



Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

Comité technique MCO Mardi 10 juillet 2012

Personnes présentes :

DGOS : Sandrine BILLET, Jean Pierre BLÉRIOT, Lydia VALDÈS, Eric EKONG
 DREES : Franck EVAÏN
 FEHAP : Pierre MÉTRAL
 FHP – MCO : Laure DUBOIS, Marie-Paule CHARLOT
 FHF : Véronique GILLERON
 CNIM : Bruno AUBLET-CUVELIER
 UNICANCER : Valérie-Jeanne BARDOU, Sandrine BOUCHER
 ATIH : Max BENSADON, Michèle BRAMI, Joëlle DUBOIS, Sandra GOMEZ, Housseyni HOLLA
 CNAMTS : Michel Arenaz

Personnes excusées :

DGOS : Thierry KURTH
 FEHAP : Stéphanie ROUSVAL-AUVILLE
 FHF : Bernard GARRIGUES, Yves GAUBERT

1. ODJ de la réunion :

- Validation du CR du CT MCO du 5 juin 2012
- Poursuite des travaux :
 - Révision des CMA
 - Etude de l'homogénéité des GHM
 - Etude des séjours comportant des soins intensifs
- Etude des séjours comportant des actes multiples
- Questions diverses

En introduction, Housseyni Holla rappelle que la présente réunion du comité technique MCO s'inscrit dans la suite immédiate de la réunion du 5 juin dernier.

2. Validation du compte rendu de la réunion précédente

L'ATIH rappelle qu'elle a transmis au comité le compte rendu de la précédente réunion du 5 juin, il y a seulement quelques jours, avec la proposition d'ODJ de la présente réunion, et qu'elle avait alors annoncé que le CR serait validé en séance, contrairement à la procédure habituelle. Elle s'excuse de ce retard, et invite les participants à faire part de leurs remarques.

La FHP-MCO souhaite que la mention « MCO » soit précisée à la suite de l'indication FHP. Sous cette réserve, le compte rendu de la réunion du 5 juin 2012 est approuvé.

3. Poursuite des travaux (techniques MCO)

Le diaporama présenté en séance est joint au présent CR

3.1. Révision des CMA

Il est rappelé que la méthode comporte une analyse code par code de l'effet CMA, sous réserve d'un volume suffisant (au minimum une centaine d'occurrences) en deçà duquel il est procédé à des regroupements de codes.

Puis, les variations par rapport aux listes de CMA existantes sont analysées (apparition ou disparition d'un effet CMA pour un code par rapport à la liste actuelle), notamment sur le plan des exclusions DP/CMA. Il importe de s'assurer qu'il n'existe pas de redondance entre un code en position de diagnostic associé et le diagnostic principal. Quelques exemples d'exclusions manquantes sont donnés.

L'ATIH indique que les travaux ne sont pas encore achevés, qu'un nouveau point sera fait lors de la prochaine réunion du comité, et demande si les participants souhaitent faire part d'observations à ce stade.

La FEHAP demande si l'effet âge sera également étudié.

L'ATIH répond que cette analyse sera réalisée dans un second temps.

3.2. Etude de l'homogénéité des GHM

3.2.1. Racines 05K12 et 05K13

Ces racines décrivent actuellement les « actes thérapeutiques par voie vasculaire, sauf endoprothèses », les deux racines ne différant que par la segmentation sur l'âge : +/- 18 ans.

Après avoir présenté les différents GHM de ces deux racines (volumes, DMS, âge moyen, nature des diagnostics et des actes, ... cf diaporama), l'ATIH interroge le comité technique sur les points décrits ci-dessous. Le comité s'exprime en séance sur les propositions faites, mais il est convenu que les questions posées seront rappelées lors de la transmission du diaporama, afin que chacun réponde par écrit. Il est entendu que l'ATIH testera toutes les solutions proposées, et que seules seront retenues les plus performantes au regard des analyses statistiques, en privilégiant les options choisies par le comité.

