

## COTRIM du jeudi 10 octobre 2019

### Compte rendu

#### ÉTAIENT PRESENTS :

Dr Corinne ABADIE	Médecin DIM - Clinique Saint-Augustin (33)
Dr Emmanuelle BERGEAL	Médecin DIM - GH la Rochelle-Ré-Aunis (17)
Dr Yann BLANCHARD	Médecin DIM - CH de la Côte Basque (64)
Dr Laurence BOINOT	Médecin DIM - CHU de Poitiers (86)
Dr Bérénice BRECHAT-HUET	Médecin DIM - CH de Cadillac (33)
Mme Béatrice LOULIERE	Pharmacien - OMEDIT Nouvelle-Aquitaine
Dr Véronique BUHAJ	Médecin DIM - CH de Périgueux (24)
Dr Elisabeth CAPDENAT-RAYMOND	Médecin DIM - Hôpital suburbain du Bouscat (33)
Dr Paul CHATON	Médecin DIM - Clinique Saint-Germain (19)
Dr Xavier CHAUMET	Médecin DIM - CH de Saintonge (17)
Mme Nadine DARTHOUT	Gestionnaire PMSI - ARS Nouvelle-Aquitaine
Dr Amina ETTORCHI	Médecin DIM - Clinique Bordeaux Rive Droite (33)
Dr Corinne FREIMANN	Médecin DIM - CH La Candélie (47)
Mme Gaël GBABODE	Directeur adjoint DAF - CH Angoulême (16)
Dr Véronique GILLERON	Médecin DIM - CHU Bordeaux (33)
Mr Stéphane JACOB	Directeur Adjoint DAF - CH de Cognac (16)
Dr Anne JAFFRE	Médecin DIM - CLCC Institut Bergonié (33)
Dr Françoise JARRY	Médecin Conseil - MSA Sèvres-Vienne
Dr David LABROSSE	Médecin DIM - Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine (33)
Dr Patrick LANDREAU	Médecin DIM - CH de Niort (79)
Mme Corinne PELLETIER	Chargée d'études statistiques - ARS Nouvelle-Aquitaine
Dr Florence PERRET	Médecin DIM - CRF Salies de Béarn (64)
Dr Denis REVIRON	Médecin DIM - Polyclinique de Navarre (64)
Mr David RIVIERE	Directeur adjoint DAF - CH de Libourne (33)
Mme Evelyne TEMPEZ	Gestionnaire PMSI - ARS Nouvelle-Aquitaine

#### ÉTAIENT EXCUSES :

Dr Florence BERTHELEMY	Médecin DIM - CH La Rochelle
Mr Michel BEY	Directeur Adjoint - CH de Niort (79)
Mme Nathalie BLANC	Directeur adjoint DAF - CH Agen (47)
Dr Laurent BOUET	Médecin DIM - CH Henri Laborit (86)
Dr Antoine BROUILLAUD	Docteur en Pharmacie – OMEDIT Nouvelle-Aquitaine
Dr Mireille DENOYER	Médecin DIM - Centre Médical National de Sainte Feyre (23)
Dr Béatrice DEROZIER	Médecin DIM - CMC de l'Atlantique (17)
Mme Dagmara DOYEN	Direction des financements - ARS Nouvelle-Aquitaine
Mr François DUBOIS	Directeur adjoint DAF - CH de Poitiers (86)
Mme Gaël GROS	Chargée d'études statistiques - ARS Nouvelle-Aquitaine
Dr Marie Françoise ISSOULIE	Médecin DIM - CH de Tulle (19)
Mme Valérie LAVIGNASSE	Direction des financements - ARS Nouvelle-Aquitaine
Mme Catherine LONQUETY	Directrice Adjointe DAF - GH La Rochelle-Ré-Aunis (17)

Mme Sophie MARTAGEIX	Directrice adjointe - CH de Brive (19)
Dr Pierre MILOX	Médecin DIM - Clinique SSR KORIAN Château Lemoine (33)
Mr Alain MOSCONI	Directeur adjoint - CH Charles Perrens (33)
Dr Catherine PATUREAU-MIRAND	Médecin DIM - Polyclinique de Limoges (87)
Mr Serge ROULET	Directeur Adjoint DAF - CH de DAX (40)
Dr Alain SIMON	Médecin DIM - Clinique du Sport (33)
Dr Bénédicte SOULA	Médecin DIM - CHS des Pyrénées (64)
Mme Charlotte TAUZIN	Chargée d'études statistiques - ARS Nouvelle-Aquitaine
Dr Anne Claire VOLATRON	Médecin DIM - CH Pau Orthez Oloron (64)



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

Il est rappelé que lors des derniers COTRIM, il avait été émis le souhait d'avoir des précisions et des éclaircissements sur PAACO-globule  
La séance commence donc par ce sujet.

