

COTRIM du jeudi 28 Juin 2019

Compte rendu

ÉTAIENT PRESENTS :

Dr Corinne ABADIE
Dr Emmanuelle BERGEAL
Mr Michel BEY
Dr Laurence BOINOT
Dr Bérénice BRECHAT-HUET
Dr Antoine BROUILLAUD
Dr Véronique BUHAJ
Dr Paul CHATON
Dr Xavier CHAUMET
Mme Nadine DARTHOUT
Mme Marine DELL'OVA
Dr Véronique GILLERON
Mme Gaël GROS
Dr Marie Françoise ISSOULIE
Dr David LABROSSE
Dr Patrick LANDREAU
Mme Valérie LAVIGNASSE
Mme Bénédicte MARABEL
Dr Pierre MILOX
Mme Corinne PELLETIER
Dr Florence PERRET
Dr Denis REVIRON
Dr Anne Marie RULLION PAC SOO
Dr Claire SCHVOERER
Mme Charlotte TAUZIN
Mme Catherine VERMEIRE

Médecin DIM Clinique Saint-Augustin (33)
Médecin DIM GH la Rochelle-Ré-Aunis (17)
Directeur Adjoint CH de Niort (79)
Médecin DIM CHU de Poitiers (86)
Médecin DIM CH de Cadillac (33)
Docteur en Pharmacie – OMEDIT Nouvelle-Aquitaine
Médecin DIM CH de Périgueux (24)
Médecin DIM Clinique Saint-Germain de Brives (19)
Médecin DIM CH de Saintonge (17)
ARS Nouvelle-Aquitaine – Gestionnaire PMSI
OMEDIT Nouvelle-Aquitaine
Médecin DIM CHU Bordeaux (33)
ARS Nouvelle-Aquitaine – Chargée d'études statistiques
Médecin DIM CH de Tulle (19)
Médecin DIM Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine (33)
Médecin DIM CH de Niort (79)
ARS Nouvelle-Aquitaine – Direction des financements
CREAI Nouvelle-Aquitaine
Médecin DIM Clinique SSR KORIAN Château Lemoine (33)
ARS Nouvelle-Aquitaine – Chargée d'études statistiques
Médecin DIM CRF Salies de Béarn (64)
Médecin DIM Polyclinique de Navarre (64)
Médecin DIM CH Agen-Nérac (47)
ARS Nouvelle-Aquitaine – Médecin Conseil
ARS Nouvelle-Aquitaine – Chargée d'études statistiques
ARS Nouvelle-Aquitaine – Direction des financements

ÉTAIENT EXCUSES :

Dr. Catherine BALLAY
Mme Nathalie BLANC
Dr Yann BLANCHARD
Dr Eric CAPDEQUY
Dr Emmanuelle CAPDENAT-RAYMOND
Dr Franck CHALARD
Dr David CRENN
Dr Béatrice DEROZIER
Mme Dagmara DOYEN
Mr Jean Luc DUBOIS
Dr Pascal HERICOTTE
Mr Marc HERITIER
Mr Stéphane JACOB

Médecin DIM CH du Pays d'Eygurande (19)
Directeur adjoint DAF CH Agen (47)
Médecin DIM au CH de la Côte Basque à Bayonne (64)
Médecin DIM CH de Dax (40)
Médecin DIM à l'hôpital suburbain du Bouscat (33)
Médecin DIM au CH Esquirol à Limoges (87)
Médecin DIM CH de Libourne (33)
Médecin DIM groupe Capiro - CMC de l'Atlantique (17)
ARS Nouvelle-Aquitaine – Direction des financements
Directeur Polyclinique de LIMOGES (87)
Médecin DIM au CH de Dax (40)
Directeur du MRC La Rose des Sables au Teich (33)
Directeur Adjoint DAF CH de Cognac (16)

Dr Françoise JARRY	MSA Sèvres-Vienne – Médecin Conseil
Mme Catherine LONQUETY	Directrice Adjointe DAF GH La Rochelle-Ré-Aunis (17)
Mr Pierre MALTERRE	Directeur Clinique Francheville (24)
Dr Catherine PATUREAU-MIRAND	Médecin DIM Polyclinique de Limoges (87)
Mr David RIVIERE	Directeur adjoint DAF CH de Libourne (33)
Mr Serge ROULET	Directeur Adjoint DAF au CH de DAX (40)
Dr Alain SIMON	Médecin DIM Clinique du Sport (33)



La Présidente ouvre la séance organisée en visio-conférence sur les deux sites de l'ARS NA BORDEAUX et LIMOGES. Des difficultés techniques ne permettent pas de voir le site à distance. A POITIERS, la connexion n'a pas été possible avec le CH Henri Laborit.

