

COMITÉ TECHNIQUE MCO Activité

Compte-rendu de réunion

Date : 05 février 2025

Heure : 14h00-16h00

PARTICIPANTS

FEHAP : <ul style="list-style-type: none">• L. ROUSSELET• M. PANZU FHF : <ul style="list-style-type: none">• B. TRAMIER• A. LIPARO UNICANCER : <ul style="list-style-type: none">• B. LE VU• S. BOUCHER FHP-MCO : <ul style="list-style-type: none">• L. DUBOIS• M. DERANCOURT	SOFIME : <ul style="list-style-type: none">• V. BUHAJ• D. THEIS DREES : <ul style="list-style-type: none">• Excusé CNAM : <ul style="list-style-type: none">• M. HAYAB DGOS : <ul style="list-style-type: none">• C. JEANNE DSS : excusés	ATI H : <ul style="list-style-type: none">• J. DUBOIS• S. GUEANT• V. BERGER• C. LE GOUHIR• P. LEBLANC• V. PISETTA• N. DAPZOL• R. SCHWOB
--	---	---

Accueil des participants par l'ATI H, présentation de l'ordre du jour.

Information médicale

- Evolution du calendrier Campagne : du 1er mars au 1er janvier
- Programme de travail 2025 en Information médicale
- Etat d'avancement des travaux de refonte de la CCAM

Classification

- Sévérité inter-champs
- Travaux sur l'interventionnel

Ce compte-rendu ne retrace pas l'intégralité des éléments présentés ; ces derniers doivent être consultés dans le diaporama. Seuls les principaux éléments de la présentation et de la discussion sont retranscrits.

TRAVAUX D'INFORMATION MEDICALE

1. EVOLUTION DU CALENDRIER CAMPAGNE : DU 1ER MARS AU 1ER JANVIER

L'évolution du calendrier Campagne a été introduite par la LFSS pour 2024 :

·Article L162-22-3-1

I.- Chaque année, l'Etat fixe, dans le respect du montant de l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 162-22-1 et selon les modalités prévues au même article L. 162-22-1, les éléments suivants :

1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-3, qui peuvent être différenciés par catégorie d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical ;

(...)

Ces tarifs et ce coefficient prennent effet le 1er janvier de l'année.

(...)

Conformément au D du VII de l'article 49 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023, jusqu'au 31 décembre 2025, par dérogation au présent article dans sa rédaction résultant des 1° et 5° du D du I dudit article 49, les tarifs et les coefficients mentionnés au présent article prennent effet au 1er mars de l'année en cours.

En conséquence, tout le calendrier de production des outils de campagne (logiciels, textes, tarifs, etc...) a été revu, ainsi que la programmation des CT Activité. Ainsi, le programme de travail CIMMF en année N sera désormais présenté en novembre/décembre de l'année N-1 (2025 pour la campagne 2026), l'avancement des travaux sera présenté en mars/avril, et les évolutions et mises en œuvre en année N+1 seront présentées en juillet. Les webinaires DIM et éditeurs se tiendront à mi-septembre.

2. PROGRAMME DE TRAVAIL 2025 EN INFORMATION MEDICALE

Le programme de travail en Information Médicale est structuré autour de plusieurs axes :

1. Recueil et réforme du financement :

Différents projets sont mis en avant, notamment l'évolution des recueils liés à la réforme du financement de la radiothérapie, de la dialyse ; la poursuite de travaux sur des dispositifs déjà en place, à la demande de la DGOS (ADNP, MRC, etc.) ; et de nouveaux sujets à instruire (chirurgie oncologique complexe, article 51, etc.).

2. Nomenclatures :

La refonte de la CCAM est en cours de finalisation. L'ATIH prévoit des travaux en lien avec la révision des ICR, et une intégration des nouveaux actes dans les classifications médico-économiques.

3. Pilotage et modernisation des systèmes d'information médicale

Plusieurs projets structurants sont identifiés, comme DRUIDES (poursuite de l'extension à l'HAS, MATIS, etc.), E-PMSI (refonte en lien avec la mise en place d'une démarche centrée utilisateurs) et EvalSanté (en particulier la conception du circuit de transmission du courriel).

Le programme des nouveaux recueils s'articule autour de la mise en place de la gouvernance, la publication de la cartographie des données de santé demandées au niveau national aux établissements de santé, ainsi que des stratégies d'automatisation et de concentration.

