

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation



NOTICE TECHNIQUE
n° CIM-MF 1234-4-2011
du 28 décembre 2012

Objet : Campagne tarifaire et budgétaire 2012 : nouveautés PMSI

ÉMETTEUR :

Service CIM-MF – Service classification information médicale et modèles de financement

Personnes chargées du dossier :

Dr Joëlle Dubois – joelle.dubois@atih.sante.fr
Dr Nathalie Ducret – nathalie.ducret@atih.sante.fr
Dr Sandra Gomez – sandra.gomez@atih.sante.fr
Dr Jean-François Noury – jean-francois.noury@atih.sante.fr
Dr Antoinette Scherer – antoinette.scherer@atih.sante.fr
Dr Michèle Brami – michele.brami@atih.sante.fr

DESTINATAIRES :

ARS et établissements de santé ayant au moins l'une des activités de soins suivantes :

- médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ;
- hospitalisation à domicile ;
- soins de suite et de réadaptation ;
- psychiatrie.

Copie pour information :

Madame la secrétaire générale des ministères chargés des Affaires sociales
Madame la directrice générale de l'offre de soins

RÉSUMÉ :

La présente notice décrit les nouveautés 2012 du recueil et du traitement de l'information médicalisée, dans l'ensemble des champs d'activité (MCO, HAD, SSR et psychiatrie) des établissements de santé.

Textes de référence :

- arrêté du 22 février 2008 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du CSP – Arrêté « PMSI MCO » ;
- 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 – Arrêté « PMSI HAD » ;
- 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 ou de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L. 61113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique – Arrêté « PMSI SSR » ;
- arrêté du 29 juin 2006 modifié 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 – Arrêté « PMSI psychiatrie ».

Mots-clés

Nouveautés PMSI 2012 – mise à jour des guides méthodologiques de production des informations médicalisées
– mise à jour des manuels de groupage (MCO, HAD, SSR)

Annexes :

- Annexe 1 : Nouveautés PMSI 2012 du champ d'activité MCO
- Annexe 2 : Nouveautés PMSI 2012 du champ d'activité HAD
- Annexe 3 : Nouveautés PMSI 2012 du champ d'activité SSR
- Annexe 4 : Nouveautés PMSI 2012 du champ d'activité psychiatrie
- Annexe 5 : Nouveautés PMSI 2012 "interchamps"

Introduction

La campagne tarifaire et budgétaire 2012 des établissements de santé s'inscrit dans la même logique de stabilité des mesures de description et de financement des activités de soins que celles de 2010 et 2011.

Toutefois, s'agissant d'information médicale, 2012 sera marquée par la mise en œuvre de deux nouveautés notables : une nouvelle classification des activités d'obstétrique et de néonatalogie d'une part, une nouvelle nomenclature des actes de rééducation et réadaptation d'autre part.

- ✚ La nouvelle classification des activités d'obstétrique et néonatalogie se traduit par la refonte des CMD 14 et 15 de la classification des GHM. Cette refonte constitue la dernière étape de la mise en œuvre de la version 11 (V11) de la classification des GHM. Les spécificités de cette activité et l'importance des travaux nécessaires pour la refonte de ces deux CMD avaient en effet conduit à différer leur réalisation au moment de la mise en œuvre de la version 11 de la classification.

Les travaux de classification relatifs aux activités de la CMD 14 (obstétrique) ont été en grande partie achevés en fin 2010. En revanche, ceux relatifs à la CMD 15 (néonatalogie), n'ont pu être réalisés qu'au cours de l'exercice 2011.

L'ensemble des travaux portant sur ces deux CMD (14 et 15) ont été conduits et validés dans le cadre du comité technique des activités MCO qui regroupe l'administration, l'assurance maladie, les fédérations hospitalières, le CNIM et l'ATIH. Cette nouvelle classification entrera donc en vigueur à compter du 1^{er} mars 2012.

- ✚ La nouvelle nomenclature des actes de rééducation et réadaptation constitue le *Catalogue spécifique des actes de rééducation et de réadaptation* (CSARR). Une version 0 (V0) en sera publiée dès le mois de mars 2012. Elle sera un premier aboutissement d'un travail engagé par l'ATIH depuis le mois de juin 2009. Avant une utilisation généralisée en 2013, les établissements pourront commencer à utiliser le CSARR dès juillet 2012. Cette nouvelle nomenclature s'inscrit notamment dans le cadre de la T2A en SSR, prévue pour 2013.

Les conséquences de ces deux nouveautés en matière de production d'information médicalisée pour 2012 sont décrites dans la présente notice.

Mais à côté de ces nouveautés notables, l'année 2012 en connaîtra bien entendu d'autres qui méritent tout autant d'être portées à la connaissance des établissements, dans les meilleurs délais.

Reprenant un modèle désormais usuel, la présente notice fait le point des nouveautés 2012 concernant la production d'information médicalisée, pour chacun des champs de l'activité hospitalière (MCO, HAD, SSR et psychiatrie). Il s'agit de la 1^{ère} notice technique ATIH de la campagne 2012.

Elle sera suivie de la 2^e notice de campagne, relative aux modalités de financement des établissements (versant prestations), dès lors que les travaux préparatoires et les textes juridiques qui rythment le déroulement des campagnes seront arrêtés.

Tout comme en 2011, cette 1^{ère} notice de campagne est composée de cinq annexes :

- les quatre premières concernent les nouveautés 2012 de chaque champ d'activité (MCO, HAD, SSR et psychiatrie) ;
- l'annexe 5 concerne les nouveautés PMSI dites « interchamps » en raison de leur application possible à plusieurs champs.

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
Housseyni Holla

Annexe 1 Nouveautés PMSI 2012 du champ d'activité de MCO

L'essentiel des modifications PMSI MCO 2012 porte sur la refonte des CMD 14 et 15, (obstétrique et néonatalogie) de la classification des GHM. Ces modifications font l'objet d'une description détaillée dans le Manuel des GHM. Leurs conséquences en matière de recueil d'informations sont indiquées dans le Guide méthodologique de MCO. Elles sont résumées dans le point III ci-dessous

I – Mise à jour de l'arrêté « PMSI-MCO »

L'arrêté « PMSI-MCO » en date du 22 février 2008 ne fait pas l'objet de modification particulière. Comme en 2010 et 2011, seules ses annexes 1 et 2 sont modifiées :

- *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° 2011-5 bis ;*
- *Manuel des groupes homogènes de malades – annexe I – BO n° 2011-4 bis.*

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

- celles du *Guide méthodologique* seront publiées dans un fascicule spécial du *Bulletin officiel*, sous la référence 2012-6 bis ;
- celles du *Manuel des GHM* seront publiées sous la référence BO n° 2012-5 bis.

Comme chaque année, il a été décidé de procéder à une publication exhaustive de ces deux 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. Le *Guide méthodologique* le sera sous une forme typographique facilitant le repérage des modifications apportées par rapport à l'année précédente.

Ces annexes seront applicables au 1^{er} mars 2012.

II – Modifications apportées au Guide méthodologique de MCO

Les principales modifications apportées au guide portent sur deux thèmes principaux :

- ✚ Les modifications liées à la refonte de la classification d'obstétrique et de néonatalogie, et aux autres modifications de la classification des GHM : Bien que figurant également dans le *Guide Méthodologique*, elles seront décrites dans le point III ci-dessous
- ✚ Les nouveautés relatives à la production de l'information médicalisée, c'est-à-dire :
 - o les nouvelles situations donnant lieu à la production d'un RUM,
 - o les nouveaux codes,
 - o les nouvelles consignes de codage de certaines situations,
 - o quelques rappels.

