Comité technique MCO
Lundi 11 juillet 2011

Personnes présentes :
DGOS : Anne-Aurélie EPIS DE FLEURIAN, Eric EKONG,
DREES : Marie-Claude MOUQUET
FEHAP : Jean-Pierre DUFFET
FHF : Bernard GARRIGUES, Yves GAUBERT
CNIM: Bruno AUBLET-CUVELIER, Véronique GILLERON
FFCLCC : Valérie-Jeanne BARDOU, Sandrine BOUCHER
ATIH : Max BENSADON, Joëlle DUBOIS, Sandra GOMEZ, Housseyni HOLLA, Michèle BRAMI, Selma MESSAÏ
CNAMTS : Michel ARENAZ

1- Introduction du directeur de l'ATIH

Il est rappelé que les comptes-rendus des comités techniques MCO seront désormais mis en ligne sur le site de l'ATIH, selon la procédure suivante : un projet de compte-rendu sera adressé aux membres du comité dans les 15 jours suivant la réunion concernée. Les commentaires et remarques de ceux-ci seront attendus sous quinzaine. Passé ce délai, le compte-rendu sera publié sur le site de l'agence.

2- Validation du compte rendu de la réunion précédente

Le compte-rendu de la réunion du 19 mai 2011 diffusé par mail ne soulève pas de commentaire ni demande de correction.
Pour les quelques erreurs qui se seraient glissées, les membres du comité sont invités à faire connaître à l'ATIH leurs éventuelles observations, afin qu'elles soient intégrées, au plus vite, au compte-rendu définitif.

3- Point sur les travaux classification de l'ATIH

3-1 Travaux sur la CMD 15

En préambule, l'objectif du périmètre de cette CMD est exposé : il s'agit de récupérer tous les séjours de naissance ainsi que toutes les suites de naissance, c'est-à-dire tous les séjours qui se succèdent sans que le nouveau-né ne soit rentré à son domicile, en essayant d'éviter les séjours correspondant à un séjour postérieur au séjour de naissance avec retour à domicile. Parmi les multiples algorithmes testés en ce sens, celui qui se rapproche de cette cible est celui qui conduit à récupérer dans la CMD 15 tous les séjours de nouveau-nés jusqu'à 7 jours (fin de période périnatale), ainsi que tous les séjours de bébés dont le poids est inférieur à 2500gr, avec un mode d'entrée transfert.

Une discussion sur les codes P *(codes CIM-10 d'affections dont l'origine se situe dans la période périnatale*) codés dans les RSS, et le périmètre de la CMD 15 s'engage alors :
Avis de la FHF :

- l'utilisation des codes P à l'âge adulte pose assurément problème. En revanche, la néonatalogie correspond à une période qu'il est également intéressant de pouvoir récupérer dans la CMD 15, il est donc suggéré que la totalité des pathologies de

cette période néonatale soient récupérées, soit par l'algorithme initial, soit en sus de cet algorithme ;
- en outre, souhait que les nouveau-nés de plus de 2500g qui reviennent à l'hôpital durant la période néonatale figurent dans le périmètre de cette CMD. Dans ce cas, il reste bien entendu à préciser quand s'arrête la période néonatale.

Le CNIM évoque le sujet des réanimations en salle de naissance de nouveau-nés transférés dans un second temps. Il souhaite que les établissements soient autorisés à créer un RUM pour cette circonstance.

La CNAMTS rappelle la règle de l'exonération du ticket modérateur (TM) pour la néonatalogie, même lorsque le bébé dépasse l'âge de 28 jours, du moment qu'il n'y a jamais eu de retour à domicile.

Sur ce sujet de périmètre et de limite d'utilisation des codes P, il est convenu que les experts des sociétés savantes de néonatalogie, de réanimation néonatale, et de pédiatrie seront conviés à une réunion de travail, à l'ATIH.

Autres éléments intervenant dans la construction de la CMD 15 :
- après application de l'algorithme, des séjours avec actes opératoires, auparavant classés dans d'autres CMD en raison de leur diagnostic principal, sont récupérés dans la CMD 15 et viennent s'ajouter aux séjours avec actes opératoires déjà existants dans cette CMD. Selon le poids du nouveau-né, plusieurs solutions sont évoquées pour positionner ces séjours (cf. diapositive 18). Il est notamment proposé de différencier les séjours chirurgicaux pour les nouveau-nés de poids inférieur à 1500g par rapport à ceux concernant des nouveau-nés de poids supérieurs.
  La FHF et le CNIM se prononcent en faveur d'une séparation de la médecine et de la chirurgie pour les poids < 1500g.

- par ailleurs, de façon identique à la situation actuelle, un GHM de mort-nés et un GHM de transferts précoces de nouveau-nés seront créés.

- enfin, il est précisé qu'après application de l'algorithme, dix racines de GHM seront créées prenant en compte des combinaisons poids-âge gestationnel.
  Pas de remarques du comité sur ce point.