La présidente s'excuse de l'annulation du dernier COTRIM de mars, qui n'a pas pu se tenir en l'absence des intervenants ARS : départ du docteur Isabelle Jamet qui a quitté ses fonctions, départ de Mme Tiffon en retraite et absence temporaire de Mme Gros.

Le Dr Jamet est remplacée par Mme Aurélie Lacroix sur les fonctions de responsable du pôle Etudes, Statistiques et Evaluation de l'ARS. Mme Tauzin reprend la coordination du COTRIM.

La Présidente rappelle qu'il ne peut être nommé au bureau du COTRIM qu'un médecin. Mme TAUZIN précise qu'un recrutement de médecin est en cours pour un poste au sein du pôle études, statistiques et évaluation. La personne recrutée pourra ainsi intégrer le bureau du COTRIM.

 **CODAGE PMSI DES INDICATIONS DES MEDICAMENTS DE LA LISTE EN SUS ET DES MEDICAMENTS SOUS AUTORISATION TEMPORAIRE D'UTILISATION (ATU ET POST-ATU)**
MARINE DELL'OVA ET ANTOINE BROUILLAUD - OMEDIT

La mise en place du suivi PMSI des indications des médicaments, mis en œuvre en 2018 sur les médicaments de la liste en sus et en 2019 pour les médicaments sous ATU et post-ATU, a été rendue obligatoire pour le champ MCO et HAD.

Ce dispositif s'inscrit dans la continuité du dispositif régional de suivi des indications des médicaments hors GHS mis en œuvre par l'OMEDIT depuis 2015.

L'objectif est de tendre vers une transparence des indications par prescripteur, pour une meilleure connaissance des pratiques de prescription en vie réelle, avec comme objectifs de favoriser la pertinence des prescriptions et le cadrage des prescriptions hors AMM, qui doivent rester exceptionnelles et relever de l'absence d'alternative thérapeutique et être argumentées au dossier patient.

Le suivi qualitatif des prescriptions hors AMM, non intégré au dispositif PMSI, doit être toujours transmis à l'OMEDIT, selon un rythme si possible mensuel, et a minima semestriel.

Le dispositif a vocation à évoluer en 2019 avec la transmission de l'argumentaire des situations hors AMM pour l'ensemble de la cohorte de patient (et non plus pour les seules initiations de traitement), pour être le plus en lien avec les déclarations PMSI hors AMM (code I999999).

Ainsi le suivi des indications liste en sus doit être envoyé tous les mois dans le PMSI, et le fichier OMEDIT ne doit être envoyé que pour le suivi qualitatif des situations hors AMM.

Rappel du calendrier 2019 de codage des indications de la liste en sus :

- MCO public et privés : à compter du 1/03/2018 : valorisation des seules indications remboursables en sus des GHS = indications intra GHS et erreurs non valorisées
- HAD :
 - o 1/03/2019 : Codage obligatoire pour que la facture soit valorisée - non valorisé si vide ou absent du référentiel
 - o 1/12/2019 : valorisation des seules indications remboursables en sus des GHS = indications intra GHS et erreurs non valorisées

Le code d'indication de la liste en sus (LES) est formalisé par la lettre « I » suivie de 6 chiffres :

- Un code indication IXXXXXX est créé pour chaque d'indication d'AMM (certains codes indications correspondent à des indications prises en charge en sus des GHS et d'autres non)

- Les codes I999999 : codes hors référentiel, la situation doit être argumentée argumentaire et présenter des données bibliographiques
- Les codes I999998 : pour les médicaments expérimentaux pris en sus

Il reste encore des interrogations sur les codages, notamment pour des cas très précis (AMM Miroir) dans l'attente d'un positionnement du niveau national pour une harmonisation de codage. Le RESOMEDIT a fait des propositions au niveau national pour qu'il y ait des consensus établis.

Pour les médicaments sous ATU et post-ATU, le codage de l'indication est obligatoire à compter du 1/09 prochain pour les médicaments intra-hospitaliers, et à compter du 1/01/2020 pour la rétrocession.

