

## **Campagne tarifaire et budgétaire 2016**

### **Nouveautés PMSI –**

### **Champs MCO, HAD, SSR et psychiatrie**

---

La présente notice vise à informer les établissements de santé des nouveautés 2016 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 2016. A ce titre, les nouveautés concernant les champs d'activité psychiatrie et SSR étant respectivement applicables au 1<sup>er</sup> et au 4 janvier 2016, une première notice relative à ces champs (ainsi qu'aux nouveautés interchamps) a été publiée le 12 novembre 2015.

La présente notice décrit les nouveautés relatives aux champs d'activité MCO et HAD, applicables au 1<sup>er</sup> mars 2016. Dans une logique documentaire, les annexes SSR et psychiatrie sont reproduites dans la présente notice.

L'annexe interchamps est complétée d'une information nouvelle, relative à l'utilisation d'un code CIM-10 spécifique recommandé par l'OMS pour suivre l'épidémie en lien avec le virus Zika, en zone panaméricaine (application de la procédure de suivi des phénomènes dits « urgents »).

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 2016, ces arrêtés font l'objet de certaines modifications, liées aux nouveautés spécifiques à chaque champ.

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 du 22 février 2008 modifié, relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicales et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics et privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement fait l'objet de modifications. Celles-ci concernent la production des fichiers FICHSUP et FICHCOMP par les établissements ex-OQN.

Sont également modifiées les annexes qui lui sont liées :

- Manuel des groupes homogènes de malades – annexe I – BO n° 2015/5 bis.
- 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° 2015/5 bis.

Ces modifications sont rendues nécessaires par les nouveautés décrites aux points II et III ci-dessous.

- les nouveautés du *Manuel des GHM*, seront publiées sous la référence BO n° 2016/5 bis.
- celles du *Guide méthodologique* seront publiées dans un fascicule spécial du *Bulletin officiel*, sous la référence BO n° 2016/6 bis ;

En outre, les annexes III (CIM 10 à usage PMSI) et IV (CCAM descriptive à usage PMSI) seront publiées sous les références respectives BO n°2016-8bis et BO n°2016-9bis

Comme chaque année, il a été décidé de procéder à une publication exhaustive des annexes I et II 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, avec un surlignage permettant le repérage des modifications apportées, et ceci notamment pour le *Guide méthodologique*.

**Ces annexes seront applicables au 1<sup>er</sup> mars 2016.**

#### **II – Modifications de codage portées dans le Guide méthodologique MCO**

Les principales modifications apportées dans le codage des situations cliniques mentionnées dans le guide portent sur les thèmes suivants :

- **Dermolipectomie :**

En fonction du DP codé, et alors que ces séjours possèdent des caractéristiques similaires en matière de durées de séjours et de coûts, les actes de dermolipectomie sont actuellement groupés dans deux racines : "09C09 Interventions plastiques en dehors de la chirurgie esthétique" et "10C10 Autres interventions pour obésité".

Afin de regrouper au sein d'une même racine tous ces séjours de dermolipectomie pris en charge par l'assurance maladie, le guide méthodologique évolue et donne comme consigne de coder en DP le code E65 (adiposité localisée). Ces séjours seront donc groupés dans la racine 10C10.

- **Infections Ostéo Articulaires :**

Un rappel est réalisé sur la possibilité, lors d'un séjour pour le second temps de la prise en charge, de coder l'IOA en DAS, si le traitement initial anti infectieux curatif est toujours en cours.

### **III – Classification des GHM : une version V2016**

A partir de 2016, les versions sont millésimées. La version de la classification des GHM qui sera utilisée à compter du 1<sup>er</sup> mars 2016 est la version V2016. Cette version sera détaillée dans le *Manuel des GHM* qui sera publié dans le fascicule spécial du *Bulletin Officiel* n° 2016-5 bis et sur le site de l'ATIH.

Les changements majeurs de cette version portent sur les thèmes suivants :

#### ➤ **Création de GHM en J :**

Dans le cadre de la montée en charge de l'ambulatorio, et afin d'homogénéiser les GHM, il est créé des GHM en J pour les racines suivantes :

- 12C13 Stérilisation et vasoplastie ;
- 13C10 Ligatures tubaires par laparoscopie ou coéloscopie (et suppression du GHM en T) ;
- 13C17 Cervicocystopexie.

