a été missionnée pour élaborer des recommandations de bonnes pratiques et il a été explicitement demandé à l'ATIH que le RIM-P puisse intégrer la description et le recueil de ces pratiques.

Qu'est-ce qui a été demandé ? Il a été demandé que les mesures de contention et d'isolement soient quantifiées (à différents niveaux : au niveau de l'établissement, au niveau régional, au niveau national) et que les patients soient décrits (leurs pathologies, leur mode légal de soins, le motif du recours à la pratique, et si le patient est connu ou non).

Pour répondre à cette demande, nous avons trois priorités (ou contraintes):

- être homogènes avec le registre de la loi en se référant aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS et à l'instruction ministérielle ;
- ne pas désorganiser le RIM-P ;
- enfin, limiter le coût d'obtention de l'information.

Pour ne pas désorganiser le RIM-P, nous avons décidé de ne pas modifier les RPS (résumé par séquence) mais de créer un nouveau fichier, le «Fichcomp». , contenant les informations administratives (heure et date) et le type de mesures. Toutes les autres informations, c'est-à-dire les pathologies du patient, le mode légal de soins, etc., étaient recueillies par ailleurs dans les RPS (résumés par séquence).

S'agissant du coût d'obtention de l'information, les recommandations de bonnes pratiques de la HAS considèrent trois catégories de mesures (valables pour l'isolement et la contention): initiale, de renouvellement et de levée. Pour répondre aux besoins de restitutions, il a été estimé qu'une telle granularité n'était pas nécessaire et qu'il fallait plutôt recueillir des périodes, mais en décrivant séparément les mesures d'isolement et de contention.

Enfin, le recueil des items «indication» et «patient connu» ayant soulevé beaucoup de questions, il a été décidé de poursuivre la réflexion et d'en décaler la mise en œuvre à 2019.

Ces évolutions sont explicitées dans une notice technique PMSI et la version provisoire du guide méthodologique. Les formats du recueil sont détaillés dans un document dédié. Ces trois documents sont publiés

sur le site internet de l'ATIH. Les éditeurs de logiciels sont informés de ces évolutions lors d'une réunion organisée chaque année en novembre.

Nouveauté de cette année, les DIM sont aussi conviés à une réunion d'information qui leur est dédiée dans le même but. La première a eu lieu la semaine dernière. Elle sera renouvelée chaque année.

Nous avons dressé le bilan à M3 2018 avec le sous-groupe «qualité des données du RIM-P», qui est l'un des groupes de travail issu du comité technique de psychiatrie composé de médecins DIM et psychiatres.

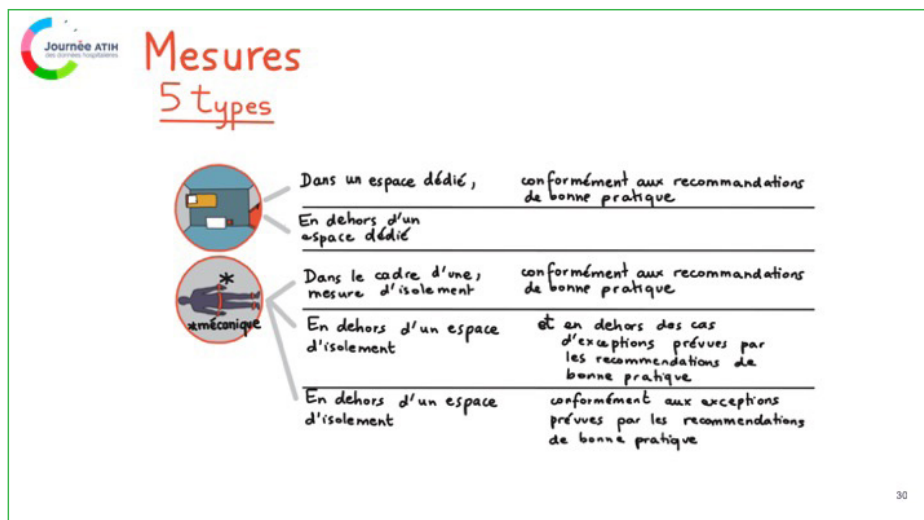
Ce bilan a montré que seuls 33 établissements avaient remonté des données à M3 et que de nombreuses questions avaient été posées sur Agora. Je vais vous en donner deux exemples.

Les cinq types de mesures d'isolement et de contention qui ont été définis sont :

- A. Isolement dans un espace dédié conformément aux recommandations de bonne pratique ;
- B. Isolement en dehors d'un espace dédié ;
- C. Contention mécanique dans le cadre d'une mesure d'isolement conformément aux recommandations de bonne pratique ;
- D. Contention mécanique en dehors d'un espace d'isolement et en dehors des cas d'exceptions prévues par les recommandations de bonne pratique ;
- E. Contention mécanique en dehors d'un espace d'isolement conformément aux exceptions prévues par les recommandations de bonne pratique.

➔ FIGURE 2

FIGURE 2



Ces libellés, issus de l'instruction (et fruit de nombreux consensus) font appel à plusieurs concepts. Est-ce que je respecte les bonnes pratiques ou pas ? Est-ce que je suis dans des cas d'exception où je peux isoler et contentionner ? Est-ce que je suis dans un espace qui est dédié ou non dédié ? Contention mécanique ou ambulatoire ?

Entre les éditeurs, les soignants, les DIM, etc., la compréhension et l'interprétation de ces libellés par les éditeurs, les soignants, les DIM, étaient différentes ce qui a entraîné une hétérogénéité du recueil et de nombreuses interrogations

Autre difficulté, les consignes indiquaient clairement qu'il fallait décrire l'isolement et la contention séparément. Or l'un des libellés (le C) donnait à penser que ce n'était pas nécessaire.

Ces questionnements ont poussé le sous-groupe et le comité technique de psychiatrie à demander à la DGOS et au Comité de pilotage national sur la psychiatrie la production d'un « cahier des charges » qui soit opposable aux éditeurs de logiciel afin de garantir l'homogénéité du recueil.

