

COMITÉ TECHNIQUE HAD
SÉANCE PLÉNIÈRE
Compte-rendu de réunion

Date : 08 février 2016

Heure : 14h-16h30

Lieu : ATIH Paris

Participants

- **FNEHAD** E. Ginesy
- **FHF** S. Gomez
- **FEHAP** S. Gouesbet
- **UNICANCER** B. Le Vu
- **FHP** MC. Viez
- **CNIM** E. Hornus
- **DGOS R4** T. Moguerou
- **CNAMTS** G. Llorca
- **ATIH** J. Dubois, A. Buronfosse, C. Lê-Plat, V. Pisetta, D. Wallet

Absents ou excusés

- F. Gomez (UNICANCER)
- B. Lapierre (FNEHAD)
- B. Garrigues (CNIM)
- J. Pougheon (DSS)
- L. Mauro (DREES)

Invités

- E. Baudouin (Interne, FEHAP)

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

- Évolutions mises en œuvre en 2016
 - Point sur les publications
 - Focus sur MP 29
- Programme de travail ATIH 2016
 - Nouvelle classification médico-économique
 - Recueil d'information
- Parcours HAD
- Autres sujets

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

Le CT HAD de ce jour avait pour principal objectif de présenter le programme de travail 2016 de l'ATIH sur l'HAD.

Le lecteur est invité à se reporter au Power Point publié avec le présent compte rendu pour prendre connaissance des autres points présentés en séance.

1 LES TRAVAUX LIES A LA NOUVELLE CLASSIFICATION

Les travaux à mener au 1^{er} semestre 2016 ont pour objectif de fournir les éléments permettant de réaliser les choix stratégiques nécessaires au développement de la nouvelle classification. L'ATIH rappelle que la première version de la classification (V1) dont la mise en œuvre est prévue en 2019-2020, ne sera pas figée mais bien évolutive comme toutes les classifications.

1.1 Cadre général du travail

Les travaux de classification se basent sur les éléments du PMSI recueillis pour l'activité HAD : la base nationale 2012-2014 et l'ENC 2013.

En première approche, la durée de séjour est considérée comme un proxy du coût de la prise en charge. Ceci permet de travailler sur la base nationale HAD pour formuler de premières hypothèses sur la nouvelle classification. En effet, cette base comporte un nombre de séjours plus important que celui de la base ENC. Ces premières hypothèses seront ensuite vérifiées sur la base ENC afin de répondre à la question : les groupes constitués sont-ils bien des groupes ayant un coût semblable ?

Parmi les variables explicatives pouvant entrer dans l'algorithme, l'ATIH identifie, en toute première approche, les modes de prise en charge, les diagnostics, la dépendance et l'âge. Pour la V1 de la nouvelle classification, l'ATIH indique que la dépendance sera évaluée avec l'IK et/ou l'AVQ, les délais impartis ne permettant pas d'inclure des travaux sur un changement d'échelle de dépendance. Concernant l'âge, l'ATIH demande si le groupe pense qu'il faut distinguer la pédiatrie des autres classes d'âge. Les groupes constitués seront testés avec les données de l'ENC pour confirmer leur comparabilité en termes de coûts. Le périmètre des coûts pris en compte sera déterminé en fonction de l'avancée des travaux du groupe tarification 1 de la DGOS. Plusieurs essais successifs seront nécessaires pour parvenir à un résultat consensuel.

Il se peut que certaines activités réalisées en HAD échappent à ce cadre général. Dans ce cas, il faudra les traiter de façon particulière au cours de la construction de la classification.

En plus d'être une classification ayant des qualités médico-économiques, la nouvelle classification devra être lisible par l'ensemble des acteurs, c'est-à-dire permettre une lecture de l'activité d'HAD qui permette la discussion des ESHAD avec les prescripteurs du MCO aussi bien qu'avec les services administratifs mais aussi permettre le pilotage de l'activité au niveau national. Cette contrainte de lisibilité implique peut-être de faire apparaître dans la classification des éléments pour d'autres raisons que pour leur pouvoir explicatif en termes de statistiques.

L'ATIH sollicite l'avis des participants sur les différents points abordés au cours de la présentation.

- **Activités hors cadre général**

La **FEHAP** estime que les soins palliatifs et les pansements complexes sont hors cadre.

La **FHF** considère que la plupart des modes de prise en charge (MP) sont hétérogènes et qu'on pourrait aborder plus facilement le sujet en utilisant les diagnostics. Ils permettraient en particulier de distinguer les pathologies chroniques des pathologies aiguës.

