

Sixième comité technique HAD activité Paris — Mercredi 26/09/2012

Pièces jointes : Présentation support de l'ATI.

Participants

ATI : Dr Joëlle DUBOIS, Dr Sandra GOMEZ, Mr Housseyni HOLLA, Dr Françoise MEGAS

CNAMTS : Dr Elisabeth RICHARD

CNIM : Dr Emmanuel HORNUS

DGOS : Mme Virginie DUBOS, Mme Isabelle PRADE

DREES : Mme Hélène VALDELIEVRE

DSS : Mme Marie-France FORESTI-MERCIER

FEHAP : Mme Samah BEN ABDALLAH, Dr Catherine REA

FFCLCC : Dr Valérie Jeanne BARDOU

FHF : Dr Françoise LAPIERRE

FNEHAD : Mr Olivier PAUL, Dr Bruno LAPIERRE

Excusé(s) :

- Dr Frédéric GOMEZ (FFCLCC)
- Mme Sabine LABATUT (CNAMTS)
- Mr Richard OUIN (FHP)

Ordre du jour de la réunion

- I. Nouveautés 2013 du Guide méthodologique
- II. Travaux classificatoires exploratoires : état d'avancement
- III. Questions diverses

I- Nouveautés 2013 du Guide méthodologique

En 2013, les nouveautés du Guide méthodologique porteront sur :

- l'ajustement de la classification des GHPC,
- l'intégration de consignes de codage relatives à la description du polyhandicap,
- la prise en compte de l'élargissement du périmètre d'intervention des établissements d'HAD dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ES et EMS).

1. Ajustement de la classification des GHPC

Pour faire suite aux travaux de mise en conformité de la fonction groupage et du Guide méthodologique, les associations MPP X MPA asymétriques ont été symétrisées en élargissant au plus large les intervalles d'IK (2012). Certaines associations de modes de prise en charge (MP) gardaient cependant des IK non superposables et seront corrigées : en pratique, les associations concernées sont les suivantes :

Associations de MP		Plage d'IK
05 X 03	03 X 05	10 à 100%
14 X 13	13 X 14	10 à 50%
15 X 14	14 X 15	10 à 50%
19 X 14	14 X 19	10 à 50%
21 X 14	14 X 21	10 à 50%
24 X 14	14 X 24	10 à 50%

2. Description du polyhandicap lourd des patients hospitalisés

Le travail sur la définition/description du polyhandicap lourd avec la CIM-10 est mené par l'agence avec la Société Française de Pédiatrie (Pr Thierry Billette de Villemeur, Service de Neuropédiatrie, Pathologie du développement, Hôpital Trousseau AP-HP ; Fédération du Polyhandicap de l'AP-HP; Hôpital de La Roche Guyon AP-HP ; Université Pierre et Marie Curie, Faculté de Médecine). Le polyhandicap lourd suppose donc plusieurs handicaps intriqués et pour l'identifier, il est nécessaire qu'existe au moins un critère dans chacune des quatre listes suivantes :

- déficience mentale ou psychiatrique sévère,
- troubles moteurs,
- mobilité réduite,
- restriction extrême de l'autonomie.

Le Guide méthodologique intégrera en 2013 les **consignes de codage** relatives à la description du polyhandicap lourd des enfants et des adultes hospitalisés.

3. Prise en compte de l'élargissement du périmètre d'intervention des établissements d'HAD dans les établissements sociaux et médico-sociaux

Les 2 nouveaux décrets élargissant le champ d'intervention des établissements de santé HAD (ES_{HAD}) à l'ensemble des établissements sociaux (ES) et des établissements médico-sociaux (EMS) sont parus le 06/09/2012 au Journal Officiel¹. Ils s'appliquent dès septembre 2012.

- L'intervention des ES_{HAD} dans tous les ES et EMS se fera sous la même condition qu'en EHPA et en EHPAD, à savoir la signature d'une convention entre l'ES_{HAD} et l'ES ou entre l'ES_{HAD} et l'EMS validée par l'ARS.
- Les tarifs des prestations HAD appliqués aux EMS bénéficiant de crédits de soins par Assurance maladie seront minorés de 13% (ex. : EMS avec hébergement type EHPAD *Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*, MAS *Maison d'accueil spécialisé* ou FAM *Foyer d'accueil médicalisé*).
- Les conditions de prise en charge fixées dans les arrêtés du 16 mars 2007, 25 avril 2007 et 24 mars 2009 s'appliquent toujours pour les interventions d'ES_{HAD} auprès de patients vivant en EHPAD.

