

COMITÉ TECHNIQUE MCO Plénier

Compte-rendu de réunion

Date : 06 octobre 2020

Heure : 14h00-17h00

Lieu : ATIH Paris et Lyon

PARTICIPANTS

FEHAP : ➤ Pierre METRAL ➤ Naila BOUSSAID FHF : ➤ Blaise TRAMIER ➤ Véronique GILLERON (excusée) UNICANCER : ➤ Sandrine BOUCHER ➤ Béatrice LE VU FHP-MCO : ➤ Laure DUBOIS ➤ Matthieu DERANCOURT	SOFIME : ➤ Didier THEIS DREES : ➤ Jehanne RICHET ➤ Alice BERGONZONI (excusée) CNAM ➤ Eric EKONG DGOS : ➤ Caroline JEANNE ➤ Anne-Noëlle MACHU ➤ Arthur BABELON	ATIH : ➤ Joëlle DUBOIS ➤ Sophie GUEANT ➤ Catherine LE GOUHIR ➤ Mériem SAID ➤ Yasmine MOKADDEM ➤ Carole THERASSE ➤ Raphaël SCHWOB
--	---	--

ORDRE DU JOUR

- **Information médicale**
 - Evolutions du recueil MCO pour 2021
 - Nouveaux codes Covid
 - Evolution des consignes de codage et des codes CIM-10 :
 - Sepsis
 - Extensions sur le niveau d'atteinte médullaire
- **Classification**
 - Sévérité en médecine
 - Racines en K dans la CMD 08
 - CMD 09 chirurgicale
 - Autres travaux
- **Points divers**

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

1 INFORMATION MEDICALE

1.1 EVOLUTIONS DU RECUEIL MCO POUR 2021

1.1.1 Admission directe non programmée 75 ans et plus

La réforme Admission directe non programmée des personnes âgées de 75 ans et plus s'intègre dans le cadre de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences : « Généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées pour éviter les urgences ».

Les objectifs du dispositif ADNP75 sont (i) d'inciter les établissements à augmenter le nombre de patients âgés en admission directe non programmée afin de diminuer les urgences évitables notamment chez les personnes âgées – ainsi l'incitation vise la mise en place de parcours coordonnés ville (dont ESMS) - hôpital ; (ii) de diminuer la part des personnes de 75 ans et plus hospitalisées via les structures des urgences.

La trajectoire envisagée par le ministère consiste en la construction sur 2020 et 2021 en région de parcours d'admissions directes non programmées sur les territoires appuyés par des délégations de crédits ; puis l'engagement dès 2021 d'un recueil de ces admissions dans le PMSI MCO sur la base de travaux menés par l'ATIH et enfin un dispositif à partir de 2022 d'incitation financière à ces parcours « qualité » fondé sur ce recueil.

La définition de ADNP repose sur 3 critères de l'admission en hospitalisation : (i) directe, qui se fait directement dans le service d'hospitalisation depuis le domicile/EHPAD, sans passage par le SAU ; (ii) non programmée (inopinée), non connue 24 heures (jusqu'à 48h) avant sa réalisation effective ; (iii) la demande du médecin de ville ou du SAMU (intervenue après consultation de visu, téléphonique ou de consignes données aux patients déjà suivis).

La finalité du recueil est de permettre la construction d'un indicateur d'évolution, portant sur l'ensemble des GHM ; celui-ci n'étant faisable qu'avec deux années de recueil, il y aurait un premier indicateur temporaire la première année, qui pourrait en partie récompenser le remplissage du recueil.

En ce qui concerne les modalités de recueil explorées, les discussions sont en cours. Il s'agit de déterminer le recueil le plus approprié entre une variable générique « programmé/non programmé » du RSS ou du VID-HOSP/RSF et un repérage des séjours directement éligibles au financement ADNP 75 par le biais par exemple d'un code CIM-10 (création d'une extension). Le calendrier envisagé est également en attente d'arbitrage (recueil à partir du 1^{er} janvier ou du 1^{er} mars 2021).

Les autres travaux ATIH/DGOS portent sur une méthode d'analyse du « Potentiel » dans l'attente du nouveau recueil et les travaux « Indicateurs » et « Financement ».

