

COTRIM du jeudi 11 octobre 2018

Compte rendu

ETAIENT PRESENTS :

Dr Corinne ABADIE
Dr Catherine BALLAY
Dr Emmanuelle BERGEAL
Mr Michel BEY
Dr Yann BLANCHARD
Dr Laurence BOINOT
Dr Roland BOUET
Dr Bérénice BRECHAT-HUET
Dr Véronique BUHAJ
Mr Daniel CAILLAUD
Dr Xavier CHAUMET
Mme Nadine DARTHOUT
Mme Dagmara DOYEN
Dr Véronique GILLERON
Mme Gaël GROS
Dr Marie Françoise ISSOULIE
Dr Isabelle JAMET
Dr Françoise JARRY
Dr David LABROSSE
Dr Patrick LANDREAU
Dr Catherine PATUREAU-MIRAND
Mme Corinne PELLETIER
Dr Florence PERRET
Mr Serge ROULET
Dr Anne Marie RULLION PAC SOO
Mme Martine TIFFON

Médecin DIM Clinique Saint-Augustin (33)
Médecin DIM CH du Pays d'Eygurande (19)
Médecin DIM GH la Rochelle-Ré-Aunis (17)
Directeur Adjoint CH de Niort (79)
Médecin DIM CHIC de la Côte Basque (64)
Médecin DIM CHU de Poitiers (86)
Médecin DIM CH Henri Laborit- Poitiers (86)
Médecin DIM CH de Cadillac (33)
Médecin DIM CH de Périgueux (24)
Directeur Hopital Suburbain du Bouscat (33)
Médecin DIM CH de Saintonge (17)
ARS Nouvelle-Aquitaine – Gestionnaire PMSI
ARS Nouvelle-Aquitaine - DFIN
Médecin DIM CHU Bordeaux (33)
ARS Nouvelle-Aquitaine – Chargée d'études statistiques
Médecin DIM CH de Tulle (19)
ARS Nouvelle-Aquitaine – Directrice adjointe DPSP
Médecin Conseil de la MSA Sèvres Vienne
Médecin DIM Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine (33)
Médecin DIM CH de Niort (79)
Médecin DIM Polyclinique de Limoges (87)
ARS Nouvelle-Aquitaine – Chargée d'études statistiques
Médecin DIM CRF Salies de Béarn (64)
Directeur adjoint DAF CH de Dax (40)
Médecin DIM CH Agen-Nérac (47)
ARS Nouvelle-Aquitaine – Gestionnaire PMSI

ETAIENT EXCUSES :

Mme Nathalie BLANC
Dr Eric CAPDEQUY
Dr Paul CHATON
Dr Béatrice DEROZIER
Mr Jean Luc DUBOIS
Mr Stéphane JACOB
Mme Catherine LONQUETY
Mr Pierre MALTERRE
Dr Denis REVIRON
Mr David RIVIERE
Dr Alain SIMON

Directeur adjoint DAF CH Agen (47)
Médecin DIM CH de Dax (40)
Médecin DIM Clinique Saint Germain (19)
Médecin DIM groupe Capio - CMC de l'Atlantique (17)
Directeur Polyclinique de LIMOGES (87)
Directeur Adjoint DAF CH de Cognac (16)
Directrice Adjointe DAF GH La Rochelle-Ré-Aunis (17)
Directeur Clinique Francheville (24)
Médecin DIM Polyclinique de Navarre (64)
Directeur adjoint DAF CH de Libourne (33)
Médecin DIM Clinique du Sport (33)

✍

La Présidente ouvre la séance organisée en visio-conférence sur les trois sites de l'ARS NA BORDEAUX, POITIERS et LIMOGES.



PROJET REGIONAL DE SANTE NOUVELLE-AQUITAINE : METHODOLOGIE D'EVALUATION ET DE SUIVI

DR ISABELLE JAMET

Diaporama joint

Pour rappel, le PRS est constitué de trois volets :

- Un cadre d'orientations stratégiques (COS) pour une durée de 10 ans,
- Un schéma régional de santé (SRS) définit pour 5 ans,
- Un programme régional d'accès aux soins des plus démunis pour 5 ans.

Le PRS NA a été adopté et publié le 17 juillet 2018. Ce PRS et ses documents sont disponibles sur le site de l'Agence Régionale de Santé.

Les défis à relever au niveau régional sont :

1. Une évolution démographique de la population. En 2028 on évalue l'augmentation de la population à 320 000 habitants, représentant un département de la taille du Lot- et-Garonne.
2. Un vieillissement de la population (14% de néo aquitains auront 75 ans et plus en 2027 contre 11,4 % actuellement).
3. Le développement des maladies chroniques (17% soit 1 million de néo aquitains souffrent d'une maladie chronique : diabète, maladie cardio-vasculaire, cancer, pathologie mentale...).
4. La mortalité, et la mortalité prématurée qui, au global, sont comparables à la moyenne nationale mais pour lesquelles on constate de fortes disparités territoriales (la mortalité prématurée en Creuse est supérieure de 31% à celle constatée en Pyrénées Atlantiques).
5. Un contexte de pauvreté précarité avec un clivage certain Est/Ouest.
6. Une problématique de pollution non négligeable que ce soit en zone urbaine ou rurale et ce, tous types de pollutions confondus.
7. Une démographie des professionnels de santé inquiétante.

Ce sont là quelques éléments de contexte qui ont conduit au choix des orientations stratégiques et de la méthode d'évaluation.

La méthode d'évaluation va permettre de suivre la mise en œuvre des actions du schéma régional de santé, d'aider à la décision et le cas échéant de réorienter, d'avoir une meilleure visibilité sur les résultats attendus et de communiquer sur ces derniers auprès des partenaires.

La méthode se décline en quatre niveaux :

1. Suivi de l'effectivité de la mise en œuvre des interventions prévues dans le SRS (degré de réalisation) annuellement et à 5 ans.

Ce suivi s'effectue, entre autre, au travers d'indicateurs de résultats et de processus.

Dans le cadre de la rédaction du schéma de nombreux groupes de travail (30 groupes) se sont réunis pour élaborer des fiches thématiques au travers desquelles se sont dégagés 545 indicateurs. Un travail de sélection en termes de méthodologie, de cohérence d'une fiche à l'autre est en cours pour réduire ce nombre.

