

COTRIM du Mardi 17 octobre 2017

Compte rendu

ETAIENT PRESENTS :

Dr Corinne ABADIE	Médecin DIM Clinique Saint-Augustin (33)
Dr Catherine BALLAY	Médecin DIM CH du Pays d'Eygurande (19)
Mr Michel BEY	Directeur Adjoint CH de Niort (79)
Dr Laurence BOINOT	Médecin DIM CHU de Poitiers (86)
Dr Roland BOUET	Médecin DIM CH Henri Laborit- Poitiers (86)
Dr Bérénice BRECHAT-HUET	Médecin DIM CH de Cadillac (33)
Dr Antoine BROUILLAUD	OMEDIT Nouvelle-Aquitaine
Dr Véronique BUHAJ	Médecin DIM CH de Périgueux (24)
Mr Daniel CAILLAUD	Directeur de l'Hôpital Suburbain du Bouscat (33)
Dr Elisabeth CAPDENAT-RAYMOND	Médecin DIM Hopital Suburbain du Bouscat (33)
Dr Eric CAPDEQUY	Médecin DIM CH de DAX (40)
Dr Paul CHATON	Médecin DIM Clinique Saint Germain (19)
Dr Xavier CHAUMET	Médecin DIM CH de Saintonge (17)
Dr Amina ETTORCHI	Médecin DIM Polyclinique Bordeaux Rive Droite (33)
Dr Véronique GILLERON	Médecin DIM CHU Bordeaux (33)
Mme Gaël GROS	ARS Nouvelle-Aquitaine – Chargée d'études statistiques
Dr Marie Françoise ISSOULIE	Médecin DIM CH de Tulle (19)
Mr Stéphane JACOB	Directeur Adjoint DAF CH de Brive (19)
Dr Isabelle JAMET	ARS Nouvelle-Aquitaine – Responsable Pôle études, statistiques et évaluation
Dr Françoise JARRY	Médecin Conseil de la MSA SEVRES VIENNE
Dr Patrick LANDREAU	Médecin DIM CH de Niort (79)
Mme Valérie LAVIGNASSE	ARS Nouvelle Aquitaine – inspectrice DFIN
Mme Catherine LONQUETY	Directrice Adjointe DAF CH La Rochelle (17)
Dr Catherine PATUREAU-MIRAND	Médecin DIM Polyclinique de Limoges (87)
Mme Corinne PELLETIER	ARS Nouvelle-Aquitaine – Chargée d'études statistiques
Dr Florence PERRET	Médecin DIM CRF Salies de Béarn (64)
Dr Denis REVIRON	Médecin DIM Polyclinique de Navarre (64)
Mr David RIVIERE	Directeur adjoint DAF CH de Libourne (33)
Dr Anne Marie RULLION PAC SOO	Médecin DIM CH Agen-Nérac (47)
Dr Bernard TABUTEAU	ARS Nouvelle-Aquitaine – Conseiller Médical PPS
Mme Martine TIFFON	ARS Nouvelle-Aquitaine – Gestionnaire PMSI

ETAIENT EXCUSES :

Dr Béatrice DEROZIER	Médecin DIM groupe Capio - CMC de l'Atlantique (17)
Mr Serge ROULET	Directeur adjoint DAF CH de Dax (40)

✍

INTRODUCTION – DR ABADIE

La Présidente ouvre la séance en mentionnant que certains membres souhaitaient que la réunion débute avant 13h30, mais elle rappelle que la réservation des salles ARS, compte tenu des créneaux horaires disponibles, ne permet pas de débiter ces réunions plus tôt et convient que cette organisation puisse être gênante pour les personnes extérieures au département.

STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ - DR GILLERON (CF. DIAPORAMA)

Le Docteur GILLERON, membre du Haut Conseil en Santé Publique (HCSP), fait un point sur l'avancement des travaux de cet été.

Pour rappel, la SNS est dans la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 encadrée dans son élaboration par un décret publié fin novembre.

Suite au changement de gouvernement, une saisine du 17 mai 2017 a sollicité l'avis du HCSP sur des axes qui pourraient être retenus prioritairement dans le domaine de la santé, de la prévention, etc...

Les travaux du HCSP peuvent être téléchargés sur le site du HCSP. On y trouve le rapport intégral, l'avis synthétique et le diaporama.

Actuellement la phase de concertation est en cours avec tous les partenaires ; le gouvernement, les fédérations, les syndicats de médecins, etc... Les axes définis dans la SNS seront suivis de mesures, comme par exemple dans le cadre de la lutte contre le tabagisme : le paquet de cigarettes à 10 €...

Un texte doit paraître en fin d'année pour définir de manière claire les axes prioritaires en matière de santé du gouvernement, pour qu'ensuite, la SNS soit déclinée en région dans le cadre des projets régionaux de santé attendus dans le courant du 1er semestre 2018.

