

## COTRIM du Lundi 4 juin 2018

### Compte rendu

#### ÉTAIENT PRESENTS :

Dr Corinne ABADIE  
Dr Catherine BALLAY  
Dr Emmanuelle BERGEAL  
Mr Michel BEY  
Dr Roland BOUET  
Dr Bérénice BRECHAT-HUET  
Dr Antoine BROUILLAUD  
Dr Véronique BUHAJ  
Dr Paul CHATON  
Dr Xavier CHAUMET  
Mme Dagmara DOYEN  
Dr Amina ETTORCHI  
Dr Véronique GILLERON  
Mme Gaël GROS  
Dr Marie Françoise ISSOULIE  
Dr Isabelle JAMET  
Dr Françoise JARRY  
Dr David LABROSSE  
Dr Patrick LANDREAU  
Mme Valérie LAVIGNASSE  
Dr Catherine PATUREAU-MIRAND  
Mme Corinne PELLETIER  
Dr Florence PERRET  
Dr Denis REVIRON  
Mr David RIVIERE  
Dr Anne Marie RULLION PAC SOO  
Dr Bernard TABUTEAU  
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 CH Henri Laborit- Poitiers (86)  
Médecin DIM CH de Cadillac (33)  
OMEDIT Nouvelle-Aquitaine  
Médecin DIM CH de Périgueux (24)  
Médecin DIM Clinique Saint Germain (19)  
Médecin DIM CH de Saintonge (17)  
ARS Nouvelle-Aquitaine - DFIN  
Médecin DIM Polyclinique Bordeaux Rive Droite (33)  
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)  
ARS Nouvelle-Aquitaine – DFIN  
Médecin DIM Polyclinique de Limoges (87)  
ARS Nouvelle-Aquitaine – Chargée d'études statistiques  
Médecin DIM CRF Salies de Béarn (64)  
Médecin DIM Polyclinique de Navarre (64)  
Directeur adjoint DAF CH de Libourne (33)  
Médecin DIM CH Agen-Nérac (47)  
ARS Nouvelle-Aquitaine – Conseiller Médical DSP  
ARS Nouvelle-Aquitaine – Gestionnaire PMSI

#### ÉTAIENT EXCUSES :

Dr Yann BLANCHARD  
Dr Laurence BOINOT  
Dr Eric CAPDEQUY  
Dr Franck CHALARD  
Dr Béatrice DEROZIER  
Dr Hervé DREAU  
Mr Stéphane JACOB  
Mme Catherine LONQUETY  
Mr Pierre MALTERRE  
Mme Sophie MARTAGEIX  
Dr Bénédicte SOULA  
Dr Anne Claire VOLATRON

Médecin DIM CHIC de la Côte Basque (64)  
Médecin DIM CHU de Poitiers (86)  
Médecin DIM CH de Dax (40)  
Médecin DIM CH Esquirol (87)  
Médecin DIM groupe Capio - CMC de l'Atlantique (17)  
Médecin DIM CH Pau – Orthez – Oloron (64)  
Directeur Adjoint DAF CH de Cognac (16)  
Directrice Adjointe DAF GH La Rochelle-Ré-Aunis (17)  
Directeur Clinique Francheville (24)  
Directrice Adjointe DAF - CH Brive (19)  
Médecin DIM CHS des Pyrénées (64)  
Médecin DIM CH de Pau (64)

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

### ➤ **NOUVEAU CPOM 2018 : ÉTABLISSEMENTS DE SANTE ET INDICATEURS**

**MME FRANCE BERETERBIDE** Directrice déléguée à l'offre de soins –  
Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie (DOSA).

*Diaporama joint*

La présentation aborde les grands principes des futurs CPOM et non les indicateurs de suivi. Une présentation plus détaillée doit préalablement être faite auprès des Fédérations.

Un vadémécum des indicateurs est en train d'être colligé. Il précisera la méthodologie de calcul de chacun d'entre eux et sera porté à la connaissance des établissements. Les établissements seront à la fois producteurs de la donnée et/ou vérificateurs de ce qui aura été produit par l'agence.

Les CPOM actuels ont été prorogés d'une année, jusqu'au 31 août 2018, du fait de l'attente de la publication du PRS, dont la date elle-même a été décalée du fait de la publication de la Stratégie nationale de Santé. Compte tenu de ce décalage, ces CPOM vont devoir faire l'objet d'une nouvelle prorogation de quelques mois puisque les nouveaux CPOM à 5 ans ne prendront effet qu'au 01 janvier 2019.

Les grands principes d'élaboration de ces nouveaux CPOM sont de s'adapter aux objectifs du PRS (Projet régional de Santé) et d'être suivis à l'aide d'un nombre restreint d'indicateurs.

