

Comité Technique Plénier MCO

22 octobre 2019

Ordre du jour du Comité Technique

○ Classification

- Demandes d'évolution
Campagne 2020
- CMD 09 : mise en œuvre en
2020 ?
- Prise en compte de la sévérité en
médecine

○ Nomenclatures

- CIM
- CCAM
- ICHI

○ Information médicale - Recueil

- Évolutions des recueils et des
consignes de codage
- DRUIDES

Demandes d'évolution de la classification en Campagne 2020

Travaux

Passer les actes thérapeutiques sur les muscles, tendons et tissus mous de l'épaule sous arthroscopie de 08C40 (A-279) à 08C58 (A-358)

Cholécystectomie et ablation de lithiases intra biliaires par voie endoscopique en deux temps (HMGE002, HMGH001), au cours du même séjour

Rendre classant l'acte PAMH001 (cimentoplastie intra osseuse)

Rendre classant les actes de spondyloplastie du rachis

Transférer le rattachement du diagnostic N39.3 Incontinence urinaire d'effort de la CMD12 à la CMD11 pour que le tarif de l'acte JELA002 Pose d'une prothèse sphinctérienne urinaire périurétrale pénienne ou bulbomembranacée [bulbomembraneuse], par abord direct soit plus adapté

Donner un caractère classant à YYYY082 *Tentative d'angioplastie d'un vaisseau coronaire, d'une artère subclavière, viscérale ou périphérique, en cas de non franchissement de la sténose*

Travaux en cours

Transférer les actes DENF015, DENF017, DENF021, DEPF025 de la 05K20 à la 05K19 car ils nécessitent l'utilisation du système de cartographie et traitent des tr du rythme cardiaque complexes

Rendre l'acte HAFA026 *Pelvi-glosso-mandibulectomie non interruptrice, par abord cervico-facial* éligible à un supplément SRC

Actes muscles et tendons de l'épaule

Actes muscles et tendons de l'épaule

○ Demande :

- Passer les actes thérapeutiques sur les muscles, tendons et tissus mous de l'épaule sous arthroscopie de 08C40 (A-279) à 08C58 (A-358).

○ Éléments de contexte :

- La 08C58 a été créée dans la version 11e de la classification. Elle regroupe, en partie, les séjours pour arthroscopies de l'épaule auparavant classés dans la racine 08C40.

○ Caractéristiques des listes :

- Liste A-279 (*Arthroscopies : autres localisations*) : 26 actes d'explorations et/ou de traitement des articulations suivantes : épaule (6 actes), coude, poignet, hanche, cheville.
- Liste A-358 (*Arthroscopies de l'épaule*) : 9 actes thérapeutiques sur l'épaule.

Actes muscles et tendons de l'épaule

○ Travaux menés :

- Étude des caractéristiques des 6 actes d'interventions sur l'épaule de la liste A-279 :
 - MEQC001 : Exploration de la bourse séreuse subacromiale, par arthroscopie
 - MEQC002 : Exploration de l'articulation de l'épaule, par arthroscopie
 - MJDC001 : Ténodèse et/ou résection de la portion articulaire du muscle long biceps brachial, par arthroscopie
 - MJEC001 : Réinsertion ou suture d'un tendon de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie
 - MJEC002 : Réinsertion et/ou suture de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie
 - MJFC001 : Exérèse de calcification intratendineuse de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie

Actes muscles et tendons de l'épaule

○ **Caractéristiques des racines :**

- Les 2 racines étudiées ont une DMS inférieure à 1 j, presque exclusivement composées de séjours de niv 1+J (97 et 98%).

Racine	Effectif	DMS Racine tous Niv	Effectif Racine Niv1	DMS Racine Niv1
08C40	23 877	0,84	23 215	0,74
08C58	68 461	0,77	67 139	0,70

Actes muscles et tendons de l'épaule

○ Éléments statistiques :

- En excluant les 6 actes, la DMS de la 08C40 est de 0,35 j.
- 3 actes sont majoritaires avec des DMS de l'ordre d'une journée

Racine	Effectif	DMS Racine tous Niv	Effectif Racine Niv1	DMS Racine Niv1		Effectif Acte	DMS Acte Tous Niv	Effectif Acte Niv1	DMS Acte Niv1
08C40	23877	0,84	23215	0,74					
					sans actes étudiés	7 359	0,35	7 266	0,28
					MEQC0010	74	0,51	73	0,48
					MEQC0020	360	0,87	355	0,77
					MJDC0010	14 168	1,06	13 658	0,95
					MJEC0010	4 124	0,90	4 061	0,84
					MJEC0020	11 037	1,17	10 542	1,04
					MJFC0010	603	0,38	601	0,36

Actes muscles et tendons de l'épaule

○ Éléments statistiques :

- L'intégration des 6 actes dans la racine 08C58 induit :
 - Une forte baisse des effectifs (- 16 500 séjours) et de la DMS (de 0,84j. à 0,35 j.) de la 08C40.
 - Une légère hausse de la DMS de la 08C58 (de 0,77 j. à 0,82 j.)
- Le changement proposé a un très faible impact sur la PVE.

Racine modifiée	Effectif	DMS Racine tous Niv	Δ PVE CMD	Δ PVE 2 racines	Effectif Racine Niv1	DMS Racine Niv1	Δ PVE CMD	Δ PVE 2 racines
08C40	7 359	0,35	0,000000	-0,000097	7 266	0,28	-0,000008	-0,000686
08C58	84 979	0,82			83 088	0,75		

Actes muscles et tendons de l'épaule

○ **Éléments statistiques sur la base ENC (2015-2017) :**

- L'intégration des 6 actes dans la racine 08C58 induit :
 - Une forte baisse des effectifs (- 2 922 séjours) et de la DMS (de 1,08 j. à 0,78 j.) de la 08C40.
 - Une très légère hausse de la DMS de la 08C58 (de 1,00 j. à 1,04 j.)
- Le changement proposé améliore légèrement la PVE (coûts).

Racine modifiée	Effectif	DMS Racine tous Niv	Δ PVE CMD	Δ PVE 2 racines	Effectif Racine Niv1	DMS Racine Niv1	Δ PVE CMD	Δ PVE 2 racines
08C40	2 263	0,78	0,000013	0,004493	2 203	0,60	0,000082	0,004412
08C58	23 079	1,04			22 571	0,96		

Actes muscles et tendons de l'épaule

○ Conclusion :

- Nous proposons de déplacer les 6 actes d'arthroscopie de l'épaule étudiés de la racine 08C40 à la racine 08C58.
- En effet :
 - Il y a une pertinence médicale à regrouper l'ensemble des actes d'arthroscopie de l'épaule dans la même liste et dans la même racine de GHM.
 - Cette évolution permet également de différencier sur la durée (DMS) les 2 racines concernées.

