

COMITE TECHNIQUE HAD SEANCE PLENIERE Compte-rendu de réunion

Date : 14 novembre 2013

Heure : 10h-13h

Lieu : ATIH Paris

Participants

- FNEHAD B. Lapierre
- FNLCC B. Le Vu
- FHP MC. Viez
- FEHAP S. Benabdallah
- DGOS I. Prade, F. Megas
- DREES MH. Valdelievre
- CNAMTS A. Fouard
- ATIH J. Dubois, A. Buronfosse, E. Ekong, V. Pisetta, M. Bernard

Absents

- E. Ginesy (FNEHAD)
- E. Dubost (FEHAP)
- F. Gomez (FNLCC)
- F. Lapierre (FHF)
- E. Hornus (CNIM)
- E. Richard (CNAMTS)
- ML Issanchou (DSS)

L'ordre du jour de la réunion a porté sur les points suivants :

- Evolutions mises en œuvre en 2014
 - Guide méthodologique
 - Outil de validation des données établissements de santé (OVALIDE)
- Eléments de prospective
 - Statistiques exploratoires : synthèse des travaux présentés en sous-groupe technique
 - Autres points
- Interventions des établissements d'HAD dans les établissements sociaux ou médico-sociaux : suivi des conventions

1. EVOLUTIONS MISES EN ŒUVRE EN 2014 – GUIDE METHODOLOGIQUE

Il est rappelé en introduction que le guide méthodologique sera soumis pour relecture aux membres du comité technique avant que d'être publié sur le site de l'ATIH dans sa version intermédiaire. Sa publication au BO interviendra début 2014.

1.1 Modalités de recueil des diagnostics

La démarche initiée en 2013 de médicalisation du recueil d'information PMSI HAD est poursuivie en 2014. Le mode de recueil n°1 des diagnostics est abandonné au profit du mode de recueil n°2 qui devient obligatoire.

A compter du 1^{er} mars 2014, il conviendra donc de coder les diagnostics suivants :

- un **diagnostic principal** (affection qui mobilise l'essentiel des soins) ; il est rappelé que **la saisie de cette donnée est obligatoire** ;
- le/les **diagnostic(s) correspondant au mode de prise en charge principal (DCMPP)** ; il s'agit du ou des diagnostic(s) qui justifie(nt) ce mode de prise en charge ; il sera possible de coder jusqu'à 9 DCMPP. La nécessité de rendre obligatoire la saisie d'au moins 1 DCMPP est discuté en séance. Il apparaît délicat d'adopter cette règle en 2014. Il est convenu que cette année 2014 soit mise à profit pour préciser les notions de diagnostic principal et de DCMPP et pour structurer, sur cette base, des consignes de codage plus détaillées. A partir du 1^{er} mars 2014, l'absence de DCMPP donnera toutefois lieu à une alerte non bloquante de la fonction groupage. **La saisie d'au moins un DCMPP sera rendue obligatoire en 2015.**
- le/les **diagnostic(s) correspondant au mode de prise en charge associé (DCMPA)** ; il s'agit du ou des diagnostic(s) qui justifie(nt) ce mode de prises en charge ; **lorsqu'un mode de prise en charge associé est déclaré, la saisie d'au moins un DCMPA sera obligatoire en 2014** ; l'absence d'un DCMPA alors qu'un MPA est décrit sur la séquence donnera lieu à une erreur bloquante de la fonction groupage HAD ; il est possible de coder jusqu'à 9 DCMPA ;
- le/les **autres diagnostics associés** ; il s'agit des autres affections, problèmes de santé et autres facteurs (sociaux, familiaux...) pris en charge par l'équipe d'HAD mais qui ne sont pas directement liés aux modes de prise en charge principal et associé déclarés.

1.2 Mode de prise en charge n°20 « Retour précoce à domicile après accouchement »

Ce mode de prise en charge est maintenu en 2014.