2. Observation de l'évolution d'indicateurs de résultats traceurs du COS à 5 et 10 ans.

Le COS comprend des indicateurs traceurs de résultats qui seront suivis régionalement et par département. Ces indicateurs seront donc mesurables dans le temps, certains sont disponibles d'autres seront recherchés au travers d'enquêtes ad-hoc. Par ailleurs, pour certains des cibles de résultats ont été assignées à 5 et 10 ans.

3. Evaluation d'impact de quelques interventions clés/représentatives/ remarquables/prioritaires.

Une analyse approfondie de l'efficacité propre de certains dispositifs/interventions est ainsi envisagée. Deux à trois interventions remarquables et représentatives pourraient être évaluées, avec l'aide de chercheurs si besoin.

4. Evaluation globale de la mise en œuvre du PRS.

Evaluation de type plus qualitatif, elle devrait s'attacher à analyser la dynamique de mise en œuvre du PRS au cours du temps, ses mécanismes de gouvernance, l'intersectorialité de la politique publique de santé produite et ses limites, sa cohérence au regard d'autres politiques régionales, la durabilité et la viabilité de son contenu.

Le COS se décline en 18 résultats attendus et 31 indicateurs traceurs. En fonction des cibles ou des priorités souhaitées par l'Agence il y a possibilité de récolter les indicateurs à des périodicités différentes. Certaines cibles ont été déterminées en fonction du meilleur taux présent dans un département, pour permettre aux autres départements d'atteindre ce taux.

Nous sommes maintenant arrivés à la période de mise en œuvre du PRS et de sa déclinaison dans chacun des territoires en lien avec les Directions Départementales de l'ARS et les acteurs locaux. Un travail est en cours pour élaborer une logique commune de déclinaison des plans territoriaux.

A l'issue du PRS mais aussi annuellement un point de son niveau d'avancement pourra être réalisé. La robustesse de la méthode de suivi/évaluation permettra de rendre ainsi compte des actions menées.



Diaporama joint

Il est présenté la proposition élaborée par le Haut Conseil en Santé Publique au ministère pour établir toute la stratégie de santé et de prévention notamment ce qui concerne les établissements de santé et le système d'information.

Ce rapport est téléchargeable sur le site du HCSP dont le lien figure dans le diaporama.

L'historique de ce rapport est une saisine faite par la DGS et la DGOS en juin 2017 pour déterminer la place des offreurs de soins dans la prévention.

La première partie est consacrée à un état des lieux, une synthèse de la littérature, et une audition des différentes personnes concernées par le sujet dont notamment l'audition de la région NA pionnière dans le domaine de la prévention.

La loi de janvier 2016 renforçait déjà la promotion et la prévention de la santé, la stratégie nationale de santé 2018/2022 a confirmé ce thème comme un des premiers axes de cette stratégie. En mars 2018 la publication du plan national de santé publique a en décliné les 25 mesures phares (téléchargeables).

Au niveau national, après un plan d'accès aux soins lancé en février 2018, cinq grands chantiers définissent des pistes pour une meilleure adaptation des soins aux enjeux sanitaires. Il y a eu également à l'automne 2018 l'annonce de « Ma Santé 2022 ».

Parmi ces 5 chantiers lancés au printemps dernier, les axes suivants sont dégagés :

- la pertinence et la qualité des soins : les établissements de santé devront suivre des indicateurs de qualité, qui pourraient être utilisés dans le cadre de leur financement (discussion en cours),
- les modes de financement et de régulation : des changements sont probables puisque tout ne sera pas financé à la T2A,
- le virage numérique,
- la formation des ressources humaines,
- l'organisation territoriale des soins.

Le HCSP a fait le constat que les actions de promotion et de prévention de la santé sont dispersées et hétérogènes. L'état de santé de la population en France n'est pas aussi bonne que cela, eu égard aux dépenses du secteur de la santé. Des financements doivent sans doute être réorientés.

Dans les établissements de santé des actions de prévention sont réalisées auprès de certaines populations : les détenus, les femmes enceintes ... Ces actions sont menées également par le biais de la vaccination, des centres de lutte anti tuberculose, des centres d'information et de dépistage du VIH, des hépatites, des infections sexuellement transmissibles, de toutes les équipes de soins et de liaison en addictologie, et des programmes d'éducation thérapeutique.

Ce sont des programmes que l'on connaît qui ont des financements MIG mais qui ne couvrent pas l'ensemble de la population et qui ne peuvent pas être considérés comme suffisants quand on parle prévention et promotion de la santé.

Problématique du financement de la prévention chez les offreurs de soins :

- o 1- Le constat est fait que les initiatives en prévention promotion de la santé sont faites parce qu'il y a une opportunité financière pour mener telle ou telle action. Tout le monde le sait, mais que fait-on ?
- o 2- La T2A n'est pas adaptée à ce type d'action.
- o 3- On parle de système d'information, d'inter opérabilité, de convergence, etc. mais pour le développement de la prévention promotion de la santé, le système est inadapté. Il n'existe pas de système d'information qui permette d'avoir des données individuelles nécessaires à la prise en charge préventive et au suivi des patients. Par exemple, dans le PMSI on ne dispose pas de données relatives aux facteurs de risque de la personne.

En parallèle, Il y a eu un rapport « GHT et santé publique », rapport qui indiquait que le fait de mettre en place les GHT était une première étape pour se poser des questions sur la santé publique d'un bassin de population mais aussi pour s'intéresser aux personnes qui ont recours à l'hospitalisation.

Le DMP qui représente un investissement très important, ne dispose d'aucune information concernant les actions de prévention, les données de vaccination, de dépistage, etc...

Dans le domaine de l'information médicale, le rôle du DIM est important dans les établissements de santé et va dans le sens de la loi santé, et dans celui des réformes mises en place depuis deux-trois ans. Il s'agit de savoir comment utiliser toutes les données de santé dont on dispose pour pouvoir participer à l'amélioration de la santé d'une population dans un territoire, un département.