Remarque et observation des participants :

UNICANCER demande si cette mesure ne concerne que les établissements qui disposent d'un service d'accueil et de traitement des urgences ou tous les établissements qui accueillent des patients de façon non programmée. A ce stade, cette mesure concerne bien tous les établissements (avec et sans SAU).

UNICANCER et la FEHAP demandent si le médecin référent doit être systématiquement le généraliste. De nombreux patients atteints de pathologies chroniques sont suivis au long cours par un autre praticien (oncologue, cardiologue, ...) hospitalier ou libéral qui peut être à l'origine d'une hospitalisation programmée. Ce point doit être précisé par la DGOS.

La FEHAP et la SoFIME s'interrogent sur la pertinence d'utiliser le PMSI pour ce projet de recueil d'une information non médicalisée, ce qui créerait de l'hétérogénéité dans le recueil entre ce qui est lié à la T2A (vocation première du PMSI) et ce qui ne l'est pas. Il s'agit ici d'un sujet qualité, se pose donc la question d'utiliser d'autres possibilités que le PMSI (ex : IPAQSS). Selon la SoFIME, il vaut mieux préciser un mode d'entrée que d'aller vers une médicalisation du codage de cette information (code CIM). Par ailleurs, se pose la question des modalités de recueil et du circuit d'une information disponible dans le service de soins, mais rarement dans le dossier médical ou dans le courrier de sortie.

FEHAP et SoFIME rappellent également l'enjeu de la définition de la notion de « programmé ». Cette question a généré par le passé de nombreux échanges. La SoFIME souligne que c'est un sujet important qui devrait

faire relativement consensus mais que le recueil sera complexe ; le modèle de financement doit être également précisé.

La DGOS explique que le PMSI est le moyen qui a été retenu pour asseoir l'incitation à l'hospitalisation directe non programmée. Il est attendu une amélioration des organisations afin de diminuer les admissions directes. Cette mesure ne vise pas à empêcher le passage aux urgences lorsque celui-ci est nécessaire. Il s'agit davantage de modifier les pratiques des médecins traitants et des EHPAD ou celles de services suivant des patients chroniques afin d'éviter le passage systématique par les urgences. Les travaux sur la définition se poursuivent et surtout sur le circuit de l'information.

1.1.2 Hôtels hospitaliers

Ce dispositif concerne les hébergements non médicalisés à proximité des établissements de santé, en amont ou en aval d'une prise en charge hospitalière. Ils pourraient constituer une nouvelle modalité de prise en charge alternative à l'hospitalisation complète.

Il fait suite à une expérimentation (article 53 LFSS 2015).

Le financement envisagé est une dotation annuelle (MIGAC) calibrée sur le recueil de nuitées recueillies à partir du 1er janvier (à confirmer), en MCO (toutes formes d'hospitalisation, toutes les séances, hors dispositif engagement maternité) et SSR.

Les modalités explorées sont un recueil global du nombre de nuitées par établissement (Fichsup, Piramig) ou un recueil par séjour (Fichcomp). De nouvelles modalités provenance / destination pourraient être mises en place pour repérer ces séjours.

Remarque et observation des participants :

Les fédérations évoquent les différentes façons de recueillir les informations dans ce projet

- la plateforme PIRAMIG qui est faite pour ce type de dispositif (la coordination ne se passe pas pendant la prise en charge hospitalière) et qui permet de réaliser une enquête qualité
- les nouvelles modalités provenance / destination, jugées intéressantes pour repérer les séjours.
- un FICHSUP comme pour les transports, puis un passage FICHCOMP

Elles alertent sur le calendrier annoncé.

En définitive, la question qui est posée est celle de l'objectif principal de cette mesure et des informations nécessaires pour réaliser son évaluation.

1.1.3 FICHCOMP Transport

Le support de la valorisation envisagé pour 2021 est le FICHCOMP. Ce point est en cours d'arbitrage.

Pas de remarque ou observation des participants.

