

FHP-MCO

Présentation des travaux de l'ATIH

26 mars 2021

Ordre du jour

○ Information médicale

- Évolution des recueils 2021 :
 - Admissions directes non programmées : plan d'actions
 - Hôtel hospitalier / Engagement maternité
 - MRC
- Nomenclatures :
 - CIM11
 - Refonte de la CCAM

○ Classification

- Sévérité en médecine
- CMD 09
- Racines en K dans la CMD 08

Information médicale

Admissions directes non programmées des patients âgés de 75 ans et + (ADNP75)

○ **Mesure visant à**

- inciter les établissements à augmenter le nombre de patients âgés en admission directe non programmée, notamment par la mise en place de parcours coordonnés ville (dont ESMS) – hôpital,
- et ainsi diminuer la part des personnes de 75 ans et + hospitalisées via les structures des urgences (mesure 5 du pacte de refondation des urgences + Ségur de la santé)

○ **Incitation financière basée sur un (des) indicateur(s) fondé(s) sur le recueil des données**

○ **Des travaux ont débuté au 1^{er} trimestre 2020, le recueil devait être initié le 1^{er} janvier 2021 mais aucun consensus sur le support n'a été trouvé**

→ Définir plus précisément le type de recueil et ses spécifications, pour un démarrage en septembre 2021

Objectifs des travaux recueil

- **Mise en place d'un recueil permettant la construction d'indicateurs d'évolution des pratiques**
- **Dans le respect des contraintes du terrain (faisabilité, circuit de l'information)**

Hébergements temporaires non médicalisés à proximité des établissements de santé (HTNM)

« Hôtels hospitaliers »

Contexte et objectifs

- **Distinction entre**
 - besoins de soins nécessitant une intervention ou une surveillance hospitalière
 - et besoin d'hébergement non médicalisé en amont ou en aval des séjours hospitaliers ou de séances de soins
- **Dispositif d'hébergement non médicalisé en amont ou en aval d'un séjour hospitalier ou d'une séance de soins (LFSS 2021 art. 59, Ségur)**
 - Les modalités d'application seront fixées par décret
 - Le cahier des charges pour le financement sera établi par arrêté
 - Un rapport d'évaluation sera transmis par le Gouvernement au Parlement au plus tard le 31/12/2021
- **A mobiliser en fonction des besoins du patient : situation géographique, soins itératifs et en fonction de l'environnement médico-social du patient**
- **Expérimentation sur 29 ES ayant effectivement démarré le dispositif (Article 53 LFSS 2015 ; rapport au Parlement juin 2020)**

○ Objectifs du recueil

- Recueil commun avec la partie hébergement de l'engagement maternité (nuitées en amont d'un séjour ou de consultations itératives)
- Financement à la nuitée pour une durée de 3 ans
- Recueil des données à partir de janvier 2021
- Evaluation médico-économique à 2 ans des HTNM
 - Chainage avec les séjours/séances en amont et en aval de l'HTNM + ATU + réhospitalisations

○ Recueil DATEXP

- Mise à disposition en mars 2021, recueil des données à partir de janvier 2021
- Cumulatif sur l'année; Transmission semestrielle (période spécifique),
- IPP + sexe + date de naissance + date de 1^{ère} nuit en HTNM pour chainage avec séjours/séances en amont et aval
- Recueil nombre de nuits patient et nombre de nuits accompagnant(s) en amont/aval de séjours/séances (en amont de consultations pour engagement maternité)

○ Production de consignes de recueil avant mise à disposition

Échéances 2021

- **Financement sur 3 ans via les circulaires budgétaires (MIG)**
- **Réflexions pour une amélioration du recueil/chainage en 2021**

Forfait Maladie Rénale Chronique

Point d'étape sur la mise en œuvre du forfait

- Contribution du forfait à l'évolution des modes de financement, en 2021 :
 - Le financement est alloué en fonction **de l'activité et du stade MRC**
 - Consultations de néphrologues et de paramédicaux réalisées (IDE, diététicien)
 - Le nombre de variables obligatoires du recueil MRC doit être étendu dès 2021 pour moduler le financement en fonction **d'indicateurs de processus et de résultats en 2023**

