Deuxième comité technique HAD
Visioconférence Paris-Lyon — Mercredi 09/02/2011

Pièces jointes : Présentation de l'ATIH et addendum.

Participants

ATIH : Max BENSADON, Joëlle DUBOIS, Sandra GOMEZ, Housseyni HOLLA, Françoise MEGAS, Jean-François NOURY
CNAMTS : Sabine LABATUT, Elisabeth RICHARD
CNIM : Emmanuel HORNUS (centre hospitalier du val d'Ariège)
DSS : Laure-Marie ISSANCHOU
DREES : Hélène VALDELIEVRE
FEHAP : Samah BEN ABDALLAH (conseiller santé social du pôle sanitaire), Éric DUBOST (directeur de Soins et santé, Rillieux-la-Pape),
FFCLCC : Valérie-Jeanne BARDOU (DIM Institut Paoli-Calmettes Marseille), Frédéric GOMEZ (DIM Centre Léon Bérard Lyon)
FHF : Françoise LAPIERRE (DIM CHU Grenoble), Nathalie SANCHEZ
FNEHAD : Olivier PAUL (délégué national), Bruno LAPIERRE (DIM CH de Villefranche-sur-Saône)

Excusés : C Fuertes (DGOS), Richard OUIN (FHP), Eric NOËL (FHP)

Ordre du jour de la réunion

1. Validation du compte-rendu de la réunion précédente (20/12/2010)
2. Résultats des analyses complémentaires sur l'activité d'HAD en 2009-2010
3. Synthèse de quelques expériences étrangères en HAD
4. Liste des travaux à mener par le ou les groupe(s) de travail en 2011 : priorités
5. Points divers

1- Validation du compte-rendu de la réunion précédente

a) Proposition de mises à jour de l'appendice F « Liste des modes de prise en charge » du Guide méthodologique de production des informations pour 2011

Les points suivants ont été abordés avant la validation du compte-rendu du premier comité technique :

- ✓ administration fractionnée en cas de MP n° 02 *Nutrition parentérale :* il est convenu que ce point sera réabordé par le groupe codage en 2011 afin qu'une solution soit proposée pour décrire les journées du séjour sans nutrition parentérale (*cf.* programme de travail) ;
- ✓ MP n° 05 *Chimiothérapie anticancéreuse :* il est demandé que le guide précise que ce MP fait référence au produit administré et non à la maladie traitée ; le MP n° 5 doit pouvoir être codé lorsqu'une chimiothérapie anticancéreuse est administrée, quelle que soit la maladie traitée, cancer ou autre.

b) Le reste du compte-rendu est validé

2- Autres remarques sur le Guide méthodologique de production des informations pour 2011

- ✓ J-F. Noury (ATIH) résume les réponses qu'il a reçues des fédérations suite à l'envoi le 24/12/2010 du projet de *guide méthodologique* 2011 et des questions résiduelles. Celles-ci concernent les associations MPP x MPA aujourd'hui non prévues ou interdites (celles signalées n'étaient pas « nouvelles », sauf une) et les prestations interétablissements (PIE) qui seront finalement supprimées dans la version finale du guide.
- ✓ S. Ben Abdallah (FEHAP) fait remarquer que la relecture des documents de l'ATIH par la FEHAP aurait été plus efficace si le délai pour le faire avait été plus long et que rien ne signalait que les modifications concernaient essentiellement des changements sur la forme et non sur le fond. En effet, certaines associations MPP x MPA sont non prévues ou interdites et compte tenu des arbitrages rendus fin 2009 par l'ex mission T2A qu'elle estime non explicites voire non évidents car non conformes à la réalité[1], la FEHAP souhaiterait pouvoir en rediscuter en 2011 (*cf.* programme de travail du groupe codage) ; elle note avec satisfaction la suppression du paragraphe sur les PIE.
- ✓ J-F. Noury recommande à tous les membres du comité de bien revoir, lors de la prochaine version du guide méthodologique, l'ensemble du guide pour en vérifier la cohérence d'ensemble.
- ✓ De son côté, O. Paul (FNEHAD) rappelle l'importance de faire évoluer le modèle HAD en plus des ajustements marginaux nécessaires, et souhaite que les PIE soient discutées dans un cadre plus global que le seul champ HAD puisqu'elles concernent aussi les autres champs.
- ✓ F. Lapierre (FHF) fait remarquer que la suppression du paragraphe sur les PIE du guide 2011 n'apporte pas pour autant de solution à la question des frais de produits sanguins et de transports.
- ✓ B. Lapierre (FNEHAD) et V-J. Bardou (FFCLCC) proposent d'examiner avec l'ATIH d'autres points du guide après la réunion plénière du comité ; le comité technique accepte cette proposition. .