Cholécystectomie et ablation de lithiases intra biliaires par voie endoscopique en deux temps au cours du même séjour

Cholécystectomie et ablation de lithiases par voie endoscopique en deux temps au cours du même séjour

○ Demande :

- Passer les séjours associant un acte endoscopique thérapeutique et une cholécystectomie des racines 07C13 et 07C14 (*cholécystectomie isolée*) à 07C12 (*autres interventions sur les voies biliaires sauf cholécystectomies isolées*).

○ Caractéristiques des listes :

- 19 actes d'endoscopie biliaire thérapeutique testés (détail ci-après).
- Sur les 115 846 séjours des racines 07C13 et 07C14 en 2018, **2 453** ont au moins un des 19 actes testés. Les plus fréquents sont :
 - HMGE002 (*Ablation de calcul de la voie biliaire principale, par OGD*) : **1 927 séj.**
 - HMLE002 (*Pose d'une endoprothèse biliaire, par OGD*) : **418 séj.**
 - HMPE001 (*Section du versant biliaire du muscle sphincter de l'ampoule hépatopancréatique, par OGD*) : **386 séj.**
 - HNLE001 (*Pose d'une endoprothèse du conduit pancréatique, par œ OGD*) : **96 séj.**

Cholécystectomie et ablation de lithiases par voie endoscopique en deux temps au cours du même séjour

Acte	Libellé
HMAE002	Dilatation rétrograde de conduit biliaire, par œso-gastro-duodéoscopie
HMAE001	Dilatation de l'ampoule hépatopancréatique [du sphincter d'Oddi], par œso-gastro-duodéoscopie
HMPE001	Section du versant biliaire du muscle sphincter de l'ampoule hépatopancréatique [sphincter d'Oddi], par œso-gastro-duodéoscopie [Sphinctérotomie biliaire endoscopique]
HMLE002	Pose d'une endoprothèse biliaire, par œso-gastro-duodéoscopie
HMLE003	Pose de plusieurs endoprothèses biliaires, par œso-gastro-duodéoscopie
HMLH001	Pose d'une endoprothèse biliaire, par œso-gastro-duodéoscopie et par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique
HMGE001	Ablation d'endoprothèse biliaire et/ou pancréatique, par œso-gastro-duodéoscopie
HMKE001	Changement d'une endoprothèse biliaire, par œso-gastro-duodéoscopie
HMKE002	Changement de plusieurs endoprothèses biliaires, par œso-gastro-duodéoscopie
HMGE002	Ablation de calcul de la voie biliaire principale, par œso-gastro-duodéoscopie
HMGH001	Ablation de calcul de la voie biliaire principale, par œso-gastro-duodéoscopie et par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique
HMNE001	Lithotritie mécanique des conduits biliaires, par œso-gastro-duodéoscopie
HMNE002	Lithotritie des conduits biliaires par ondes de choc, par cholangioscopie rétrograde
HNAE001	Dilatation du conduit pancréatique, par œso-gastro-duodéoscopie
HNLE001	Pose d'une endoprothèse du conduit pancréatique, par œso-gastro-duodéoscopie
HNKE001	Changement d'une endoprothèse du conduit pancréatique, par œso-gastro-duodéoscopie
HNGE001	Ablation de calcul pancréatique, par œso-gastro-duodéoscopie
HNCE001	Anastomose entre un faux kyste du pancréas et l'estomac ou le duodénum, par œso-gastro-duodéoscopie sans guidage [Kystogastrostomie ou kystoduodénostomie endoscopique]
HNCJ001	Anastomose entre une cavité collectée du pancréas et l'estomac ou le duodénum, par œso-gastro-duodéoscopie avec guidage échoendoscopique

Cholécystectomie et ablation de lithiases par voie endoscopique en deux temps au cours du même séjour

Éléments statistiques :

- En excluant les 19 actes, la DMS de la racine 07C13 est de 5,5 j et celle de la racine 07C14 est de 1,3 j.
- Lorsque les séjours contiennent l'un des actes d'endoscopie, les DMS sont beaucoup plus élevées (de 9 à 16 jours pour les 5 actes les plus fréquents).

Racine	Effectif	DMS Racine tous Niv	Effectif Racine Niv1	DMS Racine Niv1		Effectif Acte	DMS Acte Tous Niv	Effectif Acte Niv1	DMS Acte Niv1
07C13	29 343	5,8	16 349	2,9					
07C14	86 503	1,3	79 419	0,8	sans actes étudiés	113 393	2,3	94 866	1,2
					HMGE002	1 927	9,1	800	4,9
					HMLE002	418	16,0	81	6,3
					HMPE001	386	11,0	119	5,3
					HNLE001	96	11,6	31	5,7
					HMKE001	28	16,8	4	3,3

Cholécystectomie et ablation de lithiases par voie endoscopique en deux temps au cours du même séjour

○ Éléments statistiques :

- La réorientation des séjours avec endoscopie vers la 07C12 accentue les écarts de DMS entre les 3 racines.

Racine	Avant				Après			
	Effectif	DMS Racine tous Niv	Effectif Racine Niv1	DMS Racine Niv1	Effectif	DMS Racine tous Niv	Effectif Racine Niv1	DMS Racine Niv1
07C12	4 030	7,1	2 220	3,4	6 483	8,3	3 122	3,9
07C13	29 343	5,8	16 349	2,91	27 949	5,5	16 021	2,84
07C14	86 503	1,34	79 419	0,84	85 444	1,27	78 845	0,82

Cholécystectomie et ablation de lithiases par voie endoscopique en deux temps au cours du même séjour

- **Éléments statistiques sur la base ENC (2015-2017) :**
 - La réorientation des séjours avec endoscopie vers la 07C12 accentue les écarts de DMS entre les 3 racines.

Racine	Avant				Après			
	Effectif	DMS Racine tous Niv	Effectif Racine Niv1	DMS Racine Niv1	Effectif	DMS Racine tous Niv	Effectif Racine Niv1	DMS Racine Niv1
07C12	1 606	8,8	797	4,7	2 682	9,9	1 198	4,8
07C13	10 769	6,3	5 971	3,2	10 149	5,8	5 823	3,1
07C14	29 274	1,7	26 267	1,1	28 818	1,6	26 014	1,1

Cholécystectomie et ablation de lithiases par voie endoscopique en deux temps au cours du même séjour

○ Éléments statistiques :

- L'intégration des 19 actes dans la racine 07C12 induit :
 - Une faible baisse des effectifs (-1 394 et -1 059 séjours respectivement) et des DMS (de 5,8 j à 5,5 j et de 1,34 j à 1,27 j respectivement) des racines 07C13 et 07C14.
 - Une hausse de la DMS de la racine 07C12 (de 7,1 j à 8,3 j),
- Le changement proposé améliore la PVE de la CMD 07 et la PVE des trois racines.

