

## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

#### Organisation

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

*Direction générale de l'offre de soins*

Sous-direction  
de la régulation de l'offre de soins

Bureau des prises en charge  
post aiguës, pathologies chroniques  
et santé mentale

Bureau des plateaux techniques  
et prises en charge hospitalières aiguës

#### **Instruction n° DGOS/R4/R3/2016/185 du 6 juin 2016 relative au dispositif de sortie précoce de chirurgie par mobilisation de l'hospitalisation à domicile**

NOR : AFSH1615336J

Validée par le CNP le 13 mai 2016. – Visa CNP 2016-80.

*Catégorie* : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

*Résumé* : un dispositif « HAD sortie précoce de chirurgie » est mis en place dans le cadre de la campagne budgétaire 2016. Il vise à proposer une nouvelle organisation de la prise en charge chirurgicale par la mise en œuvre d'une coordination entre un établissement MCO et un établissement d'HAD, dans le cadre d'un parcours permettant un retour plus rapide à domicile du patient tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins. Il concerne dans un premier temps des prises en charge chirurgicales ciblées avant une éventuelle extension à d'autres prises en charge MCO.

De plus, un appel à candidatures est lancé pour solliciter la participation d'établissements MCO et HAD à l'évaluation nationale de ce dispositif, prévue sur une période de deux ans. Cette évaluation nationale sera réalisée par la DGOS avec l'appui d'un prestataire extérieur. Elle intégrera un volet organisationnel et médico-économique qui doit permettre à terme la mise en œuvre d'un nouveau modèle de tarification adapté au segment de parcours MCO/HAD.

*Mots clés* : hospitalisation à domicile – chirurgie – raccourcissements des séjours longs.

*Références* :

Code de la santé publique, notamment les articles : L. 6111-1, L. 6113-8 , L. 6122-1, L. 6122-13, L. 6125-2, R. 6122-25, D. 6124-306 à D. 6124-311 ;

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 code de la santé publique ;

Arrêté du 21 décembre 2015 modifiant 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 ;

Circulaire n° DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile.

**Annexes :**

- Annexe 1. – Note technique ATIH sur les modalités de codification et la typologie des prises en charges ciblées.
- Annexe 2. – Critères d'éligibilité des patients au dispositif «HAD sortie précoce de chirurgie».
- Annexe 3. – Attendus de l'évaluation par les établissements MCO et HAD et modalités de candidature.
- Annexe 4. – Dossier de candidature pour les établissements MCO et HAD souhaitant participer à l'évaluation nationale du dispositif.

*La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour attribution, diffusion et mise en œuvre); Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements de santé (MCO); Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements d'hospitalisation à domicile (pour attribution et mise en œuvre).*

La présente instruction a pour objet de présenter le dispositif «HAD sortie précoce de chirurgie» mis en place dans le cadre de la campagne budgétaire 2016 ainsi que ses modalités de mise en œuvre et de suivi.

Elle vise également à solliciter la participation d'établissements MCO et HAD à l'évaluation nationale de ce dispositif, prévue sur une période de deux ans.

Ce dispositif a été concerté avec l'ensemble des acteurs dans un objectif de complémentarité avec les autres dispositifs soutenus par la DGOS et la CNAMTS (chirurgie ambulatoire, PRADO), s'adressant à des patients différents (cf. point I).

## I. – ENJEUX ET OBJECTIFS

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé définit parmi ses orientations la nécessité de mieux organiser les parcours de santé à travers une coordination de l'ensemble des acteurs afin de garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité pour la prise en charge de la santé de la population.

La mise en œuvre de ces parcours doit permettre notamment de développer les soins pouvant être réalisés au domicile des patients lorsque l'hospitalisation avec hébergement n'est plus nécessaire.

Toutefois, dans certains cas, les patients, bien que ne nécessitant plus de rester hospitalisés dans des établissements avec hébergement, requièrent des soins complexes et un suivi rapproché trop lourds pour être réalisés uniquement sous forme de consultations libérales. L'hospitalisation à domicile (HAD) permet de répondre à cette demande car elle peut assurer, au domicile du patient, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés, se différenciant de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes réalisés<sup>1</sup>.

La mise en œuvre de parcours articulés entre le MCO et l'HAD, nécessite notamment :

- une implication des établissements MCO pour intégrer l'HAD sur de nouveaux segments d'activité, et de façon plus précoce dans les parcours des patients ;
- une mobilisation des établissements d'HAD pour mettre en œuvre les évolutions nécessaires en termes de structuration, taille critique, réactivité, professionnalisation, etc. ;
- une coordination entre ces deux structures afin d'organiser les parcours des patients.

L'activité de soins de chirurgie se prête particulièrement à cette orientation. En effet, certaines prises en charge chirurgicales requièrent des soins post opératoires dont la fréquence et la complexité imposent souvent une prolongation de l'hospitalisation en MCO. Pour autant, la sortie des patients pourrait, dans certains cas, se réaliser de façon plus précoce par la mise en œuvre d'une HAD permettant d'assurer, au domicile des patients, les soins requis tout en garantissant la qualité et la sécurité des prises en charge.

Cette nouvelle organisation «HAD sortie précoce de chirurgie» est complémentaire du dispositif PRADO mis en place par la CNAMTS, l'HAD étant destinée à des patients plus lourds, non éligibles au PRADO et qui, sans mobilisation de l'HAD, resteraient hospitalisés en établissement MCO.

La mise en œuvre de l'HAD en sortie précoce de chirurgie présente ainsi un intérêt :

<sup>1</sup> La circulaire n° DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) précise les objectifs stratégiques nationaux visant à développer l'HAD à l'issue ou en substitution des séjours d'hospitalisation complète.

- pour le patient : retour plus rapide au domicile tout en ayant la garantie d'une prise en charge sûre et de qualité ; réhabilitation plus efficace et plus rapide dans l'environnement habituel du patient ;
- pour l'établissement MCO : diminution des durée de séjour en MCO ;
- pour l'établissement HAD : développement de son champ d'intervention et de ses compétences, conformément aux orientations nationales ;
- pour l'assurance maladie : un objectif, à terme, de moindre dépense globale potentielle (à évaluer dans le cadre du présent dispositif).

Pour initier ce processus, des prises en charge chirurgicales ont été ciblées sur la base des indications définies par les professionnels de santé. Ces derniers ont également précisé les besoins de la prise en charge, les soins et le suivi qui seraient nécessaires pour permettre une sortie précoce de chirurgie par mobilisation de l'HAD. Ces propositions ont été concertées avec l'ensemble des acteurs lors des deux comités nationaux de pilotage du 16 avril et du 17 novembre 2015. A terme, une éventuelle extension du dispositif pourra être envisagée sur d'autres prises en charge MCO en fonction des résultats de l'évaluation.

Il convient de rappeler qu'il s'agit nécessairement de prises en charge de patients ne pouvant être réalisées dans les suites d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire (CA). En effet, l'HAD constitue un mode d'hospitalisation complète à part entière. Par conséquent, cette modalité ne peut être précédée d'un séjour de CA<sup>2</sup>.

Le ministère privilégie depuis plusieurs années le développement de la chirurgie ambulatoire et notamment des prises en charge innovantes. Toutefois, en complément de cette orientation stratégique, et pour des patients non éligibles à cette modalité de prise en charge de CA alternative à l'hospitalisation complète, il convient de développer des prises en charge permettant un retour plus précoce et sécurisé à domicile lorsqu'il existe des besoins de soins complexes ne pouvant être réalisés en ville et requérant la mobilisation de l'HAD.

## II. – PRÉSENTATION DU DISPOSITIF

### II.1. Périmètre

Le dispositif pourra être mis en œuvre par un ou plusieurs établissement(s) MCO associé(s) à un ou plusieurs établissement(s) d'HAD, souhaitant mettre en place une coopération pour développer ces nouvelles prises en charge.

Compte tenu de l'organisation à mettre en place en amont et en aval de l'intervention chirurgicale pour garantir la qualité et la sécurité des soins et la fluidité du parcours des patients, la mise en œuvre de ce dispositif s'adresse en priorité aux établissements MCO ayant de forts volumes d'activité sur ces prises en charge ciblées et aux établissements d'HAD en capacité de prendre en charge les patients dans les indications concernées.

Trois spécialités chirurgicales ont été retenues : orthopédique, digestive et gynécologique.

Pour chacune de ces spécialités, des prises en charge chirurgicales ont été sélectionnées avec les sociétés savantes concernées sur la base d'un ensemble de critères (notamment : pertinence médicale et faisabilité, forts volumes, durées de séjours longues, etc.).

Les prises en charge suivantes sont ainsi ciblées par le dispositif (*cf.* note technique ATIH en annexe 1) :

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE	CHIRURGIE DIGESTIVE	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE
<i>Hystérectomies :</i> – pour tumeurs malignes – pour pathologies bénignes	<i>Réssections rectales</i> <i>Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon</i>	<i>Fractures du fémur chez la personne âgée comportant une fracture proximale du fémur (col, trochanter ou sous trochanter)</i> <i>Chirurgie de la scoliose chez l'enfant</i> <i>Prothèse totale du genou</i>

La mise en œuvre du dispositif peut porter sur tout ou partie de ces prises en charge pour les patients éligibles. Leur choix nécessite d'être examiné collégialement et doit prendre en compte la possibilité de réaliser un parcours de soins organisé en amont et en aval de l'intervention chirurgicale en lien avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge MCO/HAD.

<sup>2</sup> Instruction n° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020.

## II.2. Critères d'éligibilité des patients à l'HAD « sortie précoce de chirurgie »

Des critères généraux d'éligibilité à l'HAD « sortie précoce de chirurgie » ont été élaborés avec les sociétés savantes de chirurgie orthopédique, digestive et gynécologique et validés avec l'ensemble des acteurs.

Ils constituent un socle pouvant être éventuellement complété dans le cadre de la mise en œuvre opérationnelle du dispositif par les établissements MCO et HAD en fonction du contexte local (environnement interne et externe des structures, spécificités populationnelles, etc.).

Ils portent d'une part sur l'état médical du patient et d'autre part sur les conditions socio-environnementales (*cf.* critères d'éligibilité des patients en annexe 2).