- Clôture de la transmission des données 2020 le 02/04 : **alerte sur le manque d'exhaustivité des données d'activité**
 - Persistance des transmissions avec des consultations de néphrologue manquantes ou égales à 0 : 4% des patients
 - Des consultations de paramédicaux fréquemment manquantes ou = à 0
 - Diététicien : 70% des patients
 - IDE : 67% des patients

Disponibilité des outils ATIH 2021

- **Publication sur le site de l'ATIH des variables pour le recueil 2021 (guide de recueil et fichier «Formats »)**
 - D'ici fin mars
- **Mise à jour de l'outil de recueil de l'ATIH pour 2021**
 - Objectif : fin avril
- **Travaux ATIH pour 2021 :**
 - Cahier des charges à destination des éditeurs de logiciel pour faciliter le recueil et l'export automatique du fichier MRC
 - Améliorer l'exhaustivité et la qualité des données en réduisant la charge de recueil (éviter toute ressaisie manuelle)
 - Centré sur la prise en compte des besoins des utilisateurs (équipe pluridisciplinaire)
 - Tenant compte de l'hétérogénéité des circuits/systèmes d'information existants

Nomenclatures Information médicale

○ Traduction CIM-11

- Traduction des codes CIM-11 avant fin juin 2021
- Même méthode que 2019 (relecture/correction/validation) avec traduction automatisée en amont par l'ANS
- Groupe de travail composé de collaborateurs internes et externes

○ Révision de la CCAM

- Démarrage après nomination du président du haut conseil des nomenclatures
- Révision de l'anesthésie puis des actes par spécialité

Révision des consignes de codage du sepsis

Plan

○ Contexte

- Préconisations (rapport sepsis 2019)
- Saisine ministère

○ Travaux ATIH

- Révision des consignes de codage
- Mise à jour du fascicule de codage des maladies infectieuses
- Mise à jour du guide méthodologique MCO

○ Calendrier et suite des travaux

- Mise en œuvre des nouvelles consignes de codage
- Restitution des données

Saisine de l'ATIH

- Saisine de l'ATIH par le ministère en décembre 2019 suite au rapport sur le sepsis « Sepsis – Tous unis contre un fléau méconnu »
- Mise en place d'un groupe de travail avec des cliniciens et relecture par un panel de DIM et la SoFIME

Rappel de l'existant

Consignes du codage actuel du sepsis

fascicule de codage des maladies infectieuses (2014)

- **Catégories A40-A41 (« sepsis » dans le libellé) et lorsque l'hémoculture est (+)**
- **Sepsis = infection + SRIS**
- **Avec 3 niveaux de « gravité »**
 - SRIS sans défaillance d'organe (R65.0)
 - puis SRIS avec défaillance d'organe (R65.1)
 - et enfin choc septique R57.2 (pouvant être codé seul)

Nouvelles définitions du sepsis et du choc septique (2016)

- « *Le sepsis est la réponse dérégulée de l'hôte avec une dysfonction d'organe devant une infection* »
- Se base sur le calcul d'un score de défaillance d'organe/fonction

Sepsis = Infection + score SOFA ≥ 2

- Le choc septique est un sous-ensemble du sepsis dans lequel le risque de mortalité est plus élevé que dans le sepsis seul

→ Choc septique = sepsis + catécholamines en continu malgré un bon remplissage + lactates >2 mmol/l

- La notion de sepsis sévère (grave) a disparu

Situations cliniques de codage du sepsis et du choc septique

Nouvelles consignes de codage du sepsis (1/5)

patient admis dans l'UM pour PEC de sepsis. Une étiologie est retrouvée et le germe est identifié

DP de l'UM (médecine/chirurgie)
pathologie à l'origine du sepsis
(ex : N10 pyélonéphrite)



DAS

- sepsis (codes précis avec libellé *sepsis*) (ex : A41.5 sepsis à BGN)
- défaillances d'organe/fonction (ex : N17.0 IRA)
- ± micro-organismes (ex : B96.2 E.coli)
- ± résistance ATB (ex : U82.2 R BLSE)



- choc septique R57.2
(si apparu après l'admission)

**Abandon du
codage du SRIS**

Nouvelles consignes de codage du sepsis (2/5)

patient admis dans l'UM pour PEC de sepsis. Une étiologie est retrouvée mais le germe n'est pas identifié

DP de l'UM (germe non retrouvé)
pathologie à l'origine du sepsis (ex : J18.0 bronchopneumopathie)