Il faut être capable de travailler sur des données statistiques, de mortalité, d'INSEE, du SNIRAM etc.. pour avoir la notion de parcours de soins, avoir des données qui peuvent être purement socio-économiques sur la précarité, sur le niveau de ressources des personnes etc..

L'idée est de faire évoluer le système d'information avec trois mesures principales :

- Faire évoluer le DMP pour qu'il intègre des données sur les facteurs de risque de la personne, éléments importants pour cibler plus facilement les populations sur lesquelles mener des actions de prévention.

- Mettre en place dans chaque région une base interrogeable multi-sources comprenant des informations relatives à la prévention.
- Définir un tableau de bord régional permettant de déterminer les besoins de la population et de suivre les politiques de prévention.

Sept recommandations en santé publique se dégagent dans le rapport (voir la liste sur le diaporama).

L'une d'entre elles est de mettre en place à moyen terme au sein des territoires des pôles d'animation et de coordination territoriaux en santé (PACTE) qui intégreraient des structures de prévention existantes, les GHT et peut être des regroupements d'établissements pour mieux coordonner les actions de prévention avec le secteur ambulatoire renforçant ainsi les actions de prévention hors des murs de l'établissement.

En conclusion :

Le développement de la prévention chez les offreurs de soins représente un des défis de la Stratégie Nationale de Santé publiée en décembre 2017 à la suite d'un rapport du HCSP disponible depuis l'été 2017.

Il s'agit d'évoluer vers des services plus intégrés et de confier aux offreurs de soins une responsabilité populationnelle en s'intéressant aux patients dans leur territoire.

Il sera nécessaire de convaincre les différents acteurs et donc de :

- persuader un établissement de santé qu'il y a un intérêt à mener des actions de prévention,
- démontrer l'intérêt de la coopération entre les acteurs,
- former ceux-ci à la prévention et à la promotion de la santé : peu de personnes sont formées à cela et il y a méconnaissance des référentiels en la matière,
- trouver un modèle de financement pour répondre à ces nouveaux enjeux.



PLFSS 2019 : AVANT-PROJET ET FINANCEMENTS AU FORFAIT

DR VERONIQUE GILLERON

Le PLFSS comprend 58 articles présentés en conseil des ministres le 10/10/2018. Quelques modifications ont été apportées à ces articles après le passage en Conseil d'Etat suite à une discussion de cet avant-projet.

Le PLFSS vise à accompagner dès 2019 la stratégie de transformation du système de santé qui a été présentée sous le terme « Ma Santé 2022 » qui intègre elle-même 54 mesures.

Le vote à l'assemblée nationale est prévu le 30/10/2018, un vote au sénat le 20/11/2018, pour adoption définitive par le parlement début décembre.

Parmi ces articles, cinq articles sont détaillés ci-après et sont extraits de la 4^{ème} partie du PLFSS traitant des « Recettes et équilibre de la sécurité sociale en 2019 »

- Article 27 : l'extension du paiement à la qualité des établissements de santé. Le paiement fonctionnerait avec des seuils par indicateurs fixés par établissement de santé. Pendant trois ans consécutifs, si l'établissement est en dehors du seuil des pénalités financières seront appliquées.
- Article 28 : financement au forfait de pathologies chroniques lesquelles représenteraient 60% du budget de l'assurance maladie pour 17 % de pathologies chroniques. Pour 2019 seules deux pathologies au forfait sont retenues, le diabète et l'IRC (uniquement pour les établissements de santé).

Le grand enjeu pour les établissements de santé est d'être capable de décrire le nombre de diabétiques, d'insuffisants rénaux chroniques us pour faire une corrélation avec les sommes allouées pour ces deux pathologies en termes de forfaits.

- Article 29 : émane de l'amplification de l'article 51 de la LFSS 2018 traitant des innovations organisationnelles et prévoit des financements particuliers.

Le constat est fait que 370 projets ont émergé de cet article 51, des modifications ont été apportées avec notamment une dérogation pour les établissements sur les droits et obligations de soins ; l'établissement n'est plus obligé d'être dans le cadre d'une autorisation de soins pour proposer des organisations innovantes.

Le Docteur JAMET précise que la région NA après celle d'IDF est la deuxième région avec Rhône Alpes à avoir validé et remonté le plus grands nombre de projets d'innovations organisationnelles. A ce sujet un point pourrait en être fait lors d'une prochaine réunion.

Une candidature est actée pour intégrer des groupes nationaux dans la rédaction des cahiers des charges relatifs à la mise en place d'actions relevant de l'article 51.

- Article 32 : renforcer l'usage du numérique et le partage de l'information pour améliorer la qualité de la prise en charge.

Une pression assez forte est mise à cet effet sur les éditeurs de logiciel. Sans réponse dans les délais, ils se verront enlever leur certification.

- Article 43 : favoriser le recours aux médicaments génériques et bio similaires.

Remarque/Crainte : le financement forfaitaire à la pathologie est un dispositif qui va alourdir considérablement l'élaboration d'un budget d'hôpital avec peut-être à terme le financement des intervenants externes.

Question : Le financement au forfait des pathologies chroniques comprend-t-il l'activité d'hospitalisation, l'activité externe, comment fait-on pour l'identifier ?

Réponse : Pour le moment il s'agit du projet de la LFSS 2019, des travaux sur les modalités de mise en œuvre seront présentés assez rapidement puisqu'il s'agit d'un des sujets des 5 groupes de travail.

Remarque : Le grand risque discuté dans les groupes de travail c'est celui de la sélection des patients : il faut donc faire attention aux modalités de mise en œuvre.



CPOM ÉTABLISSEMENTS DE SANTE

METHODOLOGIE / INDICATEURS / CALENDRIER

ARS DR ISABELLE JAMET EN L'ABSENCE D'INTERVENANT DE LA DOSA

De nombreux échanges ont eu lieu dans le courant de l'été dans le cadre de groupes de travail du COTRIM pour adapter et améliorer les définitions d'indicateurs.

La Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie de l'ARS a diffusé auprès des établissements un guide méthodologique relatif aux indicateurs.

Des questions ou des problématiques perdurent-elles ?