#### ➤ **Suppression d'un GHM en J :**

Il apparaît que la racine "05C11 : Autres interventions de chirurgie vasculaire", pour laquelle un GHM en J existe, ne possède aucune caractéristique d'activité ambulatoire. En effet la majorité des séjours de 0 jour ont un mode de sortie "décès" ou "transfert immédiat". En conséquence, le GHM en J de cette racine est supprimé.

### **IV – Nouveautés concernant le format des fichiers utilisés en MCO**

Les formats sont publiés sur le site de l'ATIH : <http://www.atih.sante.fr/formats-pmsi-2016>

#### ➤ **Formats des RUM et RSS :**

Le format des RUM/RSS (017/117) n'est pas modifié pour 2016.

Le DR devient obligatoire en CM28 dès lors que le DP est Z51.1 "séance de chimiothérapie pour tumeur". L'absence de DR générera une erreur bloquante.

La date de réalisation des actes CCAM deviendra obligatoire en 2017 avec code erreur bloquant. En 2016, l'absence de date de réalisation générera un code erreur non bloquant.

#### ➤ **Fonction groupage :**

La fonction groupage de 2016 est une version V2016. Sa mise à jour est nécessaire pour tenir compte des évolutions de la classification des GHM.

## ➤ FICHSUP

### ○ FICHSUP SMUR

Dans le cadre des travaux pour la réforme du financement des urgences, il a été estimé nécessaire de recueillir des informations concernant l'activité des SMUR. **Dans cette optique il est mis en place, à partir de 2016, un FICHSUP SMUR.**

Ce recueil ne concerne que les établissements ex-DG. Pour les établissements ex-OQN sièges de SMUR, les données seront recueillies via la SAE et validées par les ARS.

Les informations recueillies sont les suivantes :

- Numéro FINESS d'inscription ePMSI de l'établissement où le SMUR est implanté ;
- FINESS géographique de l'établissement où le SMUR est implanté ;
- Nombre de sorties primaires ;
- Nombre de sorties secondaires ;
- TIIH (transfert infirmier inter-hospitalier), réalisés avec les moyens du SMUR.

Les définitions sont précisées ci-dessous :

- **FINESS, géographique** de l'établissement où le SMUR est implanté (cf INSTR. DREES/DREES/DMSI/DGOS/R2/2015/240 du 21/07/15, relative à l'enregistrement des SMUR et antennes SMUR dans les systèmes d'information FINESS et ARHGOS dans le cadre de l'accès aux soins urgents) ;
- **Sortie SMUR** : mobilisation d'une équipe d'intervention SMUR ; une équipe d'intervention SMUR comportant au moins un médecin (= équipe médicalisée), un infirmier et un conducteur ou pilote ;
- **Sortie SMUR primaire** : mobilisation d'une équipe d'intervention SMUR pour la prise en charge, en tout lieu, d'un patient ne se trouvant pas déjà admis dans un établissement de santé, et, le cas échéant, le transport de ce patient vers un établissement de santé ;
- **Sortie SMUR secondaire** : mobilisation d'une équipe d'intervention SMUR, en vue du transfert d'un patient déjà admis dans un établissement de santé vers un autre établissement de santé ;
- **TIIH (transfert infirmier inter-hospitalier)** : mobilisation d'une équipe d'intervention composée d'un infirmier (= équipe para-médicalisée) et d'un conducteur ou pilote, pour le transfert d'un patient déjà admis dans un établissement de santé vers un autre établissement de santé. Les TIIH comportent notamment :
  - Les TIIH réalisés avec les moyens matériels et/ou humains d'une équipe SMUR (**seuls ces TIIH doivent être renseignés dans le FICHSUP SMUR**) ;
  - Les TIIH réalisés avec des moyens matériels et/ou humains autres que ceux d'une équipe SMUR.
- le calendrier de mise en œuvre est le suivant :
  - Mise à disposition du fichier en mars 2016,
  - Remontées mensuelles cumulatives avec envoi, en M3, des données regroupant les mois de janvier et février.

### ○ FICHSUP « primo-prescription de chimiothérapie orale »

A compter de mars 2016, un recueil spécifique est également mis en place dans le cadre de la création d'une MIG pour financer la primo-prescription de chimiothérapie orale. Ce recueil concerne l'ensemble des établissements, quel que soit leur statut.