Dans l'attente de ce cahier, une synthèse des consignes du recueil données dans la notice technique et les réponses Agora ont été regroupées dans un document annexé au compte-rendu du Comité technique de psychiatrie de juillet 2018.

#### Sophie GUÉANT

Merci. Dans l'exemple qui vient d'être présenté, c'est une évolution réglementaire qui induit le besoin de créer une nouvelle variable. La demande initiale est assez complexe, ce qui requiert des adaptations. Là, nous avons bien vu que l'expression des utilisateurs est vraiment étudiée.

L'ATIH doit pouvoir proposer une solution aux établissements pour qu'ils puissent se conformer à la loi, de la manière la plus acceptable possible pour eux. Avez-vous des réactions ?

#### De la salle

Ce recueil est, à mon sens, logique, nécessaire et obligatoire pour la dignité des personnes. Il est bien adapté aux « vrais » patients psychiatriques, mais moins adapté aux patients âgés déments, ce qui nous pose des problèmes.

Sinon, je reste un peu sur ma faim parce que j'aurais aimé discuter des actes CCAM en psychiatrie en dehors de ce recueil.

#### Anis ELLINI

Merci pour votre question. Effectivement, la question du périmètre du recueil s'est posée : quand j'attache à son fauteuil un patient dément pour éviter qu'il ne tombe, cela rentre-t-il dans le périmètre ? Nous sommes revenus vers les rapporteurs thématiques du Comité de pilotage national de la psychiatrie sur l'ensemble de ces questions comme celle des contentions aux urgences MCO par exemple. Pour 2018, pour ne pas complexifier ce recueil dès le début, il a été décidé de le limiter aux patients souffrant de pathologie psychiatriques pris en charge dans les établissements de psychiatrie générale désignés pour accueillir les soins sans consentement.

Sur la question de la CCAM, je serai à votre disposition entre 12h et 14h.

#### De la salle

Premièrement, sur les 33 établissements qui ont envoyé des données, combien ont envoyé des données produites par l'éditeur ?

Deuxièmement, dans le RPS, il existe déjà une modalité de recueil de l'isolement qui ne suit pas du tout les mêmes règles, ce qui est source de confusion.

#### Anis ELLINI

Sur la première question, nous rencontrons les éditeurs de logiciels une fois voire deux fois par an pour leur présenter les évolutions de recueil prévu. Les éditeurs de logiciels avaient beaucoup de difficulté à mettre en œuvre le registre et ce recueil. Ils ont effectivement été très en retard par rapport au planning. Sur les 33 établissements qui ont transmis des données, je pense que la plupart avait développé des outils informatiques en propre (ils disposent d'informaticiens développeurs ou de DIM qui en sont capables). Je sais par ailleurs qu'un gros éditeur de DPI Psychiatrique a bien avancé sur ce sujet.

Deuxième question, nous avons décidé de garder la variable « isolement thérapeutique » dans le RPS parce que nous ne voulions pas déstructurer les RPS (RIM-P) d'une part et d'autre part cela nous permettait de croiser cette variable avec la transmission d'un Fichcomp pour « approcher » un taux d'exhaustivité : un établissement transmettant des valeurs non nulles de cette variable doit logiquement transmettre des données dans son Fichcomp.

Aujourd'hui, je suis incapable de vous dire quel est le nombre « exact » d'établissements qui doivent remonter ce type de données, pour les raisons de périmètre que j'indiquais tout à l'heure.



#### De la salle

Si j'ai bien compris, vous allez inclure dans le PMSI psy les contentions et les isolements. L'objectif est-il de faire disparaître le registre qui existait par ailleurs et qui était souvent très mal tenu ?

#### Anis ELLINI

La loi stipule que les établissements doivent tenir un registre dit «de la loi», mais elle n'a pas clairement défini son périmètre et son contenu. L'instruction est venue préciser par la suite ce que ce registre doit contenir, mais elle ne dit pas qu'il doit disparaître.

Par ailleurs, le recueil dans le RIM-P répond à un objectif de quantification et de suivi au niveau établissements et supra-établissement, dont le niveau national.

L'idée est qu'au niveau local, la personne qui prescrit ou décide de la mise en contention ou de l'isolement saisisse la donnée dans son système d'information, ce dernier alimentant deux circuits (le registre et le RIM-P), ou alors qui alimente le registre, les données étant agrégées ensuite au niveau des données des «Fichcomp». Nous travaillons avec les experts pour que ce soit harmonisé.

#### De la salle

Pour l'instant, la même information est renseignée deux fois.

#### Anis ELLINI

Non, vous renseignez l'information une fois, puis celle-ci est restituée à deux endroits différents: le registre de la loi et le RIM-P.

#### De la salle

Je considère que la contention en MCO, aux urgences notamment, est un acte important et je prône plutôt dans l'établissement de coder le Z290 qui veut dire «isolement». Certes, ce n'est pas très orthodoxe, mais je le fais quand même, car sinon, cette information n'est pas mentionnée dans le résumé.

#### Anis ELLINI

Il me semble que ce code de la CIM-10 ne concerne pas l'isolement thérapeutique à visée psychiatrique.. De nombreuses questions ont été posées sur le Forum Agora sur ce point et des réponses ont été apportées.

Comme répondu tout à l'heure, le recueil concerne actuellement exclusivement le champ de la psychiatrie. La réflexion sur les urgences, la gériatrie suivra sûrement...

### III. La « belle lisse poire de la pluie à l'entrée » (la belle histoire de l'appui à l'entrée) ou comment introduire une nouvelle variable de recueil dans le PMSI

#### Sophie BARON

L'histoire commence par la rencontre en mai 2017, à l'ATIH, d'un groupe de médecins experts DIM. L'ATIH étant consciente de la nécessité de faire évoluer le recueil PMSI SSR, l'agence a sollicité les médecins de faire le point sur les sujets sur lesquels ils souhaitent faire évoluer le recueil, et d'y travailler ensemble.