II – 1. Les nouvelles situations donnant lieu à la production d'un RUM

Ces nouvelles situations sont liées au fait que le PMSI est dorénavant utilisé par le ministère chargé de la santé pour la production de l'indicateur national de mortalité. Dans cette perspective, [l'instruction n° DGS/DGOS/DREES/MC1/R3/BESC/ 2011/403 du 26 octobre 2011](#) rappelle les modalités d'enregistrement et de codage des mort-nés dans le PMSI.

La *Note technique* relative à l'enregistrement de la mortalité par le PMSI, qui constitue son annexe II est la référence pour la production des informations concernant les enfants nés sans vie (« mort-nés ») et leur mère.

Pour répondre à cette instruction, et pour connaître par le PMSI le nombre total annuel de naissances (dénominateur du taux de mortalité), il est désormais demandé de produire un RUM dans les situations suivantes :

- les enfants nés sans vie en dehors d'un établissement de santé ; dans ce cas, les consignes de codage sont les suivantes : âge = 0 jour, mode de sortie = 9, et âge gestationnel et poids doivent être renseignés ;
- les nouveau-nés transférés directement de la salle de naissance dans un autre établissement ;
- les nouveau-nés nés hors du domicile, avant l'arrivée de la mère dans l'établissement destiné à l'accueillir pour l'accouchement.

Ces dispositions seront rappelées dans le cadre des informations relatives aux CMD 14 et 15.

II – 2. Les nouveaux codes

II – 2. 1. Création d'un nouveau code d'unité médicale

Dans le but d'améliorer l'identification de l'activité des structures de prise en charge de la douleur chronique, il est créé un nouveau code d'unité médicale (« 61 ») pour repérer les structures disposant d'une autorisation d'activité ou d'une reconnaissance contractuelle pour cette prise en charge particulière.

II – 2. 2. Création d'un nouveau code de provenance

Un séjour en unité de surveillance continue ne donne lieu à valorisation que sous réserve de répondre à certaines conditions, parmi lesquelles figure le transfert à partir d'une unité de réanimation.

À ce jour, lorsque cette unité de réanimation n'est pas située dans le même établissement que l'unité de surveillance continue, la notion de « transfert à partir d'une unité de réanimation » ne peut pas être prise en compte dans le RSS du second établissement, et le séjour en surveillance continue ne donne donc pas lieu au paiement des suppléments journaliers.

Pour résoudre la difficulté, il est créé un nouveau code « R » de provenance pour les patients transférés depuis l'unité de réanimation d'un autre établissement¹.

L'association du code « R » au code « 0 » ou au code « 7 » (transfert provisoire ou définitif) du mode d'entrée permettra de reconnaître ces situations. En cas de séjour dans une unité de surveillance continue du second établissement, la condition « patient directement transféré d'une unité de réanimation » sera ainsi identifiable pour le paiement de suppléments de surveillance continue.

II – 3. Les nouvelles consignes de codage

II – 3. 1. Identification du don d'ovocytes

Afin d'identifier certaines mesures procréatives, il est créé une extension nationale du code CIM-10 : Z52.8 : *Donneur d'autres organes et tissus* : Z52.80 *Donneuse d'ovocytes*.

Cette nouvelle extension doit être utilisée :

- comme diagnostic principal du séjour pour prélèvement d'ovocytes lorsque celui-ci est réalisé dans le cadre d'un don ;
- comme diagnostic associé de tous les séjours de procréation médicalement assistée faisant appel à la technique de « partage d'ovocytes » (*egg sharing*).

II – 3. 2. Précisions de codage issues des questions « AGORA »

Les questions posées par les codeurs dans l'espace « AGORA » du site de l'ATIH ont amené à proposer les modifications suivantes au *Guide méthodologique de MCO*.

¹ Que cette unité ait donné lieu à facturation d'un supplément réanimation, réanimation pédiatrique, ou réanimation néonatale.

- ✚ Modalités de codage des actes réalisés avant l'admission en établissement d'hospitalisation
Lorsque des actes inscrits à la *Classification commune des actes médicaux* (CCAM) sont réalisés, au cours du transport précédant l'admission, par le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) implanté dans l'établissement d'hospitalisation, ils sont enregistrés dans le RUM de la première unité médicale d'hospitalisation (comme le sont ceux effectués dans la structure d'accueil des urgences) de l'établissement.
- ✚ Codage du diagnostic relié en cas de soins palliatifs
Le codage d'un diagnostic relié est étendu à toutes les maladies prises en charge en soins palliatifs, par exemple les accidents vasculaires cérébraux.
- ✚ Diagnostic principal d'un séjour pour bilan préopératoire
Il est toujours Z04.802, *Examen et mise en observation pour bilan préopératoire*, y compris si une affection est découverte à l'occasion de ce bilan. Dans ce cas, celle-ci est enregistrée comme diagnostic associé.
- ✚ Dans le cas d'une hospitalisation pour une prise en charge prévue mais qui ne peut être réalisée, le codage du DP peut connaître deux modalités :
 - Z53.– *Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux spécifiques, non effectués* ; lorsque le motif de non réalisation ne justifie qu'une surveillance, sans qu'une affection ne soit mise en évidence ; cette circonstance ne peut être que rare, la production d'un RSS supposant une hospitalisation ;
 - l'affection cause de la contre-indication lorsqu'elle nécessite une prise en charge diagnostique ou thérapeutique (règle D4).

Exemples :

Hospitalisation programmée pour intervention chirurgicale ; une fièvre constatée à l'entrée fait annuler l'intervention; une hospitalisation de 48 heures ne permet pas d'identifier la cause de la fièvre; retour à domicile ; le diagnostic principal est la fièvre.

Hospitalisation programmée pour chimiothérapie antitumorale ; une fièvre est constatée à l'entrée et la chimiothérapie annulée ; l'hospitalisation permet le diagnostic et le traitement d'une pneumonie ; le diagnostic principal est la pneumonie.

II – 4. Quelques rappels

II - 4. 1. Enregistrement du poids du nouveau-né

Le poids du nouveau-né à l'entrée dans l'unité médicale doit être enregistré non seulement pour les enfants de moins de 29 jours, mais aussi pour ceux qui, bien qu'âgés de 29 jours ou plus, pèsent moins de 2 500 grammes à la date d'entrée. Cette consigne accompagne la refonte de la CMD 15. Un RSS d'un enfant de moins de 29 jours, orienté dans la CM 15 sera classé dans un groupe-erreur s'il ne mentionne pas le poids de l'enfant. (cf. § III – 2. 2)

II – 4. 2. Consignes de codage liées à l'activité ambulatoire

Afin de mieux analyser la nature de l'activité développée au cours des prises en charge ambulatoires (hospitalisation de jour de médecine, chirurgie ambulatoire, séances) il est rappelé la nécessité du codage de la totalité des diagnostics associés répondant à la définition du diagnostic associé significatif.

Le respect de cette consigne conditionne la constitution d'une base de données devant permettre d'étudier de nouvelles modalités de description de ces activités.

Concernant la chirurgie ambulatoire, une attention particulière doit être portée au codage de l'unité médicale dans laquelle la prise en charge est réalisée afin de distinguer les prises en charge dans l'unité de chirurgie ambulatoire, de celles réalisées dans d'autres unités.

