

# Comité Technique HAD

*14 novembre 2013*

# De nouveaux interlocuteurs au sein du service CIM-MF

- Dr Joëlle DUBOIS, chef de service
- Dr Anne BURONFOSSE, chef de service adjoint
- Alain PATRIS, chargé de mission
- Dr Eric EKONG, responsable du pôle « MCO/HAD »
- Mériem SAID, responsable du pôle « Statistiques médicales »
- Dr Axelle MENU, responsable du pôle « SSR/Psychiatrie »
- Dr Nicole MELIN, responsable du pôle « Nomenclatures »

# ORDRE DU JOUR

- **Evolutions mises en œuvre en 2014**
  - Guide méthodologique
  - OVALIDE
- **Éléments de prospective**
  - Travaux du sous-groupe technique
  - Dépendance
  - Autre
- **Points divers**
  - Conventions ESHAD-ESMS : suivi
- **Agenda**

# **EVOLUTIONS 2014**

## **Guide méthodologique**

# Evolutions 2014 - Guide méthodologique

---

## Rappel du calendrier

- CT HAD : 14 novembre 2013 (sem 46)
- Soumission du guide 2014 aux membres du CT pour relecture : sem 47
- Transmission des remarques à l'ATIH : sem 49
- Publication site ATIH version intermédiaire : sem 51
- Publication au BO : début 2014

# Evolutions 2014 - Guide méthodologique

## ○ Modalités de recueil des diagnostics

- 1 diagnostic principal
- 0-9 diagnostic(s) correspondant au MPP
- 0-9 diagnostic(s) correspondant au MPA
- 0-99 diagnostic(s) associé(s)

Tests dans la FG pour  
signaler l'absence de DP ou  
de DCM/PA/DA

## ○ **MP 20** « Retour précoce à domicile après accouchement »

- Suppression **en 2015**

## ○ **Mode d'entrée « 8 – Domicile »** → création du code provenance « 5 »

- admission en HAD directement depuis une **structure d'accueil des urgences**

# Evolutions 2014 - Guide méthodologique

## ○ Mises à jour **OMS** de la **CIM-10** (notes, créations/suppression, libellés)

- Fibrillation et flutter auriculaire
- Hémorroïdes
- Autres hernies de la paroi abdominale
- Codes d'usage urgent

○ **Insuffisance respiratoire**

○ **Résistance des agents infectieux**



Définition et codage de certains  
états morbides avec la CIM-10



**Décembre 2013**

# Evolutions 2014 - Guide méthodologique

- **Code CIM-10 : évolutions nationales** (extension de code / consignes)
  - Déchirures accidentelles des méninges
  - **Codes de précarité**
    - Travaux DGOS MIG MCO
    - Propositions soumises aux fédérations de l'hospitalisation MCO
    - Calendrier de finalisation ?
    - **Adoption de ces consignes de codage pour le champ HAD ? En 2014 ?**
  - **Consignes de codage de l'AVC**
    - Plan AVC – parcours MCO
    - Calendrier de finalisation ?
    - **Adoption de ces consignes de codage pour le champ HAD ? En 2014 ?**
- **Appendice C « Caractéristiques des GHPC » - expression plus réduite**
  - Fichier GHPC 2014.XLSX sur dite ATIH



# EVOLUTIONS 2014

## OVALIDE

- Objectifs
- Les outils existants
- Le nouvel outil : OVALIDE
- Scores
- Information / Notice
- Conclusion

# Introduction

---

○ Les contrôles de la qualité des informations sont actuellement présents dans trois outils :

○ MAT2A

○ DATIM – module 1 « Amélioration de la qualité »

○ Suivi des non-conformités



Demande de regrouper ces contrôles de qualité dans un seul et même outil (rationalisation du processus qualité)

# Objectifs

---

- Les objectifs pour OVALIDE sont :
  - Rassembler les contrôles de qualité des données existants et les appliquer sur le même périmètre :
    - MAT2A
    - DATIM
    - Suivi des non-conformités
  - Conserver les éléments de MAT2A sur :
    - la description de l'activité
    - la valorisation des séjours
    - les transmissions Lamda

- Objectifs
- Les outils existants
- Le nouvel outil : OVALIDE
- Scores
- Information / Notice
- Conclusion

# Le contrôle qualité dans la production d'informations

## ○ Niveau établissement

○ (Prise en charge du patient)

○ Recueil de l'information

○ Transmission de l'information

○ Validation

Fonction groupage  
DALIA

MAT2A  
DATIM - Qualité

## ○ Niveau ARS

○ Validation

## ○ Niveau ATIH

○ Valorisation / facturation

○ Constitution de bases de données

Non-conformités

## Outils existants

MAT2A	DATIM-Qualité	Non-conformités
Mesure de l'activité T2A	Dépistage des atypies	Ciblage des problèmes de qualité précis aux établissements
RAPSS valorisés	RAPSS à partir de mars	RAPSS transmis
Tableaux	Tests d'atypie – Tableaux	Tests de non conformités
Description de l'activité Qualité des données Valorisation	Qualité des données	Qualité des données
Information des établissements et des ARS - Validation par ARS	Information des établissements et des ARS	Information aux ARS

## Les outils existants : synthèse

- Beaucoup d'informations et de tests
- Qualité abordée dans 3 outils différents
- Outil initial parfois dévié (ex. : MAT2A qui ne traite pas que de valorisation)
- Périmètres différents : RAPSS valorisés, RAPSS transmis, périodes...
- Restitution aux ARS et aux établissements non identique (plateforme, mailing...)
- Aller-retour entre les applications sur ePmsi



- Objectifs
- Les outils existants
- Le nouvel outil : OVALIDE
- Scores
- Information / Notice
- Conclusion

## OVALIDE : principes

- Reprendre dans une nouvelle présentation :
  - les tableaux MAT2A
  - les tests DATIM sur l'amélioration de la qualité
  - les tests de non-conformité
- Proposer des scores d'aide à la validation
  - globaux
  - par grande subdivision

