

COMITE TECHNIQUE HAD SEANCE PLENIERE Compte-rendu de réunion

Date : 14 octobre 2020 Heure : 14h00-15h20 Lieu : WebEx

PARTICIPANTS

<p>FNEHAD :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Beatrice FRECON ➤ Bruno LAPIERRE <p>FEHAP :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pierre METRAL <p>FHF :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Jean VILLEMINOT <p>UNICANCER :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Béatrice LE VU <p>FHP :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Marie-Claire VIEZ 	<p>CNIM / SOFIME :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Absent/excusé <p>DREES :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alice BERGONZONI (excusée) <p>CNAM</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Erik EKONG (excusé) <p>DGOS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Muriel MONS ➤ Laetitia FAVERAUX <p>DSS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Absent/excusé 	<p>ATIH :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Joëlle DUBOIS ➤ Natasha PESLIN ➤ Mériem SAID ➤ Vincent PISETTA ➤ Raphaël SCHWOB
---	---	--

Compte tenu des événements, la réunion s'est tenue en WebEx

L'ordre du jour de la réunion était :

1. **Point classification**
 - Présentation du modèle cible
 - Retours sur les groupes techniques
2. **Points divers**

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

Point Classification

1. LE MODELE CIBLE

Le modèle cible avait déjà été présenté au Comité Technique de mars. L'ATIH présente aujourd'hui plus d'éléments.

La classification commence par la Nature du Séjour (NS) puis se divise en groupes de diagnostics plus ou moins associés à un Mode de Prise en charge (MP), cet ensemble forme le Groupe Principal (GP). Le groupe principal sera adjoint à un niveau de sévérité et un niveau de lourdeur.

Le groupe principal (GP) reflète le projet thérapeutique pour la pathologie principale et sa prise en charge. Il est basé sur la NS (XX) puis un Diagnostic Principal (DP) et éventuellement d'autres diagnostics si certaines associations sont recherchées, puis éventuellement un MPP (YY) tous issus de la 1^{ère} séquence.

C'est le groupe d'arrivée à l'issue de l'arbre de groupage.

Le futur identifiant d'un groupe sera de type XXYY12

- XX= identifiant de la nature de séjour
- YY= numéro d'ordre du groupe dans la nature de séjour (pas de signification autre que cet ordonnancement)
 - La concaténation XXYY forme le *groupe principal* (GP)
- 1 = niveau de sévérité basé sur les pathologies et prises en charge **non utilisées** pour déterminer YY
- 2 = niveau de lourdeur basé sur la dépendance, l'âge et éventuellement les facteurs socio environnementaux

Pour exemple :

- 08 = NS de soins complexes
- 02 = 2^{ème} groupe dans la hiérarchie de la NS 08
- 2 = niveau de sévérité = 2
- 1 = niveau de lourdeur = 1

L'ATIH précise que la sémantique n'est pas définitive.

Après le Groupe principal, il y a plusieurs hypothèses. En HAD, les bases disponibles ont beaucoup moins d'effectif que dans les autres champs. Néanmoins, Il existe des pathologies très complexes qu'il ne sera pas possible de décrire dans le détail. Il faut donc concentrer l'information.

Le niveau de sévérité varie de 1 à K (K non encore défini) et représente la sévérité du séjour étant donné le GP en se basant sur les concepts de polyopathologies / prises en charge multiples.

Il est déterminé en 2 temps :

- Phase 1 : Recherche de Groupes Secondaires (GS) du séjour
- Phase 2 : Attribution d'un niveau de sévérité au séjour sur la base de ses GS

Les groupes secondaires d'un séjour sont déterminés en repassant le séjour dans l'arbre de groupage et en élargissant à toutes les positions les tests effectués sur les diagnostics et les MP.

