

## Compte rendu de la réunion du **Comité Technique MCO** du mercredi 13 mars 2013

---

### Présents

A l'ATIH Paris : Dr Michel Arenaz (CNAMTS), Dr Bruno Aublet Cuvelier (CNIM), Dr Jean Pierre Bleriot (DGOS), Mme Laure Dubois (FHP-MCO), Mme Virginie Dubos (DGOS), M. Franck Evain (DREES), M. Yves Gaubert (FHF), Mme Christine Le Bihan (INCa), Dr Béatrice Le Vu (FNCLCC), Dr Pierre Métral (FEHAP), Mme Catherine Réa (FEHAP), Mmes et M. les Drs Bensadon, Dubois, Gomez et Bami (ATIH)

A l'ATIH Lyon, par visio conférence : M. Housseyni Holla, Mme Françoise Bourgoïn, Mme Marlène Bernard (ATIH)

Par conférence téléphonique : Dr Bernard Garrigues (FHF), Dr Marie Paule Charriot (FHP- MCO)

### Ordre du jour

- Tableaux MAT2A – informations qualité et valorisation : nouvelle présentation, nouvel outil
- Refonte SAE 2014 et conséquences sur le recueil d'information médicale
- Résumés de passage aux urgences : nouvelle présentation
- Algorithme cancer : perspectives 2013 (*présentation par l'INCa*)
- Questions diverses

### Les débats

#### 1. Présentation du nouvel outil : OVALIDE

Actuellement, les contrôles de la qualité des données du PMSI sont opérés par trois outils différents (MAT2A, le module 1 de DATIM et l'outil de suivi des non conformités). De plus chacun de ces outils présente certains résultats apparemment équivalents mais portant en fait sur des périmètres différents, donc non identiques. Enfin, à côté des contrôles qualité, les tableaux MAT2A formalisent également des informations de valorisation de l'activité et restituent des informations concernant les données « lamda ».

La création de l'outil OVALIDE a pour ambition de regrouper la totalité des contrôles de qualité en un seul et même outil, pour les harmoniser et donner aux trois partenaires principaux (établissements, ARS, ATIH) un instrument de mesure unique. De plus, ce nouvel outil permettra le calcul de scores de qualité, soit globaux, soit par grande subdivisions. Enfin, il comportera un module valorisation, parfaitement identifié. Il a déjà été présenté aux ARS, qui lui ont réservé un accueil favorable, et il sera mis en œuvre à compter de mars 2013. (cf. diaporama joint).

Le CNIM craint que le terme « d'erreur » présenté dans le diaporama au sujet des contrôles qualité, ne soit mal interprété, et souhaite que le guide de lecture du nouvel outil soit particulièrement explicite sur ce point. La fédération UNICANCER propose que le terme d' « atypie » soit conservé.

Il s'interroge également sur la nomenclature des catégories d'établissements auxquelles les scores feront référence.

La FEHAP suggère que l'on puisse cumuler les périodes sur lesquelles portent les tests DATIM, de façon à pouvoir différencier le flux et le stock pour une activité donnée.

La CNAMTS indique qu'il existe actuellement pour les informations MAT2A, un fichier extractible en CSV très pratique, mais dont il faudrait harmoniser les différentes versions annuelles, et pour lequel l'ATIH devrait fournir un document explicatif détaillé.

En conclusion sur ce point, l'ATIH observe qu'aucune remarque de fond n'est formulée, et que cet effort de simplification, et d'amélioration de la présentation des outils d'échange entre ES/ ARS / ATIH est bien accueilli.

## **2. Refonte de SAE et conséquences sur le recueil d'information médicale.**

La refonte SAE prévue début 2014 (recueil des données 2013) a vocation à faire en sorte qu'une très grande partie des données d'activité de la SAE soit directement issue du PMSI et intégrée dans le site de saisie, afin que les établissements n'aient plus qu'à les valider.