Un des axes essentiels de la SNS est celui de la prévention et de la promotion de la santé. Or, dans ce cadre-là un appel à projet a été initié depuis 2014 par l'ARS Aquitaine, devenue Nouvelle-Aquitaine. Tous les établissements peuvent répondre à cet appel à projet en matière de promotion et de prévention de la santé menée par les acteurs des établissements de santé hors les murs de l'hôpital.

Dans la mise en œuvre de la SNS, les bases de données PMSI, celles du SNIRAM ou autres bases existantes pourront être utilisées notamment pour le suivi et les analyses de parcours des patients.

Le rôle du médecin DIM est de ce fait très important de par sa participation à l'analyse et l'interprétation de ces données.

Le dernier point concerne l'évaluation : il s'agit de mesurer l'efficacité des mises en œuvre de la SNS au travers d'un nombre important de composantes mais aussi avec celui du caractère interministériel de toutes ces actions ; car il y a outre le problème de la santé, celui du domaine social, économique, financier....

Le choix du gouvernement est celui d'un plan national de santé publique. L'idée est de mettre en cohérence les objectifs et les actions des multiples plans qui existaient auparavant, pour les regrouper en un plan national.

Le PLFSS est en train d'être discuté, débattu et voté et un article (article 35) met l'accent sur ce qui touche aux innovations organisationnelles ; il s'agit de favoriser l'émergence de nouvelles organisations pour concourir à l'amélioration de la prise en charge du parcours du patient. Dans cet article, le décloisonnement de la prise en charge du patient pour une séquence de soins est bien orienté dans la continuité du parcours.

En conclusion, dans tout ce qui est abordé dans la SNS on peut voir la place stratégique des données d'informations médicales et le rôle contributif des médecins DIM dans l'analyse de la stratégie médicale.

Question : Va-t-il y avoir une définition du programme, des indicateurs, de la marche à suivre au niveau national ?

Réponse : Oui sur les indicateurs du Plan National de Santé, c'est un travail qui est en cours.



APPEL A PROJET ARS ANNUEL POUR DÉVELOPPER LES ACTIONS DE PRÉVENTION HORS LES MURS PAR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ – Mr CHRISTOPHE CAILLIEREZ – DSP ARS

Mr CAILLIEREZ présente ce qui a été une initiative de l'ARS ex-Aquitaine en 2014 : un appel à projet pour développer des actions de santé hors des murs des établissements de santé et dans des établissements thermaux.

Historique : C'est la loi de juillet 2009 Hôpital Patient Santé Territoire qui définit le service public hospitalier dans ses missions de médecine préventive, d'éducation pour la santé, et de coordination. Les établissements participant au service public hospitalier assurent aux patients les soins curatifs, palliatifs et veillent à la continuité des soins à l'issue de leur admission.

Il existe au niveau européen un réseau d'hôpitaux promoteurs de santé publique et de prévention qui sont porteurs d'initiatives intéressantes, dont Mr LAFORCADE, Directeur Général de l'ARS s'est largement inspiré à partir de 2014.

L'idée derrière cet appel à projet pour les établissements volontaires est de mettre en place des actions de prévention hors des murs, c'est-à-dire à destination des personnes sur leur lieu de vie, le milieu du travail, les lieux d'hébergement (ex CHR ou autres foyers) auprès de nombreux professionnels de santé, mais aussi sociaux, ou des bénévoles associatifs qui interviennent auprès de ces publics. Ces établissements doivent s'investir dans une démarche durable de promotion de la santé, en particulier par une approche de santé globale et non plus seulement curative ainsi que la reconnaissance des besoins particuliers de certains groupes de population dans le respect de leurs valeurs, leurs cultures, l'amélioration de la coopération entre l'établissement de santé et l'extérieur.

Pour ce faire, la loi de 2009 a donné la possibilité de dégager de la fongibilité asymétrique, c'est-à-dire qu'à l'intérieur de l'enveloppe dégagée par le FIR, on peut prendre une petite part du budget du soin pour l'affecter à la prévention, l'inverse n'étant pas possible.

Depuis 2016, l'appel à candidature a été étendu à l'ensemble du territoire de la Nouvelle Aquitaine. A cet effet, une journée régionale spécifique a été organisée à La Rochelle à laquelle ont été conviés tous les établissements de santé de la région, un certain nombre d'institutions, les directions métiers et délégations départementales de l'ARS.

Le travail fait en amont de ces appels à projet depuis 2016 est une sensibilisation des directeurs et des professionnels de santé des établissements à l'importance de la démarche.

Les établissements candidats doivent établir un programme composé de plusieurs actions. Ils doivent favoriser la prévention au service des parcours des personnes dans le système de santé, éviter et réduire des inégalités sociales et territoriales de santé (privilégier les publics les plus éloignés du soin).