Les variables à recueillir sont les suivantes :

- File active de patients ayant un traitement du cancer par chimiothérapie orale
- Nombre total de consultations médicales pour primo-prescription de traitement de chimiothérapie par voie orale pendant l'année
  - Dont nb de consultations ayant également donné lieu à une prescription de chimiothérapie par voie IV
  - Dont nb de consultations ayant également donné lieu à une prescription de chimiothérapie sous-cutanée
- Pour les patients ayant eu une primo-prescription de traitement de chimiothérapie par voie orale pendant l'année
  - Le nombre de patients vus pour la première fois cette année
  - Le nombre de patients pour lesquels il s'agit d'un premier traitement de chimiothérapie orale
  - Le nombre de patients suivis pour un traitement du cancer depuis plus d'un an.
  - Le nombre de patient suivis pour un traitement du cancer depuis plus de 5 ans
- Pour les consultations de primo-prescription
  - Nombre de consultations d'une durée inférieure à 30 mn ;
  - Nombre de consultations d'une durée comprise entre 30 et 60 mn ;
  - Nombre de consultations d'une durée comprise entre 60 et 120 mn ;
  - Nombre de consultations d'une durée supérieure à 120 mn ;
  - Nombre de consultations avec participation d'un autre intervenant;
    - Dont Nombre de consultations avec participation d'un autre médecin ;
    - Dont Nombre de consultations avec participation d'un pharmacien ;
    - Dont Nombre de consultations avec participation d'un infirmier ;
    - Dont Nombre de consultations avec participation d'une assistante sociale ;
    - Dont Nombre de consultations avec participation d'un autre professionnel de santé ;
    - Dont Nombre de consultations avec participation d'un autre professionnel (hors professionnel de santé);

➤ **FICHCOMP « Médicaments »**

Contrairement à ce qui avait été annoncé dans la Notice technique PMSI n°CIM-MF-1210-3-2014 du 19 décembre 2014, le renseignement du code UCD sur 13 caractères reste facultatif en 2016 ; le recueil et le format demeurent, par conséquent, inchangés.

➤ **VIDHOSP**

- CF annexe 5 interchamps

➤ **RSF-ACE**

Le numéro FINESS géographique devient obligatoire dans le fichier des RSF-ACE. En cas d'absence de ce numéro, la ligne concernée ne sera pas valorisée.

## **Annexe 2**

### **Nouveautés PMSI du champ d'activité HAD**

-----

#### **I – Mise à jour de l'arrêté PMSI HAD**

L'arrêté du 31 décembre 2004 modifié, relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement fait l'objet de modifications. Ces modifications concernent en particulier la production, par les établissements ex-OQN de fichiers FICHCOMP (la production de ces fichiers est décrite au point IV ci-dessous).

Le Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile (annexe I de l'arrêté PMSI HAD) sera publié au BO sous le n° 2016-7bis. Une publication préalable sera réalisée, sur le site de l'ATIH, afin d'assurer une diffusion de l'information dans les meilleurs délais. Pour en faciliter le repérage, cette publication surlignera les modifications apportées au Guide méthodologique précédent.

Les annexes II, relative à la classification commune des actes médicaux descriptive, dite "à usage PMSI", et III, relative à la dixième révision de la classification internationale des maladies CIM-10 dite "à usage PMSI", seront publiées au BO sous les références respectives BO n°2016-8bis et BO n°2016-9bis.

**La nouvelle version du Guide méthodologique sera applicable au 1er mars 2016.**

#### **II – Modifications apportées au Guide méthodologique HAD**

Les principales modifications apportées au guide concernent les points suivants :