Certains sujets demandant une réflexion de longue haleine (évolution du recueil de la morbidité principale), d'autres semblent plus simples et pourraient peut-être être mis en place rapidement, c'est le cas d'une nouvelle variable «appui impossible». Nous sommes alors en février 2018.

Des discussions débutent: pourquoi cette variable est intéressante ? Comme la rééducation ne débute pas toujours dès le début du séjour en SSR, car l'appui

du membre inférieur n'est pas possible, le séjour est alors rallongé.

Mais si c'est le cas pour la non-utilisation du membre inférieur, n'est-ce pas le cas aussi pour la non-utilisation du membre supérieur ? N'y a-t-il pas aussi un rallongement de la durée de séjour pour la non-utilisation du membre supérieur ? Après avis des médecins experts DIM, la situation n'est pas la même. En effet, pour la non-utilisation du membre supérieur, une variable supplémentaire n'est pas nécessaire puisque la dépendance notamment la dépendance à l'habillement ou la dépendance à l'alimentation permettent d'avoir facilement l'information d'une non-utilisation du membre supérieur.

Mais alors si pour le membre supérieur, la dépendance permet d'avoir l'information, pourquoi n'est-ce pas le cas pour le membre inférieur ? La variable dépendance déplacement pourrait peut-être apporter convenablement l'information. Pour les membres du groupe expert, l'information portée par la variable dépendance déplacement et par la variable appui impossible n'est pas la même.

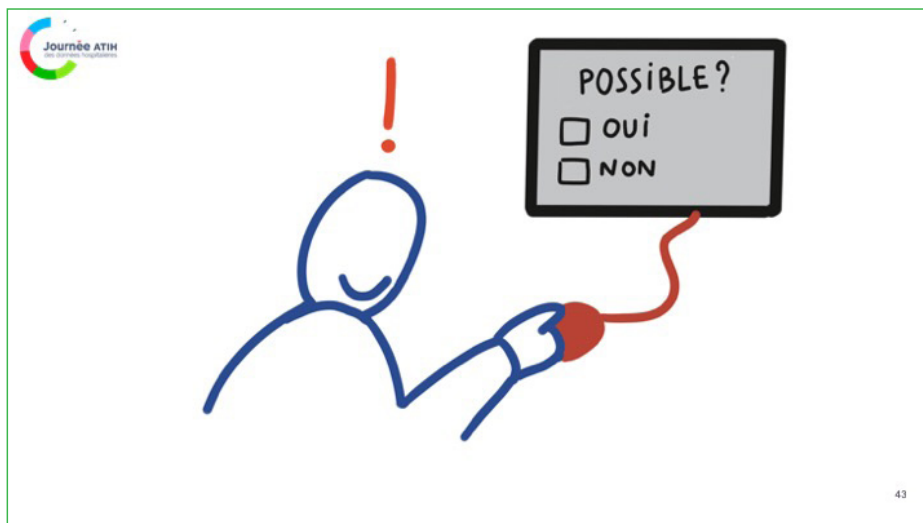
Nous décidons donc de travailler sur l'appui impossible.

En termes de recueil, proposer une variable appui im-

possible / non appui / appui interdit peut être source d'erreur dans le recueil. Quand on répond «non» à la question «appui impossible» est-ce que l'on répond «non» à la notion d'appui ou «non» à la notion d'impossibilité (ce qui revient à une possibilité de fait) ? Dans ces deux types de réponses, l'information portée est opposée.

Il est donc plus judicieux de poser la question sous une forme positive : appui possible. En effet, que l'on réponde à la notion d'appui ou à la notion de possibilité, on transmet le même type d'information. ➔ FIGURE 3

FIGURE 3



La question suivante est de savoir si l'on demande la date de reprise d'appui, ou si l'on demande juste si l'appui est possible ou non. Les orthopédistes, lorsque la prescription de sortie du MCO est bien faite, donnent le délai de reprise d'appui.

La question est débattue : oui, la date de reprise d'appui est intéressante, mais elle n'est pas si facile que cela à avoir en SSR.

On hésite, est-il préférable d'avoir une variable précise, mais difficile à recueillir, ou une variable moins précise, mais recueillie de façon fiable ? On tranche alors pour la variable moins précise, mais bien recueillie.

Et puis une nouvelle question se pose. En SSR, étant donné que le recueil est réalisé par semaine, demanderait-on de recueillir la variable uniquement à l'entrée, ou toutes les semaines jusqu'à la reprise d'appui ?

En y réfléchissant, demander un recueil toutes les semaines jusqu'à la reprise d'appui correspond de fait à demander la date de reprise.

Puisque la date de reprise d'appui semble trop difficile à avoir, ce n'est pas la peine de demander un

recueil toutes les semaines. Seul le recueil à l'entrée sera demandé.

Avant de mettre en place cette variable, il est nécessaire d'étudier l'impact possible en termes de classification et de *case mix* des établissements.

Les experts DIM nous donnent alors les situations dans lesquelles pour les orthopédistes travaillant en SSR, cette nouvelle variable serait intéressante : fracture diaphysaire, fracture du sacrum... Nous voulons travailler à partir des actes CCAM de chirurgie.

Malheureusement toutes les chirurgies d'une fracture diaphysaire n'entraînent pas une interdiction de l'appui. En pratique, cela dépend des constatations opératoires, de l'état du patient avant la chirurgie, etc. Et par ailleurs, dans certains cas de non-appui, il n'y aura pas eu de chirurgie auparavant, mais un traitement orthopédique. Nous devons donc utiliser les diagnostics.

Les situations cliniques ciblées par les médecins DIM experts concernent un nombre restreint de séjours. D'un point de vue clinique, ces situations sont celles pour lesquelles la nouvelle variable serait la plus intéressante.

