

# CT Plénier HAD

**4 mai 2022**

# Ordre du jour

## ○ Classification

- Attribution d'un niveau de lourdeur aux séjours
- Suite des travaux

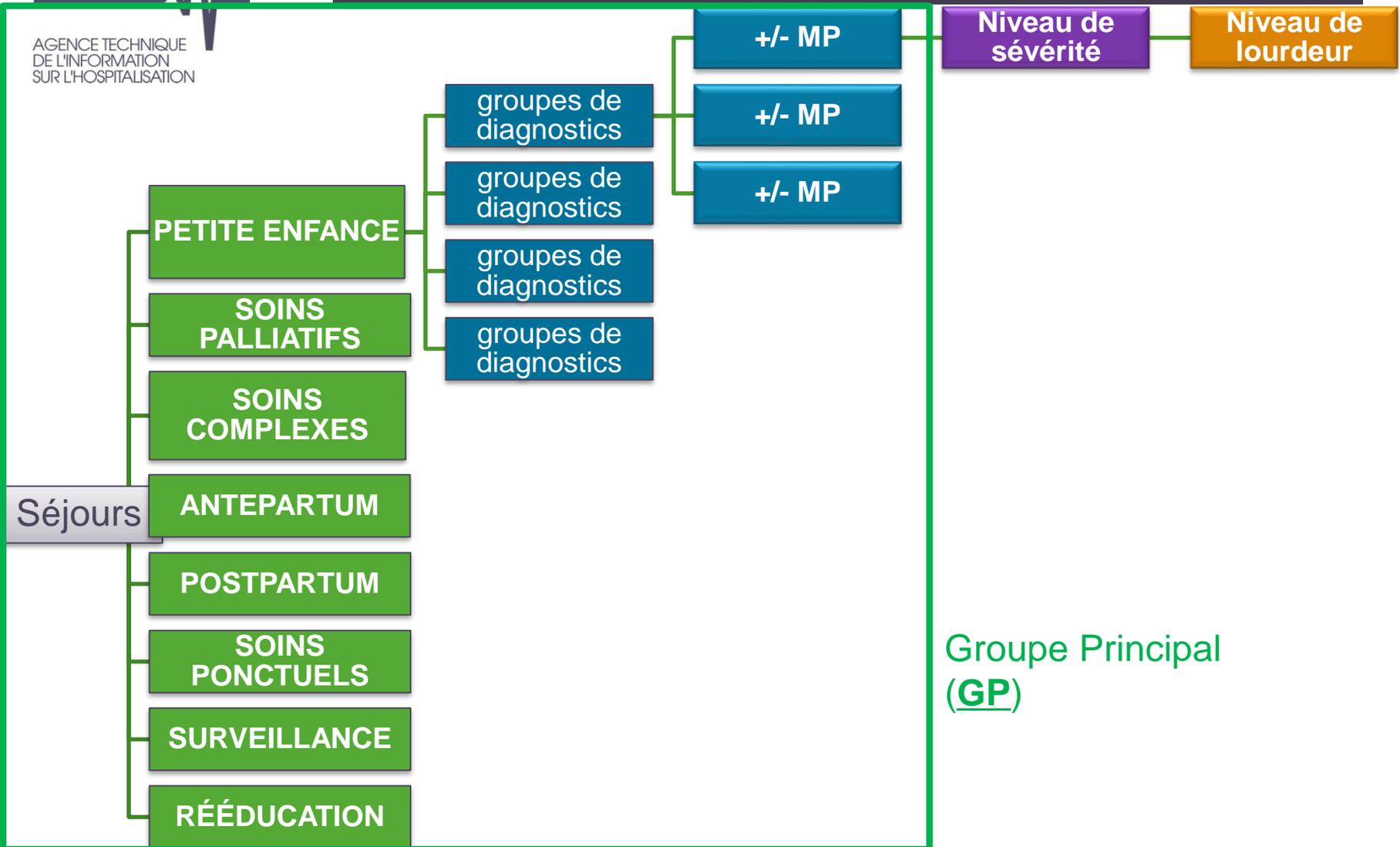
## ○ Information médicale

- Modifications du chapitre VII
  - Oxygénothérapie nasale à haut débit (Optiflow®)
  - Séances de rééducation au domicile
  - Traitements sous-cutané et intramusculaire
- Prestations interactivités HAD/SSR
- Pondérations
- Calendrier des demandes d'évolutions du GM

# Classification

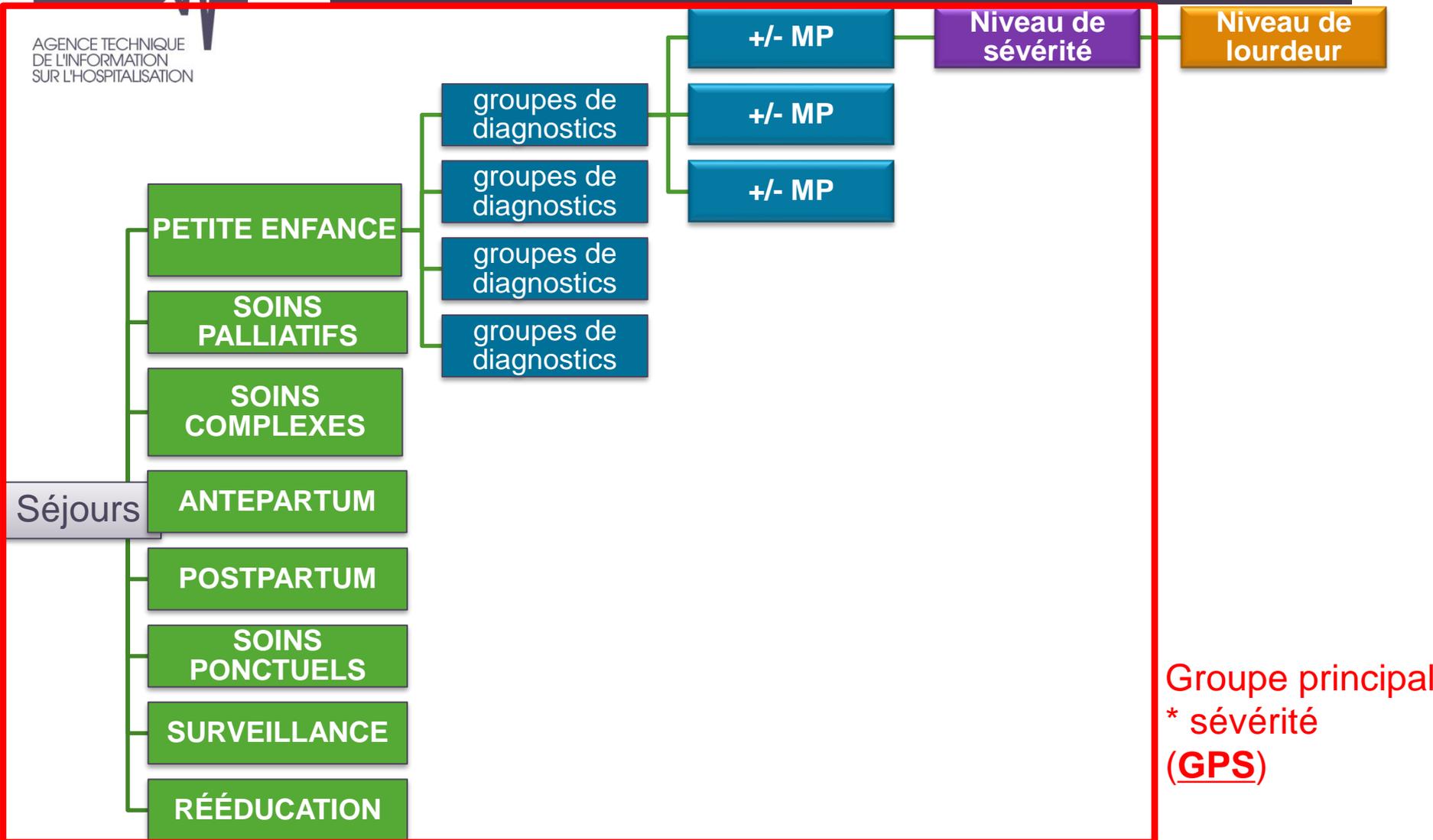
**Attribution d'un niveau de lourdeur  
aux séjours**