- Mise en place d'un nouveau mode de prise en charge : MP 29 "sortie précoce de chirurgie"
  - o Ce MP vise à faciliter la sortie précoce de MCO vers l'HAD après certaines interventions chirurgicales. Il ne pourra être codé qu'en position de mode de prise en charge principal (MPP).
  - o La description de ce MPP sera détaillée dans le guide méthodologique 2016 à paraître.
  - o Le MPP 29 pourra être associé à tous les modes de prise en charge associés (MPA) sauf le MPA 10 "post traitement chirurgical". Il pourra être associé à toutes les valeurs de l'indice de Karnofsky (IK).
  - o La pondération de ce MPP sera identique à celle du MPP 10.
  - o Le MP 29 sera utilisable en EHPAD.
  - o En conséquence, sont modifiés les tableaux suivants :
    - Dans le chapitre VI au paragraphe 1.6.1 : le tableau des pondérations individuelles des modes de prise en charge principal ;
    - Dans le chapitre VII, paragraphe 2 : le tableau croisé concernant les associations de modes de prise en charge principal et associé, ainsi que le tableau concernant les associations de modes de prise en charge et les plages d'indices de Karnofsky.
- Modifications du libellé de certains MP dans le guide méthodologique 2016. Ces modifications concernent les MP 06, 10, 19, et 24.
  - o Pour le MP 06, il est apporté des précisions concernant le nouveau-né non sevré
  - o Pour le MP 10, il est précisé qu'il ne peut être associé au MP 29

- Pour le MP 19, il est apporté des précisions concernant le premier jour de prise en charge
  - Pour le MP 24, il est apporté des précisions concernant les cas dans lesquels ce MP est utilisable
- Suppression du tableau des extensions nationales CIM10, comme prévu par le guide méthodologique 2015.

### **III – Classification en GHPC**

La création du MP 29 implique la création de nouveaux GHPC. Le tableau des GHPC publié simultanément au guide méthodologique provisoire sera augmenté de ces nouveaux GHPC.

### **IV – Nouveautés concernant le format des fichiers**

#### **➤ FICHCOMP « médicaments coûteux hors liste et hors ATU »**

Conformément à l'Instruction N° DGOS/R4/2015/304 du 9 octobre 2015 relative à la mise en place d'un recueil d'information sur les traitements coûteux hors liste en sus consommés dans les établissements d'hospitalisation à domicile, un recueil FICHCOMP est mis en place à compter du 1<sup>er</sup> mars 2016.

Ce FICHCOMP sera distinct des FICHCOMP existants d'une part pour les médicaments de la liste en sus, et d'autre part pour les médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU). Il concerne tous les établissements d'hospitalisation à domicile, quel que soit leur statut.

Concernant l'ensemble des recueils FICHCOMP « médicaments » : contrairement à ce qui avait été annoncé dans la Notice technique PMSI n°CIM-MF-1210-3-2014 du 19 décembre 2014, le renseignement du code UCD sur 13 caractères reste facultatif en 2016 ; le recueil et le format demeurent, par conséquent, inchangés.

#### **➤ VIDHOSP**

Cf. l'annexe 5 interchamps.

## Annexe 3

### Nouveautés PMSI du champ d'activité SSR

-----

#### **I – Mise à jour de l'arrêté PMSI SSR**

L'arrêté du 30 juin 2011 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite et de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement fait l'objet de modifications.

Ces modifications sont liées aux évolutions du rythme des transmissions PMSI SSR.

La période de transmission sera bimestrielle pour M2 et M4 2016.

À compter de M5 2016, la période de transmission deviendra mensuelle.

Dès M2 2016 le délai de validation accordé aux établissements sera de 1 mois après la fin de la période de transmission.

Les ARS auront un mois pour valider les données de M2 et M4, puis 15 jours à compter de la transmission des données de M5. La transmission reste cumulative, reprenant les envois des mois précédents.

Un calendrier détaillé des périodes de transmission et des dates butoir de validation pour les établissements et les ARS sera publié sur le site Internet de l'ATIH (rubrique : <http://www.atih.sante.fr/ssr/outils-informatiques>).

Les annexes I à V, liées à l'arrêté PMSI SSR, sont également modifiées :

- Manuel des groupes médicoéconomiques en soins de suite et de réadaptation – annexe I – BO n° 2016/1 *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° 2016/2 *bis* ;
- Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation – annexe III – BO n° 2016/3 *bis* ;
- Classification commune des actes médicaux descriptive dite à usage PMSI – annexe IV – BO n° 2016/8 *bis* ;
- 10<sup>ème</sup> révision de la classification internationale des maladies CIM-10 dite à usage PMSI – annexe V – BO n° 2016/9 *bis*.

Il sera procédé à une publication exhaustive de ces annexes au BO suite à une publication préalable sur le site de l'ATIH afin d'assurer une diffusion de l'information dans les meilleurs délais. Cette publication soulignera sous une forme typographique spécifique les modifications apportées aux annexes précédentes, afin d'en faciliter le repérage.