Avant de se lancer dans la réponse, l'établissement doit analyser objectivement l'état de son territoire, voir tout ce qui s'y passe en matière de prévention, de promotion, d'éducation à la santé, aller au-devant des opérateurs historiques de la prévention qui, pour certains, sont souvent de petits opérateurs associatifs quelquefois fragiles financièrement. Pour aider les établissements dans ces démarches, les Délégations Départementales de l'ARS et le Pôle Prévention de la Santé sont présents pour repérer et clarifier les besoins du territoire où ils sont implantés, grâce à des outils tels que les diagnostics territoriaux et ceux élaborés dans le cadre du PRS.

Dans la mesure où, sur le territoire, il y a déjà un contrat local de santé qui fait suite à une analyse partagée et à une entente entre l'ARS et les collectivités territoriales, il est systématiquement demandé que l'établissement désireux de répondre à l'appel à projets territorial s'inscrive dans la participation à ce CLS en y apportant une offre de services pour l'ensemble des opérateurs de ce contrat.

Quels sont les critères de sélection ?

Le projet doit s'inscrire dans le projet d'établissement, éventuellement être décliné dans le contrat de pôle interne de l'établissement et être validé par les instances de ce dernier ; il doit impliquer plusieurs services de l'établissement.

Il doit être suivi et évalué et fournir dans le dossier soumis à l'ARS des indicateurs d'évaluation. Il doit prévoir aussi un temps dans la mobilisation des moyens humains et faire au niveau de son territoire l'objet d'un plan de communication.

L'ARS regarde la pertinence de l'action par rapport au public visé et aux besoins identifiés sur le territoire par l'établissement avec toutes ses données, mais aussi avec le diagnostic territorial de santé. Elle s'assure de la qualité du partenariat au niveau local, point sensible et essentiel.

En effet, lorsqu'il y a de petits opérateurs historiques de prévention avec des financements fragiles qui voient arriver un établissement quelle que soit sa taille mais avec sa propre logistique, toutes ses compétences, il peut être inquiet, d'où l'importance d'une bonne connaissance des intentions de complémentarité avec l'existant et non de concurrence. La participation des bénéficiaires est requise, c'est à dire que le projet doit être conçu avec les

bénéficiaires, patient ou public visé (ex en matière de tabacologie dans le milieu scolaire : association des enseignants, de l'infirmière scolaire, des parents d'élèves et des élèves).

Les priorités sont celles listées dans le cahier des charges de l'année 2017 mis en ligne sur le site de l'ARS. Néanmoins l'établissement peut développer des actions si celles-ci sont inexistantes ou insuffisantes sur son territoire.

En 2015 : 41 actions ont été retenues sur l'appel à projet en Aquitaine avec plusieurs actions par établissements. En 2016 pour la Nouvelle-Aquitaine : 167 projets ont été soumis et 157 en 2017 dont à l'heure actuelle 94 seraient retenus mais l'instruction n'en est pas terminée.

Les projets sont souvent portés sur 3 ans, la première année étant celle du démarrage. Pour ceux de 2017 la réponse sera prochainement donnée aux établissements. L'ARS finance souvent des actions avec des contrats pluriannuels d'objectif de trois ans.

Certaines évaluations ont été préparées avec le pôle inspection contrôle évaluation de l'ARS afin de voir si les moyens engagés depuis 2014 débouchent sur des actions de qualité.

Questions :

- Un regret est émis sur l'appel à projets lancé le 7 juillet pour une date limite de réponse le 25 août. Il a été de ce fait difficile de travailler avec certains partenaires (éducation nationale par ex).

Il serait souhaitable d'avoir une planification des appels à projets pour que l'établissement puisse se positionner en amont, car cela risque de favoriser ceux qui sont en veille par rapport à ceux qui sont déjà dans les actions. Il conviendrait donc d'avoir une autre démarche pour que de nouveaux établissements puissent s'inscrire dans ces appels à projets.

- L'autre aspect du financement sur trois ans porte interrogation car par exemple le financement de 2017 sera moindre (portant sur deux mois). Ne serait-il pas bon d'avoir un financement en année pleine permettant également une évaluation en année pleine ?
- Dernier point sur la visibilité des actions de prévention notamment sur le secteur des personnes âgées. N'y-a-t-il pas aujourd'hui une interférence sur le champ de la CRSA et des conférences des financeurs ?

Réponses :

- Effectivement la date a été un souci cette année dû à un problème d'effectifs dans le service PPS de l'ARS.

Les équipes sont très petites, le lancement d'appel à projets est important et la dernière date choisie a posé un réel problème dont l'ARS a bien conscience avec notamment le problème lié au partenariat avec l'éducation nationale.


- La troisième année n'est pas celle pour terminer le projet ; si c'est un projet qui doit se poursuivre dans le temps, voir se développer il y aura bien entendu une quatrième année. La troisième année sert à vérifier si ce que l'on voulait faire au départ est conforme à ce que l'on souhaitait faire et permet ainsi de définir la conduite à tenir.