Les CPOM actuels pouvaient comporter jusqu'à 200-250 indicateurs, qualitatifs ou quantitatifs. Du fait de leur nombre important, il a été difficile d'effectuer un suivi et un échange ARS/établissement à propos de chacun d'eux. Il s'est avéré également que certains posaient des difficultés de calcul.

Les indicateurs proposés dans les nouveaux CPOM seront moins nombreux (une trentaine) et correspondront aux priorités du PRS.

Les indicateurs relevant du PMSI seront différents selon les champs d'activité des établissements : MCO, HAD, PSY, SSR ...

L'objectif est également de suivre des indicateurs complémentaires mais non redondants avec les CAQUES ou les indicateurs de la certification demandés par ailleurs aux établissements.

La négociation des CPOM sera réalisée par les DD ARS à l'exception de celle des trois CHU et de l'Institut Bergonié dont la négociation sera assurée par la DOSA.

Le calendrier de contractualisation démarrera dès le 15 juin. et s'étalera jusqu'à mi-novembre. Les annexes seront moins nombreuses. Tout devra être signé en fin d'année 2018.

Un nouvel outil d'échange va être déployé : l'outil e.CARS. Cet outil est plus performant en termes de fiabilisation et de simplification que l'ancien SHARE POINT aquitain qui permettait les échanges ARS/établissements.

e.CARS offre la possibilité de gestion d'une bibliothèque de documents. Il s'agit d'une plateforme partagée qui permet, outre de partager les CPOM mais aussi d'autres documents.

Les futurs CPOM aura un socle et 4 annexes :

- Une annexe intitulée « orientation stratégique » qui permettra de reprendre les objectifs et indicateurs du PRS et les objectifs stratégiques : RH, qualité, performance, coopération.
- L'annexe financière pour les financements reçus par l'établissement (MIGAC, FIR, DAF...),
- L'annexe « reconnaissance contractuelle » pour les activités qui nécessitent une reconnaissance pour que l'établissement puisse facturer auprès de l'assurance maladie,
- L'annexe « permanence des soins ».

L'ARS réservera dans la première annexe un préambule sous forme d'un recto verso pour permettre de partager de façon littéraire les grandes orientations des établissements (ex : pour un projet architectural, il est utile de préciser tous les éléments importants afin de disposer d'un diagnostic consolidé et d'avoir une feuille de route pour l'établissement).

Les axes de l'annexe 1 sont tirés des orientations du PRS et seront déclinés en objectifs opérationnels :

- L'action de promotion de la santé développée par les établissements. Il y a une forte accentuation de l'importance de la promotion de la santé et de la prévention dans les futurs CPOM.
- Le virage ambulatoire incluant l'HAD, la structuration du lien ville-hôpital, la performance interne et organisationnelle des établissements, leur trajectoire financière et la gestion des situations sanitaires exceptionnelles que ce soit en période de tension ou de crise feront l'objet d'objectifs qui déclineront cet axe.
- La qualité, la sécurité, la pertinence des prises en charge sont des axes forts du PRS et seront déclinés dans les CPOM.  
Les indicateurs qui auront à vocation à y être indiqués ne seront pas redondants par rapport au CAQUES
- Pour les établissements publics, le suivi de la masse salariale en termes de performance et la coopération dans le cadre des GHT.
- Adaptation de l'offre de soins aux patients en situation de handicap.  
Il est demandé à l'ensemble des établissements de faire part de leur organisation autour de cette accessibilité.

Question:

Quel est le calendrier si l'ARS revient vers le COTRIM pour valider, définir, et revoir la méthodologie des indicateurs ?

Réponse :

Les groupes de travail du COTRIM pourront être sollicités pour un retour définitif début juillet.

La difficulté réside dans le fait que les DD ont déjà commencé à prendre des rendez-vous avec les établissements de mi-juin à mi-juillet.

Les rendez-vous sont calés en fonction de ce qui avait été prévu mais il pourra y avoir une seconde réunion afin, entre autre, d'aborder les indicateurs de suivi.

A compter du 15 juin tous les indicateurs à produire pour les établissements ne seront pas connus mais une première maquette sera disponible sur la manière d'obtenir ces indicateurs.

Remarque :

Il a été évoqué que des précisions seront données sur les indicateurs si cela était nécessaire. Il est important de connaître ce que l'on met au numérateur, au dénominateur, la méthode de calcul et la façon dont on récupère cet indicateur ; c'est souvent cela qui pose problème.

Avoir le mode de calcul de l'indicateur évitera donc les difficultés pour répondre et fournir des chiffres corrects.

Réponse :

Oui. Cependant tous les indicateurs ne relèveront pas du PMSI (ex : ceux relatifs aux actions de santé publique). La Direction de la Santé Publique publiera une petite doctrine pour définir ce qui rentre dans les actions de santé publique. Dans ce cas il n'y aura pas une méthodologie mais une définition.

