

## COMITÉ TECHNIQUE MCO Plénier

### Compte-rendu de réunion

Date : 08 juillet 2020

Heure : 14h00-17h00

Lieu : ATIH Paris et Lyon

#### PARTICIPANTS

<p><b>FEHAP :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Naila BOUSSAID</li><li>➤ Anne LECOQ</li><li>➤ Pierre METRAL</li></ul> <p><b>FHF :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Blaise TRAMIER</li><li>➤ Véronique GILLERON</li></ul> <p><b>UNICANCER :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Sandrine BOUCHER</li><li>➤ Béatrice LE VU</li></ul> <p><b>FHP-MCO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Laure DUBOIS</li></ul>	<p><b>SOFIME :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Didier THEIS</li></ul> <p><b>DREES :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Alice BERGONZONI</li></ul> <p><b>CNAM</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Eric EKONG</li></ul> <p><b>DGOS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Caroline JEANNE</li><li>➤ Christopher POISSON-CALAIS</li></ul>	<p><b>ATIH :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Joëlle DUBOIS</li><li>➤ Catherine LE GOUHIR</li><li>➤ Mériem SAID</li><li>➤ Vincent PISETTA</li><li>➤ Raphaël SCHWOB</li></ul>
--	--	---

#### ORDRE DU JOUR

- **Classification**
  - Prise en compte de la sévérité en médecine
  - CMD 09 chirurgicale
  - Création de racines en K dans la CMD 08
  
- **Points divers**

**L'intégralité des données présentées est disponible dans le diaporama joint à ce compte-rendu.**

## 1 CLASSIFICATION

### 1.1 PRISE EN COMPTE DE LA SÉVÉRITÉ EN MEDECINE

Après un rappel du contexte général de ces travaux, l'ATIH indique les deux axes de réflexion :

- Un axe orienté vers la recherche de simplification du codage/recueil des données d'activité. Dans ce domaine, l'ATIH cherche d'une part à utiliser de façon complémentaire les données du PMSI via les informations issues des séjours antérieurs. D'autre part, l'ATIH souhaite évaluer le bénéfice à mobiliser d'autres sources d'information (comme le SNDS).
- Un axe orienté vers l'amélioration de la qualité de la classification pour la prise en compte de la sévérité, notamment en médecine. Sur ce sujet, des travaux sont engagés pour évaluer l'impact qualitatif du modèle des CMA en réfléchissant à la modulation des niveaux des diagnostics entre les séjours de chirurgie et de médecine. En parallèle, la possibilité d'associer/de combiner différemment les diagnostics entre eux (CMA multiples) est testée.

#### 1.1.1 Travaux sur la simplification

##### 1.1.1.1 Historique du patient

L'objectif de ces travaux est d'évaluer si les hospitalisations passées influencent la lourdeur d'un séjour (séjour cible) et, au sein des facteurs identifiés, déterminer celui ou ceux qui ont le plus d'impact.

Pour ce faire, l'ATIH a réalisé un chaînage des hospitalisations en MCO dans les 365 jours précédant le séjour cible. Sur ce(s) séjour(s) antérieur(s), les éléments suivants ont été étudiés :

- Racine de GHM
- Niveau de sévérité recalculé : construction de 4 classes de durée optimales selon la durée pour chaque racine (sans prise en compte des DAS)
- Passage en réanimation (oui/non)
- Passage par les urgences (oui/non)
- Délai entre sortie du séjour précédent et entrée du séjour cible

Ces travaux ont été menés sur 2 pathologies ciblées :

- AVC : 01M15, 01M16, 01M30, 01M31
- BPCO : 04M08, 04M13, 04M20

Puis, à l'aune des premiers résultats, ces travaux ont été élargis à la sous-CMD 04 médicale organisée en 9 regroupements de racines de GHM (pneumothorax, BPCO, bronchite, asthme, épanchement, infections pulmonaires, insuffisance respiratoire, bronchiolite, traumatisme).

L'analyse a été médicale (comparer nos résultats aux données de la littérature et aux retours des cliniciens) et statistique (quantifier la qualité de l'information apportée par l'historique médical du séjour cible par rapport à celle apportée par les DAS du séjour cible).

