
Campagne tarifaire et budgétaire 2020

Nouveautés PMSI –

Champs MCO, HAD, SSR et psychiatrie

La présente notice vise à informer les établissements de santé des nouveautés 2020 relatives au recueil et au traitement des informations médicalisées dans les différents champs d'activité hospitalière. Elle répond à la volonté constante d'information précoce des établissements, concernant les nouveautés qu'ils auront à mettre en œuvre en 2020.

À ce titre, les nouveautés concernant le champ d'activité psychiatrie étant applicables au 1^{er} janvier 2020, une première notice relative à ce champ, accompagnée des nouveautés de type "nomenclature", a été publiée le 29 novembre 2019.

La présente notice décrit les nouveautés relatives aux champs d'activité MCO, HAD et SSR, nouveautés applicables au 1^{er} mars 2020. Dans une logique documentaire, l'annexe psychiatrie et nouveautés nomenclature est reproduite dans la présente notice.

Pour mémoire, les arrêtés dits « PMSI » constituent le support réglementaire du recueil et du traitement des informations médicalisées relatives aux différents champs d'activité. Pour 2020, ces arrêtés font l'objet d'une mise à jour spécifique à chaque champ. Dans tous les cas, ces actualisations sont au minimum liées à des modifications du guide méthodologique ou du manuel qui leur sont annexés.

Au-delà de ces mises à jour réglementaires, l'objet de la présente notice est de décrire de manière concrète les nouveautés qui la motivent.

Je vous saurai gré de bien vouloir porter ces informations à la connaissance des établissements de santé de votre région concernés par son contenu, et vous prie d'accepter mes remerciements anticipés.



Le Directeur général
Housseyni HOLLA

Annexe 1

Nouveautés PMSI du champ d'activité MCO

I. Mise à jour de l'arrêté PMSI MCO

L'arrêté PMSI MCO du 23 décembre 2016 modifié fait l'objet d'une modification liée à la production des informations relatives aux forfaits alloués dans le cadre de la prise en charge de la maladie rénale chronique (informations produites selon des modalités équivalentes à la production des informations PMSI).

En outre, les annexes I, II, III et IV qui lui sont liées sont modifiées, et feront l'objet d'une publication au BO sous les références suivantes :

- Manuel des GHM – annexe I – BO n° 2020/5 bis (3 volumes) ;
- Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie – annexe II – BO n° 2020/6 bis ;
- 10^{ème} révision de la classification internationale des maladies CIM-10 dite à usage PMSI – annexe III – BO n° 2020/9 bis ;
- Classification commune des actes médicaux descriptive dite à usage PMSI – annexe IV – BO n° 2020/8 bis.

Comme chaque année, il sera procédé à une publication exhaustive de ces annexes au BO. Afin d'assurer une diffusion de l'information dans les meilleurs délais, elles seront préalablement publiées sur le site de l'ATIH sous une forme typographique spécifique permettant de faciliter le repérage des modifications apportées, et ceci notamment pour le *Guide méthodologique*.

Ces annexes seront applicables au 1^{er} mars 2020.

II. Modifications de codage et de recueil

En 2020, ces modifications concernent la création de nouvelles variables, des précisions relatives aux consignes de codage, ainsi que des ajustements ou compléments liés aux nouveautés au sein des fichiers PMSI (VIDHOSP, FICHCOMP, RSF-ACE).

a. Instruction gradation des prises en charge ambulatoires en établissements de santé

• Dispositif général et évolutions des règles de facturation en campagne 2020

Le cadre général des conditions de facturation des GHS pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée est prévu par l'article 11 de l'arrêté du 19 février 2015 susvisé. L'instruction Gradation des prises en charge ambulatoires, dont la publication interviendra dans le cadre de la campagne 2020, précise ce cadre général en décrivant de façon détaillée les conditions de facturation de ces prises en charge.

Cette instruction présente un certain nombre d'évolutions par rapport aux règles décrites dans l'instruction DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010.

Pour pouvoir justifier de la facturation d'un GHS, les prises en charge de moins d'une journée doivent ainsi répondre à des conditions spécifiques relatives à la typologie des prises en charge dont elles relèvent, à l'exception de certaines qui ne relèvent d'aucune condition spécifique.

Ces prises en charges particulières sont les suivantes :

- Les hospitalisations écourtées suite au décès, au transfert, à la fugue ou à la sortie contre avis médical du patient
- Les prises en charge en séance au sens du PMSI (catégorie majeure 28)
- Les séances au sens du PMSI (CM 28) réalisées à l'occasion d'une prise en charge médicale en 0 nuit, pour un motif différent de la séance. Exemple : réalisation d'une transfusion sanguine chez un patient diabétique pris en charge en hôpital de jour pour bilan de son diabète.

- Les prises en charge donnant droit à la facturation d'un GHS correspondant au GHM 23Z02T (soins palliatifs)

En dehors de ces cas de figure, les prises en charge de moins d'une journée doivent répondre à certains critères, qui diffèrent selon le type de prise en charge :

- Prises en charge chirurgicales et interventionnelles caractérisées
 - soit par la réalisation d'un acte CCAM classant, au sens de la classification en GHM, dont font partie la grande majorité des actes activité 4 d'anesthésie, que celle-ci ait ou non été réalisée. Ces prises en charge font l'objet d'un groupage dans le PMSI dans des racines de GHM en C (chirurgicales) ou en K (interventionnelles) ;
 - Soit par la réalisation d'un acte CCAM non classant associé à un geste complémentaire d'anesthésie. Ces prises en charge peuvent faire l'objet d'un groupage dans le PMSI dans des racines de GHM en M (médicales).
- Prises en charge médicales associées à un geste d'anesthésie complémentaire : prises en charge de type médical (sans acte, ou avec des actes d'imagerie) qui sont réalisées avec un geste d'anesthésie complémentaire
- Prises en charge de médecine : il s'agit de prises en charge qui mobilisent au moins trois interventions coordonnées par un professionnel médical. Deux niveaux de valorisation sont prévus en fonction des moyens mis en œuvre :
 - La facturation d'un GHS dit « intermédiaire » a lieu pour des prises en charge justifiant de 3 interventions.
 - La facturation d'un GHS dit « plein » a lieu pour des prises en charge justifiant de 4 interventions ou dans le cas d'une surveillance particulière ou d'un contexte patient particulier, indépendamment du nombre d'interventions réalisées.

Enfin, du fait de l'évolution permanente des pratiques médicales et de l'impossibilité de dresser une liste exhaustive des situations relevant d'une hospitalisation de jour, les règles précisées dans l'instruction peuvent être complétées par un mécanisme de « rescrit tarifaire ». Ce dispositif national, créé sous l'autorité du ministère des solidarités et de la santé, permet à tout établissement de santé, société savante ou fédération hospitalière, d'obtenir en dehors des périodes de contrôle une prise de position formelle de l'Etat, sur les règles de facturation applicables. Cette décision devient opposable dans le cadre des contrôles externes de la tarification à l'activité

La mise en œuvre de ces évolutions nécessite l'intégration de nouvelles variables dans le recueil PMSI.

- **Les évolutions de recueil : les nouvelles variables**

- Variable : Rescrit tarifaire

Dès lors que la décision de rescrit est publiée, celle-ci devient opposable pour les autres établissements, pour des situations de fait comparables. Les séjours relevant de ces situations de faits comparables peuvent donner lieu au codage de la variable « Rescrit tarifaire ».

La variable « Rescrit tarifaire » est à recueillir avec les modalités suivantes :

- 1 = oui (situation relevant d'une hospitalisation de jour)
- 2 = non
- non renseigné

Par ailleurs, de nouvelles variables sont également recueillies pour décrire les moyens mobilisés lors des prises en charge des patients en séjours de médecine (séjours dont la 3^{ème} lettre est M ou Z) pour lesquels la date de sortie est la même que la date d'entrée.

Ces nouvelles variables sont les suivantes :

- Variable : Administration de produits de la réserve hospitalière (RH)

Cette variable est codée dans les situations où une hospitalisation est requise pour l'administration de produits de la réserve hospitalière.

La variable « administration d'un produit de la RH » est à recueillir avec les modalités suivantes :

- 1 = oui (prise en charge avec administration de produit de la RH)
- 2 = non
- non renseigné

Cette variable peut également être recueillie dans les séjours réalisés en UHCD.