#### **PAACO GLOBULE (MME BILLEBOT - ARS NA DOSA)**

Mme BILLEBOT nous fait un retour sur le déploiement des Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) en Nouvelle Aquitaine.

Les PTA sont là pour venir en appui aux professionnels de santé en particulier libéraux pour la prise en charge des patients complexes.

#### **Ces PTA ont 3 missions :**

- Information et orientation
- Appui à la Prise en charge coordonnée des patients en situation complexe
- Animation territoriale (appui aux développements des pratiques coordonnées des professionnels)

Le but étant de transformer les modes de prises en charge et de faire le maximum afin de maintenir le patient à domicile ; la meilleure échelle de travail étant de localiser les PTA au niveau du département (APA, petite enfance et Handicap).

#### **Les principaux acteurs de ces PTA sont :**

- Dans un premier temps, le médecin traitant, les infirmières et la pharmacie avec éventuellement le kinésithérapeute
- Elargissement du cercle en ajoutant une partie sociale auprès du patient
- Puis un dernier englobant tous les partenaires de la prise en charge du territoire (établissement publics, privés, HAD).

Les CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) ont été représentées dans le système car ce sont quasiment les mêmes partenaires sauf que c'est à une échelle infra départementale ; notion de fractale dans le dispositif. Les PTA travaillent également avec les financeurs, les associations et ont un rôle de maillage sur un territoire.

Par contre les PTA n'interviennent jamais à la place des dispositifs existants, elles sont là pour de l'appui à la coordination et interviennent en subsidiarité uniquement que si l'on ne peut pas faire autrement.

#### **Stratégie régionale en Nouvelle-Aquitaine :**

La PTA est la conséquence de l'outil de coordination de la **plateforme territoriale d'appui Santé Landes**, mise en place dans le cadre du programme Territoire de soins numériques.

La stratégie a été axée sur la facilité, la simplicité d'accès et la lisibilité. La PTA doit d'être articulée autour des GHT avec une qualité de service homogène sur l'ensemble de la région. Pour cela une organisation et des outils ont été mis en place :

- Un numéro de téléphone unique 0809 109 109
- Un outil de coordination unique
- Des processus métiers harmonisés
- Une charte graphique unique.

Il faut rappeler qu'il y a un couplage extrêmement fort entre l'organisation et les outils.

**Gouvernance :** Depuis 2012, un travail a été mené sur les organisations départementales pour avoir un seul opérateur de ces PTA par département, à l'époque on parlait de réseau de coordination. Puis est apparue la fusion des Maia et des Réseaux au sein du dispositif unique. Ont été conservées les antennes de proximité sur les territoires des Maia (proximité et connaissance des gens).

**Virage numérique :**

Un pari sur la mobilité.

L'application est disponible sur smartphones ou tablette en version iOS et Android.

Un mode déconnecté permet son utilisation partout, notamment au domicile des patients quand ils résident dans des zones isolées.

Les principales fonctionnalités permettent :

- De suivre, coordonner et planifier la prise en charge de l'ensemble des parcours de santé ;
- De partager un dossier patient regroupant les principales informations nécessaires à la coordination ;
- De communiquer au sujet d'un patient sous forme de messages écrits, de notes vocales, de partages de photos et de documents (SMS sécurisés) ;
- De saisir et d'organiser des documents métiers ;
- De saisir un Plan Personnalisé de Santé (PPS) et un Plan de Service Individualisé (PSI) ;
- De notifier des alertes et des tâches ;
- De réaliser des actes de télé expertise ;
- De suivre et organiser l'activité d'une structure de coordination ;
- De renforcer les liens ville-hôpital par une interface.