  Note : J-F. Noury (ATIH) a transmis par mail le lundi 14/02/2011 aux membres du comité, pour avis, la synthèse des remarques et des propositions de modifications du guide méthodologique exprimées par B. Lapierre et V-J. Bardou. Le mail est reproduit dans l'addendum de ce compte-rendu. Aucune remarque relative à ces documents n'a été transmise à l'ATIH.

3- Résultats des analyses complémentaires sur l'activité d'HAD en 2009-2010

- ✓ F Megas (ATIH) présente les résultats des analyses des séjours groupés en « erreur » en 2009 et des *analyses complémentaires* demandées à l'ATIH lors du précédent comité :
  - analyse de la progression de l'activité en 2009, par établissement ;
  - analyse des actes réalisés en 2010, par établissement ;
  - analyse de l'activité en 2010, en distinguant l'activité groupée des mois de Janvier-Février de celle groupée des autres mois ;
  - analyse des diagnostics par établissement (DP, DAS) en 2009 et 2010 ;
  - d'autres résultats détaillés sur l'activité 2010 en pédiatrie, sur les 3 principales associations inhabituelles et les 3 principales associations non prévues recensées sont présentés. Ils ne sont pas repris ci-dessous.
- ✓ Les principaux résultats des nouvelles analyses montrent que :
  - les pourcentages de progression de l'activité par établissement entre 2007 et 2009 varient fortement : les établissements qui ont les pourcentages de progression les plus élevés entre

[1] Par exemple l'association MPP n° 04 Soins palliatifs X MPA n° 03 Traitement intraveineux.

2008 et 2009 (+13000% à 170%) n'existaient pas en 2007 ; pour les 15 premiers établissements, les taux de progression de 2008 à 2009 varient de -10% à +40% ;

- en 2009, deux établissements d'HAD se distinguent nettement car le DP n'est pas renseigné : cela concerne 66% des journées pour l'un et 81% pour l'autre. En 2010, le non renseignement du DP étant devenu « bloquant » par la fonction groupage, l'anomalie n'a pas été retrouvée ;
- le bilan de la description des diagnostics associés par établissement en 2009 et 2010 montre que le pourcentage de journées avec DA vide varie fortement selon les établissements, de 0,01% à 100% : certains établissements ne décrivent jamais de DA alors que d'autres décrivent presque systématiquement un DA ;
- tendances 2009-2010 (sur base 2010 non encore scellée, donc incomplète) : 9 établissements d'HAD de plus en 2010 par rapport à 2009, mêmes premiers MPP décrits (MP n° 04 Soins palliatifs, MP n° 09 *Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)*, MP n° 14 *Soins de nursing lourds* ; changement dans les premiers MPA qui sont plus fréquemment renseignés (nombre de journées avec MPA vide en 2010 : 100) ; importance du MPA n° 14, moins de MPA n° 07 *Prise en charge de la douleur* et de MPA n° 15 *Education du patient et/ou de son entourage*, 30% des journées sans MPA (MPA n° 00) ;
- l'analyse de l'activité 2010 des mois M1 et M2 comparée à celle cumulée des autres mois ne montre pas de différence sur les 3 principales associations MPP x MPA décrites : n° 04 *Soins palliatifs* X n° 00 *Pas de protocole associé* puis n° 09 *Pansements complexes et soins spécifiques* X n° 00 *Pas de protocole associé* et enfin association n° 09 *Pansements complexes et soins spécifiques* X n° 14 *Soins de nursing lourds* ;
- l'analyse des premiers actes CCAM des MPP n° 01 *Assistance respiratoire*, n° 04 *Soins palliatifs*, n° 19 *Surveillance de grossesse à risque* ne fait ressortir que quelques établissements qui ont entrepris de décrire les actes associés à ces MPP.

✓ B. Lapierre (FNEHAD) conteste vivement les résultats d'activité présentés par l'ATIH pour son établissement (exprimés en nombre de journées) dans les diapositives 12 et 14 de la présentation, en discordance selon lui avec les données disponibles à partir des tableaux MAT2A sur la plateforme epmsi. Pour les actes de la CCAM mentionnés dans la diapositive 30, B. Lapierre conteste aussi les résultats des dénombrements présentés (*cf.* colonne « nombre de réalisations en 2010 ») et souhaite connaître, pour son établissement, les particularités du décompte ; enfin, il redit sa difficulté et la lourdeur du recueil des actes médicaux effectués hors établissement et réinterroge l'ATIH avec E. Dubost (FEHAP) sur l'intérêt fondamental de ce recueil de variables non tarifantes (cf. réponse dans l'addendum).

