

# Session actualités PMSI 2021

04 novembre 2020

# Introduction

**Dr Joëlle DUBOIS**

# Programme de la session

- **Accueil à partir de 12h45**
- **Introduction 13h00**
- **SSR 13h15**
- **Nomenclatures 14h00**
- **Pause 14h20**
- **MCO et Transversal 14h30**
- **HAD 16h05**
- **Psychiatrie 16h20**
- **Fin 17h00**

# Session Actualités PMSI 2021

## Le chat pour communiquer avec nous !

**Vous êtes nombreux à participer à cette session, Merci !**

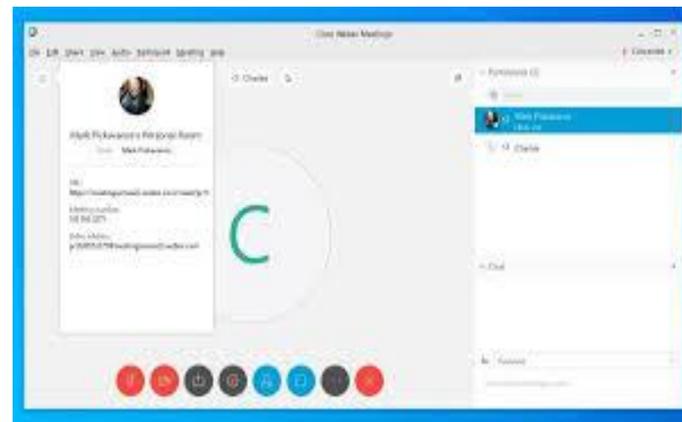
**Pour plus de confort (bande passante et gestion de la parole) les micros sont coupés**

Vous pourrez cependant communiquer par Chat avec nous dans la fenêtre à droite de votre écran

- Le chat est suivi par l'équipe de l'ATIH
- *Ce chat est lu par tous les participants*

Vous pouvez poser une question en privé à un animateur

- **Pour être efficaces**
  - Soyez concis
  - Précisez au mieux vos questions pour éviter les quiproquos
- **Traitement des questions**
  - Réponses à la fin des présentations, recensées par l'ATIH
  - Recensement des questions se poursuit après les présentations
  - Réponses dans la notice technique
- **Problèmes techniques**
  - Vous pouvez également nous contacter par mail, [journées-information@atih.sante.fr](mailto:journées-information@atih.sante.fr)
  - Lien tuto Webex <https://help.webex.com/fr-fr/8bzter/Cisco-Webex-Meetings-Video-Tutorials>



- **Après la session**

- Questionnaire d'évaluation
- Diaporama sur le site de l'ATIH

# 1 - SSR

**Dr Nathalie Raimbaud**  
**Dr Sophie Baron**

# Ordre du jour

## 1. La nouvelle classification v2021

- Présentation générale
- Type de réadaptation
- Niveau de lourdeur du patient
- Informations à venir

## 2. CSARR

## 3. Travaux recueil

- Avancée des travaux sur les facteurs socio-environnementaux
- Extension codes CIM-10 atteintes médullaires

# Avertissement

○ **Le libelle V2021** attribué à cette nouvelle version de classification ne préjuge en aucune manière de la date à laquelle elle sera mise en œuvre, ni des modalités de cette mise en œuvre.

➔ **En attente d'arbitrage**

# Structurer la classification autour de questions clés

Des questions simples

Quelle est la **pathologie et/ou la prise en charge** principale ?

Quel est le type de **réadaptation reçue** par le patient ?

Quel est le poids économique **dû aux caractéristiques du patient**, hors diagnostics ?

Quel est le poids économique dû aux **autres pathologies** prises en charge ?

Des réponses sur 4 niveaux hiérarchiques différents

CM

GN

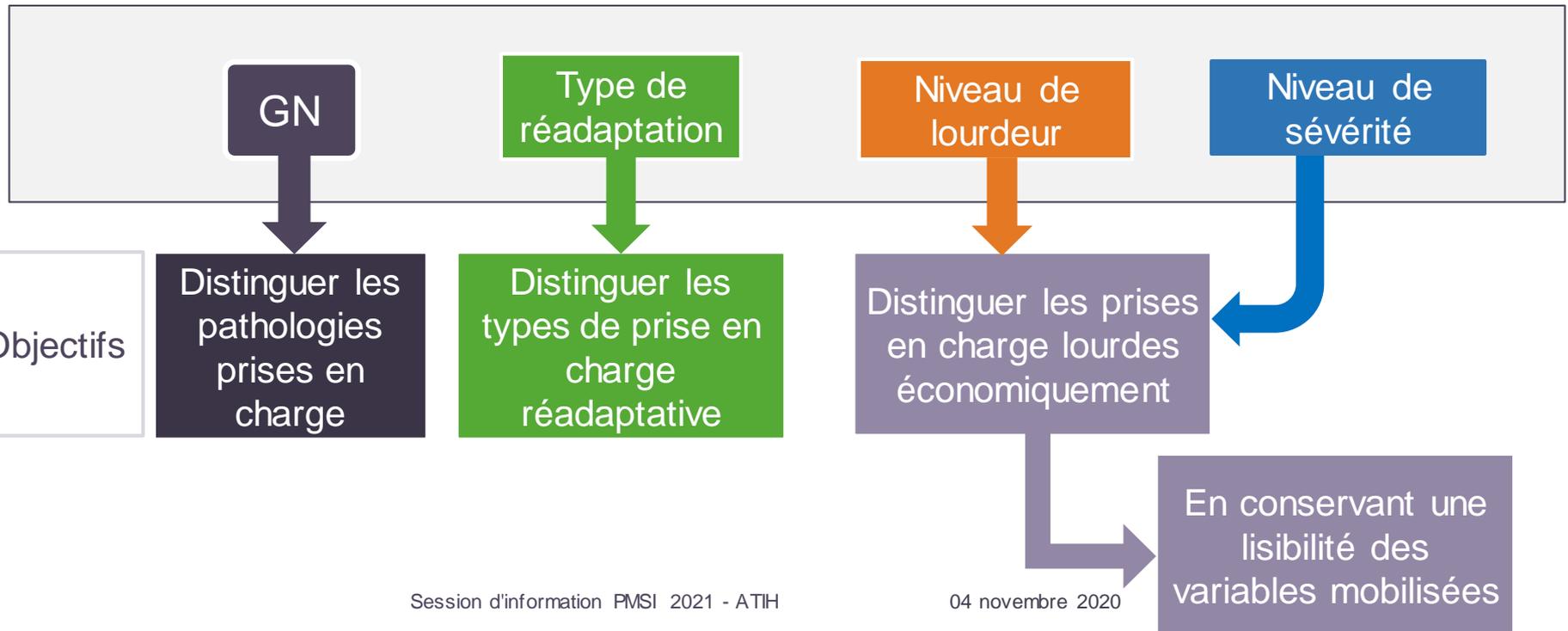
Type de réadaptation

Niveau de lourdeur

Niveau de sévérité

# Objectifs de la classification

La classification v2021 est donc composée de 4 blocs répondant à différents objectifs



# Structure de la classification / variables mobilisées

Dans cette version de classification, le groupage en GN, selon la morbidité principale, et en GME, selon le niveau de sévérité, ne changent pas.

Nouveautés de cette version de classification

GN

Type de réadaptation

Niveau de lourdeur

Niveau de sévérité

Morbidité principale

Actes de RR  
CSARR et  
CCAM  
Pédiatrie

Age,  
Dépendances  
Antériorité  
chirurgicale

DAS

Le recueil est inchangé : format du RHS identique

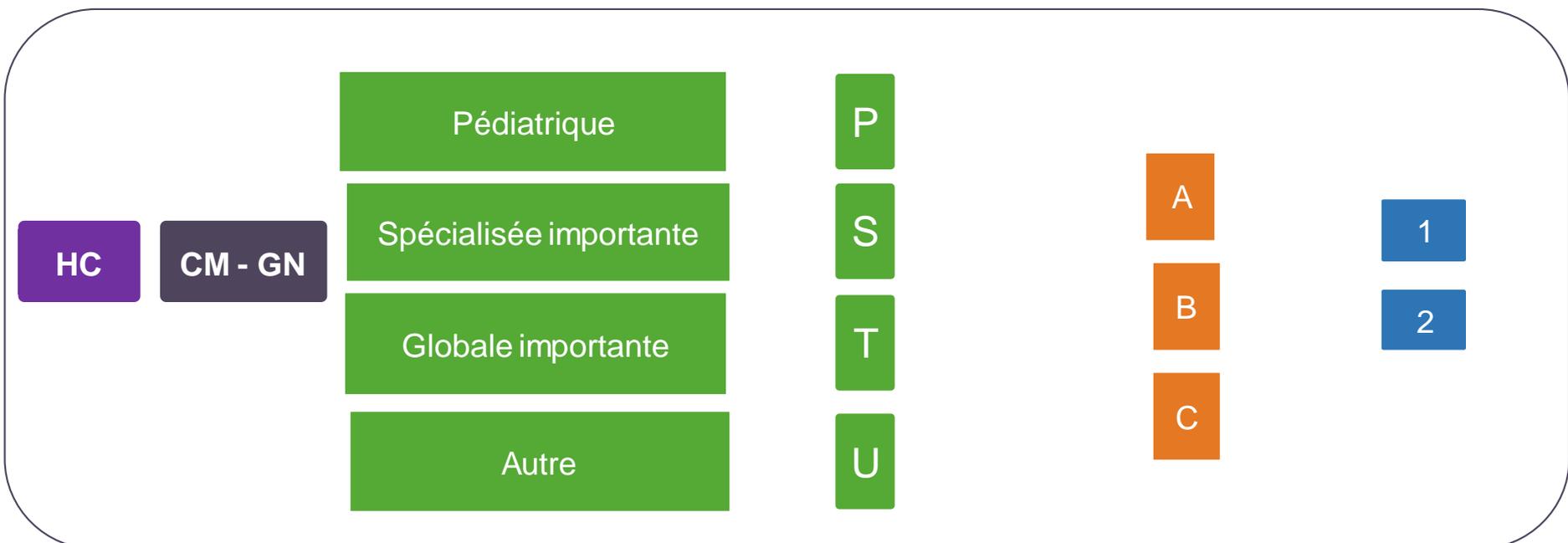
# Structure de la classification HC

Type de réadaptation

Les groupes de réadaptation ou GR

Niveau de lourdeur

Niveau de sévérité



Il existe en HC :

- 4 types de réadaptation en HC : pédiatrique (pour 12 GN), spécialisée importante, globale importante et autre. A chaque type de réadaptation, correspond un groupe de réadaptation ou GR.
- 3 niveaux de lourdeur A, B et C , 2 niveaux de sévérité 1 et 2

# Les types de réadaptation en HC : définitions et principes de groupage

Groupe de réadaptation	Code	
Réadaptation pédiatrique	P	Elle concerne les enfants de moins de 18 ans.
Réadaptation spécialisée importante	S	Le type de réadaptation spécialisée ne dépend pas de la mention de l'UM du séjour, mais de la présence de certains actes marqueurs de réadaptation.
		Ces actes marqueurs témoignent d'une réadaptation spécialisée, dédiée à la pathologie principale
		Ces actes marqueurs sont organisés en listes, établies par GN ou par regroupement de GN.
Réadaptation globale importante	T	C'est l'importance de la réadaptation spécialisée par jour et par séjour qui détermine l'orientation dans ce groupe.
		Elle témoigne d'une réadaptation globale du patient.
Réadaptation autre	U	C'est l'importance de la réadaptation globale par jour et par séjour qui détermine l'orientation dans ce groupe.
		Ce type de réadaptation génère peu d'actes, de façon globale. C'est le faible score global par jour et par séjour qui détermine l'orientation dans ce groupe.