**Ces annexes seront applicables à compter du 04 janvier 2016, date correspondant à la première semaine de recueil de l'année 2016 pour les données PMSI du champ SSR.**

#### **II – Modifications apportées au Guide méthodologique PMSI SSR**

Les principales modifications apportées au guide concernent les points suivants :

- **Recueil de la variable « Poursuite du même projet thérapeutique »**

Cette variable a été mise en place en 2015 pour conforter la cohérence des bases de données et relier correctement les séjours thérapeutiques artificiellement interrompus par la règle administrative des absences de plus de 48 heures, faisant clore les séjours administratifs.

Il s'agit d'une information médicale attestant que deux séjours administratifs consécutifs en hospitalisation complète de SSR, distants de 5 jours au plus, pour un même patient et dans un même établissement, s'inscrivent bien dans la poursuite du même projet thérapeutique pour le patient.

Les conditions d'enregistrement de cette variable ont été précisées dans le Guide Méthodologique 2015 ; elles ne sont pas modifiées en 2016. Son recueil reste facultatif en 2016, il deviendra obligatoire en 2017.



- **Ajustement des consignes de recueil des « diagnostics associés »**

Les consignes de recueil des diagnostics associés en SSR sont harmonisées avec celles du champ MCO.

Ainsi, il est rappelé que l'on distingue des diagnostics associés significatifs et des diagnostics associés par convention.

- **Modification du recueil des actes de la CCAM descriptive**

Ainsi que l'ATIH l'a annoncé en mars 2015 dans la Notice technique « Précisions sur les modalités de mise en œuvre de la CCAM descriptive à usage PMSI »<sup>1</sup>, le recueil de l'extension PMSI (3 caractères) est effectué via une variable indépendante du code CCAM à compter de 2016.

Cf. Annexe 5 : Nouveautés PMSI « interchamps ».

- **Règles d'utilisation des codes de diagnostics et prise en compte des nouveautés CIM-10**

Les évolutions de la CIM-10 pour l'année 2016 comprennent quelques 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 : Nouveautés PMSI « interchamps ».

- **Clarification des règles de non-clôture des séjours SSR**

Il est rappelé que le changement d'année civile en cours de séjour n'a pas pour effet de clôturer celui-ci.

### **III – Modifications apportées au Catalogue spécifique des actes de rééducation et de réadaptation (CSARR)**

Le CSARR est actuellement publié au BO sous la référence 2015/3 bis. Cette version est modifiée pour 2016. Ainsi, comme pour les autres documents, l'annexe III de l'arrêté PMSI SSR 2016 décrivant le CSARR est mise en ligne sur le site de l'agence.

La version 2016 (V4) du CSARR comporte 2 parties : le Guide de lecture et de codage, et la partie analytique.

#### **Les modifications du Catalogue et leurs caractéristiques figurent dans un document spécifique publié sur le site de l'agence depuis novembre 2015.**

Les principales modifications portent sur :

- le chapitre 10 qui a été largement remanié, notamment avec le regroupement des actes d'apprentissage à l'autosoins en dehors d'un programme d'éducation thérapeutique (10.02.02) en un seul libellé générique, et le regroupement des actes des souschapitres 10.02 et 10.03 en un seul souschapitre 10.02 *Actes d'information, d'éducation et d'apprentissage, en dehors d'un programme d'éducation thérapeutique*.  
Du fait de ce remaniement, le Guide de lecture et de codage a été revu pour ce chapitre.
- l'introduction de deux libellés d'adaptation de dispositif technique électronique de compensation.
- des modifications sur les actes de réentraînement du cardiaque à l'effort :
  - Suppression de la note en tête du paragraphe 04.02.01 **Codage** : *les actes de réentraînement cardiaque à l'effort relevant de la responsabilité du médecin doivent être codés avec la CCAM ;*
  - Évolution de la note de contenu des libellés :
    - **Séance individuelle /collective de renforcement musculaire contre résistance sans matériel** (PCM+283 / PCM+262),

<sup>1</sup> Notice technique « Précisions sur les modalités de mise en œuvre de la CCAM descriptive à usage PMSI » : <http://www.atih.sante.fr/notice-technique-ccam-descriptive-usage-pmsi-2015>

- **Séance** individuelle /collective **de renforcement musculaire contre résistance avec matériel [Circuit training musculaire** individuel /collectif] (PCM+064 / PCM+253) ;
  - Affectation du modulateur ZV : *Réalisation de l'acte au lit du patient* à l'acte PCM+283,
  - Affectation du modulateur QM : *Réalisation de l'acte en piscine ou en balnéothérapie* aux quatre actes.
- la modification de sept libellés.
  - enfin la modification de quelques notes, l'affectation de modulateurs et l'affectation de la caractéristique « *acte réalisable en non-dédié* ».