Pour 2018, l'appel à projets devrait être lancé très tôt, vraisemblablement en mars, mais il n'y aura pas de bouleversement dans les attentes de l'ARS.

A partir des appels à projets des années précédentes qui sont sur le site de l'ARS, les établissements peuvent tout à fait se préparer dans la dynamique de façon à préparer leurs dossiers. Ils peuvent s'appuyer sur la Délégation Départementale, l'IREPS et le pôle PPS en cas de difficultés particulières.

- Pour ce qui concerne la visibilité de l'articulation avec le champ de la conférence des financeurs, une chargée de mission vient d'être affectée à l'analyse des remontées des conférences des financeurs faites par chaque DD qui en assure la co-présidence.

Pour l'instant aucune analyse n'a été dégagée car 2016 est la première année de mise en place réelle des conférences des financeurs au niveau de la Nouvelle-Aquitaine.

 **PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ NOUVELLE-AQUITAINE : SON ACTUALITÉ - DR ISABELLE JAMET**
(CF. DIAPORAMA)

L'ARS travaille sur le PRS depuis fin 2016.

Le nouveau Projet Régional de Santé va subir quelques évolutions par rapport au précédent. Il est en termes de structuration un peu simplifié avec une modification dans sa durée de vie.

Aujourd'hui toutes les régions travaillent sur un PRS constitué d'un cadre d'orientation stratégique c'est-à-dire qu'au regard d'une situation sanitaire ou autre de sa région, l'ARS et ses différents partenaires établissent un document synthétique sur les grandes orientations à horizon des 10 ans. A l'intérieur de ce cadre il y a le schéma régional de santé, fixé pour 5 ans pour permettre de s'adapter aux évolutions à venir en termes d'offre de soins, de prévention... et un PRAPS de 5 ans pour toucher les populations les plus fragiles.

Le schéma régional de santé est unique, et toutes les thématiques sont très transversales pour couvrir tous les aspects, éviter les clivages, de la prévention à la réinsertion sociale entre autre.

Fin 2016 a été élaboré un diagnostic régional sur l'état de santé de la population de Nouvelle-Aquitaine ainsi que 12 diagnostics territoriaux soit 1 par département. Un bilan des PRS des 3 ex-régions a également été réalisé ; ce travail s'est avéré assez laborieux compte tenu de leur disparité. L'évaluation du PRS faite en Poitou Charentes a également été intégrée. Tous ces documents ont été mis à disposition des différents groupes de travail dans le cadre de l'élaboration de ce PRS et seront dès finalisation mis en ligne sur le site de l'ARS.

Le COS (Cadre d'Orientation Stratégique) est un travail de partenariat : des groupes de représentants institutionnels et de la société civile se sont réunis pour élaborer ce COS dans lequel 5 grandes orientations sont décrites (voir diaporama).

Afin d'améliorer la méthodologie des programmes précédents, il a été demandé à ce que les orientations et les objectifs puissent être déclinés en résultats à atteindre avec des indicateurs pouvant être suivis et évalués.

Le travail sur les indicateurs du COS est partenarial avec l'ORS NA, le CREAHI pour la partie handicap, Santé Publique France et l'ISPED. La coordination est assurée par le Pôle Etudes Statistiques et Evaluation de l'ARS.

Question : le SROS tel que connu depuis plusieurs années est-il intégré au PRS ? Le SROS étant déjà un document énorme, le PRS fait combien de pages ?

Réponse : La volonté du Directeur Général de l'ARS a été de souhaiter un PRS « resserré ». L'idée est d'avoir un document le plus synthétique possible et le cadre d'orientation stratégique doit aider pour montrer l'essentiel de la politique régionale à mettre en place.

Actuellement le PRS est en train d'être rédigé, mis en forme, et les dernières fiches thématiques en cours de finalisation.

Par rapport au SROS et sur la partie schéma régional unique on est sur la complexité de concilier des thématiques qui se voulaient être transversales, de la prévention à la réinsertion, et des thématiques obligatoires, notamment hospitalières que ce soit pour l' HAD, le SSR

Il s'agissait donc de faire le lien avec tout cela, mais il restera au sein de ce schéma des orientations bien spécifiques à chaque spécialité entre autre hospitalière. Les éléments opposables des implantations sont intégrés dans ce schéma. On est à la fois sur des thématiques qui placent au meilleur endroit possible, pour le parcours du patient, les différentes prises en charge hospitalières mais aussi sur des thématiques spécifiques des différentes spécialités hospitalières pour que chaque établissement dans son secteur sache bien dans quelle orientation et évolution il doit mener des actions dans les 5 années à venir.

Question : Au niveau des réunions, quels étaient les différents types d'intervenants qui participaient à ces groupes de travail et avez-vous intégré dans le projet seulement le service public ou le privé également ?