Racine modifiée	Effectif	DMS Racine tous Niv	Δ PVE CMD	Δ PVE 3 racines	Effectif Racine Niv1	DMS Racine Niv1	Δ PVE CMD	Δ PVE 3 racines
07C12	6 483	8,3			3 122	3,9		
07C13	27 949	5,5	0,000997	0,009191	16 021	2,8	0,004403	0,012807
07C14	85 444	1,3			78 845	0,8		

Cholécystectomie et ablation de lithiases par voie endoscopique en deux temps au cours du même séjour

○ **Éléments statistiques sur la base ENC (2015-2017) :**

- L'intégration des 19 actes dans la racine 07C12 induit :
 - Une faible baisse des effectifs (-620 et -456 séjours respectivement) et des DMS (de 6,3 j à 5,8 j et de 1,7 j à 1,6 j respectivement) des racines 07C13 et 07C14.
 - Une hausse de la DMS de la racine 07C12 (de 8,8 j à 9,9 j),
- Le changement proposé améliore la PVE (coûts) de la CMD 07 et la PVE (coûts) des trois racines.

Racine modifiée	Effectif	DMS Racine tous Niv	Δ PVE CMD	Δ PVE 3 racines	Effectif Racine Niv1	DMS Racine Niv1	Δ PVE CMD	Δ PVE 3 racines
07C12	2 682	9,9			1 198	4,8		
07C13	10 149	5,8	0,001073	0,011961	5 823	3,1	0,007633	0,031547
07C14	28 818	1,6			26 014	1,1		

Cholécystectomie et ablation de lithiases par voie endoscopique en deux temps au cours du même séjour

○ Conclusion :

- Nous proposons d'orienter vers la racine 07C12 les séjours au cours desquels une cholécystectomie et une ablation de lithiases par voie endoscopique sont réalisées en deux temps.
- En effet :
 - Il y a une pertinence médicale à différencier les séjours de cholécystectomie avec et sans ablation de lithiases par voie endoscopique compte tenu des différences de DMS observées.
 - Cette évolution permet également d'augmenter les différences de DMS entre les 3 racines concernées.
 - Cette évolution améliore de façon importante la PVE.

Cimentoplastie intra osseuse

Cimentoplastie intra osseuse

○ Demande :

- Rendre classant l'acte PAMH001 (*cimentoplastie intra osseuse extrarachidienne, par voie transcutanée avec guidage radiologique*).

○ Analyse médicale :

- Compte tenu des caractéristiques de l'acte, il est proposé de l'intégrer dans la liste A-77 qui oriente vers la 08C21 *Autres interventions de la CMD08*

Cimentoplastie intra osseuse

○ Éléments statistiques :

- Cet acte a été réalisé 1 165 fois en 2018.
- Il est retrouvé dans 36 racines, majoritairement dans les racines 08M25 (716 sej), 08M26 (193 sej) et 08K02 (152 sej).
- Ces racines ont un profil différent :
 - 08M25 : DMS à 9,1 j, part faible de séj de niv 1 (19%)
 - 08M26 : DMS à 6,5 j, part importante de séj de niv 1 (47%)
 - 08K02 : racine ambulatoire

Cimentoplastie intra osseuse

○ Éléments statistiques :

- Dans les 2 racines en M, les DMS des séjours avec l'acte varient entre 4,5 et 4,7 jours, et sont égales à 1,7 dans les séjours de niv 1.

Racine	Effectif	DMS Racine tous Niv	Effectif Racine Niv1	DMS Racine Niv1	Effectif Acte	DMS Acte Tous Niv	Effectif Acte Niv1	DMS Acte Niv1	Delta DMS Acte - Racine Niv1	Delta DMS Acte Racine
08M25	33481	9,1	12308	2,0	716	4,5	560	1,7	4,6	0,3
08M26	36448	6,5	17166	2,2	193	4,7	129	1,7	1,8	0,5
					1165	3,9	930	1,5		
08C21	11832	2,4	10525	1,2						

- Les DMS des séjours avec l'acte de cimentoplastie sont plus proches de la DMS de la 08C21, même si elles restent plus élevées.

Cimentoplastie intra osseuse

○ Éléments statistiques :

- Les résultats en PVE sont mitigés, mais la faible part de séjours changeant de racine rend les changements peu impactants (*les séjours avec cimentoplastie sont trop rares sur les bases ENC pour avoir des PVE sur les coûts*)

Secteur	N séjours	Niveau	PVE Avant	PVE après	diff
ex-OQN	844 791	1+J	58,310%	58,310%	0,000%
ex-OQN	962 813	TOUS	60,645%	60,642%	-0,003%
ex-DGF	750 575	1+J	40,650%	40,644%	-0,006%
ex-DGF	1 106 363	TOUS	52,960%	52,961%	0,002%
TOUS	1 595 366	1+J	47,442%	47,437%	-0,005%
TOUS	2 069 176	TOUS	58,115%	58,120%	0,005%

Cimentoplastie intra osseuse

○ Conclusion :

- Nous proposons d'intégrer l'acte PAMH001 dans la liste A-077 qui oriente vers la 08C21 *Autres interventions de la CMD08*
- En effet, il y a une pertinence médicale (code activité 4) à ajouter cet acte dans la liste A-077, même s'il n'y a pas d'impact sur la PVE.

Spondyloplastie du rachis

Spondyloplastie du rachis

○ Demande :

- Rendre classant les actes de spondyloplastie du rachis.

○ Éléments de contexte :

- Introduction dans la V58 de 4 actes de spondyloplastie du rachis avec expansion avec code d'activité 4 (LHMH 228, 027, 140, 454).

○ Travaux menés :

- Identifier la racine dans laquelle ces actes doivent être orientés.
- Étude des autres actes de spondyloplastie (LHMH00X, X=[1 à 6]) sans expansion qui n'ont pas de code activité 4 et qui sont orientés dans des racines médicales.

Spondyloplastie du rachis

○ Éléments médicaux :

- Compte tenu des caractéristiques des actes de spondyloplastie, l'inclusion dans la liste A-066 qui oriente vers la 08C27 *Autre itv. sur la colonne vertébrale* est la plus justifiée.