# Rappel Modèle cible



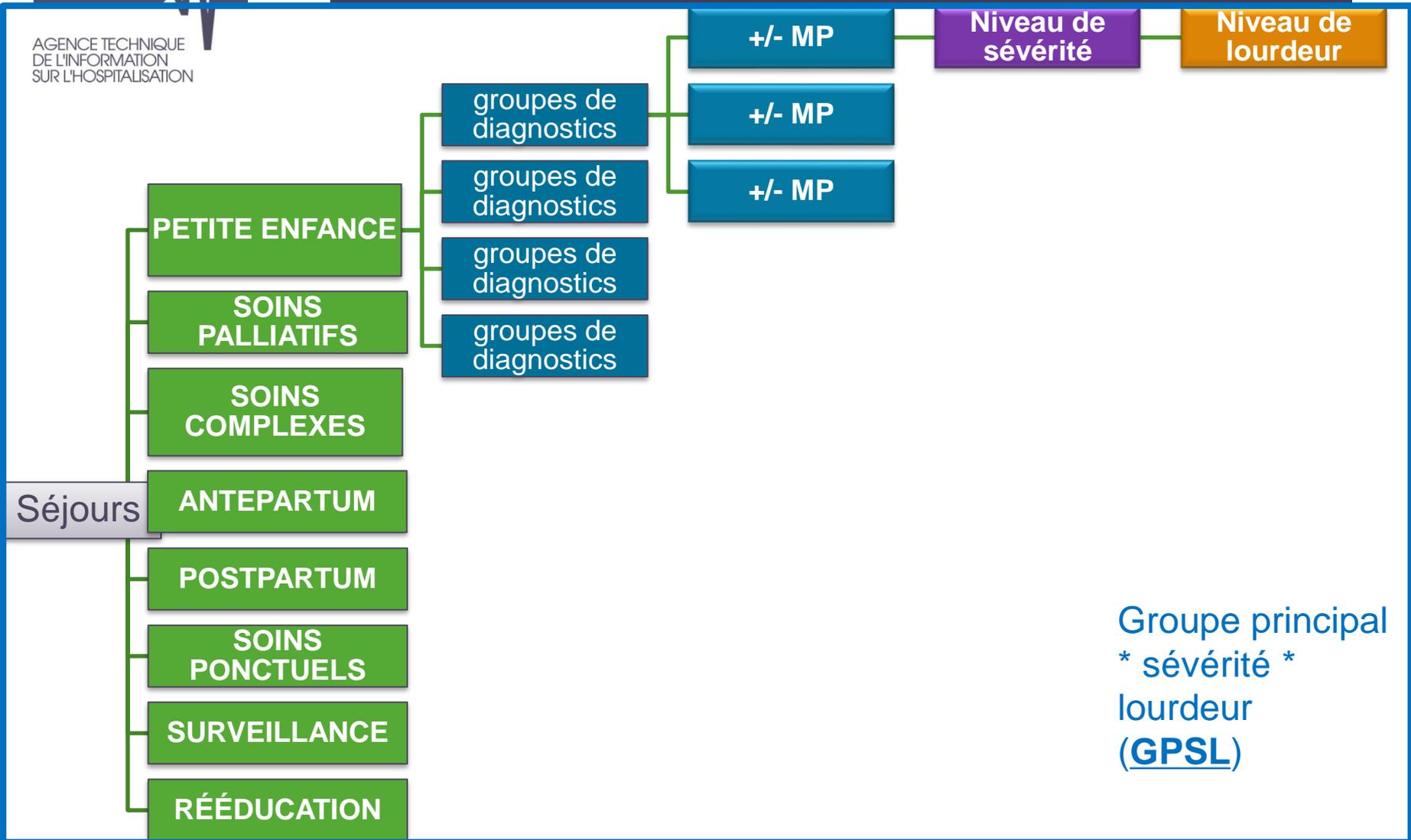
Groupe Principal  
(GP)

# Rappel Modèle cible



Groupe principal  
\* sévérité  
**(GPS)**

# Rappel Modèle cible



Groupe principal  
\* sévérité \*  
lourdeur  
(**GPSL**)

# Niveau de sévérité

## Rappel

NS	Bloc	Description	nb GP	nb GPS
01	ENFANCE	Petite enfance	16	16
02	ANTE	Antepartum	5	13
03	POST	Postpartum	4	10
04	SPO4	Soins palliatifs	2	2
05	AUTRE05	Surveillance hors cancer (autonomisation pers. Âgée, insuff. Organe et décompensation)	7	21
05	CANCER05	Surveillance de cancer	1	3
06	REEDUC06	Rééducation orthopédique (pour trauma et ortho "programmée")	3	7
07	AUTRE07	Pathologies endocriniennes et digestives + gen-uro en soins ponctuels	3	7
07	CANCER07	Cancers en soins ponctuels (hors chimio < 3jours)	10	30
07	COURT	Séjours résiduels des soins ponctuels et de durée < 3j	1	1
07	HEMATO07	Hématologie (hors oncologie)	2	6
07	INFECO7	Pathologies infectieuses (hors infections cutanées) en soins ponctuels	7	21
07	INSUFF07	Insuffisances (inclut diabète) en soins ponctuels	5	15
07	NEURO07	MND et maladies déficitaires en soins ponctuels	2	6
07	NUTRITION07	Malnutritions en soins ponctuels	1	3
07	PLAIES07	Plaies (escarres, ulcères et infectieux cutané) en soins ponctuels	5	15
07	POSTOPDOULTRAUMA07	Post-opératoire, orthopédie et traumatologie et traitement de la douleur	4	12
07	SEANCE07	Séjours de type "séance"	3	3
08	AUTRE08	Pathologies endocriniennes et digestives + gen-uro en soins complexes	3	7
08	CANCER08	Cancers en soins complexes	10	30
08	CMD04_08	Pathologies respiratoires en soins complexes	1	3
08	CMD05_08	Pathologies cardio-vasculaires en soins complexes	1	3
08	INFECO8	Pathologies infectieuses (hors infections cutanées) en soins complexes	2	6
08	INSUFF08	Insuffisances (inclut diabète) en soins complexes	1	3
08	NEURO08	MND et maladies déficitaires en soins complexes	3	9
08	ORTHO08	Traumatologie et orthopédie en soins complexes	2	6
08	PLAIES08	Plaies (escarres, ulcères et infectieux cutané) en soins complexes	7	21
<b>Total</b>	<b>Total</b>	<b>Tous séjours</b>	<b>111</b>	<b>279</b>

# Niveau de lourdeur Problématique

---

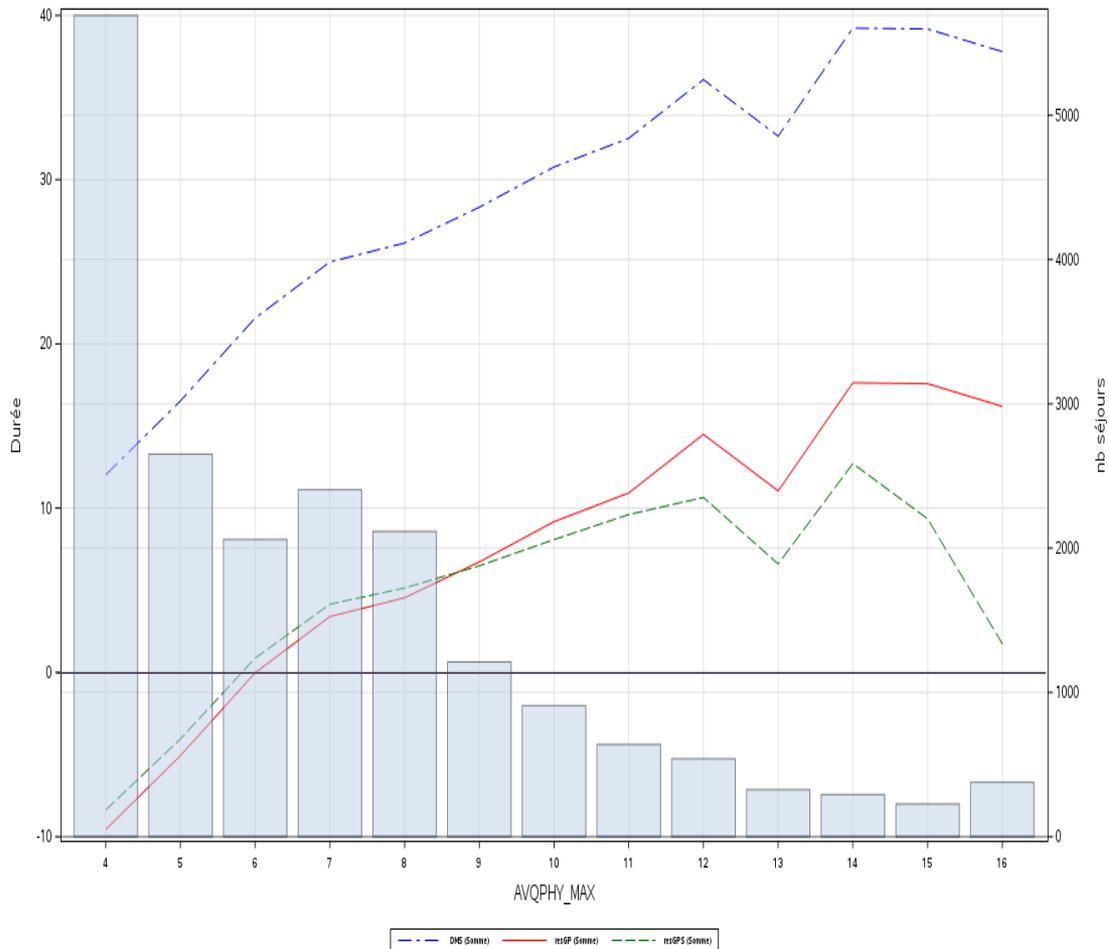
## ○ Pourquoi un niveau de lourdeur ?

