

## COMITE TECHNIQUE HAD

### SEANCE PLENIERE

#### Compte-rendu de réunion

**Date : 28 octobre 2021**

**Heure : 14h00-16h00**

**Lieu : WebEx**

### Participants

**FNEHAD :**

- Béatrice FRECON
- Bruno LAPIERRE

**FEHAP :**

- Pierre METRAL
- Naila BOUSSAID
- Blandine VACHON

**FHF :**

- Blaise TRAMIER

**UNICANCER :**

- Béatrice LE VU
- Frédéric GOMEZ

**FHP-MCO :**

- Marie- Claire VIEZ

**CNIM / SOFIME :**

- Didier THEIS

**DREES :**

- Yves DUBOIS

**CNAM**

- 

**DGOS :**

- Marc BEFFA

**DSS :**

- 

**ATIH :**

- Joëlle DUBOIS
- Raphaël SIMON
- Vincent PISETTA
- Raphaël SCHWOB
- Baptiste PLUVINAGE
- Natasha PESLIN

La réunion s'est tenue en WebEx

L'ordre du jour de la réunion était :

#### 1-Information Médicale

1. Facteurs socio-environnementaux
2. Recueil des préadmissions pour les patients en EHPAD
3. Modifications du guide méthodologique

#### 2-Points Divers

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

Pas de propos préliminaires des participants avant démarrage de la réunion

## 1-Information Médicale

### 1-1 Facteurs socio-environnementaux (FSE)

L'agence a engagé une réflexion sur les facteurs socio-environnementaux sur le champ SSR. Avec l'aide d'experts, ces travaux ont abouti à une liste de facteurs et à une définition.

Suite au constat partagé entre les experts HAD, les fédérations et l'ATIH de la nécessité de prendre en compte les FSE dans la classification, les travaux du SSR ont servi de base pour le champ HAD.

Un facteur socio-environnemental désigne une caractéristique, un phénomène ou une manifestation en lien avec le contexte du patient au sens de la Classification Internationale du fonctionnement du Handicap et de la Santé (facteurs environnementaux et facteurs personnels tels que le statut socio-économique par exemple) et qui va impacter la prise en charge de ce patient pendant son hospitalisation.

L'impact de ce facteur va s'ajouter aux éléments suivants de la prise en charge, déjà décrits dans le PMSI :

- Le motif principal de prise en charge
- Les complications éventuelles survenues et prises en charge pendant l'hospitalisation
- La continuité des soins pour les pathologies connues et déjà traitées du patient,
- Les nouvelles pathologies diagnostiquées et prises en charge pendant l'hospitalisation.

L'impact sur la prise en charge peut être mesuré par :

- Un allongement de la durée de séjour par rapport à une durée « habituelle » (notion de durée moyenne de séjour)
- Un alourdissement de la prise en charge lié à une mobilisation de ressources supplémentaires (notion d'intensité de la prise en charge).

*A noter que les pathologies qui peuvent impacter l'environnement du patient, telles qu'une démence ou une paraplégie, ne sont pas considérées ici comme des « facteurs socio-environnementaux » et ne sont donc pas décrites dans ce document.*

Les 11 FSE déterminés en SSR sont :

- Faibles revenus
- Emploi
- Couverture médicale
- Mesures de protection juridique et d'assistance éducative
- Faible niveau d'éducation
- Barrière de la langue
- Barrière culturelle
- Relations sociales et familiales insuffisantes
- Réseau médical, paramédical et médico-social insuffisant
- Logement inadapté
- Logement insalubre

Ces FSE sont ensuite déclinés en situations et « traduits » en codes CIM 10.

L'équipe HAD et SSR de l'ATIH a organisé en septembre un groupe technique avec des experts HAD afin de présenter des résultats des travaux conduits en SSR et s'assurer de la pertinence et de l'exhaustivité des FSE retenus en SSR pour l'HAD.

Il a été convenu :

- Que l'un des FSE n'était a priori pas fréquent en HAD : **Difficultés liées à l'emploi** (inaptitude au poste de travail)
- d'ajouter 4 situations au FSE « **Relations sociales et familiales insuffisantes** »
  - Manque ou suspicion de manque de compétences des parents pour la prise en charge de leur enfant
    - Z62.0 Surveillance inadéquate de la part des parents
  - Influence négative d'un divorce sur le bon déroulé de la prise en charge d'un enfant
    - Z63.5 Dislocation de la famille par séparation et divorce
  - Décès récent d'un membre de la famille résidant au domicile du patient pris en charge et altérant la disponibilité des aidants du domicile
    - Z63.4 Disparition et décès d'un membre de la famille
  - Moindre disponibilité d'un aidant potentiel au domicile du patient pris en charge
    - Z63.7 Autres événements difficiles ayant une incidence sur la famille et le foyer

Dans le chapitre IV du guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés « Consignes de codage avec la CIM-10 », le Sous paragraphe 2.15 « Précarité » évolue en paragraphe 2.15 « Facteurs socio-environnementaux ». Un fascicule de codage devrait être publié mi-novembre avec un fichier Excel des FSE.

