

COMITÉ TECHNIQUE MCO Activité

Compte-rendu de réunion

Date : 30 juin 2021

Heure : 14h00-17h00

PARTICIPANTS

FEHAP : ➤ Pierre METRAL ➤ Naila BOUSSAID ➤ Mme VACHON FHF : ➤ Blaise TRAMIER UNICANCER : ➤ Béatrice LE VU FHP-MCO : ➤ Laure DUBOIS ➤ Matthieu DERANCOURT SOFIME : ➤ Didier THEIS	DREES : ➤ Alice BERGONZONI CNAM ➤ Eric EKONG DGOS : ➤ Caroline JEANNE ➤ Anne-Noëlle MACHU ➤ Esther LEPAICHEUX ➤ Candice LEPORTIER ➤ Audrey CORMEROIS ➤ Arthur BABELON ➤ Isabelle PETIT DSS : excusés	ATIH : ➤ Joëlle DUBOIS ➤ Sophie GUEANT ➤ Carole THERASSE ➤ Catherine LE GOUHIR ➤ Baptiste PLUVINAGE ➤ Pascal POTIER ➤ Anis ELLINI ➤ Etienne JOUBERT ➤ Yasmine MOKADDEM ➤ Raphaël SCHWOB
---	--	--

ORDRE DU JOUR

- **Classification**
 - CMD 09 chirurgicale
 - Racines en K dans la CMD 08
- **Information médicale**
 - Forfait MRC
 - DRUIDES
 - admissions directes non programmées
 - Nouveaux recueils
 - DM intra-GHS
 - Car T cell
 - Nomenclatures :
 - Démarrage travaux HCN
 - CIM11 : fin de la traduction des libellés
 - Evolution des consignes de codage

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

1 CLASSIFICATION

1.1 MISE EN ŒUVRE DE LA CMD 09

L'ATIH présente la poursuite des travaux sur ce projet.

Les travaux de classification suivants ont été menés :

- Exclusions racines / DAS
- Effets âges
 - 2 racines avec un effet âge (pour les plus de 79 ans, passage des séjours de niveau 1 en niveau 2)
- Choix des terminaisons des GHM (J/T/Z/1)
 - 8 racines lourdes sans GHM court, sinon GHM court en J

Racines	N GHM	GHM court	Effet âge
01_RECMAIS	4	Non	Non
02_RECISOL	4	Non	Non
03A_TMSEIN_MAJ_RECPRO	4	Non	Oui
03_TMSEIN_MAJ	4	Non	Oui
05_TMSEIN_AUT	5	J	Non
06_HTMSEIN_MAJ	4	Non	Non
07_HTMSEIN_AUT	5	J	Non
08_CURAGE	5	J	Non
09A_TMP_MAJ	5	J	Non
09B_TMP_INT	5	J	Non
09C_TMP_LEG	5	J	Non
09_ONTBK	5	J	Non
10_EXGRF_INFECT	4	Non	Non
11_EXGRF_MAJ	5	J	Non
12_EXGRF_INT	5	J	Non
13_EXGRF_MOU	5	J	Non
14_EXGRF_AUT	5	J	Non
15_PLASII	4	Non	Non
16_ANAL_COND	5	J	Non
17_ANAL_ITV	5	J	Non
18_FACE_ORI	5	J	Non
19_AUT_MAJ	4	Non	Non
20_AUT_CMD	5	J	Non

En définitive, 9 racines et 39 GHM supplémentaires sont créés.

Concernant les mesures d'impacts, des casemix avant/après au niveau racine ont été produits et mis à la disposition des fédérations sur leur espace sécurisé.

Ces casemix ont donné lieu à un échange entre les fédérations et l'ATIH le 03 juin.

Cette réunion a amené les 2 remarques ci-dessous :

- La racine 06_HTMSEIN_MAJ est composée de séjours aux caractéristiques différentes : par exemple, des reconstructions prothétiques à distance d'une chirurgie maligne ou non maligne.
- Alerte sur des situations atypiques, voire anormales de contournement des règles de facturation (chirurgie à visée esthétique, par exemple)

Un échange complémentaire est programmé le 07 juillet.

Le dernier élément concernant les mesures d'impact à produire est la redistribution de journées par type d'établissements (CHU/CH, privé lucratif, PSPH/EBNL, CLCC).

Les travaux se poursuivent au sein de l'ATIH pour une mise en œuvre en 2022.

Ce sujet appelle les remarques suivantes :

UNICANCER souhaite que des consignes de codage soient précisées pour différencier les situations d'antécédent de cancer des autres situations d'interventions majeures pour chirurgie du sein hors tumeur maligne. UNICANCER souhaite également avoir de la visibilité sur la hiérarchie des tarifs.