- Variable : Contexte du patient/surveillance particulière

Le « contexte patient » fait référence à la fragilité du patient et à son terrain à risque au moment de la prise en charge. Ce contexte justifie un environnement et des soins adaptés ou des précautions particulières, que d'autres patients n'auraient pas requis.

La « surveillance particulière » fait référence à des modalités de prises en charge qui nécessitent un temps plus important de surveillance du patient ou de réalisation, ceci hors administration de produits de la réserve hospitalière.

Les situations qui relèvent de cette variable sont décrites dans l'instruction.

La variable « contexte du patient/surveillance particulière » est à recueillir avec les modalités suivantes :

- 1 = oui (prise en charge avec contexte particulier ou surveillance particulière)
- 2 = non
- non renseigné

- Variable : Nombre d'interventions

La variable « nombre d'interventions » permet d'identifier le nombre d'interventions pour un patient, caractérisées par des actes CCAM ou réalisées directement auprès du patient par des professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs.

Cette variable permet de diriger le séjour vers le niveau de valorisation adapté : GHS « intermédiaire » ou GH « plein ».

Les modalités de dénombrement des interventions seront précisées dans l'instruction.

La variable « Nombre d'interventions » est à recueillir avec les modalités suivantes :

- A = nombre d'interventions inférieur à 3
- B = 3 interventions
- C = plus de 3 interventions
- non renseigné

A noter que pour l'ensemble de ces nouvelles variables recueillies avec des modalités de types oui/non ou nombre d'interventions, la justification de ce codage doit être tracée dans le dossier du patient.

- Algorithme de valorisation

Pour pouvoir justifier la facturation d'un GHS, les séjours de médecine dont la date d'entrée = la date de sortie doivent répondre à l'un au moins de ces différents critères. L'algorithme de valorisation recherchera systématiquement et successivement le remplissage de chacune de ces variables selon les règles prévues dans l'instruction, afin que le séjour soit valorisé à taux plein ou en GHS intermédiaire.

Si aucune variable codée ne permet la valorisation du séjour de médecine, celui-ci devra être supprimé et facturé en externe.

Attention : les séjours de moins de 3 interventions sans autre variable codée seront groupés en GHM mais ne seront pas valorisés. Un code retour générera une alerte qui permettra de les identifier.

b. Financement forfaitaire des pathologies chroniques

• Maladie rénale chronique hors suppléance

Suite à la publication de l'arrêté du 25 septembre 2019¹, la prise en charge par l'assurance maladie des forfaits pathologie chronique pour la maladie rénale chronique hors suppléance de stade 4 ou 5 (FPC MRC) est subordonnée au recueil et à la transmission de certaines informations pour les établissements éligibles. Par ailleurs, la documentation 2019 a été actualisée pour apporter certaines précisions suite aux retours de certains établissements. Cette documentation est disponible sur le site de l'ATIH.²

Dès 2020, le recueil du résumé de parcours patient évolue pour intégrer des indicateurs relatifs à la qualité de la prise en charge et de l'expérience patient, conformément à la modification de l'arrêté du 25 septembre 2019 qui vient compléter le précédent. Au cours du premier trimestre 2020, l'ATIH proposera une plateforme permettant de recueillir des informations auprès du patient concernant la maladie et la façon dont il peut agir sur son évolution (questionnaire annuel « qualité et expérience patient ». Afin de permettre au patient d'accéder à cette plateforme, les établissements de santé concernés devront transmettre à l'ATIH les adresses mails des patients concernés. Ces modalités seront précisées prochainement dans une notice.

La liste des variables à recueillir est fixée dans l'annexe 1 de l'arrêté du 25 septembre 2019 précité. À partir du 1^{er} janvier 2020, des variables supplémentaires sont à recueillir pour tout patient bénéficiant d'une prise en charge relevant du FPC MRC :

- Etiologie « autre » ;
- Valeur de DFG du 2^{eme} semestre de l'année précédente ;
- Date du DFG du 2^{eme} semestre de l'année précédente ;
- Situation sociale du patient ;
- Envoi du bilan de faisabilité de transplantation à une équipe de transplantation en vue de l'inscription du patient sur une liste de transplantation;
- Envoi d'une lettre de synthèse au médecin traitant;
- Transmission (oui/non) de l'adresse mail du patient pour envoi par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation du questionnaire annuel « qualité et expérience patient ».

Des précisions seront apportées dans le guide de recueil, actualisé pour 2020.

La prise en compte de ces indicateurs dans le modèle de financement est prévue pour 2021 et sera précisée dans une notice ultérieure.

Pour le recueil 2019, pour les établissements n'ayant pas la possibilité d'un recueil intégrant les données à partir du dossier du patient informatisé, un logiciel sera fourni par l'ATIH au plus tard pour la remontée M12.

Enfin, concernant les variables à transmettre en 2019, seules les variables nécessaires à la transmission vers les plateformes ATIH et celles nécessaires à la valorisation du forfait seront obligatoires. Il s'agit, en plus de des numéros d'identité de l'enquête et de fichier, de l'IPP, du Finess géographique, du Finess juridique de l'entité transmettant les données, de la date de naissance, du sexe, de la date de début de prise en charge dans le parcours, du stade de la MRC et du nombre de consultation avec un néphrologue.

• Autres pathologies

Le Ministère prévoit la mise en place de forfaits pour d'autres pathologies chroniques. Des informations seront produites ultérieurement.

c. Codage des données administratives concernant les nouveau-nés et mort-nés

Un document a été produit par l'ATIH afin de préciser les consignes concernant l'enregistrement des données administratives des séjours des nouveau-nés et des enfants décédés à la naissance. Ce document sera accessible sur le site de l'ATIH dans la partie documentation du MCO.

¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000039138244>

² <https://www.atih.sante.fr/forfaits-pathologies-chroniques-mrc-0>

d. Consignes de codage pour les établissements ayant recours à des traitements de type CAR T cells (Kymriah®, Yescarta®)

Les modalités de financement des médicaments de type CAR-T cells pour 2020 sont reconduites à l'identique de la campagne 2019.

Ainsi en 2020, chaque séjour pour lequel un patient est traité par injection de CAR-T cells, reste codé en respectant les règles du guide méthodologique en vigueur et classé selon la fonction groupage. Chaque séjour est ainsi valorisé à la hauteur du niveau de sévérité dont il relève. Pour tous les séjours de patients requérant un traitement par CAR-T cells, les molécules sus mentionnées doivent être identifiées dans le FICHCOMP pour Yescarta® : 9440456 ou FICHCOMP-ATU pour Kymriah® : 9439938. En cas de financement par un laboratoire du traitement par Car-T cells, le prix d'achat de celui-ci devra être renseigné à 0 euro dans le FICHCOMP et FICHCOMP-ATU. Pour les séjours identifiés dans le FICHCOMP ou FICHCOMP-ATU par la présence d'un des deux codes UCD correspondant aux molécules sus mentionnées, à la valorisation GHS s'ajoute un complément forfaitaire d'un montant de 15 000€ permettant de couvrir le surcoût associé à ce séjour. Le complément forfaitaire s'applique exclusivement aux spécialités Kymriah® et Yescarta® dans les indications de l'AMM. Il est versé en crédits d'aide à la contractualisation non reconductibles.

Dans le cadre des prises en charge thérapeutiques de patients requérant un traitement par CAR-T cells (Kymriah®, Yescarta®), un nouveau recueil obligatoire est introduit. Celui-ci permet de contribuer à la connaissance et au suivi en vie réelle des patients pris en charge par les établissements utilisateurs. Ce recueil est effectué dans un fichier de type DATEXP. Une notice spécifique de ce recueil est publiée par ailleurs³.

L'intégration des données déjà recueillies dans le registre français des patients traités par CAR-T géré par le LYSARC⁴ est en cours d'étude. Des précisions seront apportées prochainement dans une notice sur sa mise en œuvre prévue en 2020.

Pour les établissements utilisant le référentiel CNAM pour les médicaments de la liste en sus, une consigne de codage complète la transmission d'information ;,

« A titre exceptionnel, les établissements peuvent porter le code UCD du médicament Yescarta® inscrit sur la liste en sus (décision publiée journal officiel du 13/07/2019) dans les fichiers adressés à l'ATIH sans que ce code UCD ne soit présent dans le référentiel communiqué par l'assurance maladie obligatoire.