#### Remarque et observation des participants :

La FHP demande comment les experts ont été sélectionnés.

L'ATIH répond que le groupe experts IM a été constitué en 2018 par sollicitation de professionnels de terrain ayant participé à des groupes de travail antérieurs. Les noms sont publiés sur le site de l'Agence.

La FEHAP précise que ce recueil est important, mais qu'elle l'estime non abouti. La solution choisie doit être améliorée. Le souhait, à terme, serait d'utiliser une autre nomenclature que la CIM10 puisque les concepts viennent de la CIF. De plus elle estime des situations redondantes avec certaines données administratives mais avec une définition différente (CMU et AME). Elle pense que les consignes de recueil telles qu'elles sont établies risquent de restreindre la liberté du codeur. De plus, l'utilisation de champs de recueil dédiés aux FSE pourrait permettre d'éviter de mélanger les DAS et les FSE.

Est-il possible de préciser que le Z62.0 correspond à *parent ascendant et descendant* ?

L'ATIH confirme que le code Z62.0 est bien pour les ascendants ou descendants.

L'ATIH précise que ces remarques ont été aussi formulées en SSR. L'objectif est de commencer le recueil en 2022 et de faire le point au bout d'un an de recueil. Il semble plus simple pour les codeurs d'utiliser la CIM 10.

CNIM/SOFIME approuve les remarques de la FEHAP mais s'interroge sur les éléments de traçabilité nécessaires en cas de contrôle T2A sur les FSE quand ils auront un impact tarifaire. Des consignes précises compliquent la tâche du codeur.

## 1-2 Recueil des préadmissions pour les patients en EHPAD

Les HAD effectuent des préadmissions pour les résidents d'EHPAD avec constitution du dossier administratif, évaluation de la pertinence de l'HAD au regard de l'état du patient et coordination de prise en charge.

En 2020 et 2021, une enveloppe de financement a été allouée, dimensionnée sur le nombre de séjours réalisés pour des patients hébergés en EHPAD comme proxy du nombre de préadmissions.

Pour 2022 : un FICHSUP va être créé pour permettre l'allocation de cette enveloppe.

Dès arbitrage par la DGOS sur le périmètre du recueil, l'ATIH enverra les consignes de codage au groupe experts Information Médicale HAD pour recueillir son avis. Les spécifications finales du recueil paraîtront dans la notice PMSI de fin d'année 2021.

### Remarque et observation des participants :

La FEHAP demande si c'est une spécificité de l'HAD ou si ce recueil va s'étendre aux autres champs ? La FNEHAD répond que c'est une réponse particulière au métier de l'HAD dans le grand âge et du fait de la crise sanitaire. La fédération a réuni des éléments sur les compétences nécessaires et les éléments nécessaires à l'admission du patient en HAD sans passer par les urgences. L'intérêt est de mesurer les délais entre la préadmission et l'HAD. Si le patient est admis dans un délai de moins de 7 jours on considère que la préadmission fait partie du séjour. L'enveloppe actuelle est une aide d'amorçage de ces pratiques. Le recueil sera simple.

La FEHAP suggère qu'il serait intéressant de comparer avec les équipes mobiles en SSR, en gériatrie ou en MCO (actuellement financées ou non). Cette mesure serait plus égalitaire.

La FHP souligne que le terme de préadmission signifie ouverture d'un dossier administratif et ne correspond pas à une évaluation.

La DGOS précise que le terme sera « évaluation anticipée ».

## 1-3 Modifications du guide méthodologique

### 1-3-1 Natures du séjour

#### ➤ 1-3-1-1 Dénomination et définition de la Petite enfance

La Nature du séjour Petite enfance était constituée des enfants de **moins de 3 ans** à l'admission en HAD et présentant des pathologies spécifiques du jeune enfant, en particulier :

- Prématurité,
- Hypotrophie,
- Malformations congénitales

selon la définition du guide méthodologique depuis 2019.

