

COMITÉ TECHNIQUE MCO Activité

Compte-rendu de réunion

Date : 02 octobre 2024

Heure : 14h00-16h00

PARTICIPANTS

FEHAP : <ul style="list-style-type: none">• L. ROUSSELET• M. PANZU FHF : <ul style="list-style-type: none">• B. TRAMIER• V. GILLERON UNICANCER : <ul style="list-style-type: none">• B. LE VU FHP-MCO : <ul style="list-style-type: none">• L. DUBOIS• M. DERANCOURT	SOFIME : <ul style="list-style-type: none">• V. BUHAJ• D. THEIS DREES : <ul style="list-style-type: none">• Excusé CNAM : <ul style="list-style-type: none">• M. HAYAB DGOS : <ul style="list-style-type: none">• C. JEANNE DSS : excusés	ATI H : <ul style="list-style-type: none">• J. DUBOIS• S. GUEANT• V. BERGER• C. LE GOUHIR• P. LEBLANC• I. BOZINOVIC• Y. MOKADDEM• G. NUEMI-TCHATCHOUANG• V. PISETTA• R. SCHWOB
---	---	--

Accueil des participants par l'ATI H, présentation de l'ordre du jour.

Information médicale

- MRC
- RPU / RPIS
- PNR / déploiement CIM-11
- Nouveautés CIM10-PMSI v2025

Classification

- Sévérité inter-champs
- Travaux sur l'interventionnel

Ce compte-rendu ne retrace pas l'intégralité des éléments présentés ; ces derniers doivent être consultés dans le diaporama. Seuls les principaux éléments de la présentation et de la discussion sont retranscrits.

TRAVAUX D'INFORMATION MÉDICALE

1. FORFAIT MRC

L'ATIH rappelle le calendrier des transmissions et de validation, prévu pour les données MRC S1 puis S1+S2 2024. L'ATIH présente l'état d'avancement des travaux sur le remplacement de deux variables par une nouvelle variable "Ratio Albuminurie sur Créatinurie" avec la DGOS. L'ATIH indique avoir été sollicitée par la DGOS pour cadrer les travaux à venir sur la simplification du recueil MRC, qui seront à mener avec l'ABM ainsi que les acteurs du GT MRC.

La FHP demande où en est le déploiement de la plateforme Eval-Santé. L'ATIH précise que la plateforme est actuellement en train de passer une série de test de cybersécurité afin de pouvoir valider son utilisation pour la transmission du mail des patients MRC et l'administration du questionnaire composite PROM-PREM.

2. RPU / RPIS

L'ATIH présente la proposition de circuit temporaire pour la mise en place des RPIS dès 2025, n'incluant pas le DIM dans un premier temps, ainsi que la proposition d'une phase de test du circuit cible RPIS avec des DIM volontaires à partir de fin 2025 ou sur 2026.

La FHF demande quel serait le rôle du DIM dans le circuit cible. L'ATIH rappelle que le rôle du DIM est de produire le fichier de chainage incluant l'identifiant patient SMUR et le NIR pour permettre une inclusion du NIR via les outils de transmission ATIH.

La FHP fait part de ses craintes quant au réel rôle demandé au DIM, particulièrement en matière de qualité des données. La FHF partage ces craintes. La SoFIME évoque l'utilisation progressive des données RPU pour le financement des urgences et s'attend également à une utilisation à venir des données RPIS pour le financement ce qui aura un impact sur la charge de travail des DIM. L'ATIH partage ce constat de l'impact sur les DIM, l'intérêt de l'implication des DIM étant justement de s'assurer d'une meilleure qualité des données à terme pour leur utilisation ; l'ATIH précise également que la mise en place des RPIS met l'ensemble des acteurs face à de nouveaux modes d'organisations de la remontée et de l'utilisation des données allant au-delà des habitudes du PMSI. L'ATIH sera donc vigilante pour conserver une juste place des DIM dans ces remontées de données.

La FHP demande pourquoi les RPU ne sont pas remontés selon le même modèle que le RPIS. L'ATIH répond que cela serait sans doute l'objectif dans le cadre du RPU v3, qui devrait intégrer le NIR également et donc poser les mêmes problématiques pratiques de pseudonymisation. La FHP précise que les DIM sont actuellement sous-équipés pour superviser la volumétrie de données du nombre de passages aux urgences.

3. PNR / DÉPLOIEMENT CIM-11

L'ATIH présente les actions en cours. Une version consolidée de la cartographie des données de santé hospitalières demandées au niveau national doit être finalisée d'ici la fin de l'année. Elle permet d'identifier les recueils et variables demandés par l'ATIH, l'ABM, SPF, l'INCa et la HAS aux établissements de santé et d'en produire une analyse et des recommandations. En parallèle, l'équipe mène des réflexions sur l'apport des outils d'IA pour assister le codage. Les cadrages du premier projet pilote PNR pour l'automatisation de la constitution d'un fichier PMSI et de celui orienté sur le déploiement de la CIM-11 sont en cours.

Les acteurs souhaitent avoir des informations plus concrètes sur les actions du programme Nouveaux recueils.