En pratique concernant le recueil :

- de 2012 (jusqu'au 28/02/2013), une solution provisoire est proposée par l'ATIH à partir des deux fichiers renseignés :
 - le fichier des RPSS avec notamment la variable « Type du lieu de domicile du patient » qui sera renseignée avec la modalité 3 « *Etablissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)* » pour tous les établissements sociaux et médico-sociaux,

¹ Décret n° 2012-1030 du 6 septembre 2012 relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement et Décret n° 2012-1030 du 6 septembre 2012 relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement.

- le fichier des « conventions HAD-EHPA » précisera :
 - ✓ le N° FINESS géographique de l'ES ou l'EMS dans lequel intervient l'ES_{HAD},
 - ✓ le code de la situation de l'ES ou l'EMS au regard de la minoration (0/1),
 - ✓ la date de début de convention entre l'ES_{HAD} et l'ES ou l'EMS,
 - ✓ la date de fin éventuelle de convention entre les deux établissements ;

en 2012, il n'y aura donc pas de modification de la fonction groupage (FG) mais *une extension de la modalité 3 à l'ensemble des ES et EMS pour la variable « Type de lieu domicile » ;*

- la FG sera modifiée à partir du 1er mars 2013 pour prendre en compte :
 - la modification de la variable « Type du lieu de domicile du patient » du RPSS pour qui des nouvelles modalités seront créées :
 - ✓ la modalité 3 signifiera : Patient hébergé en EHPAD,
 - ✓ la modalité 4 signifiera : Patient hébergé dans un autre type d'ES ou d'EMS qu'un EHPAD ;
 - le fichier des « conventions ES_{HAD} / ES ou ES_{HAD} / EMS » ne sera pas modifié dans son contenu.
- Avantages de cette proposition : ce paragraphe ne retrace pas les discussions qui ont eu lieu notamment avec la DGOS (+ DREES et FEHAP). Pour cette fois ci, et compte tenu du fait que le CR n'a pas été produit dans les 15 jours suivant la réunion, on dira que tant pis, on ne va pas insister. Mais de manière générale, et pour les prochains CR, il faut essayer de retracer ce genre de discussions. C'est précisément l'intérêt du CR...
 - Il s'agit d'une modification **a minima** qui permet à la fois de distinguer les établissements avec forfaits de soins minorés (cf. le fichier des « conventions ») et ceux concernés par les autorisations/non autorisations de modes de prises en charges (cf. variable « Type du lieu de domicile du patient » du RPSS) ;
 - le N° FINESS géographique de l'ES/EMS permettra une analyse, à terme, plus fine des interventions HAD par type d'établissements sociaux ou médico-sociaux (personnes handicapées, âgées, en situation de précarité, des mineurs relevant de la protection judiciaire de la jeunesse...)². Dans le futur fichier des « conventions ES_{HAD} / ES ou ES_{HAD} / EMS », la nomenclature utilisée pour décrire (en catégories) les ES ou les EMS où l' ES_{HAD} interviendra pourrait être une nomenclature connue des établissements (par exemple celle de la SAE ou FINESS si adéquate) ; en tous cas, elle devrait être suffisamment descriptive comporter 10-30 catégories au maximum et permettre de distinguer les populations prises en charge, les ES/EMS avec hébergement temporaire médicalisé des ES/EMS avec hébergement temporaire non médicalisé.

Points de discussion sur le guide méthodologique :

- a. Cohérence entre le Guide méthodologique et les arrêtés³. La FNEHAD signale une restriction de l'arrêté de 2009 concernant le MP 05 *Chimiothérapie anticancéreuse* en EHPAD : quand elle est administrée par voie *orale*, et, contrairement à la chimiothérapie anticancéreuse classique parentérale, elle n'est pas autorisée en EHPAD. A défaut d'intégrer cette spécificité dans la fonction groupage HAD, la FNEHAD suggère que le Guide méthodologique 2013 le signale *explicitement*. Enfin, la FNEHAD signale la difficulté que peuvent avoir certains

² Il est reprécisé à propos des N° FINESS des ES/EMS que c'est le N° FINESS géographique et non le N° FINESS juridique qui doit être décrit.

