

COMITE TECHNIQUE MCO Plénier

Compte-rendu de réunion

Date : 06 juillet 2015

Heure : 14h00-17h00

Lieu : ATIH Paris

PARTICIPANTS

<p>FEHAP :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pierre METRAL ➤ Catherine REA ➤ Laure SCHNABEL (interne de santé publique) <p>FHF :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bernard GARRIGUES ➤ Véronique GILLERON <i>consultante FHF</i> ➤ Sandra GOMEZ <p>UNICANCER :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Béatrice LE VU ➤ Sandrine BOUCHER 	<p>FHP-MCO :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Marie-Paule CHARLOT ➤ Laure DUBOIS <i>consultante FHP-MCO</i> <i>Michèle BRAMI</i> <p>DREES :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ingrid LEFEBVRE-HOANG ➤ Marie-Claude MOUQUET <p>DGOS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Isabelle PETIT 	<p>CNIM :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Excusé <p>DSS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aurélie OLIVIER <p>ATIH :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Anne BATAILLARD ➤ Joëlle DUBOIS ➤ Éric EKONG ➤ Catherine LE GOUHIR ➤ Carole LÊ-LEPLAT ➤ Meriem SAID
--	--	---

ORDRE DU JOUR

- Chirurgie ambulatoire : travaux de la campagne 2016
- CMA : méthode de révision des regroupements de codes CIM-10
- Autres : polyhandicap, millésime

Préambule

Le diaporama a été envoyé le 1^{ER} juillet 2015 pour permettre une étude des données techniques en préalable à la réunion. En mai, la réunion portait sur le programme, celle de ce jour présente les pistes précises développées dans le cadre de ce programme de travail.

1 L'AMBULATOIRE, TRAVAUX DE LA CAMPAGNE 2016

a. Racines en J

Une première analyse a été réalisée sur les 8 racines pour lesquelles les Sociétés savantes et la DGOS demandent la création d'un GHM en J du fait de leur potentiel ambulatoire.

La **FHF** signale que les Sociétés savantes et la DGOS demandent des créations de GHM en J sur des activités ambulatoires inexistantes.

Sur ce premier point l'**ATIH** répond que les rencontres ont eu lieu avec les Sociétés savantes donc avec des cliniciens qui sont étrangers à la logique de la classification. Les acteurs de terrain ont le sentiment que le GHM en J valorise leur activité ambulatoire.

La **FHF** complète en précisant que, sur un plan méthodologique, il faudrait éliminer les séjours qui ont plusieurs actes, car la réalisation d'un 2^{ème} acte peut avoir un impact sur la DMS du séjour. Il faut lutter contre l'inflation des GHM et n'en créer de nouveaux que lorsqu'il est nécessaire de distinguer une prise en charge ou des coûts différents. Il y a une pédagogie à faire auprès de la DGOS et des Sociétés savantes sur la classification et les méthodes pour la maintenir en adéquation avec la pratique.

La **FEHAP** signale qu'il est plus pertinent de revoir l'homogénéité des racines par l'analyse des listes d'actes. Les praticiens du domaine ex-OQN travaillent très activement sur cette analyse des actes.

Unicancer propose d'étudier le potentiel ambulatoire de chaque acte selon les établissements.

Dans la présentation générale des différents outils, **L'ATIH** apporte les précisions suivantes :

- Pour calculer l'évolution du taux de séjours de 0j, le dénominateur reprend tous les séjours de la racine (diapositive 8).
- Dans les données d'activité des établissements, les établissements sont identifiés par des ronds, et la moyenne de chaque secteur (exDG et exOQN) est représentée par un triangle.

Le détail des remarques formulées pour chaque racine est présenté dans le **tableau 1**.

