

## **COMITÉ TECHNIQUE HAD**

### **SÉANCE PLÉNIÈRE**

#### **Compte-rendu de réunion**

**Date : 20 octobre 2015** Heure : 14h-17h

Lieu : ATIH Paris

#### **Participants**

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

#### **Absents ou excusés**

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

#### **Invités**

- L. Schnabel, S. Gouesbet (FEHAP)

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

- Travaux classification
  - Premiers éléments de retour sur les visites sur site
  - Avancée travaux/réflexion ATIH sur la nouvelle classification
    - Orientation séjour / séquence
  - Calendrier travaux
- Évolution du guide méthodologique
  - Validation des évolutions du guide méthodologique chapitre VII
- Questions diverses

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

Le Comité de Pilotage de l'HAD qui s'est tenu le 16 avril 2015 à la DGOS a acté la démarche projet de la DGOS et de l'ATIH visant à faire évoluer à moyen terme le modèle de classification et de tarification de l'HAD et proposer, dans l'attente, des actions à court terme permettant d'améliorer l'existant.

Une présentation de résultats exploratoires des bases ENC HAD a été réalisée lors Comité Technique HAD du 7 juillet 2015.

Il a été décidé au cours de ce même Comité Technique de ne pas recueillir le nombre de passages au domicile pour 2016.

Le Comité Technique HAD de ce jour vise à avancer dans la réflexion concernant le choix de l'unité de description qui sera utilisée pour décrire l'activité d'HAD dans la future classification.

## **1 TRAVAUX CLASSIFICATION**

### **1.1 Premiers retours sur les visites sur site**

L'ATIH indique que les visites sur site se sont bien déroulées et seront finalisées à la fin du mois d'octobre 2015. Ces visites ont été l'occasion de faire connaître à l'ATIH l'activité d'HAD telle qu'elle est réalisée sur le terrain. Les établissements rencontrés étaient de typologies différentes tant sur le plan du statut, de l'activité réalisée que de l'organisation. L'ATIH remercie les fédérations et les établissements pour l'aide précieuse fournie à l'occasion des visites dans la compréhension des mécanismes du fonctionnement des établissements et de l'activité réalisée. Une synthèse des points saillants de ces visites est présentée en séance sous une forme anonymisée. Les participants valident globalement la restitution, sont d'accord avec les principaux éléments clefs présentés et donnent leur accord à une restitution aux établissements. Cette restitution prendra la forme d'un diaporama exposant les enseignements anonymisés tirés de l'ensemble des visites réalisées.

### **1.2 Avancée travaux/réflexion ATIH sur la nouvelle classification**

#### **1.2.1 Introduction**

En introduction, l'ATIH souligne le lien existant entre le recueil d'information et l'unité de description de l'activité retenue pour la classification : la mécanique classificatoire part des éléments recueillis dans le PMSI, organise et regroupe ces éléments grâce à un algorithme (la fonction groupage), restitue une synthèse de ces informations. Le périmètre de consolidation de cette synthèse est fonction de l'unité de description de l'activité retenue. Le choix de cette unité est fondamental car il conditionne la manière de traiter les informations mais peut également impacter la périodicité du recueil. Plus l'unité de description est fine (la journée par exemple) plus le recueil d'information doit être fréquent (au minimum journalier dans le cas de figure donné en exemple) ; plus elle est large (le séjour par exemple) plus les enjeux sur la capacité de la classification à repérer et prendre en compte les évolutions éventuelles au cours de la prise en charge sont importants.

Différentes unités de description peuvent être envisagées :

- séjour,

- séquence, chaque séquence pouvant témoigner d'une prise en charge différente ou correspondre à une période temporelle,
- patient,
- traitement.

### 1.2.2 Présentation des travaux statistiques descriptifs réalisés sur la base nationale HAD

Pour éclairer la discussion sur le choix de l'unité de description, l'ATIH présente des travaux réalisés sur la base nationale HAD sur les séjours complets au cours de la période 2012-2014. Ces travaux décrivent le découpage des séjours observés en séquence au sens actuel (tel que défini dans le guide méthodologique HAD<sup>1</sup>) Les analyses statistiques présentées concernent :

- une répartition des différents types de séjours selon le nombre de séquences par séjour, les motifs de changement de séquence et le nombre de MP différents renseignés (typologie des séjours),
- le nombre de séjours et de journées concernées,
- les « MPP principaux » des séjours selon la typologie des séjours observés.

L'ATIH précise que le but recherché est de créer un objet synthétique de classement décrivant les prises en charges standards en HAD et mettant en exergue les prises en charges s'éloignant de ces standards. Il s'agit de repérer les évolutions marquantes au cours de la prise en charge afin de ne pas les gommer.