➤ **CHARTRE GRAPHIQUE COTRIM NA**

**DR ISABELLE JAMET**

Un nouveau Logo a été choisi pour le COTRIM NA visible sur le site de l'ARS NA.

On trouve sur le site de l'ARS : la composition du COTRIM NA avec les différents arrêtés, les éléments sur son organisation et les comptes rendus des réunions plénières.

Une charte graphique a été définie en vue de la diffusion des fiches/recommandations que le COTRIM NA va être amené à produire dans le cadre des groupes de travail.

Comme ce qui a été fait précédemment pour l'envoi du compte rendu du 13 mars 2018, les comptes rendus et documents présentés en séance sont désormais déposés et téléchargeables dans la rubrique « ses réunions » pour éviter les envois trop lourds par messagerie.

A terme, seront mis progressivement les différents documents produits par les groupes de travail.

<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/comite-technique-regional-de-linformation-medicale-cotrim>

➤ **CODAGE DE L'INDICATION POUR LES MEDICAMENTS DE LA LISTE EN SUS**

**DR VERONIQUE GILLERON.**

Pour rappel, il s'agit d'une note parue en février 2018 qui traite de la mise en œuvre d'un référentiel administratif portant sur la codification de l'indication de prescription des médicaments de la liste en sus. Ce référentiel est téléchargeable sur le site du ministère, il donne l'indication se rapportant à chaque molécule.

Cette variable « indication » doit permettre le remboursement du médicament de la liste en sus. En cas d'indication non conforme le remboursement de ce médicament sera bloqué.

Suite à la parution de cette note d'information, un courrier inter-fédérations, co-signé par les fédérations et la SOFIM (Société Francophone d'Information Médicale), a été adressé à la DGOS en avril 2018.

La réponse de la DGOS du 9 mai 2018 (mise en annexe du compte rendu) propose d'adapter le dispositif. La problématique pour les établissements est de récupérer des informations détenues par les pharmacies dans les systèmes d'information.

Ce que propose le courrier de la DGOS est d'acter qu'à compter du 1er septembre 2018 le code transmis ne sera pas bloquant en facturation. Même si l'information attendue sur l'indication en regard de la MO n'est pas correcte, la valorisation ne sera pas bloquée.

Il s'agit donc d'une période d'accompagnement à la fiabilisation du codage, MAIS au 01 mars 2019 seuls les codes relevant de l'indication de prise en charge au titre de la liste en sus permettront la valorisation de la facture. Les données devront donc être exhaustives et correctes pour le 1er mars 2019.

Question :

Une question est soulevée par les pharmaciens au sujet des protocoles thérapeutiques temporaires. Il s'agit des protocoles validés par des sociétés savantes mais qui ne font pas partie de la liste en sus. Ces protocoles peuvent engendrer des masses financières non négligeables : qu'est-il envisagé pour les valoriser ?

Intervention de l'Omedit :

Effectivement, mais il y a également le cas des prescriptions hors AMM qui représentent une part importante et cela inquiète l'OMEDIT car les études menées sur le sujet montrent une part de prescriptions hors AMM qui oscillent de 10 à 30% dans les établissements.

A compter du 1er mars 2019 que va-t-il advenir de la prise en charge financière de ces prescriptions hors AMM qui sont argumentées ?

La question reste entière et devra être tranchée par la DGOS.

A l'image des fédérations, le réseau OMEDIT va relancer le niveau national pour connaître le devenir de la prise en charge de ces prescriptions.

En Nouvelle-Aquitaine a été mis en place un suivi fin de ces prescriptions et l'OMEDIT connaît la part importante de ce que cela représente, tant pour les médicaments que pour les indications qui sont concernées.

Par ailleurs, il est rappelé que l'OMEDIT est à la disposition des établissements pour les accompagner dans la mise en place de ce dispositif et qu'il ne faut pas hésiter à la solliciter en cas de difficultés.

#### Interrogation :

Il est indiqué que les pharmaciens ont déjà deux autres référentiels d'indications : va-t-on vers une uniformisation, vers des tables de correspondance, ou peut-on continuer avec ces trois référentiels pour les indications ?

#### Réponse :

Aujourd'hui le seul référentiel opposable est celui mis en ligne sur le site du ministère.

Le pharmacien peut contacter l'OMEDIT qui ne proposera pas un logiciel mais pourra échanger sur le sujet.

### ➤ **CREDITS FMESPP 2017 : ACCOMPAGNEMENT DE LA MONTEE EN CHARGE DE LA REFORME DE FINANCEMENT SSR**

**DR ISABELLE JAMET**

Des crédits ont été attribués aux différentes ARS. En Nouvelle-Aquitaine ces crédits s'élèvent à 960 000 €. Ils sont destinés à l'accompagnement de la réforme de la tarification SSR et plus particulièrement au renforcement de la qualité du codage et à l'amélioration du circuit de l'information.