Puisque ces situations spécifiques correspondent à très peu de séjours, nous décidons d'élargir les situations cliniques à étudier (en prenant l'ensemble des fractures du membre inférieur et non seulement les fractures diaphysaires...).

Pour ces situations l'existence d'un rallongement de la durée de séjour pour les patients avec une dépendance au déplacement à 3-4 est étudiée, si l'entrée en SSR est une entrée par transfert du MCO, mutation du MCO, lorsque les pathologies ciblées sont présentes. L'analyse par groupe nosologique (c'est-à-dire par pathologie) montre que les résultats ne sont pas concordants.

Pourquoi ces résultats ne sont-ils pas concordants ?

Est-ce parce que, comme le disent les médecins DIM experts, la nouvelle variable apporte une nouvelle information ? Les proxy que nous avons utilisés ne sont donc pas de bons proxy et il est donc nécessaire de mettre en place cette variable pour avoir cette nou-

velle information.

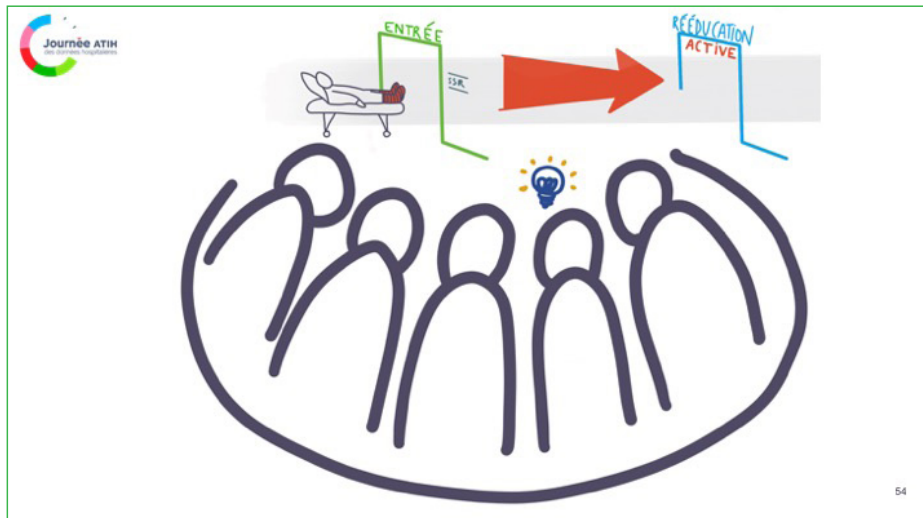
Ou est-ce que, dans notre volonté d'avoir plus de séjours, nous avons trop élargi le champ d'application de cette variable ? Nous allons donc refaire l'analyse sur les situations cliniques très spécifiques initialement ciblées.

Mais même si les analyses étaient concluantes pour ces situations spécifiques, faudrait-il pour autant mettre en place cette variable qui ne concernerait alors qu'un nombre très limité de séjours ? En effet, dans le cadre d'une classification médico-économique, pour que les regroupements de séjours soient intéressants, il faut qu'ils aient une certaine taille.

Puisque l'on souhaite qu'un nombre significatif de séjours puissent être impactés par cette variable, peut-être faudrait-il travailler sur une notion plus large que l'appui possible à l'entrée.

Ce que l'on souhaite mettre en avant, c'est un délai dans la prise en charge rééducative active. **FIGURE 4**

FIGURE 4



Ce délai peut exister pour plusieurs raisons : problème orthopédique, instabilité du patient.

La belle lisse poire de la pluie à l'entrée n'est donc pas terminée... alors qu'initialement le choix avait été porté sur cette variable, car la situation semblait simple.

**Sophie GUÉANT**

Nous avons voulu illustrer par cette histoire les groupes de travail «recueil et documentation» en place à l'ATIH. Nous avons vu que, lors de l'instruction de la demande, l'ATIH a cherché à déterminer à quel besoin cette variable pouvait répondre et a étudié également la faisabilité dans le recueil en collabora-

tion avec les experts informations médicales en SSR.

Sophie, comment ces experts informations médicales sont-ils choisis ? Quelle est la composition de ces groupes experts DIM ?

**Sophie BARON**

La composition des groupes experts DIM qui existent non seulement en SSR, mais également en MCO, en HAD et en psy, est disponible sur le site de l'ATIH. La volonté de l'ATIH a été de réunir des experts DIM qui venaient d'horizons différents (public, privé, ESPIC) et d'établissements de taille différente (CHU et petits établissements).

## IV. Conversion de l'ambulatoire vers l'hospitalisation complète

### Catherine LE GOUHIR

Je me propose de vous présenter l'histoire de la création d'une variable de conversion. La démarche émane d'une demande de la HAS qui souhaitait connaître la quantité de séjours d'hospitalisation ambulatoire qui sont transformés en séjours d'hospitalisation complète. L'objectif de la HAS était d'évaluer l'impact de ces conversions sur la qualité de la prise en charge des patients. Par ailleurs, elle estimait qu'il pouvait être intéressant pour les patients et pour le public de connaître cette évaluation de l'impact de cette qualité vis-à-vis de la pratique de la chirurgie ambulatoire.

La demande de la HAS a été confortée par le fait que les chirurgiens et les anesthésistes avec lesquels elle travaille étaient également intéressés par la connaissance de ce phénomène de conversion de séjours d'hospitalisation partielle en hospitalisation complète pour les quantifier et, surtout, en identifier les causes.

L'ATIH travaille avec un collègue d'experts DIM et avec les comités techniques. Nous avons donc présenté cette question à ces deux instances avant l'été et nous avons à nouveau travaillé avec eux à l'automne. Entre-temps, des échanges se sont structurés avec eux concernant ces questions. Les experts DIM qui faisaient partie du groupe d'experts nous ont confirmé que, pour eux, il pouvait être intéressant d'identifier ces séjours afin de pouvoir remonter dans les dossiers et d'identifier les causes.