- Utiliser l'information non prise en compte, notamment relative aux échelles de dépendance / état de santé
- Améliorer la classification médico-économique des séjours
  - PVE
  - % de « redistribution »

# Niveau de lourdeur

## Illustration de la problématique

### Surveillance de cancer NS=05



- Courbe bleue = DMS des séjours pour chaque valeur de l'AVQ physique
- Courbe rouge = Moyennes des écarts DS-DMS(GP) pour chaque valeur de l'AVQ physique
- Courbe verte = Moyennes des écarts DS-DMS(GPS) pour chaque valeur de l'AVQ physique
- On observe que plus on « descend » dans la classification, plus les moyennes des écarts se rapprochent de 0. Néanmoins, même après prise en compte du GP et du niveau de sévérité, on observe que les séjours avec des AVQ élevés ont des résidus de durée plus longs

**Il reste donc une partie de la variabilité des durées qui est explicable par l'AVQ physique**

# Niveau de lourdeur Problématique

---

- **Comment attribuer un niveau de lourdeur ?**
  - Quels séjours sont concernés ?
  - Quelles variables sont utilisées ?
  - Quel algorithme utiliser ?

# Niveau de lourdeur

## Périmètre

---

- **Comment attribuer un niveau de lourdeur ?**
  - Quels séjours sont concernés ?
  - => Tous les séjours à l'exception de ceux groupés en « séances »
  
- **Données BN 2019-2020 // ENC 2019**
  - 2 années récentes avec NS codée
    - Retrait des séjours commencés en janv-févr 2019
    - Séjours complets uniquement (exclusion des séjours non terminés)
  - 397 497 séjours
  - 340 272 séjours (après retrait des séjours de type « séance »)
    - Dont 96 407 soins palliatifs (traités séparément)
  - 243 865 séjours
    - 18 365 séjours ENC

# Niveau de lourdeur

## Variables utilisées

---

### ○ Comment attribuer un niveau de lourdeur ?

- Quels séjours sont concernés ?
- Quelles variables sont utilisées ?
- Quel algorithme utiliser ?

### ○ Variables utilisées

- AVQ physique (valeur maximale du séjour) – *sauf petite enfance*
- AVQ cognitif (valeur maximale du séjour) – *sauf petite enfance*
- IK (valeur minimale du séjour) – *sauf petite enfance*
- Age (valeur à l'entrée du séjour) – *sauf petite enfance*
- FSE (Facteurs socio-environnementaux)
  - 10 dimensions, chacune captée par la présence d'un code CIM-10 (codé au moins 1 fois dans le séjour)
  - Une 11<sup>ème</sup> dimension : MP25 (codé au moins 1 fois dans le séjour)

# Niveau de lourdeur

## Variables utilisées

### Variables utilisées

#### FSE (Facteurs socio-environnementaux)

- 10 dimensions, chacune captée par la présence d'un code CIM-10 (codé au moins 1 fois dans le séjour)
- Une 11<sup>ème</sup> dimension : MP25 (codé au moins 1 fois dans le séjour)

ID	Libellé	Codes CIM-10	n séjours (2019+2020)
YY13	Faibles revenus	Z59.50 / Z59.58 / Z59.62 / Z59.68	312
YY14	Couverture médicale absente ou sous conditions de ressources	Z59.60 / Z59.61 / Z59.70 / Z59.78	<10
YY15	Mesures de protection juridique et mesures d'assistance éducative	Z65.3	15
YY16	Analphabétisme et faible niveau d'éducation	Z55.00 / Z55.08 / Z55.1	37
YY17	Barrière de la langue	Z60.30	708
YY18	Barrière culturelle / Distance culturelle	Z60.38	121
YY19	Relations sociales et familiales insuffisantes	Z60.20 / Z60.4 / Z60.5 / Z62.0 / Z63.2 / Z63.4 / Z63.5 / Z63.7 / Z74.2	4844
YY20	Réseau médical, paramédical et médico-social déficient	Z75.0 / Z75.1 / Z75.4	506
YY21	logement insalubre	Z59.10	126
YY22	Logement inadapté	Z59.0 / Z59.11 / Z59.12 / Z59.13	991
YY24	MP25	-	12274

# Niveau de lourdeur

## Modèle utilisé

---

### ○ Comment attribuer un niveau de lourdeur ?

- Quels séjours sont concernés ?
- Quelles variables sont utilisées ?
- Quel algorithme utiliser ?

### ○ Les variables utilisées sont très corrélées

- Il est donc complexe d'adopter un modèle de type « cumul » de facteurs, on risquerait de compter plusieurs fois une même cause sous-jacente

### ○ Modèle du facteur « maximum »

- A chaque modalité de chaque variable est associé un niveau
- Pour un séjour, on a donc 1 niveau donné par chaque variable
- Le niveau maximum parmi ceux-ci définit le niveau de lourdeur

# Niveau de lourdeur

## Modèle utilisé

### ○ Modèle du facteur « maximum »

- A chaque modalité de chaque variable est associé un niveau
- Pour un séjour, on a donc 1 niveau donné par chaque variable
- Le niveau de lourdeur est alors le niveau maximum de chacun des niveaux

IK	Niveau
IK < 30	3
30 <= IK < 60	1
IK >= 60	1

AVQ physique	Niveau
AVQ_phy <= 14	1
AVQ_phy > 14	2

AVQ cognitif	Niveau
AVQ_cog	1

Age	Niveau
Age < 89	1
Age >= 90	2

FSE	Niveau
Revenus	1
Logement	2
..	
..	
MP25	1

Séjour		Niveau donné
IK	20	
AVQ phy	14	
AVQ cog	6	
Age	82	
FSE	0	

# Niveau de lourdeur

## Modèle utilisé

### ○ Modèle du facteur « maximum »

- A chaque modalité de chaque variable est associé un niveau
- Pour un séjour, on a donc 1 niveau donné par chaque variable
- Le niveau de lourdeur est alors le niveau maximum de chacun des niveaux

IK	Niveau
IK < 30	3
30 <= IK < 60	1
IK >= 60	1

AVQ physique	Niveau
AVQ_phy <= 14	1
AVQ_phy > 14	2

AVQ cognitif	Niveau
AVQ_cog	1

Age	Niveau
Age < 89	1
Age >= 90	2

FSE	Niveau
Revenus	1
Logement	2
..	
..	
MP25	1

Séjour		Niveau donné
IK	20	3
AVQ phy	14	
AVQ cog	6	
Age	82	
FSE	0	

# Niveau de lourdeur

## Modèle utilisé

### ○ Modèle du facteur « maximum »

- A chaque modalité de chaque variable est associé un niveau
- Pour un séjour, on a donc 1 niveau donné par chaque variable
- Le niveau de lourdeur est alors le niveau maximum de chacun des niveaux

IK	Niveau
IK < 30	3
30 <= IK < 60	1
IK >= 60	1

AVQ physique	Niveau
AVQ_phy <= 14	1
AVQ_phy > 14	2

AVQ cognitif	Niveau
AVQ_cog	1

Age	Niveau
Age < 89	1
Age >= 90	2

FSE	Niveau
Revenus	1
Logement	2
..	
..	
MP25	1

Séjour		Niveau donné
IK	20	3
AVQ phy	14	1
AVQ cog	6	
Age	82	
FSE	0	

# Niveau de lourdeur

## Modèle utilisé

### ○ Modèle du facteur « maximum »

- A chaque modalité de chaque variable est associé un niveau
- Pour un séjour, on a donc 1 niveau donné par chaque variable
- Le niveau de lourdeur est alors le niveau maximum de chacun des niveaux

IK	Niveau
IK < 30	3
30 <= IK < 60	1
IK >= 60	1

AVQ physique	Niveau
AVQ_phy <= 14	1
AVQ_phy > 14	2

AVQ cognitif	Niveau
AVQ_cog	1

Age	Niveau
Age < 89	1
Age >= 90	2

FSE	Niveau
Revenus	1
Logement	2
..	
..	
MP25	1

Séjour		Niveau donné
IK	20	3
AVQ phy	14	1
AVQ cog	6	1
Age	82	
FSE	0	

# Niveau de lourdeur

## Modèle utilisé

### ○ Modèle du facteur « maximum »

- A chaque modalité de chaque variable est associé un niveau
- Pour un séjour, on a donc 1 niveau donné par chaque variable
- Le niveau de lourdeur est alors le niveau maximum de chacun des niveaux

IK	Niveau
IK < 30	3
30 <= IK < 60	1
IK >= 60	1

AVQ physique	Niveau
AVQ_phy <= 14	1
AVQ_phy > 14	2

AVQ cognitif	Niveau
AVQ_cog	1

Age	Niveau
Age < 89	1
Age >= 90	2

FSE	Niveau
Revenus	1
Logement	2
..	
..	
MP25	1

Séjour		Niveau donné
IK	20	3
AVQ phy	14	1
AVQ cog	6	1
Age	82	1
FSE	0	

# Niveau de lourdeur

## Modèle utilisé

### ○ Modèle du facteur « maximum »

- A chaque modalité de chaque variable est associé un niveau
- Pour un séjour, on a donc 1 niveau donné par chaque variable
- Le niveau de lourdeur est alors le niveau maximum de chacun des niveaux

IK	Niveau
IK < 30	3
30 <= IK < 60	1
IK >= 60	1

AVQ physique	Niveau
AVQ_phy <= 14	1
AVQ_phy > 14	2

AVQ cognitif	Niveau
AVQ_cog	1

Age	Niveau
Age < 89	1
Age >= 90	2

FSE	Niveau
Revenus	1
Logement	2
..	
..	
MP25	1



Séjour		Niveau donné
IK	20	3
AVQ phy	14	1
AVQ cog	6	1
Age	82	1
FSE	0	1

# Niveau de lourdeur

## Modèle utilisé

### ○ Modèle du facteur « maximum »

- A chaque modalité de chaque variable est associé un niveau
- Pour un séjour, on a donc 1 niveau donné par chaque variable
- Le niveau de lourdeur est alors le niveau maximum de chacun des niveaux