Ce financement est majoritairement destiné à la mise en place de formations autour de la qualité du codage du PMSI.

Dans le cadre de l'attribution de ces crédits des échanges ont eu lieu entre les différentes Fédérations et l'Agence pour déterminer les modalités d'attribution de ces financements.

Les souhaits exprimés par les Fédérations aboutissent à des modalités de répartition différentes selon chaque Fédération :

- La FHF a proposé une répartition par GHT pour qu'au sein de chaque GHT il y ait des formations qui puissent être organisées de manière harmonieuse auprès des établissements publics. L'attribution du financement se fera auprès de l'établissement support du GHT.
- La FEHAP a choisi de mutualiser une organisation de formation : un établissement recevra la totalité du financement. La Maison de Santé Marie Galène sera l'établissement qui aura en gestion, pour la FEHAP, l'organisation de ces formations.
- Pour la FHP chaque établissement recevra, après réalisation de la prestation, un financement spécifique.

L'attribution de ces financements, variables par GHT ou par établissement, doit permettre la réalisation de ces formations dans les trois ans à compter de mai 2017.

Chaque Fédération a reçu le 24 avril 2018 un courrier fixant les différentes modalités de répartition choisies. Ce courrier précisait également qu'un précédent financement FMESPP avait été attribué pour aider au renouvellement des systèmes d'information ou pour accompagner la mise en place de la nouvelle classification des GME et celle du CSARR.

Les crédits alloués au titre du FMESPP sont versés par la Caisse des Dépôts et Consignations sur facture lorsque la prestation est réalisée.

Il est important de noter que ces crédits seront perdus, comme cela a déjà pu être le cas précédemment, si les formations ne sont pas organisées dans les délais.

Le COTRIM NA peut être sollicité pour apporter une aide sur l'angle d'approche de ces formations.

#### Question :

Concrètement que doivent faire les établissements, se positionner, présenter un planning de formation pour avoir les crédits alloués ?

#### Réponse :

Dans le cadre de l'organisation des GHT pour les établissements publics, il semblerait que les DIM de territoire doivent réfléchir à l'objectif et contenu de la formation.

Le CORIM Poitou-Charentes possède son organisme de formation qui propose des formations exclusivement PMSI, dont notamment des formations SSR de base et de perfectionnement.

L'organisme est validé Data-Dock et peut s'adresser aux établissements publics et privés. Son calendrier de formation doit être prochainement défini.

### ➤ **NOUVEAU GUIDE DU CONTROLE EXTERNE**

**DR CORINNE ABADIE**

*diaporama joint*

Ce document a été validé au niveau national le 17 avril 2018. Il n'est pas encore sur le site ATIH mais doit remplacer celui de 2012.

Le préambule de ce nouveau guide fait état de certaines recommandations. Il est précisé que c'est un contrôle de codage, c'est un contrôle de sincérité de la facturation, ce n'est pas un audit de qualité ; les établissements sont contrôlés lorsqu'il y a des atypies et lorsqu'il y a un préjudice pour l'assurance maladie. Les actes non classant ne seront donc pas discutés, seul l'acte classant ou qui a donné le niveau de sévérité sera considéré. Il faut rechercher dans l'ensemble du dossier médical les documents pertinents qui ont permis le codage et la facturation du dossier sélectionné. Ces documents sont remis au médecin contrôleur.

Ce guide s'applique également aux HAD. Les activités externes ne sont pas concernées à l'exception des FPI. La référence à ce guide n'est pas obligatoire. Le directeur d'établissement doit exprimer un refus formalisé auprès de l'ARS. En cas de refus, le guide 2012 s'appliquera.

Les fédérations ont exprimé des besoins et des précisions dont certains ont été retenus. Ce guide est présenté sur deux colonnes, l'une tel qu'il était formulé en 2012 et l'autre celle de la formulation du nouveau guide

Une fiche de concertation est constituée accompagnée d'une fiche médicale de recueil de chaque dossier, les concertations peuvent être faites en cours de contrôles.

Dans le cas où le médecin contrôleur est membre de l'UCR il ne participera pas aux délibérations concernant l'établissement.

Les obstacles à contrôle sont précisés. Un procès-verbal d'incident est constitué entre la DRSM et l'établissement et il est demandé au directeur de rechercher une discussion amiable avant d'alerter l'UCR. Le médecin DIM peut prévenir sa fédération et la DRSM peut faire de même avec la Direction de la répression des fraudes.