○ Éléments statistiques :

- Ces actes sont fréquents : près de 10 000 en 2018
- Ces actes sont groupés majoritairement dans les racines 08M25, 08M26 et 08C27.
- Ces racines ont un profil différent :
 - 08M25 : DMS à 9,1 j, part faible de séj de niv 1 (19%)
 - 08M26 : DMS à 6,5 j, part importante de séj de niv 1 (47%)
 - 08C27 : DMS à 3,9 j, majoritairement composée de séj de niv 1 (72%)

Spondyloplastie du rachis

○ Éléments statistiques :

- Dans ces 3 racines, les DMS des séjours avec les actes de spondyloplastie varient entre 4,1 et 4,5 jours, proches de la DMS de la 08C27.

Racine	Effectif	DMS Racine tous Niv	Effectif Racine Niv1	DMS Racine Niv1	Effectif Acte	DMS Acte Tous Niv	Effectif Acte Niv1	DMS Acte Niv1	Delta DMS Acte - Racine Niv1	Delta DMS Acte Racine
08M25	33481	9,1	12308	2,0	4897	4,5	3752	1,7	-0,3	-4,6
08M26	36448	6,5	17166	2,2	2919	4,1	1980	1,8	-0,4	-2,4
08C27	67795	3,9	48733	2,9	1869	4,3	1243	1,7	-1,1	0,3

- L'étude des séjours de niv 1 ne retrouve pas la proximité du profil des séjours avec spondyloplastie des séjours de la 08C27.

Spondyloplastie du rachis

○ Éléments statistiques :

- La réalisation d'une expansion au cours d'une spondyloplastie s'accompagne d'un allongement de la DMS.

Racine	Effectif	Nb séjours	DMS	Nb séjours Niv 1	DMS Niv 1
LHMH0010	3 vertèbres, guidage scanographique	268	5,20	197	1,63
LHMH0020	1 vertèbre, guidage radiologique	4721	4,29	3310	1,91
LHMH0030	2 vertèbres, guidage scanographique	672	2,74	561	0,67
LHMH0040	3 vertèbres, guidage radiologique	927	5,71	621	1,87
LHMH0050	1 vertèbre, guidage scanographique	1710	2,73	1430	0,85
LHMH0060	2 vertèbres, guidage radiologique	1394	4,53	997	1,82
LHMH8000	1 vertèbre, expansion et guidage radiologique	128	4,84	79	2,76
LHMH8010	1 vertèbre, expansion et guidage scanographique	11	9,55	4	1,25
LHMH8020	Plusieurs vertèbres, expansion et guidage radiologique	12	4,67	9	3,11

Spondyloplastie du rachis

○ Éléments statistiques :

- L'orientation de l'ensemble des actes de spondyloplastie vers la racine 08C27 dégrade assez fortement la PVE (en durée et en coût).

BN
2018

Secteur	N sejours	Niveau	PVE Avant	PVE après	diff
ex-OQN	844 791	1+J	58,310%	58,246%	-0,064%
ex-OQN	962 813	TOUS	60,645%	60,574%	-0,071%
ex-DGF	750 575	1+J	40,650%	40,421%	-0,229%
ex-DGF	1 106 363	TOUS	52,960%	52,901%	-0,059%
TOUS	1 595 366	1+J	47,439%	47,336%	-0,103%
TOUS	2 069 176	TOUS	58,112%	58,029%	-0,083%

ENC
2015-
2017

Secteur	N sejours	Niveau	PVE Avant	PVE après	diff
ex-OQN	181 187	1+J	65,497%	65,496%	-0,001%
ex-OQN	211 201	TOUS	62,575%	62,575%	0,000%
ex-DGF	376 315	1+J	58,301%	58,126%	-0,175%
ex-DGF	532 557	TOUS	49,212%	49,186%	-0,026%
TOUS	557 502	1+J	56,058%	55,713%	-0,345%
TOUS	743 758	TOUS	49,902%	49,777%	-0,125%

Spondyloplastie du rachis

○ Conclusion :

- Il est proposé d'orienter les 4 actes de spondyloplastie **avec expansion** vers la 08C27 (liste A-066) dont les DMS sont proches.
- Concernant les actes de spondyloplastie **sans expansion**, les analyses réalisées ne sont pas en faveur d'un changement de groupage du fait de la dégradation de la PVE.
- Nous proposons, à ce stade, de les laisser avec une orientation vers des racines en M et d'analyser, avec les données 2020, l'impact des évolutions introduites par la V58 (DMS et PVE).

Pas de solution classificatoire

Transférer le rattachement du diagnostic N39.3 de la CMD12 à la CMD11

Transférer le rattachement du diagnostic N39.3 de la CMD12 à la CMD11

○ Demande :

- Transférer le rattachement du diagnostic N39.3 *Incontinence urinaire d'effort* de la CMD12 à la CMD11 pour que le tarif de l'acte JELA002 *Pose d'une prothèse sphinctérienne urinaire périurétrale pénienne ou bulbomembranacée [bulbomembraneuse], par abord direct* soit plus adapté.

○ Éléments de contexte :

- Le diagnostic N39.3 Incontinence urinaire d'effort a été ajouté à la CMD12 dans la V11g de la classification à la demande des cliniciens de terrain (via AGORA) : « Le diagnostic d'incontinence urinaire d'effort n'est valide que pour les femmes (incompatibilité sexe-diagnostic) : le mettre dans la CMD12 en lien avec l'acte JELA002 ».

Transférer le rattachement du diagnostic N39.3 de la CMD12 à la CMD11

○ Analyse de la demande :

- Le transfert du diagnostic N39.3 *Incontinence urinaire d'effort* dans la CMD11 supposerait que tous les séjours liés à ce code pour la prise en charge des femmes soient rapatriés de la CMD13 à la CMD11, soit près de 24 598 séjours (en 2018) d'une activité spécifique de la CMD13.
- En 2018, le diagnostic N39.3 est présent dans 674 séjours de la CMD 12.

○ Conclusion :

- Il s'agit d'une évolution qui ne semble pas pertinente à mettre en œuvre sur le plan médical et classificatoire.

**Donner un caractère
classant à YYYY082**

Donner un caractère classant à YYYY082

○ Demande :

- Donner un caractère classant à YYYY082 (*Tentative d'angioplastie d'un vaisseau coronaire, d'une artère subclavière, viscérale ou périphérique, en cas de non franchissement de la sténose*).

○ Analyse :

- Selon les principes de description de la CCAM, l'échec ne se code pas, c'est l'acte réalisé qui se code.