4. NOUVEAUTÉS CIM10-PMSI V2025

Nouvelles extensions de codes CIM-10 à usage PMSI proposées pour la version 2025. Elles sont en cours de validation. Elles concernent les champs d'activité suivant :

- Extension des indications de **suivi du parcours d'assistance médicale à la procréation (AMP)** : avec l'inscription de deux nouvelles extensions au code *Z52.80 Don ou prélèvement d'ovocytes ou de tissu ovarien*
- Suivi des soins d'accompagnement et de fin vie par la description des **sédations palliatives** intermittente et continue, avec deux nouvelles extensions au code *Z51.8 Autres formes précisées de soins médicaux*
- Description de la **sévérité des hémorragies du postpartum** par l'inscription d'une nouvelle extension pour les trois codes existants d'hémorragie immédiate et tardive du postpartum.

TRAVAUX DE CLASSIFICATION

1. TRAVAUX SÉVÉRITÉS INTER-CHAMPS

L'ATIH a présenté ses travaux de refonte des Sévérités au cours de quatre réunions en mars et avril, mais également lors de réunions dédiées pour les fédérations qui en ont fait la demande.

Des retours écrits ont été adressés par les fédérations et sont présentés en séance.

En synthèse :

- Pas de point de blocage d'un point de vue « classification ».
 - L'architecture générale des modèles est accueillie positivement, mais avec quelques ajustements à prévoir (exclusions, niveau de diag, ...) et des améliorations à approfondir (actes avec effet CMA en MCO).
 - Des difficultés à se positionner sur le nombre de niveaux de séjours en MCO
- La mise en œuvre doit prendre en compte :
 - Les autres réformes/engagements nationaux (gestion de la réforme de financement et CSAR pour le SMR ; réforme de la T2A pour le MCO)
 - La charge de travail pour les équipes DIM
- Est assujettie à :
 - La réalisation de mesure d'impacts financiers
 - La validation d'un calendrier

L'ATIH présente les prochaines étapes :

- Pour la fin 2024, poursuite des échanges : pédagogie, recueil des remarques et des demandes d'évolution, voire des souhaits de modèle cible
- Début 2025 : présentation d'une stratégie pluriannuelle

La FHF indique adresser prochainement son retour écrit sur ce projet.

UNICANCER et la FHP évoquent les étapes ultérieures de prise en main de ce nouveau modèle par les équipes DIM des établissements. 2 types d'outil sont évoqués pour les établissements de santé :

- Un outil de restitution de casemix groupés dans la nouvelle version de classification permettant aux établissements de retourner au séjour pour mieux appréhender la nouvelle algorithmie proposée.
- Un outil de groupage « en live » permettant aux équipes DIM de renseigner directement les caractéristiques d'un séjour afin de voir quelles informations sont utilisées et comment elles participent à l'orientation du séjour dans un groupe médico-économique.

L'ATIH prend note de ces demandes. Elles seront expertisées, notamment vis-à-vis du temps de travail nécessaire à leur production. Des propositions seront présentées début 2025.

2. TRAVAUX SUR L'INTERVENTIONNEL

L'ATIH présente l'avancée des travaux sur la CMD06. Avant de présenter une première version des racines en 06K, la classification actuelle est décrite succinctement (5 racines en 06K).

L'ATIH présente ensuite un nouveau découpage des actes en gros blocs (actes sur vaisseaux, actes d'endoscopie...). Une attention particulière a été portée à la description du bloc d'endoscopie dans lequel est retrouvé le découpage 'thérapeutique' puis 'diagnostique'. Au sein de ces deux types d'endoscopie, comme présenté lors du CT de juillet, l'ATIH segmente les blocs 'thérapeutique' et 'diagnostique' en fonction de la région anatomique haute puis basse.

En segmentation finale pour le bloc des endoscopies, l'ATIH propose la création de racines intégrant les actes multiples d'endoscopie (aussi bien en thérapeutique que diagnostique), les destructions (pour les endoscopies thérapeutiques) et les exérèses de polypes (pour les endoscopies diagnostiques).

Globalement, la proposition de refonte de la 06K va permettre la répartition de l'activité dans 16 racines.

L'ATIH indique que les fédérations seront sollicitées pour participer à un groupe technique dédié afin de réaliser, avec des professionnels hospitaliers (gastro-entérologues), une présentation détaillée de cette sous-CMD.

UNICANCER se demande s'il ne serait pas plus opportun de tester les prises en charge endoscopiques basses avant les hautes, car les prises en charge basses lui semblent mobiliser davantage de moyens.

L'ATIH répond que les analyses ont montré un surcoût des endoscopies hautes, mais propose de tester cette hypothèse. Une nouvelle version des racines 06K sera étudiée dans laquelle la segmentation sur la région anatomique sera inversée (groupage des séjours avec endoscopie basse en premier lieu, puis avec endoscopie haute).

La FHF et UNICANCER sont surpris de la fréquence du codage des anesthésies (ZZLP) avec les endoscopies hautes. Les deux fédérations évoquent un codage en excès par certaines équipes.

Concernant le groupe technique, les fédérations remercient l'ATIH de veiller à programmer bien en amont cette réunion (de l'ordre de 2 mois à l'avance) pour permettre aux praticiens de s'organiser pour y participer (décaler les consultations, blocs, ...).