Suite aux travaux de l'ATIH et avec le groupe technique de pédiatrie en HAD en 2020 et 2021, le périmètre de la NS Petite enfance est modifié et devient maintenant *l'ensemble des patients de moins de 3 ans*. La dénomination et la définition sont donc modifiées dans le guide méthodologique.

- La dénomination devient : Soins de la petite enfance
- La définition est simplifiée : « *Cette modalité concerne les enfants de moins de 3 ans quelle que soit leur prise en charge à l'admission en HAD* ».

### ➤ 1-3-1-2 Exemples de diabète dans la NS Surveillance

Il est ajouté dans la Nature du séjour Surveillance un exemple sur le codage du diabète :

« *Le séjour d'un patient admis au décours d'un séjour en MCO pour décompensation de diabète pour poursuite de la prise en charge relève de la modalité « Surveillance »* »

Les participants ne font pas de remarques.

## **1-3-2 Diagnostic principal : précisions et exemples**

### ➤ 1-3-2-1 Codage des infections ostéoarticulaires

Dans le cas d'une arthrite septique fistulisée à la peau mais avec point de départ arthrite, le DP est l'arthrite et la pathologie cutanée est codée sur une autre place de diagnostic.

### ➤ 1-3-2-2 En post opératoire

Il est précisé d'utiliser un code du chapitre XXI *Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé* le moins possible.

#### **Remarque et observation des participants :**

La FEHAP demande une précision de codage dans le cas de la fistule digestive post opératoire après une intervention pour cancer du pancréas ou obésité. Le DP sera la fistule ou le cancer du pancréas ou l'obésité ?

L'ATIH répond que le DP est la pathologie qui mobilise l'essentiel de l'effort de soins.

### ➤ 1-3-2-3 Codage de la douleur

Dans le cas d'une hospitalisation centrée sur la prise en charge de la douleur, un code de douleur est porté en DP.

La FNEHAD demande comment coder un patient perdu de douleur pour fracture(s) sur métastases : le codage du DP devra être douleur, métastases ou fracture ?

L'ATIH précise que cette consigne correspond plutôt à des prises en charge courtes centrées sur la douleur, en post opératoire. Des précisions seront apportées en ce sens dans le guide méthodologique.

### ➤ 1-3-2-4 Convention de codage pour les traitements répétitifs

Le sujet a déjà été présenté eu CT de mars 2021.

**Rappel du contexte :** En décembre 2020, l'ATIH a réuni un groupe d'experts sur le sujet des séances (traitement habituellement itératif limité à 1 journée ou à 1 nuit) pour comprendre les pratiques de

terrain et comprendre ce qui est attendu en classification par les professionnels en matière de groupes et durée de séjours.

Dans le PMSI HAD sans modification du recueil, il est possible d'identifier :

- groupe transfusion avec le MP 18,
- groupe épanchement basé sur l'analyse des bases et sur des diagnostics
- groupe chimiothérapie pour cancer avec le MP05
- groupe traitement IV avec le MP 03
- groupe autres TT avec le MP08

L'ensemble des travaux avec le Groupe Expert a abouti à une proposition plus simple en nombre de groupes, ne respectant pas forcément le contour ou le périmètre de chacun des MP et se rapprochant du modèle MCO.

- ✓ Le groupe *épanchement* est conservé sur une durée de 1 jour pour les actes isolés mais existera aussi dans les séjours longs pour les ponctions itératives avec ou sans drainages.
- ✓ Un groupe *chimiothérapie pour cancer* sur 1 ou 2 jours qui mobilise dans le PMSI actuel le MP05 et une liste de diagnostics de cancérologie. Une division selon la voie d'administration n'a pas été souhaitée. Les chimiothérapies existent aussi pour les séjours plus longs.
- ✓ Un groupe *chimiothérapie hors cancérologie* qui mobilise les MP 03, 05 et 08 et une liste de diagnostics établie en observation des RAPSS des bases PMSI et à dire expert. Une liste comme celle-ci étant difficile à tenir à jour, il faudra mettre en place des conventions de codage.
- ✓ La transfusion n'a pas été retenue en séance mais existera dans les hospitalisations plus longues. L'ATIH étudie la possibilité de compter le nombre de transfusions par les actes CCAM. (La recommandation de la Société française de transfusion sanguine (SFTS) en collaboration avec la FNEHAD « Il est recommandé de ne prescrire qu'un seul Concentré de Globules Rouges . Un contrôle biologique du taux d'hémoglobine sera réalisé dès le lendemain de la transfusion. En fonction de l'évaluation clinique du patient, un deuxième CGR pourra être prescrit » avril 2018).