Compte tenu de ces critères et de la complexité de la prise en charge en HAD, il convient de préciser que ce dispositif concernera en priorité les patients en séjour de chirurgie avec un niveau de sévérité 2 ou 3.

## II.3. Modalités de mise en œuvre par les établissements MCO et HAD

Pour la mise en œuvre opérationnelle du dispositif, il reviendra aux établissements MCO et HAD associés de définir :

- la ou les prise(s) en charge chirurgicales ciblée(s) ;
- les critères d'éligibilité des patients ;
- le nombre prévisionnel de patients pouvant entrer dans le dispositif ;
- les modalités organisationnelles envisagées notamment : l'organisation du transfert et de la sortie d'HAD, le séquençage des soins, les durées de séjour cibles en MCO et HAD, les modalités de coordination entre les équipes, l'information et l'accompagnement du patient et de son entourage, le lien avec la ville, la formation des équipes soignantes, etc.

Il est préconisé que cette démarche soit élaborée et concertée au sein des établissements MCO et HAD et fasse l'objet d'un suivi et d'une évaluation régulière avec l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge du patient dans le cadre de son parcours.

Il faut souligner que la mise en œuvre du dispositif :

- nécessite l'accord du patient, celui-ci devant être dûment informé des modalités proposées ainsi que des alternatives existantes avant de faire son choix ;
- doit prendre en compte ses besoins d'information, d'éducation et d'accompagnement.

Pour rappel, la décision de transfert nécessite l'accord d'une part, du médecin en charge du patient dans l'unité de chirurgie, et d'autre part, du médecin coordonnateur de l'HAD après avis du médecin désigné par le patient.

Enfin, il convient de préciser que l'entrée dans ce dispositif ne nécessite pas une demande préalable d'autorisation ou d'agrément auprès de l'ARS. Elle est laissée à l'appréciation des établissements MCO et HAD.

## II.4. Modalités de tarification

### a) Pour les établissements HAD

À compter du 1<sup>er</sup> mars 2016, un nouveau mode de prise en charge en HAD est mis en œuvre dans le cadre du dispositif<sup>3</sup>.

Il s'agit du mode de prise en charge n° 29 « sortie précoce de chirurgie » qui a été intégré dans la nouvelle version du guide méthodologique PMSI HAD.

Il ne peut être codé qu'en mode de prise en charge principal et ne peut pas être associé avec le mode de prise en charge n° 10 « post traitement chirurgical ».

Il est autorisé en EHPAD et a la même pondération que le mode de prise en charge principal n° 10.

### b) Pour les établissements MCO

Les séjours concernés par une sortie précoce de chirurgie ne font pas l'objet d'une modalité de tarification spécifique pour 2016 compte-tenu du faible nombre de séjours attendus en première année de montée en charge du dispositif<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> Il est à noter que le mode de prise en charge n° 10 « post traitement chirurgical » existant est inadapté au dispositif. Il concerne majoritairement des suivis de cicatrisation et n'est pas approprié à la prise en charge de patients plus lourds en raccourcissement du séjour chirurgical. De plus, il n'est pas autorisé en EHPAD.

<sup>4</sup> Au maximum 10 % du potentiel à terme soit 3000 séjours. Le nombre annuel total de séjours pour les prises en charge concernées représente environ 300 000 séjours. Le potentiel de développement du dispositif à terme est estimé à 10 % du nombre de ces séjours soit environ 30 000 séjours.

Toutefois, une attention particulière sera portée à l'impact économique de l'application éventuelle des bornes basses du fait de la diminution attendue des durées de séjour. Un suivi quantitatif des séjours par établissement (*cf. infra* § II.6) permettra d'identifier, le cas échéant, les pertes financières liées à l'application des bornes basses pour les séjours concernés par le dispositif. Les établissements devront ainsi veiller à l'effectivité du codage des mouvements liés au parcours du patient pour permettre le chaînage de l'information MCO/HAD.

Dans le cadre du schéma cible, afin de ne pas freiner la montée en charge du dispositif, la neutralisation éventuelle de l'impact des bornes basses dans le modèle de tarification sera étudiée pour les séjours concernés.

c) Ces modalités seront amenées à évoluer à l'issue de l'évaluation nationale

L'évaluation nationale comportera un volet médico-économique qui doit permettre à terme, le cas échéant, la mise en œuvre d'un nouveau modèle de tarification adapté au segment de parcours MCO/HAD (*cf. point III infra*).

## II.5. Modalités de codification

La destination doit être renseignée par l'établissement MCO au moyen du code 6 « Vers l'hospitalisation à domicile ».

La provenance doit être renseignée par l'établissement HAD au moyen du code 1 « En provenance de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO) ».

Les modalités de codification sont détaillées en annexe n° 1 de l'instruction.

## II.6. Suivi de l'activité par l'ATIH

Un suivi quantitatif annuel de la montée en charge du dispositif sera réalisé par l'ATIH, à destination des ARS et du ministère des affaires sociales et de la santé, par chaînage des données MCO et HAD, concernant notamment les volumes d'activité réalisés sur les gestes ciblés, les durées de séjours, etc.

Ce suivi fera l'objet de points réguliers dans le cadre du comité national de pilotage sur l'hospitalisation à domicile.

Une attention particulière sera portée à l'évolution des durées de séjour en MCO et en HAD liée à la nouvelle organisation de la prise en charge, la durée totale du séjour MCO + HAD ne devant pas excéder la durée de séjour initiale en MCO pour une même prise en charge pour des raisons d'efficacité du dispositif.

## III. – ÉVALUATION NATIONALE DU DISPOSITIF

### III.1. Cadre de l'évaluation nationale

Une évaluation nationale est mise en place pour une durée de 2 ans à compter du démarrage du dispositif et intégrera un volet organisationnel et médico économique, permettant notamment :

- d'identifier les freins, les leviers, et les conditions et facteurs de réussite de la mise en œuvre de ce dispositif ;
- d'évaluer la satisfaction du patient et de son entourage ;
- de dégager les processus et pistes organisationnelles les plus efficaces ;
- d'alimenter la réflexion concernant l'élaboration d'un nouveau modèle de financement adapté à ce segment de parcours MCO/HAD.

La DGOS conduira cette évaluation nationale avec l'appui d'un prestataire extérieur, notamment à partir des données d'activité et de l'analyse des organisations mises en place dans les établissements.

### III.2. Lancement d'un appel à candidatures

Un appel à candidature est lancé pour solliciter la participation à l'évaluation nationale d'une dizaine d'établissements MCO associés à un ou plusieurs établissements d'HAD<sup>5</sup> (*cf. annexe 3* détaillant les attendus de l'évaluation et les modalités d'évaluation).

<sup>5</sup> Un établissement d'HAD pouvant être associé à plusieurs établissements MCO.

Il vise d'une part, à engager les structures dans une démarche d'auto évaluation faisant l'objet d'un rapport intermédiaire à un an de mise en œuvre du dispositif, puis d'un rapport final au terme des deux ans et d'autre part, à apporter en tant que de besoin des contributions complémentaires pour la réalisation de l'évaluation nationale.

Les dossiers de candidature (*cf.* dossier type de candidature en annexe 4) sont à transmettre à l'ARS et à la DGOS **au plus tard le 5 août 2016** (minuit). La DGOS désignera les établissements retenus **en septembre 2016**.

Un accompagnement financier de ces établissements retenus est prévu à hauteur de 20000 € (deux fois 10000 €) pour la durée de deux ans de l'évaluation, permettant de financer les coûts de participation à cette évaluation.

Ces crédits seront délégués aux ARS en secondes circulaires budgétaires 2016 et 2017. Les établissements MCO et HAD préciseront, dans le cadre de leurs candidatures conjointes, la répartition souhaitée de ces crédits.

Les établissements MCO et HAD qui ne seraient pas retenus pour l'évaluation pourront mettre en œuvre le dispositif mais ne bénéficieront pas de cet accompagnement financier uniquement destiné à financer les surcoûts liés à la démarche d'évaluation.

Les ARS sont invitées à transmettre dès réception la présente instruction et ses annexes aux établissements de santé MCO et HAD.

Des informations complémentaires peuvent être recueillies auprès de la direction générale de l'offre de soins à l'adresse suivante : [DGOS-R4-HADPOSTCHIR@sante.gouv.fr](mailto:DGOS-R4-HADPOSTCHIR@sante.gouv.fr).

Pour la ministre et par délégation :

*La directrice générale de l'offre de soins,*  
A.-M. ARMANTERAS-DE SAXCÉ

*Le secrétaire général  
des ministères chargés des affaires sociales,*  
P. RICORDEAU

ANNEXE 1

NOTE TECHNIQUE ATIH SUR LES MODALITÉS DE CODIFICATION  
ET LA TYPOLOGIE DES PRISES EN CHARGES CIBLÉES

A. – MODALITÉS DE CODIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS MCO ET HAD

a) Pour l'établissement MCO

**Mode de sortie**

Une sortie de MCO vers le domicile lorsque le patient y bénéficie d'hospitalisation à domicile (HAD) fait appel aux codes 6 ou 7 :

- code 6 « Mutation » si l'HAD appartient:
  - à la même entité juridique pour les établissements de santé publics ;
  - ou à la même entité géographique pour les établissements de santé privés ;
- code 7 « Transfert définitif » si l'HAD appartient:
  - à une autre entité juridique ;
  - ou à une autre entité géographique de la même entité juridique pour les établissements de santé privés.

Attention : le mode d'entrée 8 « Domicile » ne doit donc pas être utilisé dans cette situation.

**La destination doit être renseignée au moyen du code 6 « Vers l'hospitalisation à domicile ».**

b) Pour l'établissement HAD

**Mode d'entrée**

Lorsque le patient est pris en charge en HAD au terme de son hospitalisation en MCO, son mode d'entrée fait appel aux codes 6 ou 7 :

- Code 6 « Mutation » si l'HAD appartient:
  - à la même entité juridique pour les établissements de santé publics (ESHAD faisant partie d'un centre hospitalier)
  - ou à la même entité géographique pour les établissements de santé privés.
- Code 7 « Transfert » si l'HAD appartient:
  - à une autre entité juridique
  - ou à une autre entité géographique de la même entité juridique pour les établissements de santé privés.

