

COMITÉ TECHNIQUE MCO Activité

Compte-rendu de réunion

Date : 09 juillet 2025

Heure : 14h30-16h30

PARTICIPANTS

FEHAP : <ul style="list-style-type: none">• L. ROUSSELET• M. PANZU FHF : <ul style="list-style-type: none">• B. TRAMIER UNICANCER : <ul style="list-style-type: none">• B. LE VU FHP-MCO : <ul style="list-style-type: none">• L. DUBOIS• M. DERANCOURT	SOFIME : <ul style="list-style-type: none">• V. GILLERON DREES : <ul style="list-style-type: none">• Excusé CNAM : <ul style="list-style-type: none">• M. HAYAB DGOS : <ul style="list-style-type: none">• N. PESNAUX DSS : excusés	ATI H : <ul style="list-style-type: none">• J. DUBOIS• S. GUEANT• F. DANJOU• C. LE GOUHIR• V. PISETTA• R. SCHWOB
---	--	--

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

Classification

- Sévérité inter-champs
- Travaux sur l'interventionnel

Information médicale

- Réforme du financement de la dialyse
- Réforme du financement de la radiothérapie
- Expérimentation CIM 11
- Chirurgie oncologique complexe

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 DE CLASSIFICATION

1. TRAVAUX SEVERITES INTER-CHAMPS

L'ATIH rappelle brièvement le nouveau modèle de Sévérité élaboré dans le champ MCO, avec, en proposition, deux options à 4 ou 5 niveaux de séjour. Depuis plus d'un an, ce projet et ces options ont été présentés et détaillés dans des formats de réunions et devant des publics très différents : Fédérations, groupes de DIM, congrès, ...

Si l'accueil de ces travaux est globalement très positif, des remarques ont été formulées au cours de ces différentes présentations et rencontres avec les professionnels :

1. Sur l'algorithme de sélection des DAS et des paramètres
 - L'indice de priorité
 - Dimension construite autour de la CMD05
2. Sur la présence des soins palliatifs en effets ajoutés
3. Sur les seuils 3/4/5 jours pour obtenir un niveau

L'ATIH présente ensuite les outils qui seront mis en place dans le cadre de l'expérimentation lancée auprès des tous les établissements de santé à l'automne pour leur permettre de s'approprier, tester et participer à l'amélioration des modèles. Il s'agit :

- Outil de groupage des séjours dans la nouvelle version de classification qui permette un retour au séjour
- Mise à disposition d'indicateurs globaux par établissement

La première mise à disposition sera réalisée en **octobre 2025** avec les données M8 2025.

Une nouvelle mise à disposition est ensuite prévue en **février 2026** avec les données M12 2025.

Pour accompagner la prise en main de ces outils par les professionnels **un webinaire sera programmé en octobre**.

Un groupe technique sera programmé au cours du **1er semestre 2026** afin de recueillir les premiers retours d'expérience.

Les 2 modèles de sévérités (4 et 5 niveaux de séjour) seront proposés dans les outils de l'expérimentation. A ce stade, en effet, aucun modèle n'est privilégié.

Les autres fédérations sont invitées à communiquer le modèle privilégié.

UNICANCER demande si le 3ème outil proposé lors du précédent CT (FG live) est toujours d'actualité. L'ATIH confirme que cet outil est toujours envisagé, mais la date de déploiement n'est pas encore arrêtée.

2. TRAVAUX SUR L'INTERVENTIONNEL

L'ATIH présente l'avancée des travaux sur la CMD06 : le nouvel arbre de groupage tel qu'il a été présenté aux professionnels le 18 juin est rappelé.

Les retours de ces derniers ont été positifs concernant :

- La création d'une racine regroupant les actes réalisés par voie vasculaire.
- Au sein des endoscopies :
 - La prise en compte de la réalisation de plusieurs endoscopies,

- La séparation entre endoscopies hautes et basses.
- La proposition de nouvelles bornes de durées (0, 1 ou 2 nuits) pour tenir compte :
 - De certains impératifs de préparation (bonnes pratiques),
 - De la lourdeur de certains gestes,
 - De la fragilité de certains patients.