³ Arrêté du 24 mars 2009 publié au JORF le 16 mai 2009 modifiant les arrêtés du 16 mars 2007 et du 25 avril 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en HAD d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du CSP : http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20090516&numTexte=26&pageDebut=08241&pageFin=08243.

éditeurs informatiques à gérer la clôture/l'ouverture de RPSS en cas de non stabilité de certaines informations identifiant les sous-séquences : par exemple lors des changements annuels de la CIM-10 (cf. codes diagnostics) ou en cas de changement de type de lieu de domicile ; là aussi, à défaut d'être pris en compte directement par la fonction groupage, les instructions sur la clôture/l'ouverture de sous-séquences (et non de séquences, voir point suivant) doivent apparaître *le plus clairement possible* dans le Guide méthodologique HAD 2013.

- b. Changement de séquence ou de sous-séquence en cas de changement de type de lieu de domicile. Ce point est évoqué et débattu ; le CNIM, la FEHAP évoquent des cas où le changement de domicile (au sens large) pourrait entraîner un changement de *séquence* : par exemple en cas de décès de l'aidant entraînant la prise en charge en EHPAD d'un patient jusque-là stabilisé à son domicile personnel ; l'ATIH rappelle que, compte tenu de la *définition médicale de la séquence* (combinaison singulière du MPP, d'un éventuel MPA et de l'IK), les règles actuelles du Guide méthodologique n'ont pas lieu d'être changées : il n'y a en effet pas de lien a priori entre le changement de type de lieu de domicile et le changement de *séquence*. En revanche, on rappelle qu'un changement de type de lieu de domicile du patient impose un changement de sous-séquence. Au 1^{er} mars, il conviendra donc de recoder la modalité correspondant au « Type du lieu de domicile du patient » selon la nouvelle modalité appropriée (3, 4 ou 5). En tout état de cause et au-delà de l'impact du changement de la variable « Type de lieu de domicile du patient » en 2013, il est rappelé que le changement de sous-séquence est obligatoire au 1^{er} mars de chaque année afin de tenir compte des impacts de la nouvelle campagne tarifaire.

II- Etat d'avancement des travaux classificatoires exploratoires

1. Echelle(s) de mesure de la dépendance fonctionnelle

Le constat a été fait précédemment par l'ATIH que les outils actuels utilisés en HAD pour l'évaluation de la dépendance (AVQ et IK) ne sont adaptés ni à l'objet de la « mesure » ni a fortiori aux populations concernées et qu'il a lieu de disposer pour une future classification, d'outil(s) fiable(s), valide(s) et adapté(s) (cf. précédent compte rendu du Comité technique HAD activité du 06 juin 2012)

Dans l'hypothèse d'une mesure générique de la dépendance fonctionnelle du patient au moyen d'instrument(s) commun(s) dans les champs HAD, SSR, et PSY, il est rappelé la nécessité d'une harmonisation inter-champs de/des échelle(s) de mesure qui seront retenues. La revue exhaustive de la littérature est à mener pour fin 2012 et un appel d'offre est en cours sur le site de l'ATIH pour confier cette prestation externe à un professionnel de la psychométrie. Le prestataire n'est donc pas encore sélectionné.

Points de discussion :

- a. AVQ/IK. La FNEHAD souhaite que la convention de l'IK à 100% pour les nouveau-nés soit enfin abandonnée car elle n'a pas de sens ; elle fait aussi remarquer que le test DATIM 211 n'a pas sa place dans la batterie de tests⁴ puisque ces deux variables ne sont pas « corrélées ». Elle suggère enfin que les instructions du Guide méthodologique relatives à l'utilisation de la grille AVQ soient précisées/harmonisées entre les trois champs où elle est utilisée (sujet récurrent dans AGORA).
- b. L'ATIH rappelle la difficulté qu'il y a à utiliser correctement des instruments de mesure non validés et fera le nécessaire pour harmoniser l'utilisation de/des outil(s) retenus à l'issue des travaux sur le choix des échelles de mesure de la dépendance fonctionnelle.

⁴ Test 211 (DATIM) : Pourcentage de séquences avec un IK inhabituellement bas pour le score AVQ.