## Les niveaux de lourdeur

En HC, une fois le groupe de réadaptation du séjour déterminé, l'étape suivante consiste à classer le séjour dans un groupe de lourdeur

Code	Définition et principe de groupage
<b>C</b>	Augmentation importante de la charge économique liée aux caractéristiques du patient
<b>B</b>	Augmentation moyenne de la charge économique liée aux caractéristiques du patient
<b>A</b>	Charge économique faible liée aux caractéristiques du patient

## Les niveaux de lourdeur

- Un niveau de lourdeur est associé à chacune des valeurs de variables : âge, dépendance physique, dépendance cognitive et statut post chirurgical
- Pour un séjour donné, le niveau de lourdeur final correspond à l'effet de la variable ayant le plus d'importance : comme pour les CMA

### Exemple pour un GR

variables	valeurs	Niveaux associés
âge	[18-75]	A
	[76-85]	A
	>85	A
dépendance physique	[4-8]	A
	[9-12]	B
	[13-16]	C
dépendance cognitive	[2-6]	A
	[7-8]	A
antériorité chirurgicale	non	A
	oui	B

### Exemple pour un patient :

- Age 70 ans → niveau A
- Dépendance physique 14 → niveau C
- Dépendance cognitive 2 → niveau A
- Avec chirurgie → niveau B

Niveau du séjour : niveau C

## Exemple de groupage, libellés

0512

S

C

1

	Code	Lib court	Lib long
GN	0512	Insuffisances cardiaques	
GR	0512S	Insuffisances cardiaques / HC R spéc	Insuffisances cardiaques / HC Réadaptation spécialisée
GL	0512SC	Insuffisances cardiaques / HC R spéc Niv C	Insuffisances cardiaques / HC Réadaptation spécialisée Niveau C : phy[13-16]
GME	0512SC1	Insuffisances cardiaques / HC R spéc Niv C-1	Insuffisances cardiaques / HC Réadaptation spécialisée Niveau C-1 : phy[13-16] - sans sévérité

0115

P

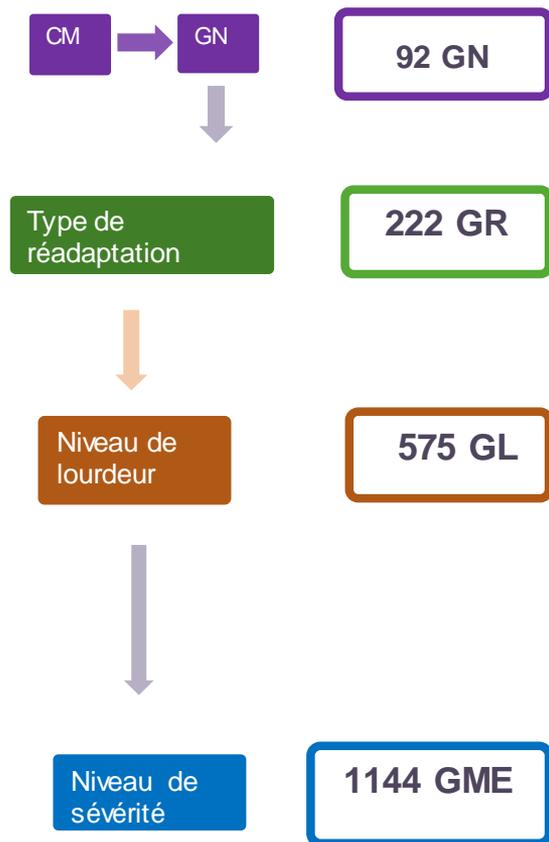
B

2

	Code	Lib court	Lib long
GN	0115	Certaines affections cérébrales	
GR	0115P	Certaines affections cérébrales / HC R pédi	Certaines affections cérébrales / HC Réadaptation pédiatrique
GL	0115PB	Certaines affections cérébrales / HC R pédi Niv B	Certaines affections cérébrales / HC Réadaptation pédiatrique Niveau B : phy[9-12] ou cog[7-8]
GME	0115PB2	Certaines affections cérébrales / HC R pédi Niv B-2	Certaines affections cérébrales / HC Réadaptation pédiatrique Niveau B-2 : phy[9-12] ou cog[7-8] - avec sévérité

# Quelques résultats, chiffres clés

## Hospitalisation Complète



	pédi a	Spé imp	Glob imp	autres
NB Groupes	12	58	69	83
% Séjours	2%	31%	27%	39%

	Niveau A	Niveau B	Niveau C
NB Groupes	194	217	183
% Séjours	41%	35%	24%

	Niveau 1	Niveau 2
NB Groupes	575	569
% Séjours	77%	23%

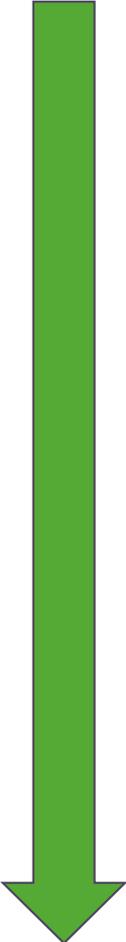
## Synthèse des résultats

---

- La version v2021 décrit les séjours des patients selon 4 axes
  - La morbidité principale
  - Le type de réadaptation fournie
  - La lourdeur du patient due à ses caractéristiques
  - Le niveau de sévérité médicale
- Elle offre une description plus fine et plus interprétable de l'activité des établissements

## Calendrier, prochaines étapes

---

- 
- Réunion DIM : 4 novembre 2020
  - Réunion éditeurs : 6 novembre 2020
  - Webinaires d'information
    - 17 novembre après-midi
    - 3 décembre matin
  - Tutoriel
  - Diffusion de leur casemix aux établissements
  - Manuel de groupage : décembre 2020
  - Rapport de classification : mars 2021
  - Nouveaux tableaux OVALIDE : mars 2021

- Mise à jour des pondérations
- Créations, suppressions de codes
- Réintroduction des notes d'utilisation
- Modifications du guide de lecture et de codage

Dr Nathalie Raimbaud

# Mise à jour des pondérations

- L'ensemble des pondérations ont été remises à jour
- Introduction de pondérations différenciées pour 33 actes selon l'intervenant ayant réalisé et codé l'acte
  - Exemple : évaluation des fonctions cognitives
- Pondérations à 0 pour 17 actes si réalisés par un intervenant non attendu
  - Actes ciblés par contrôles OVALIDE depuis plusieurs années
  - Exemple : évaluation de la peau et de la sensibilité / intervenant IDE

# Créations, suppressions de codes

- Mise en œuvre de travaux validés en 2018 et 2019
  - Révision des actes relatifs à la conduite automobile
  - Création de codes d'évaluation et de rééducation des troubles sensoriels d'origine neurologique
  - Actes relatifs à la posture
  - Actes d'appareillage relatifs aux prothèses du membre supérieur
  - Evaluation de la communication chez le patient EVC-EPR
  - Séance de thérapie familiale

# Regroupements de codes

- Mise en œuvre de travaux validés en 2018 et 2019
  - Séances de rééducation et réadaptation à la marche
  - Actes de fabrication d'orthèses
  - Actes de fabrication de prothèses

# Réintégration des notes d'utilisation des actes dans le catalogue

---

- Nécessité de consulter régulièrement les actions élémentaires pour coder
- Demande d'en disposer dans le catalogue, sans avoir besoin de faire appel au fichier complémentaire

# Modification du guide de lecture et de codage

---

- Suppression du code 29 : Neuropsychorééducateur
  - Le neuro psycho rééducateur se codera avec le code 28 (psychomotricien)
- Création du code 33 : Neuropsychologue
  - Le code 30 ne sera plus utilisé que par les psychologues

# Modification du guide de lecture et de codage

---

- Exception à la règle limitant à 2 occurrences par jour le codage des séances
  - Pour les actes de posture et d'étirement
    - QAE+213, ZBE+110, QCE+001, QCE+268, QDE+038, QDE+094
  - Séances d'éducation thérapeutique
    - ZZR+227, ZZR+238, ZZR+020, ZZR+293

# Travaux facteurs socio-environnementaux (FSE)

---

## ○ Contexte

- Demande croissante des acteurs de soins de prendre en compte les facteurs socio-environnementaux qui impactent la santé et la prise en charge (précarité, isolement, etc.) dans les travaux ATIH
- Demande des fédérations d'avoir un meilleur recueil des FSE en SSR
- Objectif : mise à jour des consignes de codage SSR pour 2021

# Travaux FSE

## Organisation des travaux

---

- Travaux en interne ATIH (novembre 2019)
  - Identifier et lister les facteurs socio-environnementaux pouvant impacter la prise en charge hospitalière
  - Définir les facteurs socio-environnementaux
  - Repérer les nomenclatures permettant de recueillir les FSE

# Travaux FSE

## Définition générale retenue

---

- Le facteur socio-environnemental est un facteur qui reflète le contexte du patient ET impacte sa prise en charge hospitalière **en plus** des éléments suivants
  - Le motif principal de prise en charge
  - Les pathologies connues et déjà traitées du patient
  - Les complications éventuelles
  - Les nouvelles pathologies diagnostiquées et prises en charge pendant l'hospitalisation.