Les demandes de révision ou reprise des travaux ont concerné :

- Pour les endoscopies
 - La différenciation entre actes de destruction et actes de résection,
 - La nécessité de regrouper davantage certaines prises en charge isolées (dilatations par ex) pour ne laisser en racine non spécifiée que des actes réalisés moins fréquemment,
 - La nécessité de gradation au sein de certains groupes d'actes, ainsi que la nécessité de prendre en compte le fait que certains actes diagnostiques réalisables en externe ne concernent pas les mêmes patients lorsqu'ils sont réalisés en hospitalisation, et ceci même s'ils sont plus "légers" que certains autres actes thérapeutiques,
 - La prise en compte de la réalisation d'actes de la CMD07 (hépato-biliopancréatiques) : évaluer leur importance relative au sein de ces prises en charges ainsi que l'impact de leur présence sur la hiérarchie (haut/bas) proposée.
- Pour les autres actes classants : nécessité de rendre classants certains actes réalisés sans anesthésie générale mais qui mobilisent les plateaux techniques (biopsies profondes ; actes de radiofréquence, actes de stomie). Ceci d'autant plus que ces actes sont très demandés et permettent souvent d'éviter des actes plus lourds (chirurgicaux).

UNICANCER confirme l'importance d'étudier les actes de la CMD07, notamment dans le cadre des séjours avec plusieurs actes. Ces actes peuvent avoir un impact sur la priorisation à définir entre les endoscopies hautes et basses.

TRAVAUX D'INFORMATION MEDICALE

3. REFORME DU FINANCEMENT DE LA DIALYSE

L'ATIH présente les évolutions de recueil prévues dans le cadre de la réforme du financement de la dialyse.

Il est notamment précisé que :

- Les modalités de recueil seront unifiées dès le 1^{er} janvier 2026 : tous les forfaits « D » et GHS actuellement existants seront remplacés par une classification unique en GHM et GHS, et ce quel que soit le champ d'activité. Pour la production de ces GHS l'adoption de la fonction de groupage est nécessaire et attendue de tous. Pour ce faire, les établissements concernés devront produire des RSS.
- Les vecteurs de recueil seront aussi unifiés : il est attendu de tous les acteurs une transmission des RSS produits au plus tard le 1^{er} janvier 2027. A cette date les structures d'alternative à la dialyse rentreront donc dans le droit commun et ne bénéficieront plus de la tolérance qui leur était jusqu'ici accordée. Le décalage entre la production des RSS alimentant la fonction de groupage (au 1^{er} janvier 2026 afin de produire les GHS susmentionnés) et la transmission desdits RSS à l'ATIH au 1^{er} janvier 2027 doit permettre aux établissements concernés de mettre en œuvre l'organisation nécessaire au contrôle qualité des données liée à la transmission des RSS.
- Les données recueillies seront constitutives de forfaits hebdomadaires de dialyse chronique pour l'ensemble des prises en charge. Ces forfaits décriront les modalités de dialyse via le codage de la technique (par les actes) et du contexte autorisé (centre, centre enfants, UDM, UAD et domicile)

auxquels s'ajouteront les éléments descriptifs suivants : horaire de la dialyse (jour, soirée ou nuit), nombre de séances hebdomadaires (un seuil de 3 séances déclenchant un forfait hebdomadaire plein ou partiel) et complexité du patient pris en charge (application d'un supplément selon 2 niveaux possibles).

- Les règles régissant actuellement les prises en charge en dialyse chronique concomitantes sur un même établissement (pour des séances de dialyse complétant une autre prise en charge) ou sur deux établissements différents (notamment dans le cas des forfaits de dialyse péritonéale préexistant à la réforme) seront maintenues. En effet les forfaits hebdomadaires nouvellement créés pourront coexister avec une autre prise en charge dans un même établissement, et des forfaits hebdomadaires nouvellement créés pourront aussi être produits par deux établissements différents pour une même semaine calendaire (la tarification en forfait plein ou partiel étant régie par le nombre de séances constitutives des forfaits). Dans le cas d'une autre prise en charge en plus de la dialyse dans un même établissement, cela nécessitera la production de deux RSS distincts pour le même patient durant son séjour, un pour la dialyse et un pour la prise en charge distincte concomitante. Ceci constitue une évolution importante à prendre en compte par les éditeurs de logiciels hospitaliers.
- Une éventuelle évolution dans une même semaine calendaire des techniques, horaires de prise en charge, ou contexte autorisé sera gérée par la fonction de groupage qui produira le cas échéant différents GHS. Le supplément pour la complexité patient est en revanche valable pour une semaine calendaire entière.