Remarque : Des problématiques et nombre d'interrogations ont fait jour. Beaucoup d'étonnement lorsque l'établissement a reçu la liste des indicateurs à remplir. Pour ceux relevant du DIM. Il ne semble pas que ces indicateurs aient été présentés à la dernière réunion plénière du COTRIM.

Réponse : Les indicateurs ont été présentés et discutés dans le cadre du groupe de travail COTRIM MCO. Il y a eu également des échanges avec des DIM de psychiatrie. Compte tenu de délais restreints et du fait qu'aucun créneau de réunion COTRIM n'était disponible ils n'ont effectivement pas été présentés.

Remarque : Les DIM de psychiatrie ont dû répondre à un certain nombre de questions qui leur ont été posées collégalement car, faute de définition et face à des interprétations différentes, les interlocuteurs ne savaient pas répondre à certains indicateurs. Il y a toujours quelques indicateurs sur lesquels la définition exacte n'est pas posée.

Réponse : Il existe un référentiel, un guide qui a été mis à disposition. Des définitions ont été précisées pour tous les indicateurs relevant du PMSI. Pour certains indicateurs RIM-P il y a eu des difficultés occasionnant de nombreux échanges avec le Dr Bénédicte SOULA.

Remarque : Lorsqu'on demande un panier de soins, sa définition n'est pas établie. De même pour les consultations avancées et notamment celles concernant la psychiatrie, nous n'avons pas de réponse.

Réponse : Le Dr JAMET précise que les échanges qui ont eu lieu n'ont concerné que les indicateurs calculés à partir du PMSI. Pour les autres indicateurs, le pôle Etudes, Statistiques et Evaluation de l'ARS n'a pas été impliqué.

Questions/Remarques : Quelle est la pertinence de l'indicateur RH 30 (ré hospitalisation à 30 jours) pour un suivi de CPOM puisque cet indicateur reflète clairement la coordination ville/hôpital au sein d'un territoire et n'est en rien un indicateur adapté à un établissement (ceci est bien précisé dans le guide du RH 30).

Par ailleurs la méthodologie de calcul du RH 30 n'est pas accessible directement sur la base nationale ATIH. Même si on réussit à l'obtenir de cette dernière quelle est la pertinence de cet indicateur qui, normalement, est défini pour un bassin de population, mais ne l'est pas pour un établissement ? Alors que celui qui serait pertinent est l'indicateur RH7 (ré hospitalisation à 7 jours) avec une méthodologie présentée par l'ATIH.

Remarque : Par ailleurs quand une direction dit qu'il faut supprimer 89 lits sur 337 lits suite à l'indicateur du capacitaire COPERMO croisé avec des IPDMS à 0.94 pour tous... Comment tous les établissements peuvent-ils avoir une IPDMS à 0.94 ?

La méthode COPERMO est une méthode nationale, il faut donc savoir si dans le cadre d'une restructuration de services elle est la plus appropriée, et se poser la question : si l'on considère qu'elle ne l'est pas, a-t-on une autre alternative à proposer ? Cela pourrait être travaillé avec un sous-groupe de travail.

Au bilan, un scepticisme sur les méthodes retenues, sur le peu de dialogue qu'il y a eu malgré tout. Enfin, pour certains établissements dont le DGU a débuté précocement, le regret est de ne pas avoir eu les documents bien en amont de manière à retrouver les méthodes de calcul et pouvoir en discuter sereinement.

Réponse : Au sein du groupe de travail du COTRIM, il a fallu intervenir très rapidement. Cela a été fait en plein été avec des délais contraints car des rendez-vous avaient été pris avec les établissements. La validation a du être réalisée dans les 15 jours / 3 semaines. Le

groupe de travail aurait dû en relayer le résultat, ce qui n'a pas été fait mais toutes les définitions ont été reprises et validées et ce uniquement pour les indicateurs calculés à partir du PMSI.

Remarque : Ce n'est pas très rassurant de répondre en urgence à un indicateur qui va gérer un établissement sur les 5 années à venir.

Remarque : Le Docteur GILLERON a mis ce sujet à l'ordre du jour car elle n'avait aucune information sur les indicateurs du CPOM sur leurs définitions et la manière dont ils sont construits.

En fait tout ceci montre la complexité qu'il y a à mettre en place des groupes de travail au sein du COTRIM, à avoir des volontaires qui acceptent d'être leader d'un groupe (réunir, rédiger des comptes rendus et les diffuser).

Remarque : Il est dommage d'avoir en NA un Comité Technique qui permet de travailler avec l'ARS, sur la définition, la validation, la pertinence de ce type d'indicateurs PMSI, pour ne pas en avoir profité en amont. On se retrouve dans le genre de réunion type DGU (pour ceux qui y assistent ou qui doivent le préparer en amont), confrontés à des arguties méthodologiques nuisant à sa qualité.

Intervention : Un membre remercie l'ARS d'avoir organisé la réunion de discussion en groupe MCO sur les indicateurs, car précédemment ce genre de réunion n'avait pas eu lieu lors des anciens CPOM et de nombreuses questions se sont posées.

En conclusion, ce que l'on peut faire c'est vérifier les chiffres et être satisfait si on arrive à des valeurs approchées.

Néanmoins, la réunion du groupe MCO a été très fructueuse car il y a eu beaucoup de critiques sur ce qui était présenté et beaucoup de modifications proposées mais peut-être de façon imparfaite.

La Présidente demande à l'ARS de faire parvenir la méthodologie des indicateurs. Elle souligne que le groupe n'avait pas eu la main sur l'indicateur en tant que tel et sa pertinence mais qu'il s'agissait d'expliquer et/ou de reformuler sa méthodologie de calcul.



SOINS DE SUITE ET READAPTATION : FUTURE CLASSIFICATION MEDICO-ECONOMIQUE

DR FLORENCE PERRET

Diaporama joint

Les documents de présentation et une vidéo de ce nouveau modèle de classification sont disponibles sur le site de l'ATIH. La nouvelle classification devrait être mise en place prochainement, l'ATIH ayant entamé une démarche de communication dans certains congrès.

Pourquoi changer la classification ?