○ Conclusion :

- L'ATIH n'est pas compétente pour répondre à cette demande.

CMD 09

Mise en œuvre en 2020

- **CT MCO du 02 juillet 2019 : Présentation du calendrier des travaux en interne à l'Agence pour permettre une mise en œuvre en 2020.**

- **09 juillet 2019 :**
 - Mise à disposition sur la plateforme d'accès sécurisé aux données hospitalières, d'un fichier permettant d'apprécier les changements apportés à la CMD09 sur ses séjours chirurgicaux.
 - Attente de remarques et observations pour le mercredi 24 juillet pour permettre une mise en œuvre de ce changement de classification en 2020.

Retours des fédérations hospitalières

○ FEHAP (24 juillet)

- « En première analyse nous voyons une certaine logique sur les réorientations qui sont proposées »
- Interrogation sur « Baisse de niveau de sévérité » => effet « âge »

○ FHP (02 août, échange téléphonique le 16 sept)

- Qlq réserves sur la redistribution de certaines racines 09C06, C08 et C10 par exemple. Réserves levées après échange.

○ UNICANCER (02 août et 10 oct)

- Questionnement sur certains actes (absents ou sur l'intégration dans une liste), des pratiques de codage, les règles de groupage en fonction du DP.
- Compléments attendus sur la chirurgie de la peau
- Point téléphonique programmé.

○ Pas de retour de la FHF, mais pas d'opposition en CT

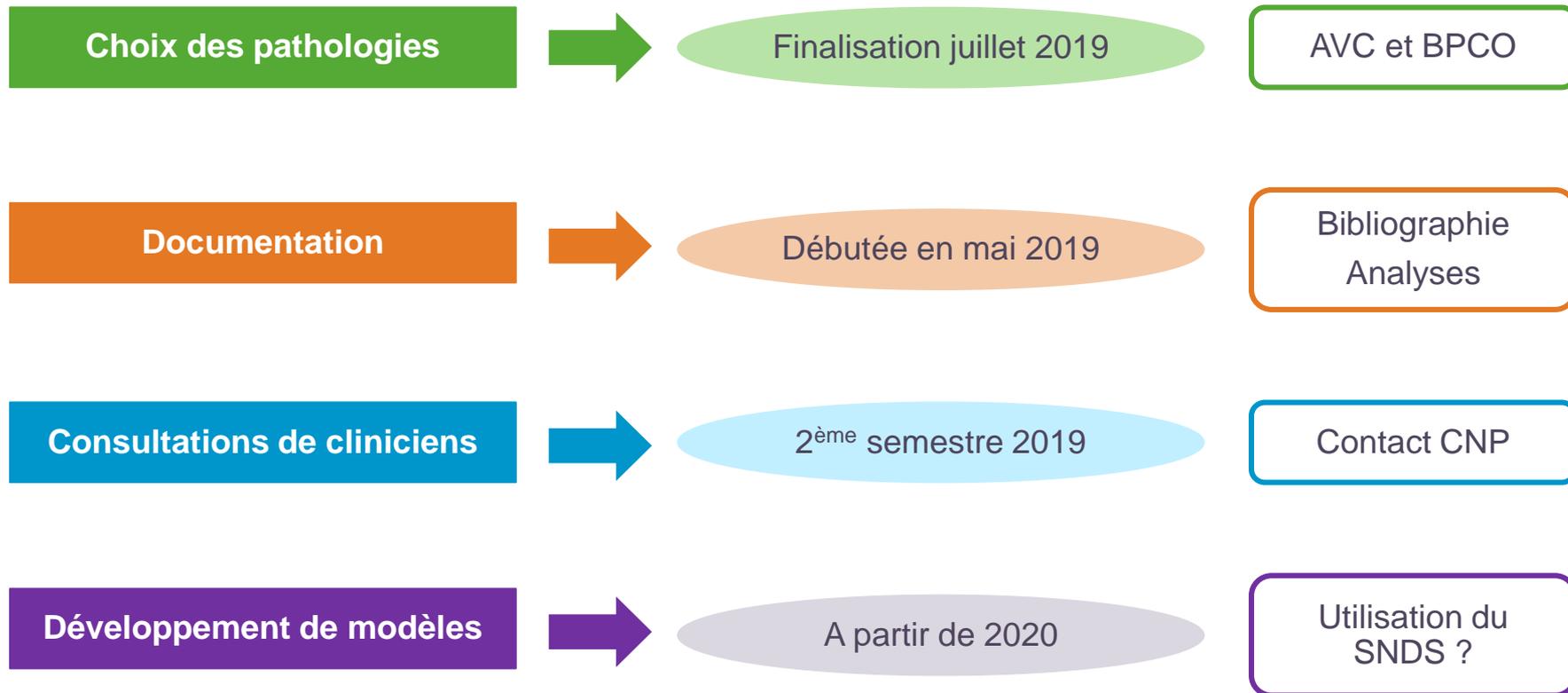
CMD 09 : mise en œuvre en 2020 ?

- Les échanges qui sont encore à prévoir ne nous permettent pas de proposer une mise en œuvre de la nouvelle CMD09 pour 2020.

Prise en compte de la sévérité dans la classification (médecine)

Etat d'avancement

Phases des travaux et calendrier



Choix des pathologies



Finalisation juillet 2019

AVC et BPCO

atih

AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

○ Critères de choix

- Racines ou ensembles de racines pour permettre les comparaisons ultérieures

- Effectifs importants

- Part importante de séjours en niveaux de sévérité

- Facteurs de risque documentés et au moins en partie captables dans le SNDS

- Pathologies entraînant un important volume de dépenses

- Hors CMD 14, 15 et 28

Liste de racines identifiées puis croisement avec les autres critères pour aboutir à 2 groupes de racines associées à 2 pathologies

Choix des pathologies



Finalisation juillet 2019

AVC et BPCO

atih

AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

○ Résultats : choix de racines

Racine	Libellé	Effectif	% CMA	
01M15	Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères précérébrales, âge supérieur à 79 ans	14 862	49,3	AVC
01M16	Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères précérébrales, âge inférieur à 80 ans	27 690	24,6	
01M29	Anévrismes cérébraux	2 325	9,2	
01M30	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires	116 411	42,8	
01M31	Autres accidents vasculaires cérébraux non transitoires	13 724	42,7	
04M08	Bronchites chroniques	18 508	50,8	BPCO
04M20	Bronchites chroniques surinfectées	88 898	76,4	

Données ScanSanté 2018

TO DO : élargir le périmètre pour BPCO ?

