

COTRIM du Mardi 13 mars 2018

Compte rendu

ETAIENT PRESENTS :

Dr Corinne ABADIE	Médecin DIM Clinique Saint-Augustin (33)
Dr Emmanuelle BERGÉAL	Médecin DIM CH la Rochelle (17)
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)
Dr Xavier CHAUMET	Médecin DIM CH de Saintonge (17)
Dr Alexandre CHOURBAGI	OMEDIT Nouvelle Aquitaine (invité)
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 Cognac (16)
Dr Isabelle JAMET	ARS Nouvelle-Aquitaine – Responsable Pôle études, statistiques et évaluation
Dr Françoise JARRY	Médecin Conseil de la MSA SEVRES VIENNE
Mme Valérie LAVIGNASSE	ARS Nouvelle Aquitaine – inspectrice DFIN
Dr Catherine PATUREAU-MIRAND	Médecin DIM Polyclinique de Limoges (87)
Mme Corinne PELLETIER	ARS Nouvelle-Aquitaine – Chargée d'études statistiques
Dr Anne Marie RULLION PAC SOO	Médecin DIM CH Agen-Nérac (47)
Mme Martine TIFFON	ARS Nouvelle-Aquitaine – Gestionnaire PMSI

ETAIENT EXCUSES :

Mme Sandrine AUFAURE	Directeur Adjoint CH Angoulême (16)
Dr Catherine BALLAY	Médecin DIM CH du Pays d'Eygurande (19)
Dr Florence BERTHELEMY	Médecin DIM CH La Rochelle (17)
Mr Michel BEY	Directeur Adjoint CH de Niort (79)
Dr Yann BLANCHARD	Médecin DIM CH de la Côte Basque (64)
Dr Eric CAPDEQUY	Médecin DIM CH de DAX (40)
Dr Franck CHALARD	Médecin DIM CH Esquirol (87)
Dr Paul CHATON	Médecin DIM Clinique Saint Germain (19)
Dr Béatrice DEROZIER	Médecin DIM groupe Capio - CMC de l'Atlantique (17)
Mme Dagmara DOYEN	ARS Nouvelle Aquitaine
Dr Amina ETTORCHI	Médecin DIM Polyclinique Bordeaux Rive Droite (33)
Mme Marie France GAUCHER	Directrice de la Polyclinique de Navarre (64)
Dr Véronique GILLERON	Médecin DIM CHU Bordeaux (33)
Dr David LABROSSE	Médecin DIM Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine (33)
Dr Patrick LANDREAU	Médecin DIM CH de Niort (79)
Mme Catherine LONQUETY	Directrice Adjointe DAF CH La Rochelle (17)
Dr Pierre MILOX	Médecin DIM Clinique SSR Korian Château Lemoine (33)
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)
Mr Serge ROULET	Directeur adjoint DAF CH de Dax (40)
Dr Bénédicte SOULA	Médecin DIM CHS des Pyrénées (64)
Dr Bernard TABUTEAU	ARS Nouvelle-Aquitaine – Conseiller Médical PPS

✍

La vice-présidente du COTRIM NA excuse le Dr GILLERON retenue pour une autre réunion et le retard annoncé du Dr ABADIE, elle ouvre la séance par une présentation des membres présents.

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

L'organisation du PRS avait été abordée lors de la précédente réunion COTRIM NA. Le Dr. Jamet présente les différents éléments du Cadre d'Orientation Stratégique (COS).

❖ **Point sur la stratégie nationale de santé (SNS)**

Le PRS est reporté au 1er semestre 2018 pour intégrer les orientations définies par la SNS adoptée par décret dont 4 axes principaux se dégagent :

- une politique de prévention et de promotion de la santé,
- la lutte contre les inégalités d'accès aux soins,
- la pertinence et la qualité des soins auprès de la population,
- l'innovation tant en terme technologique qu'en terme organisationnel.