Le modèle en place n'est pas entièrement satisfaisant, peu lisible. Il est difficile lorsqu'on a un GME de dire avec son numéro s'il s'agit d'une prise en charge complexe, avec beaucoup de rééducation. Par ailleurs, le système de niveau actuel ne reflète pas le niveau de gravité des patients.

Dans le nouveau modèle, les variables actuelles sont conservées, le recueil ne va pas évoluer, d'où peu d'impact pour les utilisateurs. L'évolution va se faire au niveau de l'algorithme de groupage pour aller dans des groupes différents afin de rendre le modèle plus cohérent et surtout plus lisible.

La première étape ressemble à l'ancien modèle avec une analyse des diagnostics pour aboutir à une catégorie majeure ou à un groupe nosologique.

Ensuite, vient un sous-groupe nosologique lié à des critères essentiellement d'âge (de nombreux sous-groupes de pédiatrie sont prévus). Certains actes de rééducation interviendront dès ce niveau, il s'agit des actes marqueurs (GN amputation par ex. actes déjà marqueurs dans l'ancien modèle).

Le premier regroupement de variables prendra en compte ou non la présence de CMA, l'âge du patient, son niveau de dépendance, la notion de post intervention chirurgicale ou pas. Tous ces éléments vont permettre de déterminer un indice synthétique de lourdeur médico-économique (ISLE) qui reflétera la lourdeur du patient.

Cet élément permettra d'avoir un GME plus lisible par rapport à la lourdeur du patient. Dans la dernière étape, un autre élément indiquera la lourdeur de prise en charge de rééducation du patient en fonction du score CSARR ou de pondération CSSAR des actes CCAM. Deux niveaux d'informations sont visibles dans le GME : l'ISLE et la lourdeur de rééducation qui se rajoute au niveau du critère de rééducation réadaptation.

Exemple donné par l'ATIH au congrès EMOI, celui de l'obésité.

Les diagnostics d'obésité conduisent dans un groupe obésité, puis deux éléments permettent de déterminer le sous-groupe nosologique : l'âge et les actes CSARR marqueurs orientant dans deux grandes catégories de GN adultes, enfants. Ensuite on considère toutes les variables pour déterminer l'ISLE (indicateur de lourdeur) pour aboutir à un score de 0 à 3 en fonction de la lourdeur du patient. Différentes variables peuvent intervenir, ainsi si on a une dépendance faible, le niveau ISLE sera de 1, mais en présence d'une CMA, l'ISLE sera augmenté.

En résumé, chacune de ces variables est prise en compte pour déterminer la lourdeur du patient, son type de prise en charge, son âge, la présence ou non de CMA, ses scores de dépendance, le fait qu'il ait été opéré avant l'hospitalisation en SSR. Cela donne un premier niveau de lecture.

Le dernier niveau est celui lié à l'intensité de la rééducation avec trois niveaux : modéré, élevé ou très élevé. Il n'y aura pas forcément les trois niveaux pour chaque groupe ou sous-groupe nosologique.

La différence avec le modèle actuel est un changement de modalités de calcul du niveau de rééducation. Jusqu'à présent, on avait des

moyennes de pondération de rééducation par jour de présence dans la semaine en excluant les WE. Ce qui est en cours de réflexion est d'avoir un niveau de rééducation par jour de présence mais également un niveau global sur le séjour. Le niveau de rééducation est mesuré en temps.

Le modèle est donc plus lisible. L'ATIH l'a testé et l'a donné aux fédérations sur les bases de 2016. Selon l'ATIH il y a une meilleure discrimination parce qu'on arrive à repérer aussi bien des patients âgés, très dépendants, mais qui n'ont pas beaucoup de rééducation et à côté de cela des prises en charge spécialisées plus lourdes en terme de rééducation mais pour des patients plus légers en terme de dépendance.

Les actes CSARR seront utilisés pour 2/3 dans le modèle actuel contre 1/4 dans l'ancien .

Le modèle n'est pas définitif, il y a d'autres éléments qui sont pris en compte (ex : la pluridisciplinarité des intervenants).

Au niveau de la mise en œuvre des logiciels il y aura peu d'impacts car il s'agit d'un groupage de variables existantes, l'ATIH fournissant le groupeur.

Interrogation : Qu'en est-il de la tarification qui découlera de ces nouveaux GME ?

Réponse : Aucune information n'est disponible pour l'instant.



ACTUALITES TRANSPORTS ETABLISSEMENTS DE SANTE OCTOBRE 2018 -ARS

CATHERINE VERMEIRE – NATHALIE THOMAS (REPRESENTANTS DFIN)

Diaporama joint

Le projet de structuration d'une plateforme de régulation des transports sanitaires en NA a émergé en septembre 2017 à l'occasion d'un appel à projet relatif à la maîtrise médicalisée des dépenses de transports exécutées en ville et à la diversité des modèles existants. Suite aux retours d'expériences dont TSS (trajet solution santé) en ex région Poitou-Charentes, il a été décidé de déployer une plateforme régionale de régulation des transports via un pilotage commun ARS-Assurance Maladie.

Un COPIL restreint chargé de la mise en place de ce projet est constitué de représentants de l'ARS, de l'assurance maladie, de deux établissements de santé (le CH de Brive et le CH de Marmande) et de trois fédérations.

Les objectifs de cette plateforme sont de :

- dématérialiser toutes les commandes de transports, l'outil sera interfacé avec les applications présentes dans les établissements de santé,
- centraliser les deux types de transports, ceux à la charge de l'établissement et ceux à la charge de l'assurance maladie,
- fluidifier les sorties des patients et de gérer les relations avec les transporteurs.

Les avantages pour les établissements :

- Le choix de l'ARS et de l'AM s'étant porté sur un opérateur régional, il pourra être fait appel à des transporteurs des départements voisins limitrophes et proposer aux établissements de santé publics et privés d'optimiser l'organisation des transports par des transports partagés en évitant les retours à vide.
- Les recommandations nationales prévoyaient de déployer des PFR dans tous les GHT d'ici 2020, cette plateforme les en dégage.
- La plateforme permet aux établissements de piloter le processus transports puisqu'il y aura une exploitation possible des bases de données générée par son utilisation.

Comment cela fonctionne ?