IK	Niveau
IK < 30	3
30 <= IK < 60	1
IK >= 60	1

AVQ physique	Niveau
AVQ_phy <= 14	1
AVQ_phy > 14	2

AVQ cognitif	Niveau
AVQ_cog	1

Age	Niveau
Age < 89	1
Age >= 90	2

FSE	Niveau
Revenus	1
Logement	2
..	
..	
MP25	1

Séjour		Niveau donné
IK	20	3
AVQ phy	14	1
AVQ cog	6	1
Age	82	1
FSE	0	1



# Niveau de lourdeur

## Modèle utilisé

---

### ○ Détermination des niveaux

- Les niveaux associés à chaque modalité de chaque variable sont déterminés de sorte à maximiser la PVE sur la DS du modèle
- On utilise l'algorithme du gradient

### ○ Nombre de niveaux de lourdeur

- Un modèle à 2 niveaux
- Un modèle à 3 niveaux

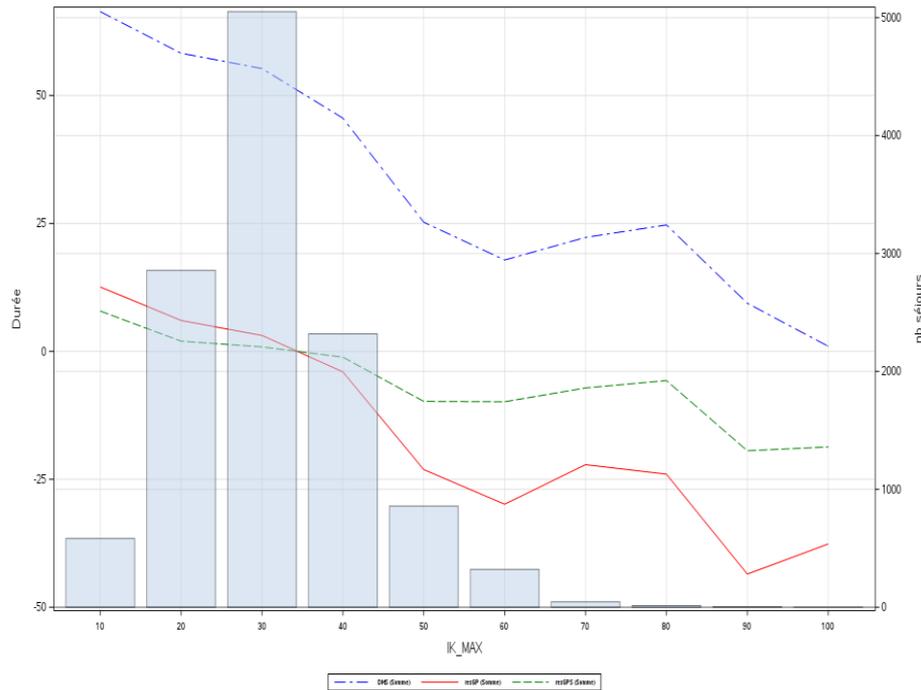
### ○ On construit un modèle par bloc

- Chaque bloc a donc ses propres tableaux de niveaux
- Nécessaire pour gérer la variabilité des effets de chaque variable sur la durée selon la pathologie principale

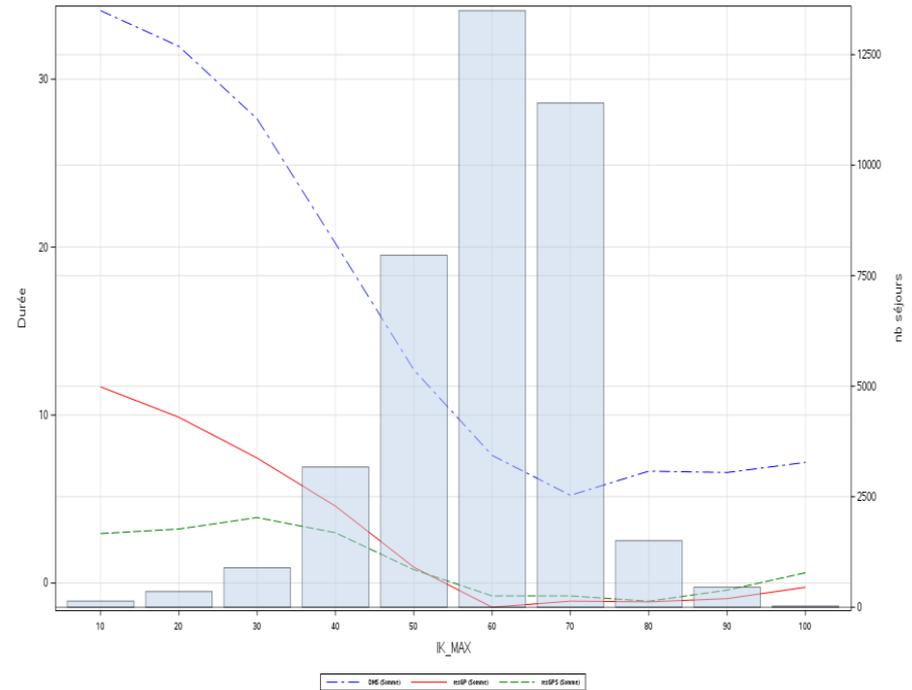
# Niveau de lourdeur

## Illustration de la variabilité des effets selon le bloc

### Infections en NS=08



### Cancers en NS=07



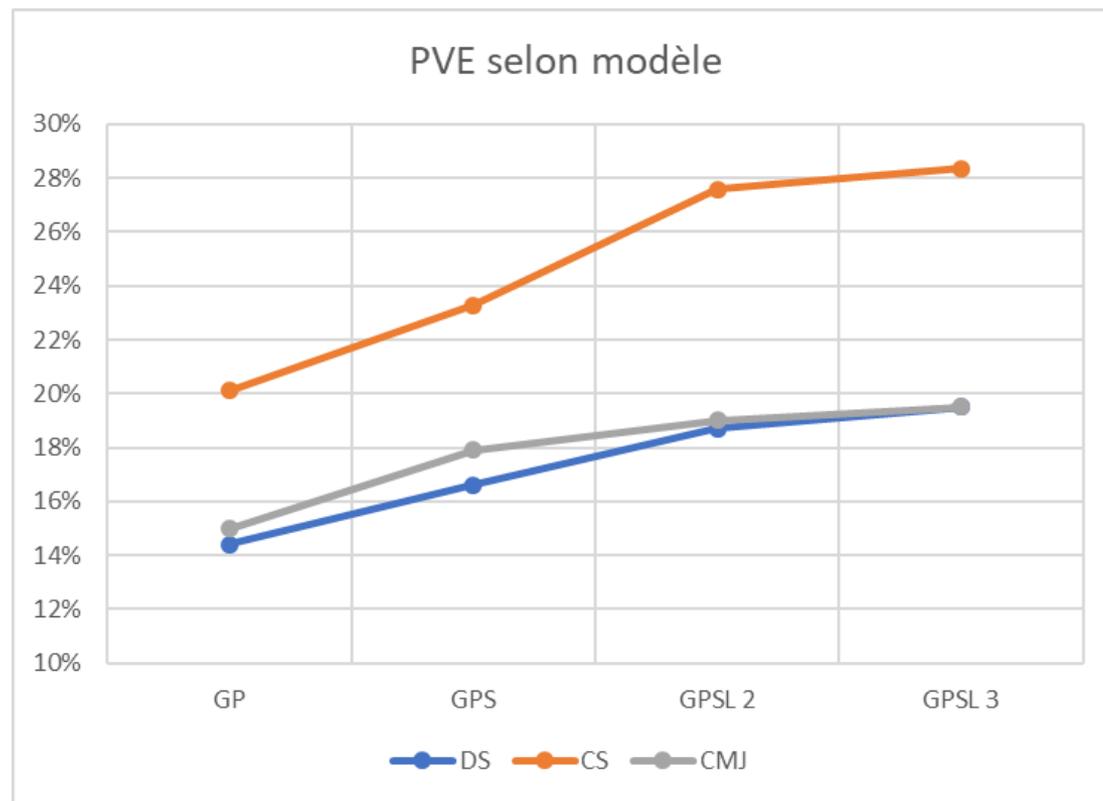
La distribution des variables (ici IK) peut être très différente d'un bloc à un autre  
=> Les niveaux associés à chaque variable changent d'un bloc à l'autre pour être adaptatifs

# Niveau de lourdeur

## Résultats généraux

### ○ PVE

	GP	GPS	GPSL 2	GPSL 3
DS	14,4%	16,6%	18,7%	19,5%
CS	20,1%	23,3%	27,6%	28,3%
CMJ	15,0%	17,9%	19,0%	19,5%



La gain apporté par le niveau de lourdeur en 2 niveaux est de l'ordre de celui apporté par le niveau de sévérité