Dr Gilleron intervient pour indiquer que le sujet des indications pour les médicaments doit plutôt être traité par les pharmaciens car le DIM n'a qu'un rôle de « boîte à lettre » dans ce circuit.

A. Brouillaud indique que le suivi des indications des médicaments hors GHS est un travail collaboratif impliquant médecins et pharmaciens. L'OMEDIT fait un appel à candidature pour un groupe de travail sur les modalités de recueil et suivi. Pour cela il distribue un document d'appel à volontaire en séance.

Dr Gilleron intervient pour signaler que cette demande s'inscrit suite aux 5 groupes nationaux mis en place sur l'instruction de gradation des soins (ex circulaire frontière) dont un sur les médicaments de la réserve hospitalière : comité de pilotage 9 juillet.

Dans ce cadre, les OMEDIT ont été sollicités par le niveau national pour contribuer aux travaux sur les médicaments de la réserve hospitalière, en lien avec les professionnels qui seront susceptibles d'être contactés selon les nouvelles orientations qui seront données par le Ministère.

MISE EN PLACE D'UN POLE RESSOURCES CEREBROLESES EN NOUVELLE-AQUITAINE **BENEDICTE MARABET (CREAI) ET CLAIRE SCHVOERER (ARS NA, DOSA)**

Résultat d'une étude pour faire un état des lieux sur le PARCOURS DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES CEREBROLESES EN NOUVELLE-AQUITAINE

Une étude a été réalisée à la demande de l'ARS NA, pour répondre au besoin de mise en place d'un pôle ressources régional pour les personnes cérébrolésées (au centre Adrien Dany, à Limoges). Un groupe de travail existe et travaille sur le sujet depuis début 2018.

Le but de l'étude étant de comprendre le parcours du patient et d'en détecter les failles.

Pour l'étude régionale sur le parcours des patients cérébrolésés pris en charge en établissements de santé MCO, établissements de santé SSR et les établissements médico-sociaux, les interrogations ont porté sur les difficultés de prise en charge de ces publics, les collaborations existantes entre structures, la recherche des zones où préexistent des besoins non pourvus ainsi que sur les attentes des établissements sur la mise en place d'un pôle ressources sur ces patients.

Champ d'enquête : Traumatisés crâniens, AVC, lésions traumatiques, maladies acquises comme tumeur cérébrales et encéphalites – Etablissements de santé autorisés en SSR et établissements médico-sociaux.

Résultats et interprétation :

Champ sanitaire

Récupération de la file active 2018. Des écarts importants sont intervenus entre l'extraction réalisée sur le PMSI SSR et le terrain. Une demande est en conséquence émise auprès du COTRIM pour aider au périmètre du champ de l'enquête.

Champ médico-social

Le public et les prises en charge sont bien identifiés.

-  30 % des traumatismes crâniens peuvent avoir des séquelles
-  50 % des AVC dont la moitié ont des séquelles importantes
-  300 enfants sont accompagnés alors que seulement 30 places sont identifiées
-  1 600 adultes sont pris en charge pour 685 places identifiées

Origine de la lésion

Dans les établissements SSR : pour les adultes 61% résultent d'AVC.

Dans les établissements médico-sociaux : pour les enfants 66% autres lésions cérébrales acquises (bébé secoué, noyades...)

Sorties

Les sorties des établissements SSR se font pour 10% vers le champ du handicap, avec de fortes listes d'attente. Les retours à domicile concernent 80% des patients : est-ce un manque d'accueil spécifique ?

Partenariats

Il existe de nombreux partenariats entre ESMS et les structures de soins, notamment pour des avis techniques, un accompagnement à la sortie, et des demandes d'expertise.

Pôle ressources

L'idée d'un pôle ressources est confortée par les attentes déclarées des établissements interrogés.

Questions/Réponses

Dr Schvoerer : Définition du handicap par décret de 2015. Les patients cérébrolésés ont un profil particulier. En attente d'un travail particulier sur le sujet.

Dr Abadie demande quelle est la chronologie de la démarche ? Le projet étant bien avancé, est-il encore possible d'intervenir ? Comment se situe le COTRIM dans la démarche ?

Dr. Perret indique qu'il faut solliciter les groupes du COTRIM en amont, ces derniers étant là pour aider. Il faut aussi penser à utiliser les données disponibles au niveau de l'ARS pour ne pas faire travailler chaque DIM dans son coin.