#### **Résultats**

D'un point de vue statistique, l'historique médical explique très peu les variations de durée de séjour en absolu (10,4% de PVE, soit 1,4% de plus que la PVE sur les racines seules, sur le périmètre de la sous-CMD04 médicale) et surtout relativement aux DAS (PVE = 32,3% sur le même périmètre).

D'un point de vue médical, deux facteurs ont un impact sur la durée du séjour cible :

- Antécédent de séjours « longs » (niveaux 3 et 4)
- Passage en réanimation

Deux facteurs ont un effet variable en fonction du séjour cible et sur un délai très court (maximum un mois avant le séjour cible) :

- Age
- GHM antérieurs : essentiellement des séjours lourds (chirurgicaux) ou en lien avec les facteurs de risque de la pathologie du séjour cible (alcoolotabagique, diabète).

En revanche, le passage aux urgences n'a aucun impact sur la durée du séjour cible.

L'ATIH va poursuivre ces travaux dans 2 voies :

- Tester d'autres facteurs potentiellement explicatifs : 2 séjours antérieurs et non un seul
- Etendre le périmètre d'étude sur d'autres séjours cibles (autres sous-CMD médicales)

#### **Remarques et observations des participants :**

La FEHAP suggère d'étendre ces travaux en chaînant avec des séjours non MCO (essentiellement SSR et psychiatrie). L'ATIH répond que c'était une piste envisagée au commencement de ces travaux. Au regard du très faible gain qualitatif sur le champ MCO et de la complexité technique d'un tel chaînage, la pertinence de ces travaux est questionnée.

La FEHAP suggère qu'une étude des DAS des séjours antérieurs pourrait être intéressante, notamment pour mesurer l'impact de pathologies chroniques préexistantes. La réflexion est intéressante et pourrait être étudiée.

UNICANCER propose de prendre en compte le nombre total de journées d'hospitalisation sur l'année. Cette réflexion est intéressante et pourrait être étudiée. Elle complète l'information actuellement utilisée sur la longueur du séjour antérieur.

UNICANCER demande également si ces travaux ont été réalisés en distinguant les secteurs d'hospitalisation. L'ATIH répond que ce n'est pas encore le cas.

#### 1.1.1.2 Typage aigu/chronique

L'objectif de ces travaux est de mettre en évidence d'éventuelles spécificités de la médecine par rapport à la chirurgie vis-à-vis des profils de diagnostics utilisés en DAS. Cette réflexion est notamment issue des premiers résultats des travaux sur la modulation présentés ci-après (1.1.2.1).

La typologie retenue s'appuie sur la définition des pathologies chroniques du Haut Conseil de la Santé Publique. Les travaux ont également pris en compte les spécificités des règles et consignes de codage des DAS.

### **Résultats**

Les pathologies chroniques sont plus fréquentes en DAS dans les racines médicales comme dans les racines chirurgicales.

En revanche, lorsque l'on étudie les séjours de niveau 2 ou plus et les DAS de niveau maximum des séjours, les pathologies aiguës sont les plus fréquentes et ont le plus d'impact sur l'allongement en durée des séjours.

Il y a une différence importante de distribution des types de pathologies entre la médecine et la chirurgie.

Pour les niveaux élevés (3 et 4), la règle du diagMax masque probablement l'impact des pathologies chroniques, notamment en médecine.

Ces travaux apportent un élément d'explication sur la faible qualité statistique de l'utilisation des antécédents (section 1.1.1.1.) puisque les pathologies chroniques en DAS ont moins d'impact.

Quelles sont les conséquences envisageables pour la simplification du codage et sur la suite des travaux de l'ATIH ?

Il est très difficile d'envisager une simplification du codage des pathologies aiguës dans la mesure où, par définition, elles ne peuvent pas être anticipées. En revanche, il y a une possibilité de simplifier le codage d'une pathologie chronique, notamment en utilisant les ALD.

L'ATIH va poursuivre ce travail en cherchant à tester ce facteur.

#### 1.1.1.3 Catégories « précarité »

La notion de précarité et de façon plus générale la vulnérabilité ou la fragilité des patients est citée dans de nombreux travaux (EDS, HAD, SSR, MCO, ...) comme un facteur important d'alourdissement des prises en charge. Alertée par ce sujet et dans le cadre des travaux sur l'analyse de la sévérité des séjours médicaux,

L'ATIH a constitué un groupe de travail interne pour catégoriser les différentes situations sous-tendues dans la notion de vulnérabilité et/ou de précarité.

