

**COMITÉ TECHNIQUE HAD**  
**SÉANCE PLÉNIÈRE**  
**Compte-rendu de réunion**

**Date : 7 juillet 2015**

**Heure : 14h-17h**

**Lieu : Visioconférence ATIH Paris- ATIH Lyon**

**Participants**

- **FNEHAD** ..... E. Ginesy,
- **FHF** ..... S. Gomez
- **FEHAP** ..... C. Réa, P. Métral
- **FNLCC** ..... B. Le Vu
- **FHP** ..... MC. Viez
- **DGOS R4** ..... I. Prade, T. Moguerou
- **ATIH** ..... J. Dubois A. Buronfosse, E. Ekong, C. Lê-Leplat, F. Pecoraro, D.Wallet

**Absents ou excusés**

- F. Gomez (FNLCC)
- F. Lapierre (FHF)
- B. Lapierre (FNEHAD)
- E. Hornus, B. Garrigues (CNIM)
- A. Fouard, G. Llorca (CNAMTS)
- LM. Issanchou (DSS)
- L. Mauro (DREES)
- I. Petit, V. Dubos (DGOS R1)

**Invités**

- L. Schnabel

L'ordre du jour de la réunion a porté sur les points suivants :

- Travaux classification
  - Présentation
  - Discussion sur l'éventualité d'un recueil des passages au domicile en 2016
- Travaux parcours
- Questions diverses

Le diaporama présenté en séance est publié en même temps que ce compte rendu sur le site de l'ATIH.

Conformément à ce qui avait été prévu lors du CT du 21 avril dernier, le CT de ce jour fait suite aux deux groupes de travail (GT) qui se sont tenus les 26 mai et 16 juin 2015 au cours desquels ont été présentés les travaux réalisés sur la base de l'Étude Nationale de Coûts (ENC) HAD 2013 non trimée. L'objet de ces analyses était notamment d'apprécier l'apport de l'information relative au nombre de passages à domicile et à la nature des intervenants sur la description de l'activité des établissements participant à l'ENC HAD. A partir de ces éléments d'appréciation, il s'agissait de déterminer les éventuelles évolutions du recueil envisageables en 2016 pour améliorer la description de l'activité en HAD.

L'ATIH rappelle que le Comité Technique Plénier (CT) de ce jour a pour objet de prendre une décision concernant l'éventuelle mise en place d'un recueil national du nombre de passages au domicile en 2016.

Les travaux réalisés sont des travaux descriptifs portant sur l'analyse des coûts journaliers dans le modèle actuel en utilisant d'une part les variables MPP, MPA et IK puis en intégrant le nombre de passages au domicile.

## 1 TRAVAUX CLASSIFICATION

Les travaux ont été présentés sous forme de figures et communiqués par mail aux participants des GT. L'attention est attirée sur le fait que les analyses réalisées sur des associations présentant des effectifs faibles ne sont pas interprétables.

### 1.1 Travaux portant sur l'analyse de la distribution des coûts selon le MPP, le MPA et l'IK

Deux types de calculs ont été réalisés<sup>1</sup> :

- "Cout journalier moyen - unité journée" : le calcul consiste alors à rapporter l'ensemble des coûts considérés au nombre de journées HAD réalisées sur la période étudiée.
- Calcul du "cout journalier moyen - unité séquence" : chaque séquence est alors caractérisée par son coût moyen journalier. Le "coût journalier moyen – unité séquence" restitué correspond à la moyenne de ces valeurs.

Interprétation :

Lorsque le coût journalier unité séquence est supérieur au coût journalier en unité journée, cela signifie qu'en moyenne, plus la séquence est longue, plus le coût journalier est faible. Le cas contraire (coût journalier unité séquence inférieur au coût journalier en unité journée), illustre le fait que le coût journalier est plus élevé pour les séquences les plus longues, en moyenne.

---

<sup>1</sup> Exemple numérique :

Soient 2 séquences de durées respectives 1 jour et 20 jours, et de coûts journaliers moyens respectivement de 100 euros et 200 euros.