○ Documentation : bibliographie

○ Facteurs de risque spécifiques aux pathologies ciblées

- AVC : recommandations de bonnes pratiques HAS 2014 ([lien](#))
- BPCO : guide du parcours de soins HAS 2014 ([lien](#))

○ Autres facteurs de risque

- Réflexions plus générales issues d'autres travaux (exemple : EDS)

○ Disponibilité SNDS → en cours

- Formations faites récemment
- Difficultés à prévoir pour l'utilisation pratique
 - Exemple : version de groupage de l'année dans le SNDS
- Des éléments potentiellement intéressants mais partiels
 - Exemple : CARTO

○ Documentation : analyses de l'existant

○ Objectif(s)

- Tester des hypothèses issues de la littérature et/ou des acteurs
- Préparer le terrain pour les entretiens avec les cliniciens et pour le développement de modèles (choix de variables explicatives)

○ **Remarque** : faire le constat, par exemple, que le nombre de pathologies chroniques présentes à l'entrée alourdit le séjour ne signifie pas nécessairement qu'à terme on devra recueillir cette variable → la façon de capter autrement est une autre question

○ Analyses en cours

- Précarité : liste de diagnostics + contact service social HCL et AP-HP
- Typage des diagnostics : présents à l'entrée / chroniques ? aigus ?
- Algorithme des CMA sur les séjours de médecine seulement
- Historique du patient : passages aux urgences ou en réanimation, hospitalisations antérieures,...

○ Analyses de l'existant : précarité

- Liste de codes CIM-10 construite pour étude (45 codes)
- Consolidation de cette liste en lien avec d'autres dossiers (EDS, gradation des soins, classification HAD,...) → en cours
- Analyses en cours sur la liste construite pour étude
 - Les diagnostics de précarité sont-ils globalement « sous-codés » ?
 - Les diagnostics imprécis sont-ils plus utilisés que les diagnostics précis ?
 - Les diagnostics de précarité sont-ils plus fréquemment codés en médecine qu'ailleurs ?
 - Les séjours de patients précaires sont-ils plus lourds que les autres ?
 - Certaines racines sont-elles « plus précaires que d'autres » ?
 - Quid des racines ciblées ?
 - ...

Finalisation de ces analyses : en attente de consolidation de la liste

○ Analyses de l'existant : typage des diagnostics

- Problématique : dans le recueil actuel (et donc dans les CMA actuelles), on ne distingue pas ce qui est présent à l'entrée (notamment les maladies chroniques) de ce qui survient durant le séjour (complications)
- Hypothèse : en médecine, la sévérité pourrait être captée différemment pour les pathologies présentes à l'entrée et pour les complications intervenues durant le séjour
- Travaux en cours : typage des diagnostics aujourd'hui en CMA en plusieurs catégories (chroniques, aigus, subaigus)
 - Définitions a priori données par les médecins après revue de la littérature
 - Calendrier : fin novembre pour la catégorisation et ??? pour les tests



○ Analyses de l'existant : algorithme des CMA (1/3)

- Objectif : modulation ?
- Méthode : calcul des niveaux optimaux en séparant C/K et M/Z
- Remarques
 - « Niveaux optimaux » = niveaux associés aux seuils optimaux d'allongement de durée de séjour
 - « Seuils optimaux » = seuils obtenus en optimisant la PVE sur une grande quantité de triplets
 - Attention : tous les autres ingrédients restent identiques, et notamment la référence
 - Remarque : étude réalisée sans appliquer les seuils de durée (3/4/5 jours pour niveaux 2/3/4)

Cela ne signifie pas qu'à terme on utiliserait tels ou tels seuils

○ Analyses de l'existant : algorithme des CMA (2/3)

○ Seuils optimaux

Niveau	Ensemble	M/Z	C/K
2	1,6	1,9	1,7
3	5,5	6,1	6,1
4	11,3	12,1 / 12,3	14,9
PVE	41,20%	36,63%	47,98%

Performance beaucoup plus importante en C/K qu'en M/Z

○ Analyses de l'existant : algorithme des CMA (3/3)

- Changements en regroupements ou en diagnostics

		Racines en M ou Z				Total
		1	2	3	4	
Racines en C ou K	1	979	273	14	9	1275
	2	202	370	52	2	626
	3	33	118	114	17	282
	4	14	16	48	52	130
Total		1228	777	228	80	2313
65,5% des regroupements						

		Racines en M ou Z				Total
		1	2	3	4	
Racines en C ou K	1	6184	1839	28	21	8072
	2	825	1292	178	3	2298
	3	117	406	461	38	1022
	4	56	58	148	200	462
Total		7182	3595	815	262	11854
68,6% des diagnostics						

- Changements en nombre de séjours isolés (C/K + M/Z)
→ Même ordre de grandeur ($\approx 2/3$ inchangés)

Documentation



Débutée en mai 2019

Bibliographie
Analyses

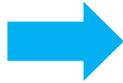
atih

AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

○ Analyses de l'existant : historique du patient

- Objectif : évaluer quels éléments de l'historique impactent la sévérité
- Méthode
 - Chaînage intra-MCO sur 2 années sur les 2 pathologies ciblées
 - Identification des hospitalisations antérieures, des passages aux urgences et des passages en réanimation
 - Modèles pour expliquer la durée et sélectionner les variables
- Résultats en cours d'analyse

Consultation de cliniciens



Août 2019

Contact 2 CNP

atih

AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

○ Consultation de cliniciens → en cours

- CNP neuro et pneumo contactées en août et relancées en septembre
- Réponse positive des 2
- CNP pneumo a communiqué une liste de 5 experts
 - 2 AP-HP + 2 CH + 1 ESPIC
- Calendrier : 2 réunions avec chaque CNP d'ici fin 2019

Nomenclatures



○ CIM-10

○ Introduction par OMS du code U07.0 *Affection liée au vapotage*

- Utilisable depuis le 24 septembre 2019
- À coder en DAS

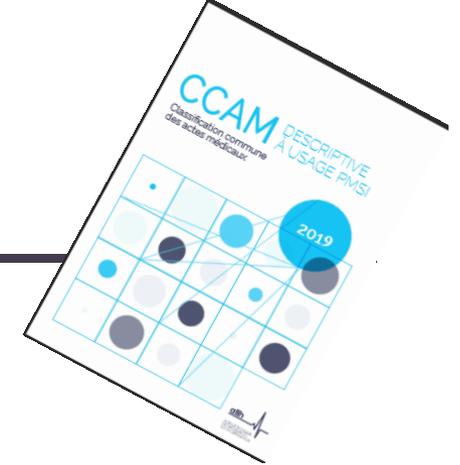
○ **Pas** d'évolutions nationales pour 2020