1.3 Provenance d'une structure d'accueil des urgences

La proposition de caractérisation des situations d'admission en HAD depuis une structure d'accueil des urgences n'est pas retenue.

1.4 Evolutions OMS de la CIM-10

L'impact de ces évolutions pour l'HAD sont notamment les suivantes :

- Adaptation nécessaire des consignes de codage développées dans l'appendice H du guide méthodologique et portant sur « l'insuffisance respiratoire » et « la résistance des agents infectieux »
- Caractérisation, par l'OMS, de codes d'usage urgent susceptibles d'être « rendus opérationnels » dans l'hypothèse où de nouveaux problèmes de santé surviendraient et nécessiteraient d'être identifiés et suivis de manière urgente dans les systèmes d'information. L'OMS a ainsi défini 20 codes d'attente dans les catégories U06 et U07. Ces catégories et sous-catégories doivent être disponibles dans tous les systèmes électroniques à tout moment et utilisées, sans délai, selon les instructions de l'OMS. Ces vingt nouveaux codes sont donc intégrés dans la liste des codes utilisables dans les recueils PMSI. Cependant, en l'absence de consignes spécifiques données par l'OMS, leur utilisation est proscrite et conduit à un groupage en erreur.

1.5 Evolutions de la CIM-10 apportées par l'ATIH

L'impact de ces évolutions pour l'HAD est très limité.

Un point d'interrogation est discuté en séance. Il concerne les travaux menés actuellement par la DGOS avec les fédérations du champ MCO sur le volet de la MIG « précarité ». Un des objectifs poursuivis est l'identification d'une liste de codes CIM-10 et la création d'extensions nationales qui permettraient de caractériser les situations de précarité.

Si une telle liste devait être validée dans le champ du MCO, elle serait susceptible d'être adoptée de façon transversale sur l'ensemble des champs, dont celui de l'HAD. Les suites qui seront données à ce sujet dépendent donc des orientations qui seront prises dans le cadre de ces travaux.

2. EVOLUTIONS MISES EN ŒUVRE EN 2014 – OVALIDE

Un outil de validation des données des établissements de santé va être mis en place sur la plateforme ePMSI à partir de M1 2014 (outil mis en place pour le MCO dès M3 2013).

Il s'agit d'une harmonisation et d'une rationalisation des nombreuses informations mises à disposition des établissements et des ARS sur la plateforme ePMSI (aspect « qualité » isolé de l'aspect « valorisation ») qui permettra notamment de faciliter les échanges ATIH/ARS/établissements.

OVALIDE sera composé de 3 parties, reprenant l'ensemble de l'existant disponible actuellement dans les tableaux MAT2A, les tests du module n°1 de DATIM « amélioration de la qualité » et les tests de non-conformité :

- Partie Description (à partir des tableaux MAT2A) : description de l'activité de l'établissement
- Partie Qualité (à partir des tableaux MAT2A, des tests qualité DATIM, des tests de non-conformité) : organisation thématique des informations touchant à la qualité des données (modes de prise en charge, diagnostics, actes, modes d'entrée/sortie...)
- Partie Valorisation (à partir des tableaux MAT2A) : valorisation de l'activité de l'établissement

Des scores globaux et par thème seront définis pour les parties Qualité et Valorisation, pour donner des éléments objectifs aux établissements et aux ARS lors des validations et orienter les vérifications/corrections.

Un nouveau guide de lecture sera publié, détaillant les modes de calcul, les scores et le type de vérification attendu (avec les références aux numéros des tableaux et tests 2013).

Le module n°2 des tests DATIM sur les repérages d'atypie (tests liés aux contrôles T2A) demeure en l'état.

Une notice explicative sera accessible sur le site de l'ATIH pour annoncer la mise en ligne de l'outil.

