

COMITE TECHNIQUE HAD

SEANCE PLENIERE

Compte-rendu de réunion

Date : 17 mars 2020 **Heure : 14h00-17h15** **Lieu : WebEx**

PARTICIPANTS

FNEHAD : ➤ Laure BOISSERIE-LACROIX ➤ Bruno LAPIERRE FEHAP : ➤ Naila BOUSSAID ➤ Anne LECOQ ➤ Clara LEPOUTRE FHF : ➤ Sandra GOMEZ UNICANCER : ➤ Béatrice LE VU FHP-MCO : ➤ Absent/excuse	CNIM / SOFIME : ➤ Absent/excuse DREES : ➤ Alice BERGONZONI CNAM ➤ Eric EKONG DGOS : ➤ Olivier SCEMAMA ➤ Laetitia FAVERAUX DSS : ➤ Absent/excuse	ATIH : ➤ Joëlle DUBOIS ➤ Natasha PESLIN ➤ Mériem SAID ➤ Vincent PISETTA ➤ Raphaël SCHWOB
---	--	--

Compte tenu des événements, la réunion s'est tenue en WebEx
 Un point sur le codage du COVID 19 a été ajouté en début de séance.
 L'ordre du jour de la réunion était :

1. **Point classification**
 - Point méthodologique
 - Arbre de transcoding :
 - Petite enfance
 - Soins ponctuels
 - Surveillance
 - Arbre prospectif
 - Petite enfance
 - Rééducation
 - Soins ponctuels
 - Soins complexes
 - Modèle cible (non définitif)
2. **Information médicale**
 - GT chapitre VII Agora
 - Modifications guide méthodologique
3. **Programme de travail**
4. **Points divers**

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

POINT ACTUALITES COVID 19

Les consignes de codage MCO liées à l'épidémie COVID 19 sont publiées ce jour sur le site de l'ATIH. Un document avec les consignes de codage en HAD sera envoyé ce jour aux membres du CT HAD pour relecture puis publication sur le site internet de l'agence.

1. POINT CLASSIFICATION

➤ Point méthodologique

L'ATIH fait un rappel sur la méthode de travail utilisée dans les travaux de construction de la classification médico-économique.

Il s'agit de classer chaque séjour des bases PMSI dans un groupe et un seul. Pour cela différentes informations concernant chaque séjour sont testées successivement en tenant compte le cas échéant de leur position de codage (MPP, MPA, DP, autres diagnostics, etc.) pour ensuite attribuer chaque séjour à un groupe.

Avant 2019, la Nature de séjour n'est pas codée dans les bases PMSI, l'ATIH a donc travaillé en premier sur un arbre de transcodage. Différentes variables disponibles dans le PMSI sont testées pour attribuer à chaque séjour une Nature de Séjour.

La cohérence économique est ensuite analysée à l'aide des données ENC et/ou de la DMS. La cohérence médicale est analysée par lecture de séjours, chainage avec les champs MCO, SSR et HAD par numéro anonyme, et avec des groupes d'experts médicaux.

A partir de 2019 l'ATIH effectue le même travail itératif mais sans transcoder la Nature de codage. La cohérence économique se fait sur l'analyse du proxy DMS puisque les données ENC ne sont pas disponibles.

Aujourd'hui l'ATIH termine le transcodage, néanmoins il y aura toujours des ajustements.

L'ATIH est en cours de construction de la 2ème segmentation de la future classification (la 1ère segmentation étant la Nature de séjour) et travaille sur les niveaux suivants.

➤ Arbre de transcodage

Les travaux de transcodage sur les Natures de séjours 01 Petite enfance, 02 Antepartum, 03 Postpartum, 08 Soins complexes de pathologies chroniques et de handicap et 06 Rééducation ont déjà été présentés lors d'un CT en 2019.

La Nature de séjour Petite enfance a été modifiée depuis. Elle est donc présentée ce jour avec les Natures de séjour 07 Soins ponctuels et 05 Surveillance jamais présentées en CT.

• Petite enfance

L'ATIH avait présenté un arbre de transcodage sans test sur des MP mais avec un test sur l'âge < 3 ans et des groupes par diagnostics :

- Un groupe d'enfants avec malformations constitué de code en Q essentiellement,

- Un groupe prématurité contenant P07.2 Immaturité extrême P07.3 Autres enfants nés avant terme,
- Un groupe de nouveaux nés affectés par pb de la mère (code CIM-10 en P00 Fœtus et nouveau-nés affectés par des affections maternelles), hypotrophes (codes CIM-10 en P05 Retard de croissance et malnutrition du fœtus ou P07 Anomalies liées à une brièveté de la gestation et un poids insuffisant à la naissance, non classés ailleurs) ou ayant des problèmes alimentaires (codes CIM-10 en P92 Problèmes alimentaires du nouveau-né).