2. Regroupage de la base HAD pour améliorer la description de l'activité HAD

- Pour rappel : l'information disponible dans la base nationale HAD étant pauvre et décrite par des modes de prise en charge (MP) à caractère « fourre-tout », il a été convenu au dernier comité technique activité d'enrichir la description de cette base en la faisant « parler » au moyen de groupements de classifications médicoéconomiques (type MCO, SSR ou RUG). Concrètement, il s'agit dans un *premier temps* de partir des informations clé du recueil HAD (MPP, MPA, IK, Durée) et de les transcoder en informations clé du recueil MCO (DP/DR/DA/Actes classants s'il y a lieu) ou en informations clé du recueil SSR (FPP/MMP/AE s'il y a lieu). Dans un *second temps*, la comparaison des séjours HAD et des séjours correspondants dans les différents champs d'activité sera faite pour des prises en charge comparables : ex. pour les soins palliatifs, les chimiothérapies. *Enfin*, l'analyse des séjours chaînés permettra non seulement de décrire les trajectoires de soins en amont/en aval de l'HAD mais aussi d'expertiser la qualité et la cohérence de l'information produite en HAD au regard des séjours observés en amont et/ou en aval (souvent en MCO ou SSR).
- Regroupage de la base HAD avec le groupeur RUG (la classification RUG III d'inspiration nord-américaine est une classification médico-économique utilisée en France marginalement dans le secteur médico-social pour décrire des personnes âgées dépendantes atteintes de maladies chroniques invalidantes et prises en charge dans des EMS (ex. maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer ou MAIA, EHPAD avec PASA - "Pôle d'activité et de soins adaptés - ou UHR –Unité d'hébergement renforcée). Elle utilise une association d'échelles de mesure de la dépendance fonctionnelle et instrumentale type ADL et I-ADL). Après contact et formation auprès de l'équipe française référente à la fondation nationale de gérontologie (Pr Henrard⁵), l'ATI H a constaté que seul un groupage *partiel de la base HAD* serait possible dans certaines catégories et sous catégories de la classification RUG (groupage attendu dans les RUGs les plus lourds) : en effet, dans la mesure où toutes les variables clé de l'algorithme RUG ne figurent pas dans le recueil HAD actuel (ex. : la mesure de la dépendance fonctionnelle instrumentale), il n'est pas possible d'aller au bout du groupage RUG. Afin d'aller plus avant dans ce regroupage, il faudrait des données d'HAD enrichies de données descriptives de la dépendance fonctionnelle instrumentale des patients pris en charge et l'ATI H suggère une *expérimentation possible avec certaines HAD* (volontaires ou via l'ENC HAD par exemple).

Points de discussion :

- a. La FEHAP mentionne que certains établissements dont elle a la charge à Marseille sont utilisateurs du système RAI® qui est lourd et propose de voir si l'expérimentation serait possible auprès d'eux. Pour ce qui concerne la description des patients et des soins en EHPAD (cf. coupe PATHOS : soins *requis* en fonction de l'état du patient), elle signale que des travaux de réactualisation des ordonnances pour les 48 états pathologiques sont en cours et qu'une évolution de l'outil PATHOS a été recommandée par le comité scientifique des référentiels PATHOS et AGGIR pour mieux décrire les patients (thésaurus de diagnostics issu de la CIM-10).
- b. La poursuite des premiers travaux exploratoires de regroupage de la base HAD avec les groupeurs MCO/SSR se fera en sous-groupe technique réunissant l'ATI H, les fédérations et l'Assurance maladie. L'ATI H proposera à ses partenaires les premières dates de réunion si possible avant la fin de l'année 2012 (cf. Point IV).

⁵ Pr Jean-Claude Henrard, professeur émérite de santé publique à la faculté de médecine de Paris-Ile-de-France Ouest (Versailles - Saint-Quentin-en-Yvelines), ancien médecin-chef du service des consultations de gérontologie de l'hôpital Sainte-Périne ; a rejoint le groupe inter-RAI en 1995.