✓ Il ressort des autres discussions du groupe que :

- pour les analyses complémentaires demandées, une présentation de résultats anonymisés par établissement aurait été souhaitable ; celle des résultats sur l'analyse de l'évolution de l'activité entre 2007 et 2009 aurait pu distinguer les établissements qui existaient sur les trois années, de ceux qui ont été nouvellement créés sur la période ;
- à quelques exceptions près, le recueil des actes CCAM réalisés lors du séjour HAD est encore insuffisamment effectué par les établissements d'HAD et restreint à quelques modes de prise en charge (n° 01, n° 04, n° 19, n° 07, n° 06, n° 09, n° 03, n° 02, n° 08, n° 10, n° 14) ; les quelques établissements qui décrivent les actes médicotechniques le font assez systématiquement malgré le surcroit de travail non valorisé que cela représente ; pour la plupart des établissements la marge de progression du recueil des actes reste donc importante ; pour leur faciliter la tâche, l'ATIH rappelle qu'un extrait d'actes de la CCAM a été publié sur son site le 08/02/2010 (*cf.*lien : http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0004E00018FF) ;
- comme dans le champ MCO, la tarification des séjours hospitaliers d'HAD doit se baser sur la description de l'activité (description des patients, de leur prise en charge, des dates correspondantes et autres variables conformes au dossier médical), les tarifs se fondant en amont sur l'établissement des coûts (étude nationale de coûts). La collecte des données tarifantes ou non (diagnostic principal, associé(s), acte(s), …) par les établissements suppose donc de disposer d'outils logiciels fonctionnels. Pour contribuer à améliorer la description du patient et des principaux éléments du séjour, l'ATIH a choisi pour certaines

variables de « bloquer » le groupage du RPSS dans lequel ces variables ne sont pas correctement renseignées (*cf.* par exemple les causes d'erreurs bloquantes) ;

- l'assurance maladie sollicitée par la FFCLCC rappelle quelques éléments du bilan des contrôles des établissements ciblés en 2009-2010 : les anomalies relevées par les médecins contrôleurs portaient sur des dossiers ou des protocoles de soins absents, incomplets voire non-conformes, sur des prises en charge ne relevant pas de l'HAD (soins ni complexes ni coordonnés), sur le non respect des règles de codage des MP et de l'IK, sur des problèmes de date de fin de séquence. A propos des contrôles de cohérence des données nécessaires sur les informations renseignées sur les séjours d'HAD, l'ATIH confirme au comité technique que le DATIM HAD sera mis en ligne à la fin de cette année 2011 pour être fonctionnel en 2012 ;
- les travaux du groupe codage issu du comité technique doivent reprendre rapidement en 2011 : à partir des données de l'ATIH sur l'état des lieux des pratiques de codage (géocartographie suggérée par le CNIM), ce groupe sera chargé de faire rapidement de nouvelles propositions sur les associations MPP X MPA et sur les plages d'IK permises pour ces associations (voir point 4 *infra*).

3- Synthèse de quelques expériences étrangères en HAD

- ✓ F. Megas (ATIH) présente un panorama de l'HAD dans quelques pays : Australie, Canada, USA, Espagne, Belgique. Le cas du Canada est particulièrement développé, en particulier la présentation de l'instrument RAI-HC® dont les productions statistiques agrégées dérivées des algorithmes de traitement des données (253 variables recueillies dont la dépendance) servent à décrire précisément et à classer les patients, à produire divers indicateurs opérationnels et de mesure de la qualité des soins, à planifier et financer ces soins (ex. groupes de priorités, groupes d'utilisation des ressources en services à domicile ou RUG-III-HC).
- ✓ L'exposé montre :
  - que le périmètre d'activités du « home care » anglosaxon (Canada, USA, Australie) a évolué depuis une trentaine d'années. Que l'on parte à l'origine (pour le Canada par exemple) de soins administrés de type infirmiers stricts ou dans certains contextes (USA, Australie) de soins hospitaliers plus techniques, le périmètre du « home care » se rapproche désormais du périmètre de l'HAD à la française : dans ces pays, la palette des services et soins à domicile possibles en « home care » vont des soins ponctuels médicaux et para-médicaux (médecin de famille travaillant en collaboration avec le réseau de soins, infirmière praticienne, autres thérapeutes) aux soins continus de fin de vie en passant par des soins de réadaptation dispensés à domicile avec fourniture de matériel et d'articles médicaux, tout en prenant en compte le soutien, l'aide sociale et ménagère de longue durée nécessaire pour garantir le maintien du patient à son domicile (livraison ou préparation de repas, lessive, ménage). Pour être efficaces, ces services et soins délivrés au domicile du patient se doivent donc d'être pluridisciplinaires et coordonnés ;
  - l'importance en « home care » de la description du patient et des soins prodigués pour comprendre l'activité développée et la classer en groupes de soins (soins aigus, ponctuels de type MCO, soins de type SSR, soins continus et infirmiers …) et de patients (classifications par RUG, DRG, AP-DRG, SMAF québécois…) ; des outils de description des patients et de l'activité évolués et évalués existent et sont fonctionnels. Il en est ainsi en particulier, de l'instrument canadien basé sur la dépendance où les diagnostics, les actes sont recueillis et où n'existe pas de « mode de prise en charge » tels que nous les avons en France ; pour la mesure de la dépendance des patients, il n'y a pas dans les quelques modèles étrangers revus, d'utilisation de l'indice de Karnofsky, mais plutôt d'échelles hiérarchiques multidimensionnelles de mesure de l'autonomie pour les activités instrumentales ou non de base de la vie quotidienne (*ADL scale : activities of daily living ; IADL scale : instrumental activities of daily living*) de type *Mesure de l'Indépendance fonctionnelle*, index de Barthel, index de Katz …[2].

