

Cinquième comité technique HAD activité Paris – Mercredi 06/06/2012

Pièces jointes : Présentation support de l'ATIH

Participants

ATIH : Max BENSADON, Joëlle DUBOIS, Housseyni HOLLA, Françoise MEGAS, Philippe de MEY, Sandra GOMEZ

CNIM : Emmanuel HORNUS (DIM Centre hospitalier du Val d'Ariège)

DGOS : Isabelle PRADE (Chargée de mission - Hospitalisation à domicile, bureau R4)

DREES : Hélène VALDELIEVRE

FEHAP : Samah BEN ABDALLAH (Conseiller santé social du pôle sanitaire), Éric DUBOST (Directeur de Soins et santé, Rillieux-la-Pape)

FFCLCC : Valérie Jeanne BARDOU (Chargée de mission Département Stratégie & Gestion Hospitalière), Frédéric GOMEZ (DIM Centre Léon Bérard Lyon)

FHP : Virginie DUBOS (chargée de mission)

FNEHAD : Olivier PAUL (Délégué national), Bruno LAPIERRE (DIM Soins et santé)

Excusées :

- Françoise LAPIERRE (DIM CHU Grenoble, FHF)
- Sabine LABATUT et Elisabeth RICHARD (convocation à la réunion non reçue en raison de problèmes informatiques à identifier)

Ordre du jour de la réunion

1. Présentation de DATIM HAD (Dr P de Mey)
2. Présentation du programme de travail ATIH 2012 - 2013 (Dr S Gomez)
3. Mesure de la dépendance : quelques expériences étrangères (Dr F Megas)
4. Points divers
5. Prochaine réunion du comité technique HAD activité

1- Présentation de DATIM HAD

- La présentation de l'outil DATIM (cf. présentation support) est suivie d'une discussion et de questions/réponses.

	QUESTIONS	REPONSES
CNIM	✓ L'ATIH devrait diffuser publiquement les supports (tables et algorithmes) ce qui permettrait un meilleur repérage des RPSS à revoir et une intégration aux logiciels utilisés par les établissements.	✓ L'ATIH est bien disposée à aider les établissements de santé HAD pour qu'ils améliorent la qualité de l'information transmise sur les patients et les prises en charge (sous réserve de compatibilité des travaux nécessaires, avec ses moyens disponibles).
FNEHAD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mi-avril, la Fnehad a fait parvenir à l'ATIH un document détaillé reprenant les difficultés rencontrées par les établissements de santé (ES) avec DATIM. ▪ La présentation initiale de l'outil faite lors du 	✓ DATIM se veut être utile à

	<p>3^{ème} comité technique (05/07/2011) était trop rapide et faite en fin de comité.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La Fnehad signale que la mise en forme de DATIM sur é-PMSI n'est pas suffisamment lisible et devrait être améliorée (cohérence avec le guide de lecture à améliorer). ▪ Les tables initiales n'étaient pas à jour et n'ont pas toutes été publiées ; les références et les méthodes de calcul devraient être publiées ce qui permettrait par exemple aux établissements de se situer par rapport aux références ; les valeurs seuils/de référence (ex. 95^{ème} percentile, référence Base nationale) pourraient être revues, dans la mesure où elles sont dépendantes du type de casemix et de la taille de l'établissement. La Fnehad suggère donc que ces seuils/ces références soient si possible adaptés au casemix et à la taille de l'ES. ▪ La Fnehad attire l'attention de l'ATIH sur les conséquences pour les ES d'une publication trop tardive de l'outil : cela laisse en pratique peu de possibilités de correction puisque les séjours des ES sont déjà facturés (cf. mi-janvier 2012 pour DATIM V1 et mi-juillet 2012 pour la V2). L'ATIH devrait publier DATIM plus tôt, ou pour le moins prévoir, que les ES puissent plus longtemps poursuivre les corrections/les transmissions. ▪ Test 142 (Nombre de séquences avec un MP 18 Transfusion sanguine et aucun acte de transfusion) : les transfusions sont rares ; les actes CCAM ne sont pas décrits. ▪ L'IK est un vrai problème. 	<p>l'amélioration de la qualité des données transmises (au sens des règles du Guide méthodologique) mais aussi repérer des séjours atypiques susceptibles d'être contrôlés par l'Assurance maladie.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ L'ATIH ne diffuse pas les algorithmes ni les référentiels détaillés pour l'instant mais elle y réfléchira plus avant si cette diffusion permet une meilleure appropriation de l'outil par les ES. ✓ Les tables utiles à DATIM sont mises à jour au fur et à mesure ; le nouveau guide de lecture DATIM sera corrigé et complété, les tableaux MAT2A seront adaptés. ✓ La question des références n'est pas simple et nécessite de garder assez d'effectif (cf. puissance statistique) ; s'il y a besoin, les décisions les concernant seront soumises à arbitrage ✓ La mise à jour et la publication en ligne sont conditionnées par d'autres calendriers (mise à jour de la CIM-10, nécessité pour les références d'avoir déjà des données de l'année) et il est peu envisageable de publier DATIM avant mars.
FEHAP	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour la Fehap, DATIM HAD n'atteint pas ses objectifs d'amélioration de la qualité mais reste un outil utile au contrôle externe. ▪ Les tests se basant sur l'indice de Karnofsky (IK) (valeurs permises, incohérentes) sont de peu d'intérêt ; il faudrait supprimer la convention aberrante de l'IK à 100% chez le nouveau-né à risque (MP 22). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ DATIM HAD n'empêche pas les ES de développer leur propre outil pour améliorer la qualité des données transmises. ✓ L'agence doit développer d'autres outils complémentaires à DATIM HAD (de type DALIA MCO par exemple). Ces outils même payants permettront aux ES d'accéder directement à leurs données « atypiques ».
FFCLCC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La qualité du codage et de la description est la base du métier des DIM et DATIM est une aide intéressante pour eux, plus pour contribuer à améliorer la qualité des données transmises que pour « flaguer » les séjours et orienter les contrôles externes (l'Assurance maladie dispose de ses propres tests pour cela). ▪ A propos de l'IK : i) Il serait temps de supprimer la convention aberrante de l'IK à 100% en cas de MP 22 Prise en charge du nouveau-né à risque ; ii) l'échelle IK n'est valable que chez l'adulte à savoir un individu de plus de 15 ans ; avant cet âge, l'IK HAD n'a pas de sens pour décrire la « dépendance » du patient. 	