3. ELEMENTS DE PROSPECTIVE – STATISTIQUES EXPLORATOIRES

Il est rappelé, en introduction, que les travaux statistiques considérés ont pour objectif d'enrichir la lecture de la description médicale des patients et des prises en charge en HAD en vue de construire une classification médico-économique pour ce champ d'activité. Ils s'inscrivent dans le cadre du programme de travail 2012-2014 de l'agence qui a été présenté au comité technique en juin 2012.

La méthode exploratoire retenue a consisté à regrouper les données de l'HAD à l'aide des groupements médico-économiques utilisés en MCO et en SSR. Les classifications médico-sociales de type RUG ou AGIRR devront également être explorées.

3.1 Données HAD 2012 – fonctions groupage MCO et SSR

Les premiers résultats, portant sur les données d'activité 2011, ont été conduits en mars et avril 2013 et présentés à l'occasion du précédent comité technique HAD. Depuis, l'analyse a été étendue aux données d'activité de l'année 2012 et d'autres axes analytiques ont été développés. Ces résultats ont été présentés en détail et discutés avec les membres du groupe « travaux classificatoires exploratoires » le 4 novembre dernier. Sur cette base, les points saillants de la méthodologie déployée, des résultats et des points de discussion mis en exergue par les experts sont exposés en séance. Ces éléments sont développés dans le diaporama joint à ce compte-rendu. Une synthèse en est faite ci-dessous.

Les données HAD ont été groupées selon l'algorithme MCO ; sur la base de ces traitements, quatre CMD représentaient 65% des séjours :

- CMD 23 « Autres motifs de recours aux services de santé » ; principalement constituée des soins palliatifs (90% de la CMD)
- CMD 14 « Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum »
- CMD 17 « Affections myéloprolifératives et tumeurs de sièges imprécis ou diffus »
- CMD 09 « Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins »

Les données HAD ont été groupées selon l'algorithme SSR ; sur la base de ces traitements, deux CM représentaient 60% des séjours :

- CM 90 « Erreurs et recueils inclassables » ; principalement constituée des séjours relatifs aux accouchements et post-partum, prises en charge inexistantes en SSR
- CM 23 « Autres motifs de recours aux services de santé » ; principalement constituée des soins palliatifs et des affections tumorales (séjours classés en CMD 17 dans l'algorithme de groupage MCO)

Ces résultats ont permis de formuler quelques premiers constats :

- Pour les soins palliatifs, les fonctions groupage MCO et SSR n'ont aucune plus-value par rapport au groupage HAD ; pour aller au-delà, il conviendra donc d'envisager des traitements exploratoires complémentaires ;
- L'algorithme de groupage SSR appliqué aux données de l'HAD génère un nombre important d'erreurs liées notamment au suivi des grossesses et du post-partum.

Sur cette base, des travaux statistiques exploratoires complémentaires ont été menés, assis sur le résultat du groupage MCO. L'objectif était d'objectiver la plus-value potentielle de ce groupage en matière de caractérisation médicale des prises en charge HAD. L'analyse a été ciblée sur les séjours groupés en CMD 17 et 09 (gros volume d'activité, variabilité constatée de la durée des prises en charge).

Ces travaux ont nécessité la mise en œuvre d'une approche méthodologique particulière du fait de certaines caractéristiques des données considérées. L'analyse des données recueillies en HAD a en effet mis en évidence une relative volatilité (variance) du codage des modes de prises en charge, et, à l'inverse, une très forte stabilité du diagnostic principal (DP). Ainsi, pour les séjours comportant plusieurs séquences (25% des séjours), la probabilité de changement du mode de prise en charge d'une séquence à l'autre est importante, pour le MP principal (25%) et plus encore pour le MP associé (56%). En revanche, le DP change dans moins de 3% des cas. La forte volatilité des MP (principaux et associés) pose le problème de leur représentation statistique. Pour pallier cet écueil, l'information relative aux MPP et aux MPA a été représentée sous forme « vectorielle » en calculant pour chaque séjour la durée relative de chaque MP (principal ou associé). Chaque séjour est ainsi caractérisé par un vecteur de 28 valeurs (une valeur pour chaque mode de prise en charge référencé dans le guide méthodologique) dont chaque composante correspond à la quote-part de temps consacré au mode de prise en charge considéré au regard de la durée du séjour étudié. La diapositive 47 de la présentation jointe à ce CR illustre cette approche au travers d'un exemple fictif. Le vecteur ainsi constitué est dénommé « profil de prise en charge ».