**La provenance doit être renseignée au moyen du code 1 « En provenance de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie » (MCO).**

B. – TYPOLOGIE DES SÉJOURS MCO CIBLÉS DANS LE CADRE DU DISPOSITIF  
« SORTIE PRÉCOCE DE CHIRURGIE PAR MOBILISATION DE L'HAD ».

Chirurgie colorectale lourde

Ciblage : séjours des racines 06C03 « résections rectales » ou 06C04 « interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon ».

Codage PMSI MCO : il s'agit des séjours comportant un diagnostic principal de la CMD 06 « Affections du tube digestif » et un des actes CCAM suivants.

Racine 06C03 :

CODE	LIBELLÉ CCAM
HHFA028	Coloproctectomie totale avec anastomose iléoanale, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie
HHFA029	Coloproctectomie totale sans rétablissement de la continuité, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

CODE	LIBELLÉ CCAM
HHFA030	Coloproctectomie totale sans rétablissement de la continuité, par laparotomie
HHFA031	Coloproctectomie totale avec anastomose iléoanale, par laparotomie
HJFA001	Résection rectocolique avec abaissement colique rétrorectal par laparotomie, avec anastomose colorectale par voie anale
HJFA002	Résection rectosigmoïdienne avec anastomose colorectale infrapéritonéale, par laparotomie
HJFA004	Résection rectosigmoïdienne avec anastomose colorectale infrapéritonéale, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie
HJFA005	Amputation du rectum, par abord périnéal
HJFA006	Résection rectosigmoïdienne par laparotomie, avec anastomose coloanale par voie anale ou par abord transsphinctérien
HJFA007	Amputation du rectum, par laparotomie et par abord périnéal
HJFA011	Résection rectosigmoïdienne dépassant le cul-de-sac de Douglas, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie
HJFA012	Proctectomie secondaire par laparotomie avec anastomose iléoanale par voie transanale, après colectomie totale initiale
HJFA014	Exérèse de moignon rectal résiduel, par abord périnéal
HJFA017	Résection rectosigmoïdienne par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie, avec anastomose coloanale par voie anale
HJFA019	Amputation du rectum, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie et par abord périnéal
HJFC023	Proctectomie secondaire par cœlioscopie avec anastomose iléoanale par voie transanale, après colectomie totale initiale
HJFC031	Résection rectosigmoïdienne dépassant le cul-de-sac de Douglas, sans rétablissement de la continuité, par cœlioscopie
JFFA002	Pelvectomie postérieure avec rétablissement de la continuité digestive, par laparotomie
JFFA004	Pelvectomie postérieure sans rétablissement de la continuité digestive, par laparotomie et par abord périnéal
JFFA005	Pelvectomie postérieure sans rétablissement de la continuité digestive, par laparotomie
JFFA008	Pelvectomie totale avec urétérostomie cutanée, par laparotomie et par abord périnéal
JFFA011	Pelvectomie totale avec urétérostomie cutanée transintestinale par anse non détubulée, par laparotomie et par abord périnéal
JFFA013	Pelvectomie totale avec urétérostomie cutanée transintestinale par anse détubulée continente, par laparotomie et par abord périnéal

Racine 06C04 :

CODE	LIBELLÉ CCAM
HGAA002	Plastie d'allongement de l'intestin grêle, par laparotomie
HGAA003	Plastie d'élargissement unique ou multiple de l'intestin grêle, par laparotomie
HGAC010	Plastie d'élargissement unique ou multiple de l'intestin grêle, par cœlioscopie
HGCA001	Entéroentérostomie de dérivation, par laparotomie
HGCA002	Suture de plaie ou de perforation de l'intestin grêle, par laparotomie
HGCA005	Iléocolostomie de dérivation [anastomose iléocolique sans exérèse intestinale], par laparotomie
HGCC003	Entéroentérostomie de dérivation, par cœlioscopie
HGCC015	Iléocolostomie de dérivation [anastomose iléocolique sans exérèse intestinale], par cœlioscopie
HGEA001	Détorsion intestinale ou section de bride péritonéale pour vice de rotation de l'anse intestinale primitive [mesenterium commune], par laparotomie
HGEC001	Détorsion intestinale ou section de bride péritonéale pour vice de rotation de l'anse intestinale primitive [mesenterium commune], par cœlioscopie
HGFA001	Résection de l'angle duodénojejunal avec rétablissement de la continuité, par laparotomie
HGFA003	Résection segmentaire unique de l'intestin grêle sans rétablissement de la continuité, en dehors de l'occlusion, par laparotomie
HGFA004	Résection segmentaire multiple de l'intestin grêle, par laparotomie

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

CODE	LIBELLÉ CCAM
HGFA005	Résection rectosigmoïdienne par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie, avec anastomose coloanale par voie anale
HGFA007	Résection segmentaire unique de l'intestin grêle avec rétablissement de la continuité, en dehors de l'occlusion, par laparotomie
HGFA008	Résection segmentaire d'une atésie unique de l'intestin grêle avec rétablissement de la continuité, par laparotomie
HGFA009	Résection segmentaire d'une atésie étagée de l'intestin grêle avec rétablissement de la continuité, par laparotomie
HGFA010	Exérèse de duplication de l'intestin grêle sans résection intestinale, par laparotomie
HGFA011	Exérèse de duplication de l'intestin grêle avec résection intestinale, par laparotomie
HGFA012	Résection de l'intestin grêle et/ou du côlon pour péritonite néonatale, par laparotomie
HGFA013	Résection totale de l'intestin grêle, par laparotomie
HGFC001	Exérèse de duplication de l'intestin grêle sans résection intestinale, par cœlioscopie
HGFC014	Résection segmentaire unique de l'intestin grêle sans rétablissement de la continuité, en dehors de l'occlusion, par cœlioscopie
HGFC016	Résection segmentaire multiple de l'intestin grêle, par cœlioscopie
HGFC021	Résection segmentaire unique de l'intestin grêle avec rétablissement de la continuité, en dehors de l'occlusion, par cœlioscopie
HGPA004	Libération étendue de l'intestin grêle [entérolyse étendue] pour occlusion aiguë, par laparotomie
HGPA006	Désobstruction de l'intestin grêle pour iléus méconial, par laparotomie
HGPC015	Libération étendue de l'intestin grêle [entérolyse étendue] pour occlusion aiguë, par cœlioscopie
HHCA001	Suture de plaie ou de perforation du côlon, par laparotomie
HHCA002	Colostomie cutanée, par laparotomie
HHCA003	Colocolostomie de dérivation [anastomose colocolique sans exérèse colique], par laparotomie
HHCC001	Suture de plaie ou de perforation du côlon, par cœlioscopie
HHCC007	Colostomie cutanée, par cœlioscopie
HHCC011	Colocolostomie de dérivation [anastomose colocolique sans exérèse colique], par cœlioscopie
HHFA002	Colectomie gauche avec libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie
HHFA003	Résection du côlon pour malformation congénitale avec rétablissement de la continuité, par laparotomie
HHFA004	Colectomie totale avec conservation du rectum, avec anastomose iléorectale, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie
HHFA005	Colectomie totale avec conservation du rectum, sans rétablissement de la continuité, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie
HHFA006	Colectomie gauche avec libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie
HHFA008	Colectomie droite avec rétablissement de la continuité, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie
HHFA009	Colectomie droite avec rétablissement de la continuité, par laparotomie
HHFA010	Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie
HHFA014	Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie
HHFA017	Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie
HHFA018	Colectomie transverse, par laparotomie
HHFA021	Colectomie totale avec conservation du rectum, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie
HHFA022	Colectomie totale avec conservation du rectum, avec anastomose iléorectale, par laparotomie
HHFA023	Colectomie transverse, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie
HHFA024	Colectomie gauche avec libération de l'angle colique gauche, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie

CODE	LIBELLÉ CCAM
HHFA026	Colectomie droite sans rétablissement de la continuité, par laparotomie
HHMA003	Rétablissement secondaire de la continuité digestive après colectomie, par laparotomie
HHMC001	Rétablissement secondaire de la continuité digestive après colectomie, par cœlioscopie
HJEA001	Abaissement du rectum avec cervicocystoplastie, urétroplastie et vaginoplastie pour malformation anorectale haute, par laparotomie et par abord périnéal
HJEA002	Abaissement du rectum pour malformation anorectale haute ou intermédiaire, par abord transsacrococcygien [de Kraske] et par abord périnéal
HJEA003	Abaissement du rectum pour malformation anorectale haute, par laparotomie et par abord périnéal
HJEA004	Abaissement du rectum pour malformation anorectale haute ou intermédiaire, par abord périnéal médian
HJFA010	Exérèse de duplication du rectum, par abord transsacrococcygien [de Kraske]
HJFA015	Résection rectocolique totale pour aganglionose congénitale par laparotomie, avec rétablissement de la continuité par laparotomie ou par voie anale
HJFA016	Résection rectocolique subtotal pour aganglionose congénitale par laparotomie, avec rétablissement de la continuité par laparotomie ou par voie anale
HJFA020	Résection rectosigmoïdienne pour aganglionose congénitale par laparotomie, avec rétablissement de la continuité par voie anale
HJFC001	Résection rectocolique subtotal pour aganglionose congénitale par cœlioscopie, avec rétablissement de la continuité par voie anale
HJFC002	Résection rectosigmoïdienne pour aganglionose congénitale par cœlioscopie, avec rétablissement de la continuité par voie anale
HJFC003	Résection rectocolique totale pour aganglionose congénitale par cœlioscopie, avec rétablissement de la continuité par voie anale
HJFD003	Résection rectosigmoïdienne pour aganglionose congénitale avec rétablissement de la continuité, par voie anale
HJSA001	Fermeture d'une fistule rectovaginale haute ou colovaginale acquise, par laparotomie
JDSA011	Fermeture de fistule vésicodigestive acquise, par laparotomie

### Hystérectomies

Ciblage: séjours de la racine 13C03 « hystérectomies non radicales » ou séjours des racines 13C14 « exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour tumeurs malignes » et 13C15 « exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour affections non malignes » avec présence d'un acte d'hystérectomie.

Codage PMSI MCO : il s'agit des séjours comportant un diagnostic principal de la CMD 13 « Affections de l'appareil génital féminin » et un des actes CCAM suivants.