III – Classification des GHM : une version 11d

La nouvelle version de la classification des GHM, qui sera utilisée à compter du 1^{er} mars 2012, est la version 11d. Cette version sera détaillée dans le *Manuel des Groupes Homogènes de Malade, version 11d*, qui sera publié dans le fascicule spécial du *Bulletin Officiel* n° 2012-5 bis et sur le site de l'ATIH. Les changements majeurs de cette version portent sur la refonte des CMD 14 et 15 d'obstétrique et de néonatalogie.

Les autres modifications concernent la création ou la suppression de GHM de chirurgie ambulatoire (GHM « J »), de GHM de courte durée (GHM « T »), des modifications de hiérarchie dans la CMD 09. En 2009, les CMD 14 et 15 n'ont pas fait l'objet de modifications importantes dans la version 11 de la classification des GHM car les racines de GHM avaient d'ores et déjà des niveaux de complications spécifiques établis selon la même méthodologie que celle qui a servi à construire les niveaux de sévérité de la version 11.

III – 1. Refonte de la CMD 14

La révision de cette CMD est devenue nécessaire pour prendre en compte les modifications des prises en charge en lien avec les niveaux de maternité. On peut distinguer deux parties dans cette CMD : les racines concernant les accouchements par voie basse et césariennes, et les autres racines.

III - 1.1. Les racines d'accouchement

Les accouchements par voie basse et les césariennes sont distingués selon qu'il s'agit d'une grossesse multiple ou non, selon que le résultat de l'accouchement est un enfant mort-né ou vivant et, seulement dans le cas des accouchements par voie basse, selon que cet accouchement survient chez une primipare ou une multipare.

De plus, il existe un GHM pour les accouchements se produisant hors de l'établissement de santé (cf. point II-1 ci-dessus), notamment sur le trajet pour atteindre la maternité. Un séjour classé dans ce GHM ne comportera pas l'acte d'accouchement mais mentionnera un code de la catégorie Z37 associé au code Z39.00 *Soins et examens immédiatement après un accouchement hors d'un établissement de santé*, à l'exception des accouchements qui ont eu lieu dans le SMUR².

Ainsi, pour qu'un séjour soit classé dans une racine d'accouchements, il faut maintenant deux conditions :

- présence d'un code Z37.– *Résultat de l'accouchement* (comme auparavant) ;
- présence d'un acte d'accouchement (ou du diagnostic d'accouchement hors établissement : Z39.00 *Soins et examens immédiatement après un accouchement hors d'un établissement de santé*).

Les séjours ne comportant qu'un seul de ces deux critères seront considérés comme des erreurs.

Les niveaux de complications spécifiques aux césariennes et aux accouchements par voie basse ont été revus selon la même méthodologie que celle employée pour la construction des niveaux de sévérité propres à la version 11.

Ainsi, pour figurer dans les listes de complications, un code de diagnostic doit remplir des critères statistiques liés notamment à l'allongement de la durée de séjour³. Bien que l'étude ait porté sur plusieurs années, les effectifs très faibles voire inexistantes de certaines affections rendent la constitution des listes de complications moins aisée.

Cette difficulté est accentuée par le fait que la partie antepartum de ces séjours d'accouchement a été exclue de l'analyse.

En effet, il s'est révélé nécessaire, pour les séjours d'accouchement avec prise en charge d'affections de l'antepartum allongeant la durée du séjour de façon non prévisible (notamment dans le cas des menaces d'accouchement prématuré), de les financer autrement que par un niveau moyen de complications. Ces journées seront donc désormais financées en sus du GHM, par suppléments journaliers. Il était donc nécessaire de les exclure de l'analyse des niveaux de complications

Enfin, l'âge gestationnel intervient comme équivalent de CMA dans la détermination du niveau de complications spécifiques. Il se combine avec le niveau de sévérité des DAS, de la même façon que

² Le SMUR est une « extension » de l'établissement de santé.

³ Allongement de la durée de séjour en effet brut d'une part, et allongement de la durée sur la moyenne et sur la médiane en effet isolé d'autre part.

l'âge du patient dans les niveaux de sévérité hors des CMD 14 et 15 L'effet de l'âge gestationnel par racine sera détaillé dans la présentation du *Manuel des GHM, version 11d*.

III - 1.2. Les racines hors accouchement

À la différence des autres CMD, la classification des GHM en obstétrique fait systématiquement appel à plusieurs diagnostics. Pour cette raison, il s'est révélé plus judicieux de procéder à une hiérarchisation des racines tenant compte de l'ensemble des diagnostics de la même façon que dans les autres CMD pour les racines de chirurgie.

Les grossesses ectopiques sont subdivisées en fonction du traitement (chirurgical ou non) et la racine chirurgicale comprend deux niveaux de complications.

Une racine rassemble les séjours pour faux travail, menace d'accouchement prématuré et *placenta prævia*.

L'antepartum, comme le postpartum sont testés en fin d'arbre décisionnel. Le codage de l'antepartum nécessite la présence d'un code Z35.– *Surveillance d'une grossesse à haut risque* et le codage du postpartum celle d'un code Z39.– *Soins et examens du post-partum*.

Ces deux racines sont subdivisées selon la présence ou non d'un acte opératoire et les racines médicales comportent des niveaux de complications spécifiques : quatre pour l'antepartum, deux pour le postpartum.

III – 2. Refonte de la CMD 15

La CMD 15 a subi une refonte importante puisque les modifications portent à la fois sur le contenu de cette catégorie, la constitution des racines et sur les niveaux de complications spécifiques aux différentes racines.

III - 2.1. Le contenu de la CM 15

Désormais, la CM 15 se limite aux seules naissances et suites immédiates de naissance c'est-à-dire aux séjours qui s'enchaînent après celui de la naissance, sans retour à domicile du nouveau-né.

L'algorithme d'entrée dans cette CM ne se base plus sur un diagnostic (cette CMD devient une CM) mais sur des variables d'âge en jours, de mode d'entrée et de poids à l'entrée dans l'unité médicale.

En voici le détail :

Âge < 8 jours

OU

Poids à l'entrée dans l'UM < 2500 g **et** âge < 1 an **et** mode d'entrée transfert (7) ou mutation (6) ou PIE (0)

OU

Âge < 29 jours **et** mode d'entrée transfert (7) ou mutation (6) ou PIE (0)

Cet algorithme conduit des séjours auparavant classés dans la CMD 15 à ne plus l'être et y intègre des séjours auparavant classés dans d'autres CMD.

III - 2.2. Les racines de la CM 15

Si certaines racines restent inchangées, comme la racine pour les mort-nés ou celle pour les transferts précoces vers le MCO, d'autres sont profondément modifiées et d'autres nouvellement créées.

En effet, les racines de cette CM ne sont plus segmentées en fonction des poids à l'entrée mais sur une combinatoire qui tient compte à la fois du poids à l'entrée et de l'âge gestationnel, le tout aboutissant à la création de 10 racines médicales.

Ces racines sont numérotées de 1 à 10.

Elles présentent :

- 4 niveaux de complications pour les groupes 1 et 2 ;
- 3 niveaux de complications pour les groupes 3 à 7 ;
- 2 niveaux de complications pour les groupes 8 à 10.

La chirurgie, jusqu'à présent répartie à la fois par appareil, dans les différentes CMD et dans la CMD 15, est désormais entièrement « rapatriée » dans la CM 15. 5 racines chirurgicales y sont créées, tenant compte de la combinatoire : poids – âge gestationnel.

La classification individualise ainsi les séjours chirurgicaux des tout petits poids (1 racine), les séjours chirurgicaux des petits poids (1 racine), et pour les plus gros poids (3 racines), elle distingue entre interventions cardiaques, digestives et autres, notamment pour traitement des malformations congénitales.