**Comment mobiliser les acteurs et comment faire la transformation ?**

Un travail de coordination sur 3 niveaux depuis fin 2015 :

- Séance de travail collective afin d'échanger et d'arbitrer ;
- Harmonisation des pratiques et adaptation de l'outil (groupes de travail transverse) ;
- Equipe projet par PTA avec ateliers avec chaque équipe.

Mensuellement sont réalisés à par MMES BILLEBOT et DE RODA (ARS – DOSA), un suivi comité opérationnel et un suivi animation territoriale sous des normes bien établies aboutissant aux partages des informations.

**Groupes de travail transverses :**

- 1- Profils de poste
- 2- File active
- 3- Annuaire PTA
- 4- Recueils et synthèse
- 5- Gestion de la demande
- 6- Charte

**Comment se comporter face à des situations qui n'ont pas toujours de réponse juridique?**

Depuis 1 an et demi, sous la houlette d'une juriste, un travail est mené sur la rédaction d'une charte de recommandations de bonnes pratiques de PAACO-Globule.

Création d'un comité de déontologie et d'éthique dans lequel il y a le président de l'espace régional de réflexion éthique de NA, les ordres, les patients, un représentant du social et le docteur BRECHAT, médecin DIM

But : sécuriser les échanges.

**Déploiements des PTA :**

6 PTA opérationnelles

3 PTA en cours de mise en place

3 PTA en expérimentation jusqu'à fin 2019

Vous trouverez dans le diaporama (slide 12) la liste des correspondants des PTA de NA.

Un travail colossal a été réalisé auprès des professionnels de terrain.

En un an, un déploiement multiplié par deux (17 545 utilisateurs), beaucoup de demandes, mais le désir est de freiner le déploiement au profit de la qualité de l'usage.

Utilisation de Paaco-Globule sur un trimestre : deux tiers des professionnels s'en servent régulièrement.

Questions : Je suis très favorable à ce domaine par contre mon angoisse est la sécurisation des données, qui va regarder le dossier ? Diffusion de l'information sur internet ?

Réponse : Les applications sont hébergées chez des hébergeurs de données de santé (Orange agréé AGS), le partage est maîtrisé puisque les membres de l'équipe de soins sont des utilisateurs déclarés, enrôlés dans l'application avec la carte CPS et l'adresse e-mail plus un agrément CNIL.

On est dans la situation optimale de sécurité puisque l'installation passe par ESEA (enrôle les matériels).

La charte est là pour recenser les profils et les fonctions ainsi que les droits des utilisateurs.

Un médecin dans la salle salue la venue de la charte ainsi que le comité de déontologie.

Il annonce que cette charte n'a pas été validée en l'état pour le moment à cause de points bloquants (identivigilance, techniques sur des possibilités de contourner les verrous de sécurité de l'application, des éléments de forme) dont l'utilisation du terme « patient ».

Une clarification est attendue sur ce terme car ce n'est pas un dossier patient dans le cas de PAACO-GLOBULE.

Pour rappel, il est signalé qu'un comité de déontologie n'est que consultatif.

#### **ARTICLE 51 : MISE EN PLACE DES EXPERIMENTATIONS EN NOUVELLE AQUITAINE** **NATHALIE DEROZIER (ARS NA - DIRECTION DU PILOTAGE DE LA STRATEGIE ET DES PARCOURS)**

Mr FRAYSSE ayant dû s'absenter, il est remplacé par Nathalie DEROZIER (cheffe de projet régional Parcours et Article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018).

Ce dispositif est en cours de déploiement dans la région. L'article 51 va permettre aux acteurs de déroger aux droits communs en matière de financement et d'organisation, le but étant de favoriser le déploiement d'organisations innovantes qui reposent sur des modes de financement inédits. Il est indiqué par Mme DEROZIER que le forfait de suivi de pathologie chronique peut rentrer dans le cadre de cet article.

L'article 51 peut être effectivement des forfaits au sens large puisque le forfait va déroger dans le sens où le professionnel ne va plus être financé à l'acte ou à l'activité, mais c'est la structure porteuse recevra le financement avec des clés de répartition qui seront redistribuées aux différents acteurs qui interviennent dans la prise en charge.