# Travaux FSE

## Définition générale retenue

---

- L'impact sur la prise en charge est mesurée par
  - Un allongement de la durée de séjour par rapport à une durée « habituelle »
  - Un alourdissement de la prise en charge lié à une mobilisation de ressources supplémentaires (par exemple les assistantes sociales)
- Les facteurs socio-environnementaux peuvent avoir un impact aussi bien en HC (longueur du séjour et/ou mobilisation de ressources supplémentaires) qu'en HP (mobilisation de ressources supplémentaires)

# Travaux FSE

## Organisation des travaux

---

- Demande d'expertise pour validation externe des travaux internes
  - Expertise « Clinique » : acteurs de terrain (médecins, assistantes sociales)
    - Ajuster et valider la liste des facteurs socio-environnementaux
    - Revoir les descriptions proposées (définition, justification, ...)
    - 2 réunions
  - Expertise « Recueil PMSI » : médecins DIM
    - Modalité de recueil des FSE : besoin de nouvelles variables ?
    - Nomenclatures à utiliser
    - 1 réunion + 1 courant novembre
- Finalisation : début décembre 2020

# Liste des facteurs socio- environnementaux retenus

---

Logement inadéquat

Réseau médical,  
paramédical et  
médico-social déficient

Logement insalubre

Relations sociales  
et familiales insuffisantes

Analphabétisme et  
faible niveau d'éducation

Couverture médicale absente ou  
sous conditions de ressources

Barrière de la langue

Barrière culturelle

Faibles revenus

Mesures  
de protection  
juridique et  
d'assistance  
éducative

Difficultés liées à l'emploi

Dépendance  
envers une machine  
assurant une fonction  
vitale

# Extensions de codes CIM10 atteintes médullaires - contexte

---

- Travaux sur l'amélioration du recueil en SSR
- Demande des fédérations de travaux sur les informations manquantes
- Améliorer la description des signes cliniques liés au niveau d'atteinte médullaire
  - Repérer si les caractéristiques des séjours diffèrent selon la sévérité de l'atteinte médullaire

# Extensions de codes CIM10 atteintes médullaires

---

- Travaux ATIH
  - Analyse des différentes possibilités d'extension de codes CIM-10
  - Contraintes pour les extensions
    - Faire consensus entre les différentes spécialités concernées
    - Être adaptées à la pratique clinique
    - Respecter une certaine simplicité d'utilisation

# Extensions de codes CIM10 atteintes médullaires

---

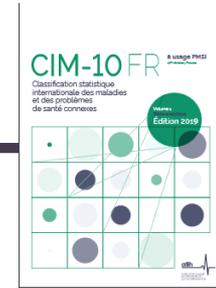
- Propositions soumises aux CNP de médecine physique et de réadaptation, neurologie, gériatrie, et médecins DIM experts
- Instruction des réponses reçues (gériatrie, MPR, DIM) en cours
  - Demande d'avis complémentaire en cours
- Extensions de codes CIM-10 : utilisation dans tous les champs
  - Présentation dans la section « nomenclatures »

## 2 - Nomenclatures

**Dr Yasmine Mokaddem**

# Évolutions nomenclature

## Nouveaux codes CIM-10



### ○ Codes OMS CIM-10

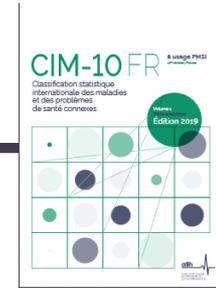
#### ○ Introduction par l'OMS de 3 codes à usage urgent

- U08.9 Antécédents personnels de COVID-19, sans précision
- U09.9 Affection post-COVID-19
- U10.9 Syndrome inflammatoire multisystémique associé à la COVID-19

#### ○ Consignes de codage

- codage rétrospectif possible à compter du 1<sup>er</sup> avril pour des séjours clôturés à cette date
- à coder en DAS sauf pour le code « antécédents » qui est aussi autorisé en DR pour les bilans de surveillance

# Évolutions nomenclature Extensions codes CIM10



## ○ CIM-10 à usage PMSI

- Introduction d'extensions de code d'atteintes médullaires
  - Ne portera que sur les codes tétraplégie et paraplégie (G82.-)
  - Quatre possibilités d'extension PMSI de ces codes

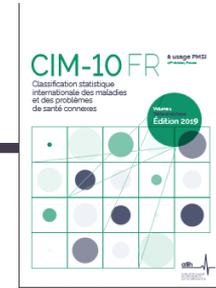
# Évolutions nomenclature Extensions codes CIM10



- Quatre possibilités d'extension de codes CIM-10
  - Option 1 : description du niveau neurologique de la lésion
  - Option 2 : description clinique détaillée sur la base des grades AIS : American spinal injury association (ASIA) Impairment Scale
  - Option 3 : description clinique simple
    - Association possible avec la notion de présence ou absence d'atteinte respiratoire
  - Option 4 : description du niveau neurologique de la lésion et associée sur un même code à l'atteinte clinique décrite sur la base des grades AIS
    - Association possible avec la notion de présence ou absence de ventilation

# Évolutions nomenclature

## Extensions codes CIM10



### ○ CIM-10 à usage PMSI

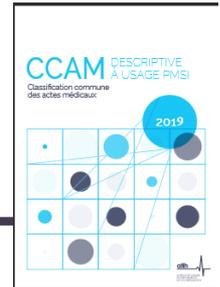
#### ○ Consignes de codage

- les codes pères seront autorisés au codage
- les extensions facultatives s'ajouteront en 5<sup>e</sup> caractère

# Évolutions consignes de codage

---

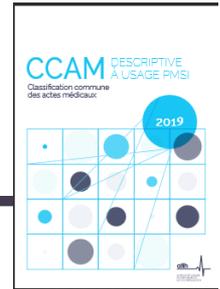
- Évolutions des consignes de codage du sepsis
  - Le sepsis, dans sa nouvelle définition, sera codé avec les codes commençant par « sepsis » (ex : A40-A41) (+ codes autres sepsis précisés)
- Refonte du fascicule « maladies infectieuses »
- Apport de précisions :
  - sepsis ≠ bactériémie ≠ « septicémie » (terme obsolète)
  - score SOFA (utilisé dans la définition pour les cliniciens)
- Abandon du codage du SRIS pour le sepsis
  
- Consignes applicables au 1<sup>er</sup> mars 2021



## ○ CCAM Descriptive V2 (V62) mise en œuvre 21 février 2020

### ○ Radiation de trois libellés introduits en V5 en 2019 :

- HFCC003-32 Court-circuit [Bypass] gastrique avec anse montée en oméga, pour obésité morbide par coelioscopie, sans assistance par robot
- HFCC003-42 Court-circuit [Bypass] gastrique avec anse montée en oméga, pour obésité morbide, par coelioscopie, avec assistance par robot
- HFCA001-02 Court-circuit [Bypass] gastrique avec anse montée en oméga, pour obésité morbide



## ○ CCAM Descriptive V5 (V65) mise en œuvre 12 octobre 2020

- Introduction de trois codes pour décrire le protocole complet de thérapie génique par CAR-T Cell :
  - FFFF438 Prélèvement de cellules mononucléées par cytophérèse, pour production de médicament de thérapie génique autologue chez un patient de 20 kg et plus
  - FFFF220 Prélèvement de cellules mononucléées par cytophérèse, pour production de médicament de thérapie génique autologue chez un patient de moins de 20 kg
  - FGLF671 Administration d'un médicament de thérapie génique autologue par voie veineuse
- Introduction de codes d'ablation d'implant de renfort pour organes pelviens en complément de la description des actes de pose d'implant, introduits en V5 2019

*Pause*

## 3 – MCO / Transversal

# Ordre du jour

**MCO**  
**Transversal**

1. Evolution classification MCO
2. Druides
3. Dispositifs Médicaux
4. Admission directe non programmée
5. **Hôtel Hospitalier**, Engagement  
Maternité
6. Autres évolutions : Nouveautés GM  
MCO 2020, FPC MRC, **FICHSUP**  
**PCR, Transport**
7. Remontées accélérées du PMSI

# 1. Evolution classification MCO

**Mériem Saïd**  
**Dr Raphaël Schwob**

# Sévérité en médecine

## Contexte

- **Analyse des CMA actuelles**
  - 3 révisions des listes sans amélioration notable de la part de variance expliquée (PVE)
- **Demandes des acteurs**
  - Fédérations (modulation, CMA multiples)
  - Groupe expert (ATCD)
- **Demandes *task force***
  - Allègement du recueil et utilisation d'autres données / outils disponibles (ALD, SNDS, ...)
- **Démarche générale « d'ajustement aux risques » et de prise en compte différemment de facteurs de « lourdeur » (EDS, pathologie chronique, travaux HAD, SSR,...)**

→ **Un nouveau modèle à concevoir**

# Sévérité en médecine

## Les principales orientations

---

### ○ Simplifier

- En utilisant différemment le PMSI
- En utilisant d'autres sources de données (SNDS)

### ○ Améliorer la qualité de la classification pour la prise en compte de la sévérité

- En modulant : chirurgie *versus* médecine
- En modifiant l'algorithme de détermination du niveau de chaque diagnostic
- En modifiant l'algorithme de détermination du niveau de chaque séjour

# Sévérité en médecine

## Simplification

---

### ○ Historique du patient

- Impact des hospitalisations antérieures

### ○ Typage des diagnostics

- Typage « aigu / chronique » réalisé et impact analysé
- Impact des ALD (SNDS) : en cours

### ○ Facteurs sociaux-environnementaux (« précarité »)

- Définition des facteurs : en cours de stabilisation
- Listes de diagnostics rattachés à chaque facteur : en cours
- Alternatives aux diagnostics (CMUc, AME, EHPAD,...) : en cours

# Sévérité en médecine

## Amélioration de la qualité de la classif

---

- **En modulant : chirurgie *versus* médecine**
  - Listes de diagnostics CMA différentes : simulations et relecture médicale réalisées
- **En modifiant l'algorithme de détermination du niveau de chaque diagnostic**
  - Algorithme actuel (« effets isolés ») : pas optimal
  - En cours : test d'autres algorithmes
- **En modifiant l'algorithme de détermination du niveau de chaque séjour**
  - Algorithme actuel développé (« effets isolés ») : basé sur le diagnostic d'effet maximal
  - En cours : tests de différentes règles de CMA multiples