Cette transmission permettra de valoriser les produits délivrés avec le tarif publié au journal officiel ».

e. Consignes de codage pour les dispositifs médicaux intra GHS

Depuis 2011, certains dispositifs médicaux bénéficient d'une prise en charge au titre des prestations d'hospitalisation, liée à l'inscription sur une liste, dite « intra GHS », mentionnée à l'article L. 165-11 du code de la sécurité sociale (CSS).

Au courant de l'année 2020, ces produits doivent faire l'objet d'un codage par les établissements de santé. Ce recueil est au format DATEXP et intègre les éléments suivants : numéro FINESS PMSI de l'établissement, numéro administratif de séjour, numéro de recueil DATEXP : N9905, numéro de fichier DATEXP : 1, date de pose (ou à défaut date d'utilisation), code intra GHS du dispositif médical, nombre d'unités implantées, code IUD-ID (Identifiant Unique des Dispositifs propre à un modèle de dispositif) prévu par le règlement européen 2017/745 du dispositif médical.

Le référentiel des codes intra GHS sera publié prochainement sur le site de l'ATIH.

f. Consignes de codage pour les dispositifs médicaux sous ligne générique

Depuis le 1^{er} novembre 2019, les dispositifs médicaux inscrits sous ligne générique dans la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'Assurance Maladie voient leur code LPP modifié. En effet, de nouveaux codes identifiant chaque laboratoire commercialisant ces produits ont été créés.

L'ATIH met à disposition des établissements une application permettant la liaison entre le code générique et les nouveaux codes : <https://lpp-details.atih.sante.fr/> . Ce référentiel doit être utilisé pour coder les dispositifs médicaux dont la date de pose ou à défaut d'utilisation est égale ou ultérieure au 1^{er} novembre 2019.

Ces codes sont à déclarer dans les fichiers FICHCOMP. Les deux codages (génériques et détaillés) sont autorisés jusqu'à fin décembre 2019.

³ <https://www.atih.sante.fr/notice-technique-campagne-tarifaire-2019>

⁴ The Lymphoma Academic Research Organisation, organisation académique européenne dédiée aux opérations de recherche clinique dans le lymphome.

À compter du 1^{er} janvier 2020, les codes des lignes génériques ne seront plus valorisés.

g. Expérimentation article 51 pour le recueil des médicaments anti-cancéreux

Le ministère souhaite expérimenter l'intérêt d'un recueil plus exhaustif d'informations sur le contexte de la prescription de certains médicaments au sein des établissements de santé, ainsi que sur leur effet sur la prise en charge des patients. Cette expérimentation concerne le codage des médicaments anticancéreux. Un recueil FICHCOMP pour les anticancéreux intraGHS et un recueil DATEXP d'informations complémentaires sont à renseigner. Une notice sera publiée prochainement par la direction de la sécurité sociale.

h. Rappel de codage de l'indicateur RAAC («Réhabilitation améliorée après chirurgie »)

Dans le RUM, la variable « Prise en charge RAAC » permet de préciser qu'un séjour est pris en charge en RAAC. Dans le cas de séjours multi-RUM, il est possible de renseigner cette variable sur n'importe quel RUM.

i. Précisions de codage

Des précisions de codage sont apportées dans le guide méthodologique concernant les thématiques suivantes : Chutes à répétition ; Douleur chronique ; Dénutrition

III. Classification des GHM : version V2020

Deux évolutions sont proposées pour 2020.

a. Actes thérapeutiques sur les muscles, tendons et tissus mous de l'épaule sous arthroscopie

Actuellement, les séjours avec au moins un acte thérapeutique sur les muscles, tendons et tissus mous de l'épaule sous arthroscopie sont orientés soit vers la racine 08C40 (liste A-279), soit vers la racine 08C58 (liste A-358).

Il est proposé d'orienter l'ensemble de ces séjours dans une seule racine : **08C58 (A-358)**.

Ainsi, les 6 actes ci-dessous, actuellement intégrés dans la liste A-279, vont être déplacés vers la liste A-358 :

- MEQC001 : Exploration de la bourse séreuse subacromiale, par arthroscopie
- MEQC002 : Exploration de l'articulation de l'épaule, par arthroscopie
- MJDC001 : Ténodèse et/ou résection de la portion articulaire du muscle long biceps brachial, par arthroscopie
- MJEC001 : Réinsertion ou suture d'un tendon de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie
- MJEC002 : Réinsertion et/ou suture de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie
- MJFC001 : Exérèse de calcification intratendineuse de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie

b. Séjours associant un acte endoscopique thérapeutique et une cholécystectomie des racines 07C13 et 07C14 à la racine 07C12

Actuellement, les séjours associant un acte endoscopique thérapeutique et une cholécystectomie sont orientés vers les racines 07C13 et 07C14. Compte tenu de la longueur de ces séjours, il est proposé de les orienter vers la **racine 07C12**.

Ainsi, Il est proposé d'orienter vers la **racine 07C12**, les séjours de cholécystectomie lorsqu'au cours du même séjour **l'un des actes suivants d'endoscopies digestives thérapeutiques** est réalisé :

- HMAE002 : Dilatation rétrograde de conduit biliaire, par OGD
- HMAE001 : Dilatation de l'ampoule hépatopancréatique [du sphincter d'Oddi], par OGD
- HMPE001 : Section du versant biliaire du muscle sphincter de l'ampoule hépatopancréatique [sphincter d'Oddi], par OGD [Sphinctérotomie biliaire endoscopique]
- HMLE002 : Pose d'une endoprothèse biliaire, par OGD

- HMLE003 : Pose de plusieurs endoprothèses biliaires, par OGD
- HMLH001 : Pose d'une endoprothèse biliaire, par OGD et par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique
- HMGE001 : Ablation d'endoprothèse biliaire et/ou pancréatique, par OGD
- HMKE001 : Changement d'une endoprothèse biliaire, par OGD
- HMKE002 : Changement de plusieurs endoprothèses biliaires, par OGD
- HMGE002 : Ablation de calcul de la voie biliaire principale, par OGD
- HMGH001 : Ablation de calcul de la voie biliaire principale, par OGD et par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique
- HMNE001 : Lithotritie mécanique des conduits biliaires, par OGD
- HMNE002 : Lithotritie des conduits biliaires par ondes de choc, par cholangioscopie rétrograde
- HNAE001 : Dilatation du conduit pancréatique, par OGD
- HNLE001 : Pose d'une endoprothèse du conduit pancréatique, par OGD
- HNKE001 : Changement d'une endoprothèse du conduit pancréatique, par OGD
- HNGE001 : Ablation de calcul pancréatique, par OGD
- HNCE001 : Anastomose entre un faux kyste du pancréas et l'estomac ou le duodénum, par OGD sans guidage [Kystogastrostomie ou kystoduodénostomie endoscopique]
- HNCJ001 : Anastomose entre une cavité collectée du pancréas et l'estomac ou le duodénum, par OGD avec guidage échoendoscopique

OGD = œso-gastro-duodénoscopie

IV. Modifications apportées à la CIM-10 FR à usage PMSI

Les évolutions de la CIM-10 pour l'année 2020 comprennent des modifications apportées par l'OMS et par l'ATIH. Ces modifications ont pour objectif d'améliorer la description des données PMSI. Elles sont explicitées dans l'annexe 5 « Nomenclature » de la présente notice.

V. Nouveautés concernant le format des fichiers utilisés en MCO

Les formats sont publiés sur le site de l'ATIH : <https://www.atih.sante.fr/formats-pmsi-2020>
Sauf précision contraire, les modifications ci-dessous sont applicables à partir du 1^{er} mars 2020.

a. Formats RUM/RSS

Nouveau format RUM 020 et RSS 120 : les nouvelles variables ajoutées au RUM concernent la gradation des prises en charges ambulatoires :

- Contexte patient/Surveillance particulière
- Administration d'un produit de la RH
- Rescrit tarifaire
- Nombre d'interventions totales

b. VIDHOSP

Pas de changement en MCO.

c. Fichier d'information des Unités Médicales (IUM)

Pas de changement.

d. FICHSUP

Pas de changement.

e. FICHCOMP

- Suppression du FICHCOMP thrombolytique :

En accord avec le ministère, le recueil des données FICHCOMP thrombolytique est supprimé.

- Création d'un nouveau FICHCOMP Transports :

Les éléments sont précisés dans l'Annexe 6 ci-dessous.