L'objectif de ce groupe a été dans un premier temps de définir ces dimensions et d'en identifier les périmètres à partir des codes de la CIM 10. Cette première étape s'est déroulée sur le 1<sup>er</sup> semestre 2020 et a permis de définir des catégories, à l'intérieur d'entre elles des dimensions, elles-mêmes constituées de listes de diagnostics, telle que schématisé ci-dessous.

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
<b>Conditions personnelles</b>	Conditions économiques	Revenu Emploi Couverture sociale
	Troubles cognitivo-comportementaux	Troubles cognitifs Troubles comportementaux Conduites addictives
	Autonomie pour la vie quotidienne	Mobilité / Motricité Réalisation des activités corporelles Gestion activités domestiques et financières Tutelle / Curatelle

Les étapes suivantes consistent à tester l'impact de toutes ces dimensions. Plusieurs méthodes peuvent être envisagées : mettre tous les codes sur le même plan, étudier les effets résiduels des codes, ...

Ensuite, si elles ont un impact : évaluer les possibilités de les capter autrement que par des diagnostics (SNDS essentiellement).

Ce travail sera poursuivi sur la fin d'année 2020.

La FHF demande si l'ATIH peut s'appuyer sur les données fournies par le VIDHOSP. L'ATIH répond que ces données sont partielles et que le codage de la précarité par des codes de la CIM 10 reste fréquent et donc exploitable.

La FHF signale également qu'il existe fréquemment des problèmes de remontée des données sociales des patients du dossier social (projet social) des assistants sociaux vers le DMP.

## 1.1.2 Travaux sur l'amélioration de la qualité de la classification à recueil constant

### 1.1.2.1 Modulation CK versus MZ

La modulation est une évolution méthodologique qui a déjà été abordée en Comité Technique. Il s'agit de mieux prendre en compte l'effet des DAS en distinguant leurs effets sur les séjours de médecine (et séjours dans les racines en Z) par rapport à leurs effets dans les séjours des racines en C et en K. Ce faisant, la réalité clinique de l'impact des DAS dans le séjour des patients est mieux reconnue dans la classification.

Les premiers travaux ont permis de montrer qu'environ un tiers des diagnostics n'ont pas le même niveau de sévérité en médecine qu'en chirurgie.

Ils ont également identifié des tendances :

- Effet plus important sur les séjours de chirurgie des pathologies aiguës, notamment infectieuses
- Effet plus important sur les séjours de médecine des maladies chroniques (psychiatriques, dont addictologie), notamment liées à l'âge.

Ces tendances ne sont pas retrouvées pour certaines pathologies comme les maladies de l'appareil circulatoire, les pathologies cutanées (ulcères), le diabète ou les tumeurs.

Ces premiers résultats laissent penser que de probables biais de codage ont un impact important.

Ces premiers éléments ont nécessité un investissement sur les travaux de typage des diagnostics présentés ci-dessus (1.1.1.2. Typage aigu/chronique).

L'analyse statistique de la modulation retrouve un impact positif (+0,44% au global : +0,59% en CK et +0,33% en MZ) de cette évolution. C'est-à-dire que la modulation permettrait de mieux différencier les séjours.

Cette conclusion se confirme avec l'étude des DMS par niveau : avec la modulation celles-ci sont encore plus différentes, comme le montre le tableau ci-dessous donnant les DMS hors séjours de 0 jour

Niveau	Sans modulation		Avec modulation	
	CK	MZ	CK	MZ
1	2,9	2,7	3,1	2,7
2	6,9	6,6	8,7	6,5
3	13,6	11,8	15,8	11,1
4	27,6	18,5	29,4	17,8

Les Fédérations confirment les biais de codage qui existent au sein des établissements :

- Des codages très exhaustifs
- Des différences entre les séjours de médecine et les séjours de chirurgie
- Des codages impactés par les contrôles T2A
- Des codages centrés sur la recherche du DAS d'effet maximum
- ...

Pour apprécier le biais de codage en chirurgie, la FHF suggère d'identifier des séjours de chirurgie passés ou non par une unité médicale et de comparer à GHM identique les DAS codés.