## **OVALIDE : destinataires**

---

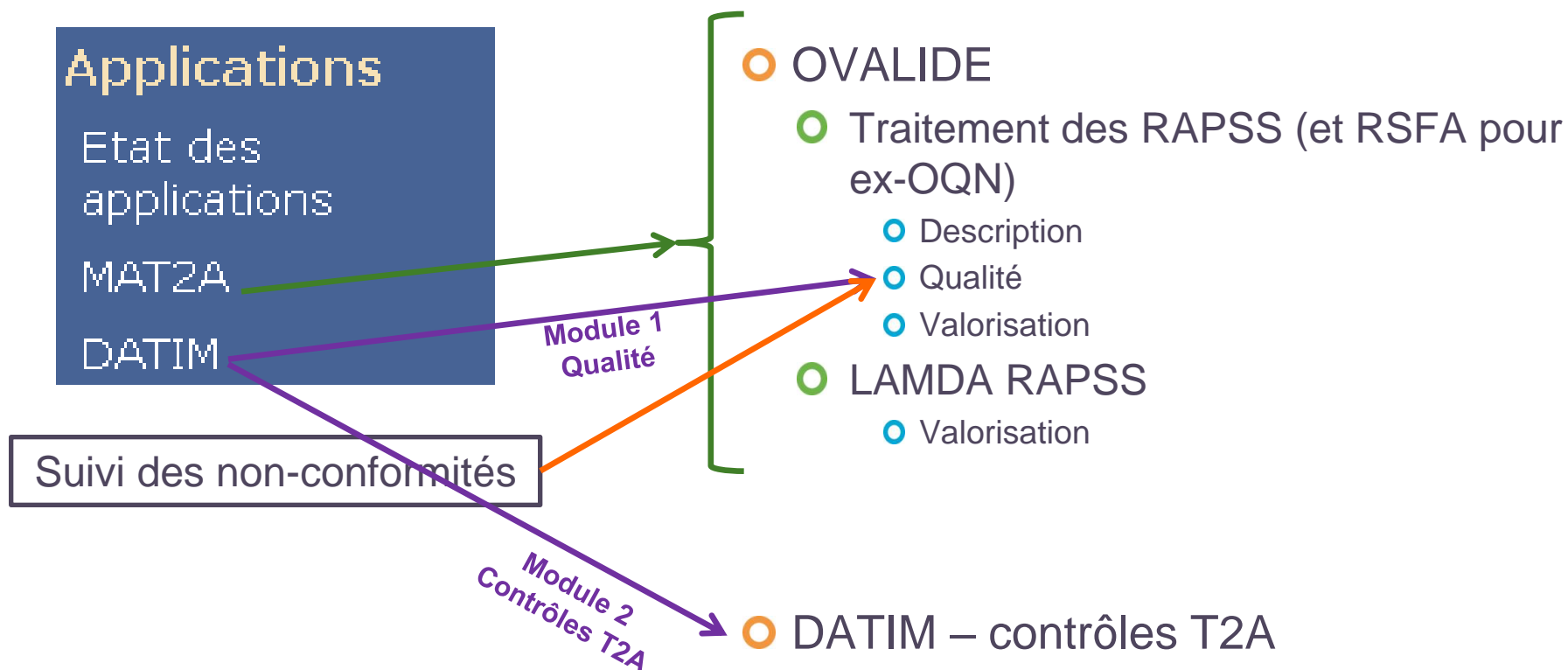
- Etablissements de santé :
  - Lors de la transmission, pour la validation
  
- Agences régionales de santé
  - Pour la validation
  
- Autres tutelles
  - Pour utilisation des données

## OVALIDE : avantages

---

- Répond à une demande d'évolution
- Rassemble en un seul outil toutes les informations existantes sur :
  - La description de l'activité
  - Les contrôles de qualité des données
  - La valorisation T2A
  - Les transmissions Lamda
- Permet de disposer de scores globaux

# Le nouvel outil : organisation



## **OVALIDE : périmètre**

- Calendrier : à partir de M3 pour le champ HAD (déjà en place depuis M3 2013 pour le MCO)
- Données = ensemble des RAPSS/factures transmis pour les divisions Description et Qualité (quelle que soit la valorisation)
- Accès inchangé : identifiants ePmsi
- Résultats pour un secteur (DGF/OQN), une période de transmission et un Finess
- Partie DATIM – repérage d'atypies (Module 2 – contrôles T2A) inchangée
- Numérotation thématique des tableaux

# OVALIDE : arborescence (exemples)

## 1 Traitement RAPSS et autres fichiers complémentaires

### 1.D Description

<b>1.D.1</b>	<b>Caractéristiques démographiques</b>		
1.D.1 CDEM	Caractéristiques démographiques	MAT2A 2	Caractéristiques démographiques des patients sur la base des séjours
<b>1.D.2</b>	<b>Activité de l'établissement</b>		
1.D.2 RTP	RAPSS transmis sur la période	MAT2A 1A	Synthèse d'activité mensuelle (sur la base des RAPSS se terminant dans le mois)
1.D.2.SYNTH	Synthèse d'activité	MAT2A 1B1	Synthèse d'activité en nombre de RAPSS
1.D.2.ESMS	Synthèse d'activité en ESMS	MAT2A 1C1	Synthèse d'activité - ES/EMS

### 1.Q Qualité

<b>1.Q.1</b>	<b>Fonction groupage</b>		
1.Q.1 EG	Synthèse des erreurs de la fonction groupage	MAT2A 1H	Synthèse des erreurs identifiées par la fonction groupage
		Datim 131	Nombre de RAPSS avec une valeur manquante ou une valeur non au format
<b>1.Q.2</b>	<b>Modes d'entrée / de sortie</b>		
1.Q.2.MEMP	Nombre de RAPSS avec incohérence entre mode d'entrée/provenance et MPP	Non conf	Nombre de RAPSS avec incohérence entre mode d'entrée/provenance et MPP
<b>1.Q.3</b>	<b>Codes géographiques</b>		
1.Q.3 CGI	Code géographique erroné ou imprécis	Datim 132	Nombre de sousséquences avec un code géographique imprécis
		Non conf	Nombre de RAPSS avec code géo erroné ou imprécis
<b>1.Q.4</b>	<b>Diagnostics</b>		
1.Q.4 DPI	Nombre de séquences avec codes imprécis en DP ou DCMPP	Datim 171	Code imprécis en DP ou DCMPP
1.Q.4 IADCMPP	Nombre de séquences avec incompatibilité entre DP / DCMPP et âge	Datim 172	Incompatibilité sexe ou âge / DP ou DCMPP

# OVALIDE : arborescence (exemples)

1.Q Qualité			
<b>1.Q.5</b>	<b>Actes</b>		
1.Q.5 SSA	Nombre de séquences avec un MP 18 "Transfusion sanguine" et aucun acte de transfusion	Datim 142	Nombre de séquences avec un MP 18 "Transfusion sanguine" et aucun acte de transfusion
<b>1.Q.6</b>	<b>Chainage</b>		
1.Q.6 CHCR	Chainage - codes retour	MAT2A 1D	Chainage: contrôle des codes retour de génération des fichiers anonymes
1.Q.6 CHSP	Synthèse de la procédure	MAT2A 1D	Synthèse contrôle des codes retour de génération des fichiers anonymes
		Datim 111	Nombre de séjours sans clé de chaînage ou générée sans numéro assuré social
		Datim 112	Nombre de séjours avec clé de chaînage générée depuis des informations non conformes ou partiellement manquantes
<b>1.Q.7</b>	<b>Séquencement</b>		
1.Q.7 SCS	RAPSS avec séquencement en erreur	MAT2A 1F	Synthèse des contrôles sur le séquencement: comptabilisation des RAPSS en erreur
<b>1.Q.8</b>	<b>Modes de prise en charge</b>		
1.Q.8 ANA	Nombre de séquences avec association MPPxMPA non autorisée	Datim 141	Nombre de séquences avec une association MPPxMPA non autorisée
1.Q.8 IAMP	Nombre de séquences avec incompatibilité MP/ âge	Datim 143	Incompatibilité sexe ou âge / MP
<b>1.Q.9</b>	<b>Indice de Karnofsky</b>		
1.Q.9 IKS	Nombre de séquences avec IK supérieur au seuil maximal défini pour MPPxMPA	Datim 151	IK supérieur au seuil maximal défini pour l'association MPPxMPA
1.Q.9 IKI	Nombre de séjours avec décès et IK incohérent	Datim 152	Nombre de séjours avec décès et IK incohérent
<b>1.Q.10</b>	<b>ESMS</b>		
1.Q.10.ESMS	Nombre de RAPSS avec incohérence sur le Finess ESMS / type domicile	Non conf	Nombre de RAPSS avec incohérence entre type domicile et Finess ESMS
1.Q.10 CONV	Bilan sur les conventions HAD-ESMS	MAT2A 1C2	Conventions HAD-ES/EMS