Pour qu'un projet soit recevable, il faut qu'il soit innovant, faisable, reproductible et efficient ; qu'il expérimente pour 5 ans maximum des nouveaux modes organisationnels afin ensuite de les déployer sur l'ensemble des territoires.

#### **Circuit :**

Plusieurs circuits de dépôt pour les projets :

- Si le projet est régional ou infra-régional, c'est l'ARS qui est destinataire du projet.
- Si le projet est inter-régional ou national, c'est le national qui est destinataire (des plateformes de dépôts existent au niveau de chaque région).

Cependant, dès qu'il y a un dispositif médical dans le projet, quel que soit son périmètre de déploiement, ce projet est du ressort du national. En effet, une dérogation au circuit classique de l'instruction des demandes d'autorisation pour les DM devra être instruite, décision qui appartient au national.

**Dépôt des dossiers en NA :** les projets doivent être adressés précocement : le pré projet (lettre d'intention) permet au niveau régional de savoir si le projet est fiable. Leurs instructions sont réalisées avec la DCGDR (collaboration étroite entre ARS et l'assurance maladie).

Dans un second temps, rédaction d'un cahier des charges d'expérimentations qui remontera au niveau national. Le national permettra ou non de déployer le projet.

Le comité technique représentatif regroupe à la fois des directions centrales, des agences sanitaires, l'assurance maladie qui donneront un avis favorable ou défavorable :

- si l'avis est favorable pour un projet national ou inter régional, c'est un arrêté ministériel qui permettra à l'expérimentation de se déployer ;
- Si l'avis est favorable pour un projet régional ou infra régional, c'est un arrêté du DG ARS concerné.

Dans la région, en 2018, il y a eu un appel à manifestation d'intérêt concernant 3 expérimentations types, importantes pour le ministère et l'assurance maladie : sur 21 candidatures, 8 candidats ont été retenus par le national.

- Episode de soins :
  - o colectomie avec le CHU de Limoges, la polyclinique Jean Villar à Bruges et la polyclinique de Navarre à Pau ;
  - o Orthopédie au GCS BAHIA (HIA R. Picqué et maison de santé Bagatelle) ;
- **PEPS : Paiement en équipe de professionnels de santé en ville**  
(Forfait de prise en charge soit de pathologie chronique fréquente en ville, soit sur de la patientèle totale, soit sur une population clairement identifiée)
- **IPEP : Incitation à une prise en charge partagée**  
Expérimentations hybrides : concernent beaucoup la ville et les établissements avec 2 candidats retenus - CHU de Bordeaux (consortium Ange Gardien) et CH de Niort.

La polyclinique de Navarre et la maison de santé des Couronneries à Poitiers se sont retirées du projet.

A ce jour, en Nouvelle-Aquitaine, une soixante de projets ont formellement été déposés.

Ces porteurs de projets au sens large, qu'ils soient établissements ou acteurs libéraux et notamment maisons de santé, veulent travailler sur :

- le parcours de soins dans le champ des soins oncologiques de support pour justement favoriser cet accès, notamment tout ce qui va être prise en charge « diète », y compris les aidants, prise en charge psy, activités physiques adaptés, les patients et les proches
- les personnes âgées et notamment tout ce qui concerne la sortie d'hospitalisation des personnes âgées, recherche d'une solution dans l'attente d'un placement en institution, des dispositifs provisoires.

Concernant les projets régionaux, les arrêtés d'autorisations vont être prochainement publiés.

Par contre, concernant les projets inter régionaux, il n'y a pas encore d'autorisation de publiée, mais d'ici la fin d'année (deadline 31/12/2019) Nathalie DEROZIER espère avoir deux projets autorisés.

Le projet Article 51 rencontre des difficultés sur la modélisation du modèle économique qui est extrêmement complexe, pour lesquels toutes les réponses ne sont pas disponibles. En effet, certains projets embarquent au-delà du code de sécurité sociale (dérogation article 51 ou code de santé publique) des dérogations au code général des impôts qui n'est pas du champ du ministère de la santé, donc en attente d'arbitrage du ministère du budget.