Le service de soins saisit la demande de transport sanitaire, pour qui, quand vers où et comment.

Le transport est soit un transfert, un retour à domicile ou une entrée dans un établissement. Sur la base de cette commande l'entreprise sera chargée de réaliser le transport selon des règles de sélection qui seront paramétrables soit par l'appel d'offre de l'établissement pour les transports internes, le brancardage, soit par le tour de rôle pour les transports facturés par l'AM.

Le périmètre attendu concerne les transports externes de patients non urgents, prescrits par un praticien hospitalier à la charge de l'AM et ceux à la charge de l'établissement pour les transports internes (inter hospitalier ou brancardage), en ambulance, VSL ou taxi. Les entreprises de transports devront être agréées par l'ARS, conventionnées par l'AM et volontaires pour intégrer les tours de rôle. Cela concerne tous les établissements publics et privés.

Gouvernance par l'ARS et l'AM en lien avec les établissements de santé :

Un comité de suivi régional est créé. Il est constitué de représentants de l'ARS, de l'AM, des fédérations hospitalières, des transporteurs. Il sera consulté dans les différentes phases de négociations. Une fois le marché notifié, Il est chargé du suivi du dispositif au plan régional et de faire des remontées de souhaits de modifications en termes de paramétrage.

Chaque entité concernée par la PFR y accède en achetant une licence (achat de l'accès à l'application et aux prestations associées) et l'ARS allouera une subvention au titre du FIR pour les coûts initiaux d'acquisition.

Le COPIL s'est porté pour le choix du prestataire sur une procédure concurrentielle négociée. Le DCE (Dossier de Consultation des Entreprises) s'est achevé en juillet 2018, après sélection des candidatures. Les entreprises ont reçu la notification de dépôt de l'offre pour le 18/10/2018. Les premières auditions auront lieu mi-novembre, ensuite viendra la notification du marché, et le déploiement de la plateforme.

Inquiétude sur l'organisation des transports dans certaines zones compte tenu des aléas climatiques.

Précision : Le principe de la commande de transport est d'appeler à tour de rôle le transporteur le plus près du domicile du patient. A priori il n'y aura pas de changement dans l'offre par rapport à la localisation géographique, le principe de la PFR étant de passer de manière dématérialisée les commandes de transports auprès de transporteurs positionnés sur un fichier de sectorisation.

Question : Qu'en est-il des transports des personnes d'autres régions limitrophes qui viennent se faire soigner en NA.

Réponse : Compte tenu de l'étendue de la région NA, la priorité a été de déployer la PFR en région NA en supprimant l'effet de frontières existantes en région. Dans un second temps l'accès sera élargi aux autres régions tant pour les établissements limitrophes que pour les transporteurs.

Question : Y aura-t-il plusieurs opérateurs potentiels ?

Réponse : Non il n'a pas été prévu un allotissement, un seul prestataire est prévu. Concernant le règlement de consultation il est fixé comme condition que les candidats prestataires ne devront pas présenter de conflit d'intérêt avec les organismes de transports sanitaires.

Remarque : Une initiative liée à l'article 80 a été mise en place dans les Landes autour de l'établissement support et ce à l'initiative de Mr CATALDO. On se trouve donc en contradiction avec ce qui vient d'être présenté.

Réponse : L'initiative lancée l'a été bien avant le projet régional, et de la même manière d'autres établissements sont déjà équipés de PFR. Ce qui a été retenu avec Mr CATALDO c'est que l'on va utiliser son expérience limitée dans le temps et s'en servir dans les phases de négociations.

Le travail avec les fédérations est d'utiliser le retour d'expériences des établissements pour mener les négociations avec le prestataire retenu.

Réponse. Il est souhaité pour préparer la transition vers la PFR de faire un état de lieux bien précis des niveaux d'équipements des établissements, les contrats de prestations en cours, ce qui a été prévu par les achats en terme de réversibilité des données et de préparer un déploiement progressif selon les attentes des établissements.

Question/Remarque : Aujourd'hui il y a déjà des coûts engagés autour du sujet et vous avez indiqué que la région financerait dans la mise en place de cette PFR ce qui veut dire que les établissements qui ont déjà fait cette démarche en seront écartés et devront supporter le coût puisque non entrés dans le dispositif.

Réponse : L'accès à la PFR sera subventionnée par l'ARS, car il y a intérêt à encourager les établissements à utiliser cette plateforme pour les raisons évoquées. Maintenant ce qui est de l'expérimentation c'est dans le cadre de l'enquête qui va être menée, que l'ARS pourra assurer la transition du mieux que possible.

Question : Qu'en est-il des consultations externes à partir des établissements de soins : font-elles partie de la PFR ?

Réponse : Tout ce qui est transport article 80 est dans la PFR. Les consultations externes exclues sont celles à la charge de l'AM. L'entrée et la sortie d'hospitalisation sont du ressort de la plateforme.

Question : Lors de l'utilisation de la PFR qu'en est-il de la négociation des tarifs avec les transporteurs?

Réponse : Il y a deux choses, les transports internes menés par des négociations dans le cadre de l'appel d'offre article 80, c'est le tour de rôle que l'on intègre dans la PFR. L'autre sujet concerne ceux à la charge de l'AM qui sont des tarifs conventionnels.

Les transporteurs sont appelés à tour de rôle selon des règles d'équité et de transparence. Dans un 1^{er} temps on appelle les transporteurs au plus proche du domicile du patient. Ils sont contactés à tour de rôle selon une clé de répartition calculée en fonction de leurs positionnements sur les communes. Dans un second temps on sollicite l'ensemble des transporteurs du secteur, sur des cercles géographiques élargis.

Question, Au-delà de l'outil, l'opérateur humain... ?

Réponse : Au niveau de la régulation il est évident que l'outil ne se suffit pas à lui-même en termes de régulation. C'est pourquoi des postes de régulateurs sont financés et l'ARS souhaite qu'ils soient positionnés dans des établissements pivots pour mutualiser cette fonction puisqu'il est évident que tous les établissements n'ont pas les moyens et l'intérêt d'avoir son propre régulateur. A cet effet on se base sur l'exemple du CHU de Dijon.