Exemple : la règle

- « Si DP de la 1^{ère} séquence appartient à la liste XXX et MPP de la 1^{ère} séquence='01' » devient
- « Si un diagnostic (DP+DCMPP+DCMPA+DA) de n'importe quelle séquence appartient à la liste XXX et un MP de n'importe quelle séquence ='01' »
 - Indéterminé dans certains cas (séances par exemple)

La règle est la même, c'est la position des variables qui change.

Ceci donne comme algorithme général :

- Groupage du séjour dans son GP en utilisant l'arbre principal
 - Retrait des diagnostics et MP classants en GP
- Sur la base des informations résiduelles, groupage du séjour en utilisant l'arbre secondaire
 - Le séjour est possiblement groupé dans un groupe secondaire
 - Répétition jusqu'à ce que le séjour ne soit plus groupé nulle part

L'intérêt de cette méthode est d'éviter de descendre à un niveau de granularité trop fin comme en MCO, ce qui ne serait pas adapté à la spécificité de l'HAD (nombre réduit de séjours). Il est donc nécessaire d'envisager de faire plus de regroupements.

UNICANCER demande quel est le fondement médical de ce choix.

L'ATIH précise que l'idée directrice est que les règles (impliquant des regroupements de diagnostics) utilisées pour former des groupes de pathologies/prises en charge principaux doivent être aussi valables pour former des groupes de pathologies/prises en charge secondaires. On ne peut pas être trop fin en HAD étant donné le ratio granularité des pathologies CIM-10 et nombre de séjours. On réutilise donc la construction déjà validée (l'arbre principal) pour la recherche de pathologies associées.

Les exemples suivants sont calculés sur la base 2019, mais avec un algorithme non définitif.

Exemple de la diapositive 9 :

Dans le groupe petite enfance, 1/3 ont un groupe secondaire.

Les Soins complexes ont dans 44% des séjours strictement plus d'un groupe secondaire.

En soins ponctuels, 1/3 des séjours ont strictement plus d'un groupe secondaire.

Exemple diapositive 10 :

Dans la petite enfance, la DMS du groupe malformation sans groupe secondaire est de 24,1 mais l'association en GP de malformations et en GS de prématurité allonge la DMS de 2,7 jours.

Exemple diapositive 11 :

Le GP MND sans GS a une DMS à 36,6 jours mais associé avec le GS nutrition la DMS augmente de 8,3 jours.

Cette première approche montre des résultats cohérents.

En pratique :

- Dans le futur, l'arbre secondaire pourrait incorporer des groupes non existants dans l'arbre principal :
 - Pour prendre en compte des affections qui ne seraient pas représentées dans l'arbre principal de groupage (malnutrition, par exemple)
- Il faudra définir les exclusions GP/GS
 - Certains groupes secondaires ne seront pas considérés comme éligibles étant donné un groupe principal
- Dans les premières simulations, les GS éligibles sont issus de la même nature de séjour que celle du GP
 - Faut-il que ce soit le cas partout et tout le temps ?

A la fin de cette première étape, un séjour a de 0 à N GS

- Etant donné un GP il faut ensuite
 - Attribuer un niveau à chaque GS
 - Attribuer un niveau au séjour sur la base de ses GS
 - GP = MND / GS1= ESCARRES, GS2= DOULEUR
 / GS1 = niveau 2, GS2 = niveau 1
 niveau du **séjour** = f (2,1) = 2
- L'attribution d'un niveau à chaque GS s'effectue sur la base du surcoût engendré quant à sa présence par rapport à une situation dite de référence (généralement le GP sans aucun GS)
- L'attribution d'un niveau au séjour s'effectue sur la base du surcoût engendré par les GS
- 2 options à l'étude
 - Façon « MCO-like » => le niveau du séjour correspond au niveau maximum de tous les GS du séjour
 - Façon « CMA multiples » => chaque combinaison de niveau produit un nouveau niveau
 - 2 GS de niveau 2 et 1 GS de niveau 1 => niveau du séjour = 3
 - 1 GS de niveau 2 seul => niveau du séjour = 1
 - Etc.