Tableau 1 = Analyse des racines proposées pour création de GHM en J

Racine	Pistes ATIH	Remarques des participants
08C34 Interventions sur les ligaments croisés sous arthroscopie	Il s'agit soit d'attendre la confirmation de l'activité ambulatoire soit de créer un GHM en J	La FHF ne voit pas comment l'activité se distribuera sur la pratique ambulatoire. La FHP-MCO rappelle qu'en 2012 la SOFCOT demandait la disparition de la borne basse dans cette racine pour promouvoir la pratique ambulatoire. La disparition effective de la borne expliquerait la montée en charge de l'ambulatoire. Les deux fédérations pensent qu'il n'est donc pas urgent de créer un GHM en J.
10C09 Gastroplasties pour obésité	Il existe une possibilité de créer un GHM en J	La FHP-MCO signale qu'il se pose un problème de volume car c'est une activité qui s'effondre. Pour faire cette activité en ambulatoire, se développent des hospitalisations de préhabilitation avec un bilan réalisé par cinq spécialistes. Les interventions de type « anneaux » ou « sleeves » peuvent se faire en ambulatoire, pas celles du type « by-pass ».
10C10 Autres interventions pour obésité	Il n'existe pas de possibilité de créer un GHM en J sur la racine actuelle. Déplacer l'acte réalisé en ambulatoire dans une racine plus pertinente pourrait être testé.	Il n'y pas d'intérêt à créer un J ici. La chirurgie de l'obésité est distribuée dans plusieurs racines de la CMD 10.
13C17 Cervicocystopexie	Il existe une possibilité de créer un GHM en J	La FHP-MCO signale qu'il s'agit d'une racine ancienne, sans borne basse, et donc qu'il n'y a pas de désincitation financière à la pratique de l'ambulatoire.
09C06 Interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale	Il n'existe pas de possibilité de créer un GHM en J sur la racine actuelle. Segmenter la racine en 2 selon la nature des actes pourrait être testé.	Unicancer signale qu'il existe une différenciation dans les racines pour les pathologies cancéreuses qui pourrait être appliquée de la même façon pour les pathologies non malignes. La FHF demande de rechercher la cohérence médicale liée aux actes.
13C09 Laparoscopies ou coelioscopies diagnostiques	Il existe une possibilité de transformer le GHM de T1 en J Mais il faut évaluer l'impact du rapatriement des séjours de 1 jour dans le niveau 1	La FHF demande d'essayer de distinguer les prises en charge en urgence du reste.
13C10 Ligatures tubaires par laparoscopie ou coelioscopie	Il existe une possibilité de transformer le GHM de T1 en J Mais il faut évaluer l'impact du rapatriement des séjours de 1 jour dans le niveau 1	La FHP-MCO signale que de plus en plus se développe une méthode de pose de micro implants dans les trompes, par voie vaginale et sous contrôle hystéroscopique.
13C13 Autres interventions sur l'appareil génital féminin	L'ATIH propose de transférer les actes ambulatoires dans une autre racine en J.	La FHP-MCO signale que cela ne présente pas d'intérêt.
12C13 Stérilisation et vasoplastie	Il n'existe pas de J sur une racine dont l'activité est majoritairement ambulatoire.	La FHP-MCO signale que cette situation est historique et que la création d'un J serait sans intérêt. Un GHM en « Z » pourrait être pertinent.

b. Homogénéité des racines

Une première analyse a été réalisée sur les 15 racines pour lesquelles les Sociétés savantes et la DGOS signalent une hétérogénéité, notamment en termes de lourdeur des actes réalisés et de leur potentiel ambulatoire.

Tableau 2 - Analyse des racines proposées pour homogénéisation

Racine	Pistes ATIH	Remarques des participants
03C07 Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, > 17 ans	Les séjours hétérogènes peu nombreux et la structure par localisation de la racine ne permettent ni segmentation ni redirection. Un regroupement de l'activité pédiatrique et adulte pourrait être envisagé.	
03C16 Autres interventions chirurgicales portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou	Séparation des activités lourdes et légères.	La FHF signale que les IOA et IOAC de la face se retrouvent dans cette racine et ne sont pas identifiées en tant que telles.
06C14 Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales	Pas de proposition d'évolution.	
06C25 Interventions réparatrices pour hernies à l'exception des hernies inguinales, crurales, âge > 17 ans	Pas d'évolutions ou transfert des actes de plastie diaphragmatique dans la racine 06C04 « cure d'événtration »	Cette demande n'est pas une urgence.
07C14 Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës	Création de 3 racines : <ul style="list-style-type: none"> • Cholécystectomie aiguë par coelioscopie • Cholécystectomie non aiguë par coelioscopie • Cholécystectomie aiguë ou non par laparotomie 	La FHP-MCO signale que cette modification serait une rupture par rapport aux principes de la classification qui préconisent de ne pas créer de racine pour différencier une technique et en particulier pour isoler la coelioscopie.
08C21 Autres interventions portant sur l'appareil musculosquelettique et le tissu conjonctif	Pas d'évolutions ou analyser les données avec les autres racines « Autre... » de la CMD08 citées dans la demande.	
08C42 Interventions non mineures sur les tissus mous	Possible transfert certains actes de DMS plus courtes vers d'autres racines.	
08C46 Autres interventions sur les tissus mous	Pas d'évolutions ou transfert de certains actes plus ambulatoires dans des racines plus adéquates.	