Dr. Gilleron demande des précisions sur le fichier et le calendrier qu'elle considère trop restreint.

B. Marabet précise que les données utilisées pour la partie médico-sociale proviennent de l'enquête ES, enquête quadriennale. Le choix des établissements SSR s'est fait à partir du PMSI : le choix de diagnostics CIM 10 en SSR a certainement été trop restreint.

La discussion continue sur la non sollicitation du COTRIM pour la mise en place de ce recueil.

Dr. Schvoerer ajoute qu'il ne s'agit que d'une étude exploratoire ; elle est preneuse d'une bonne méthode d'exploration.

Dr. Abadie demande si ces données peuvent être reprises et s'il est encore temps de reprendre l'état des lieux. La réponse est OUI.

B. Marabet continue ses précisions : l'étude a commencé en Mars pour un retour rapide ; élargir les codes pour mieux analyser la population concernée peut être intéressant pour l'approche quantitative.

Dr. Schvoerer souhaite connaître la population des patients cérébrolésés qui ne passe pas dans les SSR.

C. Tauzin intervient pour redéfinir la commande faite : Il y a de nombreuses difficultés à avoir une méthodologie précise pour extraire les patients et les structures les prenant en charge. Le Dr. Schvoerer à fournit 3 études, avec autant de méthodologies différentes.

Dr. Gilleron dit qu'il est vraiment regrettable que la méthode ait été présentée aux groupes de travail sans avis du COTRIM.

Dr. Schvoerer suppose une sous-estimation du problème ; elle est partante pour refaire cet état des lieux avec l'aide du COTRIM. Le but étant de déceler où il reste des patients non pris en charge afin d'évaluer le nombre de places nécessaires pour prendre en charge cette population.

Dr. Abadie propose l'aide du COTRIM. Elle demande **l'envoi des documents utiles (cahier des charges notamment)** pour que le groupe de travail SSR puisse réfléchir sur la méthode et l'analyse des bases de données.

MISE EN PLACE ET DEPLOIEMENT DE LA PLATEFORME DE REGULATION DES TRANSPORTS : POINT D'AVANCEMENT **MME CATHERINE VERMEIRE, ARS NA, DIRECTION DES FINANCEMENTS, POLE GESTION DU RISQUE**

L'ARS et l'AM ont fait le choix d'une procédure concurrentielle négociée pour sélectionner le prestataire. La procédure a débuté en juillet 2018, quatre candidats étaient en lice. Après 3 tours de négociation, le marché a été notifié le 15 avril 2019 à la société Sanilea pour l'applicatif Speed Call.

Le jury était composé de membres de l'ARS, de l'Assurance Maladie, d'un expert achat de la centrale RESAH ainsi que d'un expert informatique, des fédérations hospitalières. Il a sélectionné la solution des candidats selon des critères de fonctionnalités, des critères informatiques et selon le coût.

Le déploiement débute par une phase de test au Centre Hospitalier Côte Basque, la plateforme démarre au 1er juillet dans quelques services et le déploiement sur l'ensemble des services s'effectuera courant juillet. La

phase pilote de septembre à décembre 2019 concerne 13 établissements qui couvrent la quasi-totalité de la Nouvelle-Aquitaine. L'ex Poitou-Charentes étant déjà équipé par la solution Speed call.

A noter que 2 CHU sont intégrés à la phase pilote : ce sont des établissements avec une volumétrie de commandes de transports significative.

La phase d'extension s'étendra sur l'année 2020 et concernera 40 établissements,

En parallèle du déploiement dans les établissements, des réunions sont organisées dans chaque département pour les transporteurs afin de leur présenter le tour de rôle, les fonctionnalités de la plateforme et la charte de bonnes pratiques.

En termes de coûts :

→ Pour les établissements

Les coûts d'accès et l'interface DPI sont payés une seule fois.

- Le coût de l'interface DPI est forfaitaire et s'élève à 600€ (paiement une seule fois)
- le coût d'accès et la maintenance dépendent du capacitaire de l'établissement. Le coût d'accès est payé une seule fois, la maintenance tous les 6 mois.
- Le coût de la maintenance sera à régler à compter du prononcé de la VSR (vérification de service régulier) en fin d'année 2020. Une calculatrice est mise à disposition des établissements pour en connaître le montant.

→ Pour l'ARS

L'ARS prend en charge les coûts afférents : aux paramétrages régionaux, aux paramétrages des établissements pour l'article 80 et le brancardage, aux formations ainsi qu'aux temps humains d'installation dans les structures.