Remarque : La Fnehad signale une anomalie de traitement de PAPRICA ex-OQN qui, lors de sauts anormaux dans la numérotation des sous-séquences¹, peut supprimer et grouper en erreurs bloquantes, des RPSS qui n'apparaissent donc pas dans la partie activité de l'établissement sur é-PMSI alors qu'ils sont cependant valorisés (facturation directe à l'Assurance maladie). Pour la Fnehad, si cette anomalie était aussi constatée avec PAPRICA ex-DGF, elle pourrait entraîner une iniquité de traitement entre les établissements ex-OQN et ex-DGF, iniquité tenant au fait que l'activité décrite sur é-PMSI, soumise à DATIM-HAD et potentiellement aux contrôles, comprend l'intégralité des sous-séquences valorisées pour les établissements ex-DGF mais pas pour les établissements ex-OQN du fait des exclusions de RPSS réalisées par PAPRICA. Le volume de ces exclusions n'est connu que des seuls établissements.

2- Présentation du programme de travail ATIH 2012 - 2013

Le programme de travail de l'agence relatif à l'HAD est présenté en séance, et précisé dans le support joint au présent CR. Les grandes lignes sont rappelées ci-dessous.

- L'ATIH entend mener des travaux exploratoires 2012-2013 pour l'amélioration de la description de l'activité HAD (des patients et des prises en charge) avec l'aide du Comité technique. Pour ce faire, les moyens humains de l'ATIH étant limités, elle priorisera les travaux en mettant de côté certains travaux souhaités antérieurement. En revanche, elle poursuivra certains travaux nécessaires et/ou déjà engagés (poursuite de la revue de la littérature des modèles étrangers, rapport annuel d'activité en HAD, échanges avec la HAS sur les référentiels en HAD).
- Le choix de l'échelle de mesure de la dépendance est jugé prioritaire, en raison du caractère particulièrement inadapté de l'IK pour traduire la dépendance du patient, notamment chez l'enfant. Un sous-groupe issu du comité technique pourrait être chargé des premiers travaux (ex. en HAD pédiatrique, la FFCLCC suggère la substitution de l'IK (adulte) par « l'échelle de Lansky », elle aussi utilisée en cancérologie mais spécifique des enfants).
- L'information disponible dans la base nationale HAD étant pauvre et décrite par des modes de prise en charge (MP) « fourre-tout », il importe d'essayer d'enrichir cette base nationale HAD et de la « faire parler » en utilisant les groupements d'autres classifications (MCO, SSR, médico-social type RUG ou AGGIR). Dans un second temps, la comparaison des séjours HAD et des séjours correspondants des différents champs d'activité pourra être faite (exemple, pour les soins palliatifs, les chimiothérapies).
- L'analyse des séjours au moyen du chaînage permettra de décrire les trajectoires de soins en amont/en aval de l'HAD. L'utilisation du chaînage permettra aussi d'expertiser la qualité et la cohérence de l'information produite en HAD au regard des séjours observés en amont et/ou en aval (MCO ou SSR).
- Le comité approuve les grandes lignes de ce programme de travail et admet que ces travaux exploratoires nécessitent des analyses longues, qui ne peuvent être menées de front avec tous les travaux souhaités sur la classification HAD existante (étude sur les soins palliatifs, comparaisons MCO/HAD, étude des soins de nursing lourds en association, étude de la transfusion sanguine, les autres traitements, ...).
- Le **CNIM** et la **Fnehad** rappellent qu'il est important cependant de coupler les travaux exploratoires importants de description/classification des activités de l'HAD aux travaux de description/construction des coûts (ENC) car l'enjeu de ces travaux de l'ATIH est bien l'élaboration à moyen terme, et sur une base médico-économique, d'un nouveau modèle tarifaire adapté. Pour la Fnehad, ce nouveau modèle basé sur une classification médico-