#### **IV – Classification en GME**

##### **- Manuel de groupage**

Les tables du manuel de groupage GME V2.4 sont modifiées afin de prendre en compte :

- les nouveautés CIM-10 2016 (créations, extensions et suppressions décrites dans l'annexe 5 : Nouveautés PMSI « interchamps ») ;
- les évolutions de la liste des actes CSARR entrant dans le score de rééducation-réadaptation ;
- la modification suivante :
  - utilisation en position de diagnostic associé exclusivement de la catégorie Z42- «Soins de contrôle comprenant une opération plastique ».

Les éléments précisant les modalités de groupage de ces séjours sont précisés dans le manuel de groupage GME V2.4.

#### **V – Nouveautés concernant le format des fichiers**

##### **- RHS**

Évolution du format du « code de l'acte » CCAM :

- Réduction du « code principal de l'acte » de 10 à 7 caractères,
- Création de la variable « extension PMSI » de l'acte sur 3 caractères.  
Cf. Annexe 5 : Nouveautés PMSI « interchamps ».

##### **- FICHCOMP « médicaments »**

Le renseignement du « code UCD » à 13 caractères reste facultatif en 2016.  
Cf. Annexe 5 : Nouveautés PMSI « interchamps ».

##### **- FICUM, VID-HOSP, RSF et RSF-ACE**

Pas de changement en 2016, hors VIDHOSP (Cf annexe 5).

## Annexe 4

### Nouveautés PMSI du champ d'activité de la Psychiatrie

-----

#### **I – Mise à jour de l'arrêté PMSI**

L'arrêté du 29 juin 2006<sup>2</sup> modifié fait l'objet de modifications liées aux modifications du Guide méthodologique de production du RIM-P et de la 10<sup>ème</sup> révision de la classification internationale des maladies CIM-10 dite à usage PMSI qui lui sont annexés.

Ainsi, une mise à jour de l'arrêté sera publiée au journal officiel. Les principales modifications du guide méthodologique sont détaillées au point II.

**Cette nouvelle version du Guide méthodologique sera applicable au 1er janvier 2016.**

#### **II – Modifications apportées au Guide méthodologique en Psychiatrie**

Le guide méthodologique en psychiatrie fait l'objet des modifications suivantes :

- **Ajout de consignes de codages pour caractériser les prises en charges dans les unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA<sup>3</sup>) :**

Les résumés des patients hospitalisés en UHSA doivent comporter les informations suivantes :

- Une seule forme d'activité correspond aux UHSA, il s'agit de séjours dans la forme d'activité « 01 Hospitalisation à temps plein » ;
- Par convention, la variable « Numéro de secteur ou de dispositif intersectoriel » est utilisée pour préciser le contexte de l'hospitalisation en UHSA. Le libellé de la modalité « P » de la variable est ainsi modifié : « P code secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire **et UHSA** ».
- Le mode légal de soins sera exclusivement codé :
  - o pour les soins psychiatriques avec consentement, avec la modalité « 1 Soins psychiatriques libres »,
  - o pour les soins psychiatriques sans consentement, avec la modalité « 6 Soins psychiatriques aux détenus, article D. 398 du code de procédure pénale » ;
- Il est enfin recommandé d'utiliser le code CIM-10 Z65.1 *Emprisonnement et autre incarcération* en position de DA (diagnostics et facteurs associés) en plus des autres codes CIM-10 décrivant la prise en charge du patient (trouble mental, pathologie somatique, etc.).
- **Création d'un nouveau chapitre IV « CONSIGNES DE CODAGE AVEC LA 10<sup>e</sup> RÉVISION DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES »**

Ce nouveau chapitre consacré aux consignes d'usage de la CIM-10, construit sur le modèle des *Guides méthodologiques* des autres champs PMSI (MCO, SSR et HAD), vise à outiller les DIM afin d'améliorer la qualité des données du RIM-P et accompagner l'appropriation de la nomenclature CIM-10 par tous les professionnels.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Unité d'hospitalisation spécialement aménagée. [Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2 no 2011-105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées \(UHSA\)](#). On se référera au « [Guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous de justice](#) » dont la première partie traite de l'organisation des structures administratives (dont les SMPR et UHSA).