Les demandes des fédérations qui n'ont pas été retenues :

- Des contrôles effectués par une instance neutre,
- Confier les contrôles à des experts médicaux composés d'experts indépendants.

La DGOS a indiqué que ces points faisaient intervenir la modification des textes de lois et l'hypothèse de l'inscrire dans une prochaine PLFSS n'est pas exclue.

Les priorités nationales des contrôles de 2018 :

- les activités non prises en charge par l'assurance maladie : essais cliniques, interventions dites de confort ...
- le codage du DP et les séjours avec comorbidité,
- les activités externes facturées en hospitalisation de jour sauf les séjours en M et Z,
- les PIE,
- l'activité HAD,
- les lamdas pour les établissements ex DG.

#### Intervention :

Il est rappelé que ce guide n'est pas une obligation.

Les journées d'information médicale du Grand Sud vont se tenir à Aix en Provence le 14 et 15 juin 2018, et au cours de ces journées une table ronde est organisée sur la problématique des contrôles externes avec la participation d'un avocat spécialisé sur les difficultés de contrôles et de contentieux entre les établissements et l'AM.

Il est important, pour faire face lors d'une problématique de contrôle, de se préparer en amont et ne pas attendre que le contrôle soit terminé pour rechercher des conseils.

Il reste, outre les problèmes présentés, des difficultés observées plus en lien avec l'application des règles du guide méthodologique ou des discussions sur l'opportunité de certains codages. Il semble, par ailleurs, exister des disparités régionales qui restent importantes.

#### Remarque :

Le volume des dossiers contrôlés est important, le temps de préparation des dossiers est long surtout lorsque le dossier médical n'est pas totalement informatisé.

#### ➤ **POINT SUR LES GROUPES DE TRAVAIL :**

- **GRUPE RIM-P : DR ROLAND BOUET / DR BENEDICTE SOULA**

##### *Diaporama joint*

Il s'agit du travail d'un groupe constitué dans le cadre du COTRIM avec des DIM ayant une activité de psychiatrie présente sur les différents territoires de la Nouvelle-Aquitaine.

Ce groupe s'est réuni 4 fois depuis le mois d'octobre 2017. Trois séances ont été consacrées à un travail d'élaboration de recommandations de codage et présenté dans un document lors de la dernière réunion de mai 2018.

Les contenus présentés ne sont pas validés ; le mois de juin a été choisi par le groupe pour la validation des contenus afin de remettre un travail fini pour diffusion sur le site COTRIM NA.

Ce document n'est pas exhaustif puisque le groupe aborde les activités à temps partiel et les activités ambulatoires. Il est prévu d'aborder la question des contrôles qualité.

Il s'agit d'améliorer la qualité de codage du RIM-P et de l'harmoniser sur le territoire régional car les références dont on dispose dans le guide méthodologique de l'ATIH portent des marges d'interprétations.

L'activité à temps partiel porte sur les définitions de l'hôpital de jour, de l'hôpital de nuit, de l'atelier thérapeutique.

Trois éléments sont à prendre en considération :

- le projet de l'unité décrivant précisément le fonctionnement et l'organisation des soins,
- le projet de soin du patient,
- la durée minimale de présence.

Dans le dossier du patient on doit retrouver le projet de soins correspondant à cette activité avec une notion de durée minimale de présence avec deux durées : demi-venue (enregistrée à partir de 2 h) et venue (à partir de 5h).

La structuration de la présentation des fiches est identique : description de situations à partir d'expériences pratiques, et observations du groupe RIM-P pour préciser des recommandations ou en définir lorsque le guide méthodologique ne les précise pas.

La télémédecine concerne de plus en plus la psychiatrie. Elle est pour l'instant saisie sous forme d'entretien, mais il s'avère qu'il y a des formes particulières d'entretiens qui nécessitent en premier une préparation préalable et un accompagnement du malade par un professionnel sur place et un à distance ; la nomenclature va devoir être précisée.

Des listes de situations dites atypiques ou non précisées dans le guide méthodologique ont été établies. Ces situations font référence aux nouvelles pratiques et aux nouvelles évolutions comme par exemple : les CUMP (Cellules d'Urgence Médico Psychologiques) avec enregistrement global hors RIMP, la Périnatalité (1er acte informel avec 1er contact sans présentation formelle de l'intervenant) et les Centres de ressources autisme (recueil spécifique).

Il est donc prévu de faire circuler ce document au sein du groupe de travail pour le compléter, le valider et le transmettre avant la fin du mois pour installation sur le site de l'ARS NA.

#### Intervention :

Ce travail entre dans un souhait d'homogénéiser, de standardiser le recueil RIM-P au sein des différents établissements de psychiatrie. Lors de travaux relatifs à la modulation de la DAF, l'ARS s'est rendue compte de l'hétérogénéité des données.

