

COMITE TECHNIQUE MCO Plénier

Compte-rendu de réunion

Date : 4 juillet 2018

Heure : 14h00-17h00

Lieu : ATIH Paris

PARTICIPANTS

FEHAP : ➤ Anne LECOQ ➤ Pierre METRAL FHF : ➤ Bernard GARRIGUES ➤ Sandra Gomez UNICANCER : ➤ Sandrine BOUCHER ➤ Béatrice LE VU FHP-MCO : ➤ Michèle BRAMI ➤ Laure DUBOIS	CNIM / SOFIME : ➤ Didier THEIS DSS : ➤ Excusée DREES : ➤ Alice BERGONZONI ➤ Engin YILMAZ CNAMTS ➤ Éric EKONG DGOS : ➤ Isabelle PETIT	ATIH : ➤ Anne BATAILLARD ➤ Alexandra DELANNOY ➤ Joëlle DUBOIS ➤ Catherine LE GOUHIR ➤ Etienne MEUNIER ➤ Nicole MELIN ➤ Vincent PISETTA ➤ Meriem SAID ➤ Raphaël SCHWOB
---	---	---

ORDRE DU JOUR

- **Classification**
 - Ambulatoire chirurgical : CMD09
 - Ambulatoire médical
 - CMA
- **Information médicale - Recueil**
 - Radiothérapie
 - Evolution du recueil du mode d'entrée : conversions en HC
 - Consignes de codage
- **Partenariat SoFIMe / ATIH**
- **Nomenclature**
- **Points divers**
 - Suppression de l'UM IVG

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

1 INFORMATION MEDICALE

1.1 AMBULATOIRE CHIRURGICAL : CMD09

L'ATIH rappelle les objectifs de la refonte de la CMD09 chirurgicale à savoir :

- Prendre en compte l'ambulatoire au sein des sous-CMD chirurgicales de la classification ;
- Travailler sur la lourdeur des actes et les actes multiples pour diminuer l'hétérogénéité.

La méthodologie des travaux, la présentation de la nouvelle version de la CMD09 ainsi que les résultats d'impacts de la nouvelle classification sur la PVE et sur les séjours sont exposés par l'agence.

La **FEHAP** souhaite être sûre que la racine 09_ONTBK est bien distinguée sur les diagnostics et non sur les actes, ce qui lui est confirmé par l'ATIH.

Elle s'interroge aussi sur la liste d'actes regroupant les interventions majeures du sein hors tumeurs malignes, cette liste contient les ablations de prothèse mammaires. Cet affichage lui paraît peu lisible, les séjours contenant ces actes étant estimés plus courts. Elle souhaiterait que la DMS de ce regroupement d'actes soit validée par rapport à celle des autres actes de la liste de cette racine.

Pour la FEHAP, les curages ganglionnaires cervicaux et thoraciques ne devraient pas être dans le même regroupement (les thoracotomies et curages médiastinaux ne sont pas comparables aux cervicotomies).

La FEHAP soulève le fait que dans la liste des diagnostics « ulcères et phlegmons » pour entrer en 10_EXGRF_INFECT, les 4 niveaux d'escarres sont retrouvés, or les patients ayant des ulcères de stade 3 ou 4 lui paraissent intuitivement plus lourds, et les chirurgies associées probablement très différentes.

Dans la liste des actes concernant la région anale et péri-anale : 1 acte sur les malformations de l'anus et les transpositions est présent (HKMA006). Or, il correspond à de la chirurgie de la malformation des enfants et devrait être sorti de cette liste, voire de la CMD.

La **FHP-MCO** exprime un besoin de clarification méthodologique sur la définition de l'utilisation de la variable CMA au cours de la présentation. L'ATIH précise qu'il s'agit du nombre de séjours de niveaux 2, 3 et 4 (c'est à dire que cette notion prend en compte l'effet seuil sur la durée de séjour et les exclusions et non pas de la présence de code ayant un niveau CMA), choix méthodologique qui paraît regrettable à la FHP-MCO.

UNICANCER alerte sur la création d'une racine de chirurgie intermédiaire des tumeurs malignes du sein qui induit une meilleure valorisation de la stratégie tumorectomie ou mastectomie partielle avec curage ganglionnaire alors que

- les politiques de qualité des soins visent à diminuer les curages au profit du ganglion sentinelle ;
- il existerait un surcodage des curages ganglionnaires par les établissements privés ex-OQN, avec comme hypothèse que le curage codé correspond à la réalisation de l'acte sur le ganglion sentinelle. Ce surcodage biaiserait la base nationale et donc la construction de la classification en termes de volume de séjours dans les catégories créées.

UNICANCER souhaite que l'impact de la classification sur les pratiques et la qualité de soins soient prise en compte dans la construction de celle-ci.

La question du maintien de 3 racines pour la prise en charge du cancer du sein est posée. L'ATIH va expertiser ce point.

Par ailleurs, toutes les catégories d'établissements n'ont pas les même taux d'ambulatoire il faudrait ajuster les analyses d'impact par catégorie d'établissements.

UNICANCER signale que l'acte QEFA011 n'est pas dans la liste des actes de la CMD09.