#### 1.1.2.2 Algorithme : des Effets Isolés au gradient

Actuellement, les travaux de classification sont réalisés avec l'algorithme des « effets isolés » (EI). Développé pour la mise en place de la V11, cet algorithme ne prend en compte qu'un seul facteur : le diagnostic d'effet maximal. Il est, de plus, considéré comme complexe et il n'est pas optimal (au sens statistique du terme). L'ATIH réfléchit depuis quelques années à l'évolution de cet outil. Des évolutions méthodologiques et informatiques ces 20 dernières années permettent d'envisager des changements. Ces changements sont en outre nécessaires pour traiter des bases de données importantes et cumuler/combiner des facteurs.

Des tests ont été réalisés avec plusieurs algorithmes. A ce stade de nos recherches, un gain de performance et de souplesse significatif est obtenu avec la méthode dite de la « descente du gradient ».

L'ATIH ne présente pas plus avant ce projet qui pourra être détaillé dans une autre réunion.

Ce sujet n'appelle pas de remarque particulière des participants.

#### 1.1.2.3 CMA multiples

Comme la modulation, les CMA multiples sont une évolution méthodologique qui a déjà été abordée en Comité Technique. On appelle « CMA multiples » le modèle qui associe le niveau de plusieurs diagnostics pour définir le niveau du séjour.

Sur ce projet, deux développements méthodologiques ont été testés :

- Les CMA multiples simples : on associe un nombre de diagnostics d'un niveau x avec un niveau de séjour y. Exemple de règles :
  - 4 diagnostics de niveau 2  $\Rightarrow$  niveau de séjour 3
  - 2 diagnostics de niveau 3  $\Rightarrow$  niveau de séjour 3
  - 1 diagnostic de niveau 3  $\Rightarrow$  niveau de séjour 2
- Les CMA multiples évoluées : l'ensemble des niveaux des diagnostics est considéré en même temps pour définir le niveau du séjour. Exemple de règle :
  - 2 diagnostics niveau 2 + 3 diagnostics de niveau 3  $\Rightarrow$  niveau de séjour 4

**Ces travaux ont permis de montrer un gain important de performance même sans augmenter fortement la complexité du modèle (CMA multiples « simples »). Ce gain de performance est beaucoup plus marqué que pour les autres modifications envisagées (modulation, algorithme,...).**

	PVE	CMA classiques	CMA multiples simples	Classiques vs multiples simples	CMA multiples évoluées	Multiples simples vs évoluées
4 niveaux sans modulation	CK	48,2%	53,3%	+5,1%	53,6%	+0,3%
	MZ	36,4%	39,6%	+3,2%	40,4%	+0,8%
	Complexité	2400 niveaux	2400 niveaux +12 règles		2400 niveaux +124 règles	
5 niveaux sans modulation			53,9%		56,1%	
			40,5%		42,4%	
			2400 niveaux +16 règles		2400 niveaux +624 règles	
			+0,6%		+2,5%	
			+0,9%		+2,0%	

Les travaux vont se poursuivre pour trouver un compromis entre la version évoluée et la version simple du modèle. Un travail conséquent de relecture médicale des résultats est également à réaliser.

En synthèse générale de ces travaux sur la meilleure prise en compte de la sévérité en médecine, l'ATIH indique que les travaux vont se poursuivre sur la fin de l'année 2020 et sur l'année 2021.

L'objectif est de proposer un gradient de solutions techniques de classification, fonction de la qualité de l'algorithme, de la simplification du recueil, de la facilité de mise en œuvre dans les établissements (SI, ...).

Compte tenu de l'échelonnement des travaux présentés par l'ATIH, UNICANCER demande si une mise en œuvre en Campagne 2021 de l'une ou l'autre partie des travaux est envisagée. L'ATIH indique que le calendrier présenté est le calendrier des travaux de l'Agence et non celui de la mise en œuvre.

## 1.2 MISE EN ŒUVRE DE LA CMD 09

L'ATIH rappelle les travaux menés sur ce sujet, ainsi que la synthèse des échanges du dernier Comité Technique du 11 mars.

Il y avait eu un accord des fédérations sur la pertinence de ce nouvel algorithme et sur la nécessité de sa mise en œuvre en 2021.