Le résultat des traitements réalisés est présenté en séance en distinguant les séjours « mono prise en charge¹ » et « multi prise en charge² ».

Pour les **séjours classés en CMD 09**, l'analyse conjointe des diagnostics et des profils de prise en charge a permis de faire émerger 8 groupes types (dont 1 groupe « autre ») :

- Les ulcères cutanés (GHM 09M06) mono-PC (MP09 – Pansements complexes) → 19% des séjours
- Les ulcères cutanés multi-PC :
 - MP09 + MP14 (Soins de nursing lourds) → 12% des séjours
 - MP09 + MP07 (Prise en charge de la douleur) → 7% des séjours
 - MP09 + MP13 (Surveillance Post-chimio) → 4,5% des séjours
- Les tumeurs malignes des seins (GHM 09M10) mono-PC :
 - MP05 (Chimiothérapie) → 15% des séjours
 - MP10 (Post-traitement chirurgical) → 5,5% des séjours
- Les tumeurs malignes des seins (GHM 09M10) multi-PC → 5,8% des séjours
- Autres → 29% des séjours

Pour les **séjours classés en CMD 17**, l'analyse a abouti à la caractérisation de 7 groupes (dont 1 groupe « autre ») :

- Des séjours mono-PC :
 - Les surveillances post-chimiothérapiques (MP13 + GHM 17M14) → 31% des séjours
 - Les chimiothérapies (MP05) → 38% des séjours. Ces chimiothérapies correspondent principalement à des traitements de lymphomes (GHM 17M12) → 23% des séjours
- Des séjours multi-PC :
 - Séjours représentant une alternance Chimiothérapie (MP05) et Surveillance post-chimiothérapique (MP13) → 3,5%
 - Les surveillances post-chimiothérapiques en association avec :
 - MP07 (Prise en charge de la douleur) → 5%
 - MP25 (Prise en charge psycho-sociale) → 2,7%
 - MP08 (Autres traitements) → 2,1%

Les traitements statistiques réalisés font apparaître par ailleurs une tendance commune à l'ensemble des groupes identifiés : les séjours multi-PC sont fréquemment plus sévères que les séjours mono-PC (durées de séjour plus longues, survenue d'un décès ou un transfert vers une unité de soins hors HAD plus fréquent).

Ces résultats sont discutés en séance. Cette démarche analytique semble intéressante aux membres du comité technique. Il conviendra toutefois pour les analyses à venir de prendre en compte d'autres facteurs :

- L'HAD a la particularité d'avoir un grand nombre de petites structures représentant globalement peu de séjours. Il sera nécessaire de pondérer les résultats et de les illustrer par établissement.
- Les séjours courts (< 4 jours) devront être individualisés.
- Des traitements spécifiques devront être mis en œuvre portant sur certaines populations (enfants âgés de moins de 18 ans) ou certains segments d'activité (cancérologie, soins palliatifs). Pour la cancérologie, il conviendra d'étudier l'apport potentiel de l'algorithme de l'INCA³ pour mieux caractériser ces prises en charge.

¹ Séjours ne comportant qu'un seul MP principal, et aucun MP associé.

² Autres séjours.