# CMD 09 chirurgicale

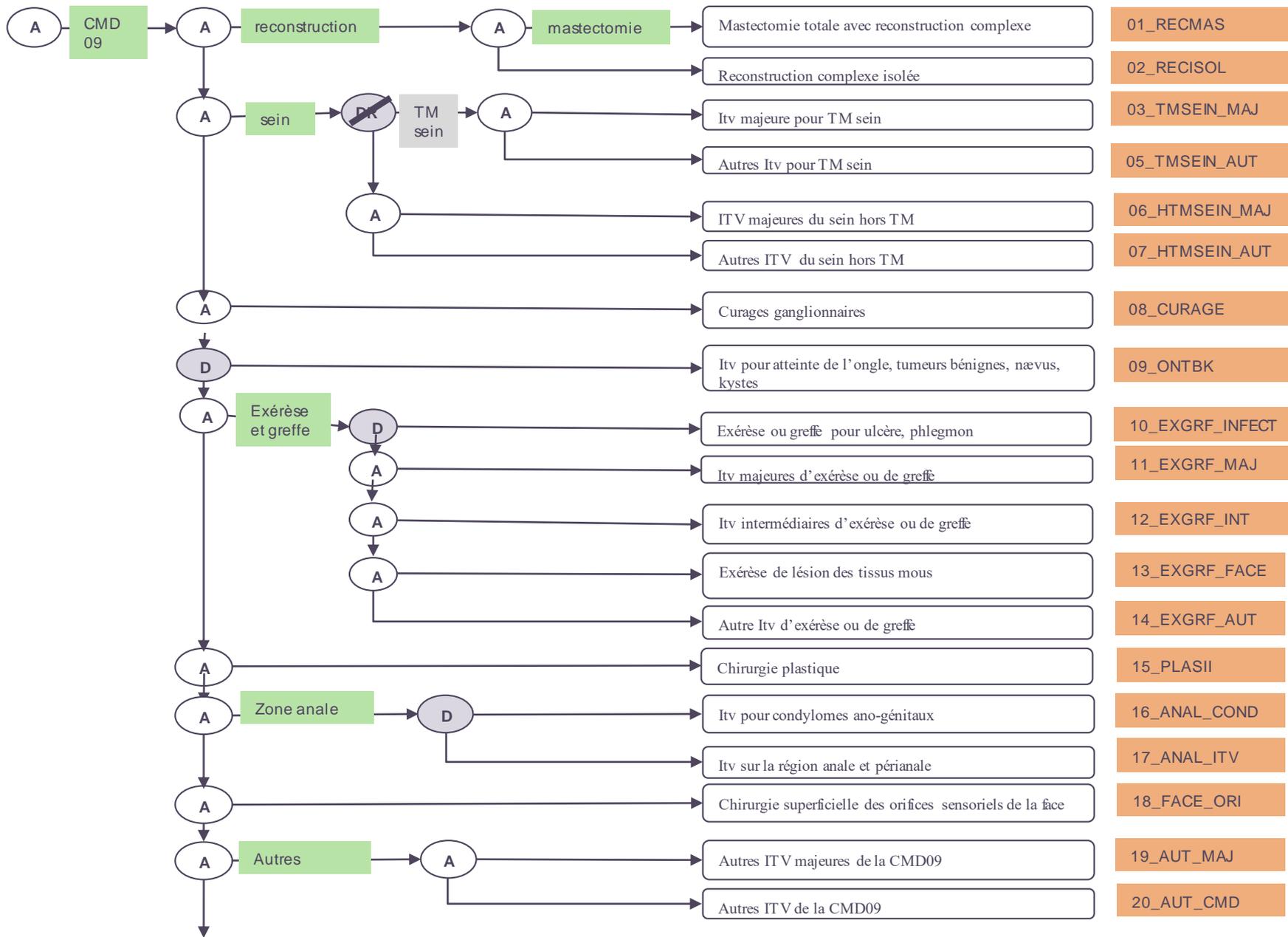
---

## ○ Rappel de l'historique des travaux

- Été 2019 : mise à disposition, sur la plateforme d'accès sécurisé aux données hospitalières, d'un fichier permettant d'apprécier les changements apportés à la CMD09 sur ses séjours chirurgicaux
- Début 2020 :
  - Demande d'ajustements des Fédérations hospitalières
  - Souhait d'un groupe de travail avec des cliniciens
- Été 2020 : reprise des travaux

## ○ État d'avancement

- Groupe technique : 2 réunions en octobre
- Prise en compte des remarques et observations en cours



# Racines en K dans la CMD 08

---

- Rappel de l'origine du projet :
  - Introduction dans la V58 de 4 actes de spondyloplastie du rachis avec expansion avec code d'activité 4 (LHMH 228, 027, 140, 454).
  - Question posée : dans quelle racine orienter les autres actes de spondyloplastie sans expansion qui sont actuellement orientés dans des racines médicales ?

# Racines en K dans la CMD 08

---

## ○ Premiers résultats

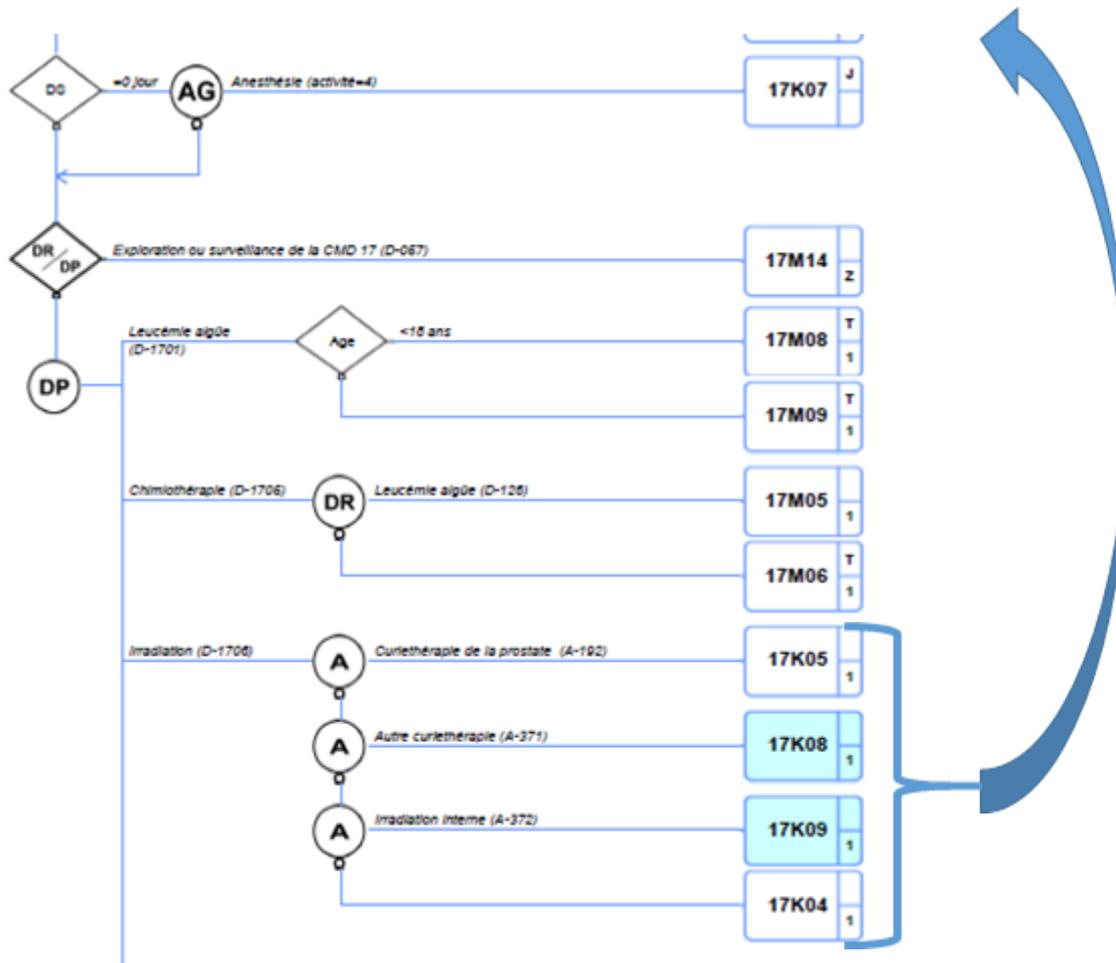
### ○ Un groupe homogène ressort :

- 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

- Confirmer la pertinence de ce groupe et son impact sur les racines M et K
- Présenter ces travaux à des cliniciens (chirurgiens ortho, radiologues interventionnels, ...).

# Modification de la hiérarchisation des racines de la CMD 17



# Réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC)

---

- Mise en place en mars 2019
- Ajustement pour 2021
  - Suppression du contrôle bloquant pour les modes de sortie « décès » et « transfert MCO ».
  - Ces séjours seront valorisés avec le GHS sans RAAC
  - Si mode de sortie est « transfert » ou « décès », la Fonction Groupage se comporte comme si la variable RAAC était égale à 0 (« non cochée ») même si elle est égale à 1 (« cochée »). **Le GHM et le GHS seront ceux obtenus sans RAAC.**

## 2. Druides

**Dr Anis Ellini**

# Druides : Rappel

---

- Dispositif de Remontée **Unifié** et **Intégré** des Données des Établissements de Santé
  - 1 seul outil pour tous les champs
  - Intégré dans le SIH
  
- Fonctionnement en « module », API
- Versions successives : par champs d'activité et fonctionnalités
  - Améliorer la « communication » entre les plateformes et logiciels installés à l'ATIH et dans les établissements
  - Diminuer les traitements logiciels « double » : à ATIH / Établissement
    - Version cible : réduire au strict minimum les traitements dans l'établissement (ne garder que l'anonymisation...?)

# Druides : calendrier

---

- Décalage du calendrier initial :
  - Difficultés techniques automatisation : sécurité et Pare-feu, compatibilité des versions...
  - Contraintes du nouveau processus d'anonymisation
- Nouveau calendrier prévisionnel (MCO) :
  - Développement et tests internes ATIH :
    - Novembre – Décembre 2020
  - Tests en établissement
    - Janvier- Février 2021:
      - Objectif : Ergonomie/Communication (échantillon 5 établissements)
    - Mai - Juin 2021 :
      - Objectif : Validation des résultats (à partir des données de Campagne 2021) (échantillon 10 établissements)
  - Diffusion prévisionnelle : Dernier trimestre 2021

## 3. Dispositifs médicaux

**Dr Diane Paillet**

# Dispositifs médicaux intra-GHS

---

- Pour les DM appartenant à la liste dite intra-GHS
  - Liste en vigueur depuis 2016
    - Défibrillateurs cardiaques, Stents, Valves cardiaques
    - Ajout en 2019 : DM prolapsus, stents intracrâniens, stents retrievers

<https://www.atih.sante.fr/nomenclatures-de-recueil-de-l-information/dispositifs-medicaux>

# Dispositifs médicaux intra-GHS

---

- Nouveau recueil dans un fichier DATEXP
  - Obligation réglementaire sans valorisation
  - Comprend : code, date de pose, nombre d'unités implantées
- Etude d'automatisation auprès de la DGOS
- Mise en œuvre second semestre 2021

## 4. Admission directe non programmée pour les patients de 75 ans et plus

**Anne-Noëlle Machu (DGOS)**

**Dr Carole Therasse**

**Dr Sophie Guéant**

# Admission directe non programmée des patients de 75 ans+

---

## ○ Contexte

- Mesure 5 du pacte de refondation des urgences : « Généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées pour éviter les urgences » (mesure Ségur de la santé)

## ○ Objectifs du dispositif ADNP75

- Inciter les établissements à augmenter le nombre de patients âgés en admission directe non programmée
- Par la mise en place de parcours coordonnés ville (dont ESMS) -hôpital
  - ➔ Diminuer la part des personnes de 75 ans et plus hospitalisées via les structures des urgences (diminuer les urgences évitables)

## ○ Trajectoire

- la construction sur 2020 et 2021 en région de parcours d'admissions directes non programmées sur les territoires appuyés par des délégations de crédits
- l'engagement dès 2021 d'un recueil de ces admissions dans le PMSI MCO sur la base de travaux menés par l'ATIH
- un dispositif à partir de 2022-2023 d'incitation financière à ces parcours « qualité » fondé sur ce recueil.