La FEHAP demande si la CMD09 sera intégrée dans le dispositif RAAC. L'ATIH répond que dans le cadre de la Campagne si le projet RAAC est amené à évoluer la prise en compte des racines de la CMD09 sera étudiée.

1.2 CREATION DE RACINES EN K DANS LA CMD 08

L'ATIH présente les travaux pour créer des racines en K dans la CMD 08, afin de prendre en compte les évolutions thérapeutiques.

A l'issue des travaux menés, 11 actes ont été retenus pour constituer la nouvelle racine en K :

ENNH002	Sclérose d'une lésion vasculaire vertébrale ...
LHFH001	Tumorectomie osseuse vertébrale, par voie transcutanée avec guidage scanographique
LHHH002	Biopsie osseuse et/ou discale de la colonne vertébrale, par voie transcutanée avec guidage scanographique
LHHH003	Biopsie osseuse et/ou discale de la colonne vertébrale, par voie transcutanée avec guidage radiologique
LHMH002	Spondyloplastie d'1 vertèbre, par voie transcutanée avec guidage radiologique
LHMH005	Spondyloplastie d'1 vertèbre, par voie transcutanée avec guidage scanographique
LHMH182	Spondyloplastie de 2 ou de 3 vertèbres, par voie transcutanée avec guidage scanographique
LHMH444	Spondyloplastie de 2 ou de 3 vertèbres, par voie transcutanée avec guidage radiologique
LHNH001	Thermocoagulation de facettes articulaires de vertèbre, par voie transcutanée avec guidage radiologique
LHHA006	Biopsie de l'arc vertébral, par abord postérieur
LHHA007	Biopsie du corps vertébral et/ou du disque intervertébral, par abord postérieur ou transpédiculaire

Les caractéristiques des séjours qui seront orientés dans cette racine sont les suivantes :

- La présence d'une anesthésie ne sera pas testée
- Les séjours seront de 0 ou 1 nuit

Cette racine (08K01) sera testée avant 08K02 et compte 11 623 séjours (2019).

Au cours de ces travaux, l'attention de l'ATIH a été attirée sur les recommandations d'un rapport de la HAS paru en janvier 2009 : « les données actuellement disponibles ne permettent pas d'objectiver un avantage de la spondyloplastie avec expansion par rapport à la spondyloplastie sans expansion ».

L'ATIH a pris contact avec le service concerné de la HAS pour vérifier que ces recommandations restaient d'actualité ou si elles avaient évolué depuis, notamment en lien avec l'autorisation des actes de spondyloplasties avec expansion en 2019 après 5 ans d'utilisation avec un code 800.

Cet échange a eu lieu au mois de juin. **La HAS confirme que ses recommandations de 2009 sont inchangées.**

L'ATIH va donc mettre à jour ses travaux en intégrant l'ensemble des actes de spondyloplastie dans la racine 08K01.

Ce sujet appelle les remarques suivantes :

UNICANCER et FEHAP signalent que les critères de durée (actuellement 0 et 1 nuit) devront évoluer car ils ne sont pas adaptés aux profils des patients et des prises en charge qui sont plus longues.

UNICANCER signale que positionner ces séjours en K pourrait induire des dérives en incitant les établissements à coder un acte chirurgical pour orienter le séjour dans une racine en C.

La FHF confirme qu'il serait intéressant d'étudier les séjours de chirurgie au cours desquels les différents actes de la future K01 sont retrouvés.

La FHP revient sur le processus de sollicitation des professionnels de terrain. L'ATIH répond que deux types de consultation sont envisageables :

- La 1^{ère} centrée sur les représentants des Fédérations, à l'image des réunions du 03 juin et du 07 juillet sur la CMD09
- La 2^{ème} élargie aux cliniciens sur le modèle des réunions sur la CMD09 d'oct 2020 et de mars 2021

Compte tenu des travaux réalisés (création d'une racine), l'ATIH prévoit de privilégier le 1^{er} scénario de consultation, car plus rapide à réaliser.

UNICANCER pose la question de la mise en œuvre de cette racine en 2022. L'ATIH répond que les travaux sont faits en ce sens, avec cet objectif calendaire.

2 INFORMATION MEDICALE

2.1 FORFAIT MALADIE RENALE CHRONIQUE

L'outil de recueil ATIH dans sa version 2021 a été mis en ligne le 10 juin. Il est d'utilisation facultative.