DAS
- code A41.9 Sepsis, sans précision
- défaillances d'organe/fonction



- choc septique R57.2
(si apparu après l'admission)

Abandon du codage du SRIS

Nouvelles consignes de codage du sepsis (3/5)

patient admis dans l'UM pour PEC de sepsis. L'étiologie n'est pas retrouvée

DP de l'UM (étiologie non retrouvée)

sepsis (codes avec libellé *sepsis*)

(ex : A41.0 *Sepsis à staphylocoques dorés*)



DAS

- défaillances d'organe/fonction (ex : I50.0 Insuffisance cardiaque congestive)
- ± résistance ATB si germe retrouvé (ex : U82.10 SARM)



- choc septique R57.2 (si apparu après l'admission)

Abandon du codage du SRIS

Nouvelles consignes de codage du sepsis (4/5)

UM de soins critiques. Patient admis pour PEC d'un sepsis

DP de l'UM (**soins critiques**)
sepsis (codes avec libellé
sepsis)



DAS

- défaillances
d'organe/fonction
- ± micro-organismes
- ± résistance ATB



- choc septique R57.2
(**si apparu après l'admission**)

**Abandon du
codage du SRIS**

Nouvelles consignes de codage du sepsis (5/5)

UM de soins critiques. Patient admis pour PEC d'un choc septique

DP de l'UM (soins
critiques)
Choc septique R57.2



DAS

- sepsis (codes avec libellé *sepsis*)
- défaillances d'organe/fonction
- ± micro-organismes
- ± résistance ATB

Abandon du
codage du SRIS

Calendrier et mise à disposition des données

atih

AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

- **Mise en œuvre des nouvelles consignes de codage à partir du 1^e mars 2021**
- **Publication du fascicule de codage des maladies infectieuses après avis des cliniciens sur le pSOFA et les indicateurs de suivi du sepsis**
- **L'ATIH mettra à disposition des données de séjours en lien avec le sepsis via Scansanté dès fin 2021**

Classification

Programme de travail

- **Sévérité en médecine**

- **CMD 09**
 - Chirurgicale
 - Médicale

- **Racines en K dans la CMD 08**

Des travaux sévérité en médecine aux travaux sévérité inter-champs

Contexte

○ Historique

- Une demande ancienne des professionnels : modulation, CMA multiples

○ En 2020, des travaux exploratoires prometteurs

- en améliorant la méthode statistique (gradient) : +0,6 points
- en modifiant la définition des niveaux de sévérité (CMA multiples / modulation)
 - > (+4,5 à 7,1 points)
 - Les CMA multiples ont le meilleur gain de PVE à un prix modéré en complexité
 - La modulation a un intérêt moindre en termes de PVE et un coût en complexité important
 - Augmenter le nombre de niveaux a un impact notable en termes de PVE

○ Une convergence du calendrier des travaux MCO et SSR

- ⇒ Méthode et outils à développer dans une approche inter-champs
- ⇒ Résultats à consolider par champ

Sévérité inter-champs

○ Objectif :

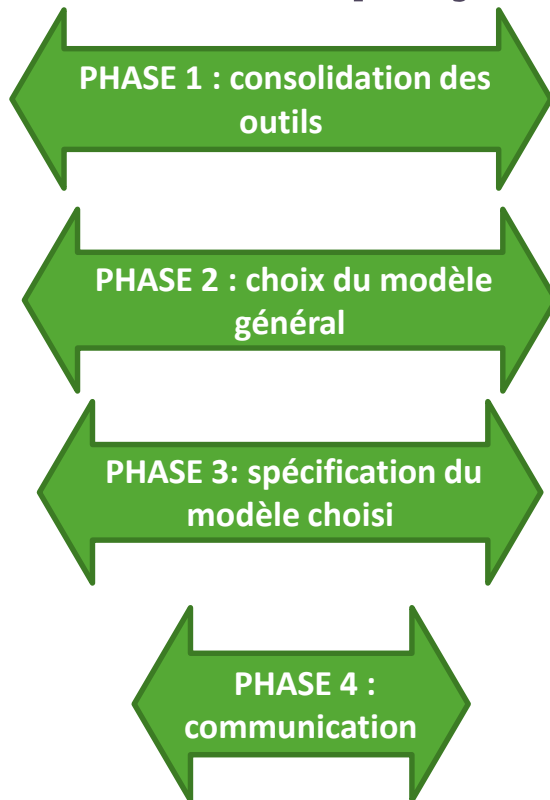
- Redéfinir les niveaux de sévérité en MCO et en SSR (et en HAD)
 - afin d'accroître la performance économique des classifications
 - sans accroître leur complexité
 - tout en restant intelligible médicalement.