#### Racine 13C03 :

CODE	LIBELLÉ CCAM
JKFA001	Hystérectomie subtotal avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et suspension postérieure du col de l'utérus [colposuspension], par laparotomie
JKFA002	Hystérectomie totale avec colpopérinéorrhaphies antérieure et postérieure, par abord vaginal
JKFA004	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et suspension postérieure du dôme du vagin, par laparotomie
JKFA005	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par abord vaginal
JKFA006	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par cœlioscopie et par abord vaginal
JKFA007	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et colpopérinéorrhaphies antérieure et postérieure, par abord vaginal
JKFA012	Hystérectomie subtotal avec suspension postérieure du col de l'utérus [colposuspension] et cervicocystopexie indirecte au ligament pectinéal [de Cooper], par laparotomie
JKFA013	Hystérectomie totale avec suspension postérieure du dôme du vagin, par laparotomie
JKFA014	Hystérectomie subtotal avec suspension postérieure du col de l'utérus [colposuspension], par laparotomie
JKFA015	Hystérectomie totale, par laparotomie
JKFA018	Hystérectomie totale, par cœlioscopie et par abord vaginal

CODE	LIBELLÉ CCAM
JKFA021	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et colpopérinéorrhaphie antérieure ou postérieure, par abord vaginal
JKFA023	Fermeture de fistule vésicovaginale acquise, par cœlioscopie
JKFA024	Hystérectomie subtotale, par laparotomie
JKFA025	Hystérectomie totale avec colpopérinéorrhaphie antérieure ou postérieure, par abord vaginal
JKFA026	Hystérectomie totale, par abord vaginal
JKFA029	Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, suspension postérieure du col de l'utérus [colposuspension] et cervicocystopexie indirecte au ligament pectinéal [de Cooper], par laparotomie
JKFA032	Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par laparotomie
JKFC002	Hystérectomie subtotale, par cœlioscopie
JKFC005	Hystérectomie totale, par cœlioscopie
JKFC006	Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par cœlioscopie
JNFA001	Hystérectomie pour complications obstétricales, par laparotomie

**Racines 13C14 et 13C15 :**

CODE	LIBELLÉ CCAM
JKFA020	Colpohystérectomie totale élargie aux paramètres, par cœlioscopie et par abord vaginal
JKFA027	Colpohystérectomie totale élargie aux paramètres, par laparotomie
JKFA028	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par laparotomie
JKFC003	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par cœlioscopie

**Fractures du fémur chez la personne âgée**

Ciblage : séjours des racines 08C47 « prothèses de hanche pour traumatismes récents » et 08C49 « interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans » comportant un diagnostic principal de fracture proximale du fémur chez des patients âgés de 75 ans et plus.

Codage PMSI MCO : il s'agit des séjours de patients  $\geq 75$  ans comportant un diagnostic principal (DP) de la liste ci-après et un des actes CCAM suivants.

DP	LIBELLÉ CIM-10
S7200	Fracture fermée du col du fémur
S7201	Fracture ouverte du col du fémur
S7210	Fracture fermée du trochanter
S7211	Fracture ouverte du trochanter
S7220	Fracture fermée sous-trochantérienne
S7221	Fracture ouverte sous-trochantérienne

**Racine 08C47 :**

CODE	LIBELLÉ CCAM
NEKA010	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec renfort métallique acétabulaire et reconstruction fémorale par greffe
NEKA011	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse fémorale cervicocéphalique et cupule mobile
NEKA012	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec reconstruction acétabulaire ou fémorale par greffe
NEKA014	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec renfort métallique acétabulaire
NEKA016	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec ostéotomie de la diaphyse du fémur

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

CODE	LIBELLÉ CCAM
NEKA017	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec abaissement de la tête du fémur dans le paléoacétabulum [paléocotyle]
NEKA018	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse fémorale cervicocéphalique
NEKA020	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale
NEKA021	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec abaissement de la tête du fémur dans le paléoacétabulum [paléocotyle] et ostéotomie de réaxation ou d'alignement du fémur
NEMA018	Arthroplastie coxofémorale par cupule fémorale

Racine 08C49 :

CODE	LIBELLÉ CCAM
NACA001	Ostéosynthèse unifocale de fracture ou de fracture-luxation de la ceinture pelvienne [du bassin], à foyer ouvert
NACA002	Ostéosynthèse plurifocale de fracture ou de fracture-luxation de la ceinture pelvienne [du bassin], à foyer ouvert
NACA003	Ostéosynthèse de fracture de l'acétabulum, par abord antérieur
NACA004	Ostéosynthèse de fracture des colonnes antérieure et postérieure de l'acétabulum, par un ou deux abords
NACA005	Ostéosynthèse de fracture de l'acétabulum, par abord postérieur
NACB001	Ostéosynthèse de fracture ou de fracture-luxation de la ceinture pelvienne [du bassin], à foyer fermé
NAFA001	Résection « en bloc » de l'os coxal ou du fémur avec arthrectomie monobloc de hanche
NAFA003	Résection complète « en bloc » partielle ou totale d'un os coxal [hémibassin] emportant l'acétabulum
NAFA004	Résection partielle de l'aile iliaque ou du cadre obturateur n'interrompant pas la continuité de l'anneau pelvien
NAFA006	Résection complète « en bloc » de l'aile iliaque ou du cadre obturateur interrompant la continuité de l'anneau pelvien
NAPA001	Ostéotomie supra-acétabulaire de l'os coxal par une section, avec ostéotomie du fémur
NAPA002	Ostéotomie extra-acétabulaire de l'os coxal par plusieurs sections, avec capsuloplastie
NAPA003	Ostéotomie supra-acétabulaire de l'os coxal par une section, avec ostéoplastie supra-acétabulaire par butée
NAPA004	Ostéotomie supra-acétabulaire de l'os coxal par une section
NAPA005	Ostéotomie supra-acétabulaire de l'os coxal par une section, avec capsuloplastie
NAPA006	Ostéotomie périacétabulaire de l'os coxal
NAPA007	Ostéotomie extra-acétabulaire de l'os coxal par plusieurs sections
NAPA008	Ostéotomie extra-acétabulaire de l'os coxal par plusieurs sections, avec ostéotomie du fémur
NBCA003	Ostéosynthèse de fracture complexe supracondyloire et intercondyloire du fémur, à foyer ouvert
NBCA004	Ostéosynthèse du grand trochanter pour pseudarthrose
NBCA005	Ostéosynthèse de fracture intracapsulaire du col [transcervicale] du fémur, de décollement épiphysaire ou d'épiphysiolyse de l'extrémité proximale du fémur
NBCA006	Ostéosynthèse de fracture infratrochantérienne ou trochantérodiaphysaire du fémur
NBCA007	Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse du fémur, à foyer ouvert
NBCA008	Ostéosynthèse de fracture du grand trochanter
NBCA009	Ostéosynthèse de fractures homolatérales du col et de la diaphyse du fémur
NBCA010	Ostéosynthèse de fracture extracapsulaire du col du fémur
NBCA011	Ostéosynthèse préventive du fémur pour lésion ostéolytique, à foyer ouvert
NBCA012	Ostéosynthèse de fracture parcellaire de la tête du fémur, par arthrotomie
NBCA013	Ostéosynthèse de fracture d'un condyle fémoral, à foyer ouvert
NBCA014	Ostéosynthèse de fracture supracondyloire extraarticulaire du fémur, à foyer ouvert

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

CODE	LIBELLÉ CCAM
NBCA015	Ostéosynthèse de fracture simple supracondyloire et intercondyloire du fémur, à foyer ouvert
NBCB001	Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse du fémur par fixateur externe ou broche, à foyer fermé
NBCB002	Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse du fémur par matériel centromédullaire sans verrouillage distal, à foyer fermé
NBCB004	Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse du fémur par matériel centromédullaire avec verrouillage distal, à foyer fermé
NBCB005	Ostéosynthèse préventive du fémur pour lésion ostéolytique, à foyer fermé
NBCB006	Ostéosynthèse de fracture ou de décollement épiphysaire de l'extrémité distale du fémur, à foyer fermé
NBFA002	Résection segmentaire du fémur avec ostéosynthèse, pour pseudarthrose congénitale
NBFA003	Résection partielle d'une extrémité et/ou de la diaphyse du fémur sans interruption de la continuité osseuse
NBFA004	Résection de la tête et du col du fémur sans interposition capsulaire ou aponévrotique
NBFA006	Résection segmentaire du fémur avec ostéosynthèse et transfert axial progressif d'un fragment osseux, pour pseudarthrose congénitale
NBFA007	Résection « en bloc » d'une extrémité et/ou de la diaphyse du fémur
NBFA008	Résection de la tête et du col du fémur avec interposition capsulaire et/ou aponévrotique
NBFA807	Résection « en bloc » de la totalité du fémur
NBMA001	Reconstruction du fémur par greffe ou matériau inerte non prothétique, après résection « en bloc » d'une extrémité et/ou de la diaphyse
NBMA003	Reconstruction du fémur par greffe ou matériau inerte non prothétique, après résection partielle d'une extrémité et/ou de la diaphyse
NBMA811	Reconstruction du fémur par prothèse, après résection « en bloc » de la totalité du fémur
NBPA001	Ostéotomie simple bilatérale de la diaphyse du fémur et du tibia
NBPA002	Ostéotomie simple unilatérale de la diaphyse du fémur, avec arthrodèse du couple de torsion du pied [talocalcanéenne et médiotarsienne] et correction de vices architecturaux du pied
NBPA003	Ostéotomie simple unilatérale de la diaphyse du fémur
NBPA004	Ostéotomie simple unilatérale de la diaphyse du fémur et du tibia
NBPA005	Décortication du fémur avec ostéosynthèse pour pseudarthrose
NBPA006	Ostéotomie bilatérale de valgisation-translation du col du fémur pour dysplasie congénitale
NBPA007	Ostéotomie simple bilatérale de la diaphyse du fémur
NBPA008	Ostéotomie simple bilatérale de la diaphyse du fémur et du tibia, avec arthrodèse du couple de torsion du pied [talocalcanéenne et médiotarsienne] et correction de vices architecturaux
NBPA009	Ostéotomie de dérotation de l'extrémité distale du fémur ou de l'extrémité proximale du tibia, avec abord vasculaire ou nerveux préalable
NBPA010	Ostéotomie complexe de l'extrémité distale du fémur
NBPA011	Ostéotomie complexe de la diaphyse du fémur
NBPA012	Ostéotomie simple bilatérale de la diaphyse du fémur, avec arthrodèse du couple de torsion du pied [talocalcanéenne et médiotarsienne] et correction de vices architecturaux du pied
NBPA013	Ostéotomie basicervicale du fémur
NBPA014	Ostéotomie du grand trochanter
NBPA015	Ostéotomie simple unilatérale de la diaphyse du fémur et du tibia, avec arthrodèse du couple de torsion du pied [talocalcanéenne et médiotarsienne] et correction de vices architecturaux
NBPA016	Décortication du fémur pour pseudarthrose
NBPA017	Ostéotomie simple de l'extrémité distale du fémur
NBPA018	Ostéotomie unilatérale de valgisation-translation du col du fémur pour dysplasie congénitale
NBPA019	Ostéotomie intra-articulaire du col du fémur
NBPA020	Ostéotomie intertrochantérienne ou infratrochantérienne du fémur
NEDA001	Arthrodèse coxofémorale, par arthrotomie