Les données 2021 seront transmises sur deux périodes distinctes. La période S1_2021 pour les données de janvier à juin et la période S1+S2_2021 pour les données de janvier à décembre.

Les données de la période S1 permettront d'alimenter les travaux sur la construction des indicateurs qualité. Les données de la période S1+S2 serviront à la régularisation du financement.

La transmission de ces données se fera par l'outil MATIS (module autonome de transmission de l'information standardisée) qui remplace donc l'outil TransMRC.

La clôture des données de la première période (S1) est prévue au 5 septembre. Les fédérations indiquent que cette période estivale n'est pas idéale pour procéder à ce recueil et souhaitent décaler cette date. La DGOS prend note de cette demande, la date définitive de clôture de cette période S1 sera communiquée le jour de l'ouverture.

2.2 DRUIDES

L'ATIH fait un point d'étape de l'avancée du projet DRUIDES (Dispositif de remontée unifié et intégré des données des établissements de santé).

L'ATIH rappelle que le calendrier initial a subi un décalage du fait de difficultés techniques et annonce avoir abouti à une version intermédiaire « stable » et « testable ».

Cette version fait l'objet de test auprès de 6 établissements ex-DG volontaires.

L'ATIH annonce qu'une version définitive (complétée donc des fonctionnalités manquantes : Traitements des fichiers RSF-ACE, RSF, Lamda...) sera développée au cours de l'été et serait testée avant la fin de l'année 2021.

Les Fédérations hospitalières réaffirment leur intérêt pour ce projet et proposent à l'ATIH de désigner des établissements adhérents pour participer à la nouvelle phase de test.

L'ATIH annonce viser le remplacement des logiciels de transmissions MCO par Druides avant mars 2022.

2.3 ADMISSION DIRECTE NON PROGRAMMEE 75 ANS ET PLUS (ADNP75)

Le dispositif ADNP75 s'inscrit dans le cadre de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences : « Généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées pour éviter les urgences ». L'objectif est d'inciter les établissements à augmenter le nombre de patients âgés en admission directe non programmée par la mise en place de parcours coordonnés ville (dont ESMS)-hôpital, afin de diminuer la part des personnes de 75 ans et plus hospitalisées via les structures des urgences (diminuer les urgences évitables).

Une incitation financière est prévue, basée sur des indicateurs fondés sur le recueil des données.

La définition des ADNP75 est rappelée :

- Une admission qui se fait directement en service d'hospitalisation sans passage par le SU
- Une admission qui fait suite à la demande d'un médecin (intervenue après consultation de visu, téléphonique ou de consignes données aux patients déjà suivis)
- Une admission inopinée non prévue 48h avant sa réalisation effective. Il est précisé que les 48h seront comptabilisées « au sens du PMSI », c'est-à-dire que cela représente 2 nuits maximum.
- Pour une demande de soins à visée diagnostique et thérapeutique ou palliative nécessitant un environnement hospitalier.

Des travaux ont été réalisés par l'ATIH sur le recueil, avec pour objectifs de mettre en place un recueil permettant la construction d'indicateurs support du financement, dans le respect des contraintes du terrain (faisabilité, circuit de l'information). La méthode de travail et le calendrier du projet recueil ADNP75 sont présentés. Des groupes de travail ont été mis en place avec des praticiens du terrain pour mieux appréhender l'organisation et le circuit de l'information des ADNP75, puis avec des DIM pour discuter les options de recueil envisagées. Le mois de juin 2021 est consacré à l'expertise de l'ATIH pour la mise en œuvre du recueil, pour une présentation aux éditeurs de logiciels début juillet 2021. La documentation relative à ce recueil sera ensuite publiée à l'été pour une mise en œuvre dans les établissements au 1^{er} janvier 2022.

Le recueil ne concernera que le caractère non programmé du séjour correspondant à la définition dans le cadre des ADNP75. En effet, les admissions directes seront repérées dans les données du PMSI, de même que l'âge de 75 ans et plus des patients concernés par le dispositif. Le recueil du non programmé se fera avec une variable dans le RSS. Celle-ci aura 4 modalités : programmé ; « non programmé » ; inconnu ; non renseigné.

Le périmètre du recueil est plus large que celui du financement. Il inclut les séjours en admission directe depuis le domicile ou assimilé des patients adultes (à partir de 18 ans), en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour en médecine et en chirurgie. A ce stade, sont exclus du recueil les séjours pour lesquels l'admission s'est faite après passage par le service des urgences (de l'établissement ou d'un autre établissement) ou une UHCD, transfert, mutation, les PIE et les PIA, la réanimation, l'obstétrique et les séances. La variable « non programmé » fera l'objet de contrôles non bloquants pour les séjours de médecine des patients de 75 ans et plus en admission directe.