Dans cette CM, les décès ont été séparés en décès précoces et décès tardifs. Enfin, un RSS orienté dans la CM 15 sera classé dans un groupe-erreur s'il ne mentionne pas le poids de l'enfant.

On rappelle que la saisie de l'âge gestationnel est obligatoire pour décrire le séjour d'un nouveau-né.

III - 2.3. Les répercussions sur les racines en dehors de la CM 15

Certaines racines d'affections ou de motifs de recours aux soins spécifiques aux nouveau-nés ont été créées dans les CMD en rapport avec le problème de santé concerné, en cas d'effectifs suffisants. En effet, le contenu de la nouvelle CM 15 exclut les séjours de nouveau-nés qui surviennent secondairement au séjour de naissance, et sans continuité avec ce dernier.

On peut ainsi citer la création des racines *Ictères du nouveau-né* (07M16), ou *Problèmes alimentaires du nouveau-né et du nourrisson* (10M20).

Dans les autres cas, à de rares exceptions près, les affections néonatales ont été regroupées dans des racines spécifiques (par exemple, *Autres affections respiratoires concernant majoritairement la petite enfance* : 04M27).

Enfin, en raison de la création de racines chirurgicales dans la CM 15, la racine 06C02 *Chirurgie majeure des malformations digestives* a été supprimée.

III – 3. GHM de chirurgie ambulatoire

Les GHM « J » de chirurgie ambulatoire, connaissent les évolutions suivantes.

✚ Suppression du GHM **05C14J** *Poses d'un stimulateur cardiaque permanent avec infarctus aigu du myocarde ou insuffisance cardiaque congestive ou état de choc, en ambulatoire.*

✚ Création de 9 GHM de chirurgie ambulatoire :

01C10J *Poses d'un stimulateur médullaire, en ambulatoire ;*

03C19J *Ostéotomies de la face, en ambulatoire ;*

05C13J *Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils, en ambulatoire ;*

07C14J *Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës, en ambulatoire ;*

08C28J *Interventions maxillofaciales, en ambulatoire ;*

12C04J *Prostectomies transurétrales, en ambulatoire ;*

13C04J *Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin, en ambulatoire ;*

21C03J *Parages de plaies pour lésions autres que des brûlures, en ambulatoire ;*

22C02J *Brûlures non étendues avec greffe cutanée, en ambulatoire ;*

✚ Segmentation du GHM 03C22J en deux GHM distincts :

03C27J *Interventions sur les amygdales, en ambulatoire ;*

03C28J *Interventions sur les végétations adénoïdes, en ambulatoire.*

III – 4. GHM de courte durée

Ces GHM « T », de courte durée, connaissent les évolutions suivantes.

✚ Création de 3 GHM « T » :

21M04T *Réactions allergiques non classées ailleurs, âge inférieur à 18 ans, très courte durée (T0) ;*

21M05T *Réactions allergiques non classées ailleurs, âge supérieur à 17 ans, très courte durée (T1) ;*

23M16T *Convalescences et autres motifs sociaux, très courte durée (T1).*

III – 5. Modification de la hiérarchie des racines chirurgicales dans la CMD 09

La racine 09C03 *Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites* a été déplacée après les racines de reconstruction des seins ou d'interventions sur les seins de façon à donner la priorité aux mastectomies par rapport aux lambeaux les plus courants.

IV – Nouveautés concernant le format des fichiers utilisés en MCO et la fonction groupage

IV – 1. Format du RUM 2012

Le format du RUM 2012 n'est pas modifié par rapport à celui du RUM 2011.

Seule la table des « provenance » est modifiée par l'ajout de la nouvelle variable « R » pour décrire les transferts provenant d'une unité de réanimation d'un autre établissement (voir le point II.1.4 ci-dessus)

Le format des RUM 017 (non groupé), et 117 (groupé) est publié sur le site de l'ATIH.

IV – 2. Fonction groupage

La fonction groupage 2012 est une version V13.11d.

La fonction groupage est mise à jour pour tenir compte des évolutions de la classification des GHM, notamment celles des CMD 14 et 15, et des nouveaux GHM de chirurgie ambulatoire.

En outre, elle comporte une nouveauté, conduisant à améliorer le codage des séances.

En effet, jusqu'à la version V13.11c, la fonction groupage « rattrapait » les défauts de codage, en complétant systématiquement la variable « nombre de séances » lorsqu'elle n'était pas remplie alors qu'un code diagnostic de séance était porté en diagnostic principal.

Désormais :

- ✚ cette variable « nombre de séances » devient obligatoire pour le groupage en séance ;
- ✚ le diagnostic de séance ne suffit plus pour le groupage en CMD 28 ;
- ✚ un RSS porteur d'un diagnostic principal de séance, d'une durée de séjour = 0 et d'un nombre de séances nul ou non renseigné, sera groupé en CMD 17 ou 23 avec éventuellement un code erreur non bloquante. Il en sera de même si le nombre de séances est supérieur au nombre de jours correspondant à « durée de séjour + 1 » ;
- ✚ inversement la mention d'un nombre de séances supérieur à 0 classe le séjour dans un groupe erreur si :
 - le DP n'est pas un motif de séances,
 - ou si un acte d'irradiation en dose unique est mentionné.

Pour les établissements qui ne pourraient se mettre immédiatement en conformité avec l'obligation de renseigner le nombre de séances, en raison du paramétrage de leur système d'information, un utilitaire sera proposé et mis à disposition par l'ATIH.

IV – 3. VID-HOSP

Les nouveautés liées à ce fichier sont identiques pour tous les champs d'activité.

Elles sont décrites au point II – 1. de l'annexe V

IV – 4. Fichier des unités médicales

Ce fichier ne présente pas de modification de format.

Un code nouveau est créé : « unité douleur : 61 » pour décrire le type d'unité médicale autorisée à la prise en charge des douleurs chroniques.

La saisie du FINESS géographique des établissements est obligatoire dans ce fichier.

IV – 5. FICHCOMP

Outre le recueil dans FICHCOMP des médicaments onéreux donnant lieu à un financement en sus du GHS, **les établissements utilisant FICHCOMP devront y enregistrer également, dans un objectif de connaissance de l'activité :**

- ✚ les médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU) ;
- ✚ les médicaments thrombolytiques utilisés dans la prise en charge initiale des accidents vasculaires cérébraux ischémiques.

Ces informations seront recueillies sous un format identique à celui des molécules onéreuses.

Un utilitaire sera mis à disposition des établissements pour distinguer ces différentes catégories de médicaments (molécules onéreuses, médicaments sous ATU et thrombolytiques)

IV – 6. RSF

Les modifications applicables dans tous les champs sont décrites au point II – 3. de l'annexe 5

La particularité du champ MCO est la suivante : la variable « numéro de facture du séjour de la mère » est à renseigner pour tous les nouveau-nés dont la mère a accouché dans l'établissement. Elle doit être renseignée à la fois pour les nouveau-nés restés auprès de leur mère, et pour les nouveau-nés mutés dans d'autres unités ou restés hospitalisés au-delà de la sortie de leur mère.

Annexe 2

Nouveautés PMSI 2012 du champ d'activité de l'hospitalisation à domicile (HAD)

I – Nouveautés relatives à l'arrêté PMSI

L'arrêté PMSI HAD en date du 31 décembre 2004 modifié⁴ ne fait pas l'objet de modification particulière.