Nathalie DEROZIER propose d'être à disposition des médecins pour toutes demandes concernant l'article 51. La présidente du COTRIM informe Madame DEROZIER que dans le cadre du COTRIM, les groupes travaillant sur l'épidémiologie peuvent être sollicités pour des éclaircissements, des données d'activités ou autres.

## **INSTRUCTION GRADATION DES SOINS : POINT SUR LES TRAVAUX EN COURS** **DR VERONIQUE GILLERON**

Les documents présentés ne sont pas encore définitifs puisque toujours en cours de discussion, la publication n'ayant été publiée.

**Le contexte** : Une instruction dite frontière qui datait de 2010, dont les règles n'étaient pas assez précises, et qui a été soumise à interprétation au fil des années : notamment des contrôles assurance maladie très difficilement acceptables dans leur modalité de réalisation, de par l'interprétation qui pouvait être faite.

A la suite de cela et au fil des années, il y a eu une réaction des acteurs hospitaliers et fédérations qui sont montés au créneau.

Un moratoire a été instauré sur les contrôles des séjours d'hospitalisation de jour ; en 2017, il y a eu tentative de réécriture de l'instruction frontière.

La réécriture de la circulaire frontière n'était pas la priorité absolue du gouvernement à cette époque suite à l'élection présidentielle. Les travaux de réécriture ont redémarré à l'automne 2018.

La circulaire frontière est appelée maintenant « instruction gradation des soins ».

### **Groupes de travail :**

- HDJ
- Hospitalisations aux urgences, UHCD

- Médicaments à réserve hospitalière
- Rescrit tarifaire en cours de discussion
- Impact financier

Les éléments présentés ci-dessous sont à ce jour non publiés et font l'objet de travaux en cours à la DGOS et avec les fédérations. Ces groupes de travail se réuniront jusqu'en novembre 2019.

L'objectif de ces travaux sur la gradation des prises en charges ambulatoires en établissements de santé est de sécuriser la facturation en remplacement de la « circulaire frontière » dans la perspective d'une levée du moratoire des contrôles sur les HDJ médicales au 01 mars 2020.

Ce qui veut dire que les contrôles assurance maladie seront opérationnels en 2021.

Stabilisation des règles à l'automne. Les évolutions qui seront arbitrées devront être techniquement réalisables en 2020 mais pourront le cas échéant constituer une première étape qui serait affinée par la suite.

#### **Problématiques pour HDJ :**

- HDJ en chirurgie ou interventionnel globalement ne pose pas trop de difficulté lors des contrôles assurance maladie.
- HDJ médical pose plus de problème. Une nouvelle notion est apparue : « l'intervention »  
L'intervention se définit comme :
  - o Une intervention réalisée directement auprès du patient par les professionnels médicaux, paramédicaux ou socioéducatifs ;
  - o Un acte technique correspond soit à un acte de la CCAM, soit à un acte hors nomenclature. L'intervenant qui le réalise n'est alors pas comptabilisé en tant que tel (ex. radiologue)

Pour le décompte des interventions, il n'est pas fait de distinction entre acte technique et prestation intellectuelle, vous retrouverez des exemples sur la slide page 7 du diaporama. Tout doit être clairement bien tracé dans le dossier du patient.

**Une avancée importante actée avec les acteurs :** dans le cadre d'une prise en charge médicale, dès lors que **4 interventions** (sans distinction entre actes techniques ou prestations intellectuelles) sont réalisées **directement auprès du patient** la facturation d'un GHS d'hôpital de jour fait globalement consensus.

Les notions de « contexte patient » ou de « surveillance particulière » peuvent être prises en compte comme critères de rattrapage pour sécuriser la facturation d'un GHS d'HDJ pour les patients dont la prise en charge a été alourdie, ayant nécessité la mobilisation de moyens supplémentaires, par rapport à une prise en charge classique.

Vous retrouverez en page 9 du diaporama l'algorithme qui sera proposé par l'ATIH.

#### **Focus sur la pédiatrie :**

Pour la pédiatrie, certaines situations ne font plus débat :

- Présence d'un acte d'anesthésie AG/ALR quelle que soit la prise en charge (avec ou sans acte CCAM) ;
- Suspicion de maltraitance ;
- D'autres problématiques liées à la prise en compte de la pédiatrie, les solutions envisagées sont encore discutées.