Elle a, en accord avec les fédérations et avec des médecins DIM, décidé de réunir ce groupe de travail au sein du COTRIM NA pour établir des recommandations de codage qui seront suivies par les établissements.

L'agence attend cette validation pour une diffusion large tant sur le site du COTRIM NA qu'auprès des directeurs d'établissements pour une prise de conscience sur cette harmonisation.

#### ○ **GROUPE HAD : DR EMMANUELLE BERGEAL**

Les réunions du groupe HAD sont organisées le même jour que les réunions plénières du COTRIM.

Lors de la première réunion du 13 mars 2018, le groupe a essentiellement discuté des nouveautés PMSI HAD 2018 et des interprétations de chaque mode de prise en charge.

Ce point a été revu le 04 juin 2018 puisque le guide méthodologique est paru au BO il y a quelques semaines.

Le groupe s'est interrogé sur l'application possible de certaines prises en charge en HAD notamment l'utilisation du ferinject en HAD puisque cette thérapeutique est rejetée en externe pour le MCO.

Suite à une demande faite auprès de la FNHAD sur la possibilité juridique d'utilisation du ferinject et du vénofer en HAD une réponse favorable vient d'être donnée.

Analyse des flux entre MCO et HAD :

Le groupe s'est penché sur l'utilisation de deux outils, l'outil ANAP HAD présenté par le Dr ASCENSIO, outil remis à jour récemment avec la base 2016 et sur un travail plus local sur le potentiel de développement de l'HAD de la Vienne.

L'outil ANAP se base essentiellement sur un rapprochement MCO HAD à travers les GHM.

L'outil que la Vienne essaie de développer se base sur des diagnostics traceurs pour estimer un potentiel d'activité à la sortie de MCO.

Au mois de mars il avait été prévu d'aborder un point de codage particulier sur le protocole 08 qui est un grand point d'interrogation pour bon nombre d'HAD : ce point est reporté.

#### Remarque :

L'évaluation du potentiel de développement de l'HAD est un point important car cela fait deux ans que, dans les CPOM des établissements de santé, les transferts en HAD sont chiffrés en %. Le potentiel est très difficile à évaluer à partir des données dont on dispose (GHM).

#### Intervention ARS NA

Le sujet est difficile car dans la méthode ANAP les GHM concernés ne représentent que peu d'activité de la Nouvelle-Aquitaine mais l'étude sur 2016 n'est pas encore réalisée.

Lors de l'envoi du vademécum pour les nouveaux CPOM, l'ARS envisage un indicateur simple : un taux global sur l'activité d'hospitalisation complète hors enfant.

#### Remarque :

La difficulté est de définir un indicateur : le risque est d'avoir un indicateur imposé par l'ARS. Les taux de transferts en HAD sont très loin de ceux fixés dans les CPOM.

Réponse :

Il y aura malgré tout un taux de transfert en HAD. Il s'agit d'une volonté forte du DG d'ARS de développer l'HAD.

Intervention :

Dans ORFEE, il y a également les transferts HAD. La méthode analyse les bases MCO et HAD et les hospitalisations dans les 7 jours suivant la sortie de MCO.

Réponse :

Il faudra, dans la méthode choisie, trancher sur la durée : méthode ORFEE (transfert à 7 jours) où se limiter à transfert à 2 jours pour qu'il n'y ait pas trop d'écart entre les deux séjours.

Remarque :

Il faudra expliciter le dénominateur du taux de transfert pour disposer d'un indicateur qui ait du sens.

ORFEE est un outil puissant. On peut avoir d'autres informations par l'ANAP sur des données ciblées et récentes (2017 devrait être disponible bientôt).

Intervention :

Le groupe HAD s'est attaché à restreindre les GHM et la population sur lesquels pourra être calculé ce taux de transfert. Un des biais de ces études est que l'on s'attaque à des populations extrêmement faibles avec une dispersion énorme. Donc pour essayer de récupérer un peu de pertinence il a été tenté de restreindre le dénominateur par élimination des séjours concernant les enfants et ceux de la CMD 14 et 15. Il s'agit de premières pistes.

Les échanges se feront par messagerie : l'indicateur devant être défini en fin juillet.

➤ **KRYPTON ET SRI**  
**DOCTEUR BERNARD TABUTEAU**

*Diaporama joint*

Deux serveurs sont en cours de mise en place dans l'objectif de créer des services e-santé régionaux.

Le premier, baptisé Krypton, vise à permettre le partage des images médicales des patients entre les radiologues et les prescripteurs. Le second a pour objet de sécuriser ce partage en intégrant des règles d'identification des patients via un serveur de rapprochement d'identités (SRI).

Ces deux services s'intègrent parallèlement dans le virage numérique et l'organisation territoriale des soins en favorisant la qualité et la pertinence des soins.