## 1.3 Discussion sur les travaux présentés et le choix de l'unité de description

Les instances représentées expriment les points de vue suivants :

- **Pour la FEHAP :**
  - Remarques concernant la présentation
- Les analyses sont limitées par ce qui se fait aujourd'hui et le recueil est influencé par la tarification sauf pour les séjours mono-séquence. Il serait intéressant de chercher des éléments discriminants dans ces séjours mono-séquence Parmi les éléments discriminants permettant de repérer les prises en charges difficiles, les équipes HAD de la FEHAP citent : les troubles cognitifs, la douleur, l'état général, le nombre de professionnels intervenant, le nombre d'interventions, les interventions de nuit, les patients nécessitant une prise en charge psychologique et sociale importante.
- L'IK de départ a son importance. L'IK est certainement un facteur déterminant de la prise en charge mais pas le seul.
  - Autres remarques
- Il est rappelé qu'une analyse des forces et faiblesses du modèle existant serait de nature à donner des orientations pour la construction du nouveau modèle.
- Elle demande une articulation des travaux à venir avec d'autres types de prises en charge : ambulatoire (médecine et chirurgie ambulatoire), prise en charge de la personne âgée, etc. Elle souhaite que les problématiques propres à la prise en charge au domicile soient considérées. La FEHAP parle de son expérience passée : travaux sur le modèle tarifaire des

---

<sup>1</sup> Association d'un MPP, d'un MPA et d'un IK sans changement d'une de ces variables pendant la période considérée

SSIAD qui n'a pas abouti à ce jour. Il faudrait également prendre en compte les articulations HAD-SSIAD et ambulatoire en ayant une cohérence de description sur les champs.

- La FEHAP demande à l'Assurance Maladie un retour sur les contrôles réalisés pour éclaircir les codages difficiles.
- En cas de difficulté, certains codages sont réalisés par assimilation. La FEHAP estime qu'il serait utile de recueillir auprès des équipes des éléments sur ces codages en situation difficile afin d'apporter des éléments de réflexion.
- **Pour la FNEHAD**
  - o Remarques concernant la présentation
  - Dans les analyses présentées, la décision de choisir comme « MPP Principal » celui qui représente le plus grand nombre de journées pourrait constituer un biais d'analyse dans certains cas en gommant une prise en charge lourde mais qui n'aurait représenté qu'un faible nombre de journées dans le séjour. La FNEHAD souhaite que des variables qui n'ont pas été étudiées (modes d'entrée et de sortie, âge) le soient.
  - Les structures d'HAD prennent en charge des patients qui requièrent une intervention « ponctuelle » et des patients pour lesquels la prise en charge est plus chronique. Le nouveau modèle descriptif devra rendre compte de cette typologie. De même, il conviendra de pouvoir distinguer les patients ayant un projet de soins prévisible (ex : pansements d'escarres + nursing) – recueil plutôt mono-séquentiel - de ceux dont l'évolution n'est pas prévisible – recueil plutôt multi-séquentiel<sup>2</sup>. L'ATIH précise que cette diversité des profils de prise en charge ne constitue pas un obstacle à l'unicité :
    - o du modèle de recueil de l'information<sup>3</sup>
    - o de la classification médico-économique qu'il convient de construire en HAD.
  - Par contre, cet aspect devra faire l'objet d'une attention particulière lors de la construction de l'algorithme décisionnel pour que cette diversité puisse bien être mise en exergue dans les groupes de la classification. Les DMS des patients mono-pathologie sont généralement plus courtes que celles des patients poly-pathologiques. .
    - o Autres remarques
  - Une communauté de description avec le MCO sera nécessaire.
  - Le fil supra-séjour pourrait être la pathologie. L'unité jour est difficile à mettre en œuvre (distances, compliance des libéraux)
  - Estimant qu'il faut un temps de bilan du modèle actuel, la FNEHAD renouvelle sa suggestion d'une rencontre avec L.Com Ruelle qui a participé à la mise en place du système actuel. L'ATIH indique qu'elle a bien pris en compte cette suggestion et qu'elle rencontrera prochainement Mme Com Ruelle.
  - La FNEHAD regrette que les études présentées s'appuient sur ce modèle dans la mesure où il faut rester vigilant quant à l'interprétation des analyses statistiques menées sur les bases existantes ; les modalités de recueil des informations sont en effet très influencées par le modèle de financement que ces informations alimentent.

<sup>2</sup> Ce mode de recueil pourrait aussi être la traduction de situations où le patient a, au moment de l'admission en HAD, un projet de soin prévisible avec une situation qui s'aggrave de façon imprévue au cours de la prise en charge.