Il existait un groupe résiduel (en dehors de la cancérologie et des maladies infectieuses) d'environ 700 séjours/an avec des codes CIM-10 très divers de type P598 ictère néonatal. du a d'autres causes prec ou P91.6 encéphalopathie anoxo-ischemique du n.n. Il a donc été créé un groupe avec les codes CIM 10 en P restant ayant un effet isolé sur la DMS de plus de 20j et selon un critère de gravité médicale : pathologies majeures de la périnatalité (exemples de codes CIM 10 utilisés : P10.0 Hémorragie sous-durale due à un traumatisme obstétrical P10.1 Hémorragie cérébrale due à un traumatisme obstétrical P10.2 Hémorragie intraventriculaire due à un traumatisme obstétrical P91.6 Encéphalopathie anoxo-ischémique [hypoxique ischémique] du nouveau-né P91.7 Hydrocéphalie acquise du nouveau-né P91.8 Autres affections cérébrales précisées du nouveau-né)

En transcodage la Nature de séjour 01 Petite enfance est donc constituée de 5 groupes

- Pathologies majeures de la périnatalité
- Malformations
- Prématurité
- Nouveaux nés affectés par pb de la mère, hypotrophes ou ayant des problèmes alimentaires
- Autres

Ce qui donne environ 5600 séjours en moyenne par an dans le groupe petite enfance dont 2200 séjours/an dans le groupe nourrissons prématurés et 900 séjours/an dans le groupe pathologies majeures de périnatalité avec des DMS très différentes entres les groupes (25 jours pour pathologies majeures, 28 jours pour petits avec malformations, 17 jours pour les nourrissons prématurés 10 jours pour les nouveau-nés avec problèmes alimentaires, pb maternelle ou hypotrophe, et 7 jours pour le groupe « autres »)

• Soins ponctuels

L'arbre de transcodage soins ponctuels a été construit en utilisant

- Les MP « correspondant le plus à du soin ponctuel » :
 - La post chirurgie avec les MP 10 : post traitement chirurgical et 29 : sortie précoce de chirurgie
 - Les « séances » : MP 03 : traitement intra veineux, MP 08 : autres traitements, MP 18 : transfusion, MP 05 : chimiothérapie
 - MP 07 : prise en charge de la douleur
 - MP 09 pansements complexes (qui est aussi utilisé dans l'arbre de transcodage de la Nature de séjour soins complexes)
- Des groupes de pathologies suite aux travaux de lectures de séjour, analyses statistiques et réunions de groupes experts cliniciens

Dans cette présentation, la notion de bloc ne sert qu'à ordonner et classer les différents groupes pour clarifier la présentation, il n'y a pas de test sur les blocs.

A aujourd'hui, en transcodage la Nature de séjour soins ponctuels est constituée des blocs suivants :

- Un bloc « plaie et cicatrisation » : abcès, sinus pilonidaux et autres
- Un bloc infectieux avec IOA, infantile, cardiovasculaire, pulmonaire, uronéphrologique, digestif et autres
- Un bloc cancérologie avec chimio qui s'intrique avec une problématique de court séjour
- Un bloc médecine (épanchement, hématologie, Insuffisance cardiaque etc..)
- Un bloc autre : douleur et post chirurgie

L'ATIH fait une présentation plus détaillée par bloc.

Le bloc plaie et cicatrisation est constitué de :

- Abcès chirurgicaux (code CIM 10 en K61 abcès rectal, L02 abcès et L03 phlegmon)
- Sinus pilonidaux (codes CIM 10 en L05)
- Autres cutanés : (contient tous les codes en L restant + les tumeurs bénignes peau + les codes du chapitre XIX de plaie + code Z de greffe cutanée)

Ce bloc est d'environ 2700 séjours en moyenne par an dont 1000 dans le groupe sinus pilonidaux et 1200 dans le groupe autre. Les DMS sont très différentes entre les groupes (29 jours pour le groupe sinus pilonidaux, 39 jours pour les abcès)

- ❖ Le bloc infectieux contient les IOA, les infections de la petite enfance puis des groupes par appareil (infections appareil circulatoire, appareil respiratoire, appareil uronéphrologique, appareil digestif et autres). Le bloc infectieux est constitué d'environ 8000 séjours en moyenne par an dont 300 séjours/an pour infection petite enfance, 1400 séjours/an pour les infections pulmonaires et uronéphrologique et DMS différentes selon les groupes.
Les DMS étaient très différentes entre les groupes (6 jours pour le groupe infections de la petite enfance, 16 jours pour les infections uronéphrologiques, 29 jours pour les IOA)
Le groupe autre reste important de 2500 séjours. Sont en cours de test un groupe sepsis et complications infectieuses (hors IOA).