En matière d'identitovigilance régionale, des réflexions ont été menées avec des médecins DIM et des responsables d'identitovigilance pour publier en juin 2017 un Référentiel régional de bonnes pratiques en matière d'identitovigilance. Ce référentiel a été suivi de fiches pratiques pour répondre à des questions à partir d'exemples d'identités atypiques. Il est prévu de poursuivre le travail en éditant des documents type (charte et procédures d'identitovigilance).

L'ARS et le GIP ESEA (« e-santé en action ») ont lancé les projets, organisé des réunions de travail pour traiter les aspects techniques et fait des présentations auprès des professionnels concernés.

**KRYPTON**

L'idée vient d'une instruction de 2016 qui imposait à chaque région de mettre en place un socle commun de services d'e-santé. La démarche régionale a commencé par un groupe de travail dédié « imagerie » avec un groupe de radiologues. Le groupe a défini un certain nombre de besoins en termes d'échange et partage des images, d'archivage, de suivi de l'exposition aux rayonnements ionisants (dosimétrie) et d'outils pour la recherche médicale.

Il s'agit d'un service à la carte pour chaque établissement. L'enjeu est d'amener un maximum de personnes à utiliser ces services : les médecins prescripteurs, les praticiens qui réalisent des examens exposant aux rayonnements ionisants (possibilité d'évaluer la somme des doses délivrées par patient au niveau local et régional), les consommateurs d'imagerie médicale (urgentistes, médecins généralistes, autres cliniciens...).

En janvier 2018 un marché a été passé avec la société Carestream. Le déploiement se met progressivement en place. Des structures ont déjà commencé à contractualiser pour le service Krypton.

**SRI (Serveur rapprochement d'identités)**

Le SRI a pour objet d'identifier chaque patient de la région à l'aide d'un identifiant unique. En cas de doublon potentiel, la vérification et la correction seront réalisées par les établissements producteurs. Une cellule régionale d'identitovigilance (CRIV) est en train d'être constituée : elle aura comme rôle de faire le lien entre le serveur et les établissements.

Le marché a été passé avec la société Maincare pour un déploiement à partir du 3e trimestre 2018 sur des sites pilotes tels les trois CHU (réponses positives de Bordeaux et Poitiers et réponse de principe de Limoges), l'institut Bergonié et l'EFS. La validation du fonctionnement du SRI est en cours.

Le branchement des établissements au SRI comporte différentes contraintes, à la fois techniques et organisationnelles (respect des normes d'échanges d'information, du référentiel régional d'identitovigilance, mode de partage des identités dans un GHT...). Un audit sera réalisé pour chaque structure candidate pour définir son éligibilité et le niveau d'accompagnement éventuel qui sera nécessaire de mettre en œuvre avant branchement.

Le serveur doit également être en appui des services régionaux : KRYPTON, PAACO (partage de données de soins en ambulatoire), KPROCESS (dossier de cancérologie communiquant) et étendu à tous les secteurs (sanitaire et médico-social).

Demande :

Va-t-il y avoir une prise de contact avec le DIM de territoire pour avoir une représentativité dans cette cellule régionale ?

Réponse :

Oui. L'ARS est à la recherche d'un médecin DIM à mi-temps pour piloter la CRIV. Il faut par ailleurs créer un réseau d'identitovigilants qui concerne tous les DIM et notamment les DIM de GHT.

Intervention :

On est en train d'acquiescer au sein des GHT des solutions de rapprochement d'identités et on travaille sur la base des référentiels régionaux pour anticiper les problématiques que l'on va retrouver. Cependant, même en se basant sur ces référentiels communs on a, au cours de nos discussions, mis en évidence des situations problématiques qui devront être tranchées. Ce constat amène plein de questionnements sur l'importance de cette CRIV, sur sa composition (deux personnes à mi-temps). Il faudra prendre en compte toutes les spécificités, les pratiques et contraintes différentes des établissements. Il faudra aussi faire appel aux CIV de GHT qui sont en train de se constituer.

Réponse :

Chaque établissement (ou groupement d'établissements) est responsable des données qu'il envoie au SRI et aura accès à un tableau de bord sur les conflits potentiels d'identités qui le concernent. La CRIV facilitera les relations entre les responsables de l'identitovigilance de chaque structure concernées par un même patient.

Remarque :

Il faut trancher, car même lorsqu'on est en relation et que l'on se retrouve face à deux identités qui paraissent les mêmes, il arrive parfois qu'on ne puisse pas se mettre d'accord et que l'on ait des contraintes dans chaque établissement qui empêchent de trancher. La CRIV va donc avoir un travail plus important pour déterminer quand et à qui on fait appel lorsqu'on se retrouve face à des distorsions identitaires.

