

## COMITE TECHNIQUE HAD

### SEANCE PLENIERE

#### Compte-rendu de réunion

Date : 29 mars 2023

Heure : 14h00-17h00

Lieu : WebEx

### Participants

#### FNEHAD :

- Mathurin LAURIN
- Bruno LAPIERRE

#### FEHAP :

- David BEAUSIRE
- Rihab CAILLIER
- Pierre METRAL
- Aurélie ROUZAUT

#### FHF :

- Jean VILLEMINOT

#### UNICANCER :

- Béatrice LE VU

#### FHP :

- Excusée

#### CNIM / SOFIME :

- Excusée

#### DREES :

- Yves DUBOIS

#### CNAM

- Excusée

#### DGOS :

- Marc BEFFA
- Thomas COONE

#### DSS :

- Excusé

#### ATIH :

- Joëlle DUBOIS
- Raphaël SIMON
- Vincent PISETTA
- Caroline MARTIN
- Meriem SAID
- Raphaël SCHWOB

La réunion s'est tenue en WebEx.

L'ordre du jour de la réunion était :

- **Classification**
  - Présentation des travaux de refonte de la classification
- **Divers**
  - Renouvellement de la demande de compléter un fil d'agora
  - Demande d'informations quant aux associations MPP/MPA non autorisées et calcul des GHT
  - Demande de précisions sur les consignes de codage liées à la nouvelle variable « Passage par une structure des urgences » et la modalité « transfert » de la variable « mode d'entrée »

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

## 1-Classification

### 1-1 Refonte de la classification pour la prise en compte des séjours complexes

Un rappel rapide est fait sur les étapes passées jusqu'à la validation lors du dernier CT d'un ajustement à opérer de la classification.

Plus qu'un ajustement c'est une refonte complète de l'arbre de décision qui a dû être réalisée avec :

- Fusion de groupes répartis auparavant dans 2 groupes de NS différentes
- Segmentation de groupes en fonction de la présence ou non de MP qualifiés de 'lourds'
- Création de nouvelles subdivisions de groupes pour une description plus détaillée des prises en charge (ex : soins palliatifs subdivisés en SP pour cancer, ou maladies neuro-dégénératives, ou insuffisances d'organes)
- ...

Les étapes du groupage sont présentées dans un premier temps de façon théorique et seront reprises dans un second temps pour illustrer le groupage de 2 cas cliniques transmis par la FNEHAD.

#### 1-1-a Présentation du groupage intermédiaire à la séquence

➤ **Détermination du groupe principal GP** de chacune des séquences du séjour à partir des informations médicales et de durée de séquence de chaque RPS.

Le GP retenu pour le séjour est celui dont le nombre de journées de la ou des séquences groupées dans ce GP est le plus grand.

Pour une meilleure lisibilité des activités, une nouvelle entité a été définie : les blocs de GP. Ils ont une valeur descriptive et permettent de regrouper 1 à plusieurs GP sous une même notion de prise en charge, de MP ou d'appareils ; ainsi 14 blocs ont été créés tels que 01-Enfance, 02-Antepartum, ... 04-Soins palliatifs, ... 08-Rééducation, 09-Cutané, 10-Cancers, ...

Les GP non retenus des autres séquences deviennent des groupes secondaires (GS) qui seront utilisés pour définir le niveau de sévérité du séjour.

Il existe là une étape supplémentaire facultative : Certains couples spécifiques définis GP-GS sont identifiés pour définir / créer un super-GP. Ce dernier représente des associations habituelles et fréquentes d'alternance de séquences (et donc de GP / GS) pour des prises en charge en HAD.

Ainsi, 2 super-GP sont actuellement identifiés dans l'arbre :

- Soins palliatifs + Douleur
- Chimio + Surveillance post-chimio

Le classement en super-GP pour ces couples spécifiques sont médicalement plus appropriés que l'utilisation d'un des GP comme GS de l'autre.

Au total, la classification actuelle contient 14 blocs de GP dans lesquels 98 GP et 2 super-GP sont répartis.

➤ **Détermination des groupes secondaires GS du séjour**

- à partir des GP non retenus comme GP du séjour issus des autres séquences et
- à partir des informations non utilisées et restantes dans chacune des séquences y compris celle qui a donné le GP du séjour (modèle « effeuillage progressif »).

Des listes de GS éligibles par GP ainsi que des listes d'exclusions de couples GP/GS et GS/GS ont été définies.

Un niveau de sévérité a été affecté à chaque GS par méthode statistique et relecture médicale.

- **La sévérité du séjour** est donnée par le niveau maximum des GS (modèle « CMA maximale »)
- **Enfin la lourdeur du séjour** est déterminée à partir des informations de dépendance du patient (IK, AVQ, valeur la plus péjorative du séjour), son âge à l'admission et ses facteurs socio-environnementaux. Ces derniers ont été regroupés en 10 dimensions sous la forme de listes de codes CIM10, auxquelles le MP25 a été ajouté.