Réponse : Non dans ce cadre-là toutes les fédérations hospitalières sont sollicitées, ainsi que celles du secteur médico-social, et celles des représentants des usagers. Les instances représentatives ont été sollicitées et ont ensuite désigné des personnes particulièrement impliquées sur les thématiques.

Dans le cadre de certaines thématiques, il y a également des représentants professionnels.

La CRSA nous a fait également remonter des représentants de collectivités ou autres.

Question : Le PRS est prévu pour mai 2018, le CAQES (Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins) c'est pour demain, le CAQES doit normalement avoir une cohérence avec le PRS au niveau d'indicateurs, dans les priorités données aux établissements.

Réponse de l'OMEDIT : Le lien du PRS avec le CAQES a été fait puisque c'est un contrat règlementaire adapté au

sein de chaque région et finalement en NA les grandes orientations du PRS ont été intégrées.

LES CONTRÔLES T2A

CAMPAGNE DE CONTRÔLE 2017 – DR CORINNE ABADIE

Concernant la campagne des contrôles 2017 c'est-à-dire la période du 1er mars au 31/12/2016 les thèmes sont retenus au niveau national et chaque région les décline à son niveau.

Ceux retenus au niveau de la région sont :

- les actes et consultations externes facturés en hospitalisation de jour,
- des séjours avec un ciblage orienté sur le niveau de sévérité 3 et 4, voire 2 (thème sanctionnable)

17 établissements sont retenus pour la campagne 2017 :

8 CH - 1 ESPIC - 7 privés - et le CLCC de Gironde.

PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE CRIMA – DR ELISABETH CAPDENAT-RAYMOND (CF. DIAPORAMA)

Il s'agit de la présentation d'un travail fait dans le cadre du CRIMA (Collège Régionale de l'Information Médicale d'Aquitaine) sur les contrôles réalisés en ex-Aquitaine et présenté aux journées du Grand Sud.

L'objectif du CRIMA était de mettre en place un observatoire régional des contrôles T2A. L'idée était de réunir l'ensemble des établissements MCO quel que soit le statut pour partager la nature des contrôles et les difficultés rencontrées dans le respect de l'anonymat des établissements répondants.

Une commission spécifique a été constituée pour mettre en place cet observatoire. Cette commission est composée de 7 médecins DIM, dont 4 publics, 2 privés, 1 ESPIC, et a été mise en place en 2016. Elle s'est donnée pour mission de collecter, d'analyser et de mettre à disposition du CRIMA les informations sur les campagnes de contrôle T2A de 2014 à 2016 sur le champ MCO.

Cette commission a décidé de réaliser une enquête adressée par mail, fin novembre 2016, d'abord aux médecins DIM membres du CRIMA, puis à l'ensemble des médecins DIM de la région Aquitaine. En 2017 la participation à cette enquête a été proposée au collège régional Poitou Charentes.

Ce questionnaire devait recueillir plusieurs items : la nature des champs contrôlés, leur volume (nb de dossiers contrôlés), leur typologie du contrôle (national ou régional), les cibles de l'AM (sanctionnable ou non), la notion d'acceptation proposée par l'AM et en texte libre les difficultés rencontrées par les médecins DIM pendant et après le contrôle.

Taux de réponses :

30 réponses de médecins DIM / 65 en Aquitaine soit 46.7 % dont 14 ayant eu au moins un contrôle sur les trois ans sur un ou plusieurs établissements.

% d'établissement ayant répondu : 50% (2014), 50 % (2015) et 56 % (2016).

Volume des champs contrôlés : le volume par champ est très variable de 32 à 100 % avec une moyenne de 66 % mais une médiane de 100 %. Entre 2014 et 2016 il est constaté une augmentation de la taille des champs de contrôle et notamment des champs sanctionnables, mais parallèlement une baisse du taux de dossiers contrôlés. Ceci représente un impact financier négatif pour l'établissement et inversement pour l'AM car la sanction s'applique à l'intégralité du champ.

La typologie des contrôles : on constate que près de la moitié des GHM contrôlés concernent des séjours de 0 nuit (environ ¼ le codage des DAS et ¼ celui des DP). Les contrôles sur les séjours de 0 nuit augmentent entre 2014 et 2016.

On constate que ces contrôles portent sur des GHM ciblés plus que sur des CMA. Ils concernent des prises en charge médicales dans ¾ des cas.

La cible des contrôles : on observe en 2014 une dispersion très importante des racines de GHM puis sur les trois ans une amélioration du ciblage AM sur les très courtes durées et les 0 nuit (contrôle sur l'instruction frontière).

Les difficultés rencontrées pendant les contrôles : deux types de difficultés, l'une relative au codage et l'autre concernant le déroulement du contrôle.

Pour les difficultés de codage, il ressort des désaccords sur les DAS avec notamment des problèmes d'interprétation du guide méthodologique, parfois un manque de discussion ou d'objectivité de la part des médecins contrôleurs. Ce qui est cité en début de contrôle c'est l'absence de règles, règles connues seulement par l'AM, la

variabilité des critères pour les DAS entre médecins contrôleurs eux-mêmes, parfois le non-respect de l'instruction frontière et même parfois la remise en cause du diagnostic porté par le clinicien.