4. Expérimentations

Deux expérimentations sont mises en avant : le projet pilote CIM-11 et le projet pilote PNR (automatisation des fichiers médicaments en accès dérogatoire).

UNICANCER s'étonne de voir le déploiement de la CIM-11 comme un sujet phare. Ce sujet est bien identifié dans les objectifs du COP de l'agence avec un point de bascule, positionné pour le moment à 2031, ce qui nécessite d'importants travaux de mesure d'impact, d'adaptation et d'accompagnement en amont.

La SoFIMe indique que les DIM sont en attente d'information sur la plateforme Eval Santé qu'ils connaissent mal. Une communication sur l'état d'avancement des travaux, le circuit envisagé, la confidentialité, etc. Serait

utile. L'ATIH répond que c'est un objectif 2025 de faire la démonstration que la plateforme est fonctionnelle, au travers du projet pilote MRC.

La FHP a été étonnée de découvrir le sujet du recueil des évolutions d'ouverture de lits de soins critiques dans la notice technique, sujet qui n'avait pas été présenté en comité technique auparavant, d'autant que ce sujet va à l'encontre des préconisations de simplification. L'ATIH répond qu'en effet, le calendrier s'est précipité en fin d'année et que le lien avec le ROR a bien été préconisé mais que la DGOS a souhaité mettre en place ce recueil rapidement pour réaliser des études dans le cadre de la réforme du financement des soins critiques.

(à distance du comité technique, ce recueil a finalement été supprimé, à la demande de la DGOS)

La FHF pointe le sujet de la fin de campagne du BEYFORTUS alors que la délivrance se poursuit. L'ATIH est au courant et attend les directives de la DGOS.

3. ETAT D'AVANCEMENT DES TRAVAUX DE REFONTE DE LA CCAM

L'ATIH a participé aux comités cliniques en 2023 (15), 2024 (28). En 2026, il reste à réaliser 6 comités cliniques. L'objectif du HCN est de terminer les réunions de synthèse en février 2025. L'ATIH prévoit une finalisation des travaux de redescription et des dernières relectures au printemps. Les tables de transcodage devront être produites, avant le démarrage des travaux d'intégration dans les classifications.

TRAVAUX DE CLASSIFICATION

1. TRAVAUX SEVERITES INTER-CHAMPS

L'ATIH rappelle les principales étapes de ce projet, notamment le travail de communication et de pédagogie réalisé en 2024 :

- Présentation aux fédérations en mars et avril
- Mise à disposition d'une documentation et de bases groupées sur la plateforme des données hospitalières
- Nombreuses présentations complémentaires : FEHAP MCO-SMR, FHP MCO et SMR

Les différents retours écrits des fédérations sont rappelés en séance, notamment les retours positifs sur les travaux eux-mêmes et l'absence de consensus, à ce stade, sur le nombre de niveaux de séjour (modèles à 4 ou 5 niveaux de séjour).

L'ATIH rappelle enfin la demande des fédérations, au cours du précédent comité technique, de mise en place d'une expérimentation avant la mise en œuvre effective du nouveau modèle.

En lien avec cette attente, l'ATIH propose la mise en œuvre d'une expérimentation au cours de l'année 2025 qui s'appuierait sur les outils suivants :

1. Un outil de groupage des séjours dans la nouvelle version de classification qui permette un retour au séjour. Cet outil sera proposé au 2^{ème} semestre 2025.
2. Mise à disposition d'indicateurs globaux par établissement. Cet outil sera proposé au 2^{ème} semestre 2025.
3. Un outil de « groupage à la main » ou « en live ». La production de cet outil est en cours d'expertise au sein de l'ATIH afin de proposer un calendrier de mise en place.

En complément de ces outils, l'ATIH mettra en place un accompagnement pédagogique à destination des établissements de santé (webinaires, documentations, ...).

Compte tenu de l'absence de consensus sur un modèle de sévérités en MCO, l'ATIH propose de réaliser cette expérimentation avec le modèle à 4 niveaux.

L'ATIH rappelle que le choix du nombre de niveaux de séjours n'est pas arrêté en MCO. L'expérimentation sera mise à profit pour affiner les deux modèles proposés et réfléchir, en parallèle, à un modèle intermédiaire.

La FHF indique que l'expérimentation du modèle à 5 niveaux aurait été intéressante car elle aurait permis aux équipes DIM de s'approprier ce nouveau paradigme.

La FHF demande si l'expérimentation est nationale ou si elle sera réalisée sur un échantillon d'établissements. L'ATIH précise que les outils seront mis à la disposition de tous les établissements.