Question En ce qui concerne les forfaits TSE TDF, quel retour d'information de la PFR vers chaque établissement ?

Réponse : L'intérêt de la PFR est de tracer toutes les commandes qui passent et d'exploiter la base statistique générée par la PFR. La

liaison base de données et facturation est prévue dans les négociations avec le prestataire.

Au-delà du cadre théorique, il y aura des cas particuliers et la commande pourra être modifiée par l'établissement à tous moments. Ce que l'on constate c'est que les paramétrages sont en cours. Il faut garder à l'esprit qu'il s'agit d'une PFR de commande, mais à court terme une plateforme de dématérialisation des prescriptions.

Question : Quel est le degré d'information des établissements, des GHT ?

Réponse : Plusieurs axes de travail sont menés. On va renouveler la communication directe du DGARS auprès de l'ensemble des établissements sur le sujet, savoir où on en est et quelles sont les recommandations par rapport aux établissements équipés en terme de régulation.

L'information passe par plusieurs canaux, les liaisons directes au niveau local entre les directions des CPAM, des DD avec les directions des établissements.

Remarque : Il convient d'associer la fédération des HAD.

Question : Dans le cadre de la rationalisation des moyens, est-il prévu un module pour les patients qui acceptent une notion de transport partagé ?

Réponse : Cela est prévu dans le déploiement des fonctionnalités. Nous avons envisagé un module « transport partagé » et nous souhaitons que la PFR propose les transports partagés.



POINT SUR LES GROUPES DE TRAVAIL DU COTRIM

○ GROUPE RIM-P DR ROLAND BOUET

Il s'agit du résultat du travail réalisé par le groupe RIM P sur des consignes de codages réparties en trois catégories :

- L'ambulatoire,
- Le temps partiel
- Les situations atypiques

A la suite de ce travail un lien a été mis à disposition des établissements concernés renvoyant sur site internet de l'ARS NA à l'emplacement du COTRIM NA où l'on retrouve les trois lettres d'information qui décrivent précisément chacun des trois domaines cités. Ces documents peuvent donc être consultés par tous les établissements concernés pour le territoire de la Nouvelle Aquitaine.

Certains points sont en cours, certaines situations ne sont pas encore clairement identifiées.

- ✓ Depuis la fin de l'année 2017, l'ATIH a sollicité des établissements ayant une activité psychiatrique dans le secteur public pour exporter les informations relatives aux situations d'isolement/contention.

Il s'agit d'un domaine qui fait l'objet de beaucoup de questionnements de la part de la HAS qui a publié deux recommandations importantes sur ces thématiques, d'une part sur la prévention des situations de violence en hospitalisation chez les adultes hospitalisés en psychiatrie et d'autre part sur les bonnes pratiques d'isolement et de contention.

Parallèlement la DGOS a engagé un travail par le biais de la loi du 26/01/2016, d'une instruction ministérielle du 27/03/2017 et dans le cadre des travaux du comité de pilotage sur la psychiatrie, ce qui conduit à exporter à l'ATIH des informations relatives à des situations d'isolement/contention, tout en mettant à disposition d'un certain nombre d'acteurs un registre installé obligatoirement dans les établissements où ont lieu ces situations d'isolement/contention. Ce registre est accessible aux membres de la commission départementale des hospitalisations en psychiatrie, aux parlementaires qui en demandent l'accès et aux équipes du contrôleur général du lieu de privation des libertés.

L'instruction ministérielle qui a mis en place les caractéristiques de ce registre et de sa mise à disposition prévoit aussi qu'il serve de support à l'élaboration d'un rapport annuel destiné à l'ARS.

Le challenge est donc de mettre en place, avec les éditeurs de logiciels, un support unique permettant de saisir ces trois catégories d'informations qui ont leur propres règles d'exportation pour simplifier le travail des soignants ce qui demandera un temps de latence, les demandes ayant été successives et concrétisées par l'ATIH que fin novembre 2017.

Le rôle du groupe a été de délimiter le champ des informations à exporter, de travailler à une harmonisation des pratiques d'exportation, à se mettre d'accord sur les conditions du registre et à discuter avec les partenaires ARS sur la structure du rapport (mise au point technique à réaliser).

- ✓ Le travail est également engagé sur des précisions relatives au temps partiel en psychiatrie.

Dans les consignes élaborées, le groupe a essayé de les adapter aux pratiques, c'est-à-dire en allégeant le poids des consignes de l'ATIH sur les durées du temps partiel (les venues et demi venues). La difficulté vient des éditeurs de logiciel qui ne permettent pas de souplesse ce qui donne lieu à certaines hétérogénéités dans les exportations pour un même type d'activité. Le groupe a pu problématiser les difficultés et espère que l'ATIH et la DGOS donneront des définitions plus précises de ces activités à temps partiel qui

sont dans un flou depuis 1991 et ce malgré l'évolution des pratiques.

- ✓ Une problématique particulière est également notée : définir les conditions d'enregistrement des activités des équipes mobiles psychiatrie précarité.

Ce sont des équipes mises en place depuis environ 15 ans sous des formes variées qui présentaient la caractéristique initiale d'être des prestations anonymes du registre de la prévention. Elles ont conduit les professionnels de santé à intervenir au plus près d'un public en grande précarité. La présence prolongée dans certains lieux de ces professionnels de santé a progressivement enrichi la demande de partenaires locaux, eux-mêmes en besoin d'informations nominatives, quantitatives sur des activités et sur des types d'évaluations cliniques pour catégoriser ces publics. Tout ceci interfère avec les pratiques initiales d'anonymat et de non traçabilité. La question ouverte est : que faut-il faire ? Lever complètement ou partiellement l'anonymat, de quelle manière accepter les contraintes de traçabilité qui deviennent très concrètes dans certains lieux.

Il est prévu une rencontre avec les personnes qui suivent ce dossier à l'ARS de façon à mieux redéfinir la part de ces activités qui relève de l'anonymat et celle qui n'en relèverait plus.

- ✓ L'addictologie.