En conséquence de ces évolutions, il sera nécessaire de recueillir les variables suivantes pour obtenir un groupage (les variables nouvellement créées sont soulignées) :

- Diagnostic principal (une valeur par RSS)
- Niveau de complexité patient (niveau 1 / niveau 2) (une valeur par RSS)
- Acte CCAM dialyse (plusieurs valeurs par RSS), véhiculant par ailleurs :
 - o Date des actes de dialyse (une valeur par acte)
 - o Horaires de début des actes de dialyse (jour / soirée / nuit) (une valeur par acte)
 - o Contexte autorisé de réalisation de l'acte (centre, centre enfants, UDM , UAD et domicile) (une valeur par acte)

Par ailleurs, des variables non groupantes sont aussi attendues :

- Temps total hebdomadaire de dialyse réalisée
- Nombre hebdomadaire de consultations de réévaluation
- Valeur exacte du score de complexité patient

Suite à la présentation des éléments la FHP-MCO demande pourquoi la production de RSS est attendue pour le 1^{er} janvier 2026 et leur transmission 2027. Il est précisé que la transmission demande la mise en place d'une organisation notamment humaine actuellement inexistante dans certaines structures qui dérogent à la transmission des RSS. Le délai octroyé a pour but de laisser à ces établissements le temps de s'organiser.

Suite à une question sur les niveaux de complexité l'ATIH précise que les niveaux du supplément seront déclaratifs. Un travail est en cours, associant la DGOS et l'ABM, afin de déterminer les consignes de codage permettant d'attribuer les niveaux de complexité patient à partir d'un score de complexité produit via le registre REIN (cf. variable non groupante demandée).

Les représentants des fédérations présents soulignent le temps très long de mise à jour des données du registre REIN (18 mois) qui paraît difficilement compatible avec l'utilisation des données dans le modèle présenté.

4. REFORME DU FINANCEMENT DE LA RADIOTHERAPIE

Après avoir rappelé les prochaines étapes des travaux à venir d'ici la fin de l'année, pour que la réforme du financement de la radiothérapie puisse commencer à être mise en œuvre en janvier 2026, l'ATIH rappelle le modèle transitoire qui interviendra en 2026, avant le modèle cible prévu pour 2027.

En 2026, un modèle simple sera mis en place, prenant en compte la technique d'irradiation (radiothérapie en conditions stéréotaxiques, RCMI, RC3D...), et la notion de patient complexe, dont les critères seront précisés à l'automne.

Le financement de la radiothérapie, désormais au traitement (et non plus à la séance) consistera à attribuer un forfait pour l'ensemble de la prise en charge (préparation + irradiation) d'une localisation tumorale et d'un type d'irradiation.

Un premier point de retour du recueil à blanc mis en place depuis mars 2025 est ensuite réalisé, avant de présenter les évolutions du recueil des informations PMSI qui seront mises en place pour les établissements de santé dès janvier 2026.

Ces évolutions consisteront dans la production d'un RSS unique pour le recueil des activités de préparation et d'irradiation d'une même localisation tumorale, avec une même technique d'irradiation.

Les informations seront recueillies au moyen de variables existant dans le modèle actuel (DP/DR/DAS/Actes/Date de naissance/sexe/...) et de nouvelles variables : Patient complexe Oui/Non, nombre de tumeurs traitées / radiothérapie adaptative / hypofractionnement.

UNICANCER regrette que la complexité soit définie de manière binaire. L'ATIH indique que pour 2026 c'est le cas mais qu'il sera possible d'affiner par la suite.

A la suite d'une demande de la FHP-MCO qui regrette qu'établissements de santé et cabinets libéraux ne puissent pas démarrer ensemble, l'ATIH précise que pour ces derniers, il est prévu à terme un recueil d'information qui ressemble au recueil PMSI, mais que cela ne sera pas possible matériellement en 2026. Elle rappelle néanmoins que la volonté de la DGOS est que cette réforme concerne bien les deux types d'acteurs. La FHP-MCO demande s'il est nécessaire de produire deux RSS pour des techniques concomitantes. L'ATIH donne comme consigne de produire un RSS par traitement (défini au regard de la technique). L'ensemble des consignes sera indiqué dans un guide de recueil.