<sup>3</sup> Sur ce point, la FEHAP conforte le propos en indiquant qu'un recueil variable selon la nature des prises en charge considérées serait trop compliqué à gérer pour les codeurs sur le terrain.

- La FNEHAD rappelle la nécessaire articulation des travaux de classification avec le futur modèle de financement : par exemple, faut-il que la continuité des soins soit financée via le vecteur activité-classification ou via un autre vecteur ?
- La FNEHAD rappelle également les difficultés de codage du diagnostic principal compte tenu des évolutions successives de ses définitions. Elle estime qu'il faudrait au minimum harmoniser les consignes de codage.

#### - **Pour la FHF**

- Remarques concernant la présentation
- La périodicité du recueil n'implique pas un groupage selon cette périodicité. Il est donc possible de grouper au séjour avec un recueil sur une périodicité infra-séjour, ce qui peut permettre de capter des modifications de prises en charge.
- Il existe deux profils de patients : des patients issus du MCO avec un besoin de prise en charge de type hospitalier et des patients ayant des pathologies chroniques dont la prise en charge est frontière avec celle des SSIAD ou des SSR. Elle rappelle qu'il existe des modèles de classification prenant en compte cette lourdeur des patients chroniques (RUG)
- L'HAD se situe à cette interface et la périodicité devra capter des temps différents et permettre un traitement qui s'adapte à des profils et des financements différents selon l'interface avec les différents secteurs. Il existe une interaction avec la ville, on pourrait prévoir un système intégré en continuité. Dans ce cas, on se trouverait dans une autre logique.
- On peut envisager deux types de classification : un modèle « aigu-chronique » et un modèle « lourdeur sur le continuum avec la ville ».
- Avant de construire la classification, il faut avoir une idée du modèle de financement. L'objectif serait différent si le modèle intégré était envisagé ou s'il s'agissait d'une classification type MCO ou SSR.
- Il faudra prévoir l'articulation du SSR et de l'HAD.
- Demain, l'HAD sera aussi de l'aigu, sans plateau technique et sans continuité des soins au lit du patient.

#### - **Pour l'Assurance Maladie**

- L'Assurance Maladie aimerait en savoir davantage sur les séjours monoséquences, en particulier dans combien de GHPC ils se ventilent et pourquoi ils représentent 75% des séjours.

#### - **Pour la DGOS**

- La DGOS estime qu'une des difficultés est de raisonner sur la base de l'existant alors qu'il s'agit d'enrichir le potentiel d'intervention de l'HAD dans le post-chirurgical précoce par exemple. L'analyse du MP 08 pourrait apporter des informations.
- L'HAD prenant en charge des patients « post-aigus », tout peut arriver. Certains patients sont proches du MCO, d'autres nécessitent des prises en charge au long cours.

- La DGOS rappelle que lors du COPIL du 16 avril 2015, l'objectif annoncé était de passer d'un modèle avec système de description à priori vers un système de description de ce qui est fait et qui déterminera le tarif modulo le système de tarification.
- Il faudra déterminer ce qui relève du tarif de ce qui n'en relève pas. Il faut donc cheminer sur le sujet de la classification comme sur celui du modèle de financement. La DGOS ne travaille pas sur un modèle intégré avec la ville.

- **ATIH**

- L'ATIH précise que pour les séjours monoséquences, le choix de l'unité de description séjour présente un risque limité. L'analyse des bases nationales 2012-2014 montre que cette situation représente 77 % des séjours en HAD (49 % des journées). Pour les séjours multiséquences, on peut poser le principe que si l'établissement a changé de séquence, c'est parce que quelque chose dans la prise en charge a évolué, que ce soit un changement de l'état de santé du patient ou le motif de sa prise en charge ; dans ce cadre, si l'unité de description choisie devait être le séjour, le choix relatif à la périodicité du recueil serait important car il conditionnerait la capacité du modèle classificatoire descriptif à prendre en compte les variations intervenues au cours de la prise en charge.
- Concernant l'évolution de la définition du DP, l'ATIH précise que changer les consignes de codage en 2016 reviendrait à remplacer les consignes existantes par des consignes établies à dire d'expert dont on ne saurait pas par avance si elles sont plus pertinentes pour mieux décrire.
- Concernant le choix de l'unité de description, elle indique qu'il faut déterminer rapidement l'unité de description car les travaux à mener sur les bases actuelles seront différents selon le choix qui sera réalisé.
- Elle souligne également que la prochaine version de la classification ne pourra être élaborée que sur la base des informations existantes et que la prise en compte d'autres variables, non recueillies actuellement, ne peut s'envisager qu'à moyen terme.

**La date de la prochaine réunion du comité technique HAD aura lieu le  
16 décembre 2015 à 10 heures dans les locaux de l'ATIH Paris**