La FHF propose de tester en haut du bloc infectieux les sepsis.

L'ATIH va tester ce scénario.

- ❖ Le bloc cancérologie qui comprend à la fois des séjours de courte durée ou séance et les autres prises en charge du cancer.
Le cancer du sein a été séparé des autres cancers après le constat de DMS très différentes (par exemple en post chirurgie MP10 ou 29, la DMS est de 9 jours pour cancer du sein, 30 pour les autres cancers).
Ce bloc est constitué d'environ 32 500 séjours/an dont 25 000 séjours/an pour la chimiothérapie, 1100 post chirurgie du sein, 600 de post chirurgie de cancérologie.
Il existe à la fois des DMS très courtes (MP05, 08, 18 et 03) et des DMS plus longues (9 jours en post chirurgie du sein et 30 jours en post chirurgie des autres cancers).
- ❖ Le bloc médecine a été construit à partir de l'observation des diagnostics avec MP03 et MP08 et comporte lui aussi beaucoup de courts séjours.
Les 2 groupes de « neurologie » Maladie Neuro Dégénératives et maladies déficitaires sont en reflet des groupes de la Nature de séjour Soins complexes mais au vu des effectifs faibles seront peut-être regroupés.
Ce bloc contient environ 5000 séjours/an.

Le groupe hématologie hors cancérologie correspond aux anémies, drépanocytoses, thalassémies...

Et le groupe autre pathologie a été créé à partir des diagnostics codés avec le MP 03 et 08 (par exemple : D59.5 hémoglobininurie nocturne paroxystique, E68 anom. du metab. des glycosaminoglycanes, nca). Le bloc médecine comprend aussi les épanchements (ascites ou pleuraux).

- ❖ Le bloc orthopédie assez important avec environ 2100 séjours/an découpé en :
 - Un groupe douleur important avec 1400 séjours
 - Un groupe de traumatologie modeste (300 séjours) mais des DMS à 36 jours
 - Un groupe programmé avec des DMS à 13 jours
- ❖ Le bloc autre est constitué d'un groupe de post chirurgie captée avec le MP10 ou 29 et d'un groupe douleur de 400 dossiers. Se pose ici la question de la création d'un groupe douleur spécifique qui réunirait aussi les 1400 séjours/an d'orthopédie et douleur. Le groupe post chirurgie n'a pas pu être divisé pour le moment (chirurgie de l'obésité) faute d'effectif.

▪ Surveillance

En transcodage la Nature de séjour 05 Surveillance est constituée de 2 blocs.

- ❖ Un bloc de cancérologie correspondant aux MP de « surveillance » 13, 17 et 24. Ces MP sont fusionnés faute d'effectifs suffisant sur les MP 17 et 24.
- ❖ Et un bloc autre qui correspond à la modification de définition.
 - Le bloc cancérologie fait environ 3700 séjours, essentiellement sur les MP de surveillance (MP13+++) avec alternance avec « séance » (chimiothérapie, transfusion, traitement intraveineux, autres traitements), sans MPA, avec MP07 Douleur et autres MPA. Il existe une influence très nette du MPA sur la DMS (12j sans MPA, 28 jours avec MPA).
 - Le bloc autre est constitué d'environ 3000 séjours avec les surveillances de greffe par définition, les suites de décompensation traduit en transcodage par MP15 ou 25 et diag mais qui restent des groupes modestes en effectif (≤ 100), et 2 groupes importants mise en place de nutrition et ré autonomisation avec 1200 séjours/an (ré autonomisation divisée en plus ou moins de 75 ans)

➤ Arbre Prospectif

Le travail de transcodage permet de travailler sur la 2ème segmentation de l'arbre prospectif (futur arbre de classification).