La SOFIME indique que l'expérimentation pourrait avoir un impact sur les organisations du codage dans les établissements en incitant au codage centralisé.

UNICANCER demande si les outils présentés sont différents ou s'agit-il du même outil avec plusieurs fonctionnalités. L'ATIH précise qu'il s'agit de 3 outils différents.

UNICANCER rappelle l'importance de l'accompagnement et de la formation des équipes de terrain grâce aux webinaires. L'ATIH confirme l'importance pédagogique des webinaires. Il est bien prévu de les faire coïncider avec la mise à disposition des outils.

2. TRAVAUX SUR L'INTERVENTIONNEL

L'ATIH présente l'avancée des travaux sur la CMD06.

Tout d'abord un rappel est fait des éléments déjà présentés lors du CT antérieur avec un découpage en gros blocs (actes sur vaisseaux, actes d'endoscopie...).

Le CT MCO de février 2025 aborde essentiellement des questions relatives au découpage des blocs concernant les endoscopies : la présentation précédente présentait un découpage entre actes 'thérapeutiques' puis 'diagnostiques'. Au sein de ces deux types d'endoscopie, une seconde segmentation en fonction de la localisation anatomique (haute ou basse) était décrite, avec mention, ensuite, d'une subdivision réalisée en fonction du nombre d'actes ou du type d'acte pour les actes uniques.

Lors de ce CT MCO sont présentées 2 nouvelles options de classification qui sont en cours d'évaluation :

- Une première option regroupant, dans un premier bloc, la coexistence de plusieurs actes au sein du même séjour : un premier bloc "actes multiples," suivi d'un second bloc "actes uniques". Ensuite sont repris les critères du schéma antérieur : découpage en fonction de la finalité puis de la localisation anatomique
- Une seconde option, s'appuyant également sur les blocs "actes multiples" ou "acte unique", est présentée. Celle-ci différencie les actes non plus selon leur localisation anatomique mais selon leur "lourdeur".

Ces différents travaux nous ont amenés :

- A répondre à la question de la hiérarchisation anatomique (actes d'endoscopie "haute" avant actes d'endoscopie "basse") : les données de l'ENC comme les données telles que ICR, durée ou point travail tendent à démontrer que cette hiérarchisation est légitime
- A tenter de considérer la "lourdeur" des prises en charges à partir d'éléments objectifs qui sont les suivants : ICR, point travail, durée de l'acte. Ces éléments sont couplés à d'autres éléments que sont le taux de réalisation en externe, en ambulatoire, en séjour de 1 nuit ou de plus de 1 nuit. Cette lecture est couplée à une analyse médicale.
- Cette hiérarchisation des actes en fonction de leur lourdeur potentielle pose toutefois la question de la gestion de cette dernière en cas de séjours avec actes multiples : comment prendre en compte le nombre d'actes ?

Parallèlement, la définition de la borne de durée à retenir concernant l'interventionnel reste en chantier :

- L'étude des RSS a permis de démontrer que les séjours de 2 nuits sont, à l'identique des séjours de 1 nuit, plutôt des séjours programmés, dont la prise en charge est réduite à l'acte ou aux actes d'endoscopie. A contrario, au-delà de 2 nuits, les DP sont plus souvent des DP témoignant de prises

en charge urgentes, et, au sein de ces séjours, la réponse endoscopique n'est pas immédiate, mais fait suite à des prises en charge plus médicales (remplissage etc..) ou fait partie d'investigations plus extensives (IRM ; Scanners etc ...).

- Retenir une borne de 2 nuits pour certaines prises en charges, en particulier thérapeutiques, pourrait permettre de garder en racines interventionnelles les séjours de patients plus âgés et/ou présentant des comorbidités, et donc réputés plus fragiles.

La FHF confirme l'hésitation des praticiens à laisser repartir très vite certains patients (outre leur fragilité, la distance est également un argument qui pèse dans cette décision)

La SOFIME relève qu'effectivement la borne à 2 nuits pourrait répondre aux questions suscitées par certaines prises en charge pouvant correspondre à des bilans. Toutefois les données montrent que les actes d'endoscopie diagnostique sont réalisés dans généralement plus de 90% des cas en ambulatoire, et que l'aspect plus "réparti entre 0, 1 ou 2 nuits " concerne plutôt les actes thérapeutiques.

La question du retour vers les professionnels est abordée et cet objectif est confirmé.