1.1.4 DM intra-GHS

Ce recueil avait déjà été présenté en 2019 pour une application en 2020. Cependant, l'ATIH était en attente d'un référentiel. Le recueil sera effectif en 2021 (en attente d'arbitrage sur la date de début du recueil).

Remarque et observation des participants :

La FHF demande si on ne peut pas compléter la liste en sus actuelle avec des tarifs à 0 euro pour les DM intra-GHS.

L'ATIH répond que c'est possible techniquement avec mise à disposition de tableaux de restitution dans Ovalide distinguant ce qui est « liste en sus » et ce qui ne l'est pas. Cependant, les finalités de ces deux recueils étant différentes, l'ATIH considère qu'il est préférable d'avoir deux recueils distincts.

La SoFIME relève que le recueil des DMI et molécules onéreuses devient de plus en plus complexe, même si elle entend que le volet « sécurité » est essentiel. Il ne faudrait pas tout confondre (DMI en sus et dans les GHS) et il est nécessaire d'envisager un timing cohérent pour ce recueil.

1.2 NOUVEAUX CODES COVID

L'ATIH présente les nouveaux codes CIM-10 à usage urgent de l'OMS. Les deux premiers sont marqueurs des situations cliniques d'antécédents d'infection COVID-19 et d'affections post-COVID-19, chez des patients présumés guéris. Le troisième code, décrit le nouveau syndrome inflammatoire multisystémique de l'enfant et de l'adulte. Il s'agit des catégories suivantes : U08.9 *Antécédents de COVID-19, sans précision*, U09.9 *Affection post-COVID-19, sans précision*, U10.9 *Syndrome inflammatoire multisystémique associé à la COVID-19, sans précision*. Le recueil de ces codes sera possible à partir de M9 et rétrospectif, lorsque cela est possible, à partir des séjours terminés le 1^{er} avril 2020.

Pas de remarque ou observation des participants, mais des discussions autour du périmètre et de la signification de certains termes décrits pour présenter les nouveaux codes.

La question du recueil rétroactif est également posée. L'ATIH confirme que des consignes de codage et des exemples précis seront publiés sur le site de l'agence. A priori, le recueil sera rétroactif à compter du 1^{er} avril.

Une question est posée sur le maintien du dispositif de remontées accélérées : elles restent effectivement possibles selon les modalités actuelles.

1.3 EVOLUTION DES CONSIGNES DE CODAGE ET DES CODES CIM-10

1.3.1 Sepsis

L'ATIH présente ses travaux de révision des consignes de codage du sepsis. Ils intègrent les nouvelles définitions du sepsis et du choc septique (sepsis-3 2016). L'ATIH préconise notamment l'utilisation de codes de sepsis déjà existants dans la CIM-10 ainsi que l'abandon du codage systématique du SRIS pour les maladies infectieuses. Ceci permettra de mieux repérer les sepsis dans les séjours, en fonction de chaque présentation clinique. Elle précise par ailleurs que le fascicule de codage des maladies infectieuses de l'ATIH sera révisé, en intégrant l'ensemble des critères cliniques permettant de porter les codes CIM-10 appropriés.

Remarque et observation des participants :

La FEHAP demande si la spécificité des patients immunodéprimés sera prise en compte. L'ATIH répond que les échanges avec les cliniciens se poursuivent. Ce point sera abordé.

La FHF demande si le SRIS non infectieux pourra toujours être codé. L'ATIH répond que pour les pathologies non infectieuses ce code pourra être utilisé. Il est également demandé si le score qSOFA peut être utilisé. Il est répondu négativement. C'est le score SOFA qui doit être utilisé comme référence.

La question est également posée de ce qui sera exigé dans les dossiers pour qu'il n'existe pas d'ambiguïté.

La SoFIme demande à relire le fascicule. L'ATIH confirme que la relecture par la SoFIme était bien prévue.

1.3.2 Extensions sur le niveau d'atteinte médullaire

L'ATIH présente ses travaux de création d'extensions de codes CIM-10 à usage PMSI, pour mieux décrire la prise en charge des atteintes médullaires. Ces extensions porteront uniquement sur la catégorie G82. - de tétraplégie et la paraplégie. Trois options de description, se basant sur le niveau lésionnel anatomique, le grade ASIA ou le caractère incomplet/incomplet de l'atteinte avec ou sans atteinte respiratoire (ou besoin de ventilation), sont actuellement à l'étude. Les avis des CNP de spécialités concernées ainsi que des professionnels du terrain ont été recueillis pour ces travaux. Ces extensions seront introduites pour la CIM-10-Fr PMSI de 2021.