Le PRS est élaboré pour 10 ans, il est constitué de trois documents ayant des durées variables :

- un cadre d'orientation stratégique (COS) pour 10 ans
- un schéma régional de santé (SRS) pour 5 ans (réadaptable à l'issue)
- un PRAPS réécrit pour 5 ans

Le PRS est construit autour d'objectifs opérationnels évaluables à l'aide d'indicateurs de suivi et d'évaluation. Il a été élaboré en tenant compte des expériences menées précédemment dans les trois ex-régions.

Le COS est plus prospectif et le SRS est unique et transversal, ce dernier comporte des éléments opposables. Pour construire et alimenter le PRS des groupes se sont réunis en 2017. Il est rappelé que les groupes de travail étaient constitués d'un maillage de représentants publics-privés (Fédérations, établissements de santé, établissements médico-sociaux, médecins libéraux, usagers ...).

Début mars, les différents documents ont été intégrés pour mise à consultation officielle par les différentes instances (CRSA, Préfet de Région de Département, collectivités territoriales...) afin que toutes les remontées soient faites pour adapter certains points. Ces documents sont consultables sur le site de l'ARS. Les corrections seront faites en juin pour une publication en juillet.

Le COS rédigé pour 10 ans intègre des indicateurs traceurs pour suivre les résultats des actions menées.

Dans le cadre du SRS, il conviendra de suivre toutes les actions mises en place et les résultats attendus.

Les OQOS sont définis à partir de 4 niveaux de zonages :

- la zone de planification régionale,
- 4 zones de planification infrarégionale composées de l'ex-Limousin, l'ex-Poitou-Charentes, Nord ex-Aquitaine (départements 24, 33 et 47) et Sud ex-Aquitaine (40, 64),
- 13 zones de planification territoriale correspondant aux départements à l'exception du département 64 divisé en deux territoires,
- 26 zones de planification infra territoriale : chaque zone de planification territoriale est divisée en 1 zone de proximité et 1 zone de recours (agglomérations les plus peuplées et disposant d'une offre complète) soit 13 zones de proximité et 13 zones de recours.

Le dernier document du PRS est le PRAPS qui se décline en 6 objectifs.

Tous ces documents, ainsi que le diagnostic régional, sont disponibles sur le site de l'ARS.

Question : Les indicateurs du PRS ont-ils été construits ?

Réponse : Les indicateurs du COS sont définis (environ 25 indicateurs). Pour le suivi du SRS les indicateurs sont en cours d'élaboration, ils sont nombreux et seront soumis très prochainement à validation par les référents métiers ARS.

Question Au niveau des territoires, il y aura forcément des autorisations à redéfinir : y aura-t-il des plans d'action ?, comment allez-vous faire ?

Réponse : Il faut tout d'abord attendre la publication du PRS et intégrer l'évolution du processus des autorisations (durée plus longue, souplesse dans les visites de conformité entre autre). Des rencontres entre les fédérations d'établissements et l'ARS seront organisées prochainement afin de répondre à ce type de questions.

Intervention : Cette redéfinition est non négligeable et peut avoir un impact sur les activités avec suppression de certaines d'entre elles sur certaines zones.

Réponse : La réflexion sur les implantations doit intégrer la problématique de la démographie médicale et entraîner de fait certaines mutualisations au sein des territoires (consultations avancées par exemple).

Remarque : Concernant les indicateurs, il serait nécessaire que les méthodes de calcul soient précisées de manière systématique de sorte à en connaître le périmètre exact de calcul (diagnostics inclus ou exclus, type de séjour etc.) ainsi que ce qu'il montre et la manière dont il a été conçu.

Si le suivi de la chirurgie ambulatoire est bien cadré il n'en est pas de même pour le suivi de la médecine ambulatoire.

Réponse : Les méthodes de calcul des différents indicateurs du SRS pourront être mis à l'ordre du jour des groupes de travail du COTRIM NA.