CODE	LIBELLÉ CCAM
NEEA001	Réduction d'une luxation traumatique de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie
NEEA002	Réduction d'une luxation de prothèse de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie
NEEA003	Réduction d'une luxation traumatique de l'articulation coxofémorale avec ostéosynthèse de fracture de la tête du fémur, par arthrotomie
NEEA004	Réduction d'une hanche instable non traumatique, par arthrotomie
NEFA001	Réséction de l'articulation coxofémorale avec coaptation trochantéro-iliaque ou fémoro-iliaque
NEFA003	Synovectomie coxofémorale, par arthrotomie par 2 abords dont un abord postérieur
NEFA004	Synovectomie coxofémorale, par arthrotomie par un abord
NEGA005	Ablation d'une prothèse fémorale cervicocéphalique
NEJA001	Nettoyage de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie
NEJA002	Évacuation de collection de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie
NEJA004	Évacuation de collection périprothétique de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie
NEMA003	Ostéoplastie supra-acétabulaire de l'os coxal par butée, avec ostéotomie extra-articulaire de l'extrémité proximale du fémur
NEMA013	Reconstruction osseuse de la hanche après résection « en bloc » de l'os coxal [hémibassin], avec fixation du fémur à l'os coxal
NEMA017	Ostéoplastie supra-acétabulaire de l'os coxal par butée, avec ostéotomie du grand trochanter
NEMA020	Acétabuloplastie avec ostéotomie du fémur
NEMA021	Ostéoplastie supra-acétabulaire de l'os coxal par butée, ou acétabuloplastie
NEPA001	Libération mobilisatrice de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie
NJEA001	Transfert du psoas à travers ou en avant de l'aile iliaque, avec ostéotomie de l'os coxal et du fémur
NJEA004	Transfert du psoas à travers ou en avant de l'aile iliaque, avec ostéotomie de l'os coxal ou du fémur
NJFA006	Exérèse d'un fragment osseux supratrochantérien

### Chirurgie de la scoliose chez l'enfant

Ciblage: séjours de la racine 08C51 « interventions majeures sur le rachis pour fractures, cyphoses et scoliose » comportant un diagnostic principal de scoliose chez des patients âgés de 18 ans et moins.

Codage PMSI MCO: il s'agit des séjours de patients ≤ 18 ans comportant un diagnostic principal commençant par « M41 scoliose » et un des actes CCAM conduisant dans cette racine.

CODE	LIBELLÉ CCAM
LDCA001	Ostéosynthèse transarticulaire bilatérale de l'atlas et de l'axis, par cervicotomie antérieure ou par cervicotomie antérolatérale bilatérale
LDCA002	Ostéosynthèse et/ou arthrodèse postérieure de la jonction occipitocervicale sans exploration du contenu canalaire, par abord postérieur
LDCA003	Ostéosynthèse postérieure de la jonction occipitocervicale avec exploration du contenu canalaire, par abord postérieur
LDCA004	Ostéosynthèse de la dent de l'axis [apophyse odontoïde de C2], par cervicotomie antérieure ou antérolatérale
LDCA005	Ostéosynthèse interlaminaire de l'atlas et de l'axis, par abord postérieur
LDCA006	Ostéosynthèse transarticulaire et/ou transpédiculaire de l'atlas et de l'axis, par abord postérieur
LDCA007	Ostéosynthèse de la colonne vertébrale cervicale, par abord antérieur avec mandibulotomie
LDCA008	Ostéosynthèse de la dent de l'axis [apophyse odontoïde de C2], par abord intrabuccal
LDCA009	Ostéosynthèse transpédiculaire de l'axis, par abord postérieur
LDCA010	Ostéosynthèse interlaminaire entre deux vertèbres de la colonne cervicale de C2 à C7, par abord postérieur
LDCA011	Ostéosynthèse et/ou arthrodèse antérieure de la colonne vertébrale sans exploration du contenu canalaire, par cervicotomie antérieure ou antérolatérale

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

CODE	LIBELLÉ CCAM
LDCA012	Ostéosynthèse de la colonne vertébrale avec exploration du contenu canalaire, par cervicotomie antérieure ou antérolatérale et par abord postérieur
LDCA013	Ostéosynthèse de la colonne vertébrale avec exploration du contenu canalaire, par cervicotomie antérieure ou par cervicotomie antérolatérale
LDDA001	Arthrodèse antérieure de la jonction occipitocervicale, par abord intrabuccal ou par cervicotomie antérolatérale
LDFA009	Corporectomie vertébrale partielle, par cervicotomie antérieure ou antérolatérale
LDFA010	Spondylectomie totale, par cervicotomie antérieure ou antérolatérale et par abord postérieur
LDFA012	Corporectomie vertébrale totale, par cervicotomie antérieure ou antérolatérale
LDPA008	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale, avec arthrodèse et correction instrumentale, par cervicotomie
LDPA009	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale, avec arthrodèse et correction instrumentale, par cervicothoracotomie
LDPA010	Ostéotomie ou arthrectomie occipitoaxoïdienne pour déformation rigide de la colonne vertébrale, avec arthrodèse et correction instrumentale, par abord intrabuccal ou par cervicotomie
LECA001	Ostéosynthèse de la colonne vertébrale avec exploration du contenu canalaire, par thoraco-phréno-laparotomie
LECA002	Ostéosynthèse de la colonne vertébrale avec exploration du contenu canalaire, par thoracotomie et par abord postérieur
LECA003	Ostéosynthèse et/ou arthrodèse antérieure ou épiphysiodèse de la colonne vertébrale sans exploration du contenu canalaire, par thoracotomie
LECA004	Ostéosynthèse de la colonne vertébrale avec exploration du contenu canalaire, par thoraco-phréno-laparotomie et par abord postérieur
LECA005	Ostéosynthèse de la colonne vertébrale avec exploration du contenu canalaire, par thoracotomie
LECA006	Ostéosynthèse et/ou arthrodèse antérieure de la colonne vertébrale sans exploration du contenu canalaire, par thoraco-phréno-laparotomie
LECC001	Ostéosynthèse et/ou arthrodèse antérieure ou épiphysiodèse de la colonne vertébrale, par thoracoscopie
LEFA001	Spondylectomie thoracique totale, par abord postérieur
LEFA004	Corporectomie vertébrale totale, par thoraco-phréno-laparotomie
LEFA005	Spondylectomie totale, par thoracotomie et par abord postérieur
LEFA006	Corporectomie vertébrale totale, par thoracotomie
LEFA007	Corporectomie vertébrale partielle, par thoraco-phréno-laparotomie
LEFA008	Corporectomie d'une vertèbre malformée, par thoraco-phréno-laparotomie
LEFA009	Spondylectomie totale, par thoraco-phréno-laparotomie et par abord postérieur
LEFA010	Corporectomie vertébrale partielle, par thoracotomie
LEFA012	Corporectomie d'une vertèbre malformée, par thoracotomie
LEFA014	Corporectomie vertébrale partielle ou totale, par thoracoscopie ou par thoracotomie avec préparation par thoracoscopie
LEMA001	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 6 vertèbres ou plus, par thoraco-phréno-laparotomie
LEMA002	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 3 à 5 vertèbres, par thoracotomie
LEMA003	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 3 à 5 vertèbres, par thoraco-phréno-laparotomie
LEMA004	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 6 vertèbres ou plus, par thoracotomie
LEPA001	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse, sans correction instrumentale, sur 1 à 3 vertèbres, par thoraco-phréno-laparotomie
LEPA002	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse, sans correction instrumentale, sur 1 à 3 vertèbres, par thoracotomie