Les niveaux ont été déterminés statistiquement par l'algorithme du gradient. Les règles d'attribution de lourdeur sont définies par bloc de GP ou, pour certains blocs, par GP. Deux niveaux de lourdeur sont définis, A et B.

Ainsi, dans la version présentée de la classification

- l'âge n'octroie jamais un niveau de lourdeur
- tous les blocs de GP utilisent au moins une dimension des facteurs socio-environnementaux FSE
- les variables IK, AVQ physiques et AVQ cognitifs déterminent un niveau de lourdeur dans 8 des 14 blocs de GP

### 1-1-b Mise en pratique de l'arbre à partir de cas

L'ATIH remercie la FNEHAD pour la transmission de cas cliniques de patients qui ont pu être codés sous certaines hypothèses pour présenter l'arbre de groupage à partir de situations réelles et vécues par les équipes HAD.

#### ➤ **Cas (1) :**

Patient de 55 ans paraplégique sur fracture vertébrale dorsale à la suite d'un AT, sa prise en charge en HAD consiste en du nursing pour escarre et paraplégie ainsi que rééducation aux transferts.

Le séjour est groupé dans le GPSL 12023A avec :

- les 2 premiers caractères représentent le bloc => 12-neurologie
- les 3e et 4e caractères correspondent au numéro du groupe dans le bloc 12 => 02
- le 5e caractère est le niveau de sévérité => 3
- le dernier caractère est le niveau de lourdeur du séjour => A

#### ➤ **Cas (2) :**

Patiente de 58 ans atteinte d'un cancer du sein triple négatif et multi-métastatique avec prise en charge des douleurs associées et soins palliatifs.

Le séjour est groupé dans le GPSL 04071B avec :

- les 2 premiers caractères représentent le bloc => 04-soins palliatifs
- les 3e et 4e caractères correspondent au 7e groupe du bloc 04 => 07
- Ces 4 premiers caractères représentent le super-GP Soins palliatif - Douleur
- le 5e caractère est le niveau de sévérité => 1
- le dernier caractère est le niveau de lourdeur du séjour => B

## 1-1-c Résultats statistiques relatifs au modèle

### La sévérité

- La DMS des séjours de niveau de sévérité 1, 2 et 3 est respectivement de 21, 38 et 68 jours.
- Le graphique représentant par bloc de GP, l'écart entre la durée de séjour de chaque séjour et la DMS du GP du séjour permet visuellement de constater que les 3 niveaux de sévérité sont bien distincts et leur hiérarchie respectée : la courbe des niveaux 1 est en dessous de celle des niveaux 2, elle-même en dessous de celle des séjours de niveaux 3 ; l'exception pour le bloc de GP 08-rééducation est non significative compte tenu des très faibles effectifs.
- L'écart entre la durée de séjour de chaque séjour et la DMS du GP du séjour est de -3,1 jours pour les séjours de niveau 1 ; cela signifie que les séjours de niveau 1 pour un GP donné, durent 3,1 jours de moins que la moyenne des séjours de ce GP. De même pour les niveaux 2 et 3, qui durent en moyenne respectivement +3,3 jours et +28,5 jours que la DMS du GP.
- Le bloc des GP 04-soins palliatifs n'est pas représenté car la durée de séjour n'est pas un critère retenu comme recevable pour des soins palliatifs ; pour ceux-ci ce sont les coûts par séjour qui sont utilisés dans la construction de la classification.

### La lourdeur

- La DMS des séjours de niveau de lourdeur A et B est respectivement de 25 et 48 jours.
- Le graphique représentant par bloc de GP, l'écart entre la durée de séjour de chaque séjour et la DMS du GPS (GP et son niveau de sévérité) du séjour permet visuellement de constater que les 2 niveaux de lourdeur sont bien distincts et leur hiérarchie respectée : la courbe des niveaux A est en dessous de celle des niveaux B.
- L'écart entre la durée de séjour de chaque séjour et la DMS du GPS du séjour est de +14,2 jours pour les séjours de niveau B ; cela signifie que les séjours de lourdeur B pour un GP et son niveau de sévérité donnés (GPS), durent 2 semaines de plus que la moyenne des séjours de ce GPS.
- *Le bloc des GP 04-soins palliatifs n'est pas représenté car la durée de séjour n'est pas un critère retenu comme recevable pour des soins palliatifs ; pour ceux-ci c'est le coût du séjour qui est utilisé dans la construction de la classification.*

### La performance du modèle

- Les indicateurs de PVE et de redistribution sont présentés :
  - Pour le nouveau modèle V2 avec chacun des temps de la classification, à savoir GP puis GPS et enfin GPSL.  
On constate que la PVE que ce soit pour les durées de séjour ou leurs coûts une augmentation de la PVE ainsi qu'une diminution de la redistribution de journées et coûts.
  - ⇒ Les niveaux de sévérité et de lourdeur apportent significativement à la qualité du modèle
  - Pour comparer cette performance au modèle actuel, un modèle de classification exhaustif théorique a été élaboré en affectant un groupe de classification à chaque triplet MPPxMPAxIK.