Le coût journalier moyen en **unité journée** est calculé comme suit :  $(100 \times 1 + 200 \times 20) / (1 + 20) = 4\ 100 / 21 =$  **195 euros**

Le coût journalier moyen en **unité séquence** est calculé comme suit :  $(100 + 200) / 2 =$  **150 euros**

Un tableau des volumes respectifs des différents types de séquences est présenté pour les calculs en unité séquence.

Dans un premier temps, l'étude a porté de façon spécifique sur les MPP 03 *traitement intraveineux* et MPP 04 *soins palliatifs*. A la demande des fédérations, ces travaux ont été complétés pour l'ensemble des MPP.

Plusieurs types d'analyses ont été présentés :

- Croisements MPP, MPA
  - Distribution du cout journalier par séquence (diagrammes box-plot) représentant la distribution du cout journalier moyen par séquence (hors médecin traitant et médicaments) pour les croisements MPP x MPA
  - Tableaux de synthèse de la variabilité des coûts (unité séquence et unité journée) représentant en abscisse les MPP, en ordonnée les MPA et pour chaque croisement MPP x MPA une bulle dont le diamètre est proportionnel au volume de chaque association dans l'ENC. Un tableau a été réalisé en unité séquence et l'autre en unité journée.
  
- Croisements MPP, MPA, IK
  - Distribution du coût journalier par séquence (diagrammes box-plot) représentant le cout journalier moyen par séquence pour chaque MPP, selon la présence ou non d'un MPA (MPA = 0 ou MPA = 1) et selon l'IK

D'une part, les diagrammes présentés montrent une forte variabilité des coûts journaliers. Par exemple, le 1<sup>er</sup> décile du coût journalier en unité journée pour le MPP 03 (*Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre*) sans prise en charge associée (MPA=00) et un IK=60 est de 164€ alors que le 9<sup>ème</sup> décile est de 323€ (>500 séquences dans ce GHPC dans les données ENC). En soins palliatifs (MPP04), sans prise en charge associée et un IK=50, on observe un 1<sup>er</sup> décile à 108€ et un 9<sup>ème</sup> décile à 216€, soit un doublement du coût journalier (>700 séquences dans ce GHPC dans les données ENC). D'autre part, il existe des différences en fonction des croisements MPP x MPA. Le coût varie avec l'IK dans la plupart des prises en charge à l'exception de certains MPP comme la chimiothérapie par exemple.

Les résultats montrent que la variation du cout moyen journalier pouvait se situer au delà de 150 euros par jour ce qui pose la question de l'acceptabilité d'une telle variation du cout journalier au sein d'une même association.

## **1.2 Travaux portant sur l'analyse de la distribution des couts selon le MPP, le MPA, l'IK et le nombre de passages**

Ont été exclus des analyses les établissements de l'ENC n'ayant pas pu produire un nombre de passages journaliers pour l'ensemble des IDE salariés et libéraux.

Les analyses présentées sont :

- Croisements MPP, MPA, IK (en unité séquence et en unité journée)
  - Nuages coût journalier moyen x nombre de passages, selon la présence ou non d'un MPA (MPA = 0 ou MPA =1) pour MPP x IK

- Nuages coût journalier moyen x nombre de passages pour MPP x MPA hors IK

Les résultats montrent une corrélation plutôt linéaire entre le coût des prises en charge et le nombre de passages. Par exemple, le coût journalier moyen (en unité journée) pour le MPP 03, MPA=00 et IK=60 vaut 211€ lorsqu'il y a 1 passage quotidien, 249€ pour 2 passages et 291€ pour 3 passages. Pour le MPP 04, MPA=00, IK=40, on observe des coûts journaliers de (respectivement) 180€, 202€ et 219€ pour des nombres de passages de 1, 2, et 3 (respectivement).

### **1.3 Travaux bibliographiques portant sur les nomenclatures d'actes infirmiers en France et à l'étranger**

Au-delà du nombre de passages et de la nature des intervenants, la question s'est posée de la caractérisation éventuelle des actes réalisés au domicile du patient et de la nomenclature qui pourrait être mobilisée pour les décrire. Les travaux bibliographiques initiés par l'ATIH s'inscrivent dans ce cadre.

Une présentation générale des éléments recueillis ainsi qu'un focus sur les diagnostics infirmiers en Belgique, la NGAP et les SIIPS a été réalisées en groupe de travail.