3-2 Analyse des 0 jour

Dans le cadre des travaux de maintenance de la classification des GHM, une analyse des séjours de 0 jour a été menée notamment pour revoir :
- les racines de GHM n'ayant pas de GHM en « J » ;
- les racines concernant les interventions sur les amygdales et les végétations ;
- les racines de GHM n'ayant pas de GHM en « T », les travaux pour ces GHM n'étant pas encore finalisés, ils ne sont pas abordés lors de ce comité.

Les critères retenus pour créer un GHM en « J » sont rappelés (cf. diapositive 25).
Sont alors présentées les racines pour lesquelles un GHM en « J » pourrait être nouvellement créé. A ce jour, une hésitation persiste sur les racines "interventions pour infections ostéoarticulaires" et "interventions majeures au cours de lymphomes ou de leucémies". Par ailleurs, et à l'inverse, le GHM en « J » pourrait être supprimé pour la racine 05C14 *Poses d'un stimulateur cardiaque permanent avec infarctus aigu du myocarde ou insuffisance cardiaque congestive ou état de choc*

Concernant les propositions de création de GHM en J, la FFCLCC signale que, le contenu de ce dernier et celui du GHM de niveau 1 (ex : 17C03) doit être homogène afin d'éviter des rapprochements de tarifs entre des GHM de contenu (et donc de niveau de prise en charge) différent.

Il est annoncé qu'une demande a été formulée par la DGOS, concernant la possibilité de création de niveaux de sévérité dans les GHM ambulatoires.
Sur ce point, la discussion porte sur le type de variable à retenir pour guider la construction, considérant que ce ne pourrait bien entendu être l'allongement de la durée de séjour.
La FEHAP signale que les praticiens codent leurs actes par assimilation lorsque le code n'existe pas dans la CCAM.
A la proposition de noter le nombre de CMA distinctes, le CNIM met l'accent sur le fait que les praticiens ne codent pas tous les DAS lors des séjours en 0 jour.
H. Holla conclut sur le problème de choix d'un indicateur pertinent (d'ordre médical ?), et sur la nécessité d'inciter les établissements à mieux coder les séjours ambulatoires. Quoi qu'il en soit la création de niveaux de sévérité sur les GHM ambulatoires n'est pas un travail qui pourra aboutir pour la campagne 2012. Les travaux devront être menés courant 2012.

3-3 Autres travaux

a. Travaux sur les racines d'interventions sur les amygdales et végétations

Il est proposé de créer deux GHM en « J », l'un dédié aux adénoïdectomies en ambulatoire et l'autre dédié aux amygdalectomies en ambulatoires. Pas de remarque du comité sur ce point.

b. Travaux du groupe DAS

Les travaux du groupe DAS issu du comité technique sont présentés. Il est rappelé que le groupe insiste sur l'importance de ne pas perdre la description du séjour au profit de la facturation. Cet intérêt est lié au fait que la base PMSI est utilisée à d'autres fins que la tarification des séjours.
La FHF souligne l'importance de la description du terrain du patient.

Deux solutions sont proposées pour récupérer des informations de ce type, dans les bases nationales

- soit la remontée des diagnostics dans une zone DAD
- soit la remontée des diagnostics dans une zone intitulée DA avec un typage de chacun des diagnostics.
- Exemple de typage :
    - diagnostics pris en charge / diagnostics non pris en charge
    - diagnostics connus à l'entrée et pris en charge/ connus à l'entrée et non pris en charge et apparus après l'entrée et pris en charge/ apparus après l'entrée et non pris en charge

Un tour de table est fait pour noter les réactions des membres du comité, à cette proposition de modallités de récupération d'informations descriptives dans les bases PMSI
La FHF opte pour la 2e solution (typologie des DAS)
La FEHAP : idem, la 2e solution est privilégiée; les codes doivent être clairement définis, et communs à tout le monde pour éviter les variations d'un établissement à un autre.
La FFCLCC : la 2e solution est également privilégiée
Le CNIM : idem.
DGOS, DREES, CNAMTS : idem

H. Holla conclut qu'il sera nécessaire que le sous groupe DAS du comité poursuive ses travaux et réflexions, pour aller plus loin dans la concrétisation de ce projet. S'agissant de typer les codes, il faudra se pencher sur les modalités pratiques.
Si ce sujet aboutit, il sera probablement nécessaire de faire une campagne de communication très importante auprès des codeurs et utilisateurs.

Par ailleurs, il est aussi noté le travail à réaliser avec les sociétés savantes pour définir le contenu de certains diagnostics de la CIM-10 de façon à créer des extensions pour distinguer la partie « sévère » de l'affection de sa forme « moins sévère » (exemple : la thrombopénie).

4- Questions diverses

La FFCLCC pose la question de la notion de « bilan » dans le guide méthodologique. Il serait nécessaire de préciser ce que cette notion comporte.

Prochain comité technique MCO fixé le 30 septembre 2011 de 10h à 13h00