3.2.1.1 La prise en compte de l'âge

- La racine « moins de 18 ans » comporte essentiellement des pathologies congénitales (Diagnostic Principal en « Q » de la CIM-10) et 63 séjours avec un diagnostic principal différent d'un code « Q ».
- La racine « plus de 18 ans » comporte essentiellement des pathologies acquises avec très peu de séjours ayant pour diagnostic principal un code en Q de malformations congénitales traitées à l'âge adulte.

Il est proposé de tester deux options :

- 1 - la conservation de la racine 05K12 telle que construite actuellement,
- 2 - la suppression de la segmentation sur l'âge et une nouvelle segmentation portant sur les diagnostics principaux de malformations congénitales rassemblant les adultes et les enfants et éliminant les séjours des enfants non codés avec un DP en « Q ».

Le comité technique considère majoritairement que la prise en charge des enfants suppose une charge en soins différente de celle des adultes et relève de structures spécifiques, le caractère congénital de la pathologie n'étant pas essentiel.

Il serait donc favorable au maintien de la segmentation sur l'âge et à la conservation de la racine 05K12 telle qu'existante.

3.2.1.2. La racine 05K13

Elle comporte des prises en charge de nature et de charge en soins très différentes.

L'ATIH propose donc :

- 1) De créer 6 racines différentes,
- 2) De créer des extensions de codes CIM-10, destinées à différencier les segments de la carotide,

- 3) De prendre en compte différemment dans l'algorithme de classification, les actes classants non opératoires

- Sur le 1^{er} point :

Les 6 racines proposées sont les suivantes :

- poses de bioprothèses de valves aortiques et pulmonaires par voie transcathéter ;
- désobstructions et dilatations des accès vasculaires ;
- embolisations, oblitérations et dilatations sur les artères ;
- embolisations, oblitérations et dilatations sur les veines ;
- actes thérapeutiques « majeurs » sur le cœur ;
- actes thérapeutiques « mineurs » sur le cœur.

L'ATIH précise toutefois qu'elle poursuit sa réflexion sur les éléments suivants :

- les racines concernant les actes thérapeutiques « majeurs » ou « mineurs », les actes qualifiés de « majeurs » soulevant le problème du classement des séjours d'adultes pour traitement des malformations congénitales.
- les dilatations coronaires sans pose d'endoprothèses qui pourraient, en raison de leur effectif, constituer une racine à part entière.
- Le regroupement dans une même racine, des oblitérations et embolisations, les oblitérations étant moins onéreuses que les embolisations (probablement en raison du prix des consommables)

- Sur le 2^{ème} point

La création d'extensions de codes CIM-10, destinées à différencier les segments de la carotide vise à réserver les affections de la carotide interne à la CMD 01, alors qu'aujourd'hui, ces prises en charge sont groupées en CMD 05 en raison de l'imprécision du code diagnostic principal.

La FHP-MCO souligne que ces prises en charge relèvent d'une autorisation spécifique de neuro radiologie.

- Sur le 3^{ème} point

Il est observé que certains actes de cardiologie interventionnelle (actuellement qualifiés d'actes classant non opératoires : CNO) sont de plus grande technicité que certains actes chirurgicaux (qualifiés d'actes classant opératoires). Actuellement ces techniques interventionnelles sont toujours testées, dans l'arbre de décision, après les actes chirurgicaux.

L'ATIH propose donc de produire une nouvelle hiérarchisation des actes CNO les plus lourds, conduisant à classer certains GHM en K avant certains GHM en C.

Il est proposé aux membres du comité technique de réfléchir à ces différentes questions et de donner un avis sur chacun de ces 3 points.

3.2.2. L'étude de l'homogénéité des racines avec un J.

89 racines sont concernées.

L'objectif est de s'assurer que les actes réalisés en niveau 1 et en niveau J sont identiques.

