

<p style="text-align: center;">CT ENC HAD 22/03/2011 Relevé de conclusions</p>
--

Présents Fédérations : FHP : Virginie Dubos

FNEHAD : Amandine Plédran

FEHAP : Laëtitia Ducoudre

FHF : Gaëlle Lebayon

Excusés Fédérations : FHP : Richard Ouin

FNEHAD : Elisabeth Hubert, Olivier Paul, Yannick Garcia

FFCLCC : Valérie-Jeanne Bardou, Patrice Méré

FEHAP : Céline Moreau, Eric Dubost

FHF : Gaëlle Lebayon, Michèle Deschamps, Yves Gaubert

Présents DGOS : Isabelle Prade

Excusés DGOS : Sandrine Billet, Christine Bronnec, Gaëlle Llorca

Présents ATIH : Housseyni Holla, Max Bensadon, Georges Perrot, Caroline Revelin, Estelle Marin-Laflèche, Stéphanie Joullié

*En pièces jointes le diaporama présenté par l'ATIH ainsi que celui présenté par la FNEHAD.*

**Ordre du Jour de la présente réunion :**

- Introduction (Housseyni Holla)
- Points d'information
  - Point d'avancement de la démarche de tutorat (présenté par la FNEHAD)
  - Résultats de l'appel d'offres Supervision
  - Bilan établissements intégrés / non intégrés 2010
- Sujets techniques
  - Suivi des médecins traitants libéraux pour les ex-OQN
  - Facturation des officines de ville
  - Calendrier et modalités de passage en scénario 2
- Questions diverses
  - Propositions de travaux et d'évolutions méthodologiques (contributions des Fédérations)

**Introduction de M. Holla**

M. Holla fait l'annonce de l'Ordre du Jour de la présente réunion.

Il n'y a pas de questions préliminaires.

### **Présentation FNEHAD : Point d'avancement de la démarche de tutorat**

La FNEHAD rappelle qu'elle est en attente d'une confirmation de la part de la DGOS sur le montant et les modalités du financement.

**DGOS** : Un accord de principe a été donné à la démarche. Il n'y a pas d'objection au chiffrage réalisé pour le financement du projet. Les crédits pourront cependant être délégués seulement en 2<sup>ème</sup> circulaire 2012, compte tenu des délais. La DGOS est en attente d'une proposition de formalisation de la part de l'ATIH.

**M. Holla** : Une solution juridiquement acceptable est en cours de préparation, tout en restant dans une démarche simple pour les établissements.

**DGOS** : Un courrier ou un mail de validation de la part de la DGOS viendra confirmer l'accord oral ; ce qui pourra lancer définitivement la démarche.

**FNEHAD** : l'HAD de Bagatelle à Bordeaux a déjà commencé à avoir des échanges informels avec l'HAD de DAX pour se préparer aux exigences de l'étude. Aucun tuteur n'a encore été trouvé pour l'HAD de Guyane ; le tutorat se fera très probablement par visioconférence.

### **Présentation ATIH : Points d'information**

#### **➤ Bilan établissements intégrés / non intégrés 2010**

Situation particulière de l'HAD de Nice : les Fédérations se proposent de revenir vers l'établissement afin de comprendre l'absence de réponse aux sollicitations de l'ATIH.

### **Présentation ATIH : Suivi des médecins traitants libéraux pour les ex-OQN**

**FNEHAD** : C'est un sujet compliqué, même en solution « simplifiée » car le passage du médecin n'est pas toujours tracé. Ne pourrait-on utiliser les données de la CNAM ? Certains établissements hors ENC ont cette problématique car certaines ARS demandent cette information.

**M. Holla** : Les données de la CNAM seraient à récupérer auprès de la CNAM elle-même ou à transmettre par les établissements ; cela présente des difficultés. Le recueil d'informations de l'ENC ne doit pas être dépendant de la logique de gestion de données de l'Assurance Maladie. La CNAM elle-même n'a d'ailleurs pas forcément d'information exhaustive sur l'ensemble du secteur.

**M. Bensadon** : L'Assurance Maladie n'a, par ailleurs, pas forcément cette visibilité sur les visites médicales réalisées dans le cadre de l'HAD. Cette identification semble extrêmement compliquée.

**M. Holla** : Mieux vaut travailler à une solution avec les établissements eux-mêmes.

**FNEHAD** : La solution sera probablement dépendante des médecins traitants ; l'exhaustivité sera difficile à atteindre.

**DGOS** : Le médecin traitant est tenu réglementairement de remplir le dossier médical, ce qui devrait suffire à tracer les passages. Cette obligation figure dans les documents conventionnels qui l'engagent auprès de l'Assurance Maladie. Celle-ci a toujours la possibilité de mener des contrôles sur ce point.

Peut-être l'équipe de la structure HAD peut-elle poser la question au patient sur la venue du médecin ? Peut-être faudrait-il aussi impliquer les médecins traitants dans la réflexion sur la solution la plus adéquate ?