Seule son annexe est modifiée : *Guide méthodologique de production des recueils d'information standardisés de l'hospitalisation à domicile (BO n° 2011/6 bis)*. Comme l'année dernière et comme pour les autres champs, cette annexe sera publiée dans son intégralité au *Bulletin officiel*, sous la référence 2012/7 bis.

II – Modifications du Guide méthodologique de l'HAD

La modification du *Guide méthodologique* est nécessaire en raison des évolutions décidées par le comité technique HAD.

Une nouvelle rédaction de l'appendice F prend en compte, en particulier :

- les référentiels de la Haute Autorité de santé à propos des situations pathologiques pouvant relever d'une prise en charge en HAD au cours de l'antepartum et du postpartum ;
- les traitements des plaies par pression négative.

Des instructions et conseils de codage avec la *Classification internationale des maladies* y sont en outre ajoutés.

Les modifications relatives à la classification des GHPC décrites ci-dessous justifient une nouvelle information : la **confirmation de codage**, nécessaire lorsque les contraintes d'association liées à certains modes de prise en charge (n° 01, 02, 06, 11, 12, 14, 17) ne sont pas respectées.

Une possibilité d'enrichissement du recueil des diagnostics est offerte en sus de celle existante (enregistrement d'un diagnostic principal et de diagnostics associés) : désormais, l'opportunité est donnée de caractériser les diagnostics correspondant aux modes de prise en charge principal et associé. Dans ce cas, les notions de diagnostic principal et de diagnostics associés sont remplacées respectivement par celles de *diagnostics correspondant au mode de prise en charge principal* et de *diagnostics correspondant au mode de prise en charge associé*. Il devient par exemple possible, si plusieurs affections motivent le mode de prise en charge principal (MPP), de toutes les enregistrer en les reliant à ce MPP.

Pour plus de précisions, il conviendra de se reporter au *Guide méthodologique* lui-même.

III – Nouveautés relatives à la classification des GHPC

Les modifications détaillées ci-dessous, sont issues des travaux du comité technique HAD mis en place fin 2010. Elles permettront de mettre en conformité la fonction groupage HAD avec le *Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'HAD* et de mieux décrire les patients et la réalité de leurs prises en charge en augmentant les possibilités d'associations des modes de prise en charge et des intervalles d'indice de Karnofsky (IK).

Au final en 2012, la liste des GHPC comprendra environ 2 500 GHPC au lieu des 1 800 actuels.

⁴ Par les arrêtés du 27 février 2007, du 30 novembre 2009 et du 7 février 2011.

III - 1. Mise en conformité de la fonction groupage (FG) avec le Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'HAD pour les MPP 01 Assistance respiratoire, 02 Nutrition parentérale, 06 Nutrition entérale, 11 Rééducation orthopédique, 12 Rééducation neurologique, 14 Soins de nursing lourds, 17 Surveillance de radiothérapie et cas particuliers.

Le Guide méthodologique de production du recueil d'informations standardisé de l'hospitalisation à domicile a toujours mentionné que ces modes de prise en charge (MP) décrits comme principaux (MPP) devaient être associés. Leur codage isolé pourra cependant être accepté si l'utilisation du MPP seul dans la séquence est confirmée *via* la zone de confirmation de codage qui devra être renseignée sur chacune des sous-séquences de la séquence concernée.

En cas de confirmation, et seulement dans ce cas, la fonction groupage valorisera la séquence à minima sur la même base qu'actuellement ; si la confirmation de codage d'un MPP isolé (parmi 01, 02, 06, 11, 12, 14, 17) n'est pas faite, la FG groupera la séquence avec une erreur bloquante (GHPC 9999), non valorisée (GHT 99).

Cas particuliers :

- pour les interruptions médicales temporaires de prise en charge survenant pendant une séquence, la même règle sera appliquée : confirmation de codage ;
- en cas de MPP et de MPA identiques :
 - o MPP 01, 02, 06, 11, 12, 14, 17 : le MPP sera considéré comme isolé et une confirmation de codage sera aussi exigée ; en cas de non confirmation de codage, la FG groupera la séquence avec une erreur bloquante non valorisée,
 - o autres MPP que 01, 02, 06, 11, 12, 14, 17 : la FG groupera la séquence comme actuellement, avec une erreur non bloquante, valorisée à minima (valorisation ne tenant pas compte du MPA redondant).

III - 2. Symétrisation et élargissement de la liste des GHPC correspondant aux associations MPP X MPA « asymétriques » ; nouvelles associations MPP X MPA et cas particuliers

Depuis la première FG HAD, certaines associations de MP sont autorisées alors que leur symétrique ne l'est pas. Pour permettre de décrire la réalité des prises en charge des patients en HAD, la liste des GHPC est élargie aux associations MPP X MPA « asymétriques », pour autant qu'elles ne concernent pas des associations de MP devenues non autorisées à partir du 1^{er} mars 2010 et que les MP soient renseignés selon les modalités prévues (MPP : modalités 01 à 24, MPA : modalités 00 à 21 ou 24 à 25)⁵.

Par exemple, la découverte d'une tumeur au cours de la grossesse est un événement rare mais possible (*cf.* cancer du sein pris en charge par chimiothérapie anticancéreuse durant la grossesse). Jusque fin février 2012, la classification des GHPC prévoyait seulement l'association 05 (Chimiothérapie anticancéreuse) X 19 (Surveillance de grossesse à risque) pour décrire cette prise en charge en HAD. La nouvelle classification des GHPC comprend l'association symétrique 19 X 05, les associations 19 X 24 (Surveillance d'aplasie) et 24 X 19 ou 19 x 13 (Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse) et 13 x 19 antérieurement non permises.

La création de nouveaux GHPC s'accompagnera des mêmes règles de valorisation dans les GHT existants grâce aux pondérations existantes pour chaque MPP, MPA et IK.

Cas particulier des associations interdites depuis le 1er mars 2010 :

- les associations 03 X 04, 04 X 03, 04 X 15, 04 X 25, 05 X 13, 05 X 24, 13 X 24, 24 X 13 n'ont pas de symétrique autorisé. En conformité avec le Guide méthodologique, elles seront groupées avec une erreur bloquante par la FG et ne seront plus valorisées ;

⁵ En théorie il existe 3542 GHPC possibles mais en réalité, seuls 1826 GHPC figurent dans la classification HAD de mars 2011. Une combinaison MPP X MPA X IK ne figure pas dans la liste des GHPC si elle n'est pas prévue (son existence n'a pas été observée lors des travaux d'élaboration du PMSI en HAD : *cf.* enquête ENHAD du CREDES en 1999-2000) ou si elle n'est pas autorisée ou si la confirmation de codage manque alors qu'elle s'impose.

- les associations 02 X 04, 03 X 05, 24 X 03 ont leur symétrique autorisé : elles seront autorisées et groupées comme leur symétrique par la FG.

III - 3. Élargissement des intervalles d'IK autorisés : mise en cohérence des intervalles d'IK des associations MPP X MPA « symétriques » et prise en compte de la grande dépendance des patients

Pour les associations « symétriques »⁶, les intervalles d'IK les plus larges, au regard des bornes existant actuellement ont été gardées. Par exemple, si l'association A (MPP) X B (MPA) a un intervalle d'IK autorisés 40% à 100% et si l'association B (MPP) X A (MPA) a un intervalle d'IK autorisés 20% à 80%, alors l'intervalle d'IK autorisés est élargi de 20% à 100% pour les deux associations.