# OVALIDE : arborescence (exemples)

1.V Valorisation			
<b>1.V.1</b>	<b>RAPSS</b>		
1.V.1 TXR	Détermination et répartition des tx de remboursement	MAT2A 1E10/1E11	Analyse des informations permettant le calcul du taux de remboursement
1.V.1 JESMS	Analyse des journées de prise en charge ESMS	MAT2A 1C3	Analyse des journées de prise en charge ES/EMS
<b>1.V.2</b>	<b>Médicaments</b>		
1.V.2 VMED	Valorisation des Molécules onéreuses	MAT2A 12A à C	Valorisation des dépenses de molécules onéreuses
1.V.2 MATU	Analyse des médicaments avec ATU	MAT2A 16	Analyse des médicaments avec ATU
<b>1.V.3</b>	<b>AME</b>		
1.V.3 VAME	Valorisation des séjours en AME	MAT2A 13	Valorisation des séjours en AME
<b>1.V.4</b>	<b>Synthèse</b>		
1.V.4 EMM	Evolution des montants mensuel par période de transmission par type de prestation	MAT2A 14	Evolution des montants mensuels par période de transmission par type de prestation

# OVALIDE : arborescence (exemples)

## 2 Lamda RAPSS n-1

### 2.V Valorisation

2.V.1	RAPSS		
2.V.1 NBJV	Nombre de journées valorisées - Données 2013 transmises en 2014	MAT2A 31	Nombre de journées valorisées - Données 2012 transmises en 2013
2.V.1 VGHT	Casemix GHT - Données 2013 transmises en 2014	MAT2A 32	Casemix GHT - Données 2012 transmises en 2013
2.V.1 VALR	Valorisation - Données 2013 transmises en 2014	MAT2A 33	Valorisation - Données 2012 transmises en 2013
2.V.2	Médicaments		
2.V.2 VMED	Valorisation des molécules onéreuses - Données 2013 transmises en 2014	MAT2A 34	Valorisation des molécules onéreuses - Données 2012 transmises en 2013
2.V.3	AME		
2.V.3 VAME	Valorisation des AME - Données 2013 transmises en 2014	MAT2A 35	Valorisation des AME - Données 2012 transmises en 2013
2.V.4	Synthèse		
2.V.4 SRE	Synthèse des RAPSS envoyés - Données 2013 transmises en 2014	MAT2A 30	Synthèse des RAPSS envoyés - Données 2012 transmises en 2013
2.V.4 EMM	Evolution des montants mensuel par période de transmission par type de prestation - Données 2013 transmises en 2014	MAT2A 36	Evolution des montants mensuels par période de transmission par type de prestation - Données 2012 transmises en 2013

- Objectifs
- Les outils existants
- Le nouvel outil : OVALIDE
- Scores
- Information / Notice
- Conclusion

## Scores : objectifs

- Donner des éléments objectifs pour fournir une aide à la validation des transmissions (établissement et ARS)
- Disposer d'une mesure synthétique sur les différents aspects recherchés
- Permettre une évaluation (évolution)

- Scores par type de traitement et grande division
  - Traitement RAPSS et fichiers complémentaires
    - Description – pas de score
    - Qualité : % de RAPSS/séquences/séjours avec au moins 1 erreur
    - Valorisation : % d'évolution / année n-1, % de RAPSS valorisés / RAPSS transmis
  - Lamda
    - Valorisation : % d'évolution / envoi M12 de l'année n-1

## Impact sur les outils existants

- MAT2A et suivi des non-conformités : disparaissent au profit du nouvel outil OVALIDE => tableaux ventilés dans les différentes divisions
- DATIM : continue sur le module 2 « **repérage d'atypies** » pour d'éventuels contrôles externes de la T2A
- DALIA : persiste en l'état pour 2014, sera complété à terme par l'ensemble des informations de OVALIDE

- Objectifs
- Les outils existants
- Le nouvel outil : OVALIDE
- Scores
- Information / Notice
- Conclusion

## Réunion d'information des ARS

- Présentation aux représentants des ARS le 10 janvier 2013 de l'outil OVALIDE
  - Accueil favorable de la nouvelle présentation
  - Font remonter au fur et à mesure de l'année leurs questions/demandes
- Notice publiée sur le site de l'ATIH en mars 2013 => nouvelle publication pour la mise en place de OVALIDE HAD



- Objectifs
- Les outils précédents
- Le nouvel outil : OVALIDE
- Scores
- Information / Notice
- Conclusion

## Conclusion

- OVALIDE permettra de :
  - Rassembler les informations existantes dans un seul outil => aucune perte d'information entre les outils existants et le nouvel outil
  - Isoler les aspects de contrôle de qualité et les différencier des tests associés aux contrôles T2A
  - Proposer des scores, aide à la validation des données
  - Simplifier les échanges entre ATIH et ARS ainsi qu'entre ARS et établissements de santé

## ELEMENTS DE PROSPECTIVE

# Programme de travail 2012-2014

---

## Travaux exploratoires pour

- améliorer la **description médicalisée** de l'activité HAD
- en vue de (re)construire une **classification médico-économique**

1. Choisir une/des **échelles de mesure de la dépendance** des patients
2. Enrichir la lecture de la **description médicale** des patients et des prises en charge en HAD
3. Analyser la **cohérence de l'information** disponible dans la base HAD
  - Chaînage avec MCO et SSR (amont et/ou aval)
  - Trajectoire des soins

## **ELEMENTS DE PROSPECTIVE**

### **1 - Travaux du sous-groupe technique**

Réunion du 4 novembre 2013

# Programme de travail 2012-2014

**Enrichir la lecture de la description médicale des patients  
et des prises en charge en HAD**

## ○ METHODE : Application aux données HAD des groupements médico-économiques

○ MCO → mars 2013

○ SSR → avril 2013

○ du secteur médico-social : RUG

○ Préalable = codage ADL et I-ADL

○ Recueil expérimental dans un échantillon volontaire



Travaux statistiques  
complémentaires



Perspective des travaux  
sur la dépendance

## TRAVAUX STATISTIQUES COMPLÉMENTAIRES

### 1 - Données de cadrage

# Base nationale HAD 2011-2012

## Données de cadrage

	2011	2012	2011+2012
Nb journées	3.860.161	4.145.011	8.005.172
Nb séquences	249.110	257.904	507.014
Nb séjours	159.161	166.836	325.997

Séjours	2011	2012	2011+2012
1 seq.	123.399 (77,5%)	127.025 (76,1%)	250.424 (76,8%)
2 seq.	19.144 (12%)	22.013 (13,2%)	41.157 (12,6%)
3 seq.	7.916 (5%)	8.852 (5,3%)	16.768 (5,1%)
4 seq.	3.248 (2%)	3.562 (2,1%)	6.810 (2,1%)
5seq.	1.657 (1%)	1.827 (1,1%)	3.484 (1,1%)
>5seq.	3.797 (2,4%)	3.557 (2,1%)	7.354 (2,3%)



**3/4 des séjours sont mono-séquence  
1/4 multi-séquences**



# Base nationale HAD 2011-2012

## Données de cadrage

Séjours	2011	2012	2011+2012
1 seq.	123.399 (77,5%)	127.025 (76,1%)	250.424 (76,8%)
2 seq.	19.144 (12%)	22.013 (13,2%)	41.157 (12,6%)
3 seq.	7.916 (5%)	8.852 (5,3%)	16.768 (5,1%)
4 seq.	3.248 (2%)	3.562 (2,1%)	6.810 (2,1%)
5seq.	1.657 (1%)	1.827 (1,1%)	3.484 (1,1%)
>5seq.	3.797 (2,4%)	3.557 (2,1%)	7.354 (2,3%)

25% des  
séjours

*Interprétation : en moyenne, lors du passage d'une séquence à une autre d'un même séjour, on observe un changement de MPP dans 23,4% des cas, du MPA dans 55,7%.*

Changement d'une seq. à l'autre	
<b>MPP</b>	23%
<b>MPA</b>	56%
<b>IK</b>	47%
<b>DP</b>	3%