Concernant les difficultés organisationnelles, les médecins DIM se plaignent de contrôles très longs allant jusqu'à plusieurs semaines, des décisions de requalification annoncées dès le début du contrôle de l'HDJ en externe, sans accepter la concertation, l'accélération en fin de contrôle et le dysfonctionnement du logiciel AM. Parfois, il est fait état de la non prise en compte de l'intégralité du dossier patient (peu ou non prise en compte du dossier informatique).

Les difficultés rencontrées après les contrôles :

- aucune pour 3 médecins DIM avec des avis favorables de l'UCR sur des désaccords DAS
- 3 avis non favorables pour des médecins DIM, avis UCR dans le sens des médecins contrôleurs
- 1 impact jugé majeur avec pour un établissement, une sanction égale à 4 fois l'indu et à 75 % de la peine maximale
- des commentaires sur la préparation des dossiers de saisines de l'ATIH jugés très chronophages par les médecins DIM
- et des médecins contrôleurs juges et parties dans l'UCR

La mise en place d'un observatoire de contrôle nécessite d'avoir l'exhaustivité des données, l'objectif étant de récupérer l'intégralité des données des établissements contrôlés entre 2014 et 2016.

L'idée est :

- de modifier l'enquête par un questionnaire de type QCM pour la partie « difficultés rencontrées »,
- de poursuivre le recueil sur la campagne 2017 et de l'élargir au champ de l'HAD dans un deuxième temps,
- de mettre en place des référents soit par statut d'établissement, soit par département de façon à ce que les médecins DIM puissent échanger en direct sur des difficultés de contrôle.

Le partage des résultats va se faire sur le site du CRIMA à partir d'une connexion sécurisée qui est envisagée.

En conclusion, la mise en place de cet observatoire est en bonne voie et l'objectif d'exhaustivité doit être poursuivi afin de pouvoir partager les problématiques de contrôle à l'échelon pourquoi pas de la Nouvelle-Aquitaine.

Question : Les établissements du Limousin n'ont pas été sollicités.

Réponse : Pour le Limousin, le CRIMA n'a pas eu connaissance d'un collègue référent connu et authentifié mais le CRIMA pourra s'interroger sur un travail commun nouvelle région.

Le Dr BOINOT doit relancer ses collègues du Collège Régional Poitou-Charentes qui ont eu des contrôles.

Remarque : En Limousin, un contrôle réalisé sur les données de 2015 aboutit au même type de remarques.

Réponse : Toutes les remarques évoquées ne sont pas nouvelles à l'exception de l'évolution des contrôles, de l'augmentation de la taille des champs contrôlés. Ceci n'est pas anodin pour les établissements car sur le plan financier, on contrôle moins de dossiers mais la sanction s'applique sur tout le champ.

L'idée d'un observatoire était que ce soit un lieu d'échange et de référence pour les médecins DIM de la région pour qu'en cas de problème lors d'un contrôle, le médecin puisse faire appel à l'observatoire régional pour essayer d'avoir des éléments de réponse à des questions qu'il se pose face à des contrôleurs.

MODALITÉS DE CONTRÔLES – DR VERONIQUE GILLERON

Une phase de négociation a eu lieu il y a 1 an, entre les fédérations, la CNAMTS et la DGOS dans un objectif de réviser la circulaire frontière datant de 2006 et republiée en 2010.

Les négociations à l'époque ont permis d'apporter quelques modifications sur le FPI et l'APE mais devaient s'accompagner d'une révision de l'instruction frontière.

Les forfaits et notamment le FPI avaient vocation à financer des prises en charge de type externe qui étaient pluridisciplinaires (consultations complexes), jusqu'à aujourd'hui mises en HDJ et qui devaient s'accompagner de règles plus précises et définir ce qu'était l'HDJ.

Dans la mesure où il n'y a pas eu de possibilité d'accord entre les fédérations, la DGOS et la CNAMTS l'instruction frontière n'a pas vu le jour.

Aujourd'hui la situation intermédiaire est compliquée car le FPI n'est pas mis en place, on ne sait pas ce qu'il faut mettre en HDJ et en FPI.

Des courriers de Fédérations ont été faits récemment pour demander la reprise des négociations afin de réduire cette période d'attente.

Un autre sujet est le **guide du contrôle** : La dernière réunion CNAMTS à laquelle la FHF avait participé date de deux ans. Il avait été proposé à l'époque une expérimentation des nouvelles modalités du contrôle dans les établissements de santé.

Une proposition d'un nouveau guide qui définit les nouvelles modalités de contrôle T2A vient d'être envoyé aux 4 fédérations. Ce guide n'est pas encore publié et n'est donc pas officiel, il reste à l'état de document de travail.