→ Pour les transporteurs

Le coût sera de moins de 3 euros par mois et par véhicule inscrit.

La mise en place de la plateforme est subordonnée à la signature d'une charte de bonnes pratiques entre l'établissement et les transporteurs.

Les principes généraux de la charte sont :

- d'utiliser systématiquement la Plateforme pour les prescriptions et les commandes de transport
- pour les transports à la charge de l'Assurance Maladie : le principe est de concilier le libre choix du patient avec le tour de rôle et le transport partagé
- le libre choix, s'il est exprimé, est respecté ; notamment pour les transports en ambulance.
- concernant le transport assis, la priorité sera donnée au tour de rôle pour pouvoir mutualiser les missions, les algorithmes de regroupement des missions seront travaillés à partir de 2020.
- les transporteurs s'engagent sur le fait de faire du tour de rôle la règle et de la sous-traitance l'exception.

La charte de bonne pratique liste les engagements de chacun :

Par exemple les engagements des établissements sont d'anticiper au maximum la prescription, de planifier, de faciliter l'accès aux transporteurs. Pour les transporteurs de respecter les horaires, les règles d'hygiène... En cas de problème soit du fait d'un transporteur, soit du fait de l'établissement les événements indésirables sont déclarés sur la plateforme et tracés.

L'algorithme de la Plateforme de transport permet de qualifier le transport : soit à la charge de l'établissement dans le cadre de l'article 80, soit à la charge de l'Assurance Maladie,

La charte de bonne pratique insiste sur la mise à disposition de la prescription pour les transporteurs avant la réalisation du transport,

Les fonctionnalités de la plateforme permettent d'éditer et de transmettre la prescription de transport, la prescription peut être récupérée en ligne par le transporteur après validation de cette dernière par le médecin.

Dr. Bréchat revient sur l'apposition des signatures scannées. Comment cela sera t'il géré ?

C. Vermeire du pôle GDR de l'ARS précise que la signature électronique est protégée ; chaque prescripteur dispose d'un compte personnel à double identification. Les données sont hébergées sur un serveur HDS sécurisé et extérieur à la société Saniléa.

La plateforme permet de générer des statistiques quotidiennes, exploitables sous Excel.

Dr. Perret pose la question de l'intégration des TDE et TDS dans la plateforme ? La réponse est positive. De même, l'intégration des DPI sera-t-elle possible ? Le prestataire reviendra vers les établissements pour l'interfaçage.

Dr. Chaumet demande si les modifications de prise en charge en cours de transports seront possibles. La réponse est oui, en revenant sur la plateforme pour faire les modifications. Le Dr. Chaumet conclut qu'il faudra donc mettre en place des contrôles internes.

A priori, les établissements auront accès aux données en bases non anonymisées.

POINT SUR LES GROUPES COTRIM

1. PSYCHIATRIE

Pas de document de présentation prévu par le groupe. Le Dr. Landreau revient sur les différentes thématiques traitées :

- Codages des actes en psychiatrie ambulatoire ;
- Redéfinition de l'utilisation des codes et des situations de codage ;
- Activité d'addictologie : activité multiforme demandant de faire un point sur ce type de prise en charge ;
- EMPP : Des injonctions contradictoires sur le recueil l'activité entraînent des questions. Les EMPP ne doivent pas être codée dans le RIM-P, alors que des données sont demandées par l'ARS à un niveau fin.

Les enregistrements des données sont fortement hétérogènes. Les travaux en cours permettent donc d'amenuiser ces différences.

Le recueil d'indicateurs supplémentaires sur isolement et contention a été ajouté dans le PMSI. C'est un sujet qui fait la une de l'actualité fréquemment et sur lequel les établissements sont très attendus.

Calcul des redistributions de DAF

L'ARS a travaillé sur des critères de redistribution d'enveloppe.

V. Lavignasse indique que pour le calcul de la DAF, les critères discutés en petite région Aquitaine ont été repris, puis modifiés en 2018 pour suivre les recommandations nationales : ajout d'une variable de précarité et prise en charge des détenus.

Dr. Bréchat fait remarquer le manque de finesse des critères sociaux démographiques à l'échelle du département ; elle demande un travail avec l'INSEE pour identifier des indicateurs plus fins sur les secteurs. Elle précise qu'il est dommage que le groupe COTRIM psychiatrie n'ait pas été interrogé sur ce nouveau modèle. Notamment sur l'indicateur de file active qui semble avantager les structures qui prennent en charge beaucoup de patients mono-consultants.