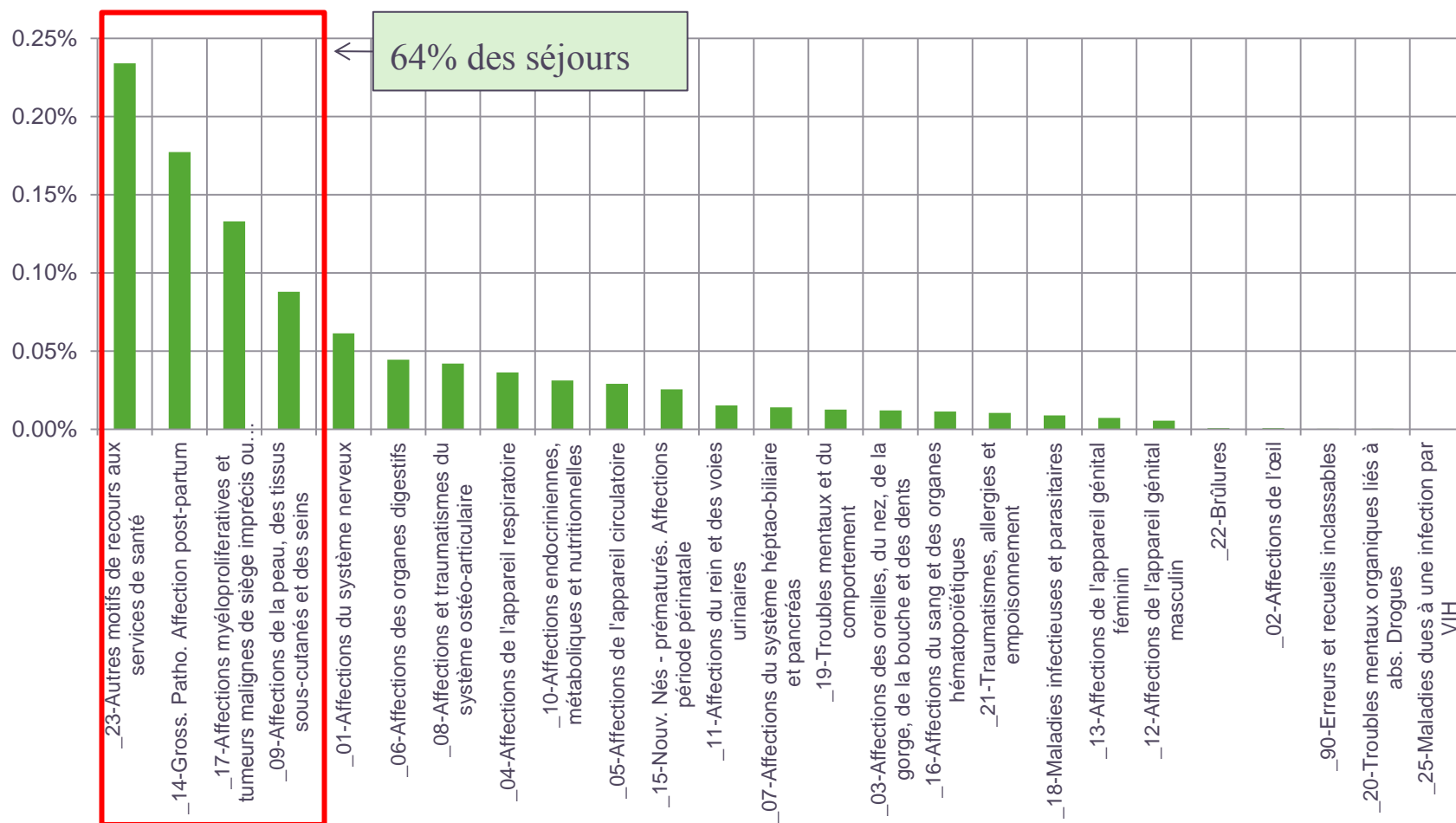


**MP + IK très variables // DP très stable**

# Base nationale HAD 2011-2012

## Groupage MCO

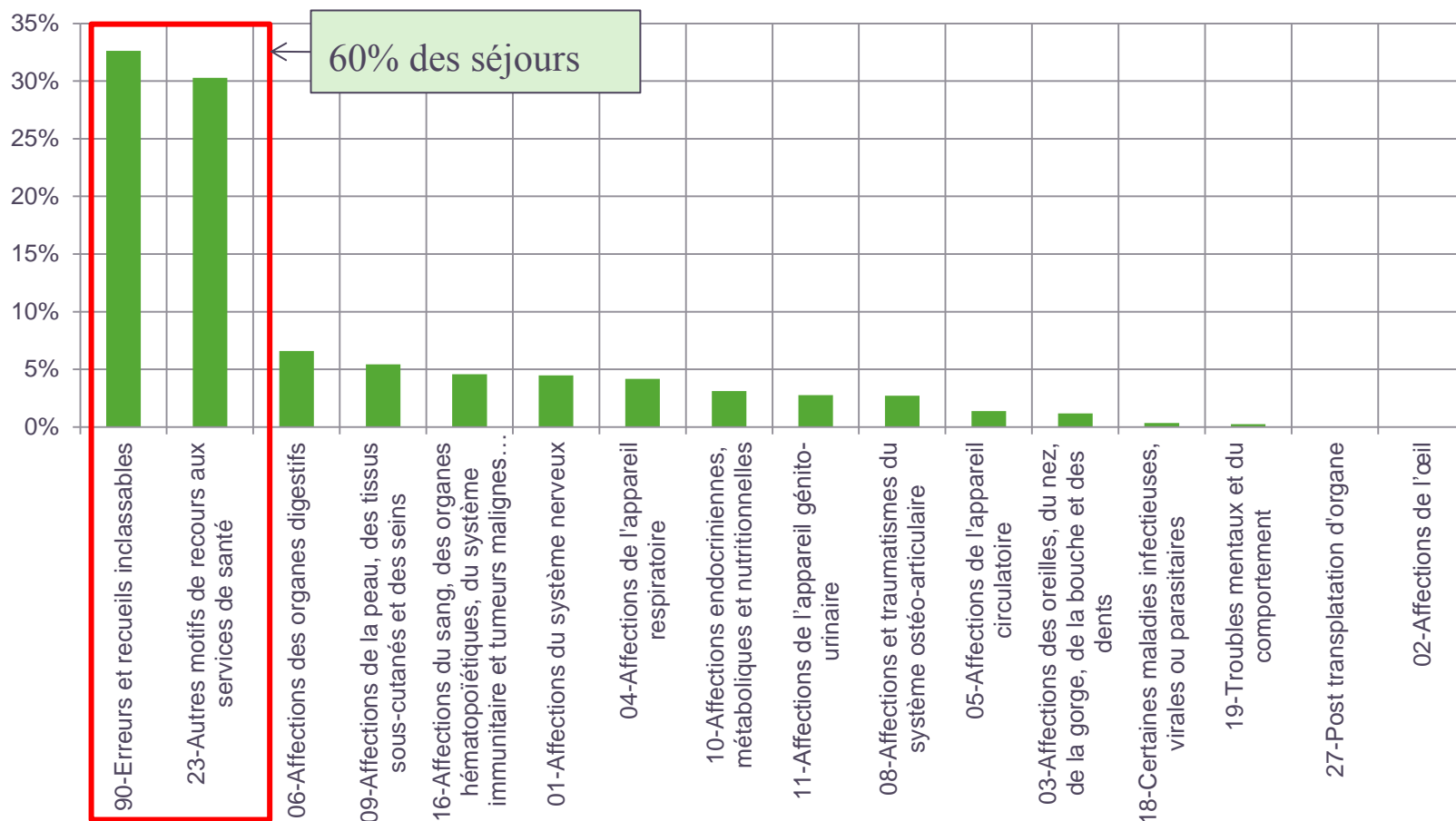
### Répartition des séjours par CMD



# Base nationale HAD 2011-2012

## Groupage SSR

### Répartition des séjours par CM



## TRAVAUX STATISTIQUES COMPLÉMENTAIRES

# 2 – Analyses spécifiques METHODOLOGIE

# Schéma général d'analyse

## 1. Deux CMD analysées – Une présentée

- **CMD 09** « affections de la peau, des tissus sous-cutané et des seins »
- **CMD 17** « affections myéloprolifératives et tumeurs malignes de sièges imprécis ou diffus »