L'ATIH a envisagé dans un second temps d'élargir le champ d'observation de ces conversions et d'étendre le périmètre initial (chirurgie ambulatoire) aux hospitalisations en HDJ, aux hospitalisations en ambulatoire pour de l'interventionnel et aux séances. Seront donc inclus dans le périmètre les hospitalisations prévues en hospitalisations partielles qui se convertissent en hospitalisations complètes, mais également les passages aux urgences qui sont adressés en unités d'hospitalisation partielle dans un premier temps et qui ensuite sont convertis en séjours d'hospitalisation complète, et les PIE qui sont prévues en hospitalisation partielle et qui sont converties pour l'établissement prestataire.

À contrario, les séjours en hospitalisation complète de 0 jour ne sont pas prévus dans le périmètre. La conversion aurait pu être identifiée par le l'évaluation du nombre de séjours qui débutent par

un RUM en hospitalisation partielle et qui sont ensuite suivis d'un RUM en hospitalisation complète. Malheureusement, cette méthode n'est pas opérationnelle parce que, d'une part, dans certains SIH, il a été mis en place un processus qui interdit d'avoir dans un RSS un RUM d'hospitalisation partielle suivi d'un RUM d'hospitalisation complète. Par ailleurs, certains établissements (les ex-OQN) sont soumis à une règle de facturation qui leur interdit d'avoir deux disciplines médico-tarifaires dans un même séjour. Par conséquent, ils ne peuvent pas garder l'hospitalisation partielle, ils sont obligés de l'écraser pour avoir une seule hospitalisation qui est une hospitalisation complète.

Il était donc nécessaire de trouver comment identifier cette variable. Le recueil de cette information pouvait se concevoir selon trois modalités :

- sous la forme d'une variable administrative recueillie dans VidHosp et donc lors de l'admission des patients dans une unité d'hospitalisation partielle ;
- sous la forme d'une nouvelle information recueillie dans le RSS ;
- par la création d'une nouvelle modalité de provenance, comme l'ont proposé, dans un premier temps, les experts DIM.

### ➤ FIGURE 5

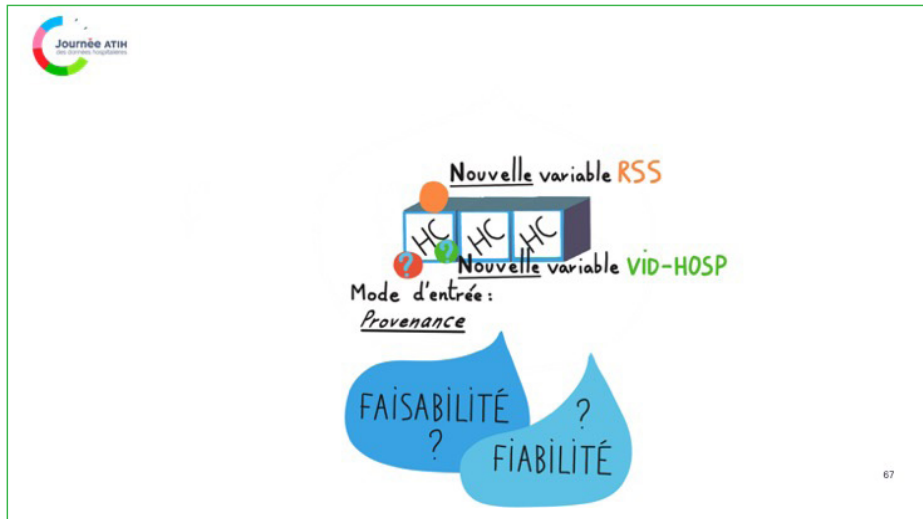
Le groupe expert IM MCO et le CT MCO ont émis des doutes quant à la faisabilité et la fiabilité du recueil d'une nouvelle modalité de provenance. Les mêmes remarques ont été formulées pour le recueil par le bureau des entrées. Il reste donc l'introduction d'une nouvelle variable au sein du RSS. C'est en effet le seul moyen permettant de recueillir l'information de cette conversion, ceci indépendamment de l'existence de multi-RUMS et des contraintes de facturation.

Du fait de la coexistence d'établissements conservant leurs séjours multi-RUMS et d'établissements écrasant le RUM en hospitalisation partielle, la variable sera déclarée dans le premier RUM d'hospitalisation complète.

Elle ne modifie pas le groupage

Pour les établissements ne réalisant pas de multi-RUM, il s'agira d'une déclaration de passage préalable par une UM d'hospitalisation partielle avant mutation dans l'UM d'hospitalisation complète. Nous avons dans un premier temps prévu de typer

FIGURE 5



trois modalités pour cette variable :

- pas de mutation ;
- mutation après réalisation de la prestation prévue qui est le cas de figure visé par la demande HAS ;
- mutation sans réalisation de la prestation prévue.

Finalement, il a été décidé de rester simple et de ne recueillir que l'existence ou non d'une conversion.

La valeur de cette variable sera donc 1 dès lors qu'une conversion a lieu, que la prise en charge initialement prévue en hospitalisation partielle ait été réalisée ou non.

En cas d'absence de conversion, la valeur sera à 2.

La valeur vide sera aussi acceptée

➔ FIGURE 6

Cette proposition a été validée par le groupe d'experts DIM et par le CT MCO en octobre 2018.