Remarque : Concernant la médecine HDJ, l'absence de mise à jour de la circulaire frontière pose problème. Par ailleurs il est constaté qu'au niveau national il n'y a pas de consensus sur une seule méthode de calcul validée hormis la méthode de calcul ANAP.

Il est néanmoins demandé à l'ARS de suivre la progression de l'hospitalisation à temps partiel en médecine dans le cadre du virage ambulatoire. Sans consensus national ni régional, l'ARS suit cette activité par 2 méthodes : la méthode ANAP sans compter les séjours non programmés (séjours avec mode d'entrée par les urgences et par des unités comme la réanimation) et une méthode prenant en compte tous les séjours de la classification avec un ASO M sans les nouveau-nés.

Remarque : Dans la mesure où les indicateurs suivis par l'ARS sont issus de l'analyse des données du PMSI, il est demandé qu'un travail commun avec le COTRIM NA soit mis en place concernant les méthodologies d'analyse.

Remarque : Différentes listes d'actes CCAM sont disponibles pour définir les activités du SIOS. Il serait nécessaire de définir au sein du COTRIM quelles mises à jour sont à prendre en compte et quelles listes utiliser pour le suivi de ces activités.

Réponse : A titre d'exemple, pour surveiller l'activité de cardiologie interventionnelle soumise à seuils, l'ARS se sert de la liste ATIH.

Pour l'INCA, la liste a été mise à jour par une annexe.

Décisions collégiales

- ❖ Faire un récapitulatif des sujets pour lesquels il y a différentes méthodes de calcul : discuter et élaborer un consensus sur les méthodes précises (listes diagnostics, actes, type séjours etc.).
- ❖ Lister, les principaux indicateurs des CPOM ARS/Etablissement relevant de données PMSI afin de définir ceux sur lesquels il faudra travailler.
- ❖ Ne pas hésiter à faire remonter les questions de méthodologie d'analyse PMSI sur la boîte mail : ARS-NA-DSTRAT-PMSI@ars.sante.fr

ACTUALITES PRODUITS DE SANTE : DR BERTRICE LOULIERE – DR ANTOINE BROUILLAUD - OMEDIT NA (CF. DIAPORAMA)

- **NOUVEAU DISPOSITIF DE SUIVI DES INDICATIONS DE LA LISTE EN SUS VIA LE PMSI / ARTICULATION AVEC L'OUTIL REGIONAL**

Il s'agit d'un dispositif intégré dans le PMSI dans le cadre du suivi des prescriptions des molécules onéreuses de la liste en sus pour le champ MCO – HAD.

La transmission des indications des médicaments hors GHS liste en sus est une obligation reprise dans le CAQES et la grille d'auto évaluation. En parallèle de ce qui a été dit auparavant, ce sera là une occasion de travailler ensemble (Etablissement, OMEDIT, ARS, assurance maladie) sur des modalités harmonisées de calcul.

Le suivi depuis 2014 des indications des médicaments liste en sus est exhaustif à 100 % et est couplé avec le suivi des indications des prescriptions hors AMM. L'intérêt de ce dispositif est d'alimenter les groupes mis en place

(cancérologie, médecine interne, immunoglobuline...) en vue d'échanges sur les pratiques pour travailler sur la pertinence et la juste prescription.

Ce dispositif de suivi devient national via les remontées dans le PMSI à compter du 1er mars 2018 pour les molécules onéreuses remboursables en sus. Il devient obligatoire à partir du 1er septembre 2018 pour le MCO et du 1er mars 2019 pour l'HAD.

Il a fait l'objet de notices techniques, celle du 15 janvier 2018, puis du 16 février 2018. Une table de correspondance entre le code indication et l'UCD est mise à disposition sur le site de l'ATIH.

Le code d'indication à 7 chiffres se trace dans le fichier FICHCOMP pour les établissements public MCO et HAD et le fichier RSFH pour les établissements privés ex-OQN.