## 2. Focus sur diagnostics (racines de GHM) et modalités de prise en charge

- **DP très stable** = racine de GHM récupérant généralement l'information totale relative au diagnostic
- **MPP / MPA plus volatiles** = résumer efficacement cette variabilité

## 3. Caractérisation des sous-populations identifiées

- DS
- Mode de sortie
- Age
- Dépendance

# Volatilité MPP / MPA

## Quelle modélisation (1/3) ?

**Comment résumer l'information relative aux MPP et MPA ?**

### ○ **Options non retenues**

- *MPP de la première séquence*
- *MPP de la séquence la plus longue*
- *MPP cumulant le plus de journées dans le séjour*
- *MPA*

### ○ **Choix d'une représentation « vectorielle »**

- *On ne cherche plus seulement un « représentant » de la prise en charge, mais on construit un **profil de « prise en charge »***
- *Pour chaque séjour, calcul du % de journées cumulées par le MPP et le MPA*
- *Un séjour est représenté par un vecteur de %*

# Volatilité MPP / MPA

## Quelle modélisation (2/3) ?

○ **Exemple :**

		MPP	MPA	Durée
Séjour	Séquence 1	09	25	10j
	Séquence 2	09	07	20j
	Séquence 3	07	09	10j



	MP01	...	MP07	..	MP09	...	MP25	..	MP28
Séjour	0	0	0,75	0	1	0	0,25	0	0

Le MP07 couvre 75% de la durée de séjour (30 jours / 40)



**Prend en compte une plus grande partie de l'information relative à la prise en charge**



Donne une information plus fine : **MPP + MPA**

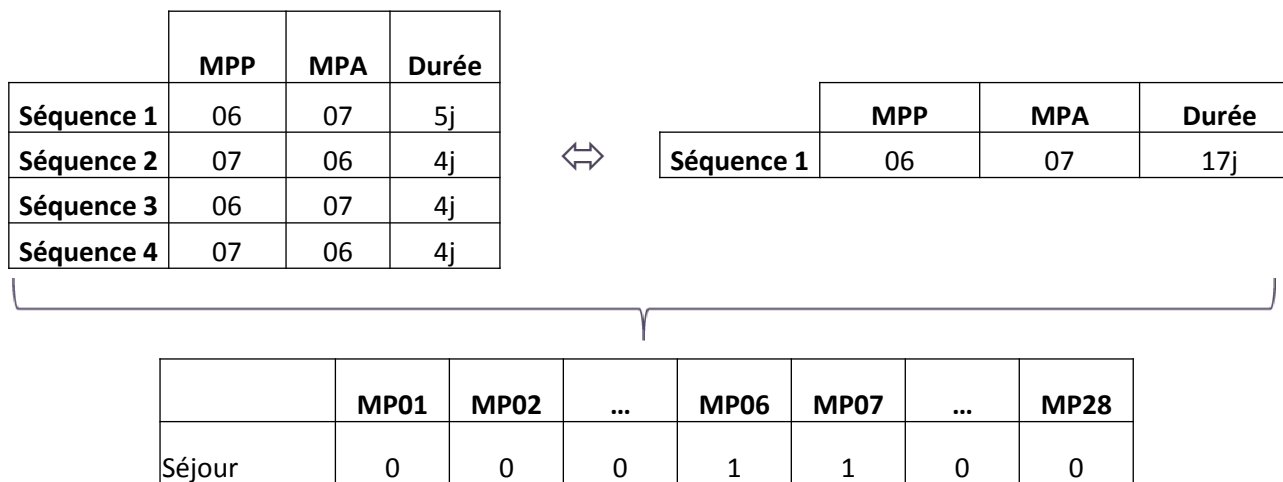


Permet une représentation robuste du « **multi-séquençage** »

# Volatilité MPP / MPA

## Quelle modélisation (3/3) ?

**Permet d'atténuer les difficultés de choix MPP/MPA**



**Deux modalités de codage – une seule représentation vectorielle**



## Modalités de caractérisation des prises en charge

### Notions de **séjours « Mono-PC »** et **« Multi-PC »**

---

- Un séjour est mono-PC si il n'a :
  - qu'un seul MPP
  - pas de MPA
- Un séjour mono-PC n'est pas nécessairement mono-séquence
  - ex : séquences changeant uniquement à cause de l'IK : sej mono-PC