³ <http://www.e-cancer.fr/toutes-les-actualites/8263-algorithme-de-selection-des-hospitalisations-liees-a-la-prise-en-charge-du-cancer>

3.2 Etude de l'apport des classifications utilisées dans le champ du médico-social

L'hypothèse a été formulée que la caractérisation des prises en charge HAD réalisées au bénéfice de personnes âgées dépendantes atteintes de maladies chroniques invalidantes pourrait être éclairée par les classifications médico-économiques de type RUG. Le traitement des données de l'HAD par le grouper RUG nécessite toutefois le recueil de la dépendance fonctionnelle et instrumentale du patient évaluée à partir des échelles de mesure de type ADL et I-ADL. Ces données ne sont, en l'état, pas saisies dans le RPSS.

Pour pallier cet écueil, un recueil expérimental dans un établissement HAD volontaire a été envisagé qui consisterait à recueillir l'ADL et l'I-ADL pour les patients pris en charge, en sus de l'AVQ. La file active annuelle de cet établissement compte quelques centaines de patients.

Il était initialement envisagé que ce recueil expérimental débute en octobre 2013 et ne concerne que le seul établissement considéré. Or, l'ATIH engage actuellement des travaux exploratoires qui visent à asseoir le choix d'outils de mesure pertinents de la dépendance des patients pris en charge dans les champs du SSR, de l'HAD et de la psychiatrie. Dans ce cadre, il est prévu qu'une étude soit mise en place en juin 2014 sur la base d'un échantillon d'établissements raisonné ; cette étude consistera en un recueil expérimental de la dépendance des patients à l'aide de différents outils/échelles de mesure qui auront été présélectionnés, dans chacun des trois champs considérés.

Il est donc proposé que le recueil expérimental de l'ADL et de l'I-ADL envisagé pour instruire la réflexion menée dans le cadre de l'HAD s'inscrive plutôt dans cette démarche. Les données ainsi obtenues pourront alors faire l'objet d'analyses statistiques plus robustes.

3.3 Autres aspects

Au-delà du traitement des données de l'HAD par les fonctions groupage MCO, SSR et de la classification RUG, des travaux complémentaires devront être menés qui nécessiteront le chaînage avec les données du MCO et du SSR. La cohérence et l'exhaustivité de l'information disponible dans les bases HAD pourront ainsi être testées. Par ailleurs, l'analyse de l'activité HAD pourra être enrichie d'un volet de type « trajectoire de soins ».

4. ELEMENTS DE PROSPECTIVE – AUTRES ASPECTS

4.1 Dépendance

L'amélioration de la description de la dépendance fonctionnelle dans le recueil PMSI constitue un des axes de travail développés actuellement par l'ATIH. Il concerne les champs du SSR, de l'HAD et de la psychiatrie. Pour mener à bien ces travaux, trois groupes d'experts seront constitués, désignés par les fédérations de l'hospitalisation et le CNIM pour chacun des champs considérés. Deux premières réunions interchamps sont programmées (6 décembre et 29 janvier). Elles visent à partager, en séance plénière, un cadre méthodologique et une base bibliographique. Les groupes de travail thématiques se réuniront ensuite pour déterminer l'outil de mesure le plus pertinent pour caractériser les patients pris en charge dans chacun des champs considérés.

4.2 Entretiens/rencontres avec les professionnels de l'HAD sur site

L'ATIH indique qu'elle souhaiterait procéder à quelques entretiens avec les professionnels de l'HAD sur site pour mieux appréhender les spécificités déterminantes de cette activité. Toutefois, il s'agit, en l'état, d'une hypothèse de travail dont il convient de bien identifier les objectifs poursuivis et le cadre méthodologique. L'ATIH propose donc de formaliser plus précisément les choses avant que de solliciter l'aide des différentes fédérations de l'hospitalisation à domicile pour identifier quelques interlocuteurs qui seraient prêts à se livrer à cet exercice

5. CONVENTIONS ESHAD-ESMS

Le fichier des conventions établies entre les établissements de l'hospitalisation à domicile et les établissements sociaux et médico-sociaux au sein desquels ils interviennent a été analysé. Ces résultats sont présentés dans le diaporama joint à ce compte-rendu.

La date de la prochaine réunion du **Comité technique plénier** sera précisée ultérieurement par mail.