Les textes qui organisent cette pratique mélangent ce qui relève du médico-social et du sanitaire d'où une complexité importante au niveau des parcours de soins, complexité qui s'amplifie lorsqu'on sait que lorsqu'un patient se retrouve en milieu hospitalier il peut relever du MCO avec un financement en T2A, du SSR avec un financement mixte ou en psychiatrie avec la DAF.

Ceci est difficile à gérer, à comparer au niveau de la région et il est normal que la tutelle veuille harmoniser tout cela. Il est donc nécessaire d'avoir un échange entre l'équipe RIM P et l'ARS pour donner aux professionnels des consignes cohérentes pour permettre de réaliser un inventaire régional de ce qui se fait dans ce domaine là.

- ✓ Une étude des activités de CMP confiée par l'ARS à l'ORS NA.

Cette étude pose un certain nombre de problèmes non résolus au niveau de la cohérence des données. Le pilotage de cette étude n'a pas placé le DIM comme le premier interlocuteur au sein de l'établissement de santé et les contacts ont été établis d'emblée avec l'encadrement soignant. Des messages ont été diffusés au sein de l'établissement entre la direction générale, la direction de soins et les cadres de soins ce qui a eu pour conséquence une grande hétérogénéité des recueils. De plus, lorsque les DIM ont été sollicités ils n'ont fait que complexifier le résultat des données car ils ont transmis des informations au format RIM P qui n'était pas celui utilisé par les autres intervenants dans cette enquête.

Il est très important et indispensable que lorsqu'une étude concerne les activités faisant l'objet du travail des DIM de les associer dès l'élaboration.

Remarque : Il s'agit effectivement de relayer ce message auprès des directeurs d'établissements concernés.

- ✓ Information diverse

Une réunion associant DIM et fédérations concernant les établissements publics et ESPIC sur la modulation DAF psychiatrie a eu lieu cette semaine.

Dans le cadre du compte rendu envoyé via les fédérations vers les établissements concernés il y aura le lien vers les trois fiches de recommandations de codage pour qu'il y ait une harmonisation la plus rapide possible.

○ GROUPE HAD : DR EMMANUELLE BERGEAL

Le groupe est dans la continuité des travaux : il a travaillé sur les différents indicateurs HAD notamment l'indice performance transfert et sur tous les indicateurs qui sont dans l'ANAP et présents sur ORPHEE et Scan santé.

Lors de la réunion de ce matin, le groupe a commencé l'élaboration d'une fiche de codage sur le mode de prise en charge 08 « autre traitement » grand fourre-tout de codage pour préciser quels sont les éléments indiscutables de codage de ce mode de prise en charge : précisions à venir.

PLAN DE CONTROLE T2A 2018 **DR CORINNE ABADIE**

Le programme de contrôle externe T2A est paru en Nouvelle Aquitaine suite à son élaboration par la commission de contrôle le 21/06/2018.

Parmi les priorités nationales le choix retenu est celui :

- du codage du Diagnostic Principal,
- des séjours avec comorbidité (thème sanctionnable),
- des prestations inter-établissements.

En Nouvelle Aquitaine sont contrôlés dans le cadre de ce programme :

- CH de JONZAC (17)
- Clinique SAINT AUGUSTIN (33)
- Polyclinique BORDEAUX CAUDERAN (33)
- Hôpital Privé SAINT MARTIN (33)
- Clinique WALLERSTEIN (33)
- CHU de BORDEAUX (33)
- Pôle de Santé du Villeneuvois (47)
- Centre de Cardiologie du Pays Basque (64)
- Polyclinique COTE BASQUE SUD (64)
- Polyclinique de NAVARRE (64)
- Groupe Hospitalier Nord Deux Sevres (79)
- Polyclinique de Limoges (87)
- CH Saint Junien (87)

Pas de nouvelle sur le contrôle national HAD en NA.

Intervention : Le contrôle est presque terminé pour la Polyclinique de LIMOGES. Le principal champ contrôlé a été les séjours de niveaux 3 et 4 avec comorbidités sanctionnables. Les contrôleurs ont retoqué la dénutrition du fait que la dénutrition n'est pas établie par un clinicien au regard du dossier patient.

Intervention : Le contrôle de JONZAC n'a pas encore commencé. Si l'on peut se réjouir qu'il y ait un moratoire pour les 0 nuitée vu les difficultés que cela occasionnait, on se trouve avec un même nombre de dossiers, mais avec quasi 100% de comorbidité 3 et 4 donc avec des dossiers ayant un temps de préparation plus lourd et des indus et sanctions beaucoup plus importants !!!

Intervention : Pour la Clinique Saint-Augustin, ce ne sont que les niveaux 4 qui seront contrôlés avec un impact financier potentiel très important sur quelques dossiers !!!



CCAM V54

DR CORINNE ABADIE

Cette CCAM décrit des actes concernant la chirurgie de l'obésité portant sur le changement des anneaux etc. Ils sont maintenant soumis à un accord préalable.

Depuis le 1er octobre 2018 l'acte d'injection inerte au niveau de la chambre intérieure de l'œil utilisé presque systématiquement lors d'une cataracte ne pourra plus être associé à un acte sur le cristallin que ce soit pour l'extraction ou pour l'implantation : ceci ne change néanmoins pas le groupage.



OBSERVATIONS

- ❖ Les questions ou les sujets à aborder peuvent être soumis aux membres du bureau trois semaines avant la date de chaque COTRIM pour y être inscrits à l'ordre du jour.
- ❖ Une demande est formulée par les membres de disposer des comptes rendus des groupes de travail sur le site de l'ARS. Il sera demandé au coordonnateur de groupe une synthèse de réunion, sans entrer dans le détail si des points ne sont pas conclus, mais en résumant la discussion.
- ❖ Les membres du COTRIM souhaitent une mise à disposition rapide des documents présentés sans attendre le compte rendu afin de les utiliser immédiatement.



DATES DES PROCHAINS COTRIM

Le vendredi 22 mars 2019 en visio-conférence sur Bordeaux-Limoges-Poitiers

Le jeudi 27 juin 2019 en présentiel sur BORDEAUX

Le jeudi 10/10/2019 en visio-conférence sur Bordeaux-Limoges-Poitiers

La Présidente clos la réunion en remerciant les participants de leur présence