A l'issue de cette présentation, les experts représentant les différentes fédérations qui assistaient à ce groupe de travail, avaient émis l'avis de ne pas poursuivre sur cette piste dans l'immédiat. Le comité technique valide cette orientation.

### **1.4 Discussion sur l'éventualité d'un recueil du nombre de passages au domicile en 2016**

Un tour de table est réalisé permettant aux fédérations de faire part de leur avis sur la question :

- FHF : le nombre de passages étant recueilli dans l'ENC, la question de son recueil au niveau national se pose. Certains éléments discriminant des coûts, en particulier les diagnostics, devraient être étudiés avant de proposer un nouveau recueil.
- FEHAP : outre les passages des soignants, la distance domicile HAD, la qualification des soignants, le temps passé au domicile, le travail de coordination, le passage des équipes de coordination au domicile sont des éléments du coût de la prise en charge de même que l'état de santé et de dépendance du patient. Elle estime qu'avant de se lancer dans un nouveau recueil, il faut déterminer les éléments discriminants du coût en exploitant l'ensemble des éléments déjà disponibles. De plus, l'organisation de l'établissement, (rural ou urbain par exemple) joue sur les coûts. Enfin, elle estime nécessaire de dissocier les temps de transport des temps de soins pour le personnel soignant. La FEHAP estime difficile de justifier auprès des ESHAD un nouveau recueil avant que l'ensemble des éléments disponibles soient exploités.
- FHP : souscrit aux propos de la FHF et de la FEHAP et serait d'avis de poursuivre l'exploitation des bases avant d'entreprendre un nouveau recueil.
- FNEHAD : il n'y a pas d'urgence à modifier le recueil pour 2016. Il convient de poursuivre les travaux d'analyse des bases de données engagés pour nourrir la réflexion sur les évolutions à mettre en œuvre en termes d'information médicalisée en HAD. Elle rappelle que l'IGAS et la Cour des Comptes ont menés des réflexions sur le champ de l'HAD qui ont l'objet de rapports édités respectivement en 2010 et 2013.

Concernant la question du recueil du nombre de passages au domicile au niveau national, l'ATIH conclut des discussions que :

- le recueil est écarté pour 2016 car il faut du temps pour capitaliser sur les données existantes,
- il faudra revoir la question l'an prochain si la lisibilité des coûts n'était pas améliorée par les travaux complémentaires qui auront été réalisés à cette échéance .

## 1.5 Autres points de discussion

L'ATIH précise que dans l'ENC :

- les temps de transports seront dissociés des temps de soins dès l'ENC 2014 dont les résultats seront disponibles en 2016,
- les temps de passage au domicile des équipes de coordination sont par convention déversés dans les coûts de coordination et lissés à la journée pour toutes les prises en charge.

La DGOS indique qu'il est important de ne pas confondre classification et tarification. La classification ne préjuge pas du futur modèle de financement et il est fondamental de pouvoir dissocier les deux dès le début de projet. Une meilleure description de l'activité, permettant de faire ressortir les particularités de l'HAD par rapport aux autres types de prises en charge sanitaires, est un pré requis indispensable pour faire évoluer aussi le modèle de financement. Cependant les deux démarches ne peuvent s'imaginer de manière complètement étanche et une articulation/convergence des travaux sur les évolutions de la classification et du modèle de financement devra être organisée.

## 2 TRAVAUX PARCOURS

L'ATIH rappelle que des travaux sur les prises en charge précoces en HAD après interventions chirurgicales sont en cours dans le cadre de la campagne tarifaire 2016. Ces travaux sont pilotés par la DGOS avec l'appui technique de l'ATIH. Ils ne seront pas traités dans la cadre du comité technique HAD.

En revanche, des travaux de type « parcours » seront conduits dans ce cadre. Ils auront pour objectif de décrire la place de l'HAD dans le parcours de soins hospitalier à partir de l'analyse des bases de données PMSI.

L'ATIH précise que les partenaires seront consultés sur leurs besoins concernant ce sujet à l'occasion d'une prochaine réunion.

Quelques premiers échanges sur ce sujet ont lieu en séance.