Un mail a été envoyé le 04/10/2017 aux 4 fédérations avec cette proposition de guide, dans le cadre de la concertation et en prévision d'une réunion entre les fédérations et la CNAMTS qui doit se tenir le 9/11/2017 à Paris. Les fédérations sont donc sollicitées pour donner leur avis.

Question : L'ARS a-t-elle eu copie du projet du guide de contrôle ?

Réponse : L'ARS n'en a pas connaissance.

Question : Y a-t'il des évolutions sur le champ HAD ?

Réponse : Des évolutions vont arriver car l'HAS a élaboré un guide de prescription de l'HAD qui est mis actuellement en concertation auprès des fédérations.

Une présentation de ce nouveau guide devrait être faite par la Ministre et l'HAS lors des journées nationales de la FNEHAD de décembre.

Ce guide résulte d'une analyse de l'activité d'HAD au niveau national. On y trouve les types d'activités et d'établissements, et une grille de décisions d'HAD. Remarque : Ce document permettra au prescripteur d'évaluer la pertinence de la prescription d'HAD.

Par ailleurs, dans le cadre du dialogue de gestion que l'établissement conduit avec l'ARS, le développement de l'HAD est une priorité. L'ARS demande de contractualiser sur un taux de sorties HAD, or il est très difficile de faire rentrer les patients dans les « cases » et ceci est problématique car au regard des critères de lourdeur très précis de l'HAD de nombreux patients sortant d'hospitalisation n'en relèveront jamais.

Question : Dans le cas où le guide ne répondrait pas à certaines questions n'y aurait-il pas lieu que le COTRIM soit saisi de ces questions. Les questions abordées avec la CPAM sont nombreuses, et sans réponses.

Réponse : Le COTRIM peut apporter des précisions sur les politiques menées par l'ARS, sur les aspects de pertinence de l'HAD, sur les équipements, sur des améliorations à apporter dans certains départements. L'ARS a bien conscience que ne peuvent bénéficier de l'HAD que certains patients qui correspondent aux critères d'admission en HAD.

Remarque : Pour l'HAD des travaux semblent être menés par l'ATIH en vue d'une facturation au séjour.

Remarque : L'ANAP a fait un travail en chainant des séjours MCO et des séjours d'HAD.

Remarque ARS : il y a lieu d'apporter un bémol sur cette étude qui date de 2013. Pour les données de l'année 2016 cette méthode n'assure pas la représentativité des transferts. Il faudrait solliciter l'ANAP pour renouveler ses travaux sur des bases plus récentes.

POINT SUR LES GROUPES DE TRAVAIL DU COTRIM - DR CORINNE ABADIE

L'objectif est de travailler sur la qualité des données, l'analyse par champs en fonction de thématiques définies.

Un groupe pour chaque champ MCO, HAD, SSR, PSY. Les résultats des travaux de ces groupes seront présentés en réunions plénières du COTRIM.

Concernant l'organisation, chaque groupe est coordonné par un médecin du COTRIM titulaire ou suppléant. Cependant n'importe quelle personne médecin ou administratif d'un établissement de santé de la région peut participer à ces groupes de travail. Afin d'en assurer une meilleure organisation, en terme de planification de compte rendu..., il serait souhaitable que chaque groupe soit coordonné par deux personnes.

Le ou les coordonnateur(s) gère(nt) leur groupe. L'ARS sera présente, autant que possible, pour fournir une aide technique par l'interrogation des bases de données.

Des salles ARS ont été réservées le 16/11/17 et 07/12/17 pour des ½ journées de réunions. Ce sont les

coordinateurs de groupe qui doivent s'organiser pour bloquer les créneaux de réunion auprès du secrétariat du COTRIM. Le groupe Psychiatrie a déjà réservé les dates des 18/10 et 22/11 de cette année.

Remarque ARS : Au niveau des salles, on peut bloquer une journée entière pour que chaque groupe s'organise soit le matin, soit l'après-midi, à raison d'une réunion tous les deux mois pour chaque groupe. Il convient de passer l'information au niveau du secrétariat du COTRIM pour que si la réunion se fait en dehors de l'ARS, une personne puisse y participer mais également pour confirmer la réunion d'un groupe sur un créneau.

Les prévisions de réservation de salles pour 2018 devront se faire très rapidement, bien entendu si le souhait est de les réaliser à l'ARS.

CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES : RAPPEL DE LA RÉGLEMENTATION - DR PAUL CHATON

Le Docteur Paul CHATON ne peut présenter ce sujet. Il a sollicité le conseil national de l'ordre pour être exhaustif en termes de législation et d'éthique.

Dès qu'il sera en possession de la présentation, il la diffusera.

POINTS DIVERS

LAMDA : DR ISABELLE JAMET

Le Docteur JAMET informe de l'évolution de la position de l'ARS concernant les LAMDA et ce pour deux raisons.