La **FNEHAD** estime que décrire à partir des MP condamne à ne pas inventer de nouveau système. Elle propose de coder l'information du MP autrement en fonction des données de moyens présentes dans le guide méthodologique afin de sortir des MP tout en conservant l'information qu'ils portent. En particulier, pour certains MP, selon qu'ils sont utilisés en MPP ou en MPA, le guide méthodologique prévoit la mise en œuvre de moyens différents.

- **La lisibilité**

La **FNEHAD** indique que ce qui est utilisé au cours des discussions avec les prescripteurs du MCO est le GHM et non le MP. La **FNEHAD** estime que le chaînage des bases MCO-SSR-HAD permettrait d'étudier les caractéristiques des séjours d'HAD ayant retardé une hospitalisation en MCO par rapport à ceux faisant suite à une hospitalisation en MCO. Le GHM du MCO pourrait éclairer le motif d'adressage en HAD.

Le CNIM indique que les notions de chronicité et d'aigu sont importantes en HAD.

La **FNEHAD** rappelle l'intérêt qu'elle porte à la notion de type de soins évoquée dans le rapport de l'IGAS sur l'HAD (soins ponctuels, continus et de SSR).

La **FHF** demande si un arbitrage concernant l'hypothèse de construire une nouvelle classification intégrant les SSIAD ou d'autres structures ou si la nouvelle classification maintiendra l'étanchéité existant actuellement entre les champs. L'ATIH indique que la nouvelle classification ne pourra pas être une classification intégrant la notion de parcours en englobant l'HAD et d'autres types de structures.

- **Les variables**

Concernant la **dépendance**, la **FHF** rappelle que l'IK et l'AVQ ne constituent pas des échelles satisfaisantes pour estimer la dépendance en HAD. Elle propose plutôt l'utilisation de l'ADL voire de l'IADL. Elle souhaite qu'une expérimentation de changement d'échelle soit réalisée en 2017 avec des établissements volontaires pour une généralisation en 2018.

Le **CNIM** souligne le risque de devoir modifier ces nouvelles consignes lorsque l'algorithme sera développé. Il pose la question de la nécessité d'un diagnostic étiologique ? social ?

L'ATIH rappelle que des travaux dépendance en HAD menés en 2014 n'avaient pas permis d'aboutir à un consensus.

Concernant l'**âge**, la **FNEHAD** souligne que l'activité est concentrée sur 6 ESHAD en France. Elle fait l'hypothèse que ceci relève soit d'un problème de tarification, soit d'un problème de description, les MP n'ayant pas été conçus pour les enfants. Elle suggère d'explorer ces deux pistes et demande dans quels MP vont les enfants de plus de 28 jours dont le séjour doit être poursuivi après une HAD en MPP 22. La **FHF** considère qu'il est important de montrer certains groupes. La pédiatrie pourrait-elle en être un ?

- **Autre remarque**

UNICANCER souligne que les IDE libérales ont eu une revalorisation de leurs tarifs de perfusion à partir de 2014 et que ceci est à prendre en compte dans les études de couts.

2 DIAGNOSTIC, QUALITÉ DES DONNÉES

L'ATIH propose la mise en place d'un groupe de travail (GT) de DIM pour étudier l'opportunité de définir de nouvelles consignes de codage des diagnostics et en particulier du diagnostic principal. Le résultat attendu de ce GT serait une définition univoque et consensuelle du diagnostic principal. Le délai permettant de mettre en œuvre une nouvelle définition en 2017 est une fin des travaux courant juin 2016. Ce GT pourrait également proposer, si ses membres l'estiment utile, des modifications des tests de qualité des données actuellement recueillies en HAD.

Concernant les diagnostics, la **FNEHAD** estime qu'ils sont intéressants mais que leur signification selon les différentes positions possibles (DP, DCMPP, etc.) n'est pas univoque. La **FNEHAD** propose de faire travailler les établissements de l'ENC sur une éventuelle expérimentation d'une nouvelle définition des diagnostics. La **FNEHAD** estime que si les travaux ne permettent pas une mise en œuvre en 2017, ils arriveront trop tard.

Le CNIM indique qu'un travail sur les diagnostics pourrait amener à des changements de consignes qui risqueraient d'être modifiées une fois l'algorithme développé.

La FHP estime qu'une feuille de route devrait être définie avant toute mise en place de ce groupe.

3 MONTÉE EN CHARGE DU MP 29

L'ATIH précise que le suivi dans le courant de l'année 2016 de la montée en charge du MP 29 « sortie précoce de chirurgie » pourra se faire grâce à l'outil ScanSanté.

L'ATIH réalisera en 2017 après le scellement des bases 2016, une étude du MP 29 avec chainage des patients en MCO et HAD.

**La date de la prochaine réunion du comité technique HAD aura lieu le
22 mars 2016 à 14 heures dans les locaux de l'ATIH Paris**