[2] La grille AVQ utilisée en France n'équivaut pas à l'échelle hiérarchique AVQ du RAI-HC® ; elle n'est pas une traduction de l'échelle d'autonomie de Katz ni de l'index de Barthel. Il s'agit d'une grille nationale, construite

- ✓ Il ressort des discussions que :
  - alors qu'en France il existe plusieurs modes de prise en charge des patients âgés à domicile (ex. HAD, SSIAD), qu'il existe plusieurs grilles utilisées pour décrire et évaluer la dépendance des personnes prises en charges (ex. échelle AVQ en HAD, grille de dépendance AGGIR des patients en perte d'autonomie[3]), qu'il existe aussi un modèle évaluant à partir des situations cliniques observées, les soins médico-techniques nécessaires pour assumer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées, en établissement ou à domicile (ex. modèle PATHOS[4]), il est intéressant d'examiner un modèle cohérent, intégrateur basé sur un questionnaire unique comme celui utilisé dans les soins à domicile au Canada (le RAI-HC®). Il semble toutefois à lire les statistiques publiées sur le site de l'institut canadien d'information sur la santé (ICIS) que cet outil soit utilisé pour des patients plutôt âgés (80% de 65 ans et plus, et 20% de moins de 65 ans[5]), plus ou moins dépendants (34% étaient dépendants pour les AVQ en 2007-2008, 97 % avaient une atteinte plus ou moins marquée des AIVQ, 49% avaient une atteinte des fonctions cognitives), que leurs soins soient des soins aigus, ponctuels et de courte durée, qu'ils soient continus de type palliatifs, liés à la fin de la vie, qu'ils soient des soins de réadaptation ou des soins de soutien de longue durée et des soins de maintien ;
  - le RAI-HC® qui est déjà utilisé dans plusieurs pays autres que le Canada (USA, Italie, Suisse, Finlande, Royaume Uni, Hollande, Belgique, Hong Kong, Japon, Australie) pourrait être présenté par l'ATIH au prochain comité technique et l'ATIH pourrait prendre contact avec l'équipe française de gériatrie qui a collaboré à son élaboration[6].

4- Liste des travaux à mener par le comité technique en 2011

4-1 ATIH

- ✓ Guide méthodologique
  - synthèse des remarques des fédérations et des dernières modifications du guide méthodologique 2011 avant publication sur le site de l'ATIH, prévue fin février 2011 ;
  - évolutions et précisions futures à apporter au prochain guide méthodologique 2012, concernant par exemple :
    - le périmètre et les frontières de l'HAD (voir *infra*),
    - la médicalisation du recueil et son aspect opérationnel par exemple concernant les règles de changement de séquences encore trop imprécises aujourd'hui,
    - la revue d'éventuels nouveaux MP, des combinaisons MPP X MPA et des symétries, des plages d'IK autorisées pour ces combinaisons.
- ✓ Expériences étrangères en HAD : autres pays européens (Royaume Uni en particulier qui dispose d'une HAD) ; synthèse des modèles de classification et de financement.
- ✓ Etude des filières et des prises en charge avec le chaînage MCO-HAD.
- ✓ Apport de l'ENC HAD dans l'interprétation de la classification actuelle des GHPC : présentation du travail technique pour établir les coûts par GHPC, les valeurs des indices de pondération.