Pour les patients très dépendants, les séquences de séjours décrites avec des valeurs d'IK inférieures aux limites jusque-là prévues par le modèle sont désormais autorisées et valorisées pour les principales associations MPP X MPA où sont décrits ce type de patients : associations 09 *Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)* X 00 (pas de mode de prise en charge associé), 14 *Soins de nursing lourds* X 12 *Rééducation neurologique*, 14 *Soins de nursing lourds* X 25 *Prise en charge psychologique ou sociale*. Pour ces patients, les intervalles d'IK couvrent désormais la plage 10-50%, au lieu jusqu'ici de la plage 40-50%.

Le guide, en particulier l'appendice C et l'appendice F tiennent compte des ouvertures des associations de modes de prise en charge jusque-là non prévues ou non autorisées décrites ci-dessus.

IV – Nouveautés relatives aux formats des fichiers utilisés en HAD

IV – 1. RPSS

En 2012, les formats des RPSS sont modifiés. Ils deviennent RPSS H05/H15 et H06/H16.

Les principales modifications portent sur :

- ✚ l'introduction de la nouvelle variable « confirmation de codage » dans le RPSS. Elle doit être renseignée sur chacune des sous séquences de la séquence en cas de MPP 01, 02, 06, 11, 12, 14, 17 seul et en cas de MPP et de MPA identiques pour les MP 01, 02, 06, 11, 12, 14, 17 ;
- ✚ la possibilité de saisir plusieurs diagnostics liés au MPP et MPA.

IV – 2. La fonction groupage

C'est la version FG 4.5.

Cette nouvelle version intègre de nouveaux tests (par exemple, confirmation de codage, renseignements des diagnostics au format des derniers codes CIM-10 du DP (1), des diagnostics correspondants au MPA (0 à 9) et des DA (0 à 99).

Le code retour 530 de la FG voit son libellé se modifier : depuis 2010 « association MPP x MPA inhabituelle », il devient « association MPP x MPA inattendue ».

IV – 3. VID-HOSP

Les nouveautés liées à ce fichier sont identiques pour tous les champs d'activité elles sont produites au point II – 1. de l'annexe V.

IV – 4. FICHCOMP

Outre le recueil dans FICH COMP des médicaments onéreux donnant lieu à un financement en sus du GHS, les établissements utilisant FICHCOMP devront y enregistrer également, dans un objectif de connaissance de l'activité les médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU), sous un format identique à celui des molécules onéreuses.

IV – 5. RSF (voir point II – 3. de l'annexe 5)

⁶ L'association A (MPP) X B (MPA) et l'association symétrique B (MPP) X A (MPA) sont autorisées.

Annexe 3

Nouveautés PMSI 2012 du champ d'activité des SSR

L'essentiel des modifications du PMSI SSR 2012 porte sur l'introduction d'une nouvelle nomenclature issue du Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation, et la mise en œuvre d'une production de résumés standardisés de facturation des actes et consultations externes (RSF-ACE) pour les établissements sous dotation annuelle de financement.

I – Mise à jour de l'arrêté PMSI SSR

I – 1. Publication d'un arrêté modificatif en 2012

En 2011, par souci de clarté, il a été fait le choix de publier dans son intégralité l'arrêté PMSI SSR. Cet arrêté, en date du 30 juin 2011 nécessite à nouveau d'être modifié. Les modifications apportées sont détaillées au point I - 2.

Deux des trois annexes qui lui sont liées doivent également être modifiées :

- *Manuel de groupage PMSI soins de suite et de réadaptation* – annexe I – BO n° 2011-1 bis ;
- *Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en soins de suite et réadaptation* – annexe II – BO n° 2011-2 bis.

Pour 2012, l'annexe III (CdARR) n'étant pas modifiée ; elle ne fera pas l'objet d'une nouvelle publication au *Bulletin officiel*.

En revanche, il est créé une nouvelle annexe (annexe IV) relative au *Catalogue spécifique des actes des actes de rééducation et réadaptation*. Cette annexe sera publiée au *Bulletin Officiel* sous la référence BO n° 2012-3 bis. Ce catalogue ne sera applicable qu'à compter du 2 Juillet 2012.

L'ensemble des nouveautés des annexes sont décrites au point II.

Comme pour les autres champs, une première version de ces documents sera publiée sur le site de l'ATIH, avant leur publication au *Bulletin Officiel*, afin de permettre aux établissements de prendre les dispositions nécessaires à leur mise en œuvre.

I – 2. Nouveautés de l'arrêté PMSI

Les deux principales modifications de l'arrêté PMSI sont la mise en place d'un recueil pour les actes et consultations externes et la possibilité de coder, dès le mois de Juillet, les actes de rééducation-réadaptation selon la nouvelle nomenclature issue du *Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation* (CSARR).

Ces deux modifications, décrites dans le *Guide Méthodologique*, sont détaillées dans le point ci-dessous

II – Nouveautés du Guide méthodologique de production des RHS (SSR)

II – 1. Production de RSF-ACE

Pour préparer la mise en place d'une tarification à l'activité dans les établissements exerçant une activité de soins de suite et de réadaptation, il est demandé à ceux entrant dans le champ de la dotation annuelle de financement (DAF), de produire des résumés standardisés de facturation des actes et consultations externes (RSF-ACE) à compter de janvier 2012.

Pour rappel, RSF-ACE est un fichier destiné à recueillir des informations relatives aux actes et consultations externe (ACE) mentionnés à l'article L162-26 du code de la sécurité sociale réalisés au profit de patients non hospitalisés.

Conformément aux dispositions de l'article L162-26 du code de la sécurité sociale, les actes et consultations entrant dans le champ de ce recueil sont ceux pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie dans les conditions prévues aux articles L162-1-7 et L162-14-1. Ces actes font donc l'objet d'une facturation à la fois de la part patient lorsque ce dernier n'est pas exonéré du ticket modérateur et d'une prise en charge par l'assurance maladie incluse dans la dotation annuelle de financement.

L'objectif de ce recueil pour 2012 est de connaître la part de recettes des établissements actuellement sous DAF, générée par cette activité externe.

Ce recueil est réservé aux établissements sous DAF. Il est limité à l'activité externe donnant lieu à facturation au patient, c'est-à-dire générant des factures et des recettes pour l'établissement. Cette activité fait déjà l'objet d'une transmission de factures à l'assurance maladie, selon le même dispositif que les établissements MCO, avec transposition de la norme B2, dans la plupart des cas. Le recueil est basé sur une extraction des données à partir des données de facturation issues de la norme B2.

II – 2. Utilisation du CSARR

Le *Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation* (CSARR), est une nouvelle nomenclature élaborée en collaboration avec des professionnels issus des sociétés savantes de rééducation et réadaptation. Ce travail a commencé en juin 2009 et aboutira à la publication de la version 0 du CSARR en mars 2012. Le principe de l'acte global sous-tend la description des actes du CSARR. Tous les champs d'activité en établissements SSR ont été explorés pour une couverture aussi exhaustive que possible des actes réalisés par les professionnels de rééducation et réadaptation. La coexistence possible des deux formats dans les RHS permettra une montée en charge progressive dans les établissements au cours du 2^{ème} semestre 2012.

À compter du 2 juillet 2012, il sera offert aux établissements la possibilité de coder les actes de rééducation et de réadaptation selon la nouvelle nomenclature CSARR.