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

CODE	LIBELLÉ CCAM
LEPA003	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale, avec arthrodèse et correction instrumentale, sur 1 à 3 vertèbres, par thoracotomie
LEPA004	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale, avec arthrodèse et correction instrumentale, sur 4 vertèbres ou plus, par thoraco-phréno-laparotomie
LEPA005	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse, sans correction instrumentale, sur 4 vertèbres ou plus, par thoraco-phréno-laparotomie
LEPA006	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse, sans correction instrumentale, sur 4 vertèbres ou plus, par thoracotomie
LEPA007	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale, avec arthrodèse et correction instrumentale, sur 4 vertèbres ou plus, par thoracotomie
LEPA008	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale, avec arthrodèse et correction instrumentale, sur 1 à 3 vertèbres, par thoraco-phréno-laparotomie
LEPA009	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse, sans correction instrumentale, sur 1 à 3 vertèbres, par laparotomie ou par lombotomie
LFCA001	Ostéosynthèse de la jonction lombosacrée avec exploration du contenu canalaire, par abord postérieur
LFCA002	Ostéosynthèse de la jonction lombosacrée sans exploration du contenu canalaire, par abord postérieur
LFCA003	Ostéosynthèse de la colonne vertébrale avec exploration du contenu canalaire, par laparotomie ou lombotomie et par abord postérieur
LFCA004	Ostéosynthèse de la colonne vertébrale avec exploration du contenu canalaire, par laparotomie ou par lombotomie
LFCA005	Ostéosynthèse et/ou arthrodèse antérieure de la colonne vertébrale sans exploration du contenu canalaire, par laparotomie ou par lombotomie
LFCC001	Ostéosynthèse et/ou arthrodèse antérieure de la colonne vertébrale, par cœlioscopie ou par rétropéritonéoscopie
LFDA001	Arthrodèse postérieure et/ou postérolatérale d'un spondylolisthésis lombal sans réduction, avec libération radiculaire et ostéosynthèse, par abord postérieur
LFDA002	Arthrodèse intercorporéale d'un spondylolisthésis lombal à grand déplacement avec réduction, avec ostéosynthèse, par abord postérieur translombosacrée
LFDA003	Arthrodèse postérieure et/ou postérolatérale d'un spondylolisthésis lombal sans réduction, avec libération radiculaire, sans ostéosynthèse, par abord postérieur
LFDA004	Arthrodèse intercorporéale de la colonne vertébrale lombale ou lombosacrée avec arthrodèse postérolatérale, par abord postérieur
LFDA005	Arthrodèse postérieure et/ou postérolatérale d'un spondylolisthésis lombal sans réduction, sans libération radiculaire, sans ostéosynthèse, par abord postérieur
LFDA006	Arthrodèse postérieure et/ou postérolatérale d'un spondylolisthésis lombal avec réduction, avec ostéosynthèse, par abord postérieur
LFDA007	Arthrodèse postérieure et/ou postérolatérale d'un spondylolisthésis lombal sans réduction, sans libération radiculaire, avec ostéosynthèse, par abord postérieur
LFDA008	Arthrodèse d'un spondylolisthésis lombal à grand déplacement avec réduction, avec ostéosynthèse, par laparotomie et par abord postérieur
LFDA009	Arthrodèse intercorporéale d'un spondylolisthésis lombal avec réduction, avec ostéosynthèse, par abord postérieur
LFDA010	Arthrodèse d'un spondylolisthésis lombal à grand déplacement avec réduction, avec ostéosynthèse, par laparotomie
LFDA011	Arthrodèse d'un spondylolisthésis lombal sans réduction, par laparotomie et par abord postérieur
LFDA012	Arthrodèse intercorporéale ou épiphysiodèse de la colonne vertébrale lombale ou lombosacrée, par abord postérieur
LFDA013	Arthrodèse d'un spondylolisthésis lombal sans réduction, par laparotomie
LFDA014	Arthrodèse intercorporéale d'un spondylolisthésis lombal à grand déplacement sans réduction, avec ostéosynthèse, par abord postérieur translombosacrée
LFFA008	Corporectomie d'une vertèbre malformée, par laparotomie ou par lombotomie
LFFA009	Corporectomie vertébrale partielle, par laparotomie ou par lombotomie
LFFA012	Spondylectomie totale, par laparotomie ou lombotomie et par abord postérieur
LFFA013	Corporectomie vertébrale totale, par laparotomie ou par lombotomie

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

CODE	LIBELLÉ CCAM
LFFA014	Corporectomie vertébrale partielle ou totale, par abord direct avec préparation par cœlioscopie ou par rétropéritonéoscopie
LFMA001	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 3 à 5 vertèbres, par lombotomie
LFPA001	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale, avec arthrodèse et correction instrumentale, sur 1 à 3 vertèbres, par laparotomie ou par lombotomie
LFPA002	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale, avec arthrodèse et correction instrumentale, sur 4 vertèbres ou plus, par laparotomie ou par lombotomie
LFPA003	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse, sans correction instrumentale, sur 4 vertèbres ou plus, par laparotomie ou par lombotomie
LGCA001	Ostéosynthèse de fracture du sacrum, par abord postérieur
LHCA001	Ostéosynthèse de la colonne vertébrale sans exploration du contenu canalaire, par abord antérieur et par abord postérieur
LHCA002	Ostéosynthèse postérieure de la colonne vertébrale sans exploration du contenu canalaire, par abord postérieur
LHCA010	Ostéosynthèse postérieure de la colonne vertébrale avec exploration du contenu canalaire, par abord postérieur
LHCA011	Ostéosynthèse de la colonne vertébrale par fixateur externe
LHCA016	Ostéosynthèse postérieure de la colonne vertébrale sans exploration du contenu canalaire avec arthrodèse, par abord postérieur
LHDA001	Arthrodèse postérieure ou épiphysiodèse de la colonne vertébrale sans exploration du contenu canalaire, par abord postérieur
LHDA002	Arthrodèse intercorporéale de la colonne vertébrale avec arthrodèse postérieure, par abord postérolatéral
LHFA001	Arthrectomie totale bilatérale et/ou ostéotomie postérieure pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse et correction instrumentale, sur 3 à 5 vertèbres, par abord postérieur
LHFA003	Arthrectomie totale bilatérale et/ou ostéotomie postérieure pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse et correction instrumentale, sur 10 vertèbres ou plus, par abord postérieur, avec résection de 3 côtes ou plus
LHFA013	Arthrectomie totale bilatérale et/ou ostéotomie postérieure pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse, correction instrumentale et ostéotomie antérieure transpédiculaire, sur 6 à 9 vertèbres, par abord postérieur
LHFA025	Arthrectomie totale bilatérale et/ou ostéotomie postérieure pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse, correction instrumentale et ostéotomie antérieure transpédiculaire, sur 10 vertèbres ou plus, par abord postérieur
LHFA027	Arthrectomie totale bilatérale et/ou ostéotomie postérieure pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse, correction instrumentale et ostéotomie antérieure transpédiculaire, sur 3 à 5 vertèbres, par abord postérieur
LHFA028	Arthrectomie totale bilatérale et/ou ostéotomie postérieure pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse et correction instrumentale, sur 10 vertèbres ou plus, par abord postérieur
LHFA029	Arthrectomie totale bilatérale et/ou ostéotomie postérieure pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse et correction instrumentale, sur 6 à 9 vertèbres, par abord postérieur
LHFA031	Exérèse totale de l'arc vertébral, par abord postérieur
LHMA003	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 6 à 9 vertèbres, par abord postérieur
LHMA004	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 6 à 9 vertèbres, par abord postérolatéral
LHMA006	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 3 à 5 vertèbres, par abord postérieur
LHMA013	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 6 à 9 vertèbres par abord postérieur, avec résection de 3 côtes ou plus
LHMA014	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 10 vertèbres ou plus par abord postérieur, avec résection de 3 côtes ou plus
LHMA015	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 10 vertèbres ou plus, par abord postérieur

### Prothèse du genou

Ciblage : séjours de la racine 08C24 « prothèses de genou ».

Codage PMSI MCO : il s'agit des séjours comportant un diagnostic principal de la CMD 08 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif » et un des actes CCAM suivants.

CODE	LIBELLÉ CCAM
NFKA006	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse unicompartimentaire fémorotibiale ou fémoropatellaire
NFKA007	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse tricompartmentaire sur une déformation inférieure ou égale à 10° dans le plan frontal
NFKA008	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse tricompartmentaire sur une déformation supérieure à 10° dans le plan frontal
NFKA009	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse à charnière fixe ou rotatoire

## ANNEXE 2

### CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ DES PATIENTS AU DISPOSITIF « HAD SORTIE PRÉCOCE DE CHIRURGIE »

#### PRISES EN CHARGE CIBLÉES PAR LE DISPOSITIF DE SORTIE PRÉCOCE DE CHIRURGIE PAR MOBILISATION DE L'HAD

##### *Chirurgie gynécologique*

###### Hystérectomies

Pour tumeurs malignes (corps de l'utérus, col de l'utérus, autres cancers):

- avec exérèse ganglionnaire;
- sans exérèse ganglionnaire.

Pour pathologies bénignes:

- voie d'abord: coélioscopies et/ou vaginales;
- voie d'abord: laparotomie.

##### *Chirurgie digestive*

Résections rectales:

Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon.

##### *Chirurgie orthopédique*

Factures du fémur chez la personne âgée comportant une fracture proximale du fémur (col, trochanter ou sous trochanter).

Chirurgie de la scoliose chez l'enfant.

Prothèse totale du genou.

#### ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE POUR LA DÉCISION D'ORIENTATION DU PATIENT EN HAD

Au moins un des critères médicaux et les critères socio environnementaux figurant ci-dessous, doivent être remplis pour que le patient soit éligible au dispositif « HAD sortie précoce de chirurgie ».

##### 1. État médical du patient

Douleur (EVA > 5 avec ou sans traitement) en lien avec l'intervention chirurgicale ou la pathologie, nécessitant une prise en charge spécifique (évaluation de la douleur, traitement par injecteur programmable, réajustement, etc.).

Comorbidités associées nécessitant des prises en charges en journées (soins et surveillance) au rythme d'au moins 2 fois par jour (ASA > 3).

Poursuite du traitement injectable institué en chirurgie ou surveillance d'un injecteur programmé en rapport avec des soins post-chirurgicaux.

Dénutrition pré ou post opératoire lors du séjour chirurgical et nécessitant le recours à une nutrition entérale ou parentérale.

[Pansements complexes, soins en lien avec la continence, soins de stomies une à deux fois par jour en lien ou non avec l'intervention chirurgicale] OU [Nécessitant un passage de l'équipe soignante au minimum deux fois par jour ou supérieure à 30 minutes par jour].

Besoin d'une assistance respiratoire en lien avec l'intervention chirurgicale (ex. *décompensation d'une insuffisance respiratoire chronique dans les suites d'une intervention chirurgicale, etc.*) nécessitant le recours à des soins respiratoires (ex. *soins de trachéotomie, kinésithérapie respiratoire 3 fois/semaine, appareillage d'aide à l'expectoration, aérosols ou aspirations quotidiens, oxygénothérapie, etc.*).

Rééducation orthopédique nécessitant le passage d'un kinésithérapeute au moins 3 fois par semaine.

## **2. Conditions socio-environnementales**

### *a) Critères liés au patient*

Le patient est autonome donc éligible.

Si le patient n'est pas autonome : il est éligible à condition qu'un aidant soit en capacité de comprendre et de mettre en œuvre les consignes de l'équipe soignante. L'aidant doit être disponible, autonome et être capable d'être formé si nécessaire à la gestion des actes de la vie quotidienne du patient. À défaut, il peut également être aidé par une prestation d'aide à domicile.