V. Lavignasse répond que les fédérations ont été interrogées, mais que ce sont principalement des DAF qui sont intervenus. Concernant la question des perdants/gagnants, elle fait remarquer qu'il n'y a plus de perdants, qu'il s'agit d'un effet affichage. Les différences constatées sont surtout un effet grande région, en plus des nouveaux critères d'activité.

Pour le Dr. Bréchat, les prises en charge de mono-consultants « sur-dotent » les CHS.

C. Tauzin annonce que l'ARS va saisir l'INSEE pour obtenir des données par secteur, à l'instar des données Occitanie.

Une demande d'inscription d'un point d'actualité dans le prochain COTRIM est faite.

2. GROUPE HAD

Le mode de prise en charge « 08 » présente une définition assez vague. Le groupe essaie de redéfinir les périmètres de cette prise en charge.

Une rencontre a eu lieu le 21 mai dernier avec des médecins coordonnateurs pour discuter des souhaits de recommandations sur ce mode de prise en charge. Les échanges ont été très ouverts. D'autres précisions semblent nécessaires sur les séjours continus ou discontinus.

Dr. Boinot présente les résultats de la thèse de Chloé Deshayes-Morgand concernant les transferts de séjours MCO vers HAD : la sélection de GHM de l'ANAP datant de 2013, une enquête a été envoyée aux structures HAD leur demandant de se positionner sur les filières à développer.

Le questionnaire a été basé sur des racines de GHM identifiées sur l'activité 2017, comportant déjà des taux de transferts et des volumes importants en région et en France. Des questions ont été posées sur les difficultés ainsi que les facteurs facilitants.

26 structures sur 29 ont répondu à l'enquête.

Résultats :

Une méconnaissance des prises en charges possibles en HAD persiste dans les interlocuteurs des HAD (Hôpitaux, ESMS, ville...).

Il y a peu de structures employant des sages-femmes et des puéricultrices, il ne serait pas pertinent de développer de la périnatalogie et de l'obstétrique dans toutes les structures.

L'enquête met en avant 18 racines de GHM qui pourraient être suivies car présentant de fortes opportunités de transfert vers l'HAD.

3. GROUPE SSR (F. PERRET)

4 réunions ont eu lieu depuis décembre 2017. Un certain essoufflement du groupe se fait sentir.

2 thématiques ont été explorées par le groupe : codage des situations très complexes et précarité (qui a montré de gros écarts de pratiques de codage) mais ces travaux n'ont pas été poursuivis.

Une note sur les Lambda SSR a été rédigée et envoyée en fin d'année 2018 à l'ensemble des médecins.

Les difficultés de mobilisation des deux groupes de travail MCO et SSR amènent à proposer une fusion de ces deux groupes. La proposition sera formalisée par un mail conjoint des Drs. Perret et Capdequy.

FOCUS SUR 2 NOUVEAUTES 2019

1. REHABILITATION AMELIOREE APRES CHIRURGIE OU RAAC (V. GILLERON)

Afin de favoriser le retour à domicile de manière plus précoce, la DGOS a voulu apporter un soutien à la RAAC. L'implication du patient est très importante dans ce dispositif : exemple exercice pré-opératoire, régime pré-opératoire comme des régimes hyper glucosé, jeûne réduit...

Les protocoles doivent être écrits, comportant les paramètres à recueillir (biologique, clinique), les chemins cliniques doivent être clairement décrit et définis pour répondre le plus possible au protocole. Le déploiement peut être progressif pour identifier les freins à lever pour mieux organiser le circuit du patient à organiser.

Pour l'évaluation et l'audit, le patient doit être impliqué, et des indicateurs suivis définis.

Les données médicales peuvent permettre :

- D'identifier des parcours chirurgicaux éligibles à des programmes RAAC (liste HAS).
- De suivre des indicateurs sur les effets de la mise en œuvre de ces protocoles dans l'activité des structures et de leur organisation : (prescriptions en ville analysées par le SNDS pour ces patients, exemple : les traitements de la douleur)
- D'organiser les blocs en fonction de ces nouveaux protocoles.