¹ Par exemple si l'établissement ex-OQN a créé une facturation intermédiaire qu'il a ensuite annulée ; si son application informatique intègre PAPRICA, la numérotation des sous-séquences n'étant plus régulière, celle-ci va supprimer des lignes dont la numérotation des sous-séquences n'est pas régulière (et elles ne feront pas partie de l'activité de l'établissement sur é-PMSI).

économique des séjours ne devrait plus utiliser ni la dépendance au sens de l'IK, ni la dégressivité « aveugle » de la longueur de la séquence (celle-ci est actuellement la même, quel que soit le type de malade, le type de MP). Pour les raccourcir, il pourrait être utile, selon elle, de se focaliser sur les données ciblées fournies par la vingtaine d'ES de l'ENC.

- L'ATIH précise que ces travaux exploratoires de description des patients et de l'activité doivent être distingués du débat coût/tarif qui sort du cadre du comité technique activité
- La **Fehap** est favorable à ces travaux exploratoires qui lui paraissent complexes ; elle appuie particulièrement l'initiative de l'ATIH de s'intéresser aux séjours frontières de l'HAD avec le champ médico-social (personnes âgées dépendantes où la grille AGGIR fait référence pour classer la dépendance et les groupes de patients ; service de soins infirmiers à domicile SSIAD). Elle suggère aussi à l'ATIH de s'intéresser aux activités plus ou moins emblématiques de l'HAD (soins palliatifs, chimiothérapies, soins de nursing lourds ...) ce qui permettrait à l'HAD mise en concurrence avec d'autres opérateurs, de mieux définir les spécificités de l'intervention HAD.
- La **Fhp** est favorable à ces travaux dont elle reconnaît l'utilité (plutôt que ceux qui se baseraient sur un nouveau recueil, plus descriptif et plus complet mais plus difficile à organiser sur le terrain). Elle souhaite que ces travaux complexes n'aboutissent pas à une nouvelle classification « compliquée ».
- La **Ffclcc** est favorable à ces travaux dont elle attend vivement les résultats, en souhaitant qu'ils permettent, une revalorisation de certaines activités HAD et l'amélioration du modèle actuel.
- Pour **toutes les fédérations**, au vu des grandes difficultés actuelles pour le recueil des actes CCAM, l'enrichissement du recueil (ex. actes des intervenants à domicile via le CSARR, charge en soins via les SIIPS) n'est envisageable que sur une base limitée et volontaire (type ENC). L'ATIH signale toutefois que toutes les activités ne sont pas représentées dans l'ENC, que les effectifs ne sont pas toujours importants et que la qualité de la première base ENC est perfectible.
- **Tous les participants** admettent que ces travaux exploratoires décrits par l'ATIH seront facilités par une *définition précise du périmètre de l'HAD* et son positionnement dans l'offre de soins contenu dans un texte de loi. A ce propos, la **DGOS** précise que les travaux « d'enrichissement de la base » envisagés par l'ATIH devraient permettre de mieux décrire l'HAD dans ce qu'elle fait mais aussi dans ce qu'elle ne fait pas ... et que, pour autant, elle devrait faire. Cet état des lieux permettrait de mieux définir le périmètre de l'HAD et aussi d'illustrer en quoi le modèle actuel doit être amélioré. Le périmètre de l'HAD relevant des prérogatives de la DGOS, celle-ci informe le comité qu'un COPIL HAD sera organisé en Juillet 2012.

3- Mesure de la dépendance : quelques expériences étrangères

- La présentation de l'ATIH est suivie d'une discussion faisant apparaître le diagnostic partagé sur l'état des lieux :
 - relatif aux outils actuels de mesure de la dépendance recueillis dans le PMSI HAD :
 - ✓ outil règlementaires : IK, AVQ largement inadaptés aux contextes et aux populations concernées,
 - ✓ modalités de recueil concrètes (insuffisance de personnel pour le faire, non formation, variabilité des cotations),

- relatif aux outil(s) de mesure à intégrer dans le recueil futur : quelle dépendance, quels outils valides, acceptables et consensuels ? Le choix d'une/de plusieurs échelle(s) de dépendance, l'état des lieux (revue exhaustive de la littérature) proposé par l'ATIH est admis par tous comme une priorité (calendrier fin 2012) a fortiori dans l'optique d'une harmonisation inter-champs des échelles utilisées (HAD, SSR, PSY).

4- Points divers

- Pas de point divers.

5- Prochaine réunion du comité technique HAD

Date : mercredi 26 septembre 2012 de 10H à 13H à l'ATIH (Paris).