Racine	Pistes ATIH	Remarques des participants
08C54 Interventions sur le genou pour des affections autres que traumatiques	Possibilité de tester la segmentation des séjours pour intervention sur le genou sur la lourdeur de l'acte plutôt que sur la nature traumatique ou pas	La FHP-MCO signale une incohérence entre les prises en charge identifiées par les Sociétés savantes et l'intitulé de la racine. La FHF confirme qu'il y a probablement un problème de DP plutôt que d'actes.
09C03 Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites	Possibilité de segmenter la racine pour les pathologies les plus lourdes ou transférer ces séjours dans une autre racine.	Unicancer rappelle qu'il avait déjà attiré l'attention sur le manque d'homogénéité de cette racine
09C07 Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein	Pas de proposition d'évolution. Ces quelques séjours ne peuvent pas être classés ailleurs compte tenu de la logique de la classification.	
09C09 Interventions plastiques en dehors de la chirurgie esthétique	Possibilité de définir une règle de codage pour regrouper ces actes dans une seule CMD ou créer une extension au code Z42 pour réorienter les séjours concernés dans la CMD10.	
09C10 Autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins	Possibilité de segmenter la racine en créant une racine plus ambulatoire sur la prise en charge des lésions superficielles.	La FHF signale que cette racine regroupe beaucoup de séjours d'urgence qui sont requalifiés en activités externes par les contrôles. Cette racine a un gros volume et il faudrait revoir les DP.
12C06 Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge inférieur à 18 ans	Pas de proposition d'évolution.	
13C08 Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin	Possibilité de tester le transfert des actes plus lourds dans une autre racine.	

c. Questions diverses

Unicancer demande si des actions ont été demandées pour la racine 09C14 « curage ganglionnaire ». La **FHF** signale des modifications récentes de cette zone de la classification. **L'ATIH** va donc vérifier.

Le travail de fond sur la prise en compte du virage ambulatoire dans la classification va continuer.

La **FHP-MCO** signale l'importance de prendre en compte les actes interventionnels.

La **FHF** signale l'urgence de ces travaux dans le champ médical, car les contrôles requalifient beaucoup d'activités médicales réalisées en hospitalisation de 0 j en consultations externes.

L'ATIH répond que ce travail prend en compte tous les champs du MCO.

d. La suite des travaux

L'**ATIH** précise que les travaux vont se poursuivre avec en particulier une analyse de la cohérence médicale des pistes d'évolutions.

A l'issue de cette analyse, et pour les propositions retenues l'agence réalisera une analyse d'impact des évolutions envisageables sur le plan de la PVE et des coûts. Les éventuelles incidences sur les tarifs seront également approchées.

Pour les J, les propositions finales de création ou non des J s'appuieront sur la doctrine mise en place lors de la V11 pour la création des GHM en J, en T ou en Z, sauf si celle-ci mérite un aménagement du fait de l'évolution des pratiques.

L'ensemble des évolutions envisageables, les simulations, ainsi que les propositions de l'agence seront présentées lors du prochain CT pour discussions et décisions.

Dans l'attente les fédérations peuvent, si elles le souhaitent, transmettre à l'agence durant l'été leurs éventuelles remarques ou nouvelles propositions sur les racines présentées en séance.

2 CMA, TRAVAUX SUR LES REGROUPEMENTS

L'**ATIH** présente les paramètres de la révision des regroupements existants et la méthode qui sera appliquée de façon systématique. Dans cette méthode l'ajout d'un paramètre concernant la variabilité de l'effet isolé au cours du temps peut permettre d'isoler des codes rares mais d'effet stable.