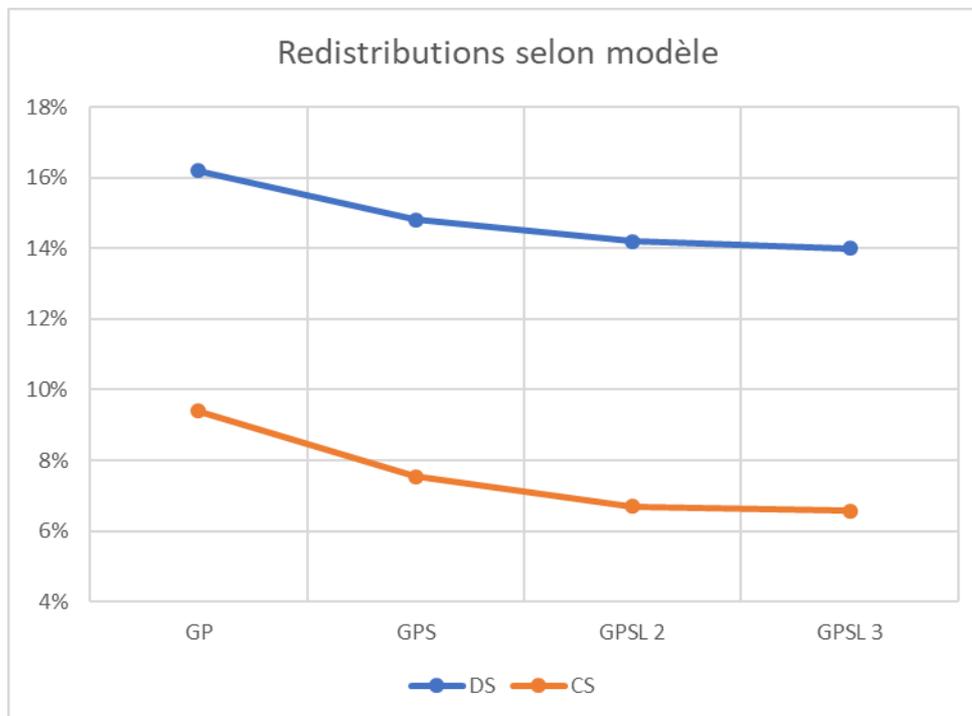
Le gain apporté par un 3eme niveau est substantiel, mais le pente de l'amélioration est moindre

# Niveau de lourdeur

## Résultats généraux

### ○ Redistributions

	GP	GPS	GPSL 2	GPSL 3
<b>Journées</b>	16,2%	14,8%	14,2%	14,0%
<b>Euro</b>	9,4%	7,5%	6,7%	6,6%



Le niveau de lourdeur apporte un gain de redistribution, moins important cependant que celui apporté par le niveau de sévérité  
 L'ajout d'un troisième niveau de lourdeur apporte relativement peu ici

# Niveau de lourdeur

## Résultats généraux

% de GPSL avec plus de  $n$  séjours (2019 + 2020)

### Volumétrie des groupes

819 vs 546 groupes

12% vs 6% de groupes  
sans séjours sur 2 ans

79% vs 67% de groupes  
avec au moins 10 séjours

59% vs 44% de groupes  
avec au moins 50 séjours

49% vs 34% de groupes  
avec au moins 100  
séjours

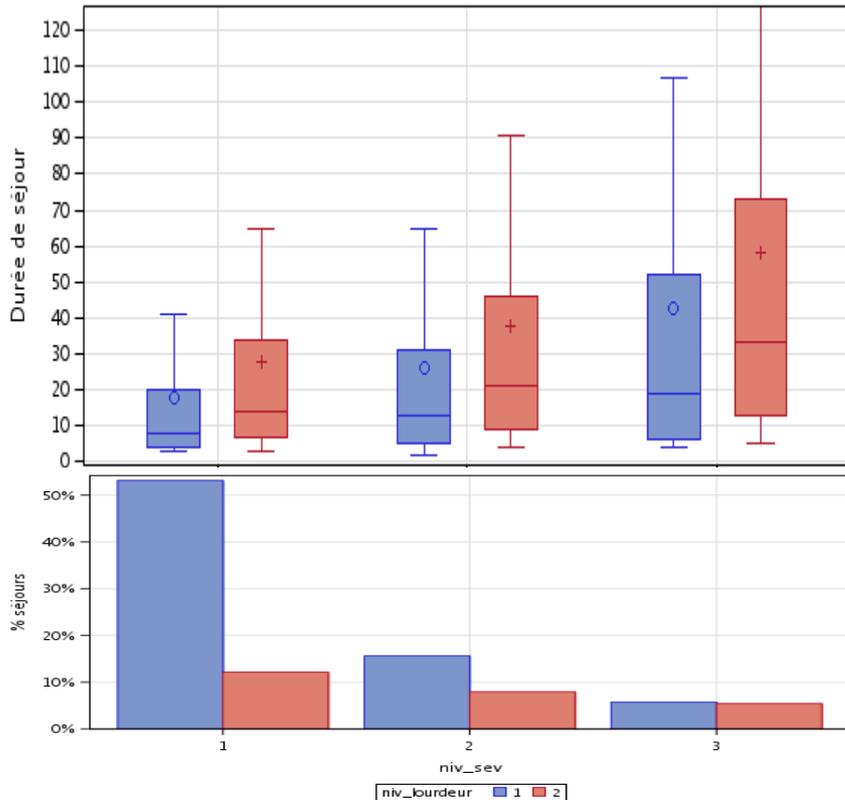
BLOC	GPSL 2					GPSL 3				
	$n \geq 0$	$n \geq 1$	$n \geq 10$	$n \geq 50$	$n \geq 100$	$n \geq 0$	$n \geq 1$	$n \geq 10$	$n \geq 50$	$n \geq 100$
ANTE	26	96%	62%	62%	54%	39	92%	62%	54%	44%
AUTRE05	42	79%	55%	33%	24%	63	79%	57%	30%	17%
AUTRE07	14	93%	79%	50%	43%	21	86%	67%	38%	33%
AUTRE08	14	93%	71%	43%	43%	21	62%	48%	29%	29%
CANCER05	6	100%	100%	100%	100%	9	100%	100%	100%	67%
CANCER07	60	97%	87%	63%	52%	90	89%	64%	39%	26%
CANCER08	60	85%	82%	62%	48%	90	90%	77%	49%	34%
CMD04_08	6	100%	83%	50%	33%	9	89%	56%	33%	22%
CMD05_08	6	100%	100%	67%	50%	9	100%	67%	44%	33%
ENFANCE	32	97%	97%	72%	63%	48	94%	81%	48%	42%
HEMATO07	12	92%	33%	25%	25%	18	67%	22%	17%	17%
INFEC07	42	100%	83%	55%	40%	63	97%	63%	37%	25%
INFEC08	12	92%	50%	50%	50%	18	94%	67%	33%	33%
INSUFF07	30	90%	67%	37%	33%	45	91%	56%	40%	33%
INSUFF08	6	100%	100%	100%	83%	9	100%	89%	78%	67%
NEURO07	12	100%	83%	50%	33%	18	100%	67%	50%	33%
NEURO08	18	100%	100%	100%	83%	27	100%	100%	89%	74%
NUTRITION07	6	100%	100%	67%	67%	9	100%	100%	56%	44%
ORTHO08	12	100%	100%	50%	50%	18	100%	94%	44%	33%
PLAIES07	30	93%	73%	60%	47%	45	82%	49%	38%	31%
PLAIES08	42	100%	98%	81%	67%	63	67%	65%	54%	44%
POST	20	100%	55%	50%	50%	30	87%	53%	43%	33%
POSTOPDOULTRAUMA07	24	100%	79%	67%	63%	36	92%	75%	47%	42%
REEDUC06	14	100%	86%	50%	43%	21	90%	71%	38%	24%
<b>Total</b>	<b>546</b>	<b>94%</b>	<b>79%</b>	<b>59%</b>	<b>49%</b>	<b>819</b>	<b>88%</b>	<b>67%</b>	<b>44%</b>	<b>34%</b>