L'intégration dans le PMSI sera opérationnelle à compter du 1er mars 2018. L'OMEDIT souhaite poursuivre du suivi le suivi dans l'outil Excel jusqu'à ce que l'établissement soit en mesure d'utiliser le dispositif PMSI (soit jusqu'au 30 juin, sauf pour les AMM où le recueil perdure via la plateforme OMEDIT).

Jusqu'au 1er septembre 2018, les contrôles ATIH ne seront pas bloquants, ce qui permettra une appropriation par l'établissement, et un meilleur accompagnement par l'OMEDIT.

Pour une meilleure réussite, il convient d'intégrer ces médicaments au LAP (logiciel d'aide à la prescription) et LAD (logiciel d'aide à la dispensation). L'objectif pour le praticien est d'avoir l'indication lorsqu'il prescrit un médicament de la liste en sus.

En cas de discordance, sur les indications liste en sus, il ne faut pas hésiter à en faire le signalement à la DSS et à l'OMEDIT.

- **ENQUETE MEDICAMENTS ATIH 2018**

Reconduite de l'enquête qui a vocation à recueillir chaque année les achats et consommations des médicaments dans les établissements avec le recueil du code UC, les prix. La réponse à cette enquête fait partie des indicateurs du CAQES.

La date de réponse est fixée au 30 avril 2018, et l'OMEDIT sera en mesure de calculer la part des achats de génériques et de bio similaires.

- Prise en charge dérogatoire de la liste en sus pour les médicaments en rupture de stock ou tension d'approvisionnement.

A titre exceptionnel ils sont à déclarer dans le FICHCOMP ATU pour les établissements publics mais également pour les établissements ex-OQN.

L'indication n'est pas obligatoire pour les médicaments ATU.

- ❖ Un message va être fait à destination des pharmaciens, des présidents de CME.

Remarque : Le code indication ne risque t'il pas de poser le problème de la confidentialité ?

 **ARRETE FORFAITS DU 23 FEVRIER 2018 - DR CORINNE ABADIE**
(CF. DIAPORAMA)

Il s'agit de l'arrêté du 23/02/2018 pour l'HAD et le MCO qui modifie l'arrêté du 19/02/2015 lequel concerne les suppléments facturables en sus du GHS.

Cette année, intégration dans les tarifs de deux forfaits prestations pour les transports.

- TDE séjours avec retour < à 2 j qui concerne les séances de chimiothérapie, les séances de radiothérapie, les séances de dialyse, les PIE, qui peuvent être facturés en sus du GHS pour les établissements demandeurs
- TDF transport définitif.

De fortes incertitudes sont exprimées dans la manière de gérer ces différents forfaits, les règles de gestion ne semblent pas encore assez précisées.

- L'article 4, concerne l'alternative à la dialyse en centre
Quand un patient est hospitalisé, cumul possible d'un GHS et d'un forfait de dialyse péritonéale automatisée.
- Forfait SE 5 scindé en SE5 et SE6

Ces dispositions entrent en vigueur au 1er mars à l'exception des forfaits transport (TDE et TDF) dont la mise en œuvre est reportée au 1er octobre 2018.

POINT SUR LES GROUPES DE TRAVAIL DU COTRIM –

- **GROUPE MCO - DR CORINNE ABADIE - DR ERIC CAPDEQUY (EXCUSÉ)**
(CF. DIAPORAMA)

Le groupe de travail MCO est coordonné par le Dr CAPDEQUY. Il est ouvert à tous. 4 à 5 réunions sont organisées dans l'année. Deux réunions ont eu lieu en novembre 2017 et février 2018.

Les axes de travail sont :

- l'analyse et la qualité des données PMSI à partir des analyses de l'ARS sur les bases régionales,
- une veille réglementaire avec des points d'étape sur les nouveautés,
- une approche « santé publique » : montée en charge du codage de la précarité,
- le suivi d'atypies mises en évidence par l'ARS ou les DIM.