Comme précisé précédemment, il peut paraître compliqué de passer par des groupes secondaires, mais ceci permet de limiter la granularité.

Après le niveau de sévérité, il y aura un niveau de lourdeur :

- Basé sur les variables âge et AVQ
- Ayant pour objectif de discriminer des situations à pathologies / Prises en charge égales mais portant sur des patients différents
- Les facteurs socio-environnementaux pourraient être intégrés dans ce niveau et venir en plus de l'âge et de la dépendance

La FNEHAD demande si l'on peut envisager d'autres facteurs de sévérité et lourdeur, comme la lourdeur des médicaments. La liste des MCHL (Médicament coûteux hors liste en sus et hors ATU)

pourrait compenser des manques et préciser la sévérité. De plus, il faudrait élargir la recherche aux autres diagnostics que ceux du groupe principal par exemple les résistances aux antibiotiques ou encore le R13 (dysphagie) qui renvoie à la notion d'un mode d'administration en sous cutané. Ce type de codes pourrait être inclus dans des guides de codage rédigés à dire d'experts.

L'ATIH indique que les médicaments ne sont jamais utilisés dans les classifications car la maintenance d'une liste de médicaments est trop difficile. Cependant, il est envisageable de réaliser des analyses sur les facteurs associés aux médicaments. Concernant l'utilisation de diagnostics de type R13 dans la définition des niveaux de sévérité, l'ATIH confirme qu'il s'agit d'une hypothèse de travail.

2. RETOURS SUR LES GROUPES TECHNIQUES

L'entrée dans la classification se fait par la Nature du séjour qui représente la première segmentation. Puis, il existe une 2^{ème} segmentation constituée de groupes diagnostics qui associés ou non à un MP formeront le groupe principal.

Il y aura d'autres niveaux utilisant les mêmes variables ainsi que d'autres variables comme expliqué dans le modèle cible.

Pour cette 2^{ème} segmentation, comme pour toutes les étapes ou segmentations, l'ATIH organise des groupes techniques avec des experts de terrain. L'ATIH y présente ses travaux en rappelant les spécificités de la construction d'une classification. Ces réunions permettent de recueillir les réactions, remarques et propositions des experts qui seront testées par l'ATIH. Pour exemple, le groupe de pédiatrie a souhaité faire une proposition de modification du périmètre de la Nature de Séjour Petite enfance et une proposition de groupes de la 2^{ème} segmentation.

Ces groupes experts sont constitués de DIM et de cliniciens.

Pour le moment 2 Natures du Séjour ont été présentées : petite enfance et soins complexes (respectivement 2 réunions et 1 réunion) Il n'y a pas eu de remise en cause du schéma général mais des points d'attention sur la variable Nature du séjour et sur la prise en compte d'autres facteurs comme les MP techniques, dépendances, âge, les facteurs socio environnementaux, les multi séquences et les comorbidités.

La nature du séjour est une variable introduite récemment en mars 2019. Le recul sur son appropriation par les professionnels et son utilisation sont donc réduits. Elle traduit le projet médical à l'entrée du patient, elle est codée par l'établissement selon 8 modalités et a comme objectif la première médicalisation de la classification.

Néanmoins, après 18 mois de codage, les définitions ne semblent pas assez précises. Des séjours peuvent se classer dans plusieurs Natures du Séjour. Une des explications peut être la double approche (approche populationnelle : petite enfance et les peri partum et l'approche prise en charge : rééducation, soins ponctuels soins complexes...). La création d'autres NS a été proposée tel que gériatrie (approche populationnelle) et plaie et cicatrisation (approche prise en charge).

Sur les facteurs socio environnementaux : c'est une demande qui existe dans de nombreux travaux de l'agence (MCO, SSR, Episode de soins [Art. 51] et HAD).

Un groupe de travail interne à l'ATIH a été constitué pour réaliser une catégorisation de codes CIM10 depuis janvier 2020 (autonomie, handicap, vulnérabilité, logement etc...).