# Admission directe non programmée des patients de 75 ans+

---

- Travaux DGOS avec les professionnels, fédérations
- Définition de l'ADNP :
  - Directe : se fait directement dans le service d'hospitalisation depuis le domicile/EHPAD, sans passage par le SAU
  - Non programmée (inopinée) : jusqu'à 48h avant sa réalisation effective
  - A la demande du médecin de ville (intervenue après consultation de visu, téléphonique ou de consignes données aux patients déjà suivis) ou d'un médecin du SAMU (futur SAS)
- Finalité du recueil
  - Permettre la construction d'un indicateur d'évolution, portant sur l'ensemble des GHM (champ MCO)
  - Incitation financière sur la base de cet indicateur à ce parcours de qualité  
*Celui-ci n'étant faisable qu'avec deux années de recueil, il y aurait un premier indicateur temporaire la première année, qui pourrait en partie récompenser le remplissage du recueil*

# Admission directe non programmée des patients de 75 ans+

---

- Modalités de recueil explorées : **discussions en cours**
  - Variable générique « programmé/non programmé » dans le RSS ou VIDHOSP/RSF
  - Repérage des séjours répondant à la définition d'ADNP par un code CIM-10 en DAS du 1<sup>er</sup> RUM
  - FICHCOMP ADNP (O/N)
  
- Calendrier envisagé : **en attente d'arbitrage**
  - Mise en place d'une nouvelle variable au 1<sup>er</sup> janvier 2021 ?

# Admission directe non programmée des patients de 75 ans+

---

- Autres travaux
  - Méthode d'analyse du « Potentiel » dans l'attente du nouveau recueil
  - Travaux « Indicateurs » et « Financement »

## 5. Hébergement non médicalisé à proximité des établissements de santé (« Hôtels hospitaliers »)

### Engagement maternité

**Estelle Lepaicheux (DGOS)**

**Dr Carole Therasse**

**Dr Sophie Guéant**

- C'est un hébergement **non médicalisé** à proximité des établissements de santé
  - ▶ Cela permet la distinction entre les **besoins de soins nécessitant une intervention ou une surveillance hospitalière** et le **besoin d'hébergement non médicalisé en amont ou en aval** des séjours hospitaliers ou de séances de soins
- Dispositif à mobiliser en fonction des besoins du patient : **situation géographique, soins itératifs** et en fonction de **l'environnement médico-social du patient**
- La mesure fait suite à **une expérimentation** (Article 53 LFSS 2015)
  - **41 ES** autorisés pour une durée de 3 ans dont **29** ont effectivement pu démarrer l'activité
  - Un rapport transmis au parlement – juin 2020
  - **Niveau de satisfaction patients entre 90% et 95%** et le parcours s'est déroulé dans un cadre sécurisé
  - L'expérimentation a montré que l'hébergement non-médicalisé pour patient avait sa place dans l'organisation des parcours des patients

- **Mesure du PLFSS 2021 / SEGUR de la santé** : généralisation du dispositif au 1<sup>er</sup> janvier 2021 / Financement à la nuitée sur une durée de 3 ans avec une évaluation du dispositif prévue à 2 ans (notamment médico-économique)
  
- Finalité et périmètre du nouveau recueil :
  - ▶ **Vecteur de financement** : MIG, forfait à la nuitée, à partir du 1<sup>er</sup> janvier / selon remontée d'activité
  - ▶ **Périmètre** : MCO (toutes formes d'hospitalisation, toutes les séances) et SSR
  - ▶ *Hors dispositif Engagement Maternité*
  
- ❖ **Principales modalités du recueil via FICHCOMP** : *en cours d'élaboration*

- Article 52 LFSS pour 2020
- Objet : 2 volets au bénéfice des femmes enceintes éloignées d'une maternité de plus de 45 minutes
  - Prestation d'hébergement temporaire non médicalisé (à différencier du dispositif hôtel hospitalier)
    - ❖ En amont de la date prévisionnelle d'accouchement pour les grossesses physiologiques
    - ❖ A l'appréciation de l'équipe médicale pour les grossesses pathologiques
  - Prise en charge des frais de transport entre le domicile et l'unité de gynécologie obstétrique en fin de grossesse

→ Textes d'application en cours de rédaction / arbitrage

# Hôtels hospitaliers / Engagement maternité

---

- Arbitrage DGOS sur le recueil :
  - Recueil par séjour (FICHCOMP)
  - A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2021 pour Hôtels Hospitalier; *travaux en cours* pour Engagement maternité
  - *Spécifications des fichiers en cours d'élaboration*

## 6. Autres évolutions

**Dr Sophie Guéant**

**Dr Baptiste Pluinage**

**Dr Carole Therasse**

**Clément Rallet**

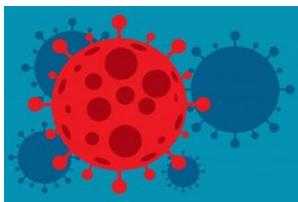
# Forfait Maladie Rénale Chronique

- Rappels :
  - Suivi au patient MRC aux stades 4 et 5 depuis le 01/10/19
  - Pour établissements éligibles (238 EJ en 2020) mettant en place une prise en charge pluridisciplinaire des patients
  - Données incluant caractéristiques du patient, activité, résultats et qualité
  - Création d'un outil de recueil ATIH actualisé mis à disposition en M9 2020
- Année 2020, site de l'ATIH juillet 2020 :
  - *En 2020 les données d'activité à renseigner intègrent les consultations d'IDE et de diététicien en plus de celles des médecins néphrologues (+ stade MRC). Les variables de résultats et qualité restent facultatives.*
  - Annulation de la transmission M6 et transmission année complète en M12
- Année 2021 :
  - DGOS : arbitrages à venir sur les variables obligatoires
  - ATIH :
    - Publication d'une notice MRC actualisée
    - Lancement des travaux pour un cahier des charges pour les éditeurs de logiciel

- Nouvelle prestation : tests antigéniques (TDR)  
→ mise à jour prochaine du format et des notices DGOS et ATIH

- DAF/Ex DG : mise en place du Fichcomp  
Transport à partir du 1er janvier 2021 sur les 3  
champs (MCO, SSR, PSY)
- *Ex OQN en SSR et Psy : en attente d'arbitrage*

## 7. Remontées accélérées du PMSI-MCO



**Dr Marie-Caroline Clément**

# Remontées accélérées du PMSI-MCO

## Contexte et objectif

- Depuis le début de la crise sanitaire : sollicitation des établissements de santé pour remonter de façon anticipée les données du PMSI
- Objectif de veille sanitaire et épidémiologique dans le cadre de la Covid-19
  - Mobiliser rapidement les données PMSI
  - Les chaîner avec les autres données de santé
  - Les mettre à disposition des institutions et des chercheurs



# Remontées accélérées du PMSI-MCO

## Historique

---

### 2 circuits ○ 3 étapes :

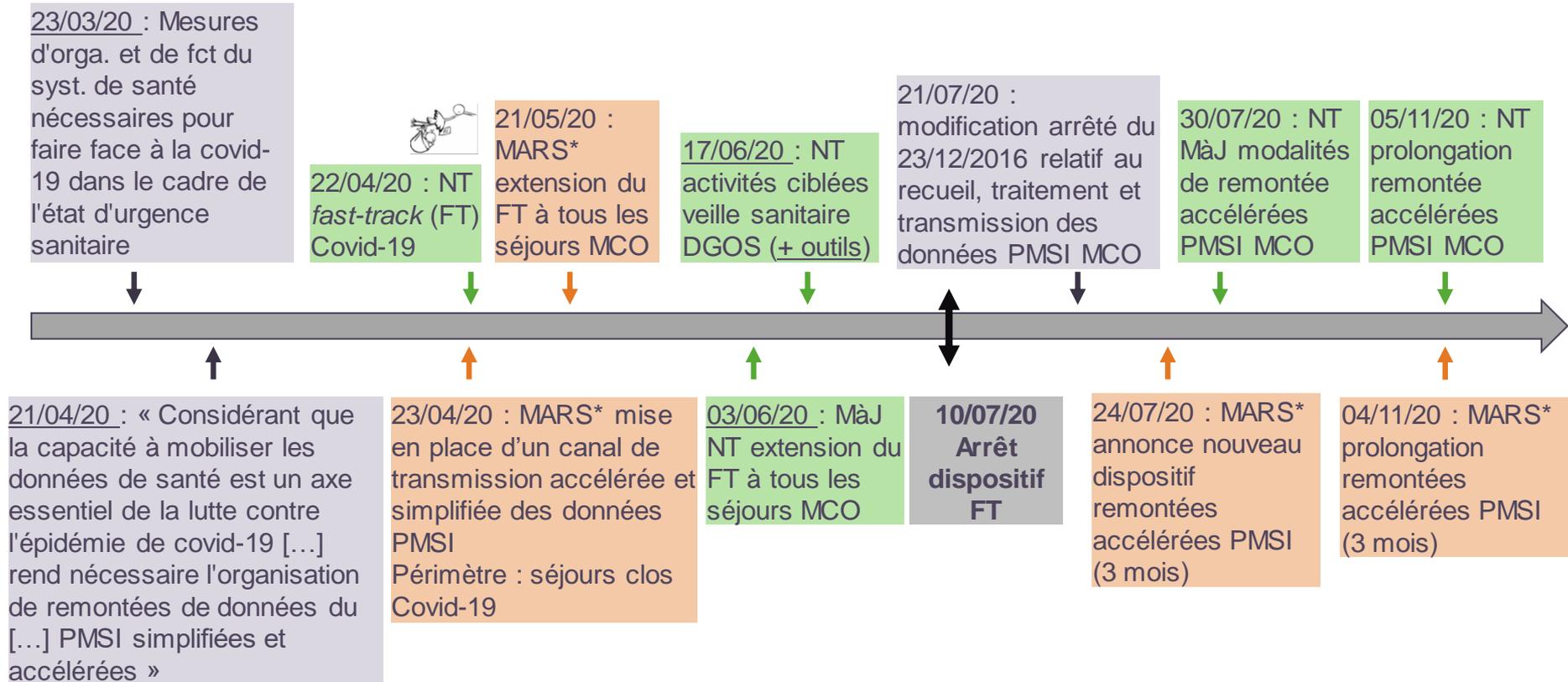
Remontées  
accélérées &  
simplifiées =  
Fast-track

Remontées  
accélérées  
des étab.