Pour la première réunion, le groupe a retravaillé les lettres du COTRIM ex Aquitaine qui ont été reformulées en info-qualité et sur la ré-indexation de ces lettres qui étaient numérotées et qui seront désormais indexées par termes pour en faciliter la recherche.

Les lettres ont été reprises une par une.

Certaines ont été maintenues en l'état car les consignes de codage n'avaient pas évolué : le codage des anémies, des IVG, des AVC, de l'éducation thérapeutique...

Pour d'autres thèmes, le groupe a choisi de réactualiser les données : la précarité, les tentatives de suicide, les unités typées.... Les premiers résultats devraient être finalisés lors des prochaines réunions.

Ils seront présentés lors des prochaines séances plénières du COTRIM.

Ces lettres seront mises à disposition sur le site de l'ARS – COTRIM NA – en lecture libre, les mots de passe étant attribués lorsque des données personnalisées d'établissements sont mises en ligne.

La finalité est de rédiger un maximum de documents à mettre sur un site accessible à tous.

- **GROUPE SSR - DR FLORENCE PERRET (EXCUSEE) PRESENTATION DR ABADIE**
(CF. DIAPORAMA)

Les axes de travail sont :

- Le suivi du codage de la précarité,
- La dépendance avec la proposition de réaliser un document d'aide au codage,
- L'analyse des bases en matière de disparité d'utilisation du CSARR.

- **GROUPE RIM-P - DR ROLAND BOUET**
(CF. DIAPORAMA)

Le groupe a été mis en place lors de la réunion plénière du 27 juin 2017. Ce groupe mobilise une forte participation.

Les orientations initiales du groupe étaient :

- de participer à une réflexion sur la modulation de la DAF (présentation lors de la réunion du 27/06 avec les travaux nationaux qui n'ont pas encore été publiés),
- établir des règles de définition communes à tous les établissements : la redéfinition porte sur la file active en ambulatoire et l'activité à temps partiel.

Ce travail a été initié en Aquitaine par l'AAPIMEP et l'ARS; il s'agit d'un travail de mise à jour et de réécriture des définitions.

Le groupe a engagé un inventaire des types de contrôles qualité déjà existants ou à inventer.

Ces travaux ont déjà mobilisé les deux premières réunions et seront prolongés le 22 mai prochain. L'objectif est d'aboutir à un guide destiné aux établissements y compris pour ceux qui ne participent pas à ces réunions.

Remarque : Dans le cadre des travaux de l'ORS sur les CMP, il est regrettable qu'une enquête soit arrivée dans des établissements sans sollicitation du DIM.

- ❖ Il est convenu de solliciter le groupe de travail avant diffusion de ces enquêtes dans les établissements de façon à pallier les disparités d'organisation au sein des établissements.

- **GROUPE HAD - DR EMMANUELLE BERGEAL**

Le groupe de travail HAD se réunit pour sa 1ère réunion ce jour.

POINTS DIVERS

- Le dégel supplémentaire du coefficient prudentiel a été annoncé mais les modalités de versement ne sont pas à ce jour connues.
- Au niveau des actes hors nomenclature, certains médecins DIM font remonter des difficultés pour retrouver les sommes allouées en fonction des données transmises.

Il s'agit de dotations MIG MERRI qui sont fléchées par la DGOS pour chaque établissement à condition que les données M12 soient correctement générées via le FICHSUP. Il convient donc d'être très vigilant quant à la qualité et au format de ces fichiers, il est conseillé de bien vérifier la conformité des tableaux OVALIDE au M12.

- Le plan de contrôle T2A n'est pas encore connu, il devrait être communiqué en juillet prochain.
- Le congrès EMOI aura lieu les 29 et 30 mars à Montpellier.

La prochaine réunion plénière du COTRIM NA se tiendra

le 04 juin 2018 de 13h à 16h30 à l'ARS site de Bordeaux

**Cette réunion sera également accessible par visio-conférence sur les sites de Poitiers à la Délégation Départementale de l'ARS
Limoges à la Délégation Départementale de l'ARS**