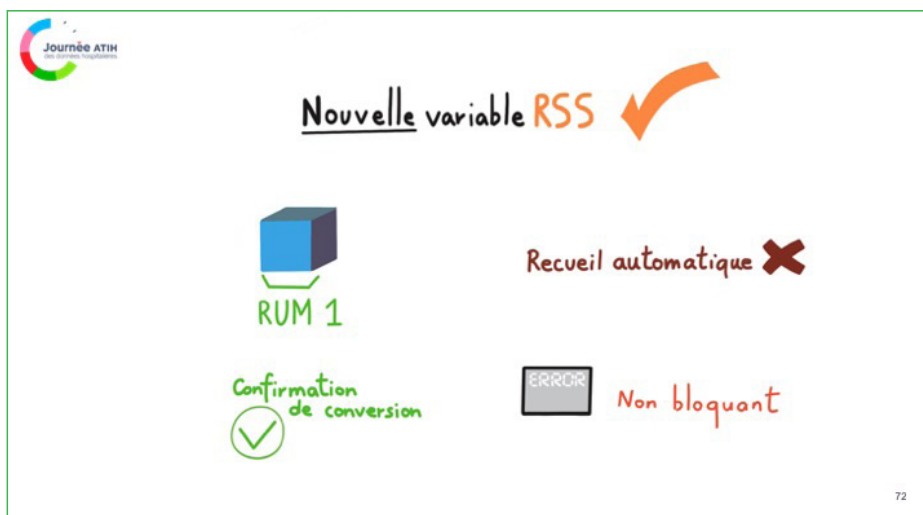
Ainsi, on s'oriente vers la création d'une variable unique qui sera de type confirmation de conversion à compléter dans le premier RUM d'HC.

Il n'y aura pas de codage automatique dans la fonction groupage.

Par contre, selon le type de RSS produit (mono ou multi-RUMS), des codes erreurs non bloquants permettront de valider ou de corriger la saisie ou la non-saisie de cette information.

La mise en œuvre de cette variable est envisagée pour mars 2019. Le RSS sera donc modifié et, par ailleurs, des tableaux OVALIDE seront créés pour vous permettre de récupérer ces informations.

FIGURE 6



La création de cette nouvelle variable a été présentée aux éditeurs il y a 15 jours, ceci afin qu'ils paramètrent le champ de saisie et le recueil de cette donnée.

Une communication a également été faite aux DIM la semaine dernière.

Cette nouvelle variable sera explicitée dans la notice PMSI et dans le guide méthodologique.

S'agissant d'une variable déclarative qui ne sera pas vérifiable, nous comptons sur le codage par les DIM de cette information, car nous pensons que les établissements peuvent trouver un intérêt au repérage de cette information. En revanche, il n'est pas certain qu'elle puisse devenir un indicateur qualité.

#### Sophie GUÉANT

Merci. Nous voyons, au travers de cet exemple, que nous cherchons encore le point d'équilibre entre une demande institutionnelle et l'acceptabilité pour les utilisateurs de la création d'une nouvelle variable. Avez-vous des questions ?

#### De la salle

Comment les séjours seront-ils repérés à partir du moment où le premier RUM sera écrasé ?

#### Catherine LE GOUHIR

Ce sera déclaratif. Le DIM aura la tâche de repérer les séjours qui ont fait l'objet d'une conversion.

#### De la salle

Je pense qu'il sera compliqué pour les établissements de repérer certains séjours.

#### Catherine LE GOUHIR

Oui, ce sera facile quand les patients seront orientés dans des unités partielles qui sont bien identifiées, mais plus compliqué si le patient a un parcours un peu moins spécifique. C'est pour cette raison que le recueil de cette donnée est déclaratif. Nous suivrons le codage de cette variable, pour voir si elle est bien codée et bien utilisée.

#### De la salle

Je suis toujours surpris de ces nouveautés. Les PIE par exemple sont une usine à gaz pour les DIM. Chez nous, un tiers d'équivalent temps plein y est consacré, pour une utilité qui est faible. Sachant que la Sécurité sociale peut très bien par ailleurs décortiquer l'information pour voir ce qu'est une PIE. Je pense qu'au niveau de l'ATIH, vous pourriez redistribuer l'argent à qui de droit.

Là, c'est un peu pareil. La question présente un intérêt pour la HAS, mais elle n'est pas vraiment intéressante pour les DIM et pour les établissements. En revanche, elle représentera encore un coût de recueil et d'attention.

#### Catherine LE GOUHIR

Nous sommes conscients que chaque nouvelle variable représente une charge de travail supplémentaire. Si nous avons fait cette démarche, c'est aussi parce que les experts DIM nous ont dit que, pour eux, il était pertinent de recueillir cette information. L'usage montrera ce qu'il en est.

## V. Nature du séjour : une variable créée pour classer les séjours d'HAD

#### Diane WALLET

Actuellement, le financement de l'HAD repose sur trois variables :

- le mode de prise en charge principal ;
- le mode de prise en charge associé (pansements complexes et soins palliatifs par exemple) ;
- l'indice de Karnofsky (qui mesure la dépendance).

L'ensemble de ces trois variables forme un groupe homogène de prise en charge (GHPC). À chacune des variables est attaché un coefficient de pondération. À chaque journée est affecté un groupe homogène de tarif, ce tarif étant également dépendant de la

position de la journée dans le séjour (dégressivité tarifaire).

En conséquence, dans les groupes homogènes de tarifs, différents types de séjours sont mélangés. Par exemple, dans un même groupe homogène, vous pourrez trouver du pansement complexe avec de la chimiothérapie ou avec du soin palliatif. Il n'est donc pas très simple pour les établissements de retrouver leur *case mix* dans le modèle actuel. De plus, le pilotage au niveau national n'est pas très simple avec ce modèle, car il faut agir sur les coefficients de pondération et que l'on n'arrive pas toujours à une précision

très grande dans les actions que l'on souhaite mener.

L'idée a donc été de réformer le modèle de financement de l'HAD.

La grille tarifaire actuelle s'appuie sur des pondérations, le nouveau modèle devra s'appuyer sur une classification médico-économique: chaque séjour devra être classé dans un groupe et un seul, d'effectif satisfaisant au plan statistique.

Tous les séjours d'un groupe devront avoir une homogénéité médicale et nécessiter des moyens économiques similaires.