L'entrée dans la nouvelle classification se fait par le codage par l'établissement de la Nature de séjour, puis il existera une 2^{ème} segmentation avec des tests le plus souvent possibles sur des groupes de diagnostics. A ce jour, la deuxième segmentation des Natures de Séjours est constituée de 2 groupes pour 02 antepartum, 03 postpartum, 5 pour 01 petite enfance, 3 pour 06 la rééducation par exemple. Donc cet arbre prospectif a été construit à partir des travaux statistiques et des réunions experts sur l'arbre de transcodage, avec le principe d'utiliser le plus possible des diagnostics en harmonisant le plus possible entre les NS (peut amener de la visibilité sur les diagnostics utilisés et évitera de

maintenir trop de liste de diagnostics) selon les résultats obtenus d'une part avec la base 2019 et d'autre part avec la base de transcodage.

4 Natures de séjour sont présentées : Petite enfance, Rééducation, Soins ponctuels et Soins complexes.

- **Pour la petite enfance**

L'arbre prospectif est une transposition simple des groupes étudiés sur l'arbre de transcodage. Il est donc constitué de 5 groupes :

- Pathologies majeures de la périnatalité
- Malformations
- Prématurité
- Nouveaux nés affectés par pb de la mère, hypotrophes ou ayant des problèmes alimentaires
- Autres

- **Pour La rééducation orthopédique**

L'arbre prospectif contient 3 groupes, un premier groupe de traumatologie qui correspond à 2 lignes de test sur l'arbre de transcodage mais aboutit à 1 seule ligne en prospectif, idem pour l'orthopédie programmée.

- **Pour les soins ponctuels**

L'arbre prospectif découle directement de l'arbre de transcodage ou nous retrouvons exactement les mêmes groupes rangés dans des blocs (qui ne correspondent à aucun test).

- Bloc « plaie et cicatrisation (Sinus pilonidaux, Abscesses « chirurgicaux », autres)
- Bloc Infections (organes, pédiatrie)
- Bloc de cancérologie (sein et autres) et chimiothérapie
- Bloc médecine (Hématologie, épanchement pleural, Insuf. Cardiaque, MND, pathologies déficitaires)
- Bloc orthopédie (traumatologie, hors traumatologie)
- Bloc autre (Post chirurgie, douleur)
- Autres

La FHF évoque les travaux nécessaires pour parvenir à une hiérarchisation.

L'ATIH confirme la nécessité de ces travaux et précise qu'elle est au début de l'écriture de l'arbre prospectif.

- **Pour les soins complexes**

L'arbre prospectif est constitué à ce jour :

- Bloc plaie et cicatrisation constitué de plaie diabétique, plaie vasculaire, Escarre, amputation, autres (nous allons certainement tester ces mêmes groupes en soins ponctuels)
- Bloc médecine
- Bloc de cancérologie
- Bloc infections pour lequel nous allons tester les mêmes groupes que ceux de la NS Soins ponctuels
- Bloc orthopédie

- Des groupes pour le moment peu remplis pour lesquels nous n'avons pas encore statué

LA FNEHAD propose de créer une variable supplémentaire pour « hiérarchiser » les diagnostics entre eux.

L'ATIH n'a pas envisagé cette option et pose la question de consignes de codage renforcée sur le DP pour permettre cette hiérarchisation.

La FNEHAD évoque des consignes de codage strictes.

La FHF demande si une méthode a été élaborée pour déterminer le DP prédominant qui ne sera pas forcément celui de la première séquence.

➤ **Modèle cible (non définitif)**

L'ATIH présente un modèle possible de classification. L'identifiant d'un groupe serait la concaténation de 3 sous-groupes de caractères.

- 1) Le premier sous-groupe, appelé groupe principal, représenterait le résultat du groupage par l'arbre.
- 2) Le second sous-groupe serait un indicateur (dont la forme définitive est à définir) de poly-pathologie/prises en charge. Il serait déterminé à partir de groupes secondaires du séjour. Ces groupes secondaires seront déterminés en regroupant le séjour dans l'arbre tant que des informations résiduelles non prises en compte seraient présentes. Le schéma général de l'algorithme est le suivant :
 - Le séjour est groupé dans son groupe principal
 - Les informations utilisées (diagnostics, MP, etc.) pour obtenir le groupe principal sont retirés du séjour.
 - Les informations restantes sont utilisées pour repasser dans l'arbre de groupage permettant éventuellement d'obtenir le premier groupe secondaire
 - Les informations utilisées pour obtenir le premier groupe secondaire sont à leur tour retirées.
 - Les informations restantes sont utilisées pour repasser dans l'arbre de groupage permettant éventuellement l'obtention d'un second groupe secondaire
 - Ce processus est réitéré jusqu'à ce qu'il ne reste plus d'informations permettant d'obtenir un groupe secondaire dans le séjour

A la fin du processus, un séjour a donc un groupe principal et de 0 à n groupes secondaires. Ces groupes secondaires seront ensuite compilés pour obtenir l'indicateur de poly-pathologies/prises en charge.

