COMITE TECHNIQUE HAD
SEANCE PLENIERE

Compte-rendu de réunion

Date : 06 juillet 2021	Heure : 14h00-16h30	Lieu : WebEx

PARTICIPANTS

FNEHAD : ➢ Béatrice FRECON ➢ Bruno LAPIERRE **FEHAP :** ➢ Clara LEPOUTRE **FHF :** ➢ Absent **UNICANCER :** ➢ Béatrice LE VU ➢ Frédéric GOMEZ **FHP-MCO :** ➢ Marie-Claire VIEZ	**CNIM / SOFIME :** ➢ Didier THEIS **DREES :** ➢ Alice BERGONZONI **CNAM** ➢ Eric EKONG **DGOS :** ➢ Muriel MONS (excusée) ➢ Marc BEFFA **DSS :** ➢ Absent	**ATIH :** ➢ Joëlle DUBOIS ➢ Mériem SAID ➢ Vincent PISETTA ➢ Raphaël SCHWOB ➢ Baptiste PLUVINAGE ➢ Natasha PESLIN

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

L'ordre du jour de la réunion était :

Classification

- Groupes principaux : finalisation des travaux
- Niveaux de sévérité : méthode de travail
- Niveaux de lourdeur : IK/AVQ : une question qui est (re)posée ?

Le support de présentation a été envoyé en amont de la réunion et reste disponible sur le site de l'ATIH.

La FNEHAD souhaite faire part en début de réunion de ses préoccupations quant aux travaux sur la classification HAD. Après avoir rappelé la transformation de l'HAD en activité de soins à part entière à partir de juin 2023 et la feuille de route stratégique de l'HAD, la FNEHAD demande que les éléments suivants soient pris en compte :

- La création d'une nature de séjour « grand âge »
- Le souhait d'une simplification du modèle de classification
- Le maintien du calendrier avec une mise en œuvre de la classification en 2022 à titre expérimental

Point Classification

RAPPEL MODELE CIBLE

Rappel du modèle cible

L'algorithme de 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 complété d'un niveau de sévérité et d'un niveau de lourdeur. Le GP peut être assimilé à la racine du GHM (en MCO).

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 MP (YY) tous issus de la 1ère séquence.
C'est le groupe d'arrivée à l'issue de l'arbre de groupage.

Les MP spécifiques utilisés dans certains groupes principaux :

Pour constituer les GP, il est fait appel dans certaines situations à des MP « spécifiques » :

- Pour les groupes principaux de cancérologie des natures du séjour *Soins Ponctuels* et *Soins complexes*, les MP utilisés sont les MP05 : *Chimiothérapie anticancéreuse* et MP13 : *Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse*.
- Pour la Nature du Séjour *Petite enfance*, les MP utilisés sont les suivants :
  - 01 : *Assistance respiratoire*,
  - 02 : *Nutrition parentérale*,
  - 03 : *Traitement intraveineux*,
  - 06 : *Nutrition entérale*,
  - 08 : *Autres traitements*,
  - 09 : *Pansements complexes et soins spécifiques* (stomies compliquées),
  - 10 : *Post -traitement chirurgical*,
  - 11 : *Rééducation orthopédique*,
  - 12 : *Rééducation neurologique*.

A ce jour, les Groupes Principaux sont constitués de 8 natures de séjours, 89 groupes de diagnostics +/-MP, mobilisant 64 listes de diagnostics.

Ces travaux ont été menés en associant des experts cliniciens de terrain et des DIM au cours d'une dizaine de Groupes Techniques entre mai 2019 et avril 2021.

Par rapport au CT de mars où l'ATIH avait été interrogée sur la division du groupe prématurité, les experts ont proposé de diviser le groupe en prématurité extrême (P072 : Immaturité extrême) et les autres. Cette hypothèse a été testée, mais l'effectif de la prématurité extrême est trop faible avec et sans soins techniques : 218 sur 2506. Cette proposition n'est pas retenue.

L'ensemble des groupes principaux sont en annexe du powerpoint présenté en séance.

LES NIVEAUX DE SEVERITES

Les niveaux de sévérité sont créés en mobilisant des diagnostics et des Modes de Prise en charge.
Pour les groupes de diagnostics, seront utilisés :

- Des diagnostics ou groupes de diagnostics non utilisés dans la NS,
- Des diagnostics ou groupes de diagnostics d'une autre NS,
- Des diagnostics non mobilisés dans les groupes principaux.