En complément, la FEHAP souhaite que soit également conduite une relecture des critères de segmentation de la partie médicale de l'algorithme de la CMD09, (sur le plan statistique et avec la société savante), en particulier autour des prises en charges des plaies chroniques.

Il avait été prévu alors d'organiser une réunion mi-avril pour présenter aux chirurgiens des fédérations cette évolution classificatoire.

Compte tenu de la crise sanitaire, cette réunion avait été annulée.

L'ATIH propose aux fédérations à l'occasion de ce comité technique de relancer ces travaux et de programmer pour le mois de septembre la réunion avec les chirurgiens.

Les fédérations confirment leur intérêt pour ces travaux et leur participation à ce groupe de travail.

L'ATIH fait parvenir une proposition de dates pour cette réunion.

### 1.3 CREATION DE RACINES EN K DANS LA CMD 08

Dans la continuité des échanges des CT pléniers d'octobre 2019 et de mars 2020, l'ATIH a engagé des travaux pour créer des racines en K dans la CMD 08, afin de prendre en compte les évolutions thérapeutiques.

3 axes potentiels d'évolution :

- Rendre classant des actes qui ne le sont pas et qui laissent les séjours dans des racines en M
- Réorganiser les racines en K actuelles
- Réorienter des actes classant dans des racines en C vers des racines en K

A ce stade, les travaux ont surtout mobilisé les séjours actuellement orientés dans des racines en M.

En 1<sup>ère</sup> étape, il s'est agi d'identifier les actes potentiels dans la CCAM. La sélection des actes a été la suivante :

- 3<sup>ème</sup> lettre : action : biopsies et ponction/cytoponction ; nettoyages d'articulations/évacuation de collections
  - H : prélever
  - J : drainer
- 4<sup>ème</sup> lettre : modalité d'accès
  - B: accès transpariétal
  - C : accès endoscopique transpariétal
  - D: accès transorificiel
  - F: accès intraluminaltranspariétal
  - H: actes avec rayons X avec accès autre qu'abord ouvert
  - J: actes par ultrasons ou remnographie avec accès autre qu'abord ouvert

Au final, 157 actes ont été identifiés.

Au terme de plusieurs étapes d'analyses médicales et statistiques, 21 actes sont retenus :

- Spondyloplasties : LHMHXXX
- Thermocoagulation : LHNH001
- Tumoréctomies : LHFH001, PAFH001
- Biopsies : MZHHXXX, NZHHXXX, LAHHXXX, LHHHXXX
- Scléroses d'une lésion vasculaire : EZNHXXX
- Cimentoplastie : PAMH001

A ce stade des travaux, les premières orientations identifient un groupe homogène de séjours pour intervention sur le rachis avec un geste d'anesthésie complémentaire pour des séjours de 0 et 1 nuit.

Les travaux doivent se poursuivre, notamment :

- Identifier des actes de racines en C qui auraient des caractéristiques comparables
- Confirmer la pertinence de ce groupe et son impact sur les racines en M et K

Du point de vue de la méthode, l'ATIH propose de mettre en place un groupe technique avec des cliniciens (chirurgiens ortho, chirurgiens du rachis, radiologues interventionnels, ...) identifiés par les fédérations.

La première réunion de ce groupe aurait lieu en fin d'année 2020.

Les fédérations confirment leur intérêt pour ces travaux et leur participation à ce groupe de travail.

L'ATIH fait parvenir une proposition de dates pour cette réunion.



## 2 POINTS DIVERS

La FEHAP demande pourquoi il n'y a pas de présentation des travaux d'Information Médicale et de Nomenclatures lors de ce CT. L'ATIH répond que le programme de travail n'est pas modifié sur ces sujets. Certains travaux sont en cours et leur état d'avancement ne permettait pas d'en faire état en CT. D'autres sont portés par le DGOS, il n'appartient pas à l'ATIH de communiquer dessus.

UNICANCER rappelle un courriel du mois de mars faisant état de questions sur l'instruction gradation et sur un problème de hiérarchisation dans la classification sur le sujet des curiethérapies. L'ATIH va revoir ce courriel et voir quelles réponses apporter (avec la DGOS sur le sujet Instruction gradation).

La prochaine réunion du Comité technique plénier MCO aura lieu à l'automne 2020.