La liste des courts séjours n'est pas fermée avec éventuellement d'autres séjours courts (Education de diabétologie, Meopa pour geste invasif chez l'enfant (exemple sur PAC), Soins de cathéters centraux chez enfants, Surveillance d'infuseur, Cathéter de Naropéine, ...).

L'identification du groupe *chimiothérapie hors cancérologie* pose problème avec le recueil actuel. Sans modification des consignes de codage, il serait nécessaire dans la future classification de maintenir une liste de pathologies bénéficiant de ce type de traitement ce qui ne semble pas réaliste. Il est donc proposé, pour identifier ces séjours, de faire des conventions de codage identiques au MCO avec en DP.

- Z51.1 *Séance de chimiothérapie pour tumeur* pour la chimiothérapie dans le cadre du cancer
- Z51.2 *Autres formes de chimiothérapie* pour la chimiothérapie en dehors du cadre du cancer
- Z51.30 *Séance de transfusion de produit sanguin labile* pour la transfusion.

UNICANCER trouve cela très rationnel, car ceci aligne les consignes de codage sur le MCO.

La FNEHAD exprime son désaccord. Les consignes de codage seraient alignées sur le MCO mais pas la durée de séjour obligatoire de 0 jour comme en MCO pour être dans la CMD 28. Elle propose une nouvelle position de diagnostic qui serait un Diagnostic Relié ou la création d'une NS pour les traitements répétitifs. La FNEHAD souligne qu'elle suggère ces évolutions depuis 2015 mais reste

néanmoins attachée au MP05. Une autre solution pourrait être d'élargir le Z511 dans une autre position pour toutes les MP. Le traitement préventif n'est pas pris en compte.

La FEHAP trouve cela intéressant mais propose de ne pas s'arrêter là et de modifier aussi les positions des diagnostics.

La FHF estime que les mêmes consignes de codage qu'en MCO simplifieraient le travail de tous les codeurs. La création d'un DCMPPR pourrait résoudre le problème.

L'ATIH explique que la position des diagnostics sera revue mais dans le processus actuel il est trop tard pour cette année.

### ➤ 1-3-2-5 Algorithme de sélection du DP

Un algorithme de sélection du DP reprenant les cas de codage cités en amont pourrait être intégré dans le guide méthodologique 2022.

La FNEHAD souligne les limites de l'algorithme et son intérêt très limité pour faciliter le travail du codeur.

## 2-Points Divers

La FEHAP demande la date de publication de la liste des molécules onéreuses. La DGOS répond que la finalisation de la liste est prévue mi-décembre avec une publication fin décembre.

La FNEHAD demande la publication de la réponse à la question AGORA 213764 sur l'injection de Velcade et Vidaza avec des injections à J1, J4 J8 et J12.

### Question :

Nous souhaiterions développer les chimio par Velcade et Vidaza. Les jours d'injection sont J1 J4 J8 J12. Les autres jours l'HAD n'intervient pas.

Si on était en MCO, il faudrait facturer des séances. Ma question est donc : doit-on générer une hospité par journée de réalisation de la chimio (J1 J4 J8 J12) ou bien un séjour de 12 jours ?

### Réponse :

Pour cette prise en charge le guide méthodologique indique : « En cas d'administration discontinue mais fréquemment répétée, le codage du MP 05 Chimiothérapie anticancéreuse se fait en continu jusqu'au dernier jour d'administration ». Cette consigne impose la création d'un séjour de 12 jours.

Il est de plus précisé : « une cotation discontinue, entraînant un changement de séquence, n'est possible que lorsque l'intervalle entre deux administrations est supérieur à cinq jours. ». Cette consigne impose donc dans votre cas (J1 J4 J8 J12) un codage continu du MP05.

La FHF propose de mettre cette réponse dans l'arrêté prestation et non dans le guide méthodologique.

L'ATIH va revoir avec la CNAM et la DGOS le canal de diffusion. Néanmoins, la réponse est sur AGORA et donc accessible.

La FNEHAD remarque que l'interprétation du délai de 5 jours entre 2 injections est critiquable. La règle des J5 du MP05 devait éviter le multi séquençage mais cette règle aurait dû disparaître depuis longtemps.

<b>Le prochain Comité Technique HAD se tiendra le 24 novembre 2021</b>
------------------------------------------------------------------------