La DGOS a intégré un dispositif financier incitatif sur 17 GHM, similaire à ce qui avait été fait avec la chirurgie ambulatoire, les bornes de durées de séjours (qui entraînent des effets de baisse de tarifs sur les séjours courts) ne sont pas pris en compte si la variable « RAAC » est indiquée pour le séjour.

Il est donc rappelé que :

- es protocoles de RAAC doivent être validés en CME :
- Une reconnaissance par un cahier des charges, ou un protocole avec la description de la RAAC, doit forcément être validé par une délibération en CME.
- Il ne faut pas se limiter au codage des 17 racines de GHM, mais cocher RAAC dès que l'activité est validée.
- Le chemin clinique doit être retracé dans le dossier médical.

Les protocoles ne sont pas forcément tous recensés ni centralisés, il faut donc que les établissements mettent en place un recensement les fassent valider en CME pour procéder ensuite au codage de cette variable dans le PMSI.

2. CONVERSION HP-HC (C. ABADIE)

Cette nouvelle variable a été créée à la demande de l'HAS afin d'identifier ces séjours dans les bases PMSI. Elle doit être codée pour les patients admis dans une UM d'hospitalisation partielle et mutés dans un second temps dans une unité d'hospitalisation complète.

Des nouveaux codes erreurs spécifiques signaleront les anomalies de codage (nouveaux tableaux OVALIDE).

RETOUR SUR JOURNEES DU GRAND SUD A BORDEAUX **DR. CORINNE ABADIE**

Les journées du Grand Sud se sont déroulées les 13 et 14 juin à Bordeaux. Le thème était l'information médicale au centre des transformations du système de santé.

4 sessions :

- Réflexion sur la transformation de l'information médicale (Franck Chauvin, Yves Gaubert) : approche territoriale et populationnelle. Comment revoir notre système de santé pour ne pas faire du tout hospitalier ? Comment toute l'information médicale disponible peut servir à enrichir ces dispositifs futurs ?
- Information médicale et innovations dans la prise en charge des patients (François Alla, Nathalie Salles) : innovations – prise en charge des urgences sur site (V. Buhaj).
- Enjeux des données en santé (Omar Yahia avocat spécialiste des contrôles, Fabienne Seguret) : 2 interventions + communications libres
- Table ronde : 4 présentations sur l'information et l'approche en stratégie médicale (Laure Comar, Didier Theis, Pierre Métral, Véronique Gilleron).
- Plusieurs sujets abordés au cours de cette table ronde : Quelle évolution pour un médecin de DIM : tarification ? Non. Méthode ? plutôt oui. Quelle est la place de l'information médicale et du médecin : s'assurer d'un plan robuste de qualité pour éviter les mauvais codages et assurer les suivis, l'analyse des données, l'accompagnement des résultats produits, les méthodologies. Le développement peut toujours se faire, par formation notamment.

QUESTIONS DIVERSES

- Seuils cancérologie : Mise à disposition des documents de la méthode INCA.
- Liste des actes de cardiologie soumis à seuil : elle sera remise aux membres COTRIM pour avis. Elle a été établie entre la DOSA et le médecin des statistiques.
- PAACO Globule : problématique sur l'identité-vigilance dans l'outil qui ne doit pas se substituer au DMP ou au dossier médical. Quel statut juridique ? Quel hébergeur ? quel sont les droits d'accès, comment est recueilli le consentement du patient, sous quelle forme, comment et sur quelle période sont conservées les données ? La question est posée au COTRIVE (Bérénice BRECHAT-HUET). Le respect de la réglementation ne semble pas honoré. Les CPAM essaient de vendre en parallèle le DPM.
- Michel Bey synthétisera les questions qui se posent sur ce sujet.
- PIA externe facturable en SSR : concernent-elles juste les établissements MCO ou bien englobent-elles les actes des libéraux ?
- Transport inter-établissements : forfait possible mais juste pour le privé... Que faire ? G. Gros : lors des réunions des valideurs ATIH, le sujet est resté très flou et des textes semblent encore à l'étude pour l'été.
- Notice technique ATIH : cotation curage seulement si ablation positive.

COMPLEMENTS

Il est demandé de diffuser les invitations aux suppléants en plus des titulaires.

Prochaine réunion du Groupe HAD au matin du COTRIM plénier du 10 octobre 2019

Prochaine réunion du Groupe Psy le 26 septembre 2019 en salle 17

Le prochain COTRIM plénier aura lieu le jeudi 10 Octobre 2019 à 13h30