III- Points divers

- MP 20 Retour précoce à domicile après accouchement : l'Assurance maladie signale qu'à sa connaissance, un établissement de la région parisienne alimente la base HAD avec des séjours HAD « expérimentaux », non valorisés pour RPDA. En tout état de cause, il faudrait retirer tous les séjours « expérimentaux » de la base HAD 2012 ; l'ATIHI prendra contact avec l'ARS IDF pour analyser la situation et voir ce qu'il convient de faire (MP 20 et autres expérimentations que le MP 20 ?).
- Algorithme de groupage PAPERICA : la Fnehad a déjà signalé une anomalie de traitement de PAPERICA ex-OQN qui, lors de sauts anormaux dans la numérotation des sous-séquences⁶ peut supprimer et grouper en erreurs bloquantes, des RPSS qui n'apparaissent donc pas dans la partie activité de l'établissement sur e-PMSI alors qu'ils sont cependant valorisés par la facturation directe à l'Assurance maladie (cf. CR Comité technique activité du 06/06/2012). Cette discordance entre l'activité réellement valorisée par l'Assurance maladie à un établissement ex-OQN et son activité décrite mais amputée des lignes exclues, soumise à DATIM et transmise aux tutelles (sur é-PMSI, dans les tableaux MAT2A) est très gênante en cas de contrôle (génération d'un indu de bonne foi pour ces établissements ex-OQN). Pour la FNEHAD, en dehors du cas des ex-OQN, la déconnexion entre les traitements des informations RPSS par PAPERICA puis sur é-PMSI et la facturation réelle par l'Assurance maladie pose problème. En effet, elle crée une situation inéquitable entre les ES_{HAD} ex-DGF valorisés uniquement si la qualité des informations transmises via PAPERICA et é-PMSI est celle attendue et les établissements ex-OQN valorisés quelle que soit la qualité de leurs données transmises. Au-delà de l'outil DATIM, cela pose aussi le problème sur la connaissance réelle de l'activité HAD par les ARS et autres tutelles.
- Le CNIM souhaiterait que l'ATIHI présente les résultats de DATIM HAD au prochain Comité technique HAD activité. Le CNIM réitère son souhait de voir présentés à ce comité technique activité les premiers résultats de l'ENC HAD, en particulier une exploitation des résultats pouvant avoir un impact sur l'évolution de la classification HAD.
- La DREES et la FEHAP signalent une description des ES_{HAD} par leurs codes FINESS insuffisante : certains ES_{HAD} qui disposent d'antennes départementales (par ex. via les professionnels de santé libéraux) ne donnent parfois que leur FINESS juridique : ainsi la couverture du territoire par l'HAD comporte des « trous » alors que les zones réellement couvertes sont plus étendues. Il est redit que les ES_{HAD} doivent se décrire le plus finement possible par leur N° FINESS *géographique* et que les instructions doivent être claires dans le guide méthodologique et manuel PAPERICA.
- Rapport annuel d'activité en HAD de l'ATIHI : il sera publié pour la fin 2012 et les fédérations seront prévenues. Les autres travaux non prioritaires par rapport aux travaux exploratoires classificatoires ne seront pas réalisés par l'ATIHI en 2013.
- ENC HAD. Les établissements participant peuvent disposer de leurs résultats en les demandant à l'agence. Les fédérations reformulent collectivement le souhait de voir les résultats de l'ENC HAD ; l'ATIHI précise que ces travaux ENC sont présentés dans le Comité technique HAD ENC et non au Comité technique HAD Activité.
- Choix du mode de recueil des diagnostics : pour l'instant, c'est l'ES_{HAD} qui choisit le mode de recueil des diagnostics se rapportant aux sous-séquences et aux séquences⁷ (cf. mode de recueil 1 ou 2 dans les RPSS). Si le choix de l'option DCMPP et DCPMA devenait obligatoire, la FNEHAD formule le souhait que l'annonce en soit faite le plus rapidement possible ; en tous cas à partir de 2013, l'ATIHI devrait prévoir que l'ES_{HAD} coche l'option qu'il a choisie dans le RPSS.

⁶ Par exemple si l'établissement ex-OQN a créé une facturation intermédiaire qu'il a ensuite annulée ; si son application informatique intègre PAPERICA, la numérotation des sous-séquences n'étant plus régulière, celle-ci va supprimer des lignes dont la numérotation des sous-séquences n'est pas régulière (et elles ne feront pas partie de l'activité de l'établissement sur é-PMSI).

⁷ Depuis le 1^{er} mars 2012, l'ES_{HAD} peut décrire les diagnostics en rapport avec le MPP (jusqu'à 9 DCMPP) et les diagnostics en rapport avec le MPA (jusqu'à 9 DCPMA) ou, comme précédemment rester sur l'option DP et DA.

L'ATI reprécise que cette option est encore facultative et que le choix de l'option pour chaque RPSS devrait être techniquement possible pour les établissements en accord avec leurs prestataires éditeurs informatiques.

IV- Prochaine réunion du sous-groupe de travail technique

Date : elle reste à fixer par l'ATI.