○ Moyen :

- En construisant une méthode robuste, pérenne, partagée en interne et lisible par l'extérieur

Sévérité inter-champs

○ Un projet en 4 phases distinctes :



Phase de construction des outils médicaux et statistiques

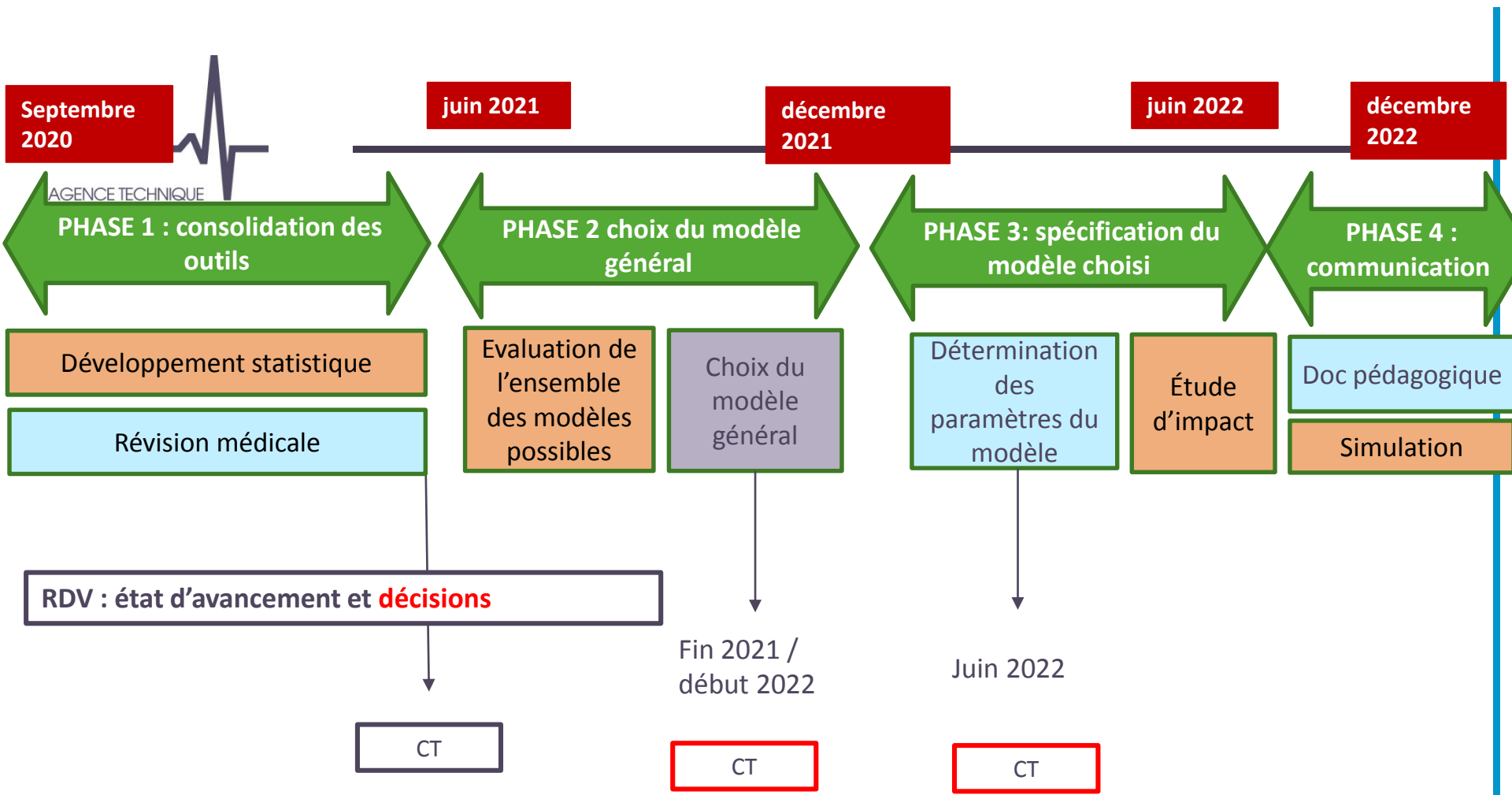
Phase de choix du meilleur modèle pour chaque champ :