UNICANCER évoque une incohérence entre les actes des listes pour tumeur maligne et hors tumeur maligne.

Pour finir, UNICANCER souhaite que la description des racines (cf. diapos 9) soit déclinée par catégorie d'établissement.

La **FHP-MCO** souhaite que la déclaration d'UNICANCER sur le surcodage soit étayée par une analyse de l'ATIH reposant sur les évolutions de fréquences des actes de curage et de ganglion sentinelle ventilées selon la caractère public ou privé de l'établissement depuis 5 ans.

La **FHF** ne comprend pas la logique de segmenter les racines 01 et 02 qui pourraient être regroupées.

Elle se joint à la FEHAP concernant l'incohérence du regroupement des thoracotomies et des cervicotomies pour le curage ganglionnaire.

La FHF enrichit le débat sur les effets de la classification sur les pratiques de codages (cf. curage ganglionnaire) en citant les exemples passés des varices et de la radiofréquence.

La FHF souhaiterait que des analyses pour les lambeaux de peau (déclinées par type d'établissements et pour les FINESS « marginaux ») soient effectuées.

1.2 CMA

La révision des listes des CMA est en cours. Une présentation des résultats aura lieu au prochain CT.

La **FHF** rappelle son scepticisme sur la validité médicale de certaines exclusions DP/DA liées aux CMA. Les exemples suivants sont remontés : rhabdomyolyses à l'exclusion du coma, hématome sous dural à l'exclusion de la fracture humérale, anémie à l'exclusion de la pyélonéphrite, endocardite à Candidas à l'exclusion des septicémies à Candidas, etc. Elle souligne la nécessité de faire remonter les exclusions pour les évaluer et les corriger. Au vu de ces exemples, le dispositif en place ne lui paraît pas avoir suffisamment de relecture médicale et ce sujet nécessiterait d'être instruit par des données remontées d'un observatoire de terrain. Pour cela l'ATIH rappelle qu'un fichier de recueil a été précédemment transmis. Il paraît important à la FHF qu'il y ait plus de communication sur cet observatoire et plus d'accompagnement.

2 INFORMATION MEDICALE

2.1 RECUEIL A BLANC DANS LE CADRE DE L'EVOLUTION DU MODELE DE FINANCEMENT DE LA RADIOTHERAPIE

L'ATIH rappelle que cette démarche est sous l'égide de la DGOS dans le cadre de l'article 43 de la LFSS 2014.

Le recueil à blanc concerne les traitements terminés courant juin 2018. La remontée des données est prévue sur la plateforme ATIH à partir de juillet 2018 et la totalité des données est attendue avant mi-septembre 2018. Actuellement, 61 établissements se sont portés volontaires.

La **FHF** précise que le modulateur doit bien prendre en compte l'alourdissement de la prise en charge et qu'il est donc surprenant que les patients psychiatriques nécessitant du personnel accompagnant pour la radiothérapie ne soient pas considérés comme plus lourds.

Elle exprime par ailleurs son incompréhension sur la méthodologie de sélection des comorbidités choisies à dire d'experts. Elle souhaite ainsi faire passer un message à la DGOS qui est représentée ce jour. La DGOS accuse réception de cette information.

La **FEHAP** s'interroge sur la représentativité des types d'établissements.

UNICANCER précise que l'impact des comorbidités pour moduler les tarifs n'est pas toujours très intelligible.

2.2 CONVERSIONS DE PRISES EN CHARGE AMBULATOIRES EN HOSPITALISATION COMPLETE

L'ATIH rappelle le besoin de comptabiliser, à la demande de la HAS, les conversions des chirurgies ambulatoires en hospitalisations complètes. L'ATIH souhaite élargir cette réflexion aux autres conversions : les HDJ médicaux et les séances. Ces travaux sont menés dans le cadre d'un groupe de travail avec des experts DIM. La proposition d'une variable à cocher dans les données administratives ou dans le RSS a été

proposée mais récusée par ces experts. La proposition de ce groupe a consisté à proposer d'utiliser la variable « provenance ». Mais, dans un second temps, les mêmes experts ont émis des réserves quant à la fiabilité et faisabilité de ce recueil.

La **FHP-MCO** confirme que les chirurgiens qui font de la chirurgie ambulatoire sont très intéressés par le taux de conversion.

La **FHF** est dubitative quant à la fiabilité des futures données issues de la variable « provenance », et préfère proposer de faire évoluer les logiciels de recueil, ou les contrôles bloquants au niveau de la valorisation. Il faudrait selon elle, généraliser les multi-RUM avec une 1^{ère} UM en CA (et arrêter les écrasements). Et pour cela, que figure dans le guide méthodologique le fait que la création de 2 RUMs est obligatoire. Par ailleurs, elle souhaiterait que les noms des experts du groupe de travail soient communiqués.

La **FEHAP** évoque des enjeux de probable double facturation dans le privé et fait un parallèle avec les passages en UHCD suivis d'une autre hospitalisation dans la journée.

UNICANCER souhaite être éclairée sur le fait qu'il existe ou non un problème de facturation pour les patients et voudrait aussi que les noms des membres du groupe de travail soient communiqués.