À compter de cette date, trois options sont envisageables :

- l'établissement ne souhaite ou ne peut pas utiliser cette nouvelle nomenclature. Dans ce cas, il continue de coder son activité avec le *Catalogue des activités de rééducation-réadaptation* CdARR produit en annexe III de l'arrêté PMSI ;
- l'établissement code l'ensemble de l'activité de rééducation et réadaptation selon la nouvelle nomenclature et dans ce cas, les actes du CdARR ne seront plus codés à compter du 2 juillet ;
- l'établissement utilise les deux nomenclatures pour passer au CSARR à son rythme, le RHS acceptant les deux formats de façon concomitante.

Toutefois, dans un RHS, un acte donné, pour un intervenant donné, ne peut être codé qu'avec une seule des deux nomenclatures, et ne doit pas donner lieu à un double codage selon le CdARR et le CSARR.

En tout état de cause, il est important de souligner que le codage des actes selon le CdARR est obligatoire jusqu'au 1^{er} juillet inclus. L'utilisation de la nomenclature CSARR avant cette date induira un groupage en erreur.

III – Nouveauté du Manuel de groupage PMSI SSR

En 2012, par souci de stabilité, il a été décidé de ne pas modifier la classification en GMD ; la version 5.7 reste donc en vigueur.

Néanmoins, les tables du manuel de groupage sont modifiées afin de tenir compte des nouveautés de la CIM-10 prévues pour 2012 et des actes CCAM créés, supprimés ou modifiés en 2011.

IV – Nouveautés concernant le format des fichiers utilisés en SSR

IV – 1. VID-HOSP

Les nouveautés liées à ce fichier sont identiques pour tous les champs d'activité. Elles sont décrites au point II – 1. de l'annexe V

IV – 2. RHS

Le format du RHS 2012 est le M07/M17

Conformément au point II – 2. décrivant les modalités de recueil des actes de rééducation et réadaptation en 2012, le nouveau format du RHS ainsi que la fonction groupage acceptent l'utilisation des deux nomenclatures CdARR et CSARR.

IV – 3. FICHCOMP

Outre le recueil dans FICHCOMP des médicaments onéreux donnant lieu à un financement en sus du GHS, les établissements utilisant FICHCOMP devront y enregistrer également, dans un objectif de connaissance de l'activité, les médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU), selon le même format que les molécules de la liste en sus.

IV – 4. RSF-ACE

La production de ce nouveau fichier intervient à partir du 1^{er} janvier 2012. (cf. II – 1.)

Il est prévu une phase de montée en charge jusqu'au 1^{er} Juillet 2012.

IV – 5. RSF

Les nouveautés liées à ce fichier sont identiques pour tous les champs d'activité. Elles sont décrites au point II – 3 de l'annexe V.

Annexe 4

Nouveautés PMSI 2012 du champ d'activité de psychiatrie

Pour mémoire, ces éléments ont été publiés dans la « notice technique PMSI psychiatrie 2012 » du 3 novembre 2011. Afin que la présente notice soit exhaustive et concerne l'ensemble des champs d'activité, le contenu de la notice technique PMSI psychiatrie 2012 est intégralement reproduit ci dessous.

I – Mise à jour de l'arrêté PMSI

L'arrêté du 26 juin 2006⁷ ne fait pas l'objet de modifications spécifiques. Seul le *Guide méthodologique* qui lui est annexé est modifié. Les principales modifications sont détaillées au point II. L'arrêté du 29 juin 2006⁸ ne fait pas l'objet de modifications spécifiques mais le *Guide méthodologique* qui lui est annexé est modifié. Ainsi, cet arrêté fera l'objet d'une mise à jour, publiée au *Journal officiel*. Les principales modifications du *Guide méthodologique* sont détaillées au point II.

II – Modification du *Guide méthodologique* en psychiatrie

Les principales nouveautés impactant l'information médicale en psychiatrie et mises en œuvre au 1^{er} janvier 2012 sont les suivantes.

II – 1. Recueil des jours d'isolement thérapeutique

La notion de « nombre de jours d'isolement thérapeutique » est redéfinie. Il convient, à compter du 1^{er} janvier 2012, de recueillir le nombre de jours au cours desquels un isolement thérapeutique de durée supérieure ou égale à 2 heures a été mis en œuvre. Il sera ainsi possible de prendre en compte des isolements thérapeutiques ponctuels, d'une durée inférieure à 24 heures, et pour lesquels le patient n'est plus en chambre d'isolement à minuit.

La traçabilité – avec horodatage – de cette prise en charge dans le dossier du patient devra permettre de vérifier la cohérence de sa description dans le RIM-P.

II – 2. Description des prises en charge pour soins sans consentement

Les évolutions législatives⁹ encadrant la prise en charge des patients en soins psychiatriques sans consentement précisent le cadre de « l'hospitalisation complète sans consentement », définissent les modalités des « programmes de soins psychiatriques » et suppriment la notion de « sortie d'essai ».

À compter du 1^{er} janvier 2012, le RIM-P intègre ces modifications qui imposent les évolutions suivantes :

- ✚ La nomenclature « mode légal de séjour » est remplacée par celle de « mode légal de soins » (voir encadré page suivante).

⁷ 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.

⁸ 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.

⁹ Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 et les décrets n°2011-846 et 2011-847 du 18 juillet 2011 modifiant les dispositions du code de la santé publique relatives aux droits des patients en hospitalisation psychiatrique et le régime des hospitalisations sans consentement, issues de la loi du 27 juin 1990.

code	libellé
1	Soins psychiatriques libres
3	Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État
4	Article 706-135 du code de procédure pénal et article L. 3213-7 du code de la santé publique pour les personnes jugées pénalement irresponsables
5	Ordonnance provisoire de placement (OPP)
6	Détenus : article D. 398 du code de procédure pénal
7	Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (2 certificats) ou Soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (un certificat)
8	Soins psychiatriques pour péril imminent (1 certificat, sans tiers)

- ✚ Cette nomenclature s'applique à toutes les formes d'activité :
 - aux prises en charge à temps complet (RPS). Il est rappelé que les soins psychiatriques sans consentement ne peuvent pas concerner le placement familial thérapeutique (forme d'activité 4) ;
 - aux prises en charge à temps partiel (RPS) ;
 - aux prises en charge ambulatoires¹⁰ ; dans ce cas, le « mode légal de soins » doit être renseigné dans les résumés d'activité ambulatoire (RAA) considérés¹¹ ;
- ✚ La notion de « sortie d'essai » disparaît.
Les établissements devront s'attacher à clore les séquences d'essai de 2011 et les séjours liés au plus tard au 31 décembre 2011 ;
- ✚ Le « mode légal de soins » des patients hospitalisés en unité pour malades difficiles (UMD) fait l'objet d'un contrôle de cohérence. Dans ces unités, le contexte est obligatoirement celui des soins psychiatriques sans consentement.

II – 3. Autres ajustements

Révision de l'emploi des termes « forme d'activité » et « nature de prise en charge » pour éviter la confusion entre ces nomenclatures distinctes ;
 Modification du libellé de la 6^e variable « relation et communication » de cotation de la dépendance selon la grille des *activités de la vie quotidienne* (AVQ) pour éviter les ambiguïtés avec la cotation de la 5^e variable « comportement ». Le libellé « relation et communication » est remplacé par « communication ».

III – Nouveautés concernant le format des fichiers utilisés en psychiatrie

III – 1. Le format du RPS

Il n'est pas modifié ; des variables sont renommées afin de prendre en compte des évolutions fonctionnelles du recueil décrites dans le *Guide méthodologique* :

- la variable « nature de prise en charge » est renommée « forme d'activité » ;
- la variable « mode légal de séjour » est renommée « mode légal de soins » ;
- la variable « indicateur de séquence correspondant à une sortie d'essai » est renommée « indicateur de séquence » ;

¹⁰ Pour mémoire, quand le patient est en soins psychiatriques sans consentement à temps partiel ou en ambulatoire, il bénéficie d'un "programme de soins" précisant les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité (cf. article L3211-2-1 du code de la santé publique).