#### **Des exceptions permettant l'hospitalisation :**

Il y aura des exceptions, afin de sécuriser juridiquement le fait que des prises en charge puissent être systématiquement facturées en hospitalisation de jour sans qu'elles aient besoin de répondre aux critères de droit commun.

Décès, transferts, séances, soins palliatif, sortie contre avis médical.

A condition que tout ceci soit parfaitement renseigné dans le dossier du patient et par conséquent, en plus de ça, des prises en charge validées dans le cadre du rescrit tarifaire.

#### **Forfait prestation intermédiaire :**

Les chiffres au niveau national de la mise en place du FPI sont minimes en regard de l'activité hospitalière.

Le FPI va donc disparaître, il sera remplacé par le GHS intermédiaire.

Donc prise en compte des prises en charge intermédiaires dans le champ de l'hospitalisation avec un contenu plus large que l'actuel FPI. Prise en charge de 3 interventions avec des niveaux de valorisation différenciés selon les GHM (modèle non acté à ce jour).

### **Médicaments à réserve hospitalière :**

- Poser explicitement le principe que l'administration d'un produit de la RH est nécessairement réalisée dans le cadre d'une hospitalisation (HDJ, séance ou HC) ;
- Permettre la facturation en hospitalisation (GHS) et sécuriser ce principe de facturation au sein de l'arrêté Prestations. Cela sera réintroduit dans l'arrêté de prestations. On parle également des SE5 et SE6 qui vont de ce fait disparaître.

### **Médicaments à réserve hospitalière hors AMM :**

Dans un certain nombre de cas, les contrôles de l'assurance maladie ont eu pour effet de déclasser les prises en charge ambulatoires au motif que la spécialité pharmaceutique a été administrée en dehors du cadre de son AMM et ce alors même que les critères justifiant d'une valorisation en HDJ sont remplis. La pédiatrie est un secteur très concerné par le hors AMM, les discussions en cours portent sur ce sujet.

Faut-il faire une liste ? Qu'en est-il des médicaments sous ATU ? Dans l'instruction de gradation et dans les textes qui vont sortir, il y aura une annexe qui pour le moment définira les médicaments qui sont prescrits hors AMM dans le cadre de la douleur chronique. Un travail est mené avec la société française de la douleur qui a défini les médicaments concernés.

Il y a des molécules concernées par les demandes de RTU qui sont remontées par la société française comme :

- Les perfusions intraveineuses de kétamine
- Les injections de toxine
- Les perfusions intraveineuses de lidocaïne
- Les perfusions intraveineuses de biphosphonate
- Le baclofène

La liste est en cours de construction.

### **UHCD :**

Les conditions restent inchangées mais il a été rajouté « A l'issue du passage au service des urgences dans l'espace d'examen et de soins de la structure des urgences » = **avant** admission en hospitalisation / après passage au SAU.

Il a été rajouté cette précision pour préciser au regard des contrôles de l'assurance maladie que l'instabilité était déjà présente avant l'admission.

### **Textes attendus :**

- L'arrêté de prestations constituera la base réglementaire qui définira les critères à retenir pour justifier de la facturation d'un GHS.
- L'instruction gradation des soins qui va décliner et préciser tous les critères qui sont définis au niveau de l'arrêté de prestations en remplacement de l'instruction frontière (contenant beaucoup plus de détails)
- Le guide de codage annexé à l'arrêté PMSI contenant les consignes de codage (notamment les deux nouvelles variables)
- La disparition du FPI et du forfait AP2 conduit à modifier via un décret en Conseil d'Etat l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale.

### **Pour conclure :**

- I) Trois niveaux de prise en charge sans nuitée :
  - Externe, HDJ « légère », HDJ « lourde »
- II) Des nouvelles variables à recueillir qui ne seront possibles que si **les informations concernant la prise en charge sont notées dans le dossier patient**
  - Surveillance particulière
  - Contexte patient
  - Nombre d'interventions ou seuils
- III) Gestion de la facturation du séjour (externe versus hospitalisation) par un algorithme.