La perte d'autonomie du patient est à évaluer notamment en fonction de ses capacités à : se lever, et/ou s'asseoir seul, et/ou marcher seul dans son logement sans l'aide d'une tierce personne, et/ou monter et descendre les escaliers et/ou comprendre les consignes.

### *b) Critères liés à l'environnement du patient*

Le logement où s'effectueront les soins devra réunir les conditions d'éligibilité à l'intervention de l'équipe d'HAD, celle-ci pouvant le cas échéant prévoir et mettre en œuvre des aménagements permettant son intervention.

## ANNEXE 3

### ATTENDUS DE L'ÉVALUATION PAR LES ÉTABLISSEMENTS MCO ET HAD ET MODALITÉS DE CANDIDATURE

#### 1. Attendus de l'évaluation par les établissements MCO et HAD

Les établissements MCO et HAD associés, retenus pour participer à l'évaluation devront :

- dans le cadre de la démarche d'auto-évaluation, produire deux rapports, l'un intermédiaire au terme du délai d'un an de mise en œuvre du dispositif, l'autre final, au terme du délai de deux ans ;
- dans la démarche de participation à l'évaluation nationale, contribuer aux travaux mis en œuvre par la DGOS avec l'appui d'un prestataire externe (par exemple, mise à disposition d'éléments de comptabilité analytiques et d'activité).

##### a) Rapport intermédiaire

Le rapport intermédiaire est réalisé au terme du délai d'un an à compter du démarrage du dispositif au sein des établissements.

Il a pour objet de :

- dresser un état des lieux d'avancement du dispositif au moyen des critères et des éléments de preuve demandés au point 1.c Critères d'évaluation figurant ci-dessous ;
- de faire état des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du dispositif ;
- de souligner tout autre élément que l'équipe juge nécessaire.

Il est transmis à l'ARS dans les deux mois qui suivent le délai d'un an, laquelle émet ses observations sur ces documents qu'elle transmet ensuite à la DGOS ainsi qu'aux équipes réalisant cette évaluation.

##### b) Rapport final

Le rapport final est réalisé au terme d'une durée de deux ans à compter du démarrage du dispositif au sein des établissements.

Il permet d'évaluer la mise en œuvre du dispositif au moyen des critères et éléments de preuves demandés au point 1.c Critères d'évaluation figurant ci-dessous. Il intègre ainsi une analyse des pré-requis, des freins et des leviers éventuellement recensés et décrit les impacts de sa mise en œuvre sur :

- la structure pratiquant la prise en charge chirurgicale ciblée ;
- la structure pratiquant l'hospitalisation à domicile ;
- le parcours de soins du patient.

Le rapport final est transmis à l'ARS compétente dans les deux mois qui suivent la fin de la durée de deux ans, laquelle émet ses observations sur l'ensemble des documents qu'elle transmet ensuite à la DGOS ainsi qu'aux équipes réalisant l'évaluation.

##### c) Critères de l'auto-évaluation

Les critères d'évaluation du dispositif font l'objet d'indicateurs et d'éléments de preuve. Ils constituent le socle commun des critères devant apparaître dans le rapport intermédiaire et le rapport final des établissements et serviront à l'évaluation nationale. Ils peuvent être complétés en tant que de besoin par les équipes dès lors qu'elles le jugent nécessaire sur des aspects spécifiques.

*Critère 1. La ou les prises en charge ciblée(s) par le dispositif font l'objet d'une démarche organisée et concertée au sein de l'établissement MCO et de la structure d'HAD, avec l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge du patient dans le cadre de son parcours.*

L'élément de preuve à apporter se matérialise par tous documents portant sur les principes et la mise en œuvre de la démarche à chaque étape et avec chaque acteur (ex. protocoles, conventions).

*Critère 2. Des critères d'éligibilité à l'HAD des patients ont été formalisés pour la ou les prises en charge ciblée(s) selon les recommandations existantes, de façon consensuelle entre l'établissement MCO et la structure d'HAD :*

L'élément de preuve à apporter est l'outil d'analyse de l'éligibilité du patient.

*Critères 3. La mise en œuvre du dispositif permet à des patients éligibles d'être transférés en HAD (MPP n° 29 « sortie précoce de chirurgie ») conformément à la cible envisagée :*

- les indicateurs de suivis pourraient être les suivants:
  - nombre de patients transférés en HAD pour les prises en charge ciblées;
  - taux de transfert des patients par prise en charge: % de patient pris en charge au domicile; en EHPAD;
  - nb de patients non transférés en HAD alors qu'ils étaient initialement prévus en HAD; raisons de ce non transfert.

*Critère 4. La mise en œuvre du dispositif permet de raccourcir la durée de séjour du patient en hospitalisation complète sur la base d'une DMS cible en MCO/en HAD:*

- les indicateurs de suivis pourraient être les suivants:
  - durées de séjour observées en MCO: avant la mise en œuvre du dispositif pour les prises en charge équivalentes/après la mise en œuvre du dispositif et précédant le transfert en HAD;
  - nombre de journées réalisées en HAD suite au transfert du service de chirurgie;
  - pour les séjours transférés: séjours ayant fait appel à un passage en SSR pendant ou après l'HAD ou après une ré hospitalisation: nombre et description de ces séjours;
  - la DMS totale envisagée puis réalisée comprenant la DMS en MCO et la DMS en HAD;
  - analyse des séjours où la DMS est supérieure à la DMS cible en MCO et/ou en HAD (motifs évoqués).

*Critère 5. L'intervention de l'HAD suite à la demande d'un service de chirurgie fait l'objet d'une procédure permettant de respecter les délais prévus.*

Les indicateurs à suivre sont par exemple: le délai moyen de mise en œuvre de l'HAD; la demande d'HAD réalisée en consultation pré opératoire/post opératoire, etc.

*Critère 6. La prise en charge du patient en HAD fait l'objet d'une procédure formalisée et évaluée:*

- les indicateurs à produire sont par exemple: le taux de réhospitalisation en MCO et les motifs associés; le taux de satisfaction des patients, etc.;
- l'élément de preuve à apporter est la production de tous documents formalisés pour la prise en charge en HAD pour les indications concernées:
  - comptes rendus de réunions réalisées entre l'établissement d'HAD et l'établissement MCO;
  - document décrivant le parcours type du patient en HAD pour la prise en charge ciblée par le projet et sa méthode d'élaboration;
  - nombre d'EIG et procédure d'analyse mise en place (RMM);
  - document décrivant la procédure à suivre en cas de complication liée à l'acte chirurgical;
  - documents d'information du patient, du recueil et de l'exploitation du questionnaire de satisfaction patient, etc.

## **2. Modalités de candidature et procédure de sélection des candidats**

L'appel à candidature concerne les équipes de chirurgie (chirurgiens, anesthésistes, cadres de santé, personnels soignants) travaillant dans des établissements autorisés à l'activité de chirurgie et les équipes d'HAD (médecin coordonnateur, infirmière coordinatrice, assistante sociale, etc.).

Il est demandé qu'un référent de la démarche évaluative soit identifié par les établissements se portant candidats à l'évaluation (cf. dossier de candidature page 2). Celui-ci sera l'interlocuteur de l'ARS et de la DGOS.

### *a) Recevabilité des candidatures*

L'ARS destinataire des dossiers de candidature réalisera en premier lieu un examen de recevabilité de ces dossiers qui portera sur les éléments suivants:

- le ou les établissement(s) MCO ont une autorisation d'activité de chirurgie;
- le ou les établissement(s) HAD ont une autorisation d'hospitalisation à domicile;
- le dossier de candidature est complet;
- le dossier de candidature a été envoyé par voies postale et électronique dans les délais demandés.

### *b) Sélection des candidatures*

Une fois la candidature jugée recevable, la sélection des candidats retenus sera réalisée par la DGOS après avis de l'ARS.

- la sélection des candidatures prendra en compte les éléments suivants:
  - niveau d'activité de chirurgie suffisant pour la ou les prises en charge ciblées;

- intérêt et pertinence du projet (besoin des patients, organisations existantes ou à venir, objectifs poursuivis, méthode envisagée);
- structuration et cohérence du projet;
- aptitude des structures et des équipes concernées à porter, coordonner et évaluer le projet;
- crédibilité du calendrier prévisionnel;
- existence de données d'activité anonymisées et de coûts.

Pour des raisons de représentativité, la diversité des prises en charges, des types de structures et des régions seront également prises en compte pour sélectionner les candidatures.

*c)* Modalités de dépôt des dossiers de candidature

Les établissements MCO et HAD associés élaborent conjointement le dossier de candidature (*cf.* annexe 4).

Les dossiers de candidature sont à transmettre à l'ARS et à la DGOS par voies postale (en deux exemplaires) et électronique au plus tard le 5 août 2016 (minuit).

L'ARS transmettra son avis, au moyen d'une grille d'évaluation type (qui sera envoyée ultérieurement) à la DGOS au plus tard le 12 septembre 2016, à l'adresse suivante: DGOS-R4-HADPOSTCHIR@sante.gouv.fr.

Sur la base des avis des ARS, la DGOS désignera les établissements retenus au cours du mois de septembre 2016.

### **3. Modalités de financement des candidats retenus à l'évaluation nationale**

Un financement de 20 000 € (deux fois 10 000 € correspondant à la réalisation des rapports intermédiaire et final) est prévu pour la participation à l'évaluation.

Il pourra concerner une dizaine de projets au niveau national.

Il convient de noter que :

- ce financement ne sera pas reconduit au-delà de la durée de la mesure d'accompagnement (deux ans);
- si aucun patient n'a été transféré en hospitalisation à domicile dans le cadre de ce projet, ce financement sera déchu;
- il n'a pas vocation à financer des ressources humaines pérennes ou des investissements immobiliers.

Les crédits destinés à financer les projets retenus seront délégués aux ARS en secondes circulaires budgétaires 2016 et 2017.

Les établissements MCO et HAD devront, dans le cadre de leurs candidatures conjointes, préciser la répartition souhaitée de ces crédits.

ANNEXE 4

DOSSIER DE CANDIDATURE POUR LES ÉTABLISSEMENTS MCO  
ET HAD SOUHAITANT PARTICIPER À L'ÉVALUATION NATIONALE DU DISPOSITIF

Ce dossier de candidature doit être rempli conjointement par le ou les établissement(s) MCO, associé(s) à un ou plusieurs établissement(s) HAD (ou inversement).