- Création d'un nouveau FICHCOMP médicaments anti-cancéreux intra-GHS :

Le format de ce FICHCOMP est le même que celui des médicaments sur la liste en SUS, mais avec la variable « Type de prestation » égale à 14.

f. RSF-A

- Ajout de l'IPP dans les RSF-A :

Les éléments sont détaillés dans l'Annexe 7 ci-dessous.

- Ajout du code postal de résidence dans les RSF-A :

Les éléments sont détaillés dans l'Annexe 7 ci-dessous.

g. Fichiers DATEXP

- Evolution du DATEXP MRC pour 2020 (cf point II.b ci-dessus)
- Nouveau DATEXP médicaments anticancéreux (cf point II.g ci-dessus)
- Nouveau DATEXP DM intra-GHS

Le recueil DATEXP pour les dispositifs médicaux intra-GHS a pour identifiant N9905.

Annexe 2

Nouveautés PMSI du champ d'activité HAD

I. Mise à jour de l'arrêté PMSI HAD

L'arrêté PMSI HAD du 23 décembre 2016 modifié fait l'objet d'une mise à jour liée au maintien, dans les fichiers d'information anonymisés, de variables non transformées (ex : date de naissance non transformée en âge, dates d'entrée et de sortie non transformées en DMS, code postal non transformé en code géographique). Cette opération de transformation des variables n'est plus nécessaire compte tenu du dispositif sécurisé d'accès aux données du PMSI mis en place dans le cadre de l'article 193 de la **LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.**

Cette mise à jour est également l'occasion de commencer à harmoniser et à simplifier les arrêtés PMSI des différents champs de l'activité hospitalière, ainsi que les guides méthodologiques afférents. Ce travail d'harmonisation et de simplification sera poursuivi lors des publications suivantes.

Cet arrêté fait en outre l'objet d'une mise à jour relative à ses annexes.

Les annexes I, II et III feront l'objet d'une publication au BO sous les références suivantes :

- Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile (annexe I de l'arrêté PMSI HAD) : BO n° 2020-7bis
- Les annexes II « Classification commune des actes médicaux descriptive dite à usage » et III « 10^{ème} révision de la classification internationale des maladies CIM-10 dite à usage PMSI » seront publiées au BO sous les références respectives BO n°2020-8bis et BO n°2020-9bis.

Comme chaque année, il sera procédé à une publication exhaustive de ces annexes au *BO*. Afin d'assurer une diffusion de l'information dans les meilleurs délais, elles seront préalablement publiées sur le site de l'ATIH sous une forme typographique spécifique permettant de faciliter le repérage des modifications apportées, et ceci notamment pour le *Guide méthodologique*.

La nouvelle version du Guide méthodologique sera applicable au 1er mars 2020.

II. Modifications de codage et de recueil

a. Définition du diagnostic principal (DP)

Sur la précision du diagnostic principal, un paragraphe limitant l'utilisation des codes du chapitre XXI de la CIM 10 est ajouté avec des mentions particulières sur les codages des DP en peripartum ainsi que des complications de maladies chroniques.

Sont donc ajoutés à la définition du DP deux paragraphes avec exemples :

Dans le cas d'une prise en charge d'une complication de pathologie chronique, la complication est codée en DP si elle répond à la définition. Dans ce cas, la pathologie chronique est renseignée dans une autre position (DCMPP, DCPMA, DAS). »

Exemple 1 : la prise en charge d'un patient admis en HAD pour le traitement d'un mal perforant plantaire d'origine diabétique se code avec L97 Ulcère du membre inférieur, non classé ailleurs en DP et en codes associés G63.2 Polynévrite diabétique (E10-E14† avec le quatrième caractère .4) et le code du diabète avec 4^{ème} caractère .4.

Et

Le codage du DP doit être le plus précis possible. Les codes habituels de la CIM-10, des chapitres I à XIX, doivent être privilégiés par rapport aux codes du chapitre XXI de la CIM (« codes en Z ») afin de décrire précisément l'affection prise en charge.

Exemple 1 : Il est imprécis de coder en DP des natures de séjour 02 antepartum et 03 postpartum, un code en Z34 *Surveillance d'une grossesse normale* Z35 Surveillance d'une grossesse à haut risque et Z39 *Soins et examens du postpartum*.

b. Précisions apportées à la variable « Nature de séjour »

Depuis 2015, l'ATIH mène des travaux d'élaboration d'une classification médico économique en HAD. Une nouvelle variable Nature de séjour a été mise en place au 1^{er} mars 2019. Cette nouvelle variable est la première variable de la future classification.

Suite à cette première année de codage, des ajustements de définitions des Natures de séjour sont faits dans le guide méthodologique applicable en mars 2020.

Pour permettre de classer des séjours avec rééducation neurologique en soins complexes ou dans la nature de séjour soins ponctuels, la définition évolue comme suit :

- Les séjours ayant pour projet thérapeutique une rééducation neurologique relèvent de la modalité « soins complexes de pathologies chroniques et/ou de handicap » le plus souvent et dans certains cas de la modalité « soins ponctuels ».

Pour améliorer la compréhension de la nature de séjour soins ponctuels, la définition est précisée comme suit :

- La prise en charge d'un patient relève de la modalité « soins ponctuels » quand son admission en HAD est prévue pour la réalisation d'un traitement médical ou post chirurgical **d'une durée protocolisée ou prévisible à l'entrée.**

Deux nouveaux exemples sont également proposés :

Exemple : Le séjour pour une antibiothérapie initialement prévue de 6 semaines d'un patient atteint d'une ostéite chronique relève de la nature de séjour soins ponctuels, même s'il y a un risque que le séjour soit prolongé suite à une modification du protocole.

Exemple : La prise en charge d'un patient pour un traitement suite à une intervention pour sinus pilonidal dans le cadre d'une prise en charge protocolisée avec durée de séjour déterminée relève de la modalité « soins ponctuels ».

Des modifications sont aussi apportées à la nature de séjour petite enfance et antepartum.

Un nouveau tableau Ovalide croisant les Diagnostics Principaux et les Natures de séjour sera mis en place en mars 2020.

c. Production d'un RPSS en cas de décès du patient le jour de son admission :

Par symétrie avec le guide méthodologique MCO, la production d'un RPSS en cas du décès le jour de l'admission, un paragraphe est ajouté la fin de la section 1-2-1 ainsi que des consignes de codage dans ce cas.

Le décès donne toujours lieu à la production de résumés par sousséquence (RPSS); dans ce cas en effet une admission est toujours prononcée, quel que soit le temps écoulé entre l'entrée du patient et son décès.

Nature de séjour :

- Dans le cas d'un patient décédé le jour de son admission, la nature de séjour à coder est celle pour laquelle le patient a été admis en HAD.

MPP :

- Dans le cas d'un patient décédé le jour de son admission, le MPP à coder est celui pour lequel le patient a été admis en HAD

DP :

- Dans le cas d'un patient décédé le jour de son admission, le DP à coder est celui pour lequel le patient a été admis en HAD

DCMPP

- Dans le cas d'un patient décédé le jour de son admission, la cause du décès doit être codée en DCMPP.

d. Précisions de codage

Des précisions de codage sont apportées dans le guide méthodologique concernant les thématiques suivantes : Chutes à répétition ; Douleur chronique ; Dénutrition

e. Contrôles effectués avant transmission des données

Des contrôles bloquants sur le codage de la Nature de Séjour sont mis en place en mars 2020 :

- Si NS n'est pas renseigné
- SI NS (nature du séjour) = '01 ' (« Petite enfance) ET Âge > 3 ans
- SI NS (nature du séjour) = '01 ' (« Petite enfance) ET DP du premier RAPSS = C* (diagnostic principal de cancérologie, commençant par un code CIM en « C »)
- SI NS (nature du séjour) = '02 ' (« Antepartum ») ET MP de la première séquence = '21' (« Post partum pathologique »)
- NS (nature du séjour) = '03 ' (« Postpartum ») ET MP de la première séquence = '19' (« Surveillance de grossesse à risque »)
- NS (nature du séjour) = '02 ' (« Antepartum ») ET DP du premier RAPSS = Z34* (surveillance d'une grossesse normale)

III. Modifications apportées à la CIM-10 FR à usage PMSI

Les évolutions de la CIM-10 pour l'année 2020 comprennent des modifications apportées par l'OMS et par l'ATIH. Ces modifications ont pour objectif d'améliorer la description des données PMSI. Elles sont explicitées dans l'annexe 5 « Nomenclature » de la présente notice.

