

COMITÉ TECHNIQUE HAD SÉANCE PLÉNIÈRE Compte-rendu de réunion

Date : 22 mars 2016

Heure : 14h-17h

Lieu : ATIH Paris

Participants

- FNEHAD E. Ginesy
- FHF S. Gomez
- FEHAP S. Gouesbet
- CNIM E. Hornus
- DGOS R4 T. Moguerou
- CNAMTS F. Muller
- ATIH J. Dubois, A. Buronfosse, E. Ekong, C. Lê-Leplat, V. Pisetta, D. Wallet

Absents ou excusés

- F. Gomez, B. Le Vu (UNICANCER)
- B. Lapierre (FNEHAD)
- B. Garrigues (CNIM)
- J. Pougheon (DSS)
- L. Mauro (DREES)
- MC. Viez (FHP)
- G. Llorca (CNAMTS)

Invités

- E. Baudouin (Interne, FEHAP)

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

- Travaux classification
 - Point sur les travaux en cours
 - Travaux statistiques
 - Travaux regroupement de codes diagnostics
 - Discussion sur les possibilités d'utilisation de certaines variables
- Guide méthodologique, OVALIDE, DALIA

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 les travaux réalisés dans le cadre de la démarche exploratoire en vue de la construction de la nouvelle classification en HAD.

1 LES TRAVAUX LIES A LA NOUVELLE CLASSIFICATION

1.1 Les travaux statistiques

Les travaux statistiques présentés ont été réalisés sur la base nationale 2012-2014 dans le but de quantifier l'information disponible par séjour mono ou multi-séquence. Ces travaux font partie de la phase préparatoire des travaux nouvelle classification permettant de constituer une base de données sur l'activité d'HAD au cours des dernières années. L'analyse a porté sur les diagnostics et les modes de prise en charge.

Il apparaît que :

- Concernant les diagnostics :
 - o seuls 2% de l'ensemble des séjours ont plusieurs diagnostics principaux (DP)
 - o 10 % des séjours ont 5 diagnostics ou plus codés en plus du DP
 - o Pour les séjours multiséquences, 78% des séjours ont toute l'information relative aux diagnostics codée dès la première séquence
- Concernant les modes de prise en charge (MP) :
 - o 6% de l'ensemble des séjours soit 16% des multiséquences ont plus de 3 MP
- Concernant l'ensemble des données MP et diagnostics :
 - o La DMS tend à augmenter avec le volume de codage (diagnostics et MP) pour les séjours mono-séquences et multi-séquences

Discussion

Le **CNIM** demande si un effet établissement est possible. L'ATIH indique qu'il est connu que certains établissements codent plus d'informations que d'autres.

La **FNEHAD** fait remarquer que beaucoup d'établissements codent peu de diagnostics du fait qu'ils n'interviennent pas dans la tarification. Par conséquent, les séjours les plus intéressants sont les moins nombreux (10% ayant plus de 5 diagnostics hors DP). L'ATIH indique que sur ces séjours, il sera difficile d'obtenir des groupes ayant des effectifs permettant la réalisation de travaux statistiques interprétables.

Suite à la demande de la **FHF**, il est précisé que les diagnostics peuvent appartenir à la même catégorie majeure de diagnostic (CMD) et que les codes redondants avec le MP n'ont pas été repérés. La **FHF** estime qu'une lecture médicale des informations contenues dans les séjours permettrait de mieux comprendre les problèmes de santé traités.

1.2 Les travaux de regroupements des codes diagnostics de la CIM 10

Compte tenu de la valeur informative qu'ils portent, les diagnostics seront pris en compte dans la nouvelle classification.

L'analyse du DP des bases HAD sera réalisée afin de repérer dans celles-ci des groupes ayant une cohérence médicale. L'analyse par code CIM 10 permet de former des groupes dont l'effectif, pour certains, est très faible. Afin de pallier ce problème, l'ATIH a décidé de procéder à des

regroupements de codes CIM 10 permettant de définir des groupes ayant à la fois des effectifs suffisants et une cohérence médicale. Dans un second temps, les informations concernant les MP et la durée de séjour seront prises en compte.

Discussion

L'ATIH propose au CT une discussion sur deux exemples de chapitres de la CIM et leurs effectifs. L'objectif est de comprendre quelles pathologies ou quels groupes de pathologies il est essentiel d'identifier afin de parvenir, dans la nouvelle classification à une bonne lisibilité de l'activité par les professionnels. Ce regroupement est un travail exploratoire non figé à ce stade des travaux.

La **FNEHAD** indique qu'il serait préférable de diffuser les informations au CT au moins une semaine avant la date prévue de celui-ci afin que les fédérations puissent avoir le temps de les étudier et d'apporter des éléments d'appréciation le jour de la réunion.

L'**ATIH** indique que la réponse n'est pas urgente d'une part et que, d'autre part, un groupe plus technique intégrant des personnes réalisant du codage au quotidien sur le terrain, pourrait travailler sur ce sujet.