La logique générale de la SAE consistant à mettre en regard unité de description de moyen et activité est maintenue. Il s'agit donc de conserver les notions de disciplines d'équipement et d'autorisation et de les relier à la notion d'unité médicale. D'autre part, la SAE a généralisé le recueil au niveau FINESS géographique autant que faire se peut.

Toutes les modifications apportées au recueil PMSI sont liées au fichier FICUM, il n'y aura aucun impact sur les autres fichiers, y compris pour les unités médicales donnant lieu à facturation, et aucun impact sur le mode actuel de transmission des fichiers PMSI (remontées au niveau EJ ou ET selon le secteur).

Les modifications apportées au FICUM sont :

- L'ajout obligatoire d'un typage de chaque unité médicale. Afin d'éviter les conflits des règles seront données de manière à ce que l'on ne puisse attribuer qu'un seul type à chaque unité.
- L'ajout d'une variable qualifiant les UM comportant 3 modalités : Hospitalisation complète/Hospitalisation partielle/ Mixte
- L'obligation de la saisie du numéro FINESS géographique.

Le calendrier est le suivant :

A partir de M6, messages dans GENRSA si les données ne sont pas remplies, avec vérification des FINESS géographiques.

A partir de M9 un nouveau tableau OVALIDE (MAT2A) présentera les données qui seront intégrées dans la SAE en fonction des informations intégrées dans le FICUM.

En M12, les données ne pourront pas être transmises par GENRSA si le FICUM n'est pas entièrement renseigné. Dans le courant des mois février et mars 2014, des extractions automatisées seront réalisées pour alimenter le site de collecte de la SAE.

Ainsi, le dispositif pourrait être fonctionnel dès 2014, de façon à ce que le recueil d'information SAE 2013, pour son volet activité, soit généré automatiquement par les données enregistrées dans le PMSI, et soumis à validation par les établissements avant transmission à la DREES.

Le CNIM s'interroge sur l'ambiguïté de certaines situations : comment qualifier une unité de chirurgie thoracique qui aurait une forte activité en cancérologie : doit elle être enregistrée comme une unité de chirurgie thoracique ou comme une unité de traitement chirurgical du cancer ? Comment s'assurer que toutes les unités ayant le même profil d'activité feront le même choix lors de leur déclaration d'activité, et donc comment s'assurer d'un recueil cohérent, homogène et exhaustif ? Selon le CNIM, la fiabilité du recueil SAE n'est pas assurée.

Selon la DREES, le typage des unités médicales a vocation à ventiler l'activité par grandes disciplines (M / C / O principalement) et également dans des unités spécifiques déjà autorisées (Réa, SI, SC, Grands brûlés, ....) mais n'a pas vocation à quantifier l'activité de cancer par exemple. Si la nomenclature est plus détaillée que strictement nécessaire c'est simplement pour que chaque établissement se retrouve dans ces unités et que cela fasse sens. Il semblait notamment important d'isoler les UM de cancérologie pour les CLCC. D'où des UM d'oncologie médicale, d'oncologie chirurgicale et de radiothérapie. Le recueil devrait donc être homogène une fois agrégée l'activité par grande discipline.

### **3. Les résumés de passage aux urgences**

L'ATIH rappelle que la généralisation du recueil des RPU, va se faire en conservant le même circuit de transmission que celui qui existe déjà pour les établissements participant au réseau OSCOUR lorsqu'il y a un passage par les structures « ad hoc » (ORU, GCS ...) existant au niveau des ARS. Cette généralisation a vocation à rendre obligatoire la participation au système de veille et d'alerte dans les mêmes conditions qu'actuellement (transmission tous les jours des données des 7 jours précédents) et implique d'y ajouter le principe d'anonymisation des données transmises (suppression du nom de la commune, recodage du code postal et remplacement de la date de naissance par l'âge).