- Remontée activité Covid-19
- + activité hors Covid-19, en particulier séjours en lien avec 4 activités ciblées (neuro, cardio, interruptions de grossesse et cancer)
- Transmission mensuelle classique + séjours du mois en cours

# Remontées accélérées du PMSI-MCO

## Chronologie



Arrêté

\*MARS : Message d'Alerte Rapide Sanitaire

NT : Notice technique

# Remontées accélérées du PMSI-MCO

## Depuis fin juillet 2020



### ○ Côté établissement

- Circuit des remontées PMSI classiques
- Possibilité de transmettre les séjours clos du mois en cours (RSS / ANO-HOSP / IUM)
  - Sur la base du **volontariat**
  - En **priorité** les séjours Covid-19 et des 4 activités ciblées
  - Données non utilisées pour la valorisation
- Après validation établissement → possibilité pour ATIH **de récupérer ces données sans attendre la validation ARS** pour alimenter les bases PMSI des transmissions accélérées des établissements
- **Infos techniques** : Notice technique en ligne sur le site ATIH

### ○ Côté ATIH

- Récupérer des données validées établissements sans attendre la validation ARS le **2<sup>ème</sup> jeudi du mois à minuit**
- Génération des BdD PMSI TAE + transmission données à la CNAM

# Remontées accélérées du PMSI-MCO Depuis fin juillet 2020

- Nb d'étab. ayant transmis des données PMSI avec des séjours clos depuis le 01/01/2020 ou selon le mois de sortie (MS) selon la date de récupération des transmissions accélérées (TAE)

Base TAE 04/09/20	Depuis le 01/01 Nb	MS = juin		MS = juillet		parmi lesquels MS = août	
		Nb	%°	Nb	%°	Nb	%^
Etab. transmetteurs*	1 748	1 653	95%	1 028	59%	43	4,2%
Base TAE 02/10/20	Depuis le 01/01 Nb	MS = juillet		MS = aout		parmi lesquels MS = septembre	
		Nb	%°	Nb	%°	Nb	%^
Etab. transmetteurs*	1 752	1 675	96%	843	48%	33	3,9%

\*Au sens Finess ePMSI

°Rapporté au total d'établissements transmetteurs depuis le 01/01

^Séjours clos du mois en cours rapportés aux étab. transmetteurs en juillet (1er tableau) et aout (2ème tableau)

→ Un dispositif peu utilisé

Transmission  
 Accélérée  
 Etablissements

# Remontées accélérées du PMSI-MCO

## Depuis fin juillet 2020

---

- Dans le cadre du dispositif *Fast track*, entre le 23/04/20 et le 03/07/20, plus de 830 établissements avaient transmis des données PMSI
- Raison(s) du faible nombre d'étab. transmetteurs de séjours clos du mois en cours ?
  - Problèmes techniques ? Blocage logiciels métiers ?
    - Information ATIH prévue pour les éditeurs le 06/11
  - Date de récupération des données accélérées trop proche du début du mois ?
  - Autres ?

→ **Support : Agora > Informations médicales > COVID-19 > MCO > Transmission accélérée des informations du PMSI-MCO**

# Remontées accélérées du PMSI-MCO

## Restitutions ATIH pour les établissements

- Par établissement : OVALIDE Covid-19
  - Ajout de tableaux de description de l'activité Covid-19
  - Disponibles sur tous les champs MCO, SSR, HAD, Psy
    - En MCO: inclus les séjours clos du mois en cours
- MàD des données des remontées accélérées des établissements (BdD TAE)
  - Plateforme des données hospitalières



Tableaux de bord séjours Covid-19



Guide utilisateur

# Remontées accélérées du PMSI-MCO

## Restitutions spécifiques Covid-19 à venir



Prévisionnel  
Fin novembre

- Infographie Covid-19
- Outil interactif d'analyse de l'activité MCO en lien avec la Covid-19 (Rshiny)



# Remontées accélérées du PMSI-MCO

## Exemples d'analyses

### Notes ATIH d'analyses de l'activité MCO 2020 à destination de la DGOS



#### Analyse infra-annuelle

Possibilité de faire des évolutions par rapport à l'exercice précédent

Analyse remontées mensuelles :  
- Secteur ex-DG  
- Secteur ex-OQN



Transmission  
Accélérée  
Etablissements

#### Analyse des séjours COVID

=> remontée accélérée de ces séjours

Manque d'exhaustivité sur l'ensemble des séjours

=> non interprétation des évolutions

Analyse séjours COVID 01/01 à M+1  
séjours clos : 2 secteurs confondus

# Remontées accélérées et simplifiées du PMSI-MCO

## Exemples d'analyses

### Rapport Epi-Phare (données *Fast track*)



<https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/covid-19-antipaludeens/>

**EPI-PHARE**  
épidémiologie des produits de santé  
GIS ANSM - CNAM

**Utilisation au long cours d'antipaludéens de synthèse et risque de survenue de formes graves ou létales de la COVID-19**

Etude de pharmaco-épidémiologie  
à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS)

Version finalisée  
2 Juillet 2020

Etude réalisée par le Groupement d'Intérêt Scientifique EPI-PHARE :

Emilie Sbidian,<sup>1,2</sup> Laetitia Penso,<sup>2</sup> Philippe Herlemont,<sup>1</sup> Jérémie Botton,<sup>1</sup> Bérangère Baricault,<sup>1</sup> Laura Semenzato,<sup>1</sup> Jérôme Drouin,<sup>1</sup> Alain Weill,<sup>1</sup> Rosemary Dray-Spira,<sup>1</sup> Mahmoud Zureik<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>GIS EpiPhare  
<sup>2</sup>Université Paris Est Créteil, Unité de recherche EpiDermE  
<sup>3</sup> Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines

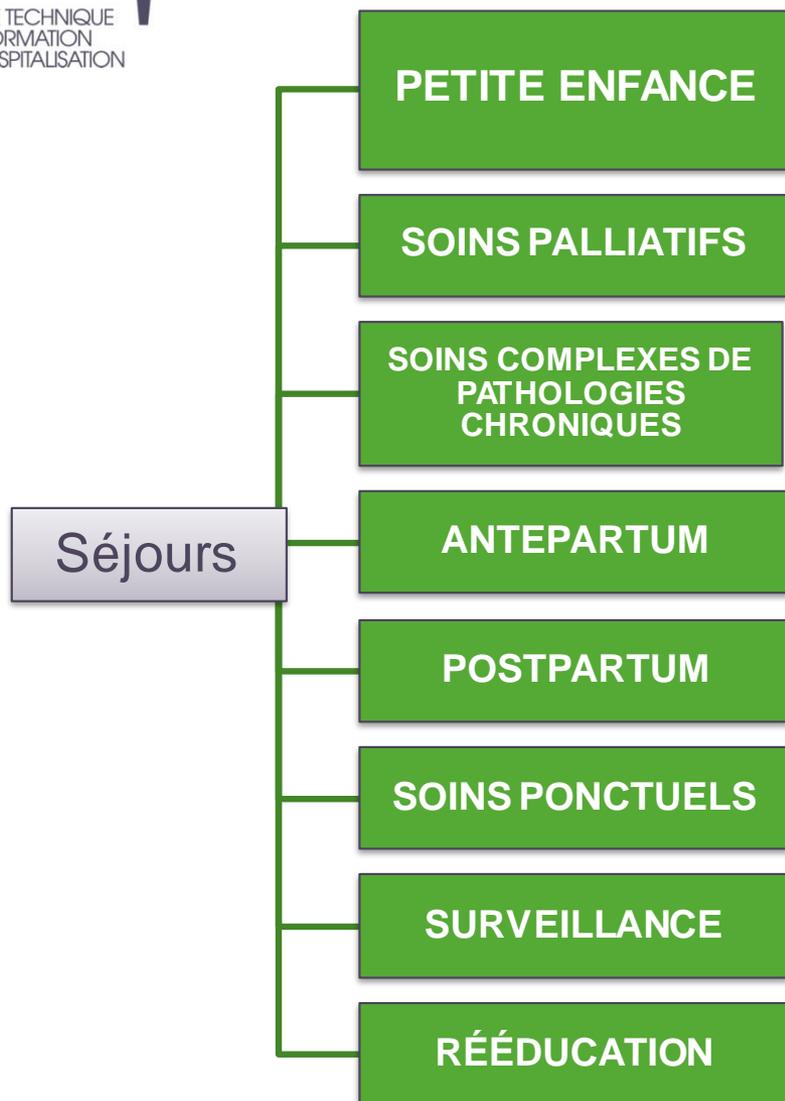
## 4 - HAD

**Dr Natasha Peslin-Clavier**

# Ordre du jour

## Point classification

# Classification HAD où en sommes nous? ATIH Octobre 2020

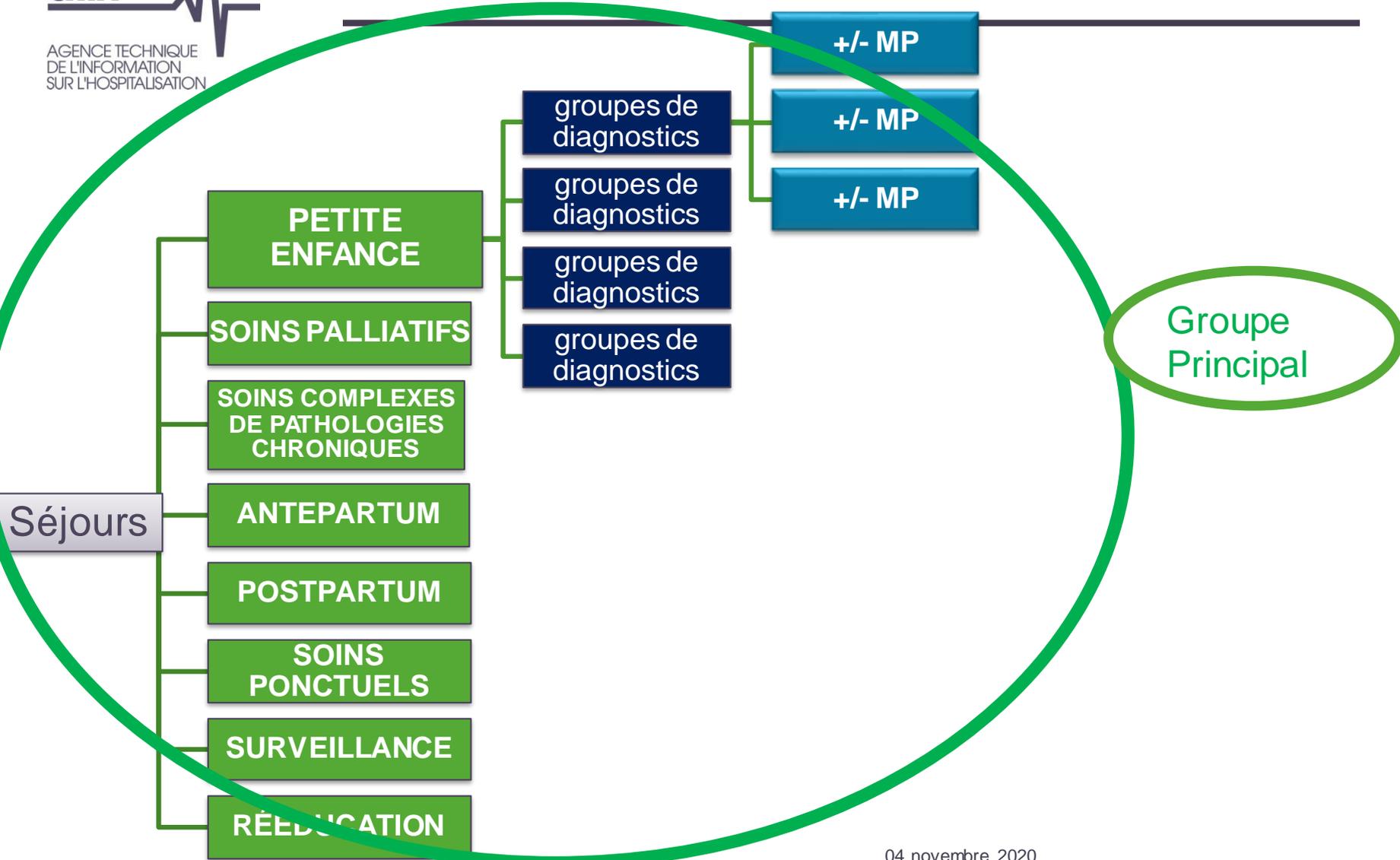


**La Nature de séjour  
Mise en place en 2019  
1<sup>ère</sup> segmentation**

# Classification HAD où en sommes nous? ATIH Octobre 2020

atih

AGENCE TECHNIQUE  
DE L'INFORMATION  
SUR L'HOSPITALISATION

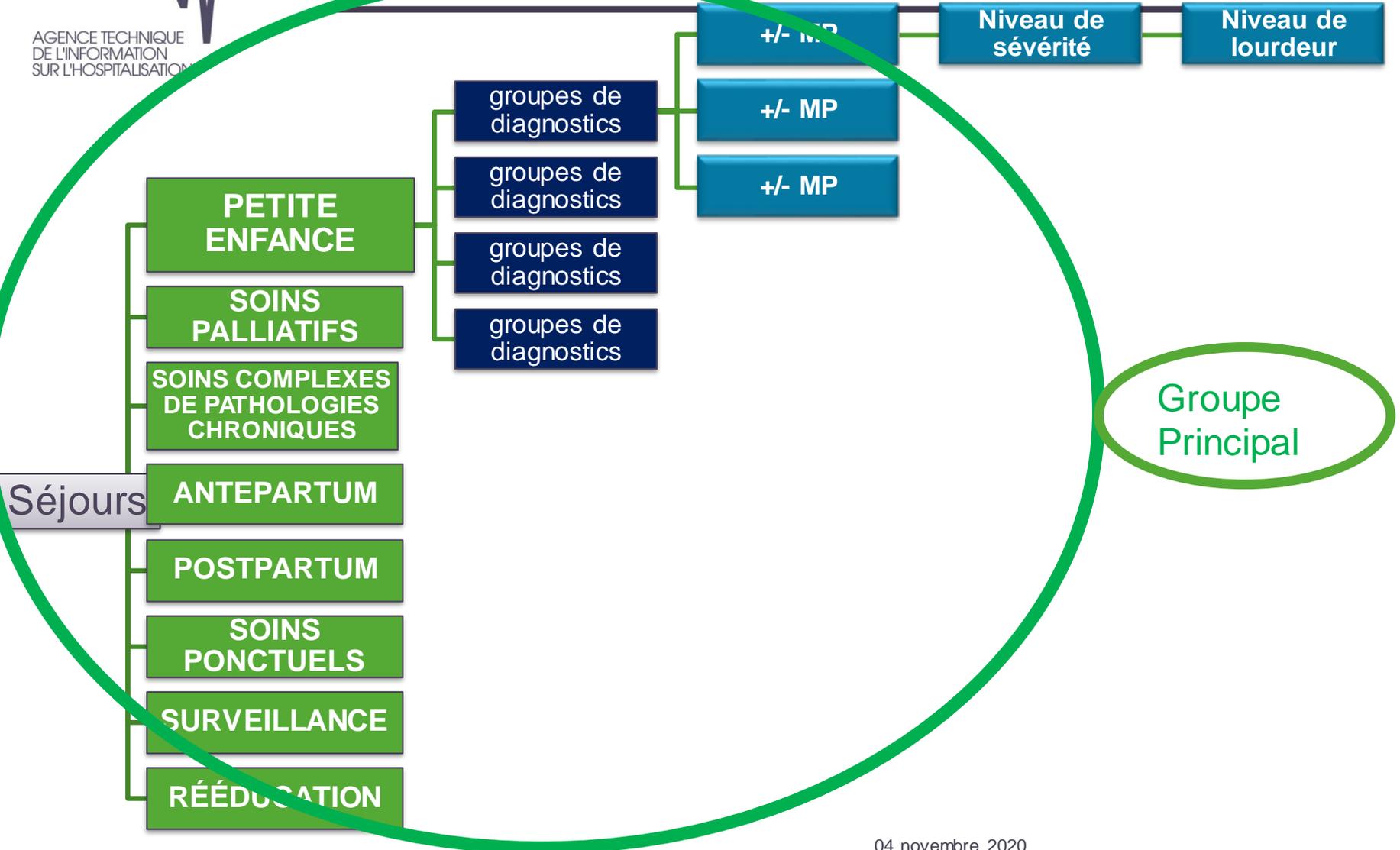


# Classification HAD où en sommes nous?

## ATIH Octobre 2020

atih

AGENCE TECHNIQUE  
DE L'INFORMATION  
SUR L'HOSPITALISATION

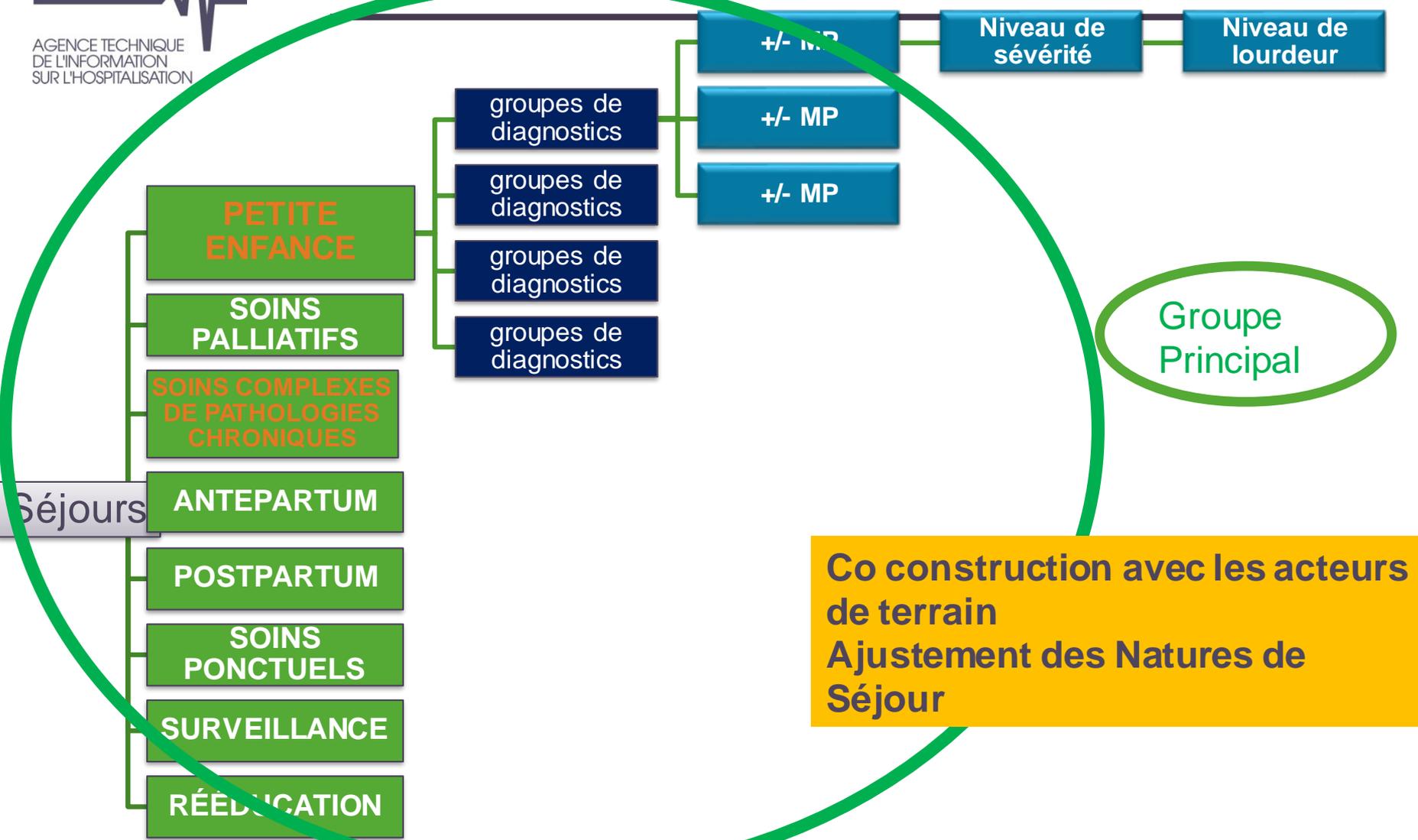


# Classification HAD où en sommes nous?

## ATIH Octobre 2020

atih

AGENCE TECHNIQUE  
DE L'INFORMATION  
SUR L'HOSPITALISATION



## Modèle cible

- Futur identifiant d'un groupe

XXYY 1 2

- **XX** = identifiant de la nature de séjour
- **YY** = numéro d'ordre du groupe dans la nature de séjour (n'a pas de signification autre que cet ordonnancement)
  - La concaténation **XXYY** se dénomme *groupe principal* (GP)
- **1** = niveau de sévérité basé sur les pathologies et prises en charge non utilisées pour déterminer **YY**
- **2** = niveau de lourdeur basé sur la dépendance et l'âge
- **08 23 2 1**: Soins complexes pour maladies neurodégénératives sévérité 2 et lourdeur 1