En cas d'hétérogénéité on pourrait proposer :

- 1) Soit un reclassement des actes « très hétérogènes » vers une autre racine
- 2) Soit de rendre certains actes non classant
- 3) Soit de créer de nouvelles racines.

Pour le reclassement dans une autre racine, deux exemples sont donnés :

- Certains actes classant dans la racine 01C08 « interventions sur les nerfs crâniens ou » trouveraient mieux leur place dans la racine 01C13 « libération du canal carpien, et ... », et inversement.
- Certains actes classant dans la racine 03C16 « autres interventions chirurgicales portant sur les oreilles, le nez, » trouveraient mieux leur place dans la racine 03C09 « rhinoplasties ».

Le comité accueille cette proposition de reclassement des actes dans une autre racine plutôt favorablement.

Pour la suppression du caractère classant de certains actes, l'exemple de l'exérèse de chalazion est donné.

De manière générale, le comité est plutôt défavorable à cette proposition, considérant qu'il importe que les actes opératoires notamment continuent de grouper dans des racines chirurgicales.

Pour la création de nouvelles racines, plusieurs exemples sont donnés, dont la chirurgie du strabisme.

En première approche, les membres du comité sont unanimement favorables à la création de nouvelles racines.

Housseyni Holla attire l'attention du comité sur le risque d'une augmentation excessive du nombre de GHM, déjà fréquemment reprochée à la classification française. Les fédérations répondent que pour des raisons de description, elles y sont favorables.

L'ATIH attend la réponse formalisée sur chacun de ces points.

3.2. Les travaux sur les soins intensifs

Les 2/3 de l'activité de soins intensifs relèvent de soins intensifs de cardiologie.

Sur les premiers travaux présentés, il n'est pas identifié d'acte, ni de diagnostics, ni d'associations acte - diagnostic marqueurs exclusifs des soins intensifs.

La CNAMTS demande quel est l'objectif recherché par ces travaux.

L'ATIH répond qu'il s'agit de repérer s'il est possible de typer les patients éligibles à une prise en charge en soins intensifs au moyen des informations médicalisées du PMSI.

Il est ainsi proposé d'essayer de définir, à partir des variables présentes dans le recueil, un algorithme permettant d'évaluer le risque (ou la probabilité) de passer en soins intensifs. Néanmoins, pour ces algorithmes, il sera nécessaire de valider les critères à prendre en compte mais aussi le meilleur seuil de « risque », compromis entre les faux positifs et les faux négatifs.

Les travaux doivent être poursuivis, et la suite sera présentée lors du prochain comité.

3.3. Les travaux sur les actes multiples

A la demande de la FHP-MCO, l'ATIH a recherché les actes qui relèveraient d'un groupage dans 2 CMD différentes au cours d'un même séjour.

Elle a montré que les volumes d'activité concernés sont extrêmement faibles, et rappelle que seule une solution de type effeuillage progressif permettrait de valoriser ces situations. A condition cependant que le nombre de cas justifie d'opter pour une telle solution, ce qui n'est pas le cas à ce jour. Au demeurant, cette solution obligerait à revoir les niveaux de sévérité qui, actuellement, prennent en compte au moins en partie de telles associations.

Les associations d'actes les plus fréquentes portent sur des actes classant dans la même CMD.

3.4. Questions diverses

Unicancer rappelle ses demandes qui ont déjà fait l'objet d'un courrier à l'ATIH et relatives à :

- La valorisation de l'utilisation de la radiofréquence hépatique, pour le moment financée au titre des activités de recours
- La hiérarchisation des actes de greffes de peau et de mastectomie, qui fait passer la pose d'un expandeur de peau avant la mastectomie.

L'ATIH proposera une nouvelle date de réunion pour le mois de septembre. L'ODJ de cette prochaine réunion sera principalement consacré à la présentation de l'avancée de travaux en cours.