**Nota Bene ATIH (suite à la réunion)** : Sur ce point les relations entre la structure d'HAD et le médecin traitant sont précisées par la circulaire du 1<sup>er</sup> décembre 2006 :

*Pour l'admission en HAD, le médecin traitant désigné par le malade est obligatoirement sollicité par le médecin coordonnateur de l'HAD. Le médecin traitant donne son aval à l'hospitalisation par la signature d'un accord de prise en charge qui le lie avec l'équipe de soins du service d'HAD.*

- ⇒ Les Fédérations valident le principe d'approfondir le sujet et d'établir une méthode applicable à l'issue des observations pour améliorer le suivi sur les données 2013.

### **Présentation ATIH : Facturation des officines de ville**

**FNEHAD** : Les officines facturent parfois le fait de produire deux factures séparées pour les médicaments traceurs et hors traceurs. L'idée de creuser ces pratiques est intéressante.

- ⇒ Les Fédérations valident le fait d'approfondir le sujet et d'établir un guide de bonnes pratiques pour aider les nouveaux établissements entrants à mettre en place ce suivi afin de répondre aux exigences de l'étude.

### **Présentation ATIH : Calendrier et modalités de passage en scénario 2**

**FNEHAD** : Il ne faudrait pas décourager les établissements. 2013 est peut-être un peu tôt si les établissements doivent faire des investissements dans de nouveaux outils de suivi afin de satisfaire au scénario 2.

**M. Holla** : En première intention, peut-on se prononcer sur ce critère comme une condition obligatoire pour les nouveaux entrants ?

**FEHAP** : Un établissement semble être en scénario 2 pour l'ENC alors qu'il déclare ne pas savoir différencier transport et domicile ; à vérifier. 2013 semble une échéance prématurée.

**M. Holla** : Si l'on veut pouvoir disposer d'éléments précis pour le volet financement, il faut de la précision dans l'ENC. Par ailleurs, le scénario 1 était une solution transitoire.

**FEHAP** : La question devrait peut-être être traitée en atelier lors de la Journée de restitution du 3 avril prochain ?

**FHF** : L'an prochain, les établissements publics, que l'on peine à faire intégrer l'échantillon, ne seront pas en capacité de remplir cette condition aussi tôt que pour l'ENC 2013.

**M. Holla** : L'objectif est donc partagé, mais dans un calendrier plus progressif (ENC 2014) en ce qui concerne les nouveaux entrants.

Pour les établissements déjà présents dans l'ENC, peut-on avoir un calendrier plus resserré ? Par exemple en leur donnant 2 ans (donc d'ici l'ENC 2014 également) pour se mettre en conformité avec le scénario 2.

**FNEHAD** : L'ATIH ne peut-elle faire un retraitement statistique sur les établissements en scénario 1 ?

**M. Holla** : L'échantillon est trop faible pour que ce type de retraitement soit véritablement robuste.

**M. Bensadon** : Les établissements peuvent-ils faire au moins une estimation du temps de transport ?

**DGOS** : Ne pourrait-on pas estimer le coût du transport globalement sur l'HAD puis le répartir au moyen d'une clef sur l'ensemble des séjours ?

**M. Holla** : Le principe de l'ENC est que l'on cherche toujours à favoriser l'imputation directe plutôt que la répartition indirecte.

**Mme Marin-Laflèche** : L'intérêt est d'obtenir le coût du soin. Le temps de transport peut être identifié au patient ou estimé par des enquêtes précises ; l'établissement a le choix de la méthode.

**M. Holla** : L'objectif demeure d'améliorer la mesure réelle des coûts et donc de faire passer l'ensemble des établissements en scénario 2 ; la question porte finalement sur l'échéance. Il semble raisonnable de se fixer l'échéance de 2014.

**FHF** : Accord sur les deux points proposés : scénario 2 obligatoire en 2014 pour les nouveaux entrants, et 2 ans accordés aux établissements déjà présents dans l'échantillon pour passer en scénario 2 (soit 2014 également).

**FEHAP** : Accord sur les deux points proposés.

**FHP** : Accord sur les deux points proposés.

**FNEHAD** : Accord sur les deux points proposés.

### Questions diverses

**FEHAP** : Un courrier a été envoyé par la FEHAP à la DGOS fin janvier, portant sur le modèle de comptabilité analytique pris en compte pour l'HAD. En effet, n'est-il pas trop dense pour des structures souvent de petite taille, et où la démarche de mise en place d'une comptabilité analytique en est à ses débuts dans la majeure partie des cas. Un point d'entrée pourrait par exemple être la logistique, qui nécessite un recueil complexe à mettre en œuvre alors que certains postes semblent peu significatifs dans le coût des GHPC. Dans le même temps, un coût faiblement significatif peut également être révélateur d'un problème de recueil de données et donc de qualité des données, ce qui peut nécessiter également un travail de revue des UO.

Les problématiques du transport, du Médecin traitant et de la Pharmacie constituent des points à creuser avec les établissements, dont les retours témoignent de difficultés à répondre aux exigences de l'ENC. Ce sont des réflexions à long terme bien sûr.