## 5 - Psychiatrie

# Évolution RIM-P 2021

**Dr Anis Ellini**

# Evolution RIM-P 2021

**Ambulatoire :**

**FA, Lieux, Modalité de réalisation des actes (Téléconsultation)**

**Séjour et séquences :**

**Transfert/Mutation**

**Dispositif des activités combinées**

**Règle de Chgt de séquence**

# Formes d'activité ambulatoire

# Formes d'activité (FA) en ambulatoire

- **Rappel** : libellés des FA des prises en charge ambulatoire :
  - **Code 30** *Accueil et soins en centre médicopsychologique (CMP)*
  - **Code 31** *Accueil et soins dans un lieu autre que le CMP et le CATTP ; concerne notamment la psychiatrie de liaison en établissement sanitaire ou médicosocial*
  - **Code 32** *Accueil et soins en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)*
  
- **Constat** :
  - Ambiguïté des libellés des FA : « Lieu » vs « Equipes/Modalité de Prise en charge »
    - → hétérogénéité du paramétrage des SIH :
      - Ex : Activité réalisée par les CMP en dehors du lieu CMP (par exemple à domicile, PMI, etc...) recueillie sous la FA 30 ou 31 selon le paramétrage choisi.

# Formes d'activité (FA) en ambulatoire

## → Evolution 2021 :

→ Modifier le libellé des FA en ambulatoire pour préciser qu'il ne s'agit pas de décrire le lieu de prise en charge mais bien de la « modalité – Equipes » :

- **Code 30** ~~Accueil et soins~~ **Prises en charge en par le** centre médicopsychologique (CMP)
- **Code 31** ~~Accueil et soins dans un lieu autre que le CMP et le CATTTP ; concerne notamment la psychiatrie de liaison en établissement sanitaire ou médicosocial~~ **Prises en charge en ambulatoire par d'autres dispositifs que le CMP et le CATTTP**
- **Code 32** ~~Accueil et soins~~ **Prises en charge en par le** centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTTP)



AGENCE TECHNIQUE  
DE L'INFORMATION  
SUR L'HOSPITALISATION

# Lieux d'activités en ambulatoire

# Lieux d'activités en ambulatoire

## ○ Rappel : Description des lieux des prises en charge ambulatoires

Lieux	Code lieu	Commentaire
<b>Centre médico-psychologique (CMP)</b>	L01	
<b>Lieu de soins psychiatriques de l'établissement</b>	L02	hors CMP, CATTP et urgences psychiatrie
<b>Établissement social ou médicosocial sans hébergement</b>	L03	
<b>Établissement scolaire ou centre de formation</b>	L04	
<b>Protection maternelle et infantile</b>	L05	
<b>Établissement pénitentiaire</b>	L06	
<b>Domicile du patient (hors HAD psychiatrie) ou substitut du domicile</b>	L07	Incluant les visites à domicile pour des patients en HAD MCO ou HAD SSR. Comprend aussi le logement des parents, et des proches s'il s'agit du lieu de résidence habituelle du patient.
<b>Établissement social ou médicosocial avec hébergement</b>	L08	
<b>Unité d'hospitalisation (MCO, SSR et USLD)</b>	L09	Comprend aussi les lieux de consultation dont peut bénéficier le patient dans chacune de ces activités de soin.
<b>Unité d'accueil d'un service d'urgence</b>	L10	Comprend les lieux des unités d'accueil des urgences psychiatrie et la psychiatrie de liaison aux urgences MCO.
<b>Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)</b>	L11	

# Lieux d'activités en ambulatoire

- **Constat** : Besoin d'enrichir et de préciser la description des lieux des prises en charge ambulatoire
  
- L10 Unité d'accueil d'un service d'urgence :
  - Ce lieu comprend, sans les distinguer, les urgences (au sens SAU) et d'accueil des urgences que certains établissements de psychiatrie ont mis en place.
  - **Évolution 2021**
    - Préciser que L10 est uniquement destiné au recueil des actes réalisés dans les SAU (Nb : les UHCD font partie des SAU)
    - **Création d'un Lieu L12 : Unité d'accueil des urgences psychiatrie, hors SAU** (Nb : les UHCD font partie des SAU; à noter aussi que ce lieu est en dehors des autres lieux comme L09 ou L02)
  
- L07 Domicile du patient (hors HAD psychiatrie) ou substitut du domicile :
  - Ambiguïté pour les patients résidents en EHPAD
  - **Évolution 2021 : Préciser que les patients pris en charge dans les EHPAD relève du Lieu L08 Établissement social ou médicosocial avec hébergement**
  
- Autres lieux de prises en charge : Centres de santé, Cabinets libéraux, Maison de santé pluridisciplinaire, pharmacie, etc.
  - Développement des prises en charge dans le cadre de nouvelles coopérations, etc.
  - **Évolution 2021 : Création d'un lieu L13 : Autres lieux d'accueil et structures de prise en charge**

# Modalité de réalisation des actes en ambulatoire (Téléconsultation)

# Propositions d'évolution du RIM-P 2021

- Constat : Impossibilité de description des actes de Télé médecine,
- Évolution 2021 : Création d'une nouvelle variable « modalité de réalisation de l'acte » à la nomenclature de la grille EDGAR :
  - « A : Audio » (Téléphone notamment...)
  - « V : Vidéo »
  - « P : Présentiel »
- Exemple : une téléconsultation par vidéo réalisée par un Psychiatre du CMP pour un patient en EHPAD serait codée
  - Type d'acte : « E : Entretien »
  - Intervenant : « M : Médecin »
  - Lieux : « L08 : Établissement social ou médicosocial avec hébergement »
  - Nb d'intervenant : 1
  - Forme d'activité : « 30 CMP »
  - Modalité de réalisation de l'acte : « Vidéo »



AGENCE TECHNIQUE  
DE L'INFORMATION  
SUR L'HOSPITALISATION

# Séjours et séquences Dispositif Activités combinées

# Activités combinées

---

- Constat :
  - Dispositif trop complexe pour le recueil et la restitution
  - Un même N° de séjour : utilisé pour PEC à temps complet et partiel
- Ce dispositif peut être avantageusement remplacé par le recueil du Fichcomp « Présence à temps partiel »
  
- Évolution 2021 :
  - Arrêt du recueil de l'indicateur de séquence
  - N° de séjour à temps complet n'est plus utilisable pour le temps partiel

# Séjours et séquences Mutation et transfert

# Consignes de recueil : Mutation et Transfert

---

## ○ Rappel :

- Les règles d'ouverture/fermeture (et de facturation) des séjours en MCO pour les établissements publics ont été alignées sur celles des établissements privés : rattachement des séjours à l'entité géographique et non plus à l'entité juridique (idem dans le champs SSR).
- Ainsi que les consignes de recueil des modes d'Entrée et Sortie (ME/MS)
- Pour le RIM-P, décision de surseoir à cette décision du fait du nombre important d'Entités géographiques (EG) au sein des Entités juridiques (EJ).
- Dans le RIM-P : Les modes d'Entrée/Sortie sont rattachés au séjour et non aux séquences (RPS).

## ○ Constat : Pour les établissements publics multichamps, les consignes de recueil des ME/MS (modes d'entrée/sortie) sont devenues incompatibles lors des mouvements de patients entre les champs MCO-SSR ↔ Psychiatrie.

## ○ Exemple : Passage d'un patient d'une unité MCO (Entité Géographique 1) vers une unité de psychiatrie (Entité Géographique 2) au sein d'un même établissement public (même Entité Juridique)

- MCO : (Fermeture du séjour)
  - Mode de sortie = « **Transfert** » car changement d'Entité Géographique
- Psy : à l'entrée (création d'un séjour)
  - Mode d'entrée = « **Mutation** » car même Entité Juridique

# Consignes de recueil : Mutation et transfert

---

- Évolution 2021 :
- Aligner les consignes RIM-P sur MCO – SSR pour les ME/MS du séjour :
  - Lors de la fermeture ou ouverture d'un séjour dans le RIM-P
  - Mutation : mouvement au sein de la même entité géographique
  - Transfert : mouvement entre 2 entités géographiques différentes
  - Rappel et précision :
    - Pas de changement des règles d' Ouverture/Fermeture des séjours au sein du RIM-P.
    - Dans le RIM-P : Les modes d'Entrée/Sortie sont rattachés au séjour et non aux séquences (RPS).

# Séjours et séquences

## Règle de changement de séquence

# Séjours et séquences

## Règle de changement des séquences

---

- Rappel : Guide méthodologique du RIM-P :
  - « ...C'est le changement de forme d'activité, non le changement d'unité médicale (UM), qui impose le changement de séquence. En conséquence, lors d'un changement d'UM sans changement de forme d'activité, un changement de séquence est possible mais pas obligatoire . La séquence ouverte dans la première unité peut se poursuivre dans la suivante... »
  - L'information « code UM » est recueillie dans les RPS mais n'est pas transmises dans les RPSA
- **Constat** : hétérogénéité dans le paramétrage entre les établissements.
  - Difficulté lors des travaux d'analyses (RTC et coûts par exemple )
    - Exemple : 1 patient passe d'une unité à temps plein à une autre à temps plein dont les activités et les coûts de fonctionnement peuvent être différents.
    - → 2 sections d'analyses dans le RTC mais 1 seul RPS pour l'activité
- **Évolution 2021** : le changement de séquence est obligatoire lors d'un changement d'UM

## ○ Rappel

- Échelle de description du fonctionnement/autonomie
- Unité Mère/bébé
- Thérapie familiale

## ○ Impact sur le recueil et les restitutions :

- Réforme du financement
  - Qualité des données
  - Activités spécifiques
  - Recueil des Données Socio-démographiques
- Chantier « Autorisations en psychiatrie »
- Tvx Loi sur les pratiques d'isolement et de contention

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

13, rue Moreau 75012 Paris  
Téléphone : 01 40 02 75 63  
Fax : 01 40 02 75 64

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