Les PVE pour les durées de séjour ou leurs coûts sont inférieures à celle du modèle V2.

- ⇒ La performance descriptive de l'activité du modèle V2 semble nettement supérieure à celle du modèle actuel que l'on prédise la durée ou le coût du séjour.

Pour conclure cette partie un schéma modélisant les étapes du groupage tenant compte des séjours multi-séquences est présenté ainsi que la nouvelle nomenclature pour cette version V2 de la classification HAD.

## 1-2 Prochaines étapes

Deux GT avec des représentants de fédérations vont être proposés.

Le premier aura pour objectif une appropriation par tous de la classification V2 à partir des fichiers de l'arbre et des listes des diagnostics.

Le second aura pour finalité l'élaboration des consignes en vue de l'expérimentation dès juillet 2023.

Ces consignes devront respecter plusieurs impératifs, tels que n'entraîner aucune conséquence sur la valorisation telle que définie actuellement des séjours HAD, mais aussi sans double charge de recueil pour les équipes de terrain.

## 2- Questions / Réponses

UNICANCER remercie pour toutes ces explications et s'interroge sur le fait que la performance du modèle soit meilleure sur les coûts que sur la durée.

Réponse : c'est aussi le cas dans les autres champs (MCO, SSR), mais surtout il faut éviter de s'attarder sur la comparaison entre les deux, car la différence d'unité (temps vs coûts) ne le permet pas. La PVE doit être comparée avec elle-même (PVE durée avec PVE durée).

La FEHAP remarque que le modèle se rapproche du modèle MCO et qu'il faudra un temps d'adaptation pour mieux coder en CIM10

Réponse : l'intérêt de l'expérimentation sera de cocréer le guide d'expérimentation pour rendre le modèle compréhensible ; le temps d'apprentissage prévu devra aider à l'atteinte de l'objectif d'améliorer le codage des diagnostics.

La FNEHAD remercie l'ATIH pour les évolutions apportées au modèle et sa cohérence.

La FNEHAD donne son accord pour participer à mettre de la rigueur dans le modèle afin qu'il ne soit plus seulement un outil de financement.

Elle note qu'il faudra revoir la définition du DP qui est ambiguë.

Par ailleurs, elle propose que soit utilisée la grille de cohérence AVQ/IK des tests DATIM 211 pour s'assurer de la vraisemblance de ces indicateurs qui ont un poids dans le niveau de lourdeur.

La FNEHAD interroge sur la cohérence d'avoir une PVE par bloc ou groupes de pathologies pour identifier les situations qui seraient à revoir ?

Des informations complémentaires sur l'influence variable des sévérités par GP sont demandées.

Il y a des situations comme pour le MP05 où la lourdeur n'a pas de sens car selon l'IK du patient il y a des pertes ou des gains journaliers (IK à 70 versus 40) ?

Par ailleurs, pour le MP03 l'IK est contraint. Il faut en tenir compte.

Enfin, une question est posée sur la gestion des GHPC non représentés dans l'ENC ?

Réponse : nous ne travaillons pas sur les GHPC mais sur d'autres formes de regroupement de séjours : la classification. Certains groupes de la classification sont moins représentés dans l'échantillon, comme dans les autres champs : les règles, analyses et conclusions pour ces groupes sont soumises à une révision plus régulière.

UNICANCER souhaite que soient exposées les situations où des séjours monoséquence sont en lourdeur B afin que les praticiens d'HAD s'approprient la classification.

La FNEHAD souhaite que des consignes soient données pour l'enregistrement des diagnostics en cas de prises en charge par antibiothérapie de bactéries multirésistantes.

UNICANCER s'interroge sur l'articulation des travaux HAD avec les réflexions en cours au sein de l'ATIH sur les CMA.

L'HAD bénéficie des avancées du projet de révision des CMA, car certains pilotes du projet sont aussi impliqués en HAD. Il sera possible en HAD de discuter de l'introduction de CMA multiples, modulations et autres variations du modèle de sévérité issues des travaux inter-champs.

### 3- Divers

La FNEHAD propose les points divers suivants :

- Renouvellement de la demande de compléter un fil d'agora
- Demande d'informations quant aux associations MPP/MPA non autorisées et calcul des GHT
- Demande de précisions sur les consignes de codage liées à la nouvelle variable « Passage par une structure des urgences » et la modalité « transfert » de la variable « mode d'entrée »

L'ATIH fera un retour et en particulier pour la variable de passage par une structure des urgences des précisions seront apportées dans la notice financement à paraître en avril.

**Le prochain Comité Technique HAD se tiendra en milieu d'année 2023**