La première partie du chapitre est consacrée à un rappel et à la présentation des règles générales d'utilisation de la CIM-10. Il y est notamment précisé que l'utilisation de certains codes de la CIM-10 n'est pas exclusivement médicale et qu'elle peut concerner tous les professionnels.

La seconde partie du chapitre couvre l'ensemble des axes jugés pertinents pour la description du patient ou de sa prise en charge en psychiatrie :

- Les morbidités psychiatriques, dont les associations de morbidités, les symptômes et les addictions,
- Les morbidités somatiques,
- Les troubles des habiletés,
- Les troubles du comportement,
- Les troubles cognitifs,
- La résistance au traitement,
- Les antécédents de non observance ou de rupture dans le suivi,
- L'environnement socio-économique et familial,
- Les motifs de recours au soin,
- Le polyhandicap lourd,
- Les tentatives et idées suicidaires.

Pour chaque axe, ont été notés des exemples de codes CIM-10 jugés pertinents à utiliser ainsi que les références bibliographiques existantes.

### **III – Modifications apportées à la CIM-10 FR à usage PMSI**

Les évolutions de la CIM-10 pour l'année 2016 comprennent quelques 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 : Nouveautés PMSI « interchamps ».

### **IV – Nouveautés concernant le format des fichiers**

- **RPS, RAA, VID-HOSP, RSF**

Pas de changement en 2016, hors VIDHOSP (Cf annexe 5).

## Annexe 5

### Nouveautés PMSI « interchamps »

-----

#### **I – Nouveautés 2016 relatives aux nomenclatures**

Les nouveautés 2016 relatives aux nomenclatures applicables à l'ensemble des champs concernent la CCAM et la CIM-10.

##### **I.1. Nouveautés de la CCAM**

###### ➤ **Modifications apportées par l'ATIH : CCAM descriptive pour usage PMSI**

Dans la deuxième publication 2016 de la CCAM descriptive pour usage PMSI, 19 nouveaux codes et libellés concernant la chirurgie vasculaire par coelioscopie sont introduits. Par ailleurs des notes précisent les conditions de codage de la technique du Picc line.

Cette CCAM descriptive pour usage PMSI et son Guide de lecture seront publiés sur le site de l'ATIH en décembre 2015.

###### ➤ **Modifications du format du « code de l'acte » CCAM, individualisation de la variable « extension PMSI » CCAM descriptive**

Ainsi que l'ATIH l'a annoncé en mars 2015 dans la Notice technique « Précisions sur les modalités de mise en œuvre de la CCAM descriptive à usage PMSI »<sup>4</sup>, le recueil de l'extension PMSI (3 caractères) est effectué via une variable indépendante du code CCAM, à compter de 2016.

En 2016 :

- Le format suivant pour la CCAM descriptive est obligatoire :
  1. La variable « code CCAM » est sur 7 caractères et distincte de « l'extension PMSI »
  2. La variable « extension PMSI » est une variable indépendante, composée de trois caractères, pour les codes CCAM subdivisés ou créés : un tiret et deux chiffres (les extensions -00 sont supprimées et remplacées par une zone à blanc)
- La saisie de « l'extension PMSI » est recommandée en 2016 : si elle existe (-01, -02...) et qu'elle n'est pas renseignée, il y aura un signallement (« erreur non bloquante »)

En 2017, l'utilisation de cette extension pour les codes subdivisés ou créés sera obligatoire avec groupage en erreur si l'information est manquante.

##### **I.2. Nouveautés de la CIM-10**

Au-delà des évolutions annuelles habituelles de la CIM-10, décrites ci-après, une procédure d'urgence de modification d'un code de la CIM a été déclenchée par l'OMS en décembre 2015 pour suivre l'épidémie liée au virus Zika.