○ Traduction CIM-11

○ Traduction d'environ 85% des libellés des titres et catégories

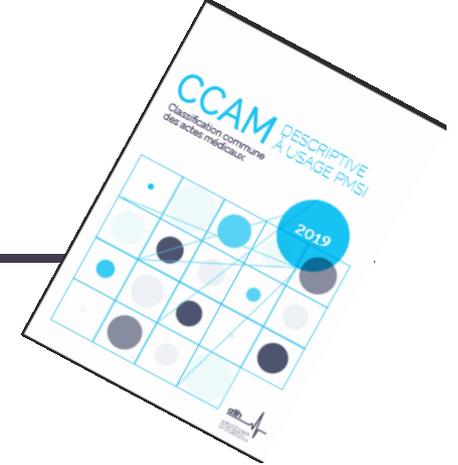
○ Restent à traduire :

- Notes
- Guide de référence
- Outils de formation



- CCAM V58 mise en œuvre 14 juillet 2019
 - Introduction en CCAM descriptive à usage PMSI V4 2019 de codes pour décrire la chirurgie robotique d'actes de chirurgie ORL, thoracique, colique, de l'obésité, des curages ganglionnaires, urologique et gynécologique
 - Codes fils autorisés à partir de la date de la mise en œuvre de la version 4 de la CCAM descriptive à usage PMSI
 - Codes pères autorisés jusqu'au 29 février 2020

- CCAM V60 mise en œuvre 18 octobre 2019
 - Codes pour le dentaire
 - Introduction en CCAM descriptive à usage PMSI V5 2019 de codes pour indiquer la pose, ou non, d'implant prothétique dans la chirurgie de l'incontinence
 - Codes fils autorisés à partir de la date de la mise en œuvre de la version 5 de la CCAM descriptive à usage PMSI
 - Codes pères autorisés jusqu'au 29 février 2020



- Avis HAS sur bypass gastrique avec anse en oméga (HFCC003-xx, HFCA001-xx)
 - Non admissible au remboursement
 - Autorisé dans un cadre de recherche avec anse < 150 cm
 - Retrait de la CCAM descriptive à usage PMSI en discussion avec Cnam
- Versions CCAM assurance maladie prévues pour le 1^{er} janvier et courant février



- ATIH a accepté de coordonner test ICHI organisé par OMS
- Test organisé en septembre
 - 42 personnes inscrites sur ICHI-FIT fin septembre
 - 36 personnes ont fait au moins le module de démonstration
- Meeting annuel OMS pour la Famille des classifications
 - 17 pays ont contribué
 - Bonne prestation de la France quantitativement et qualitativement
 - Test prolongé jusqu'à la fin d'année

Information médicale

Evolution des recueils et des consignes de codage

Évolution des recueils

- Transport
 - Fichcomp [Ex-DG]
 - Recueil au séjour en mars 2020 lié à l'affinement des suppléments transports en fonction de la distance

Évolution des recueils

- **Identification individuelle des DM en lignes génériques**
 - Fichcomp inchangé, modification du référentiel
 - Les DM inscrits sous lignes génériques sont désormais inscrits en nom de marque pour une meilleure traçabilité.
 - Référentiel sur le site de l'assurance maladie.
- **DM inscrits sur la liste intra-GHS**
 - Datexp
 - Modalités présentées à la réunion 22/10 DSS.

Forfaits pathologie chronique

- **Forfaits pathologie chronique : MRC**
- Datexp
 - *Agora Informations médicales > MCO : RUM-RSS, groupage, contrôles externes > Forfaits pathologie chronique > Maladie rénale chronique*
 - *Outil Interface de saisie ATIH*
 - *Travaux recueils 2020 Indicateurs qualité*

Instruction gradation

○ Recueil

○ Proposition actuelle

- Contexte patient / surveillance particulière incluant médicament de la RH

○ Autre proposition

- 3 variables distinctes
 - Contexte patient : diagnostics codés en DAS
 - Surveillance particulière : actes (et DAS)
 - Médicament de la RH
- Codage : OUI/NON

○ Consignes de codage

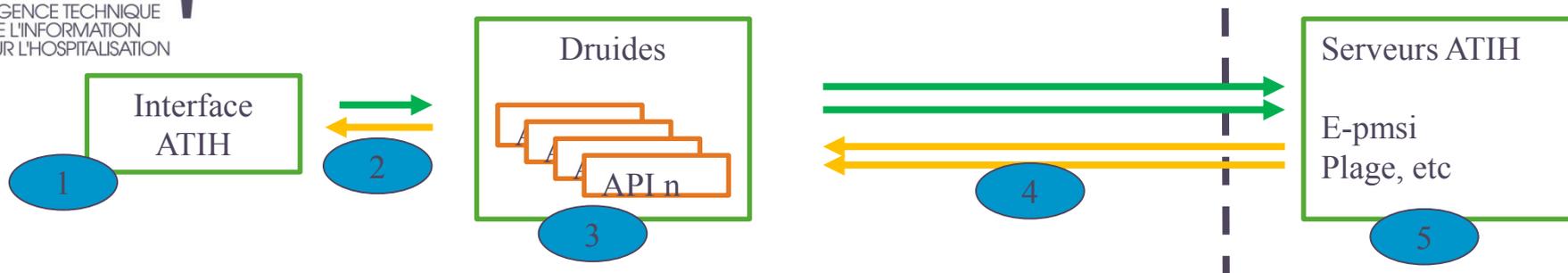
- Consigne générale sur recueil en DAS des « contextes patients », s'appuyant sur des listes dans un deuxième temps

Travaux Consignes de codage

- Douleur chronique irréductible
- Chute à répétition
- *Soins palliatifs*
- *Désorientation / confusion*

DRUIDES

Depuis le dernier CT



○ Avancée :

- Cf copie d'écran
- Interface/modules (1,3,5) et communication entre les différents modules (2,4) : Ok

○ Reste à faire

- Enrichir et améliorer l'analyse du rapport de log (pour faciliter le retour au dossier SIH)
- Un Pack unique (Druides + environnement d'exécution) pour faciliter l'installation dans le SIH
- Documentation : Manuel, procédure d'installation, etc...

Druides : Interface ATIH

Connexion, Paramétrage et MCO séjours

DRUIDES - Transmission des données - PMSI 2019

MCO
 SSR
 HAD
 PSY
 Période de traitement : du 1er Janvier au 31 Mars (M3) 2019

Séjours | RSF-ACE | FICHSUP | RSF

Séjours et unités médicales

RSS groupés ...