## TRAVAUX STATISTIQUES COMPLÉMENTAIRES

### **3 – Analyses spécifiques RESULTATS - CMD 09**

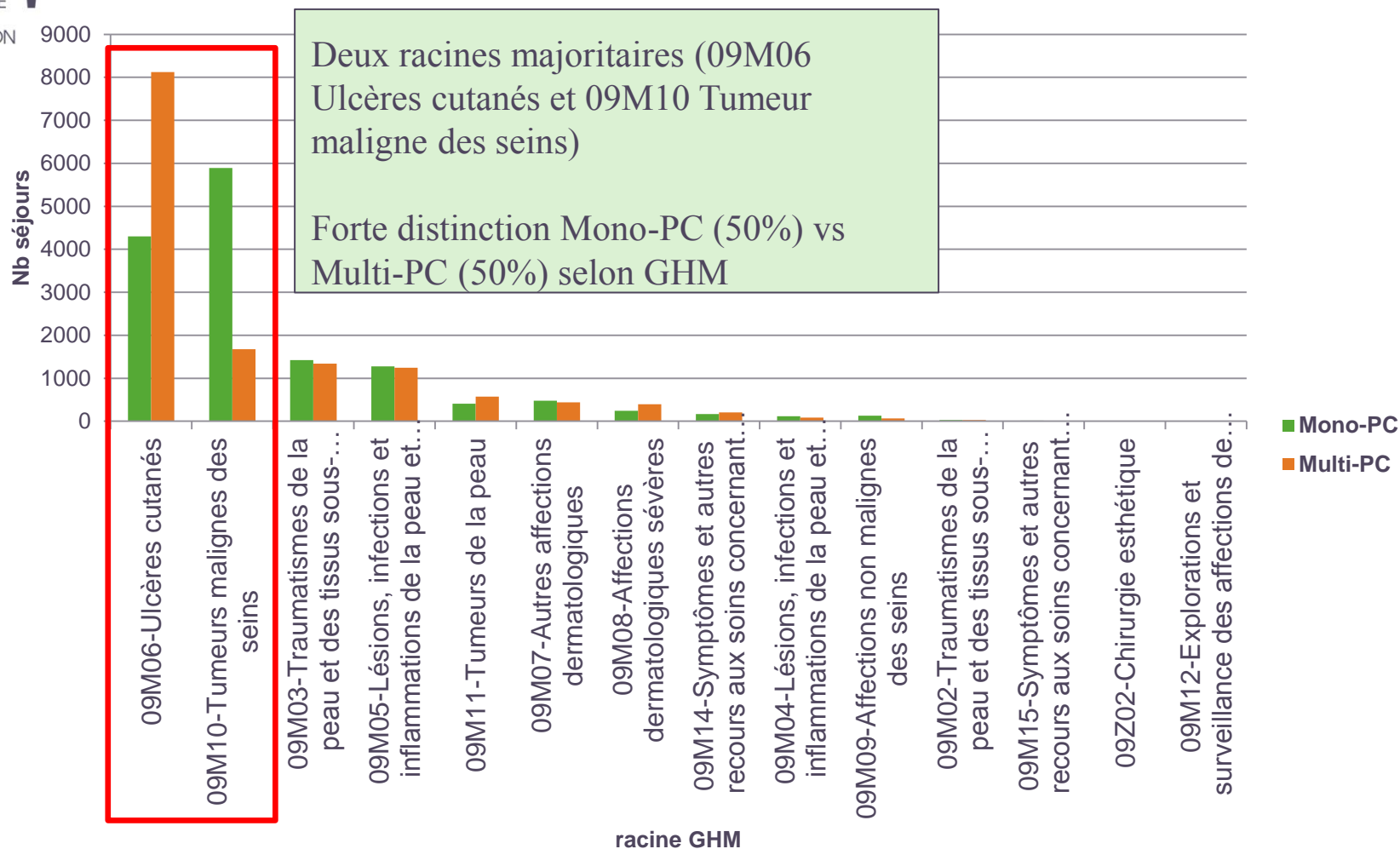
# Analyse de la CMD 09

**Multiplicité des MP semble être un marqueur de sévérité**

	Mono-PC (14 475 sej)	Multi-PC (14 164 sej)
AVQ moyen	9,1	13,8 (+)
IK moyen	60	44 (-)
<b>DMS</b>	25	49 (+)
Ecart-type DS	41	59 (+)

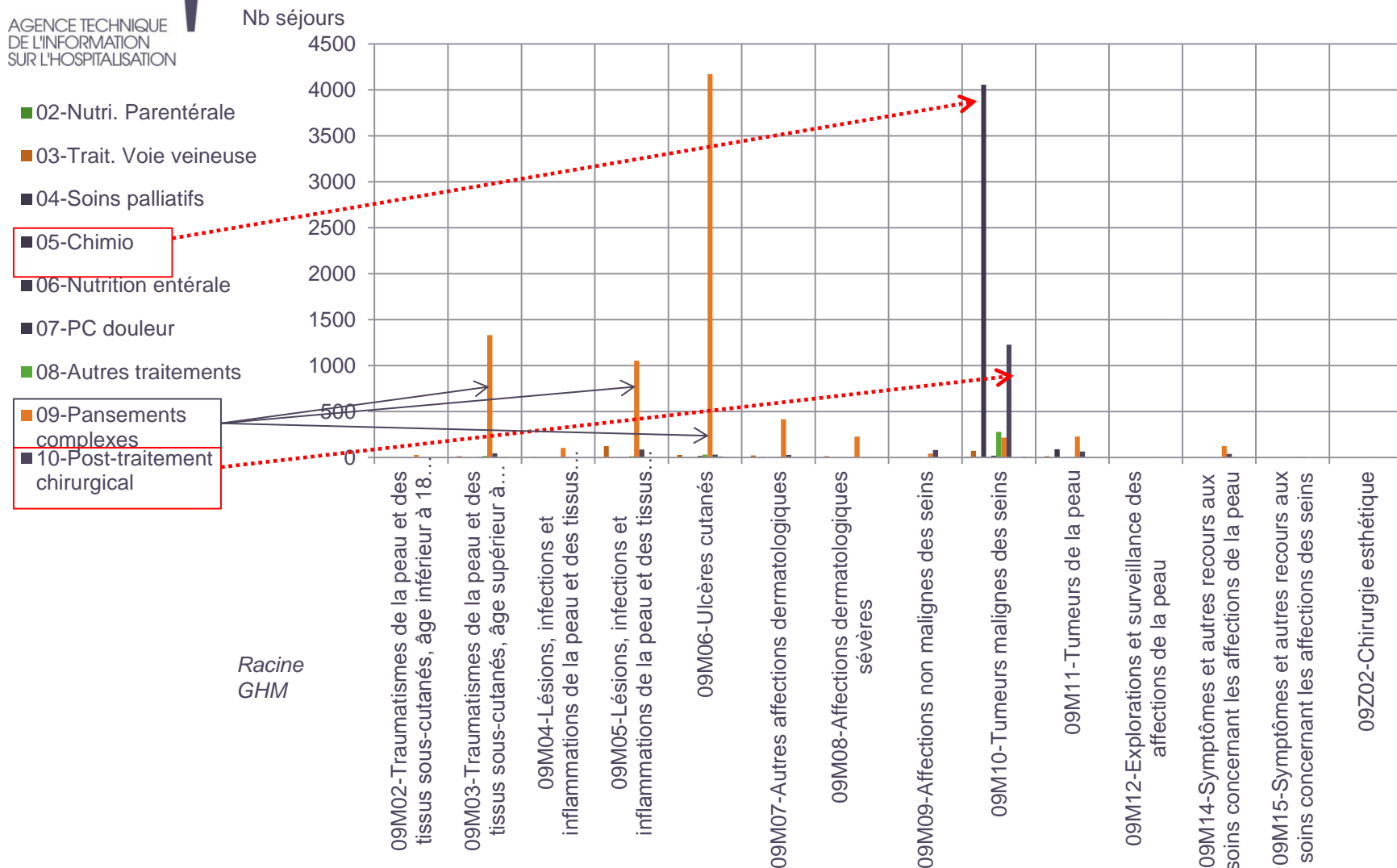
	Mode de sortie du séjour			
	Domicile	Transfert+Mutation	Décès	NR
<b>Mono-PC</b>	72,3%	17,1%	2,7%	7,9%
<b>Multi-PC</b>	34,6%	41,5%	8,1%	15,7%