Pour les Modes de Prise en charge, seront utilisés

- Pour toutes les NS, à l'exception du Peripartum et de la Rééducation orthopédique : MP techniques (01, 02, 06 et 09),
- Pour la NS soins palliatifs : MP11 et 12,
- Pour la NS soins complexes : MP14.

La méthode est un effeuillage progressif « modifié » puisque certains diagnostics (non pris en compte pour le Groupe Principal) pourront être mobilisés, il en est de même pour les MP car peu utilisés en GP.

Il est prévu pour les prochaines étapes de :

- Constituer les listes de diagnostics éligibles en niveaux de sévérité,
- Définir des règles d'exclusion entre diagnostics et MP, par exemple
    - Un diagnostic de dénutrition peut-il être cumulé avec un MP de nutrition ?
    - Des pathologies cutanées peuvent-elles être associées : I83.2 *Varices des membres inférieurs, avec ulcère et inflammation* et L97 *Ulcère du membre inférieur, non classé ailleurs*.

Ensuite, il sera attribué un niveau aux regroupements de diagnostics et aux MP, puis un niveau au séjour selon la méthode de CMA simples (utilisation du diagnostic d'effet maximum) ou de CMA multiples (utilisation de l'effet cumulatif des regroupements).
Pour exemple : un patient admis pour des soins complexes pour un Accident Vasculaire Cérébral avec une nutrition et des escarres.

- Le séjour ira en soins complexes maladies déficitaires.
- Ce séjour a 2 composantes de sévérité : la nutrition et les escarres.

La FNEHAD demande si la liste des MP techniques est fermée. Par exemple, le MP08 pourrait être un niveau de sévérité dans des drainages thoraciques.
L'ATIH répond que la liste n'est pas fermée, mais que dans de nombreuses situations « Diagnostic » et « MP » sont redondantes, c'est-à-dire qu'elles apportent la même information. Dans le cas précis du MP 08 pour drainage, il existe un groupe principal d'épanchement qui sera utilisé en groupe secondaire qui répondra à cette situation. L'utilisation du MP08, dans ce cas, n'est donc pas nécessaire.

La FNEHAD demande pourquoi la Nature du séjour rééducation se limite à la rééducation orthopédique et ne prend pas en charge la rééducation neurologique.
L'ATIH précise que le profil des séjours est très différent et que les séjours relevant de rééducation neurologique se rapprochent plus de ceux des soins complexes.
La FNEHAD demande la création d'une Nature de séjour patient âgé polypathologique.
L'ATIH testera une proposition concrète avec une définition transmise par la FNEHAD.
La FNEHAD demande si une seule Nature du séjour pourrait suffire pour ante postpartum.
L'ATIH confirme qu'il s'agit d'une évolution envisageable.

LES NIVEAUX DE LOURDEURS

Les niveaux de lourdeurs mobiliseront des variables non utilisées en niveaux de sévérité comme les Facteurs Socio Environnementaux, les MP 15 (*Éducation du patient et/ou de son entourage*) et 25 (*Prise en charge psychologique et/ou sociale*), l'âge et la dépendance (IK ou AVQ).
L'utilisation de l'IK ou/et de l'AVQ n'est pas tranchée et fait l'objet d'une présentation dans ce comité technique.
Au total, le groupe d'un séjour sera constitué :

- D'un groupe principal (Nature du séjour + diagnostic + /-Mode de Prise en charge)
- D'un niveau de sévérité (diagnostics et MP)
- D'un niveau de lourdeur (dépendance, Facteurs Socio Environnementaux et âge)

L'ordre entre sévérité et lourdeur n'est pas défini.

La FNEHAD demande si l'ATIH travaillera avec les acteurs de l'HAD en amont.
L'ATIH a une approche par dimension des FSE puis par code qu'elle a travaillé particulièrement en SSR, et l'étendra à l'HAD.
La FNEHAD propose de mettre d'abord la lourdeur puis la sévérité car les dépendances semblent mieux codées que des diagnostics.
La FNEHAD propose de tester l'échelle PPSv2.
L'ATIH explique que l'introduction d'une nouvelle échelle est longue (production des consignes, modification des formats de recueils et effet sur la classification à étudier après 1 à 2 ans de recueil).