L'achèvement de la révision des regroupements est prévu pour la fin du premier trimestre 2016. Des points réguliers seront faits lors des réunions des sous-groupes techniques.

La **FEHAP** demande si cette analyse s'appuie sur l'effet des actes. L'**ATIH** répond qu'il s'agit seulement de regarder les codes en diagnostics associés et leurs regroupements.

La **FHF** rappelle qu'il y a des diagnostics dont on ne comprend pas qu'ils n'aient pas d'effet CMA et qu'il faudrait réfléchir pour corriger cet état de fait car cela est médicalement perturbant. Il existe des problèmes de définitions, comme pour la thrombopénie, ou pour certains troubles de la coagulation (CIVD), des problèmes de codage comme pour l'insuffisance cardiaque pour laquelle les stades n'ont pas de traduction en CIM-10, ou des problèmes d'effectifs comme pour la crise drépanocytaire. Ces codes n'ont pas d'effet CMA alors que leur expression clinique nécessite une prise en charge importante lors des séjours.

3 POLYHANDICAP

La description des séjours ayant un code dans les quatre listes est présentée ainsi que les caractéristiques de ces listes.

La **FEHAP** signale que la cohérence de ces listes pose problème car elles sont issues d'un travail réalisé par les Sociétés savantes en dehors des règles du PMSI, et ne correspondent pas à une réalité clinique. Pour pouvoir accéder au statut de polyhandicap, il faut une démarche de codage très proactive. Les listes telles qu'elles sont constituées concernent les enfants IMC et les personnes âgées, et il serait intéressant de voir la distribution de l'âge.

La **FHP-MCO** signale que le taux de séjours concernés est très faible.

La **FHF** confirme que ces patients ne concernent que quelques établissements, mais pour lesquels l'activité est très lourde. Avec la constitution de ces quatre listes, il était attendu une combinatoire des niveaux de sévérité, donc des CMA multiples.

L'**ATIH** signale que le choix du programme de travail pour les CMA s'est porté sur la modulation des effets et non sur la mise en place de CMA multiples, car la méthode n'est pas prête. Cette démarche ne sera donc pas faite sur le polyhandicap à moyen terme. Il est par ailleurs possible que la révision des CMA influe sur la prise en compte de ces handicaps et à terme sur leur codage.

La **FHF** demande que cette démarche soit planifiée pour résoudre la problématique de la prise en compte du polyhandicap. Les listes ainsi constituées ciblent un type spécifique de handicap, apparu chez l'enfant, qui en grandissant, reste pris en charge dans les mêmes établissements de santé. Ces listes ont été établies par des pédiatres et revues par les spécialités d'adulte. La FHF demande que les établissements soient incités à coder, par une mention dans la notice PMSI, dans tous les champs, et dans les guides méthodologiques. Il faut faire un effort sur la description pour pouvoir identifier ces séjours y compris dans le SSR et la PSY.

L'**ATIH** annonce qu'une actualisation des données sur les bases PMSI 2014 sera réalisée et elle concernera tous les champs. Elle précise également qu'un rappel visant à inciter à un meilleur codage pourrait être fait dans la prochaine notice PMSI.

4 DIVERS

a. Millésime

La classification 2016 portera le nom de « V2016 ».

Les fédérations demandent que lui soit adjoint une extension pour repérer les versions de Fonction Groupage.

b. Demandes complémentaires

Unicancer rappelle sa demande d'intégration dans le recueil PMSI des codes d'anatomie pathologie pour la cancérologie. L'ATIH reverra la question.

La **FHF** signale l'urgence à repréciser la notion d'ambulatoire en médecine, et ceci avant que tous les hôpitaux de jours n'aient été fermés par l'assurance maladie.

Par ailleurs, la **FHP-MCO** estime qu'il sera nécessaire également de travailler sur l'interventionnel en ambulatoire, même s'il n'y a pas, dans ce cas, de caractère d'urgence.

c. Prochains rendez-vous

La prochaine réunion aura lieu fin septembre. Un sous-groupe de travail pourrait être réuni avant en fonction de l'avancée des travaux..

Les fédérations demandent que soit maintenu l'envoi des diaporamas en amont des réunions.