# Niveau de lourdeur

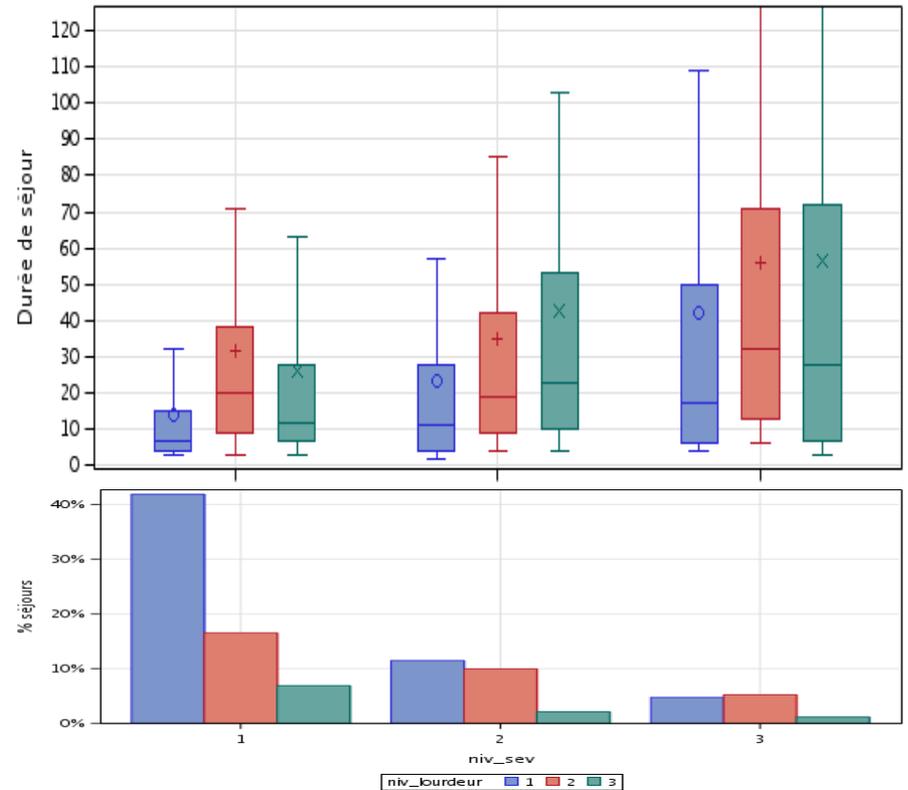
## Résultats généraux

### ○ Distribution des DS / niveaux

2 niveaux de lourdeur



3 niveaux de lourdeur

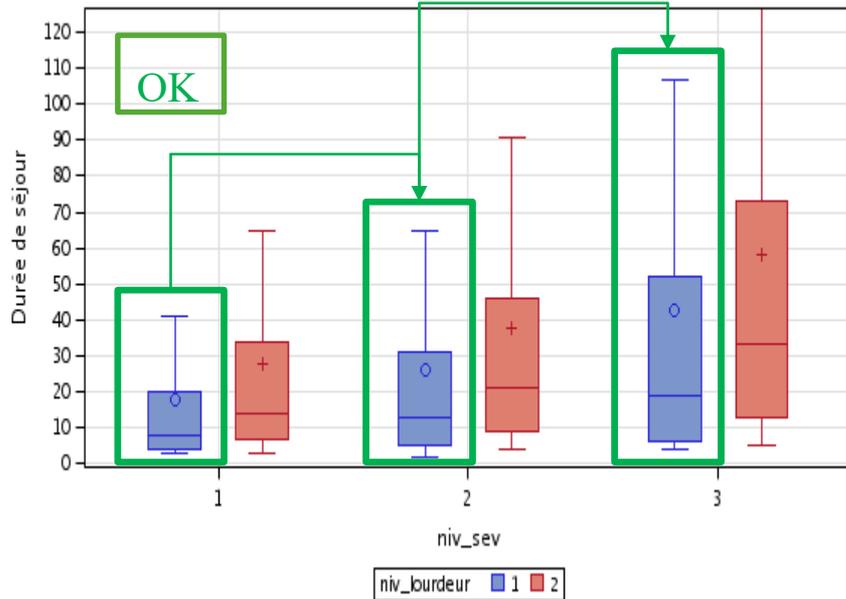


# Niveau de lourdeur

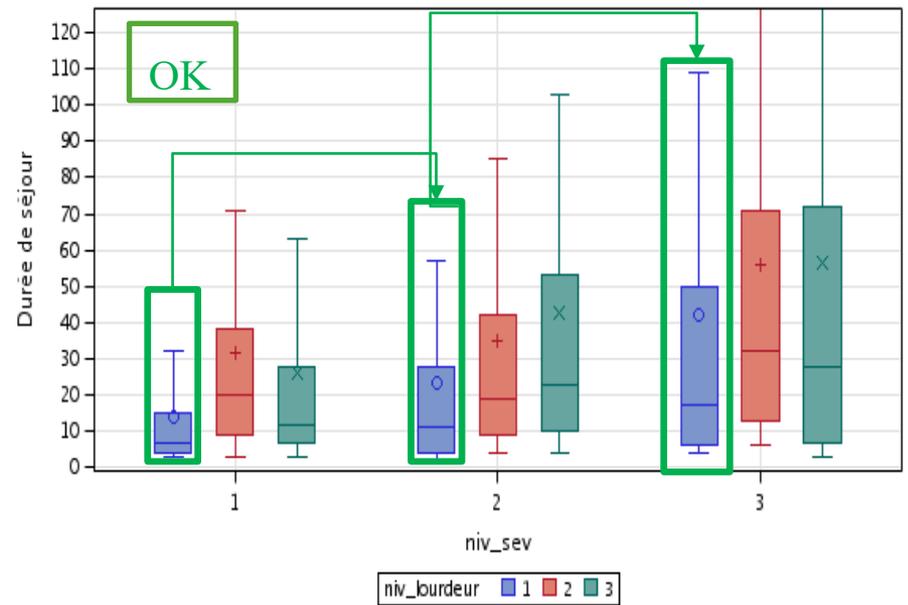
## Résultats généraux

### ○ Respect des hiérarchies

2 niveaux de lourdeur



3 niveaux de lourdeur

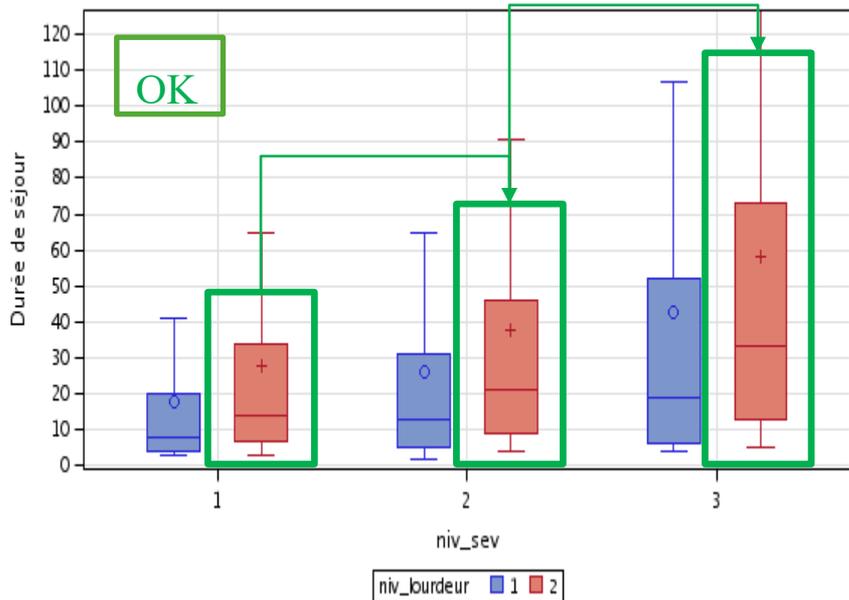


# Niveau de lourdeur

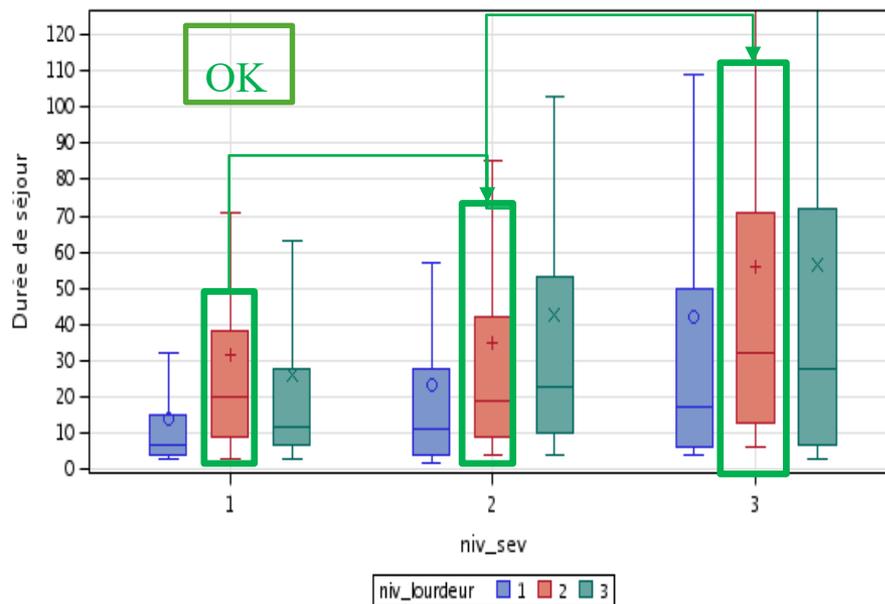
## Résultats généraux

### ○ Respect des hiérarchies

2 niveaux de lourdeur



3 niveaux de lourdeur

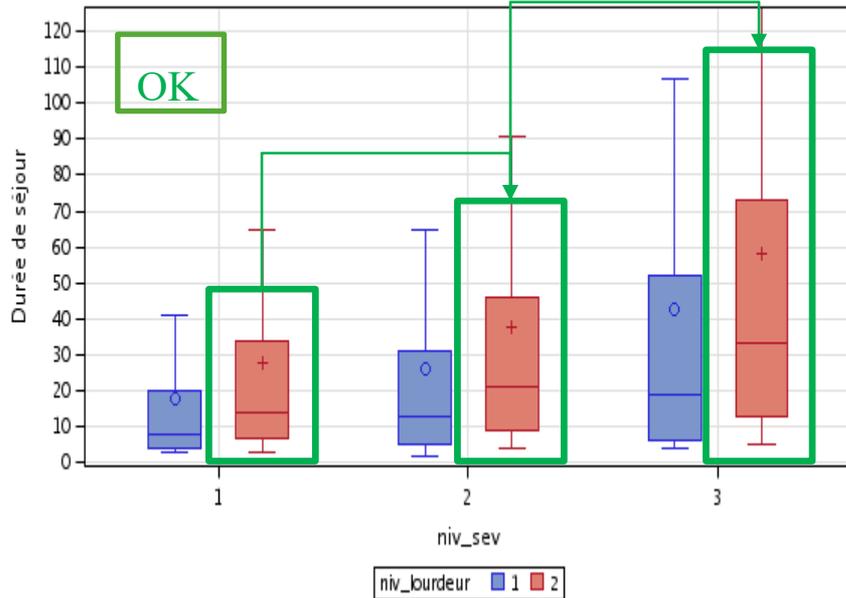


# Niveau de lourdeur

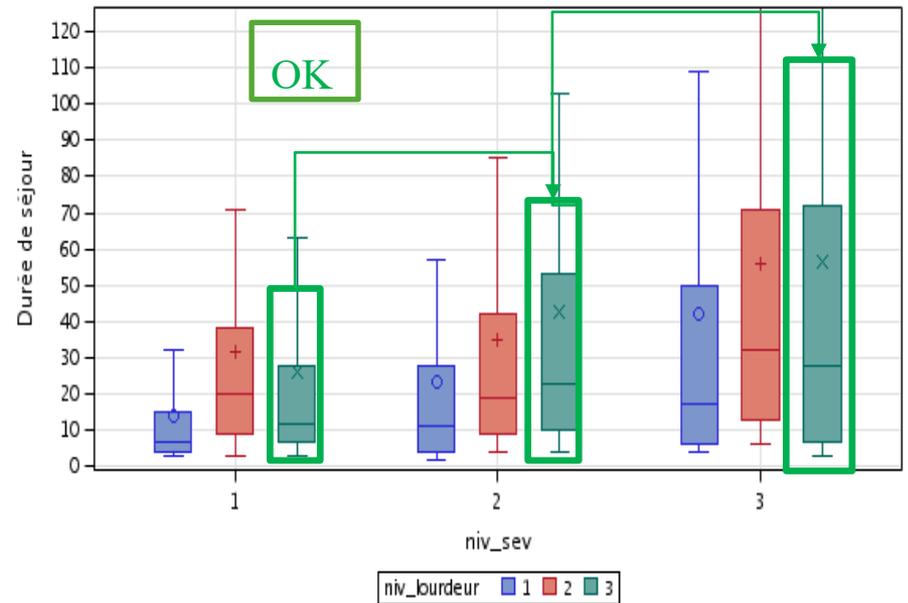
## Résultats généraux

### ○ Respect des hiérarchies

2 niveaux de lourdeur



3 niveaux de lourdeur

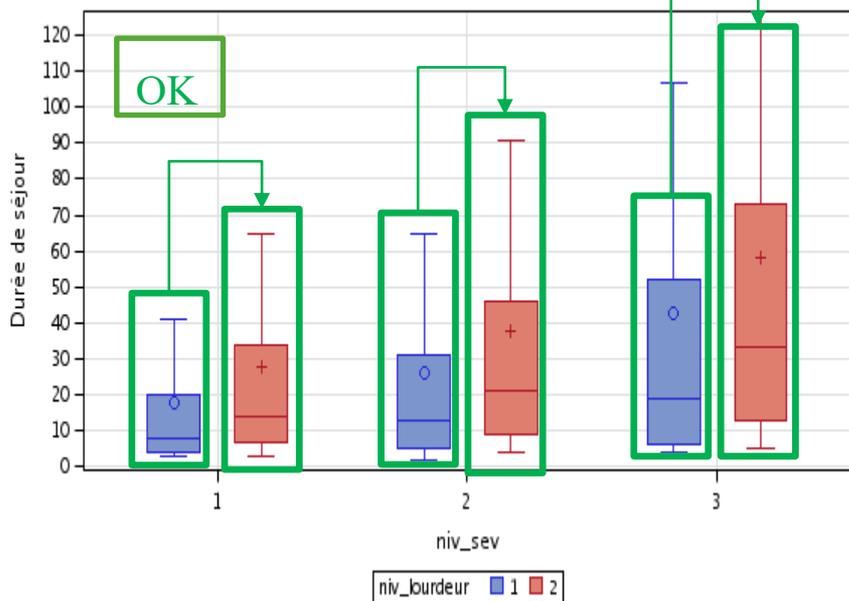


# Niveau de lourdeur

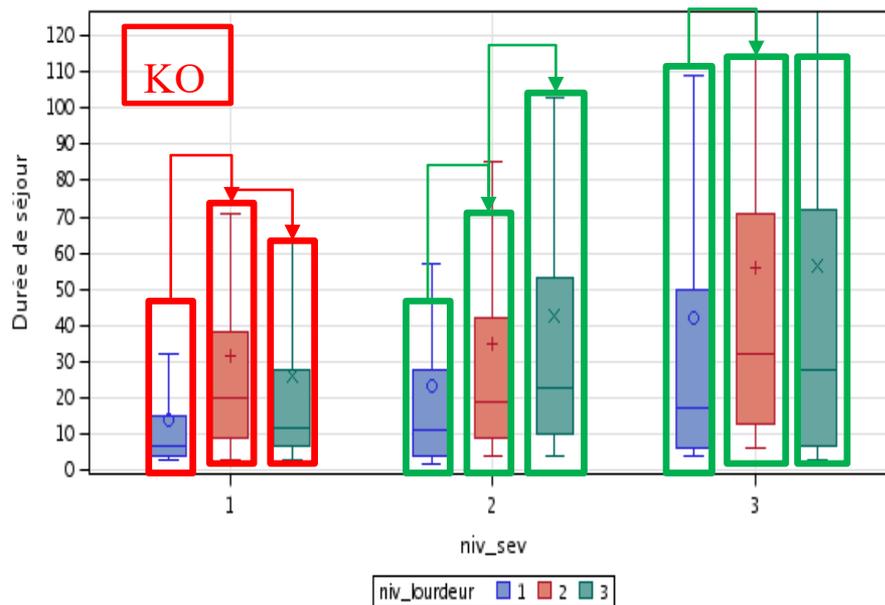
## Résultats généraux

### ○ Respect des hiérarchies

2 niveaux de lourdeur



3 niveaux de lourdeur



Toutes les hiérarchies de DMS sont respectées pour le modèle à 2 niveaux  