Par ailleurs, la **FNEHAD** réitère sa demande de travaux de chaînage du parcours du patient entre l'HAD et l'hospitalisation conventionnelle afin d'augmenter la pertinence de l'analyse des diagnostics du point de vue clinique. Elle souhaite que des sous populations soient individualisées : pédiatrie, péri-partum,... en particulier lorsqu'elles ne sont pas comparables en ce qui concerne la DMS.

La **FNEHAD** rappelle les typologies de séjours en HAD selon l'IGAS : les séjours pour soins ponctuels, continus ou soins de suite et de réadaptation.

La **FNEHAD** souhaite que l'intention du prescripteur lorsqu'il adresse un malade en HAD soit visible dans la classification. Le groupage devrait permettre de répondre aux questions : de quoi souffre le patient et quelle est l'intention du prescripteur lorsqu'il adresse le patient en HAD ?

Les séjours pourraient être classés en fonction de leur place dans le parcours de soins.

Un même code CIM sera utilisé pour différentes étapes du parcours de soins : en cancérologie par exemple, le patient peut séjourner en HAD pour prise en charge post chirurgicale, chimiothérapie et surveillance, nutrition ou soins palliatifs par exemple.

L'**ATIH** indique que cette vision inciterait à entrer dans la classification par le diagnostic puis par la prise en charge. Une autre hypothèse est possible : entrer par l'indication de prise en charge et décliner par type de pathologie. Une combinaison des deux est également envisageable. Ces choix seront structurants sur le rendu final de la nouvelle classification.

Concernant les typologies de soins (les séjours pour soins ponctuels, continus ou soins de suite et de réadaptation), l'**ATIH** pose la question de leur repérage dans la base. La **FNEHAD** estime que le MP permet de les reconnaître. L'**ATIH** indique que les modes de prise en charge ne permettront pas de classer tous les séjours dans l'une des trois catégories et que, pour un MP donné, plusieurs typologies de séjours peuvent être concernées. Le **CNIM** propose de distinguer les séjours aigus des séjours chroniques en passant par le DP puis de corréliser avec la DMS.

Concernant le chaînage, l'**ATIH** rappelle que ces travaux sont prévus au second semestre 2016.

Le **CNIM** estime que l'utilisation des codes à 3 caractères pourrait suffire (catégorie CIM-10). Le regroupement des diagnostics lui paraît intéressant pour la description de l'activité HAD.

Dans l'exemple de la cardiologie, les prises en charges sont hétérogènes. Concernant les pansements complexes en cardiologie par exemple, ceux-ci se rencontrent probablement en grande partie dans les pathologies veineuses, artérielles et les ulcères.

Les soins palliatifs faisant suite à une tumeur digestive nécessitent une prise en charge différente de ceux faisant suite à une tumeur pulmonaire.

La **FHF** pose la question de l'utilité des regroupements dans la mesure où ceux-ci seront différents selon les modes de prise en charge.

Elle pose la question de ce qu'il faut prioriser dans la nouvelle classification : si c'est le diagnostic, alors il lui paraît logique de commencer par les regroupements. Dans le cas contraire, cela ne lui paraît pas logique.

La **FEHAP** indique que l'utilisation des regroupements pourrait permettre d'améliorer la description médicale de l'activité et qu'ils pourraient éventuellement être utilisés dans la nouvelle classification.

L'**ATIH** indique qu'elle fera une proposition concrète lors du prochain CT.

1.3 Discussion sur les possibilités d'utilisation de certaines variables

Après une revue non exhaustive des modalités de codage dans les champs HAD, MCO et SSR, une discussion est ouverte sur l'opportunité de réviser les consignes de codage en HAD.

Le **CNIM** et la **FHF** indiquent qu'il ne serait pas souhaitable de modifier les consignes de codage des diagnostics de façon importante car une stabilité dans ce domaine est souhaitable sur le terrain. Ils n'écartent pas l'hypothèse de préciser les consignes existantes pour le faciliter.

La **FNEHAD** reviendra vers l'ATIH sur ce point. Elle estime que les modifications de codage devraient être testées sur un groupe d'établissements avant d'être généralisées. Elle ne souhaite pas voir apparaître des consignes de codage qui risqueraient d'être modifiées dans deux ans.

L'**ATIH** fera des propositions au CT.

2 GUIDE MÉTHODOLOGIQUE, OVALIDE, DALIA

Les fédérations ne font aucune proposition de modification au CT sur les trois sujets évoqués. La **FHF** précise que le guide méthodologique provisoire publié sur le site de l'ATIH lui convient mais demande si des modifications sont nécessaires compte tenu des discussions concernant les prestations inter activité se déroulant dans les autres champs.

L'**ATIH** indique que ce sujet est en cours de discussion avec la DGOS et donnera lieu à la production d'une notice complémentaire dédiée.

Suite aux évolutions des règles de production des séjours par les établissements publics, la **FHF** soulève la question des FINESSE pour les antennes géographiques. Le patient restant à domicile, l'ATIH précise que le champ HAD n'est pas concerné par la problématique des « séjours contigus ».

La date de la prochaine réunion du comité technique HAD initialement prévue le 10 mai 2016 est reportée au 21 juin 2016 à 14 heures dans les locaux de l'ATIH Paris