→ *CMA multiples ? Modulation ? Nb de niveaux ?*

Phase de définition précise du modèle pour chaque champ :

→ *quel niveau pour chaque diagnostic ?*

Phase de pédagogie autour des changements apportés



Synthèse

- Le projet Sévérité inter-champs est un chantier multichamps ambitieux qui s'appuie sur la construction d'une méthode performante et pérenne.
 - Tout en associant les acteurs aux différentes étapes clés
- Il mobilise une task force interne importante (statisticiens et médecins)
- Il aura pour conséquence de faire grandement évoluer les classifications sur l'ensemble des champs
 - L'ensemble des GHM sera modifié de façon significative



AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

CMD 09

- **CT 08 juillet 2020 : annonce de la relance des travaux**
- **CMD09 chirurgicale : Mise en place d'un GT avec les fédérations
=> 02, 22 et 23 oct**
 - 7 chantiers complémentaires
- **CMD09 médicale : sollicitation de la FEHAP => échange
téléphonique 22 juillet**
 - Étudier la situation particulière des plaies chroniques (L97, L89, I83, ...)
et des lésions infectieuses (cohérence durée/DP)

CMD09 chirurgicale : Chantiers complémentaires

○ Gestes concomitants de chirurgie du sein

- Évaluer l'impact des situations suivantes lorsqu'elles sont concomitantes du geste sur le sein :
 - Reconstruction du volume du sein : prothétique (QEMA006) ou par lipo-injection (lipostructure : QEEB152 et QEEB317)
 - Pose de repère dans le sein sous imagerie (QELJ001 et QELH001)

○ Définir des listes spécifiques d'actes en fonction du caractère malin ou non de la chirurgie sénologique

○ Ajustement du périmètre « TM sein »

○ Ajustement des listes d'actes de la CMD09

- Actes qui ne relèvent pas de la CMD09
 - Interventions sur l'ovaire, la vulve
 - Actes d'ortho-traumatologie
 - Actes de chirurgie digestive
 - Actes de néonatalogie
- Actes qui ne relèvent plus de la CMD09
- Spécificités de certains actes à prendre en compte
 - Dédoubler des actes en fonction de la lésion : fistule Vs kyste
 - Prendre en compte la taille/surface de la lésion, le poids réséqué
 - Distinguer adulte / enfant

○ Interrogation sur la lourdeur ou le caractère majeur de certains actes

- Interventions majeures HTM sein
- Autres interventions HTM sein
- Interventions intermédiaires pour exérèse ou greffe
- Interventions pour exérèse des tissus mous
- Autres interventions pour exérèse ou greffe
- Chirurgie plastiques
- Autres interventions majeures de la CMD09

○ Problématiques liées au codage du DP

- Séjours pour curage ganglionnaire
- Plastie/Reconstruction (Z42)

○ Chirurgie de la peau : distinguer les cancers des affections non malignes.

○ Rendre classant de nouveaux actes

- Prise en charge des plaies chroniques et des ulcères

CMD09 : suite de travaux

- **Finalisation des travaux en janvier et février**
 - Derniers questionnements à traiter
 - Évaluer les impacts PVE des solutions proposées
- **Programmation du GT avec les acteurs : 26 mars**
- **Présentation aux Fédérations au CT de mi-2021**

Racines en K dans la CMD 08

Racines en K dans la CMD 08

○ Présentation des 1^{ers} résultats mi-2020

- Un groupe homogène ressort :
 - Localisation : rachis
 - Durée de prise en charge : 0 nuit et 1 nuit,
 - Présence d'un geste d'anesthésie complémentaire
- => premiers résultats statistiques encourageants

○ Suite des travaux :

- Identifier des actes de racines en C qui auraient des caractéristiques comparables
- Confirmer la pertinence de ce groupe et son impact sur les racines M et K
- Méthode :
 - Mise en place d'un groupe technique avec des cliniciens (chirurgiens ortho, radiologues interventionnels, ...) des fédérations.

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