 Pour le modèle à 3 niveaux, la hiérarchie des DMS présente un problème pour les niveaux de sévérité 1, et est limitée pour les niveaux de sévérité 3

# Niveau de lourdeur

## Résultats généraux

---

### ○ Respect des hiérarchies

- Au niveau intra-GP
- On vérifie si les hiérarchies de DMS sont respectées au sein de chaque GP
- Les GPSL de moins de 10 séjours ne sont pas comptabilisés

Modèle	Nombre de GP avec pb hiérarchie
GPSL 2	18 / 105
GPSL 3	30 / 105

# Niveau de lourdeur

## 3 vs 2 niveaux de lourdeur

- **Le niveau de lourdeur a un effet positif sur la PVE et sur les redistributions**
  - Substantiellement meilleur avec 3 niveaux sur la PVE
  - Légèrement meilleur avec 3 niveaux sur les redistributions
- **Le modèle à 3 niveaux génère beaucoup de (petits) groupes**
  - 819 vs 546 groupes
  - Beaucoup de groupes avec peu d'effectifs dans un modèle à 3 niveaux
- **Problèmes de hiérarchie quand 3 niveaux de lourdeur**
  - Au global, le niveau de lourdeur 3 est plus léger pour les niveaux de sévérité 1
- **Préférence pour un modèle à 2 niveaux**