# Analyse de la CMD 09



# Analyse de la CMD09

## Séjours Mono-PC



# Analyse de la CMD09

## Séjours Multi-PC

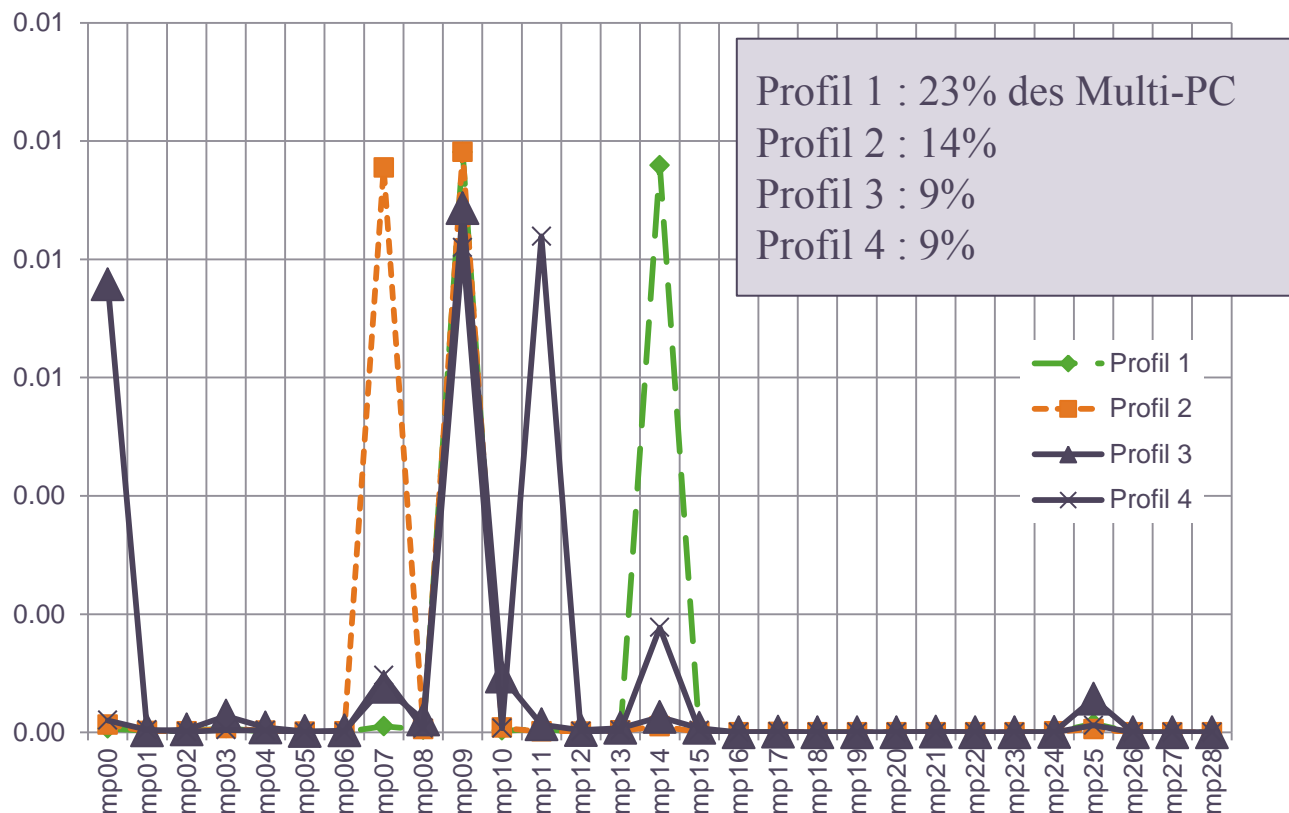
---

- *Analyse des Multi-PC est plus délicate*
- *Existe-t-il des profils types (prototypes) de prise en charge ?*
  - On recherche des « associations » fréquentes de MP
  - On cherche à regrouper les profils par similarité
  - L'analyse est effectuée par classification automatique  
(Classification Ascendante Hiérarchique)

# Analyse de la CMD09

## Séjours Multi-PC

*20 profils types de prise en charge identifiés*  
*4 très représentatifs (fréquents)*



Les 4 profils ont le MP 09  
(Pansements complexes)

**Profil 1** : MP09+MP14  
(Soins de nursing lourds)

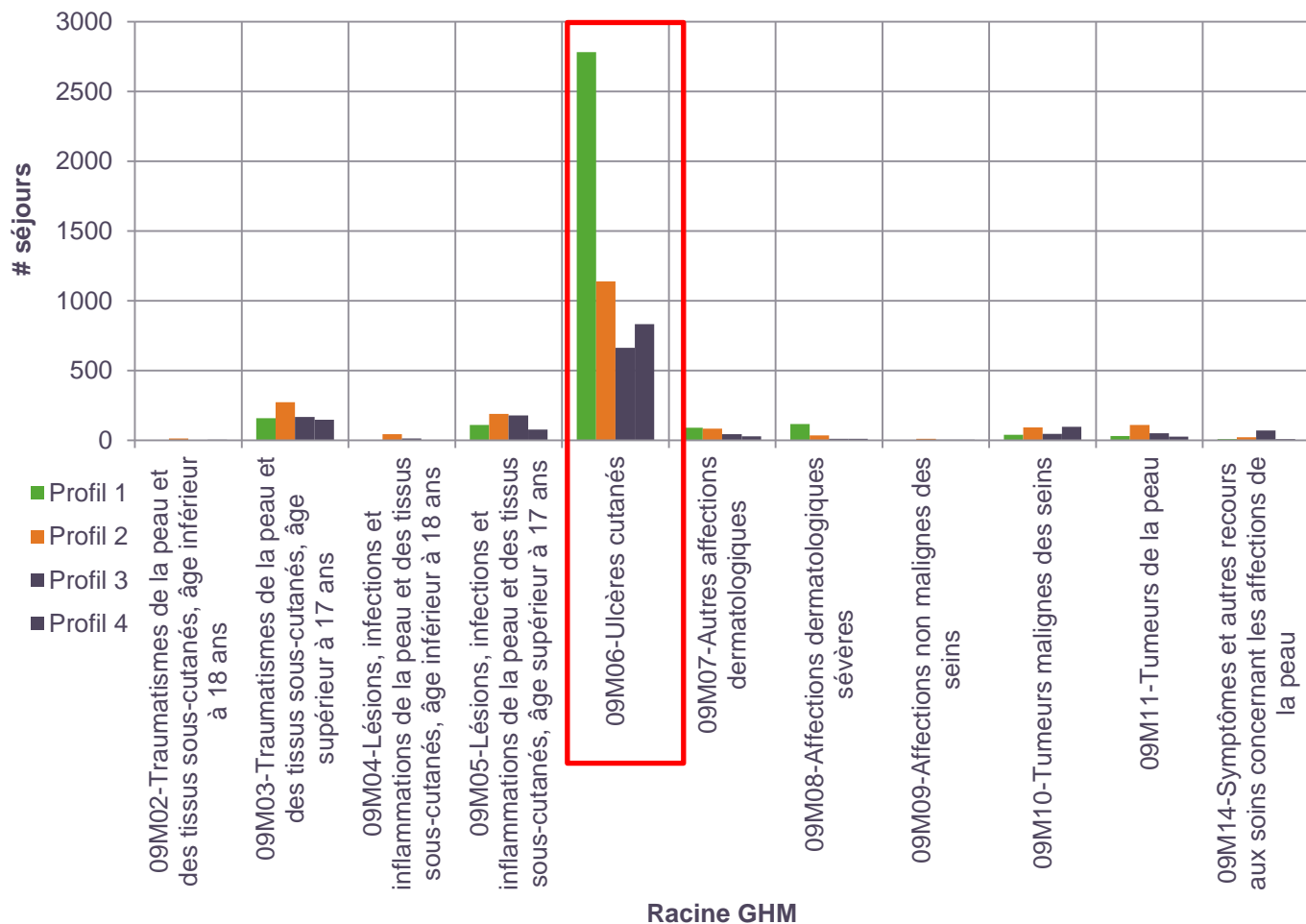
**Profil 2** : MP09+MP07  
(PC Douleur)

**Profil 3** : MP09+MP00  
(Pas de MP associé)  
-> artefact Mono/Multi

**Profil 4** : MP09+MP11  
(Rééducation orthopédique)

# Analyse de la CMD09

## Séjours Multi-PC



- Les multi-PC sont des ulcères cutanés en grande majorité.
- Prises en charge complémentaires des pansements complexes, avec en majorité :
  - Soins de nursing lourds (Profil 1)
  - Prise en charge de la douleur (Profil 2)



# Analyse de la CMD 09

## En synthèse : 7+1 groupes

### ○ 2 principales racines de GHM :

#### ○ 09M06 – Ulcères cutanés (44% de la CMD09)

- ➡ ○ Mono-PC ou presque (Mono-PC + Profil 3) (15%+4% = 19%)
- Multi-PC (MP09 + {MP14,07,11})

➡ ○ MP09+MP14 = 12%

➡ ○ MP09+MP07 = 7%

➡ ○ MP09+MP11 = 4.5%

#### ○ 09M10 – Tumeurs malignes des seins (27% de la CMD09)

- Essentiellement Mono-PC (MP05 Chimiothérapie ou MP10 Post-traitement chirurgical)

➡ ○ MP05 = 15%

➡ ○ MP 10 = 5.5%

- ➡ ○ Pas de profil type de prise en charge Multi-PC (5.8%)