Le démarrage du recueil se fera en janvier 2022 dans les établissements pour leur permettre de s'organiser pour mettre en œuvre le recueil. Dès juillet 2021, des mesures d'accompagnement seront mises en œuvre, avec la publication d'une notice, qui pourra évoluer en fonction des retours du terrain et une adresse mail générique pour permettre de répondre aux questions posées par les établissements et constituer ainsi une base de connaissance.

Discussion

Il est remarqué qu'il faudra au moins un an de recueil effectif pour mettre en place le financement de ce dispositif.

Les participants, notamment la SoFIME, souhaitent avoir de la visibilité sur les objectifs du dispositif qui apparaît très couteux en termes de moyens de mise en œuvre. Sans rémunération conséquente, les établissements risquent de ne pas le mettre en œuvre. C'est pourquoi l'indicateur, son objectif, sa valorisation doivent être définis.

Il est également discuté qu'une variable dans le RSS pour ce dispositif sera difficile à mettre en œuvre. D'après la SoFIME, l'information sera difficile à recueillir car actuellement, elle n'existe pas dans les comptes rendus médicaux.

Des alternatives auraient été de réaliser une enquête un jour donné dans des établissements, ou encore de calculer des indicateurs sur les données déjà disponibles, pouvant être ciblés sur la gériatrie. En effet, une difficulté supplémentaire relevée pour ce dispositif et la mise en œuvre du recueil est qu'il s'applique à tous les services ; il ne concerne pas seulement la gériatrie.

L'articulation avec la réforme des urgences et les indicateurs IFAQ est discutée. La DGOS précise qu'il ne s'agit pas d'une réforme des urgences mais bien d'un dispositif à destination des services de soins.

2.4 DM INTRA-GHS

Le dispositif des DM intra GHS est inscrit dans la loi du 29 décembre 2011. L'achat, la fourniture et l'utilisation de certains DM, leur prise en charge au titre des prestations d'hospitalisation (c'est-à-dire à travers le GHS), sont conditionnés à leur inscription sur une liste, dite « intra GHS ».

La DGS fixe par arrêté les DM suivis dans ce cadre :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/autres-produits-de-sante/dispositifs-medicaux/liste-intra-ghs>

Cette liste concerne un nombre réduit de DM : défibrillateurs cardiaques, stents intracrâniens, valves cardiaques, dispositifs prolapsus et incontinence urinaire, dispositifs de thrombectomie.

A compter de 2022 (date de démarrage en cours de discussion), ce recueil se fera dans un fichier complémentaire. Le référentiel des codes n'est pas connu à ce jour, l'utilisation des codes UDI reste à confirmer.

Les fédérations et la SoFIME demandent une solution de recueil plus simple et non au séjour (ex : FICHSUP ou enquêtes sur des DIM ciblés) tant que les éditeurs et les systèmes d'information n'auront pas intégré le référentiel. Il est également demandé de préciser l'objectif de ce recueil, au-delà du caractère « obligatoire » car ce recueil représente un surcoût (pas de financement en regard). Une autre solution discutée est celle de les intégrer au circuit de remontée des DMI liste en sus. L'ATIH doit également préciser quelle conséquence aura une absence de remplissage de ce fichier.

2.5 CAR T CELL

Une évolution des modalités de prise en charge du forfait complémentaire de 15 000 € est annoncée à compter de mars 2022. Il sera rattaché à l'acte d'injection (codé en CCAM) et non à la déclaration dans le FICHCOMP LES.

2.6 NOUVEAUX RECUEILS

Le projet Nouveaux Recueils a pour objectifs d'améliorer l'efficacité du recueil de données (réduire le temps passé par les professionnels à produire les données du PMSI tout en garantissant une qualité de recueil élevée) à court et moyen termes et sécuriser le processus de réponse aux demandes de nouveau recueil provenant de la DGOS, des fédérations ou issues des besoins internes.