IV. Nouveautés concernant le format des fichiers

a. Formats RPSS

Les formats RPSS H0B (ex-DG) et H0C (ex-OQN) sont inchangés.

b. VIDHOSP

Pas de changement en HAD.

c. FICHCOMP

Les médicaments sous ATU et post-ATU sont déclarés dans les fichiers FICHCOMP-ATU, la variable indication a été ajoutée en mars 2019.

A compter du 1^{er} janvier 2020, le recueil des indications des médicaments sous ATU et post-ATU devient obligatoire et conditionne la valorisation de ces médicaments.

Un nouveau FICHCOMP Transports est créé : les éléments sont détaillés dans l'Annexe 6 ci-dessous.

d. RSF-A

- Ajout de l'IPP dans les RSF-A
Les éléments sont détaillés dans l'Annexe 7 ci-dessous.
- Ajout du code postal de résidence dans les RSF-A
Les éléments sont détaillés dans l'Annexe 7 ci-dessous.

Annexe 3

Nouveautés PMSI du champ d'activité SSR

I. Mise à jour de l'arrêté PMSI SSR

L'arrêté PMSI SSR du 23 décembre 2016 modifié fait l'objet d'une mise à jour liée au maintien, dans les fichiers d'information anonymisés, de variables non transformées (ex : date de naissance non transformée en âge, dates d'entrée et de sortie non transformées en DMS, code postal non transformé en code géographique). Cette opération de transformation des variables n'est plus nécessaire compte tenu du dispositif sécurisé d'accès aux données du PMSI mis en place dans le cadre de l'article 193 de la **LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.**

Cette mise à jour est également l'occasion de commencer à harmoniser et à simplifier les arrêtés PMSI des différents champs de l'activité hospitalière, ainsi que les guides méthodologiques afférents. Ce travail d'harmonisation et de simplification sera poursuivi lors des publications suivantes.

Cet arrêté fait en outre l'objet d'une mise à jour relative à ses annexes. Ainsi, les annexes I, II, III et IV qui lui sont liées sont modifiées, et feront l'objet d'une publication au BO sous les références suivantes :

- Manuel des groupes médico-économiques en soins de suite et de réadaptation – annexe I – BO n° 2020/1 *bis* (3 volumes) ;
- Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en soins de suite et de réadaptation – annexe II – BO n° 2020/2 *bis* ;
- Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation – annexe III – BO n° 2020/3 *bis* ;
- Classification commune des actes médicaux descriptive dite à usage PMSI – annexe IV – BO n° 2020/8 *bis* ;
- 10^{ème} révision de la classification internationale des maladies CIM-10 dite à usage PMSI – annexe V – BO n° 2020/9 *bis*.

Comme chaque année, il sera procédé à une publication exhaustive de ces annexes au BO. Afin d'assurer une diffusion de l'information dans les meilleurs délais, elles seront préalablement publiées sur le site de l'ATIH sous une forme typographique spécifique permettant de faciliter le repérage des modifications apportées, et ceci notamment pour le *Guide méthodologique*.

Ces annexes seront applicables à compter de la semaine 10 de l'année 2020.

II. Modifications de codage et de recueil

La principale modification apportée au guide méthodologique concerne la création d'un fichier FICHCOMP transport. Sa présentation est détaillée dans l'annexe 6 de la présente notice.

En outre, des précisions de codage sont apportées dans le guide méthodologique concernant la thématique suivante : Dénutrition.

III. Modifications apportées au Catalogue spécifique des actes de rééducation et de réadaptation (CSARR) Version 2020

Les évolutions du CSARR pour l'année 2020 ont pour objectif d'améliorer la description des données PMSI. Elles sont explicitées dans l'annexe 5 de la présente notice.

IV. Modifications apportées à la CIM-10 FR à usage PMSI

Les évolutions de la CIM-10 pour l'année 2020 comprennent des modifications apportées par l'OMS et par l'ATIH. Ces modifications ont pour objectif d'améliorer la description des données PMSI. Elles sont explicitées dans l'annexe 5 « Nomenclature » de la présente notice.

V. Classification en GME

La version de classification GME qui sera mise en œuvre à partir de la semaine 10 de 2020 est la même que celle qui a été mise en œuvre en mars 2019.

Il n'y a donc pas de nouveautés 2020 en matière de classification. Cette version sera qualifiée de V2020, mais est équivalente à la V2019, à la V2018 et à la V2017.

VI. Contrôle de la fonction groupage

Un nouveau contrôle est mis en place concernant les actes réalisés en Hospitalisation à temps partiel. Au cours d'une venue en Hospitalisation un même acte CSARR ne peut être réalisé que 2 fois dans la même journée. On entend par même acte : même « code acte CSARR/étape/modulateur/intervenant ».

VII. Nouveautés concernant le format des fichiers

a. RHS

Pas de changement en 2020.

b. VID-HOSP

Pas de changement en 2020 SSR.

c. FICHCOMP

Création d'un nouveau FICHCOMP Transports

Les éléments sont détaillés dans l'Annexe 6 ci-dessous.

d. FICUM

Pas de changement en 2020.

e. RSF-A

- Ajout de l'IPP dans les RSF-A
Les éléments sont détaillés dans l'Annexe 7 ci-dessous.
- Ajout du code postal de résidence dans les RSF-A
Les éléments sont détaillés dans l'Annexe 7 ci-dessous.

Annexe 4

Nouveautés PMSI du champ d'activité Psychiatrie

I. Mise à jour de l'arrêté PMSI

L'arrêté du 23 décembre 2016⁵ modifié fait l'objet de plusieurs mises à jour :

- Une mise à jour liée à la production du chainage des R3A décrits aux points II et IV ci-dessous,
- Une mise à jour liée au maintien, dans les fichiers d'information anonymisés, de variables non transformées (ex : date de naissance non transformée en âge, dates d'entrée et de sortie non transformées en DMS, code postal non transformé en code géographique).

Cette opération de transformation des variables n'est plus nécessaire compte tenu du dispositif sécurisé d'accès aux données du PMSI mis en place dans le cadre de l'article 193 de la **LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.**

Cette mise à jour est également l'occasion de commencer à harmoniser et à simplifier les arrêtés PMSI des différents champs de l'activité hospitalière, ainsi que les guides méthodologiques afférents. Ce travail d'harmonisation et de simplification sera poursuivi lors des publications suivantes.

- Une mise à jour relative à ses annexes. : les annexes I, et II qui lui sont liées sont modifiées, et feront l'objet d'une publication au BO sous les références suivantes
 - o Guide méthodologique de production du RIM-P – annexe I - BO n° 2020-4bis
 - o 10^{ème} révision de la classification internationale des maladies CIM-10 dite à usage PMSI – annexe II – BO n° 2020/9 bis.

Cette mise à jour de l'arrêté sera publiée au journal officiel.

Comme chaque année, il sera procédé à une publication exhaustive de ces annexes au BO. Afin d'assurer une diffusion de l'information dans les meilleurs délais, ces annexes seront préalablement publiées sur le site de l'ATIH sous une forme typographique spécifique permettant de faciliter le repérage des modifications apportées, et ceci notamment pour le *Guide méthodologique*.

Les principales modifications du guide méthodologique sont détaillées au point II.

Cette nouvelle version du Guide méthodologique sera applicable au 1^{er} janvier 2020.

II. Modifications apportées au Guide méthodologique de production du RIM-P

Les principales modifications apportées au guide concernent les points suivants :

- **Nouvelles variables du recueil « Contention et isolement »**

Depuis le 1^{er} janvier 2018, les établissements autorisés en psychiatrie désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer les soins sans consentement doivent procéder au recueil des données relatives au recours à l'isolement et à la contention (article L.3222-5-1⁶ du Code de la Santé Publique et l'instruction N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017) en plus du recueil qui couvre les prises en charge à temps complet et à temps partiel sous la forme de résumés par séquence (RPS) et les prises en charge ambulatoires sous la forme de résumés d'activité ambulatoire (RAA).

Un recueil FICHCOMP « Contention et Isolement » a été mis en œuvre à compter du 1^{er} janvier 2018 à cet effet.

À partir du 1^{er} janvier 2020, faisant suite à la demande du Comité national de la psychiatrie, ce fichier s'enrichit avec le recueil des informations suivantes :

- Motif du recours à la mesure d'isolement et de contention ;
- Présence d'une pathologie chronique et/ou de troubles de la personnalité ;
- Prise éventuelle de toxiques de façon chronique et/ou aigue;

⁵ Arrêté relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.