# Appel à candidatures 2016 sur l'évaluation nationale du dispositif de sortie précoce de chirurgie par mobilisation de l'HAD

## Dossier de candidature

Date limite de soumission des projets : **5 août 2016**

<b>Spécialité(s) chirurgicale(s) concernée(s)</b>	
<b>Prise(s) en charge(s) retenue(s) pour le projet</b>	
<b>Nom du ou des établissement(s) MCO [ou HAD] porteur(s) du projet</b>	
<b>Nom du ou des établissement(s) HAD [ou MCO] associé(s) au projet</b>	
<b>Nom et coordonnées du réfèrent de la démarche évaluative (nom, prénom, mail)</b>	
<b>Durée du projet</b>	<b>24 mois</b>



**2. Coordonnées des établissements**

**a. Le ou les établissement(s) MCO (un tableau par établissement)**

<b>Nom et coordonnées de l'établissement MCO</b> - adresse - code postal - ville	
<b>Nom et coordonnées du directeur d'établissement MCO</b> - téléphone - mail	
<b>Statut de l'établissement MCO (public, ESPIC, privé commercial)</b>	
<b>Date(s) de délivrance/renouvellement de l'autorisation pour la pratique de la chirurgie</b>	

**b. Le ou les établissement(s) d'HAD (un tableau par établissement)**

<b>Nom et coordonnées du ou des établissement(s) HAD</b> - adresse - code postal - ville	
<b>Nom et coordonnées du ou des directeur(s) d'établissement(s) HAD</b> - téléphone - mail	
<b>Statut du ou des établissement(s) HAD (public, ESPIC, privé, association)</b>	
<b>Date(s) de délivrance/renouvellement de l'autorisation pour la pratique de l'hospitalisation à domicile</b>	

**3. Description des activités de chirurgie et d'hospitalisation à domicile**

**a. Pour le ou les établissement(s) MCO (un tableau par établissement)**

**Description de l'activité de chirurgie pour la ou les prise(s) en charge ciblée(s) réalisée chaque année depuis 2010 (volume, DMS, niveaux de sévérité)**

Maximum 1 page – Police Arial taille 11

**Disposez-vous au sein de votre établissement d'une comptabilité analytique ou de tout autre document permettant d'analyser les données d'activités et/ou comptables?**

.....

**b. Pour le ou les établissement(s) d'HAD (un tableau par établissement)**

**Description de l'activité d'hospitalisation à domicile réalisée chaque année depuis 2010 (prise en charge (modes de prises en charge principal et associé réalisés), volume d'activité, modalités de coordination, moyens et compétences mises en œuvre)**

- positionnement de l'activité dans l'offre régionale
- projet médical concernant cette activité

maximum 1 page - Police Arial taille 11

**Disposez-vous au sein de votre établissement d'une comptabilité analytique ou de tout autre document permettant d'analyser les données d'activité et/ou comptables?**

.....

**4. Composition de l'équipe chirurgicale de l'établissement MCO (un tableau par type de prise en charge et par établissement)**

Equipe chirurgicale				
Nom du chef de service				
Noms des chirurgiens impliqués dans le projet				
Adresse(s) électronique(s) du service				
Téléphone(s) du secrétariat				

**5. Composition de l'équipe de l'établissement d'HAD (un tableau par établissement)**

Equipe de coordination				
Nombre d'ETP				
Fonctions				
Nom(s) du ou des médecin(s) coordonnateur(s) (indiquer si ce dernier a une spécialité - ex. gériatrie, urgentiste, libéral etc...)				
Adresse(s) électronique(s) du service				
Téléphone(s) du secrétariat				

Equipe soignante intervenant en HAD pour la prise en charge ciblée par le projet (un tableau pour chaque prise en charge ciblée)						
Fonctions	Infirmier(e)	Aides soignant(e)	Kinésithérapeute	Diététicien(ne)	Ergothérapeute	Autre (préciser)
Nombre d'ETP par fonction, préciser si : - Salariés - libéraux						
Adresse(s) électronique(s) du service						
Téléphone(s) du secrétariat						

**6. Choix et justification de la ou des prise(s) en charge ciblée(s) par le projet**

**Décrire les modalités et les raisons du choix de la ou des prise(s) en charge ciblée(s) :**  
(1 à 2 pages)

**Les éléments présentés devront permettre d'évaluer :**

- L'intérêt et la pertinence du dispositif mis en place notamment au regard :
  - De la patientèle des établissements ;
  - du ou des établissement(s) MCO et du ou des établissement(s) d'HAD ;

**7. Objectifs envisagés quant à la réalisation du dispositif**

**Présentation des objectifs opérationnels du dispositif : (1 à 2 pages)**

**Les éléments présentés devront permettre d'évaluer :**

- Les objectifs généraux
- les objectifs opérationnels de prise en charge et d'activité (DMS cibles en MCO et DMS cibles en HAD, volumes d'activité cibles par type de prise en charge par année) ;

**1. Objectifs généraux du projet**

**2. Objectifs opérationnels**

## **8. Modalités de réalisation du dispositif**

**Présentation des modalités de réalisation du dispositif : (1 à 3 pages maximum)**

**Les éléments présentés devront permettre d'évaluer :**

- Méthodologie de la démarche partagée ; les étapes clés ; le calendrier de montée en charge ;
- Organisation envisagée pour le parcours du patient ;
- Outils mis en œuvre pour assurer :
  - o la coordination des structures ;
  - o le suivi des patients ;
- Aptitude des structures et des équipes à porter le dispositif et à en assurer la coordination

**9. Modalités envisagée pour la réalisation de l'auto-évaluation**

**Description des modalités d'évaluation du dispositif** (cf. 1.c « Critères d'évaluation» figurant en annexe 3 de l'instruction n° DGOS/R4/R3/2016/185 du 6 juin 2016) (1 à 2 pages) :

- Méthode envisagée pour mobiliser les indicateurs et éléments de preuve permettant de mesurer l'atteinte des critères prévus dans l'annexe 3 de l'instruction ;
- Méthode envisagée, pour la mise en place et la mobilisation de d'autres indicateurs éventuels en lien avec le contexte local et les objectifs spécifiques du dispositif ;

**Les éléments présentés devront permettre d'évaluer l'aptitude de la structure à :**

- mener une démarche d'auto-évaluation et alimenter les rapports intermédiaire et final qui seront transmis à l'ARS;
- participer à l'évaluation nationale qui sera réalisée par la DGOS avec l'appui d'un prestataire extérieur.

**10. Financement de l'évaluation (20 000€ par projet)**

**Les établissements doivent préciser la ventilation souhaitée des crédits alloués pour l'évaluation du dispositif entre le ou les établissement(s) MCO et le ou les établissement(s) d'HAD :**

*Ex. 10 000 € pour l'établissement MCO et 10 000€ pour l'établissement d'HAD ; 20 000€ pour l'établissement MCO ou HAD etc.*

.....  
.....

### **11. Engagement des candidats**

Les candidats s'engagent à :

- Élaborer, mettre en œuvre et auto évaluer le dispositif soumis sur une durée de deux ans ;
- À participer à l'évaluation nationale réalisée par la DGOS (transmission de données anonymisées et comptables).

**Nom(s) du ou des établissement(s) MCO candidat(s) si plusieurs établissements MCO sont concernés, chaque structure devra signer cet engagement:**

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_, directeur  
d'établissement \_\_\_\_\_ (nom) :

- Déclare avoir pris connaissance de l'appel à candidature relatif à l'évaluation du dispositif de sortie précoce de chirurgie par mobilisation de l'HAD ainsi que de l'instruction encadrant ce dispositif ;
- Certifie l'exactitude des informations présentes dans ce dossier ;
- Autorise les équipes de mon établissement à participer au dispositif et m'engage à leur en permettre la réalisation ;
- M'engage à élaborer les rapports intermédiaire et final du dispositif sur deux ans de mise en œuvre ;
- M'engage à participer à l'évaluation nationale qui sera menée par la DGOS en lien avec un prestataire externe et à lui fournir des données d'activité anonymisées et comptables.

Cachet de l'organisme \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature du directeur de l'établissement :

Signature du ou des chef(s) de pôle(s)/service(s) de chirurgie concerné(s):

**Nom(s) du ou des établissement(s) HAD candidat(s) (si plusieurs établissements HAD sont concernés, chaque structure devra signer cet engagement) :**

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_, directeur  
d'établissement d'hospitalisation à domicile \_\_\_\_\_ (nom) :

- Déclare avoir pris connaissance de l'appel à candidature relative à l'évaluation du dispositif de sortie précoce de chirurgie par mobilisation de l'HAD ainsi que de l'instruction encadrant ce dispositif et certifie l'exactitude des informations présentes dans ce dossier ;
- Certifie l'exactitude des informations présentes dans ce dossier ;
- Autorise les équipes de mon établissement à participer au dispositif et m'engage à leur en permettre la réalisation ;
- M'engage à élaborer les rapports intermédiaire et final du dispositif sur deux ans de mise en œuvre ;
- M'engage à participer à l'évaluation nationale qui sera menée par la DGOS en lien avec un prestataire externe et à lui fournir des données d'activité anonymisées et comptables.

Cachet de l'organisme

Le \_\_\_\_\_

Signature du directeur de l'établissement HAD :

**Veuillez envoyer les signatures manuscrites et originales et non scannées par courrier**

### Modalités de candidature

**Attention : Tout dossier incomplet entraînera l'irrecevabilité du projet**

Le dossier finalisé est transmis à l'ARS territorialement compétente ainsi qu'à la DGOS **sous forme électronique et sous forme papier** (en deux exemplaires pour chaque institution) **au plus tard le 5 août 2016 (minuit)**. Les deux formats doivent être **strictement identiques** à l'exception des signatures.

Adresse postale :

Appel à Candidatures HAD post chirurgie  
Sous-direction de la régulation de l'offre de soins  
Bureau R4 - Prises en charge post aigües, pathologies chroniques et santé mentale  
Direction générale de l'offre de soins (DGOS)  
14 avenue Duquesne - 75007 PARIS

Adresse email :

[DGOS-R4-HADPOSTCHIR@sante.gouv.fr](mailto:DGOS-R4-HADPOSTCHIR@sante.gouv.fr)