Unicancer demande quand les coûts sont pris en compte dans le modèle.

L'ATIH répond que ceux-ci seront utilisés pour déterminer la sévérité d'un groupe secondaire étant donné le groupe principal et qu'ils seront donc au centre de l'obtention de l'indicateur de poly-pathologies/prises en charge.

- 3) Le troisième sous-groupe serait un indicateur de « dépendance » utilisant à la fois l'âge et une mesure de dépendance (probablement l'AVQ dans un premier temps) pour déterminer un indicateur (niveau) de dépendance.

La FHF attire l'attention sur la hiérarchisation des groupes secondaires et sur le fait que ce n'est pas toujours la première séquence la plus informative.

L'ATIH précise que méthodologiquement ce sera très difficile et que le fait de ne pas utiliser la première séquence ne permet pas de connaître le groupe du séjour avant la sortie.

L'ATIH évoque aussi le problème de certains codes CIM 10 en point .9 trop imprécis.

La FNEHAD distingue les monoséquences (important en nb de séjours) et les multiséquences (important en nb de séjours). La FNEHAD signale des problèmes sur l'ENC en particulier sur la répartition des molécules onéreuses et honoraires de médecins sur les séjours d'un même patient.

La FNEHAD signale que la dynamique des AVQ est masquée par les consignes de codage les liant à l'indice de Karnofsky.

La FHF signale qu'âge et dépendance ne sont pas toujours corrélés, l'échelle AVQ est une échelle non validée et l'indice de Karnofsky non fiable car lié aux tarifs.

ATIH précise qu'elle pensait à un indicateur prenant l'Age ou la dépendance indépendamment pour faire passer le séjour en niveau supérieur.

2. POINT INFORMATION MEDICALE

Un Groupe Technique chapitre VII Agora a été mis en place en septembre 2019 pour répondre aux questions Agora et aux demandes de modifications du chapitre VII. Il réunit ATIH, DGOS et CNAM.

Les modifications des définitions de Nature de séjour et du chapitre VII sont publiées dans le guide méthodologique provisoire. Sont présentées au cours de la séance les modifications des Natures de séjour 05 Surveillance, 04 Soins palliatifs, 07 Soins ponctuels, et des MP 01 assistance respiratoire, 03 traitement intraveineux, 05 chimiothérapie anti cancéreuse, 07 prise en charge douleur, 10 post traitement chirurgical, 15 éducation du patient et/ou de son entourage.

La FHF réitère sa demande sur la création d'extension du code CIM 10 Z51.5 de soins palliatifs pour coder les situations palliatives ne répondant pas à la définition des soins palliatifs.

La FNEHAD demande si le codage du Z511 ne comprend que la voie IV ou la voie IV, sous cutané et IM.

L'ATIH va apporter des précisions sur ce point.

3. PROGRAMME DE TRAVAIL

Le programme de travail de l'ATIH en 2020 portera essentiellement sur la construction de la nouvelle classification. L'ATIH accompagnera la DGOS dans la réforme de financement.

4. POINTS DIVERS

La FNEHAD propose la création d'un numéro 34 autres établissements médicosociaux dans le type d'établissement social ou médicosocial.

La DGOS répond qu'une question Agora du même type est en cours d'instruction.

La FNEHAD signale des problèmes de facturation des patients pris en charge par l'HAD et dans un établissement médicosocial sans hébergement.

La DGOS précise que cette prise en charge n'est pas dans la réglementation. En attendant, les établissements peuvent demander une dérogation à l'ARS.

LA FNEHAD signale que PAPRICA n'est pas en conformité avec la dernière liste de traitements couteux publiée.

La DGOS va publier dans la semaine une nouvelle liste applicable et signalera la mise à jour à faire de PAPRICA au service concerné de l'ATIH. La DGOS souhaite préciser que la nouvelle liste sera applicable rétroactivement à partir janvier 2020.

Le prochain Comité Technique HAD se tiendra en juin-juillet 2020.
--