## **FORFAIT DE SUIVI PATHOLOGIQUE CHRONIQUE « MALADIE RENALE CHRONIQUE » MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF - DR VERONIQUE GILLERON – DR CORINNE ABADIE**

Ce forfait est mis en œuvre au 1<sup>er</sup> octobre 2019

Cf. diaporama « COTRIM\_ForfaitIRC.pptx »

Il est versé aux établissements pour chaque patient remplissant les conditions.

En tant que FHF, nous n'étions pas satisfaits de voir que seul l'hôpital public avait droit à ce nouveau mode de financement car à partir du moment où on parle de forfait, comme quand on va parler de financement à l'épisode de soins (aigu, critique), cela devrait tout englober. Donc nous attendons de voir comment les syndicats de ville vont accepter un financement au forfait.

Un certain nombre de néphrologues ont accepté dans l'urgence la mise en œuvre de ces forfaits alors qu'on n'a pas tous les éléments et que, contrairement à ce qu'ils pensent, ils ne vont pas être gagnants financièrement, sauf à être à minima dans la prise en charge des patients.

Les diabétologues ont refusé que le forfait diabète soit mis en œuvre maintenant, c'est pour cela que le diabète ne démarre pas. C'est encore en cours de discussion.

Cela pose donc beaucoup de problèmes :

- Le premier point, c'est l'identification dans les systèmes d'information, de cette population. Les critères d'insuffisance rénale chronique stade 4 et 5 sont des critères médicaux, qu'il faut arriver à extraire des systèmes d'information.
- La deuxième chose qui est compliquée, et on le verra à l'avenir, c'est d'arriver à séparer 2 populations : celle qui rentre dans le cadre du forfait et pour lesquels il ne faudra pas facturer autre chose et la population qui pourra continuer à être facturée en consultation externe ou HDJ.
- Il n'y a pas d'outil, le recueil est compliqué, il y a beaucoup de variables (ce sont les néphrologues qui vont faire ce recueil), ils devront les renseigner 2 fois par an. Il n'y a aucune réflexion sur les systèmes d'information en amont. Ce que propose l'ATIH, un fichier csv sur lequel on peut saisir les variables, qui se met sur un poste seul, isolé, interfacé avec aucun système d'information, ce qui interroge (réserves SOFIM et DIM de CHU) sur la conformité avec le RGPD. Comment cela va être interfacé avec les systèmes d'information de facturation ? Il y a déjà des établissements (CHU D'Amiens) qui ont développé un questionnaire sous DX Care, qui correspond exactement au recueil, dans leur dossier médical informatisé, qui va permettre de récupérer les informations plus facilement.
- Les modalités organisationnelles : forfait applicable au 1<sup>er</sup> octobre alors qu'on n'a pas les éléments pour démarrer.

Il reste donc 3 mois d'ici la fin de l'année pour recueillir les éléments.

Il avait été demandé, il y a une dizaine de jours, si l'ARS pouvait parler de ce sujet mais cela n'a pas été possible.

## **POINT SUR LES GROUPES DE TRAVAIL DU COTRIM**

### **1. GROUPE PSY – DR BERENICE BRECHAT**

Cf. diaporama « Groupe de travail PSY.pptx »

IQSS : Changement des modalités de financement : il va y avoir une grande part de financement à la qualité  
Autre point discuté : les EMPP. Ce sont des équipes assimilées au SAMU social mais qui sont spécifiques de la psychiatrie, dont la mise en œuvre a été confiée aux établissements publics. On nous a demandé de mettre en place des équipes qui ne relèvent pas d'actes au sein des établissements de psychiatrie et on a demandé aux EMPP via PIRAMIG de rapporter leur activité avec des questions qui nous semblent inadaptées aux missions mêmes et au cahier des charges des EMPP : rapporter un nombre d'actes précis, une file active, des diagnostics, sur des patients qu'on n'est pas censé enregistrer. On a voulu avoir un échange avec l'ARS à ce



sujet ; c'est Erwan AUTES, chargé de missions à la prévention, qui est venu échanger avec nous. On a donc fait remonter ces problématiques. On a demandé à avoir une définition plus précise des missions, que ce soit rédigé dans un document officiel qu'on puisse partager.

## **2. GROUPE MCO-SSR – DR CORINNE ABADIE**

Les groupes MCO et SSR ont fusionné. Il a été décidé que pour soulager les coordonnateurs, chaque personne était référente d'un sujet et assurait le suivi et le compte-rendu sur ce sujet.