à partir de diverses échelles de dépendance au début des années 1990, lors de l'élaboration du PMSI en soins de suite et de réadaptation. A notre connaissance l'instrument français utilisé en HAD n'a pas été validé.

[3] La grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) constitue un outil destiné à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique, des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens (http://www.grille-aggir.fr/).

[4] PATHOS : outil élaboré en partenariat par le Syndicat National de Gérontologie Clinique et le service médical de la CNAMTS, le modèle PATHOS évalue à partir des situations cliniques observées, les soins médico-techniques nécessaires pour assumer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées, en établissement ou à domicile (source : http://www.geronto972.com/medias/modelepathos.doc, http://www.sgoc.fr/pathos.htm)

[5] Données 2007-2008 relevées sur le site de l'Institut canadien de l'information sur la santé (ICIS).

[6] Jean-Claude Henrard ; Laboratoire *Santé Environnement Vieillissement*, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines : http://www.uvsq.fr/la-recherche/laboratoire-universitaire-sante-environnement-vieillissement-9676.kjsp

4-2 Fédérations - CNIM

- ✓ Remontées des difficultés des établissements d'HAD, en matière de recueil ou de groupage des données de patients non pédiatriques.
- ✓ Etude des populations exclues de l'HAD et des causes d'exclusion (certaines formes de chronicité, distance du domicile à l'établissement d'HAD, environnement parfois défavorable au domicile du patient, mode de financement …)

4-3 Tour de table des autres sujets d'intérêt

O. Paul (FNEHAD) appuyé par les autres fédérations (FEHAP, FFCLCC, FHF) et le CNIM exprime l'intérêt et le soutien de sa fédération pour les travaux techniques évoqués (description des modèles étrangers et leur synthèse, meilleure connaissance épidémiologique des patients pris en charge en HAD et filières de soins) et la mise en perspective plus globale de l'offre de soins d'HAD relativement aux autres offres (MCO, SSR, SSIAD[7]) ; il insiste cependant sur la **nécessaire tenue prochaine d'un COPIL** en particulier pour aborder avec la DGOS, le périmètre et les frontières de l'HAD, les prochains arbitrages et le sujet tarifaire (revalorisation, dégressivité). H. Holla (ATIH) approuve la nécessité prochaine d'un COPIL et transmettra la demande à la DGOS (organisateur) tout en faisant remarquer que la réflexion autour des périmètres et des frontières de l'HAD et des SSIAD nécessitera que soient réunies plusieurs directions du Ministère de la santé (DGOS, DGS, DSS, DGCS) et l'Assurance maladie.

A propos de la réforme de la tarification des SSIAD, la DRESS et la DSS pensent nécessaire d'**évaluer l'impact de la nouvelle tarification des SSIAD sur l'HAD**, en particulier pour les personnes âgées.

En l'absence de référentiel HAD issu par exemple de la HAS[8] (ce qui a conduit à une grande marge d'interprétation des définitions et à l'hétérogénéité des pratiques de codage sur le terrain), l'Assurance maladie s'interroge sur la **valeur juridique des réponses apportées aux établissements à l'issue des contrôles** qu'elle mène dans les établissement d'HAD depuis 2009 (par exemple, en cas d'absence de dossier médical, de dossier médical incomplet, de désaccord de la CNAMTS avec l'établissement sur l'opportunité d'un séjour en HAD, sur le choix initial des MPP et MPA de la séquence, sur le(s) motif(s) de changement(s) de séquence, …).

Pour conclure, H Holla (ATIH) propose que l'ATIH synthétise la liste des travaux évoqués pour 2011-2012 et sollicite les fédérations, le CNIM et les directions avant la prochaine réunion du comité technique de l'HAD pour créer les groupes de travail et leur faire valider le programme de travail 2011.

5-Points divers

Néant.

6- Prochaine réunion du comité technique HAD

---

[7] La réforme de la tarification des SSIAD ajustée aux besoins des patients, décidée entre la Direction générale de la cohésion sociale et les fédérations nationales des SSIAD sera mise en œuvre entre 2012 et 2016.

[8] Référentiels de type « bonnes pratiques qui, s'ils existaient, devraient être intégrés au Guide méthodologique de l'ATIH. Ce dernier constitue le seul référentiel consacré au recueil des informations du patient et du séjour HAD, à leur codage et à leur transmission pouvant servir à la DGCCRF.

- ✓ **Date** : jeudi 26 Mai 2011 de 10H à 13H en visioconférence entre le siège de l'ATIH à Lyon et son antenne parisienne.