La **SOFIME** se positionne pour une instruction des problématiques techniques ainsi que du périmètre (en volumétrie) des établissements concernés. Par ailleurs la solution des multi-RUMs lui paraît être la plus pertinente.

2.3 CODAGE DES PATHOLOGIES CHRONIQUES

L'ATIH annonce qu'elle va instruire la demande d'UNICANCER qui est de clarifier les situations au sein desquelles le codage du cancer en DAS est autorisé, ceci en raison de nombreux rejets à l'occasion des contrôles assurance-maladie. Ce sujet rejoint une problématique globale qui est le codage des pathologies chroniques en DAS.

La **FHF** souligne que le cancer mobilise nécessairement de l'effort de soin, et partage le point de vue d'UNICANCER : il y a un vrai besoin de clarifier les consignes de codage. Elle regrette les pratiques des contrôles assurance maladie, qui interprèterait les prises en charge en se reposant sur des actes au lieu de considérer l'approche du malade,

La **SOFIME** rapproche cette problématique de celle des diabètes multi-complicqués, et s'aligne sur le besoin de revoir les situations cliniques pour les pathologies chroniques.

3 NOMENCLATURE

Les évolutions 2019 de la CIM-10 et de la CCAM descriptives sont présentées

La présentation des évolutions de la CIM-10 soulève peu de remarques en dehors d'une satisfaction affichée pour la description des degrés de sévérité de l'insuffisance cardiaque. Les évolutions proposées pour le code O04 Avortement médical et P95 Mort fœtale (de cause non précisée) ne soulèvent pas de remarques particulières.

Suite à la présentation des travaux sur les « exclusions facultatives » de la CIM-10 la FEHAP sollicite la vigilance de tous sur certaines exclusions « cachées ». Elle rapporte l'exemple du code Z74.2 *Besoin d'assistance à domicile, aucun autre membre du foyer n'étant capable d'assurer les soins* qui n'a pas la même définition dans le guide méthodologique selon qu'il soit en DP ou DAS. Du fait de la contrainte des consignes de codage, il ne serait pas possible de renseigner ce code et il y aurait une perte de description de ces séjours.

La FEHAP souhaiterait également que les consignes actuelles de codage du code Z51.5 (soins palliatifs) soient revues et suivent la déclinaison de l'algorithme soins palliatifs. La FHF soulève la question du besoin d'un 2^e code (ou un découpage du code actuel en 2 codes) pour augmenter la description des prises en charge en soins palliatifs.

La présentation des évolutions prévues pour la CCAM ne soulève pas de remarques particulières pour les déclinaisons des codes de bypass gastrique pour traitement de l'obésité morbide. L'ATIH informe que cette évolution pourrait être introduite, à l'occasion d'une publication CCAM par l'Assurance maladie.

Pour les déclinaisons de code de césarienne, la FEHAP demande pourquoi ces évolutions n'ont pas été plutôt faites sur les codes CIM-10 plutôt que sur les codes CCAM. L'ATIH répond que la proposition a été faite sur

la CCAM car il était souhaité que les codes de césarienne soient déclinés comme le sont les codes d'accouchement naturel dans la CCAM.

Quant à l'éventuelle déclinaison droite/gauche des actes de dilatation des artères des membres inférieurs par ballon à élution de principe actif, la FHF exprime ses doutes quant à la qualité des données qui seront recueillies pour les codes CCAM précisant le côté de l'intervention. La FEHAP se joint à la FHF concernant les actes latéralisés : en l'absence de retours et d'intérêts des professionnels, il n'y aura pas de qualité de recueil. La FEHAP suggère de faire des tableaux de restitution statistiques qui pourraient être montrés aux chirurgiens.

4 PARTENARIAT SOFIME

La SOFIME et l'ATIH travaillent conjointement sur les difficultés liées aux consignes de codage des stomies. Un document technique décrivant les situations cliniques concernées a été produit, et est en cours de validation SoFIME/ATIH.

Une fois validé, ces éléments seront intégrés dans le guide méthodologique pour 2019.

5 DIVERS

Trois points sont soulevés. Ils seront explorés en vue de produire des consignes de codage/recueil, si nécessaire.

- La FHF rappelle qu'il existe une incohérence entre la construction des CMA des CMD 14 et 15 et la consigne du guide méthodologique sur le sujet des transfusions. Le guide précise que si l'acte de transfusion est codé, il n'est pas nécessaire de mettre le diagnostic en DA. Mais le diagnostic en DA est le mécanisme qui assure les CMA dans la classification de la CMD 14.
- La FHF revient sur la montée en charge des interventions (chirurgicales et psychiatriques) sur le fœtus avant sa naissance : ceci conduit au blocage de certains séjours du fait de verrous existants, dans la fonction groupage, pour des actes réalisés sur le bébé, pendant le séjour de la maman, car il peut y avoir des incompatibilités « sexe » et « âge »
- UNICANCER rappelle sa demande que soit étudiée la faisabilité de codage de la CIM-O.

La prochaine réunion du Comité technique plénier MCO aura lieu à l'automne 2018.