**M. Bensadon** : Faudrait-il affecter moins de dépenses directement au séjour ou au domicile du patient ? Le risque est de perdre en qualité des données. On est dans une méthodologie qui cherche à suivre les coûts sur des sections d'analyse homogènes. La proposition d'une autre logique serait à argumenter solidement.

**M. Holla** : La taille de la structure (petite, peu informatisée...) doit-elle pour autant induire une simplification de la méthode de comptabilité analytique ?

**FEHAP** : On peut avoir un objectif cible ambitieux, mais actuellement les difficultés sont réelles. La méthodologie est complexe pour des petites structures et on se demande si elle est nécessaire surtout sur des postes dont la part dans le coût total est faible.

**M. Holla** : Est-ce que la complexité de la méthode explique véritablement le faible nombre d'établissements dans l'échantillon ? On essaie d'accompagner les établissements (exemple : démarche de tutorat financée). Faut-il simplifier le modèle sans attendre les résultats du tutorat ?

**FEHAP** : Le tutorat ne fera pas tout ; les petites structures n'auront jamais les moyens des gros établissements.

**M. Bensadon** : Si l'on simplifie, on va forcément lisser les coûts, en particulier quelle que soit la lourdeur du patient pris en charge. Cela viderait l'étude de son sens.

**M. Holla** : On peut repasser en revue la méthodologie lors d'un prochain CT, afin d'identifier avec précision les postes qui pourraient être simplifiés.

**FEHAP** : Un travail plus détaillé va être mené pour préciser la demande et les propositions.

**FHF** : La logique est d'avoir un niveau de précision important, et le risque est de dégrader la qualité de l'information. Dans la philosophie générale, il faut maintenir ce niveau d'exigence. Dans le détail, on peut étudier d'éventuelles pistes de simplification.

**FNEHAD** : Position similaire à celle de la FHF.

**M. Bensadon** : Deux choses à mesurer si l'on s'engage dans une démarche de lissage : la part dans le coût total comme cela a été dit, mais aussi la variabilité de l'affectation par patient. On sera plus à l'aise pour proposer une simplification s'il n'y a pas de discrimination importante par patient.

**FEHAP** : La variabilité a également été regardée, et elle semble faible sur certains postes comme par exemple la logistique dédiée au patient et la continuité des soins. Ou alors, comme précédemment indiqué, il s'agit d'un problème de recueil.

**FHP** : Les prochaines propositions seront à étudier et à discuter.

**M. Holla** : Il faudra tenir compte de la petite taille de l'échantillon, ce qui rend difficile la réalisation d'analyses poussées.

**FNEHAD** : Les coûts de pharmacie pourraient être répartis selon d'autres clefs (plus justes ou plus fines comme les lignes de commande) que celles demandées par l'ENC. Les HAD adossés à un établissement MCO peuvent avoir des coûts de pharmacie minorés par exemple.

**Mme Marin-Laflèche** : Les clefs de répartition sont proposées par l'ENC car elles sont applicables à tous. Cependant, si l'établissement dispose de clefs plus précises, il peut les utiliser. Cette information sera de nouveau rappelée aux établissements dans la note de début de campagne.

**M. Perrot** : Pour mémoire, les courriers transmis par la FEHAP et par la FNEHAD portaient respectivement sur la restitution des résultats (jugée peu claire) et sur la transmission des données sous forme de benchmark.

**FEHAP** : Certains établissements ont été en fait impressionnés de prime abord par le format de la restitution (taille du fichier surtout) ; la FEHAP a un rôle d'appui aux établissements sur ce point.

**FNEHAD** : La comparaison permise par la démarche de benchmark est intéressante pour les établissements. Les critères de cette comparaison sont peut-être à améliorer.

**M. Holla** : On peut engager une réflexion sur la forme de la restitution (plus synthétique ? plus explicative ?). Les propositions des fédérations pourront être discutées au cours des prochaines réunions du CT HAD.

**FNEHAD** : Pourquoi les trois indicateurs (statut, durée de séquence, AVQ) ont-ils été choisis dans la méthode de calage sur marge ?

**M. Holla** : On peut réfléchir sur d'autres indicateurs de calage. Les variables doivent être le plus proche possible de ce que l'on veut mesurer, et doivent être disponibles dans la population globale. Sur ces deux critères, de nombreuses variables ont été testées et ce sont ces trois indicateurs de calage qui ont été retenus.

**FNEHAD** : La FNEHAD souhaite disposer de l'ensemble des variables testées et des corrélations.

**M. Holla** : On choisit parfois des variables de calage lorsque l'on a un objectif particulier de stratification ; c'est le cas en MCO par exemple. L'ATIH utilise le programme de calage de l'INSEE.

**Date du prochain CT ENC HAD :**

**Jeudi 18 Octobre 2012 à 14h30**

**D'ici là, des échanges auront lieu par mail sur les propositions de révision de la méthodologie à l'initiative des Fédérations, et une autre date sera fixée entre-temps si nécessaire.**