Autorisations des UM ...

Fichiers complémentaires

Pas de déclaration de médicaments ATU
 MED et ATU dans le même fichier
 MED et ATU dans deux fichiers distincts

MED hors ATU ...

MED ATU ...

DMI ...

Prélèvements d'organes ...

PIE ...

Dialyses péritonéales ...

IVG ...

Maisons de naissance ...

Fichier ANO-HOSP

ANO-HOSP ...

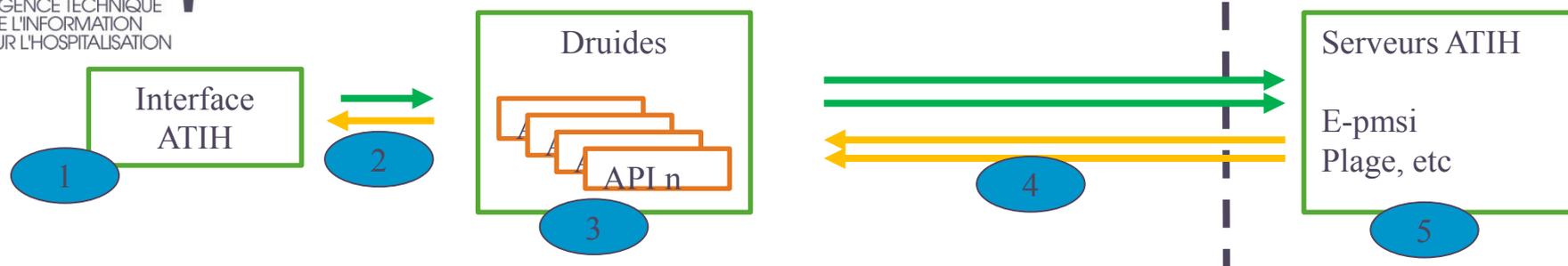
Utilisation du fichier HOSP-PMSI

HOSP-PMSI ...

Transmission et Comptes-rendus

Etat de la transmission : ● Autorisée CR :

Tests : Principes



○ Tests externes

○ Nb : 5 à 10 établissements

○ Duo : DIM-DSI

○ Choix ciblé des établissements testeurs (candidature spontanée, proposition des FD)

○ Temps de traitement

○ Facilité d'utilisation

○ Résultat des traitements : Druides / e-pmsi

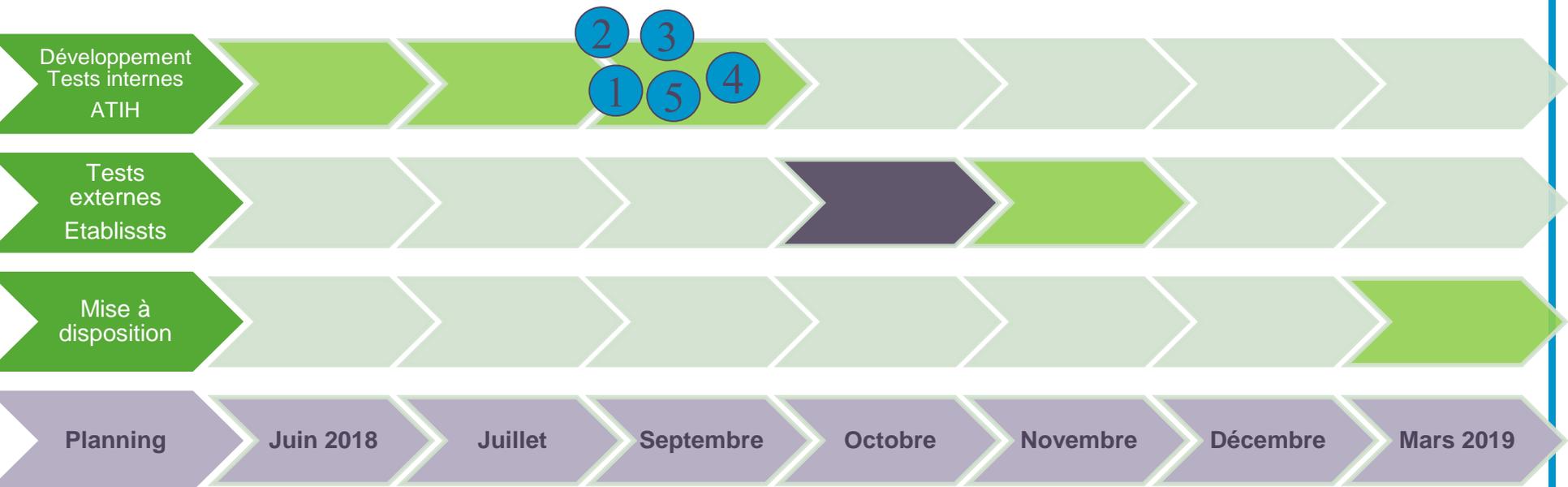
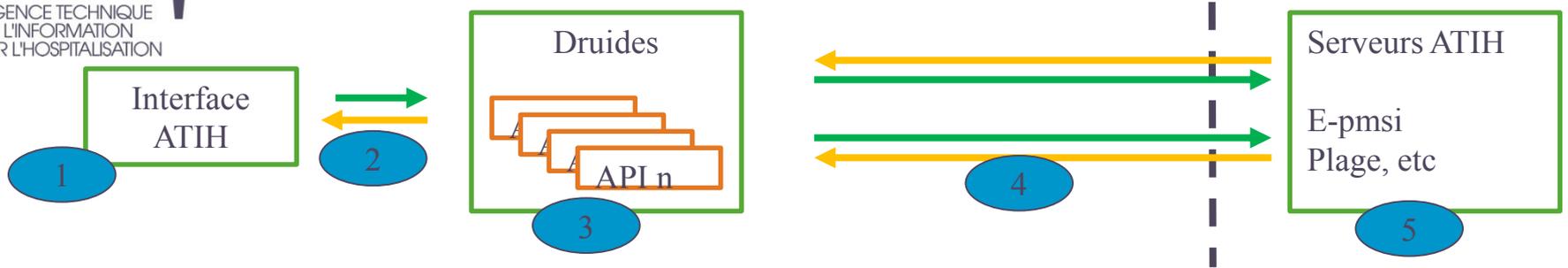
prévisionnel

Réalisé

atih

AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

Druides : Phases, planning, suivi



Merci de votre attention

**Agence technique de l'information
sur l'hospitalisation**

117, bd Marius Vivier Merle 69329 Lyon cedex 03

Téléphone : 04 37 91 33 10

Fax : 04 37 91 33 67

www.atih.sante.fr