¹¹ En corollaire, le format du RAA évolue afin de rendre possible ce recueil (création d'une nouvelle variable) (cf. point III).

- la variable « score dépendance relation (AVQ) » est renommée « score dépendance communication (AVQ) ».

III – 2. Le format du résumé d'activité ambulatoire : RAA

Il est modifié afin de recueillir le contexte « programme de soins psychiatriques » en ambulatoire. La variable « mode légal de soins » est créée à cet effet.

Afin de prendre en compte des évolutions fonctionnelles du recueil décrites dans le *Guide méthodologique*, la variable « nature de prise en charge » est renommée « forme d'activité ».

III – 3. Le format des résumés anonymisés (RPSA, R3A)

Le format du R3A évoluera en cohérence avec le format du RAA.

Pour faciliter le repérage des résumés avec et sans anomalie lors des exploitations statistiques à partir des bases RIM-P, une variable « indicateur d'anomalie » sera créée pour caractériser chaque RPSA et chaque R3A.

Le détail sur l'évolution des formats de tous les champs d'activité sera publié sur le site Internet de l'ATIH dans la rubrique « Informations médicales ».

Annexe 5

Nouveautés PMSI 2012 « interchamps »

I – Nouveautés 2012 relatives aux nomenclatures

I.1. Nouveautés de la CCAM

Les évolutions de la CCAM en cours d'année ne peuvent à ce jour être toutes identifiées, cependant la version 25 de la CCAM sera applicable à compter du 9 janvier 2012 et fait l'objet d'une information spécifique sur le site de l'ATIH.

Les utilisateurs devront être attentifs aux évolutions de la CCAM en cours d'année. En effet, de nouvelles versions sont publiées à l'initiative de la CNAMTS et mises à la disposition des utilisateurs, notamment par l'intermédiaire du site ATIH. Elles donnent lieu alors à des mises à jour des tables de groupage.

I.2. Nouveautés CIM-10

Les nouveautés de la CIM-10 assez réduites cette année, sont apportées par l'OMS et l'ATIH. Les évolutions CIM-10 2012 comprennent trois modifications de libellés et quelques modifications de notes suite aux propositions de l'OMS.

Les modifications apportées par l'ATIH sont limitées, avec la création de six nouveaux codes et libellés et une suppression de code.

I - 2.1. Modifications publiées sur le site de l'ATIH

L'ATIH publiera l'ensemble des modifications à introduire en 2012 dans le volume 1 de la CIM-10. Ces modifications entrent en application à compter de janvier 2012 pour les champs d'activité SSR et psychiatrie ; à compter de mars 2012 pour les champs MCO et HAD.

Les fichiers suivants sont mis à disposition sur le site de l'ATIH :

- document de synthèse des modifications introduites en 2012 et des principes de codage qui en découlent ;
- liste de toutes les modifications, créations et suppressions de codes et de notes pour 2012 ;
- mise à jour du fichier de suivi des évolutions de la CIM-10 avec les modifications 2012 ;
- document regroupant les nouvelles pages de la CIM-10 en 2012 ;

Nota : Dans ces documents, les conventions utilisées pour repérer l'origine des modifications dans la CIM-10 sont identiques à celles utilisées dans les documents des années précédentes : figurent en rouge les changements faits à la demande de l'OMS, et en bleu ceux apportés par l'ATIH dans le cadre du PMSI.

I - 2.2. Principales modifications apportées par l'OMS

Modification de libellés du groupe O10-O16

Il s'agit des libellés suivants :

Code	Libellé ancien	Libellé nouveau
O11	Syndrome hypertensif préexistant, avec protéinurie surajoutée	Prééclampsie surajoutée à une hypertension chronique
O13	Hypertension gestationnelle [liée à la grossesse] sans protéinurie importante	Hypertension gestationnelle [liée à la grossesse]
O14	Hypertension gestationnelle [liée à la grossesse] avec protéinurie importante	Prééclampsie

Modification de notes

Les modifications de notes introduites par l'OMS sont sans conséquences notables en termes de codage et seront détaillées dans les documents publiés sur le site de l'ATIH.

I - 2.3. Modifications apportées par l'ATIH

Subdivision du code Z52.8 *Donneur d'autres organes et tissus*

Cette subdivision est destinée à repérer les séjours liés au don d'ovocyte comme expliqué au point II de l'annexe 1 de cette notice. Deux codes et libellés sont créés :

Z52.80 *Donneuse d'ovocytes ;*

Z52.88 *Donneur d'autres organes et tissus, non classés ailleurs.*

Subdivisions supplémentaires du code Z94.80 *Présence de greffe de moelle osseuse*

Le code Z94.80 *Présence de greffe de moelle osseuse* est subdivisé en quatre codes et libellés supplémentaires pour différencier les donneurs de cellules souches hématopoïétiques apparentés, des donneurs non apparentés et parmi ceux-ci les donneurs de moelle osseuse ou de cellules souches périphériques, des donneurs d'unité de sang placentaire. Les codes et libellés créés sont les suivants :

Z94.802 *Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, greffon de moelle osseuse, de cellules souches périphériques ou d'unité de sang placentaire de donneur apparenté ;*

Z94.803 *Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, greffon de moelle osseuse ou de cellules souches périphériques de donneur non apparenté ;*

Z94.804 *Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, greffon d'unité de sang placentaire de donneur non apparenté ;*

Z94.809 *Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, autres et sans précision.*

Un libellé est supprimé :

Z94.801 *Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques.*

I.3. Rappel

L'ensemble des problèmes de santé pris en charge pendant toute hospitalisation doit être mentionné dans le recueil d'information, notamment les diagnostics autres que la morbidité principale. Le respect de cette consigne est une condition indispensable à la réalisation des travaux d'évolution des classifications.

II – Nouveautés relatives aux formats de fichiers et applicables à tous les champs

II – 1. VID-HOSP

Les nouveautés suivantes sont apportées au fichier VID-HOSP

- n° de format de VID-HOSP : introduit au format à compter de 2012 ;
- date de l'hospitalisation : elle doit être celle du début de l'hospitalisation quel que soit l'établissement (en cas de transfert par exemple) ;
- montant total du séjour remboursable par l'assurance maladie complémentaire (hors prestations annexes) : cette nouvelle variable est introduite du fait de la réforme de l'aide médicale d'État.

II – 2 . FICHCOMP

Outre le recueil dans FICHCOMP des médicaments onéreux donnant lieu à un financement en sus du GHS, les établissements utilisant FICHCOMP devront y enregistrer, dans un objectif de connaissance de l'activité, les médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU), selon le même format que les molécules sur liste en sus.

II – 3 . RSF et RSF-ACE

Les nouveautés suivantes sont intégrées au fichier de RSF :

- RSF-A : patient bénéficiaire de la CMU O/N ; comme dans VID-HOSP depuis 2011, cette variable permet d'identifier le fait qu'un patient bénéficie (ou non) de la CMU ;
- afin de permettre la transmission des codes affinés des actes de biologie (issus de la NABM) dans les RSF, un nouveau type de RSF est créé : le RSF-L

De la même manière, un RSF-ACE L est créé pour les RSF-ACE

Plus globalement, pour plus de détails sur l'évolution des formats de tous les champs, il est conseillé de consulter le site de l'ATIH.