INDICATEURS DE DEPENDANCE

Lors du CT de mars 2021, les fédérations (FNEHAD, FEHAP et FHF) ont sollicité l'ATIH sur le choix de l'outil de mesure de la dépendance.
De nombreux rapports préconisent l'utilisation de l'AVQ plutôt que l'IK.
En classification, à travers la dépendance il est recherché une lourdeur médico-économique additionnelle liée au patient et à son état de santé en dehors de la pathologie motivant les soins d'HAD.
Pour ce faire il est nécessaire d'avoir des outil(s) de mesure valide(s) et fiable(s), adaptés à toutes les catégories de patients, collectés en routine et recevant l'adhésion des professionnels. Actuellement il existe en HAD deux outils codés en PMSI HAD : **AVQ et IK**.

L'ATIH rappelle que des travaux avaient déjà été menés en 2014 sur la comparaison AVQ-IK, mais que les objectifs à l'époque étaient différents de ceux d'aujourd'hui qui sont d'utiliser la mesure la plus explicative des coûts et durée de séjour. Comme en 2014, les résultats mis à jour sur les Bases Nationales 2016-2019 montrent toujours une forte corrélation globale entre IK et AVQ, bien que celle-ci soit variable selon la pathologie principale du séjour. L'ATIH propose ensuite de comparer la qualité prédictive des durées de séjour et des coûts journaliers moyens des séjours des 2 indicateurs. Pour ce faire, la méthodologie utilisée consiste à mesurer le gain de part de variance expliquée (PVE) des durées et coûts de journée apporté par l'AVQ d'une part et l'Ik d'autre part à groupe principal fixé. Pour chaque mesure de dépendance sont ainsi créés 3 niveaux basés d'une part sur l'IK et d'autre part sur l'AVQ.

Une étape intermédiaire importante reste toutefois la façon de prendre en compte l'évolution des 2 échelles sur un séjour. L'ATIH a testé 3 méthodes : 1) prendre la valeur à l'entrée du séjour, 2) prendre la valeur moyenne du séjour et 3) prendre la valeur de dépendance maximale (qui correspond au minimum pour l'IK et au maximum pour l'AVQ).

Sur les PVE, on observe les résultats suivants :

1) Sur les durées de séjour
    a. Que ce soit pour l'AVQ ou l'IK, le choix de la dépendance maximale est globalement le meilleur critère
    b. Que ce soit pour l'AVQ ou l'IK, la qualité prédictive est globalement meilleure pour les soins ponctuels que pour les soins complexes
    c. A l'exception du post-partum, l'IK apporte un pouvoir prédictif supérieur à l'AVQ pour tous les groupes principaux

2) Sur les coûts de journées moyens
    a. Les valeurs maximales de dépendance et les valeurs à l'entrée sont globalement meilleures que la valeur moyenne (pour les 2 échelles)
    b. Selon le groupe principal, l'IK ou l'AVQ est plus ou moins performant, il n'y a pas de tendance nette

L'ATIH rappelle ensuite les limites de cette étude préliminaire et les analyses qu'il faut poursuivre :

1) Les 2 échelles de dépendance ont été étudiées en constituant 3 classes de niveaux à partir de celles-ci, les résultats peuvent diverger avec plus ou moins de niveaux
2) Les données issues des Bases Nationales et de l'ENC ont des biais de codage liés à la fois aux consignes de codage (l'AVQ ne doit être réévaluée que si l'IK change / l'IK est contraint selon le couple MPP-MPA) et au processus de valorisation HAD (dégressivité tarifaire repart à 1 lorsque l'IK change).

CALENDRIER

L'ATIH présente le calendrier des travaux avec une mise à disposition des outils de classification pour la mi-2022 afin de permettre le test de la version expérimentale.

La FNEHAD rappelle ses propos introductifs concernant le calendrier trop tardif pour permettre un démarrage opérationnel de la réforme début 2023.
La FNEHAD demande que des précisions soient apportées sur les étapes de travail intermédiaires envisagées par l'ATIH.

Par ailleurs, concernant la méthodologie d'élaboration de la classification, la FNEHAD souhaite attirer l'attention sur le fait que les acteurs ne seraient pas prêts pour une classification au séjour.
L'ATIH rappelle que ce point a fait l'objet de concertation et est arbitré depuis longtemps.

Le prochain Comité Technique HAD se tiendra au 4ème trimestre 2021.