Pour ce faire, une planification de projets en trois briques a été conçue :

1. Formaliser une phase pré-analytique au traitement d'une demande de recueil : mettre en place un process qui permet de mieux instruire les demandes de nouveaux recueils en prenant en compte leur faisabilité et les données existantes. L'idée est de réussir à projeter la charge systémique de conception et de mise en place d'un nouveau recueil sur la base d'une évaluation préalable de la complexité de ce dernier. Ce niveau de complexité pourra être évalué en fonction de critères tels que la pluralité des sources de données demandées, le niveau de formalisation à date, le niveau d'acceptabilité du terrain à la demande de recueil, le format de recueil projeté, etc.
2. Simplifier le processus de recueil dans lequel on cherche à donner une visibilité aux utilisateurs sur les fichiers à constituer et transmettre (via un guide des recueils sous forme de checklist, et ensuite chercher à réduire le nombre de fichiers complémentaires demandés tant que possible, proposer des automatisations du codage et généraliser le recueil l'INS – pseudonymisé - à partir de 2022, variable centrale des chaînages futurs).
3. Anticiper les futures demandes de nouveaux recueils en engageant une réflexion en profondeur et de long terme sur la transformation de l'architecture du PMSI compte tenu des évolutions des capacités des solutions techniques de recueil. Pour ce faire, une réflexion d'identification et d'ordonnement des finalités du PMSI devra être réalisée : financement, épidémiologie, veille sanitaire, vigilance, etc.

Ces briques sont traitées conjointement au sein de l'ATIH.

Les acteurs saluent l'effort de méthodologie et font plusieurs demandes : apporter plus de précisions dans les fichiers de format (ex : références à la norme B2), mieux cadrer les définitions / objectifs / intérêts des données / possibilités de recueil avant la mise en place d'un nouveau recueil, impliquer davantage les professionnels du domaine informatique et les sociétés savantes dans la phase de conception, être vigilants sur la cohérence de définitions entre plusieurs recueils, élargir la réflexion aux finalités du PMSI.

Ces objectifs sont intégrés au projet.

2.7 NOMENCLATURES

2.7.1 CIM 11

La mise en œuvre internationale de la CIM-11 est prévue pour début 2022. En France, elle s'étalera sur 5 ans. L'ATIH pilote les travaux de traduction française de la CIM-11 depuis 2019. Une partie des libellés de codes a été traduite en 2019 (1^{re} phase). La traduction des libellés restants, des notes de codage ainsi que des définitions est réalisée en 2021 (2^e phase). Deux étapes de traduction de la CIM-11 sont en cours en 2021 (ATIH + société de traduction) :

- Traduction des libellés de codes et des notes de codage → clôturée fin juin
- Traduction des paragraphes de définitions → attendue pour mi-septembre

Pour le dernier trimestre 2021, l'ATIH mettra en place un processus de contrôle de qualité, de maintenance et d'actualisation des traductions de la CIM-11, avec notamment la saisine des sociétés savantes, l'enrichissement de la classification avec des synonymes de la francophonie, la standardisation et les correctifs.

Il est demandé si l'ATIH est en charge des travaux de traduction de la terminologie de référence internationale de la « Logical Observation Identifiers Names & Codes » (LOINC) ?

En pratique, c'est l'Agence du Numérique en santé qui gère actuellement les questions relatives à la LOINC.

2.7.2 Révision de la CCAM

La création du Haut Conseil des Nomenclatures (HCN) a été précisée par décret en date du 21 avril 2021 (composition du HCN), et par arrêté en date du 5 juin (nomination de ses membres).

Une première réunion d'organisation des travaux a été mise en place avec l'ATIH et le Département des actes de la CNAM - DACT (assurant le secrétariat du HCN). L'ATIH sera associée aux travaux conséquents de refonte de la CCAM qui démarreront à partir de septembre.

2.8 EVOLUTION DES CONSIGNES DE CODAGE

Trois nouveaux sujets ont été retenus au programme de travail de l'ATIH pour évolution des consignes de codage. Ces sujets sont en cours de cadrage et concernent la périnatalité, les soins palliatifs et les infections urinaires.

La SoFIME souligne les difficultés rencontrées par les établissements de santé concernant notamment le problème des lits identifiés de soins palliatifs, la complexité et le contentieux important inhérent à ce champ, confortant la nécessaire implication précoce des professionnels dans le processus d'évaluation de ces sujets.

Un point d'étape sera présenté au prochain comité technique MCO.

3 POINTS DIVERS

3.1 FINANCEMENT DE LA CHIRURGIE DE L'OVAIRE

UNICANCER signale le sous-financement de la chirurgie de l'ovaire. L'évolution du régime des autorisations va concentrer cette activité sur quelques établissements qui vont être en difficulté du fait de ce sous-financement structurel.

3.2 MISE A DISPOSITION DES DONNEES RPU SUR LA PLATEFORME DES DONNEES HOSPITALIERES

La FHF demande quand ces données seront accessibles.

La prochaine réunion du Comité technique plénier MCO aura lieu à l'automne 2021.