Des travaux sont en cours en SSR avec des groupes d'experts sur les définitions et des tests sont réalisés également en classification en MCO.

Les MP techniques, âge et dépendances, comorbidité et multi séquence sont donc pris en compte dans la suite de la classification comme montrés dans le modèle cible.

Les prochaines étapes :

- Des travaux sur la Nature de séjour :

Il existe un groupe de travail ATIH information médicale qui travaille sur les situations de chevauchement, sur le périmètre pour permettre une meilleure lisibilité et en particulier supprimer ou limiter les zones d'incertitude de codage.

- Des travaux sur les facteurs socio environnementaux

Un bilan de codage est à réaliser sur les codes CIM10 du guide et sur les codes identifiés par le groupe de travail interne ATIH. De plus en HAD il existe la particularité du MP 25 (Prise en charge psychologique et/ou sociale) à étudier. Ils pourront être intégrés dans la classification en niveau de lourdeur.

- Des travaux sur les MP techniques

Ils seront pris en compte soit dans le Groupe Principal soit en groupe secondaire.

- Des travaux sur les effets de l'âge et des dépendances

Ils seront testés avec le niveau de lourdeur.

- Des travaux sur Comorbidités et multi séquences

Ils seront pris en compte dans les niveaux de sévérité.

- Des travaux sur le déroulement complet d'une ou deux NS

Les résultats seront présentés en GT (Groupe Technique) et CT (Comité Technique) et serviront à ajuster le modèle cible.

L'ATIH continue de travailler en collaboration avec des groupes experts (le prochain GT sera sur les séances dans la NS Soins ponctuels)

L'objectif d'une première version est juin 2021.

La FHF demande si la disparition des MP est prévue. Les MP sont facilement substituables par les codes CIM 10.

L'ATIH confirme que la disparition des MP est un objectif partagé. Cela permettrait de simplifier le codage. Cette simplification n'est pas envisageable à court terme dans les premières versions de classification.

La FNEHAD constate que les MP actuels ne sont plus suffisants (par exemple la voie sous cutanée n'existe pas) et sont très anciens.

La FNEHAD remercie l'ATIH d'avoir pris en compte l'ensemble des remarques formulées lors des GT. L'ATIH est attachée à une co construction de cette classification et reste très attentive aux remarques et observations des experts HAD.

LA FNEHAD souligne la particularité des facteurs socio environnementaux en HAD et demande si celle-ci sera prise en compte.

LA FHF ajoute que parfois le seul motif d'hospitalisation est un facteur socio environnemental.

L'ATIH demande régulièrement dans les GT de faire remonter le codage de ces facteurs.

UNICANCER demande si l'objectif de juin 2021 est pour une mise en œuvre ou une présentation. Elle demande aussi la mise à disposition des fichiers de case mix avec avant et après.

L'ATIH indique qu'en juin 2021 ce sera une première version et confirme la mise à disposition des fichiers avec case mix avant après sur la plateforme d'échange.

LA FNEHAD demande si le groupe de travail ATIH sur la nature du séjour travaillera avec des experts de terrain. Il semble que la meilleure façon de tester est de coder des dossiers avec les nouvelles définitions sous les yeux. Les nouvelles définitions pourront-elles être envoyées avant les réunions ? L'ATIH répond que le groupe sera élargi aux experts de terrain. La mise en condition de codage est effectivement une bonne méthode de travail.

La FNEHAD signale qu'il existe une inquiétude sur les dépendances avec une fiabilité de codage faible que ce soit pour l'indice de Karnofsky ou les AVQ. Il sera peut-être intéressant de regarder les effets des AVQ sur les groupes de pathologies en SSR pour compenser le « mauvais » codage en HAD.

Points Divers

Aucun point divers n'est proposé.

Le prochain Comité Technique HAD se tiendra au 1^{er} trimestre 2021.