Pour réaliser ce travail, l'ATIH travaille en coopération avec le ministère, et en particulier avec la DGOS. Celle-ci est chargée de concevoir un modèle de financement qui peut comprendre différents types d'outils comme la tarification à l'activité, mais aussi des dotations. Le travail de l'ATIH est de fabriquer une classification médico-économique sur laquelle pourra s'appuyer le financement T2A des établissements.

Bien entendu, les fédérations et d'autres partenaires institutionnels sont régulièrement informés de l'avancée des travaux au travers des Comités Techniques HAD organisés au moins trois fois par an par l'ATIH. Ils peuvent à cette occasion exprimer leurs avis sur les travaux en cours. Les comptes rendus des réunions du Comité Technique sont publiés sur le site de l'ATIH. Vous pouvez donc les consulter.

Concernant la participation du terrain, l'ATIH organise des groupes de travail avec des experts de l'HAD. Les experts participent en qualité de professionnels et

non au titre de leur appartenance à une fédération ou un établissement donné.

Ces experts exercent dans des contextes variés et le groupe est réuni en tant que de besoins.

Les éléments recueillis alimentent la réflexion concernant la construction de la classification.

Au sein de l'ATIH, les travaux mobilisent les compétences de statisticiens et de médecins. Les travaux sont basés sur les données accumulées sur le champ HAD au travers de la Base Nationale du PMSI et de l'Étude Nationale des Coûts: travaux statistiques et lectures de séjours. Des comités de pilotage internes sont organisés régulièrement pour suivre les travaux.

La question posée était donc: comment médicaliser la classification sachant:

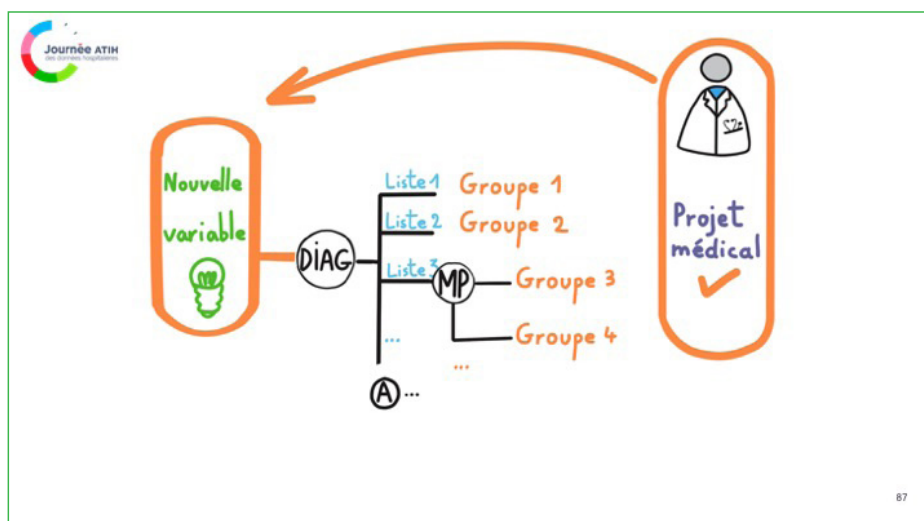
- que les diagnostics (exprimés en codes CIM 10) et les actes CCAM n'étant pas tarifants, ils ne sont pas renseignés de façon homogène par les établissements (ce qui pose des problèmes d'interprétation au niveau de nos analyses);
- que certains modes de prise en charge apportent des renseignements non disponibles dans la CIM 10;
- et que le projet médical n'est pas renseigné dans le PMSI ?

Comment médicaliser la classification ?

Le projet médical étant un élément capital de la prise en charge, l'ATIH s'est demandé comment l'approcher.

➔ FIGURE 7

FIGURE 7



Les éléments actuellement recueillis dans le PMSI ne le permettant pas, il a été décidé de demander à l'établissement de renseigner cet item dans le PMSI grâce à la mise en place d'une nouvelle variable. Cette nouvelle variable sera le point d'entrée du séjour dans la classification et assurera la cohérence médicale de départ.

La nouvelle variable sert donc à définir le projet médical à l'entrée du patient en HAD.

Il s'agissait maintenant de définir les modalités de cette variable en prenant en compte différentes contraintes :

- les modalités devaient permettre une médicalisation de la classification dès l'entrée du séjour dans l'algorithme;
- le nombre de modalités devait être faible afin de définir des groupes de taille suffisante;
- les modalités devaient représenter l'activité actuellement réalisée en HAD et ne pas empêcher l'émergence de nouvelles activités.

Prenons l'exemple de la réflexion autour du groupe pédiatrie.

Fallait-il créer une modalité spécifique pour les enfants ? Si oui, pour tous les enfants ou pour une classe d'âge donnée ?

La décision s'est appuyée sur :

- la lecture de séjours;
- l'étude de la différence de coûts des séjours entre adultes et enfants;
- la possibilité de former des groupes de taille suffisante en fonction des prises en charge.

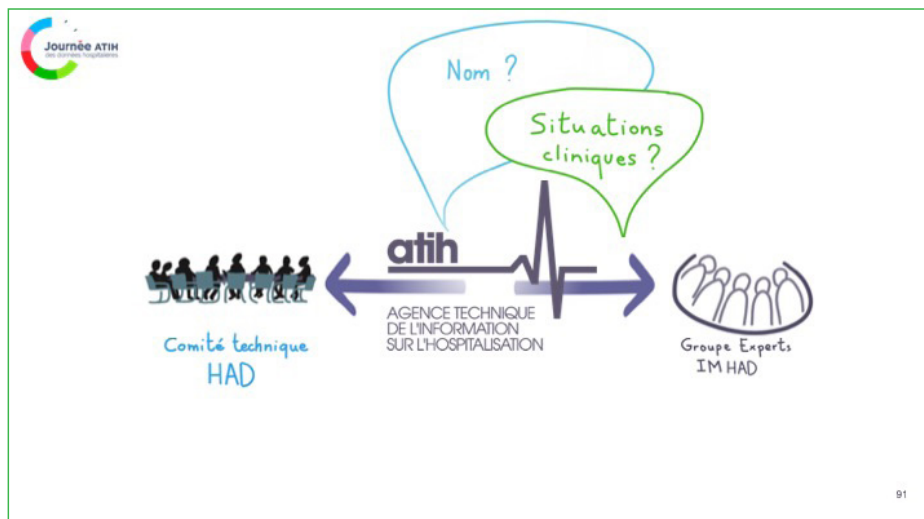
Après étude, il a été décidé de créer un groupe petite enfance avec des séjours d'enfants nés prématurés ou souffrant de malformations.