Réponse :

A ce jour la CRIV n'a pas été positionnée comme ayant le pouvoir de trancher mais pour mettre en relation deux établissements ayant des identités proches et de les aider éventuellement. Les cas ne pouvant pas être résolus seront considérés comme des identités différentes jusqu'à preuve du contraire.

Remarque :

Autant travailler avec les CIV car un certain nombre de GHT ont pris la décision de connecter non pas les établissements, mais les GHT.

#### ➤ **QUESTIONS DIVERSES.**

- **NOUVELLE METHODE DE REUNION :**  
**DR CORINNE ABADIE**

Une demande d'évaluation va être envoyée aux participants de Limoges et Poitou-Charentes pour recueillir leur ressenti et savoir s'il est pertinent de prévoir la prochaine réunion du 11 octobre 2018 sous cette forme ; les salles de visio sont d'ores et déjà réservées.

- **RAPPEL DE L'ARTICLE 51 DE LA LFSS (LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE) DE 2018 SUR LES INNOVATIONS ORGANISATIONNELLES**  
**DR VERONIQUE GILLERON**

La loi sur la santé offre la possibilité de financer autre chose que de l'innovation thérapeutique : l'idée étant de permettre l'émergence de nouvelles organisations dans le secteur sanitaire et médico-social.

A terme, les projets d'innovation organisationnelle (la FEHAP fait déjà des propositions en ce sens) proposés, dès lors qu'ils sont retenus, serviront de modèle pour être intégrés dans les lois de finances à venir. Ces nouveaux modes de prise en charge seront associés à un financement plus particulier.

Il s'agit aussi d'améliorer la continuité de soins entre le sanitaire et le médico-social pour concourir à l'amélioration de la prise en charge du parcours du patient.

- Le parcours du patient doit tendre vers un financement à 50% en T2A et 50% en financement au parcours.



Concernant ces parcours il y a des groupes de travail nationaux qui ont pour objectifs de définir des parcours en médecine et en chirurgie. Le résultat de ces travaux à paraître prochainement feront l'objet d'une discussion au moment de la loi de finances pour 2019 et seront présentés comme des modèles de parcours innovants sur lesquels, demain, les établissements sont susceptibles d'être financés.

- L'organisation de séquences de soins dans la prise en charge des patients : pour un patient chronique on doit pouvoir définir une séquence de soins dans l'ensemble de sa prise en charge.

Les objectifs de ces innovations organisationnelles sont de développer des modes d'exercices coordonnés, de structurer les soins ambulatoires (l'avant et l'après ambulatoire) mais aussi de favoriser la présence de professionnels de santé dans des zones défavorisées.

L'article 51 souhaite également développer des nouvelles organisations pour l'amélioration de la prise en charge par l'AM des médicaments, produits et prestations.

Le cadre réglementaire : le décret de février 2018 qui explique le fonctionnement et la mise en place d'un conseil stratégique national chargé de formuler des propositions sur les innovations dans le système de santé.

Le conseil stratégique a également pour mission de suivre les expérimentations proposées par les établissements, de formuler un avis en vue de leurs éventuelles généralisations pour être ensuite débattu et entrer dans la loi de finances de 2019.

Le DIM a donc un rôle dans la stratégie de l'établissement en matière d'innovation organisationnelle car il y a nécessité de s'appuyer sur l'analyse des données de parcours.

#### ➤ **INFORMATIONS DIVERSES**

Les réunions des groupes de travail MCO et SSR sont repoussées au 25 juin 2018.

Les journées du Grand Sud à Aix en Provence se tiendront le 14 et 15 juin 2018.

Pour information : les journées du Grand Sud s'organiseront l'année prochaine à BORDEAUX à la Cité du Vin.

#### ○ **REORGANISATION DE L'ACTIVITE DE VALIDATION PMSI AU SEIN DE L'ARS – DR ISABELLE JAMET**

L'ARS subit actuellement une réduction d'effectifs et certains services auront des départs non remplacés.

L'activité de validation PMSI au sein de l'Agence perdra, d'ici fin 2019, trois postes dont un seul sera remplacé. D'où la réflexion d'une réorganisation des travaux de validation en priorisant les champs avec impacts financiers notamment les établissements pour lesquels des arrêtes mensuels de financement doivent être produits.

Le premier départ d'agent « valideur » est Philippe Thouvenin au 13 juillet (départ en retraite). Le prochain départ sera Martine Tiffon début 2019 pour également un départ à la retraite.

Les établissements seront tenus informés des coordonnées des nouvelles personnes qui auront en charge leur validation.

Compte tenu de ce contexte, il est demandé à tous les établissements d'être très vigilant sur la qualité des données envoyées

La Présidente clot la réunion en remerciant les participants de leur présence et rappelle les dates des prochaines réunions

✍