Jusqu'à maintenant les maladies liées au virus Zika se codaient avec le code A92.8 *Autres fièvres virales précisées, transmises par des moustiques*. Pour un suivi plus spécifique, l'OMS modifie le libellé de la catégorie U06 qui devient *Maladie due au virus Zika* et celui de la subdivision U06.9 *Maladie due au virus Zika, sans précision*. A partir de 2016 et en l'absence de publication de nouvelles consignes, toute maladie liée au virus Zika doit être codée U06.9.

En termes de classification pour les champs MCO et SSR, ce code oriente respectivement vers la catégorie majeure de diagnostic n°18 (racines 18M02 *Maladies virales et fièvres d'étiologie indéterminée, âge inférieur à 18 ans* et 18M03 *Maladies virales et fièvres d'étiologie indéterminée, âge supérieur à 18 ans*) et la catégorie majeure n°18 (*Groupe nosologique 1806 Infections autres que par le VIH*).

<sup>4</sup> Notice technique « Précisions sur les modalités de mise en œuvre de la CCAM descriptive à usage PMSI » : <http://www.atih.sante.fr/notice-technique-ccam-descriptive-usage-pmsi-2015>

Par ailleurs, les évolutions de la CIM-10 pour l'année 2016 comprennent quelques modifications apportées par l'OMS et l'ATIH. Ces modifications ont pour objectif d'améliorer la description des données PMSI.

#### ➤ **Principales modifications apportées par l'OMS**

Les modifications de l'OMS portent essentiellement sur la subdivision de la catégorie X34 *Victime d'un tremblement de terre*, en 4 sous-catégories notamment pour faire apparaître la notion de victime de tsunami.

Du fait de la création de ces sous-catégories et de l'existence de code de lieu (10 valeurs possibles) et de code d'activité (7 valeurs possibles) qui complètent le code de la sous-catégorie, ces créations conduisent à :

- la suppression de 48 codes ;
- la création de 292 codes ;
- la modification de 33 libellés de code.

Toutes ces modifications portent exclusivement sur la catégorie X34.

Les autres modifications à l'initiative de l'OMS ne sont que des modifications mineures sans conséquence notable et reposent sur :

- la modification de neuf libellés ;
- la modification, l'ajout ou la suppression de notes d'inclusion ou d'exclusion.

Ces modifications seront détaillées dans les publications faites sur le site de l'ATIH.

#### ➤ **Modifications apportées par l'ATIH et création d'extensions nationales**

Le code I20.0+0 *Angine de poitrine [angor] instable avec élévation des marqueurs biochimiques [enzymes] myocardiques* qui ne correspond plus aux cadres nosologiques en vigueur en cardiologie est supprimé.

Un fascicule de consignes de codage des syndromes coronariens aigus va être édité pour faciliter le codage de ces situations, en accord avec ces nouveaux cadres nosologiques qui s'expriment également au travers de la modification par l'OMS des notes en I20.8 et I21.4.

### **I.3. Publications**

L'ATIH publie en décembre 2015 une version complète actualisée du volume I de la CIM-10, comprenant les extensions françaises pour le PMSI (CIM-10 FR 2016).

La version actualisée de la CCAM descriptive à usage PMSI est également publiée en décembre 2015.

Ces modifications relatives aux nomenclatures entrent en application à compter du :

- 04 janvier 2016 pour le champ d'activité SSR,
- 1<sup>er</sup> janvier 2016 pour les champs d'activité MCO, HAD et psychiatrie.

## **II – Évolutions du fichier FICHCOMP « médicaments »**

Contrairement à ce qui avait été annoncé dans la Notice technique PMSI n°CIM-MF-1210-3-2014 du 19 décembre 2014<sup>5</sup>, le renseignement du code UCD sur 13 caractères reste facultatif en 2016, le recueil et le format demeurent par conséquent inchangés

<sup>5</sup> <http://www.atih.sante.fr/notice-technique-pmsi-2015>

### **III – VIDHOSP**

- **Dispense d'avance de frais des détenus pour l'ensemble des champs :**

Les modalités de remplissage de ces variables sont décrites avec les modalités de la norme B2 :

- refonte des circuits de facturation : désormais la CNAMTS prend en charge à 100% les dépenses des détenus et les refacture annuellement à l'administration pénitentiaire (qui est redevable du ticket modérateur ville + hôpital et du forfait journalier hospitalier)
- En pratique le recueil, dans VIDHOSP, sera :
  - ◆ Exo TM : 5
  - ◆ Code gestion = 65 (détenus)