Remarque et observation des participants :

La FEHAP demande qu'un fascicule spécifique soit mis à disposition des établissements.

2 CLASSIFICATION

2.1 PRISE EN COMPTE DE LA SÉVÉRITÉ EN MEDECINE

Après un rappel du contexte général de ces travaux, l'ATIH indique les deux axes de réflexion :

- Un axe orienté vers la recherche de simplification du codage/recueil des données d'activité. Dans ce domaine, l'ATIH cherche d'une part à utiliser de façon complémentaire les données du PMSI via les informations issues des séjours antérieurs. D'autre part, l'ATIH souhaite évaluer le bénéfice à mobiliser d'autres sources d'information (comme le SNDS).
- Un axe orienté vers l'amélioration de la qualité de la classification pour la prise en compte de la sévérité, notamment en médecine. Sur ce sujet, des travaux sont engagés pour évaluer l'impact qualitatif du modèle des CMA en réfléchissant à la modulation des niveaux des diagnostics entre les séjours de chirurgie et de médecine. En parallèle, la possibilité d'associer/de combiner différemment les diagnostics entre eux (CMA multiples) est testée.

2.1.1 Travaux sur la simplification

2.1.1.1 Historique du patient

L'objectif de ces travaux est d'évaluer si les hospitalisations passées influencent la lourdeur d'un séjour (séjour cible) et, au sein des facteurs identifiés, déterminer celui ou ceux qui ont le plus d'impact. Pour ce faire, l'ATIH a réalisé un chaînage des hospitalisations en MCO dans les 365 jours précédant le séjour cible.

Les premières conclusions ont été présentées lors du CT du 08 juillet. Il a été proposé de compléter ces travaux en réalisant les analyses suivantes :

- Analyser l'impact des DAS dans l'historique médical du patient
- Prendre en compte plus d'une seule hospitalisation antérieure
- Prendre en compte la durée de l'hospitalisation

Les travaux statistiques ont été réalisés. Les analyses médicales sont en cours.

Dans un 2^{ème} temps, l'ATIH va poursuivre ces travaux en étendant le périmètre d'étude sur d'autres séjours cibles (autres sous-CMD médicales).

Pas de remarque ou observation des participants.

2.1.1.2 Catégories « précarité »

La définition des différentes dimensions des facteurs sociaux-environnementaux a été finalisée dans le cadre d'un groupe interne ATIH transversal à tous les champs. Des listes de diagnostics CIM-10 ont été établies pour chacune de ces dimensions. Les tests de leur impact sont encore à réaliser.

Remarque et observation des participants :

La FHF demande si le numéro des ALD est disponible. Il est présent en général, sauf pour l'ALD n°32. La SoFIME remarque que ce ne sont pas les patients CMUC donc déjà identifiés qui demandent le plus de soins. Ce sont plutôt les autres patients précaires non identifiés.

2.1.2 Travaux sur l'amélioration de la qualité de la classification à recueil constant

2.1.2.1 Algorithme : des Effets Isolés au gradient

Cette évolution a déjà été mentionnée en CT. L'ATIH explique brièvement pourquoi une telle évolution est nécessaire dans l'optique d'intégrer des CMA multiples (point suivant).

Ce sujet n'appelle pas de remarque particulière des participants.

2.1.2.2 CMA multiples

Comme la modulation, les CMA multiples sont une évolution méthodologique qui a déjà été abordée en Comité Technique. On appelle « CMA multiples » le modèle qui associe le niveau de plusieurs diagnostics pour définir le niveau du séjour. Les travaux sur les CMA multiples nécessitent une révision des exclusions ; leur relecture médicale est en cours.

Ce sujet n'appelle pas de remarque particulière des participants.