⁶ Introduit par l'article 72 de la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

- enfin, patient connu ou non de l'équipe réalisant la mesure d'isolement ou de contention

Ces informations sont à recueillir au début de la mesure d'isolement et/ou de contention. Si plusieurs mesures d'isolement (et/ou de contention) se succèdent de façon contiguës, ces informations ne sont à recueillir qu'à la 1^{ère} mesure. Une nouvelle variable « Période » est créée pour identifier ces mesures contiguës.

De plus, une reformulation des libellés associés aux types de mesure de contention et d'isolement a été opérée afin d'en faciliter la compréhension et de lever les ambiguïtés remontées par les établissements⁷.

Il est rappelé que dans l'attente de la publication par la DGOS et le Comité de pilotage national sur la psychiatrie d'un cahier des charges à destination des éditeurs de logiciels pour le recueil des mesures d'isolement et de contention, un document de synthèse des consignes de codage a été publié sur le site de l'ATIH⁸.

Le format, les variables constitutives ainsi que la structuration de ce recueil sont précisés au paragraphe IV ci-dessous.

- Recueil du N° de sécurité sociale lors des prises en charge ambulatoires

Cette évolution du recueil s'inscrit dans le cadre de l'amélioration de la description des parcours des patients pris en charge en psychiatrie.

Les différentes données relatives à la consommation de soins d'un patient (DCIR, PMSI, etc.) sont liées entre elles par un N° de chaînage dans le Système national des données de santé (SNDS).

Ce N° de chaînage unique pour un patient est généré à partir du N° de sécurité sociale, de la date de naissance, du sexe et d'une clef de chaînage.

Le recueil de ces informations n'est actuellement obligatoire que pour les prises en charge faisant l'objet d'une description par des Résumés Par Séquence (RPS), soit les prises en charge à temps complet et partiel, excluant ainsi les prises en charge en ambulatoire⁹.

Ainsi, les patients pris en charge exclusivement en ambulatoire ne peuvent voir leurs données liées (chainées) au reste des données du Système nationales des données de santé (SNDS).

Pour rendre ce chaînage possible, il est donc demandé d'élargir le recueil du N° de sécurité sociale et de toutes les informations nécessaires à la production du N° de chaînage à toutes les prises en charge ambulatoires.

Ce recueil fera l'objet d'un nouveau fichier (Vid-IPP) associant pour chaque Identifiant Permanent du Patient (IPP) pris en charge en ambulatoire les données nécessaires à la création du N° de chaînage (N° de sécurité sociale, sexe, date de naissance, clé)¹⁰. Ce fichier sera traité par le logiciel MAGIC. Le schéma de ce recueil est décrit ci-dessous (*Figure 1*).

⁷ Un bilan du recueil de l'année 2018 a été réalisé par l'ATIH et présenté lors du comité technique plénier en juillet 2019 : https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1382/cotech_psy_2019-07-05.zip

⁸ Document publié en annexe du compte-rendu du Comité technique plénier du 3 juillet 2018 : https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1382/cotech_psy_2018-07-03.zip

⁹ Arrêté PMSI PSY : Arrêté relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.

¹⁰ Ce fichier comportera d'autres variables facultatives comme le N° d'immatriculation individuel, le rang de naissance ou le Rang du bénéficiaire.

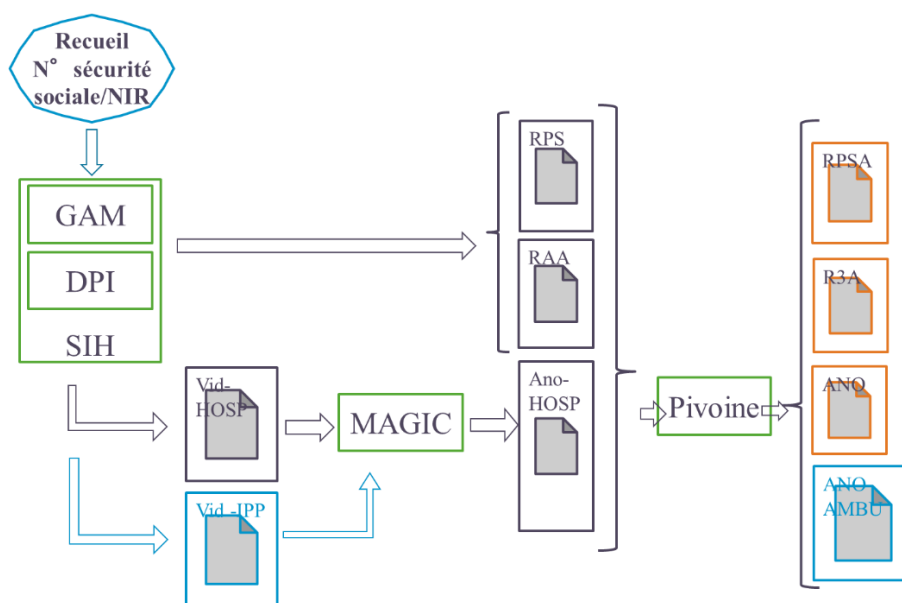


Figure 1 : Schéma recueil et traitement RIM-P

Le logiciel Pivoine produit un nouveau Fichier Ano-Ambu qui sera transmis sur les plateformes e-pmsi de l'ATIH simultanément aux fichiers réglementaires habituels (RPSA, R3A, ANO, etc...). Il est l'équivalent du fichier ANO pour les RPS.

Le format et les variables constitutives de ce fichier sont précisés au paragraphe IV ci-dessous.

- Nouveau recueil des journées de présence à temps partiel

Cette évolution du recueil s'inscrit également dans le cadre de l'amélioration de la description des parcours des patients pris en charge en psychiatrie.

Dans le RIM-P, la description de la prise en charge à temps partiel doit comporter le recueil du nombre total de venues ou de séances durant la période couverte par le résumé par séquence (RPS).

Les dates des venues et des séances ne sont donc pas recueillies rendant ainsi impossible toute reconstitution précise du parcours du patient à partir des données du RIM-P.

Afin de ne pas apporter de modification à la structure du RPS, il est proposé de recueillir les dates de venues et des séances dans un Fichier complémentaire de type FICHCOMP.

Les données de ce recueil seront anonymisées puis transmises par le logiciel PIVOINE, de façon trimestrielle et cumulative, concomitamment et selon les mêmes modalités techniques que pour les Résumés par séquences (RPS) et Résumés d'activités ambulatoire (RAA).

Le format, les variables constitutives ainsi que la structuration de ce recueil sont précisés au paragraphe IV ci-dessous.

- Suppression du recueil de l'activité ambulatoire sous une forme agrégée

Cette évolution du recueil s'inscrit aussi dans le cadre de l'amélioration de la description des parcours des patients pris en charge en psychiatrie.

Le Guide méthodologique du RIM-P offre actuellement deux modalités pour le recueil de l'activité ambulatoire : détaillée et agrégée. Seule la modalité détaillée sera admise à partir du 1^{er} janvier 2020.

III. Modifications apportées à la CIM-10 FR à usage PMSI

Les évolutions de la CIM-10 pour l'année 2020 comprennent des modifications apportées par l'OMS et par l'ATIH. Ces modifications ont pour objectif d'améliorer la description des données PMSI. Elles sont explicitées dans l'annexe 5 de la présente notice.

IV. Nouveautés concernant le format des fichiers

Il est rappelé qu'un document « Format des fichiers de transmission » sera publié, comme pour chaque nouvelle campagne annuelle, sur le site de l'ATIH¹¹ (il précisera pour chaque fichier et variable, le nombre de caractères requis, le positionnement, le début et fin, etc...)

- **RPS** : Pas de modification
- **RAA** : Pas de modification
- **Fichcomp « Contention et Isolement »**

Les modifications de ce fichier se déclinent en 3 points : la modification des libellés des types de mesures, l'ajout de nouvelles variables et la période (un niveau d'agrégation des mesures de même type).