La première est d'arriver à une harmonisation et amélioration des pratiques en Nouvelle-Aquitaine en matière de transmission et validation des données PMSI MCO/HAD de la part des établissements. L'objectif est d'améliorer la qualité du codage au fil de l'eau et non pas d'une année sur l'autre ; en effet, certains établissements sollicitent l'ARS très régulièrement pour validation de LAMDA. Cette pratique s'avère très différente d'une ex-région à une autre. La transmission des données doit pouvoir être réalisée avec la même qualité sur tout notre territoire.

La deuxième raison vient du souci d'amélioration des résultats d'analyse puisque ces modifications de séjours LAMDA ne peuvent être retrouvées dans les bases qui sont analysées.

L'ARS va devoir donc être très vigilante par rapport à ces établissements qui envoient régulièrement des LAMDA. C'est la raison pour laquelle, pour un établissement dans ce cas, l'ARS a demandé un audit de son système d'information médicale.

On ne supprimera pas complètement la possibilité de présenter un LAMDA car l'ARS comprend bien qu'il peut y avoir des cas exceptionnels de changement d'outil informatique ou autre, mais préfère prévenir dès maintenant que la procédure LAMDA pour la majorité des établissements Nouvelle-Aquitaine sera beaucoup plus restrictive.

DRUIDES – DR VERONIQUE GILLERON

DRUIDES : Dispositif de Remontées Unifiées et Intégrées des Données des Etablissements de Santé est un outil que développe l'ATIH.

C'est une modernisation des outils d'aujourd'hui (GENRSA etc...) qui permettra une convergence de l'envoi des données PMSI et de la facturation en un outil unique, moderne, intégrable dans les systèmes d'informations.

DRUIDES concerne tous les champs, son intégration dans les systèmes d'informations des établissements sera possible. Druides sera totalement intégrable et pilotable par le SIH de l'établissement.

Le DIM n'aura plus qu'à lancer la transmission des données à partir d'un menu dans son application PMSI, les traitements seront réalisés automatiquement sur e-pmsi et DRUIDES pourra récupérer les résultats sur la plateforme sous forme de tableaux OVALIDE et VISUAL VALO SEJ. Il y aura une distribution des référentiels à travers cet outil, et une simplification des mises à jour.

Les tests et expérimentations vont débuter en mars 2018 auprès d'établissements MCO, et il y aura une simplification du fonctionnement des LAMDA. Le déploiement est prévu pour le MCO pour la campagne 2019, le SSR et l'HAD pour la campagne 2020, et celle de 2021 pour la psychiatrie.

INFO GENERALES : DR VERONIQUE GILLERON

- Le Congrès ENCC aura lieu du 22 au 24 novembre 2017 à Aix-en-Provence.
- Le Congrès EMOIS couplé cette année avec l'Association Des Epidémiologistes de Langue Française (ADELF) à Montpellier le 29 et 30 mars 2018
- Hôpital Expo à Paris du 29 au 31 mai 2018
- Les Journées du Grand Sud : Aix-en-Provence le 14 et 15 juin 2018. L'année prochaine elles seront organisées par le CRIMA en Aquitaine.

Le Docteur ABADIE doit fixer les dates des prochains COTRIM, trois par an. Les dates initialement prévues sont à revoir et seront connues lors de la diffusion du compte rendu.

Un souhait est émis de faire tourner les lieux de réunion du COTRIM : Proposition de les faire à Angoulême ?

INFORMATION DE L'OMEDIT SUR LA LISTE EN SUS

La mise en ligne sur le site du ministère de la santé de la liste des indications prises en charge en sus, l'OMEDIT n'a pas encore envoyé l'information aux établissements car cette liste est actuellement revue par le réseau des OMEDIT.

Au niveau de la région Nouvelle-Aquitaine le suivi est mis en place et l'OMEDIT a proposé au niveau national une expérimentation sur l'intégration du suivi des indications des médicaments de la liste en sus MCO HAD au sein du FICHCOMP. L'OMEDIT reviendra vers les établissements pour les informer de la mise en place de cette expérimentation faite en lien avec les médecins DIM et les pharmaciens.

Il est prévu que le niveau national intègre le suivi des indications de la liste en sus dans les remontées PMSI, c'est ce qui vient d'être annoncé, et l'OMEDIT souhaite anticiper le dispositif mis en place pour finalement simplifier ce qui est réalisé manuellement en matière du suivi des indications des médicaments.

.....

Le docteur ABADIE conclut la réunion en indiquant que les prochaines dates seront intégrées au compte rendu et que va être étudié la faisabilité des prochaines réunions hors Bordeaux.

DATES DES PROCHAINES REUNIONS PLENIERES

- **13 MARS 2018 DE 10H A 13H A ANGOULEME**
- **12 JUIN 2018 DE 13H A 16H A BORDEAUX**
- **11 OCTOBRE 2018 DE 13H A 16H A BORDEAUX**