2.2 MISE EN ŒUVRE DE LA CMD 09 CHIRURGICALE

L'ATIH rappelle la synthèse des échanges du dernier Comité Technique du 08 juillet.

Il avait été prévu de relancer les travaux en organisant une réunion pour présenter aux chirurgiens des fédérations cette évolution classificatoire.

Cette réunion s'est déroulée le 02 octobre.

Les praticiens identifiés n'ont pas tous pu participer à cette réunion. L'ATIH propose une seconde date le **23 octobre de 15h à 17h**.

A la suite de ces réunions, l'ATIH rédigera un document de synthèse des remontées (demandes de précisions, de modifications des listes et d'ajustements de l'algorithme).

L'ATIH organisera une réunion complémentaire pour présenter les suites à donner à ces retours.

Les fédérations demandent que cette programmation soit prévue bien en amont afin de permettre à chacun d'être présent.

En parallèle, l'ATIH réalise des travaux suite à la demande faite lors du précédent CT par la FEHAP sur la CMD09 médicale. La FEHAP a interrogé l'ATIH sur une relecture des critères de segmentation de la partie médicale de l'algorithme de la CMD09, en particulier autour des prises en charges des plaies chroniques.

Il est précisé en séance que, compte tenu des travaux encore à réaliser, la mise en œuvre de la nouvelle CMD 09 chirurgicale ne pourra intervenir avant 2022.

2.3 CREATION DE RACINES EN K DANS LA CMD 08

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

A ce stade des travaux, les premières orientations identifient un groupe homogène de séjours pour intervention sur le rachis.

Les premières analyses statistiques confirment l'intérêt classificatoire de cette nouvelle racine avec les caractéristiques suivantes :

- avec un geste d'anesthésie complémentaire (générale ou locorégionale), mais également sans anesthésie
- pour des séjours de 0 nuit et des séjours de 0 et 1 nuit.

Les travaux se poursuivent, notamment :

- Identifier des actes de racines en C qui auraient des caractéristiques comparables
- Confirmer la pertinence de ce groupe et son impact sur les racines en M et K

Du point de vue de la méthode, l'ATIH propose de mettre en place un groupe technique avec des cliniciens (chirurgiens ortho, chirurgiens du rachis, radiologues interventionnels, ...) identifiés par les fédérations.

L'ATIH fera parvenir une proposition de dates pour cette réunion.

2.4 AUTRES PROJETS

2.4.1 Hiérarchisation dans la CMD 17

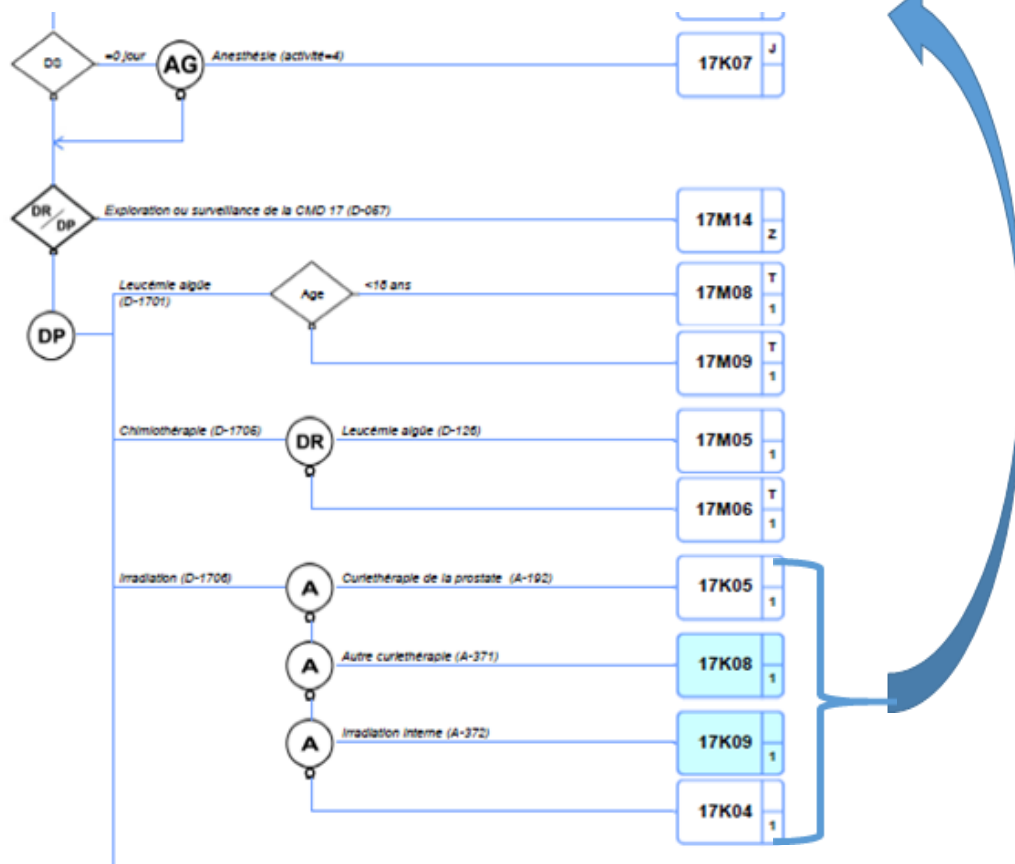
UNICANCER avait signalé à l'ATIH en Comité Technique un problème de hiérarchie des racines dans la CMD 17.