Cf. diaporama « 2019\_10\_10 COTRIM\_GroupeMCOSSR.pptx »

Le Dr Florence PERRET a reçu une demande d'une directrice d'un établissement du 64, qui avait reçu de la part de la DD64, une demande de statistiques de blessés médullaires. Chacun va donner ses résultats, les critères de requêtes n'étant pas précisés, avec des demandes assez compliquées (analyses de coûts pour les blessés médullaires, dépenses de chaque poste – électricité...pour les blessés médullaires).

Corinne ABADIE demande de voir si c'est une enquête purement 64 ou si elle vient de la région.

Dr Florence PERRET a interrogé Charlotte TAUZIN. Celle-ci avait été sollicitée pour un travail régional sur les blessés médullaires mais elle n'était pas informée de cette demande départementale. Ce sont des données issues pour partie du PMSI (nb de patients, de séjours), à rapprocher de données budgétaires (compta analytique).

Un complément d'information sera demandé à la DOSA sur ce sujet.

## **QUESTIONS DIVERSES**

### **CONTROLES T2A 2019 – Dr Corinne ABADIE :**

Il avait été demandé à l'Assurance Maladie de venir faire un petit point mais ce n'était pas possible.

Cf. diaporama « PlandeContrôleT2A2019.pptx »

Il est regretté l'absence de l'Assurance Maladie, qui ne vient plus présenter ses remarques et conclusions sur le plan de contrôle.

Question : Est-ce qu'on a le détail de la requête sur les racines apparentées ?

Réponse : Ce doit être un test DATIM

Question (FHF et établissement): Lors d'un précédent COTRIM au printemps 2018, au moment de la publication du nouveau guide des contrôles externes, le Dr Gilleron a attiré l'attention sur l'enjeu de rester sous l'empire du précédent, versus basculer sur le nouveau. Est-ce que 18 mois plus tard, la doctrine est stabilisée sur le sujet, ou est-ce qu'il y a des éclairages utiles ?

Réponse Dr Gilleron : la consigne reste la même : La FHF ne préconise pas de suivre la nouvelle méthode proposée où on doit tout préparer pour les médecins de l'Assurance maladie, mais de leur donner un accès aux dossiers patients bien sûr. D'ailleurs, l'Assurance Maladie, au niveau national, ne discute plus trop sur ce guide, ça n'est pas opposable.

Dr Corinne ABADIE : Par contre, il faut effectivement, avant le démarrage du contrôle, faire faire un courrier par le directeur d'établissement, demandant que l'on reste sur les anciennes modalités.

### **MODIFICATIONS BUREAU - Dr Corinne ABADIE :**

Le Dr Isabelle JAMET sera remplacée à la vice-présidence du COTRIM par le Dr El Farouki, qui arrive à l'ARS début novembre.

Des postes vont se libérer :

- le Dr Bouet, qui faisait partie du bureau, va partir. Il faudra qu'il soit remplacé au COTRIM et qu'il y ait également un nouveau vote des médecins pour le bureau.

On demandera à l'ARS de faire part des postes vacants afin que les personnes puissent se positionner et c'est le directeur de l'ARS qui choisira les médecins membres du COTRIM.

- Le Dr Corinne Abadie va changer d'établissement début 2020 et ne sera plus dans le champ des établissements privés. Elle ne pourra plus être présidente du COTRIM.

## **DATES PROCHAINS COTRIM – Dr Corinne ABADIE**

- Jeudi 2 avril 2020
- Jeudi 18 juin 2020
- Mercredi 14 octobre 2020

Les salles et la visio-conférence ont été réservées à Limoges et Poitiers.

## **COMPLEMENTS**

Information complémentaire sur le codage les lignes génériques de dispositifs médicaux : on passe d'un code LPP à des codes génériques à la date du 1<sup>er</sup> novembre 2019. Pour l'instant, une instruction est en cours. Le fabricant a déclaré les codes génériques. Actuellement, les codes sont enregistrés, il faut les rentrer dans les bases Assurance Maladie, puis ATIH et éditeurs de logiciels.

**Le prochain COTRIM plénier aura lieu le jeudi 2 avril 2020**