- Nouveaux libellés des types de mesures :
 - **A : Mesure d'isolement dans un espace dédié** : Un espace est dit dédié s'il est conforme aux recommandations de bonnes pratiques (RBP) de la HAS concernant les espaces dédiés à l'isolement.
 - **B : Mesure d'isolement dans un espace non dédié** : Tout espace (dont la chambre du patient) ne respectant pas les RBP de la HAS concernant les espaces dédiés à l'isolement
 - **C : Contention mécanique (non ambulatoire)** : Fait référence à un patient en position allongée dans un lit avec sangle
 - **E : Contention mécanique ambulatoire** : Exemple : vêtement de contention,...
 - **D : Contention mécanique autres** : Tout moyen de contention qui ne relèverait pas du type « C » et « E » décrit au-dessus.
- Nouvelles variables :
 - **Motif** : Cette variable se code sur 5 caractères, 1 caractère par modalité. Le tableau suivant explicite les valeurs que peuvent prendre chacune de ces 5 modalités.

Motif : Violence ou Hétéro-agressivité	0 : Non ; 1 : Menace ou Imminence ; 2 : Passage à l'acte ; 8 : Autres
Motif : Suicide	0 : Non ; 1 : Menaces suicidaires persistantes et réitérés ; 2 : Passage à l'acte suicidaire depuis son admission 8 : Autres
Motif : Auto-agressivité hors suicide	0 : Non ; 1 : Auto-mutilation ; 8 : Autres
Motif : État d'agitation non dirigée	0 : non ; 1 : oui
Motif : Autres	0 : non; 1 : oui

- **Pathologies chroniques psychiatriques** : Cette variable se recueille sur 8 caractères, 1 caractère par modalité. Le tableau suivant explicite les valeurs que peuvent prendre chacune de ces 8 modalités.

Pathologie chronique : Schizophrénie	0 : non ; 1 : oui
Pathologie chronique : Épisode maniaque	0 : non ; 1 : oui

¹¹ <https://www.atih.sante.fr/psy/documentation#Formats%20des%20fichiers%20de%20transmission>

Pathologie chronique : Trouble affectif bipolaire	0 : non ; 1 : oui
Pathologie chronique : Épisode dépressif	0 : non ; 1 : oui
Pathologie chronique : Trouble du Neurodéveloppement	0 : non ; 1 : oui
Pathologie chronique : Trouble Neuro-dégénératif	0 : non ; 1 : oui
Pathologie chronique : Trouble déficitaire	0 : non ; 1 : oui
Pathologie chronique : Autres pathologies psychiatriques	0 : non ; 1 : oui

- **Troubles spécifiques de la personnalité** : Cette variable se recueille sur 1 caractère. Elle peut prendre une des 4 valeurs explicitées dans le tableau suivant.

Trouble spécifique de la personnalité	0 : Non ; 1 : Personnalité dyssociale F60.2 ; 2 : Personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30) ou borderline : F60.31 ; 8 : Autres type de personnalité
---------------------------------------	--

- **Prise de substances toxiques** : Cette variable se recueille sur 2 caractères, 1 caractère par modalité. Le tableau suivant explicite les valeurs que peuvent prendre chacune de ces 2 modalités.

Prise de substance toxique : Intoxication aigue	0 : non ; 1 : oui
Prise de substance toxique : Intoxication chronique	0 : non ; 1 : oui

- **Patient connu** : Cette variable se recueille sur 1 caractère. Elle peut prendre une des 3 valeurs explicitées dans le tableau suivant.

Patient connu	0 : Non ; 1 : Oui ; Patient connu de l'équipe soignante qui réalise la mesure car elle le prend en charge habituellement. 2 : Oui ; Patient connu de l'équipe soignante qui réalise la mesure car l'équipe soignante qui le prend en charge habituellement a transmis des éléments d'anamnèse, de façon orale ou écrite
---------------	---

- **Période d'isolement / contention** :

Pour ne pas alourdir la charge du recueil pour les établissements, le comité technique psychiatrie a souhaité que les nouvelles variables ne soient recueillies qu'au début de chaque nouvelle période de contention et d'isolement¹². Il est ainsi nécessaire d'introduire une nouvelle notion pour structurer le recueil : « la période ». Elle peut être de 2 types « isolement » ou « contention ».

Une « Période d'isolement » contient 1 à n mesures d'isolement (A ou B) qui sont contiguës. Une « Période de contention » contient 1 à n mesures de contention (C, D ou E) qui sont contiguës.

Pour rappel, une « Mesure d'isolement » contient 1 à n décisions. Elle peut être de type A ou B. Elle débute par une décision Initiale et se termine par une décision de Levée.

Une « Mesure de contention » contient 1 à n décisions. Elle peut être de type C, D ou E. Elle débute par une décision Initiale, et se termine par une décision de Levée.

La période se décrit par les variables suivantes :

Libellé de la variable	Taille	Remarques
No de la période	7	Laisseé au choix de l'établissement
Type de la période	1	1 : Isolement ; 2 : Contention

¹² Compte rendu du comité technique plénier de juillet 2019 :

https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1382/cotech_psy_2019-07-05.zip

		Une période d'isolement ne contient que des mesures de type A ou B. Une période de contention ne contient que des mesures de types C, D ou E. Au sein d'une période, toutes les mesures se suivent et sont contiguës, la fin de l'une est égale au début de la suivante.
Date début de la période	8	JJMMAAAA ; est égale à la date de début de la 1ere mesure de la période
heure début de la période	4	HHMM (24h) ; est égale à l'heure de début de la 1ere mesure de la période
Date fin de la période	8	JJMMAAAA ; est égale à la date de fin de la dernière mesure de la période
Heure de fin de la période	4	HHMM (24h) ; est égale à l'heure de fin de la dernière mesure de la période

Il est rappelé qu'un cahier des charges pour le recueil de mesures de contention et d'isolement à destination des éditeurs de logiciels sera prochainement publié par la DGOS et le Comité de pilotage national sur la psychiatrie.

- **Fichcomp « Temps partiel »** : Ce fichier comportera les variables suivantes.

Libellé de la variable	Taille	Remarques
Type de prestation	2	Fixée à « xx »
N° de séjour	20	variable présente dans le RPS
Forme d'activité	2	20 : HdJ 21 : HdN 23 : Atelier thérapeutique
Date de venue	8	JJMMAAAA
Type de venue	1	1 : venue d'une journée > 6 heures 2 : venue d'une demi-journée > 3 h 3 : séance de 3 à 4 heures 4 : séance de 6 à 8 heures
Prestation	1	0 : non ; 1 : PIE ; 2 : PIA

- **Fichcomp « Transport »** : Dans le cadre de la campagne 2019, les suppléments « transport » ont fait l'objet d'un recueil de type Fichsup. Dans le cadre de la campagne 2020, il est prévu que ce recueil évolue et se fasse au moyen d'un nouveau fichier de type FICHCOMP. Les modalités de ce nouveau recueil sont décrites dans l'annexe 6 « interchamps » ci-dessous.
- **VID-IPP** : Ce fichier, équivalent du fichier Vid-hosp pour l'ambulatoire, comportera les variables suivantes (le recueil de certaines variables est facultatif) :
 - o N° immatriculation assuré
 - o Clé du N° immatriculation
 - o Date de naissance du bénéficiaire
 - o Sexe du bénéficiaire
 - o N° FINESS d'inscription e-PMSI
 - o *N° immatriculation individuel (facultative)*
 - o *Clé du N° immatriculation individuel (facultative)*
 - o *Rang de naissance (facultative)*
 - o *Rang du bénéficiaire (facultative)*
 - o IPP
- **VID-HOSP, RSF** : ces nouveautés seront décrites dans l'annexe 7 ci-dessous.

Annexe 5

Nouveautés relatives aux nomenclatures

Les nouveautés 2020 relatives aux nomenclatures CIM-10 FR à usage PMSI, CCAM descriptive à usage PMSI, et CSARR sont les suivantes :

I. Nouveautés de la CIM-10 FR à usage PMSI

Les évolutions de la CIM-10 pour l'année 2020 comprennent des modifications infra annuelles apportées par l'OMS en 2019 ainsi que quelques corrections de forme de l'ATIH.

Les modifications OMS introduites le 24 Septembre 2019 concernent **l'emploi de code U d'utilisation particulière pour le classement provisoire d'affections nouvelles d'étiologie incertaine.**

En réaction à l'apparition récente d'affections liées au vapotage, l'OMS estime qu'il serait pertinent de pouvoir suivre tous les cas rapportés, jusqu'à ce que des informations plus détaillées soient disponibles.