Les séjours de 0 nuit avec anesthésie sont orientés dans la racine 17K07. De ce fait, les séjours de curiethérapie de prostate réalisés dans ces conditions (en ambulatoire et avec anesthésie) se retrouvent « captés » dans cette racine plutôt que celle attendue (17K05).

L'ATIH a étudié la possibilité de modifier la hiérarchisation des racines en déplaçant le bloc « irradiation » (liste D-1706) en amont de la racine 17K07 (voir schéma ci-dessous).

Après analyse de l'impact, l'ATIH propose de réaliser cette modification pour 2021.

Pas de remarque en séance de la part des fédérations hospitalières.



3 POINTS DIVERS

3.1 PRISE EN COMPTE DES ACTES D'EMBOLISATION INTRA-ARTERIELLE

La FEHAP signale le développement des actes d'embolisation intra-artérielle dans la pratique médicale courante. Si ces actes ont été pris en compte dans la classification pour certaines prises en charge (hémorragie de la délivrance), d'autres situations le sont insuffisamment (pathologies digestives [foie, rate] et gynécologiques [fibrome]).

La FEHAP demande à l'ATIH de voir ce qu'il est possible de faire : racines en K, ...

3.2 CONSIGNES DE RECUEIL DANS LE CADRE DE LA MISE EN ŒUVRE DES FORFAITS MRC

La SoFIME souhaite que des précisions soient données, sur le fichier Format du recueil MRC, quelles variables seront obligatoires pour M12 2020. La FHP MCO pointe que les données sur le DFG se recueillent désormais en valeur (en 2019, en intervalles).

La SoFIME demande à la DGOS présente que ces précisions soient données rapidement. Elle rappelle notamment que les établissements suivent actuellement les consignes de recueil données en juillet dernier, et qu'il ne sera pas possible de reprendre ce recueil de manière rétrospective.

3.3 CONSIGNES DE RECUEIL DANS LE CADRE DES HOSPITALISATIONS SUR DEMANDE D'UN TIERS

Une question est posée pour savoir si ce recueil est applicable en MCO, pour les établissements avec une activité MCO et PSY.

L'ATIH précisera ce point prochainement.

3.4 CONSIGNES DE RECUEIL DANS LE CADRE DE L'INSTRUCTION GRADATION

Les questions concernent la mise à jour du guide méthodologique : les règles seront-elles applicables depuis la publication de l'arrêté ou la publication de l'instruction ? Par ailleurs, il est demandé à la DGOS si une évaluation est prévue en termes d'impacts sur les prises en charge.

Par ailleurs, il est noté que le test d'introduction d'un allergène se trouve toujours dans la liste des actes SE.

L'ATIH annonce les dates des réunions DIM et éditeur, respectivement les 04 et 06 novembre.

La prochaine réunion du Comité technique plénier MCO aura lieu en 2021.