Nous nous sommes appuyés sur l'activité réalisée en HAD et nous avons déterminé sept modalités qui serviront d'entrée du séjour dans la nouvelle classification. Ces propositions avaient-elles du bon sens ?

Pour le savoir, nous avons interrogé le groupe de médecins experts de l'HAD. La discussion avec les experts a permis d'orienter le choix du nom de la variable. Ils nous ont également fait part de situations cliniques pour lesquelles il n'était pas évident d'affecter le séjour à une seule modalité.

➡ FIGURE 8

FIGURE 8





Nous avons retravaillé nos propositions. Nous les avons ensuite présentées au Comité Technique, qui les a bien accueillies. Nous avons retenu les modalités suivantes :

- petite enfance ;
- périparfum (ante et post-partum) ;
- soins palliatifs ;
- soins ponctuels (durée de séjour prévisible dès l'entrée du patient en HAD) ;
- soins complexes de pathologies chroniques ou de handicap (durée de séjour non prévisible) ;
- surveillance (par exemple, post-chimiothérapie) ;
- rééducation-réadaptation.

Cette nouvelle variable sera mise en place en mars 2019, de façon à ce que les codeurs puissent se familiariser avec elle et surtout, que nous puissions obtenir le plus rapidement possible les premières données de PMSI.

L'ensemble des définitions et des exemples sont à finaliser et paraîtront dans le guide méthodologique provisoire en décembre 2019. Des éventuelles modifications ou précisions pourront être apportées avant la publication au Bulletin officiel en mars 2019.

En conclusion, la mise en place de la nouvelle variable est une étape importante dans les travaux d'élaboration de la nouvelle classification.

Des sous-groupes seront formés au sein des séjours de chaque modalité.

Bien entendu, d'autres éléments seront pris en compte dans ces travaux pour classer chaque séjour aussi finement que possible en formant. Il s'agit par exemple de diagnostics, de certains modes de prise en charge, d'actes CCAM ou de la dépendance. Merci beaucoup.

#### Sophie GUÉANT

En HAD, le groupe expert a été mis en place cette année. Nous avons profité de l'expérience en MCO. Les échanges ont été riches. Avez-vous des questions ?

#### De la salle

Existe-t-il des travaux pour extraire l'HAD psychiatrique du champ général de la psychiatrie ?

#### Anis ELLINI

Cette question est récurrente. Aujourd'hui, en termes de psychiatrie, au niveau du régime des autorisations, etc., le comité de pilotage sur la psychiatrie se saisit de la question. Je sais que les ARS ne donnent plus les autorisations d'HAD en psychiatrie depuis quelques années et favorisent les interventions intensives à domicile.

Pour l'instant, nous continuons le recueil tel que vous le connaissez pour les HAD en psychiatrie qui existent. Pour le futur, nous verrons ce qui sortira des travaux du comité de pilotage national sur la psychiatrie.

#### Dr Diane WALLET

L'HAD en inter-champ est régie par un certain nombre de conditions réglementaires de fonctionnement. Pour l'instant, il existe des possibilités de psychiatrie hors les murs, mais pas sous la forme de l'HAD au sens habituel de l'hospitalisation à domicile.

#### De la salle

Vous avez parlé de petite enfance de façon générale. Vous classez la grande prématurité avec le reste de la pédiatrie. Or il s'agit d'un champ très particulier de l'HAD. Y a-t-il eu une réflexion autour de cela ?

#### Dr Diane WALLET

L'idée est d'avoir un groupe petite enfance comprenant les enfants nés grands prématurés qui ont eu une hospitalisation en MCO (il s'agit d'une prise en charge spécifique de l'HAD) et des enfants qui souffrent de certaines malformations, les autres pathologies de l'enfant pouvant être plus finement classées si elles sont rangées avec les prises en charge des adultes, modulo le fait que l'âge soit considéré comme un facteur d'alourdissement s'il est montré que les prises en charge coûtent plus cher. L'idée est donc bien de les mettre à part.

## VI. Conclusion

### Sophie GUÉANT

Pour conclure, l'ATIH travaille avec le ministère, mais également avec l'ensemble des partenaires, au sein des comités techniques avec les fédérations ou encore avec les autres institutions (HAS). Si on ne tient pas compte des utilisateurs, le risque est fort de devoir revenir en arrière, d'obtenir un recueil hétérogène ou de complexifier davantage le système.

Pour gagner en efficacité, l'orientation de l'ATIH est de se rapprocher davantage du terrain. Cette démarche centrée utilisateurs s'étendra progressivement aux différents champs de l'hospitalisation, à travers les groupes experts DIM, à travers des travaux encore plus approfondis sur les réponses Agora pour essayer de capitaliser toute l'information qui s'y trouve, à travers des travaux pour améliorer l'accessibilité de l'information ou pour faciliter l'utilisation des outils informatiques. Des partenariats sont également en place avec des sociétés savantes comme la SoFIME.

En bref, nous faisons évoluer le recueil PMSI et nous comptons sur l'expertise de terrain pour enrichir nos réflexions. Je vous remercie.



**ATIH**

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

**Pour plus d'informations:**  
**[www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr)**