5. EXPERIMENTATION CIM 11

L'ATIH présente l'état d'avancement des travaux en vue du passage à la Classification internationale des maladies, 11e révision (CIM-11). Ce changement, bien plus qu'une simple mise à jour technique, marque une innovation de rupture dans le recueil des diagnostics, pensée pour accompagner les évolutions du soin, du numérique et de la recherche.

Le déploiement de la CIM-11 s'inscrit en quatre phases, jusqu'au décommissionnement de la CIM-10 prévu en 2031.

- L'année 2025 est axée sur la structuration de la gouvernance et des actions transversales notamment en lien avec la DNS et l'ANS pour les aspects numériques, de standards et de feuille de route des développements pour les éditeurs. Ces actions sont menées dans le respect des consignes de l'OMS, l'ATIH faisant partie intégrante du centre collaborateur OMS pour la France et étant à ce titre responsable du déploiement de la CIM-11 pour le cas d'usage du codage de la morbidité.
- Suivront deux années d'exploration et d'expérimentations (2025-2027), où les professionnels d'information médicale seront informés, outillés grâce à une coopération accrue avec les établissements.
- En 2027, le plan de déploiement devra être consolidé.
- Enfin, de 2028 à 2031, la transition s'opérera à grande échelle, accompagnée par l'ATIH.

Le premier projet pilote a été lancé cette année : 27 établissements, publics et privés, répartis sur 11 régions, ont répondu à l'appel à candidature pour coder entre 500 et 1000 séjours en double (CIM-10 et CIM-11).

L'objectif est d'identifier les obstacles, comparer les classifications, tester les outils, et surtout, comprendre les ressorts humains et techniques du changement. 12 établissements ont été sélectionnés et un premier webinaire d'information a eu lieu. Ce projet s'appuie sur des ressources dédiées : plateforme de formation, outils de recueil et de transmission, matériel pédagogique, et accompagnement. L'analyse des données, tant qualitatives que quantitatives, nourrira les futures étapes du déploiement.

Au-delà de l'expérimentation, l'ATIH déploie une stratégie globale : études d'impact, transcodage des données, adaptation des algorithmes, accompagnement des éditeurs, actions de formation ciblées, et communication.

Ce sujet n'a pas amené de remarques ou de questions.

6. CHIRURGIE ONCOLOGIQUE COMPLEXE

À la demande de la DGOS, l'ATIH étudie une solution pour identifier trois situations spécifiques de chirurgie oncologique complexe : reprise chirurgicale sur une zone déjà opérée ; chirurgie sur zone irradiée et chirurgie multidisciplinaire. Cette identification permettra aux ARS de suivre l'activité des services autorisés sur leur territoire.

Dans le cadre de la refonte de la CCAM, la CNAM prévoit l'introduction de modificateurs pour les deux premières situations. Toutefois, la chirurgie multidisciplinaire resterait non identifiable à ce stade, et le calendrier de mise en œuvre n'est pas pour 2026.

Une solution transitoire est donc envisagée : créer une extension PMSI ou documentaire à la CCAM descriptive, permettant de signaler qu'un acte relève de l'une de ces trois modalités, sans distinction entre elles. La liste des actes concernés, définie par l'InCA, a été transmise à l'ATIH pour évaluer la faisabilité de cette approche.

En cas de mise en œuvre, un calendrier de travail sera communiqué par l'ATIH, et une veille assurée par l'InCA permettra d'actualiser la liste des actes concernés.

À terme, les modificateurs CCAM permettront d'identifier deux des trois situations, tandis que l'extension transitoire pourrait rester utile pour identifier la chirurgie multidisciplinaire.

UNICANCER signale que l'algorithme de l'InCA n'est pas encore fixé. La fédération signale également une demande déjà formulée à l'ATIH pour avoir accès à des données infra-annuelles, à partir de l'algorithme simple. La FHP-MCO et UNICANCER souhaitent qu'un point plus technique soit organisé avec l'InCA.