La FHF rappelle l'origine de ce recueil d'information, lancé dans la précipitation après la canicule de 2003, et manifeste son désaccord avec le principe d'une gestion des fichiers par une structure dépendant de l'ARS et échappant au DIM de l'établissement.

L'ATIH précise que la généralisation ne pourra se faire qu'en perturbant le moins possible le circuit existant, de manière à ne pas mettre en péril le circuit de veille et d'alerte. Cependant, elle permettra de faire évoluer le dispositif vers un recueil de type PMSI à plus ou moins court terme, en le rattachant à la facturation des ACE. Il est également prévu que des tableaux synthétiques présentant les données puissent être accessibles à chaque établissement, à travers la plateforme ePMSI.

La FHP-MCO rappelle que la région Midi Pyrénées dispose du plus ancien Observatoire Régional des Urgences, qui a le mérite actuellement de fonctionner à la satisfaction de tous et dont la fonction première est d'indiquer le nombre de lits disponibles dans chaque établissement, à chaque instant. Il est important de ne pas perturber le fonctionnement existant.

Le CNIM s'interroge sur la compatibilité de ce recueil avec les contraintes CNIL en matière d'information médicale, et plus globalement sur l'utilité de ce dispositif.

L'ATIH, indique que l'arrêté support de cette généralisation fera l'objet d'une demande d'avis CNIL et que les contacts préalables ont confirmé sa compatibilité, sous réserve d'anonymisation des données. Pour le circuit à travers les structures régionales, le dispositif doit faire l'objet d'une déclaration spécifique dans chaque région.

Le CNIM souhaite que le recueil soit simplifié pour s'adapter aux objectifs poursuivis.

#### **4. Présentation par l'INCa de l'algorithme cancer.**

L'objectif est d'identifier les séjours liés au cancer dans les bases PMSI, au moyen d'une méthode unique, permettant à tous les acteurs un recensement identique.

Cet algorithme comporte deux phases : une première phase destinée à identifier les séjours « certains », une seconde phase pour les séjours « possibles », utilisant le chainage des séjours sur la base nationale et dans les 5 années antérieures..

Une validation est en cours et doit comporter une expérimentation par retour au dossier médical, qui portera sur 5 000 dossiers et 60 établissements.

En lien avec l'INCa, les séjours identifiés par l'algorithme seront téléchargeables sur la plateforme SNATIH pour les établissements. Des variables complémentaires seront intégrées dans ces fichiers (localisation, cas incident, métastase...). Des tableaux de bords seront également disponibles.

Le CNIM demande la publication de l'algorithme détaillé, et l'INCa répond favorablement à cette demande.

#### **5. Questions diverses**

##### 5.1. Les PIA.

A l'occasion de la publication de la version provisoire du guide méthodologique de production des RSS, l'attention a été attirée sur un paragraphe évoquant la question des Prestations Inter Activités. Cette précision du guide n'ayant pas été évoquée préalablement en comité technique, l'ATIH annonce que ce paragraphe sera supprimé de la version définitive et que la question sera mise à l'étude pour 2014, et inscrite à l'ordre du jour d'un prochain Comité Technique MCO.

##### 5.2. La notion de séjours programmés

Dans ce même guide, une poussée aiguë d'une pathologie chronique est réputée ne pas pouvoir donner lieu à une hospitalisation programmée. Certaines situations pouvant effectivement faire la démonstration du contraire, cette notion sera supprimée de la version définitive.

##### 5.3. Question de la FHF

A la question de la FHF qui souhaite savoir à quelle date sera disponible la base 2011 regroupée en V11e, l'ATIH répond que l'envoi est en cours.

**En conclusion**, l'ATIH souhaite que les partenaires participent à l'élaboration du programme de travail de la campagne 2014 en proposant des sujets d'étude.

Le CNIM souhaite aborder la question de la mise à jour de la CCAM avec ses répercussions sur la classification.

La prochaine réunion est fixée au **vendredi 24 mai 2013 à 10 heures**, à l'antenne parisienne de l'ATIH.