### ➡ ○ Autres racines de GHM

# Analyse de la CMD 09

## En synthèse : 7+1 groupes

	09M06 (Ulcères cutanés)				09M10 (Tumeur maligne des seins)		
	Mono-PC+Profil 3 = MP09 seul	MP09+MP14	MP09+MP07	MP09+MP11	Mono-PC (MP05-Chimio)	Mono-PC (MP10 Trait. Post-chir)	Multi-PC
% CMD09	19%	12%	7%	5%	15%	6%	6%
DMS	48	52	48	41	3,2	18,2	36
AVQ	12,82	17	12,5	11,1	6,9	9	10,8
IK	49	34	48	49	70	50	52
Age	73	77	72	71	57	56	60
Domicile	44%	26%	37%	43%	99%	90%	43%
Mut.+Transf.	33%	46%	41%	28%	1%	5%	37%
Décès	8%	11%	4%	7%	0%	0%	8%
NR	15%	17%	18%	22%	0%	5%	12%

**Chimiothérapie pour tumeur maligne des seins** : séjours courts + sortie domicile

**Ulcères cutanés** : seul le MP14 (Soins de nursing lourd) semble être facteur de sévérité (dépendance ++ , peu de sortie domicile)

**Multi-PC pour tumeur maligne des seins** signif. plus sévère que mono-PC

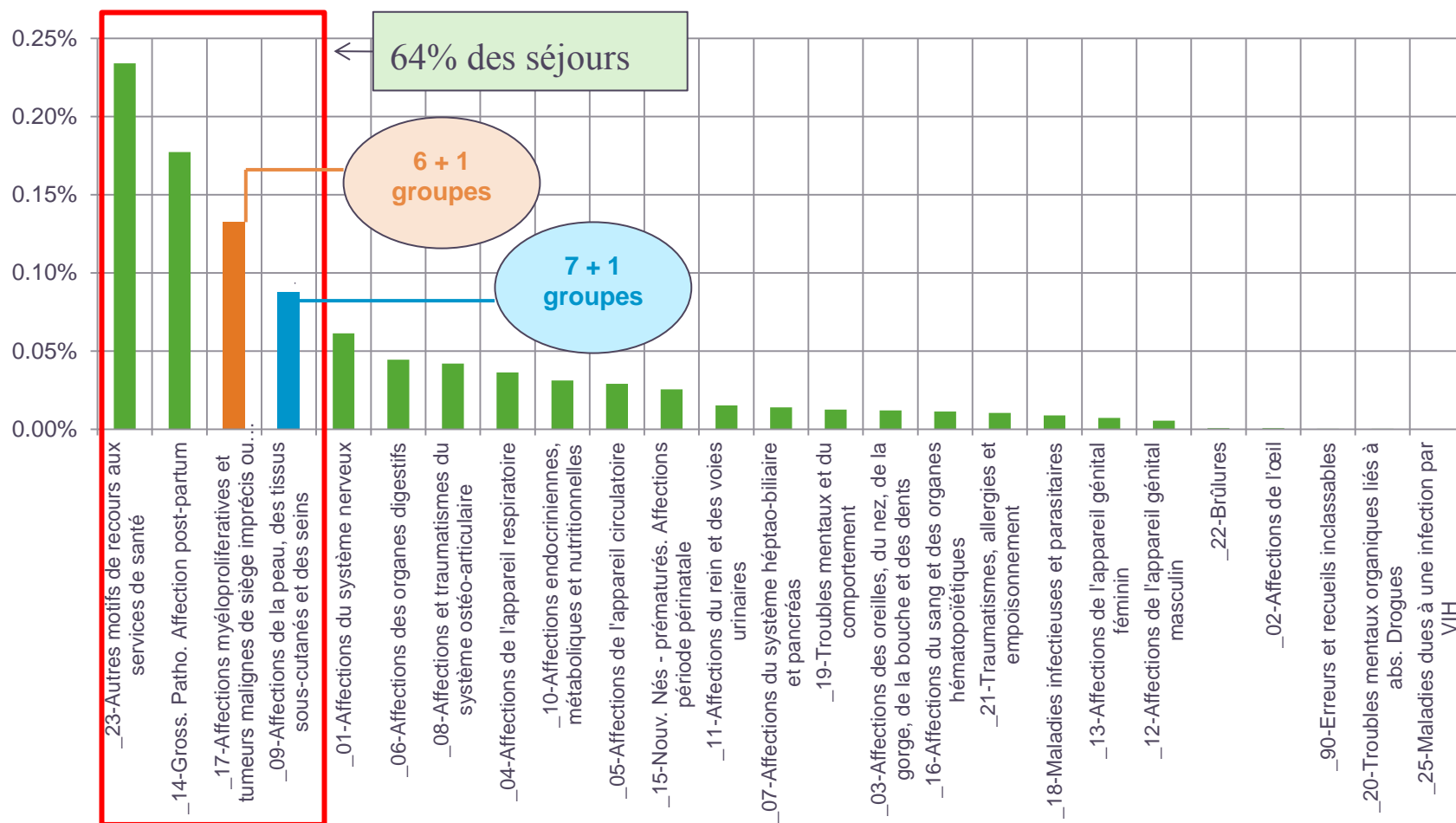
## TRAVAUX STATISTIQUES COMPLÉMENTAIRES

### **5 – Analyses spécifiques CMD 09-17 : en synthèse**

# Base nationale HAD 2011-2012

## Groupage MCO

### Répartition des séjours CMD



## TRAVAUX STATISTIQUES COMPLÉMENTAIRES

### 6 – Propositions d'autres développements

# Discussion - Perspectives

---

- Discussion
  - Résultats cohérents sur le plan médical
  - Attention aux biais
  
- Etendre l'analyse à d'autres segments
  - Cancérologie (liste diagnostics INCA)
  - Soins palliatifs
  - Obstétrique « revisitée »
  - Pédiatrie
  
- Chaînage avec hospitalisations MCO/SSR

Nécessaire  
articulation  
avec travaux  
DGOS

# Programme de travail 2012-2014

---

## Travaux exploratoires pour

- améliorer la **description médicalisée** de l'activité HAD
- en vue de (re)construire une **classification médico-économique**

1. Choisir une/des **échelles de mesure de la dépendance** des patients
2. Enrichir la lecture de la **description médicale** des patients et des prises en charge en HAD
3. Analyser la **cohérence de l'information** disponible dans la base HAD
  - Chaînage avec MCO et SSR (amont et/ou aval)
  - Trajectoire des soins

# ELEMENTS DE PROSPECTIVE

## Dépendance



## ○ OBJECTIF

- Amélioration de la description de la dépendance fonctionnelle dans le recueil PMSI

## ○ METHODE

- Trois groupes de travail (HAD, SSR, Psychiatrie)
- Experts désignés par Fédération de l'hospitalisation et CNIM
- Réunions interchamps (6 déc et 29 janvier, Paris)
  - Revue de bibliographie
  - Traitement statistique des bases de données HAD, SSR, Psychiatrie : analyse critique de la grille AVQ

## ELEMENTS DE PROSPECTIVE

### Autre

Organisation d'entretiens / de rencontres avec les professionnels de l'HAD sur site ?

## Points divers

# Conventions ESHAD-ESMS

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 (au 08/11/2013)
<b>Nombre de FINESS PMSI</b>	204	231	270	292	303	317	309
<b>% FINESS PMSI avec au moins une convention signée avec un ESMS</b>	14%	44%	59%	69%	74%	81%	84%
<b>Nombre d'associations FINESS PMSI * FINESS ESMS</b>	76	439	834	1 202	1 503	1 943	1 941

# Agenda

Réunion du sous-groupe technique : 22 janvier 2014

Prochaine réunion du CT HAD : à définir