Le libellé **U07.0 Affection liée au vapotage** est introduit :

- dans la catégorie U07 dénommée à cet effet *Affections d'étiologie incertaine*
- dans le *Chapitre XXII Codes d'utilisation particulière*

Pour la classification PMSI, ce code est autorisé en diagnostic associé dans les séjours concernés.

II. Nouveautés de la CCAM descriptive pour usage PMSI

Depuis la publication de la version 4 de la CCAM descriptive à usage PMSI (V58 mise en œuvre 14 juillet 2019), de nouvelles extensions : « -30 » et « -40 », ont été déclinées pour cinquante-six codes et libellés de chirurgie ORL, thoracique, colique, urologique, gynécologique, de l'obésité et de curage ganglionnaire, afin de décrire les actes réalisés respectivement, « sans assistance par robot » et « avec assistance par robot » (cf. [Lien](#))

Dans la publication de la version 5 de la CCAM descriptive à usage PMSI (V60 mise en œuvre 18 octobre 2019), trente-quatre codes et libellés de chirurgie gynécologique et de l'incontinence, ont été déclinés par les extensions « -07 » et « -08 » afin de décrire les actes réalisés respectivement, « sans pose d'implant de renfort » et « avec pose d'implant de renfort » (cf. [Lien](#))

Actuellement les codes pères peuvent continuer à être codés sans entraîner de rejet, et ceci jusqu'au **29 Février 2020**.

Suite à l'avis HAS de septembre 2019, les codes HFCA001-02, HFCC003-32 et HFCC003-42 seront radiés courant février 2020 avec la version 2 de la CCAM descriptive à usage PMSI 2020.

Le guide de lecture et de codage n'a pas été modifié.

III. Nouveautés du CSARR

Modifications du guide de lecture

Ces modifications concernent :

- L'évolution de la composition de la structure de maintenance du CSARR
- Des précisions sont apportées aux sousparagraphe 3.3.3.2 et 3.3.3.3 :

Suite à la mise en place en mars 2019, de contrôles de qualité de recueil pour la FG sur le « nombre de patient » (cf. Manuel des GME – 2019), les mentions suivantes ont été introduites dans le guide de lecture :

- Au sousparagraphe 3.3.3.2 *Situation 2 : acte dit « individuel non dédié »* : « le nombre de patient à renseigner est compris entre 2 et 8 inclus »
- Au sousparagraphe 3.3.3.3 « *Situation 3 : acte dit « collectif »* : « le nombre de patients à renseigner est compris entre 2 et 25 inclus, sauf pour ZZR+026 *Séance collective d'information du patient et/ou de son entourage, en dehors d'un programme d'éducation thérapeutique*, où le nombre maximum de patients peut dépasser 25 »

Ces mentions seront également indiquées dans le fichier complémentaire du CSARR.

Modifications de la liste analytique

En 2019, les modifications de la liste analytique portent sur les éléments suivants :

- **Modification de libellé**

Du titre du paragraphe 07.01.05 Autres actes d'évaluations **des fonctions de l'appareil locomoteur** et des fonctions liées au mouvement

Du libellé de l'acte ZZM+216 Fabrication **ou fourniture** de dispositif d'aide au maintien de la posture **verticalisée** ou allongée

Du libellé de l'acte ALQ+105 Évaluation des capacités cognitives **et comportementales nécessaires** pour la conduite d'un véhicule automobile

Du libellé de l'acte ZZQ+085 Évaluation des capacités sensitives et motrices **nécessaires** pour la conduite d'un véhicule automobile sans adaptation personnalisée

Du libellé de l'acte ZZQ+291 Évaluation des capacités sensitives et motrices **nécessaires** pour la conduite d'un véhicule automobile avec adaptation personnalisée

IV. Calendrier

L'ATIH publie fin Novembre 2019 :

- la version actualisée du volume I de la CIM-10, comprenant quelques corrections de forme
- la version actualisée de la CCAM descriptive à usage PMSI 2020
- la version actualisée du CSARR 2020

La date d'applicabilité de chacune de ces nomenclatures relève des classifications concernées.

Annexe 6 Évolutions Interchamps

Transports intra et inter établissements

Rappel du contexte

La réforme des transports entre établissements a été initiée par l'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2017. L'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale dispose que les transports réalisés au sein d'un même établissement de santé ou entre deux établissements de santé sont pris en charge par l'établissement à compter du 1^{er} octobre 2018. Les transports inclus dans la réforme ne sont plus facturables à l'assurance maladie mais directement pris en charge par l'établissement à l'origine de la prescription du transport. Tous les établissements de santé, quel que soit le secteur et le champ d'activité (MCO, PSY, SSR), sont concernés par cette mesure qui a donné lieu à un transfert de dépenses depuis l'ONDAM soins de ville vers l'ONDAM établissements de santé.

Les dispositions d'application de cet article de loi sont énoncées dans les articles D.162-17 à D.162-17-3 du code de la sécurité sociale (introduites par le décret n° 2018-354 du 15 mai 2018). L'année 2019 a été marquée par des évolutions qui sont précisées dans le décret n° 2019-593 du 14 Juin 2019.

Les modalités de financement et de recueil des informations relatives aux transports intra et inter établissements ont été précisées dans des notices complémentaires de l'ATIH pour 2018¹³ et 2019¹⁴.

Pour rappel, des suppléments tarifaires permettent de prendre en charge, dans les conditions définies dans la réforme, les transferts suivants :

- les transferts définitifs : suppléments TDE pour le champ MCO et supplément ST1 pour les champs SSR et PSY ;
- les transferts provisoires : supplément TSE pour le champ MCO et suppléments ST2 pour les champs SSR et PSY ;
- les permissions : supplément ST3 pour les champs SSR et PSY.

La mise en application de ces suppléments est effective depuis le 1^{er} octobre 2018 pour les établissements du champ MCO et depuis le 1^{er} mai 2019 pour les établissements des champs SSR et PSY. Le recueil est fait *via* des FICHSUP pour les établissements des secteurs ex-DG (champ MCO) et sous DAF (champs SSR et PSY). Il est cumulatif sur l'année (en 2019, année entière pour le champ MCO et M5-M12 pour les champs SSR et PSY). Les informations des établissements OQN sont remontées *via* les RSF.

Évolutions en 2020

À compter de mars 2020, une évolution de la valorisation des suppléments transports sera mise en place pour mieux prendre en compte la distance réellement parcourue. Cette évolution nécessite une évolution du recueil, d'une part pour que le supplément puisse être rattaché au séjour dont il relève, d'autre part pour intégrer de nouvelles variables à recueillir.

Le recueil des suppléments transports sera **rattaché au séjour**, *via* des fichiers FICHCOMP, pour les établissements ex-DG (champ MCO) et sous DAF (champs SSR et PSY).

Les variables à recueillir *via* le FICHCOMP transports seront précisées dans le cadre d'une prochaine notice, suite à la finalisation des travaux concernant la valorisation des suppléments transports.

¹³https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3369/notice_technique_complementaire_recueil_transports_n_cim-mf-559-6-2018.pdf

¹⁴https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3595/notice_technique_complementaire_interchamps_transports_2019_n_ci-m-mf-354-5-2019.pdf

Pour accompagner les établissements, un document sera mis à disposition sur le site de l'ATIH. Il s'agit d'un fichier Excel associant à chaque situation nécessitant un transport intra ou inter établissements, son appartenance au périmètre de la réforme, l'établissement prescripteur, l'entité prenant en charge le transport et le supplément transport à coder le cas échéant. D'autres mesures d'accompagnements seront proposées en 2020. Enfin, des documents explicatifs et des outils sont disponibles sur l'espace du site du ministère dédié à la prise en charge des dépenses de transport par les établissements de santé¹⁵.

¹⁵ <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/article/prise-en-charge-des-depenses-de-transport-par-les-etablissements-de-sante>

Annexe 7

Évolutions des fichiers PMSI

RSF A

- Ajout du Numéro d'identification permanent du patient (IPP) dans le RSF-A pour tous les champs (MCO, HAD, SSR et Psychiatrie) à la fin de l'enregistrement :

Libellé	Début	Fin	taille
...			
Numéro d'identification permanent du patient (IPP)	222	241	20

- Ajout du code postal du lieu de résidence du patient dans le RSF-A pour tous les champs (MCO, HAD, SSR et Psychiatrie) :

Libellé	Début	Fin	taille
...			
Date de sortie	113	120	8
Code postal du lieu de résidence du patient	121	125	5
Total Base Remboursement Prestation hospitalière	126	133	8
...			