AGENCE TECHNIQUE  
DE L'INFORMATION  
SUR L'HOSPITALISATION

# Niveau de lourdeur

## Distributions par blocs

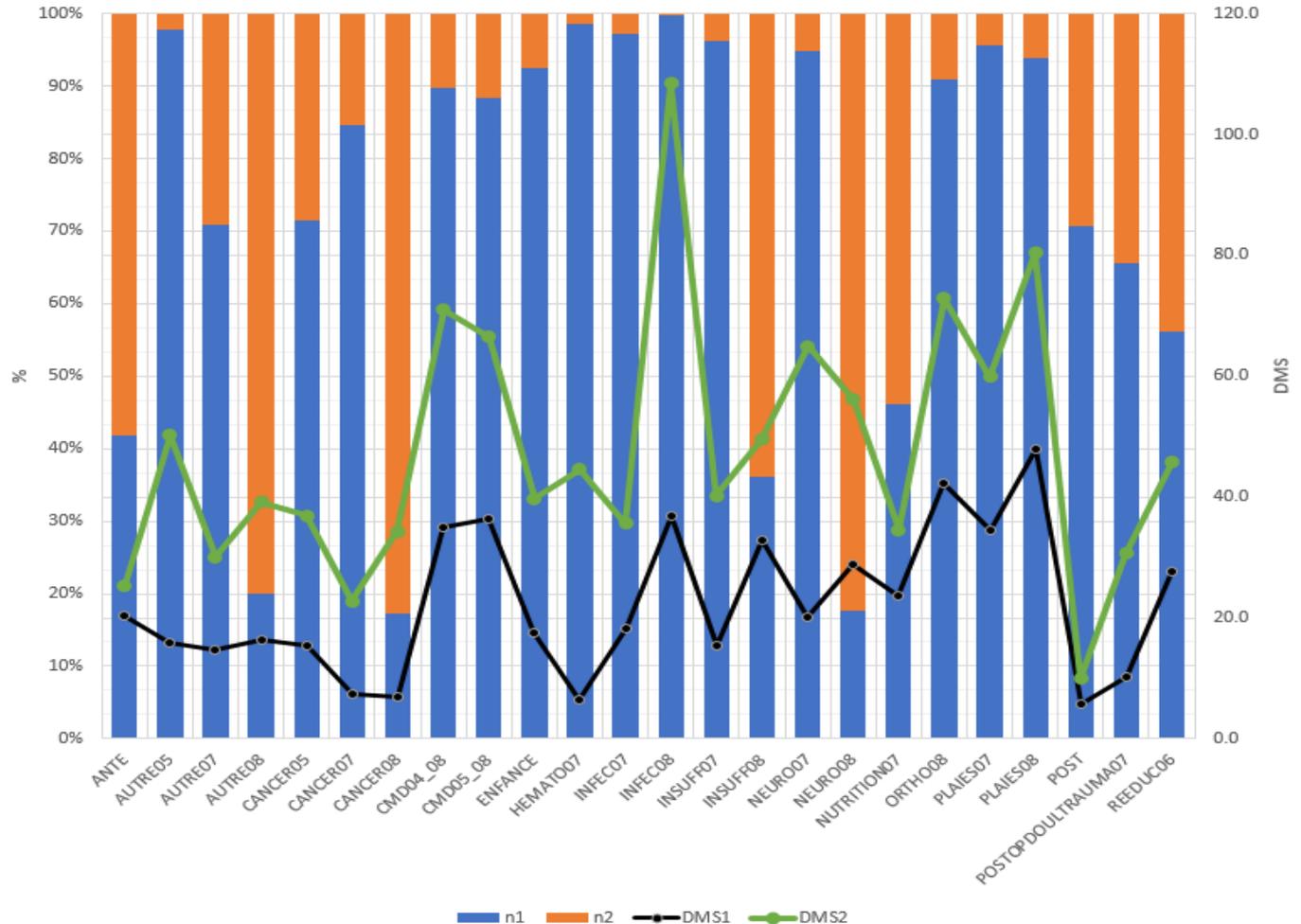
Les % de niveaux 1 et 2 sont très variables selon le bloc

Cet effet est dû à la modulation par bloc  
=> les niveaux discriminent uniquement à l'intérieur d'un bloc, et la comparaison d'un bloc à l'autre n'a pas de sens

Ainsi, des blocs avec un fort pourcentage de patients très dépendants (exemple : PLAIES08) sont majoritairement de niveau de lourdeur 1 car la dépendance n'est pas discriminante à l'intérieur du bloc

Pour la quasi-totalité des blocs, on voit cependant bien une différence de DMS entre les niveaux 1 et 2

Distribution des niveaux de lourdeur et de leurs DMS par bloc



# Niveau de lourdeur

## Utilisation des variables

### Blocs où la variable peut donner un niveau 2

FSE et IK sont les 2 variables les plus utilisées

AVQ et âge le sont rarement => conséquence de leur corrélation avec l'IK => dès que l'IK donne un niveau, AVQs et âge ne sont plus intéressants statistiquement

Résultats déjà observés lors d'études précédentes

BLOC	AGE	AVQ_PHY	AVQ_COG	IK	FSE
ANTE				X	X
AUTRE05					X
AUTRE07				X	X
AUTRE08	X				X
CANCER05				X	X
CANCER07		X		X	X
CANCER08				X	X
CMD04_08					X
CMD05_08					X
ENFANCE					X
HEMATO07					X
INFEC07					X
INFEC08					X
INSUFF07					X
INSUFF08		X		X	X
NEURO07					X
NEURO08	X				X
NUTRITION07			X		X
ORTHO08					X
PLAIES07					X
PLAIES08					X
POST			X		X
POSTOPDOULTRAUMA07	X			X	X
REEDUC06			X	X	X
<b>Nombre de blocs où utilisé</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>24</b>

# Niveau de lourdeur

## Conclusion

---

- **Niveau de lourdeur basé sur l'élément « maximal » de**
  - IK
  - AVQ (2 dimensions physique et cognitive)
  - Age
  - Facteurs socio-environnementaux (CIM-10 et MP)
    - Facteur prédominant
- **Tests de modèles à 2 et 3 niveaux**
  - Modèle à 3 niveaux produit des améliorations faibles pour un accroissement de complexité (nombre de groupes) relativement important
  - Préférence pour un modèle à 2 niveaux
- **Apporte un gain intéressant en PVE et diminue les écarts attendus-observés par établissement**
  - La lourdeur est complémentaire de la sévérité
- **Définit un total de 516 groupes (GP x sévérité x lourdeur)**
  - Modulo soins palliatifs

## Suite des travaux

---

- Poursuite du travail de co-construction en partenariat avec la FNEHAD depuis janvier 2022
- Perspectives des travaux :
  - Cas particulier des séjours complexes multi-séquences
  - Lourdeur/sévérité et soins palliatifs
  - Usage des actes dans les niveaux de sévérité

# Information médicale

## Modifications du chapitre VII (1/3)

- **Oxygénothérapie nasale à haut débit (Optiflow®)**
  - Contexte covid : augmentation des prises en charge avec des dispositifs type Optiflow mais sans solution de codage
  - Ouverture du codage du MP01 d'assistance respiratoire
    - Pour les dispositifs d'oxygénothérapie nasale à haut débit (exemple : Optiflow®, ...)
    - En MPA et MPP du MP01

## Modifications du chapitre VII (2/3)

### ○ Séances de rééducation réalisées au domicile

- Contexte : les patients pris en charge en HAD peuvent requérir des séances de rééducation (masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, ...) dans le cabinet des professionnels libéraux
  - Habitudes du patient
  - Refus de déplacement
- Règles actuelles de codage des MP11 et 12 de rééducation orthopédique et neurologique
  - 100% (5/5 en MPP et 3/3 en MPA) des passages des acteurs de rééducation doivent être effectués au domicile du patient
- → Ouverture à la réalisation de ces séances en dehors du domicile
  - **2 sur 5 séances en dehors du domicile maximum** pour le codage en **MPP**
  - **1 sur 3 séances en dehors du domicile maximum** pour le codage en **MPA**
  - « *l'activité d'hospitalisation à domicile a pour objet d'assurer des soins au domicile du patient* »

## Modifications du chapitre VII (3/3)

### ○ **Traitements administrés en sous-cutané et intramusculaire**

- Contexte : les différents MP existants ne couvrent que partiellement ces traitements
  - MP05 pour les chimiothérapies anticancéreuses
  - MP08 pour certains traitements (exemple : réponses Agora pour l'hypnovel appartenant à la réserve hospitalière)
- Besoin :
  - Prévoir le codage des administrations sous-cutanées et intramusculaires dans le guide méthodologique pour d'autres situations
- Dans le MP08 *Autres traitements* :
  - Ouverture du codage en MPP ou MPA « *lorsque le patient a bénéficié d'un traitement par voie intraveineuse respectant les consignes de codage du MP03 (médicament à usage hospitalier ou état polypathologique ou sévérité de l'état pathologique) et que son état nécessite une poursuite du traitement par voie sous-cutanée ou intramusculaire en relai de la voie veineuse, alors l'utilisation du MP08 est autorisée. »*
- + Renvoi vers cette consigne dans le MP03

# Prestations interactivités HAD/SSR

- Certains patients pris en charge en HAD bénéficient de prise en charge de jour en SSR
- Règles existantes :
  - Facturation d'un GHT pour cette journée d'absence déjà prévue par l'arrêté « prestations » MCO/HAD
  - Mais une rédaction du guide méthodologique non sécurisante
- → **Intégration des « établissements de soins médicaux et de réadaptation » et des « soins de réadaptation »**

L'absence du patient pour une hospitalisation hors du domicile incluant une nuitée dans un établissement de santé autre que l'ESHAD, interrompt le séjour d'hospitalisation à domicile.

En revanche, le séjour d'hospitalisation à domicile n'est pas interrompu dans les cas suivants :

- passage du patient par un service d'accueil des urgences de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) *non suivi d'une hospitalisation* ;
- réalisation, dans un établissement de santé autre que l'ESHAD (**MCO ou établissement de soins médicaux et de réadaptation**) d'actes de diagnostic, de surveillance ou de traitement (chimiothérapie, radiothérapie, dialyse, transfusion sanguine, **soins de réadaptation**, etc.) au cours d'une journée sans absence de nuit du patient de son domicile<sup>4</sup> ;

# Modifications de pondérations des MP

---

- Certaines mesures Ségur concernent des catégories de personnel spécifiques dont les sages-femmes
- → Modifications de pondérations des MP 19 et 21

19 – Surveillance de grossesse à risque	4 1,039
21 – <i>Post partum</i> pathologique	4,15 1,2492

# Calendrier des demandes d'évolutions

- *Échéance ATIH : présentation des nouveautés PMSI à l'ensemble des DIM début novembre*
  
- Calendrier en accord ATIH/DGOS
  - Demandes des fédérations pour fin juin
    - Courrier formalisé
  - Instruction : juillet/aout/septembre
    - En lien avec la CNAM
    - Avec retours vers les fédérations
  - Fin octobre : fin des échanges

Merci de votre attention

**Agence technique de l'information  
sur l'hospitalisation**

117, bd Marius Vivier Merle 69329 Lyon cedex 03

Téléphone : 04 37 91 33 10

Fax : 04 37 91 33 67

**[www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr)**