La FHF souhaite que soient différenciés les parcours pour lesquels l'établissement principal de prise en charge est l'HAD de ceux pour lesquels l'HAD n'est pas la prise en charge principale.

La FEHAP indique qu'il existe deux types de situations : celles d'une prise en charge courte en HAD suite à un séjour en MCO et celles d'une prise en charge longue en HAD concernant le parcours de patients « semi-chroniques ».

La FHF demande si la psychiatrie sera comprise dans le champ d'étude, et évoque la question des interventions conjointes HAD « somatique » et HAD psychiatrique au domicile.

Sur ce point la DGOS répond que la psychiatrie ne fait pas partie du champ d'étude dans la mesure où l'HAD en psychiatrie se traduit plutôt dans les faits par un renforcement de la psychiatrie ambulatoire de secteur, actuellement financée en DAF. La reconnaissance et le financement de cette modalité d'intervention se traiteront, le jour venu, dans les travaux consacrés à la réforme du financement de la psychiatrie. Elle estime que la prise en charge des soins somatiques d'un patient en HAD de psychiatrie ne relevant pas nécessairement de l'HAD somatique, les deux types d'HAD ne sont pas nécessairement liés. Tous les établissements autorisés en psychiatrie ont en effet l'obligation de prendre en charge le suivi somatique des patients hospitalisés, y compris à domicile.

### 3 QUESTIONS DIVERSES

#### 3.1 Travaux maladies neurodégénératives

L'ATIH rappelle que des travaux lui ont été demandés par la DGOS à ce sujet suite à une demande des fédérations d'envisager la suppression de la dégressivité du tarif pour les personnes prises en charge en HAD pour maladie neurodégénérative.

La DGOS précise qu'il s'agit de l'instruction d'une mesure envisagée visant à décrire le type de patients pris en charge et évaluer les enveloppes concernées par une éventuelle suppression de la dégressivité en HAD. Elle précise que le périmètre est celui du plan maladie neurodégénératives et que seuls les patients souffrant d'une telle pathologie et nécessitant une prise en charge de type HAD sont concernés. Ce travail se situe dans le champ de la substitution à l'hospitalisation conventionnelle par l'HAD.

L'ATIH indique que les travaux se décomposent en deux axes :

- 1<sup>er</sup> axe : explorer les effets d'une suppression de la dégressivité tarifaire en HAD pour les patients concernés
- 2<sup>ème</sup> axe : quel potentiel de transférabilité pour les patients concernés hospitalisés en MCO, SSR et psychiatrie. Elle précise que cet axe sera plus difficile à explorer.

La FEHAP indique qu'il existe différents types de prises en charges pour ces patients :

- Prise en charge courte suite à un épisode aigu en MCO
- Stade avancé de la maladie avec par exemple nutrition parentérale ou assistance respiratoire et escarre, sans structure de relais
- Patient en soins palliatifs avec une prise en charge de durée variable

#### 3.2 Modifications de tests OVALIDE

L'ATIH indique les tests OVALIDE qui ont été modifiés pour 2015 (voir diaporama).

#### 3.3 Demandes concernant l'IK et l'AVQ

Certaines fédérations avaient demandé :

- Pour l'IK : une précision des consignes de codage pour les patients présentant un handicap compensé. Compte tenu de la difficulté de définir la notion de handicap compensé, l'ATIH a proposé aux fédérations à l'occasion du dernier GT, de formuler des propositions pour un nombre de situations limité et bien défini. Elle précise qu'à ce jour, elle n'a reçu aucune proposition des fédérations.

- Pour l'AVQ : demande d'harmonisation des consignes de codage entre les différents champs. L'ATIH indique qu'il a été décidé de ne pas mener de travaux sur le champ de la dépendance en 2015 en HAD ; par ailleurs, compte tenu de l'importance des travaux à mener en interchamps, il n'est pas possible d'envisager d'harmonisation pour 2016.

### 3.4 Autres

La FHF demande à l'ATIH de présenter aux participants, à l'occasion d'une prochaine réunion, un point sur l'intervention de l'HAD en établissements sociaux et médico-sociaux.

Cette proposition est retenue.

**La date de la prochaine réunion du comité technique aura lieu le 20 octobre 2015 à 14 heures dans les locaux de l'ATIH Paris**