

Méthode de l'enquête sur le coût de la prise en charge en hospitalisation à domicile, 1999-2000

Anne Aligon

Laure Com-Ruelle

Nadine Raffy-Pihan

Biblio n° 1363

Novembre 2001

Les noms d'auteurs apparaissent par ordre alphabétique

Toute reproduction de textes ou tableaux est autorisée sous réserve de l'indication de la source et de l'auteur.

En cas de reproduction du texte intégral ou de plus de 10 pages, le Directeur du CREDES devra être informé préalablement.

Avertissement

1. Ce rapport méthodologique est le premier d'une série concernant la seconde enquête du C.R.E.D.E.S. sur l'hospitalisation à domicile (H.A.D.) menée sur le terrain en 1999/2000 auprès de 29 structures d'HAD participantes et dont l'objectif principal est de calculer le coût global de prise en charge.
 2. Un second rapport traitera de la morbidité des patients pris en charge en HAD. En effet, les maladies et protocoles de soins prescrits ont une influence certaine sur le coût de prise en charge. C'est pourquoi nous avons intégré dans l'enquête des éléments de description précise en termes de morbidité dans un but conjoint de connaissance de l'HAD.
 3. Enfin, le troisième rapport portera sur l'analyse même des coûts de prise en charge globale en HAD, de l'influence de la morbidité ou d'autres facteurs relatifs au type de structure d'HAD et relatifs aux patients eux-mêmes.
- ✓ La première enquête du CREDES sur l'HAD date de 1991/92, interrogeant à l'époque 40 structures d'HAD sur 41 recensées, et avait donné lieu à une première série de publications dont quatre rapports CREDES : un rapport méthodologique (biblio ° 921), un rapport décrivant le fonctionnement des services d'HAD (biblio n° 258), un rapport traitant de l'avenir de l'HAD (biblio n° 998) et un rapport consacré aux patients pris en charge (biblio n° 1007). Une première analyse de coût avait pu être faite à partir des éléments recueillis concernant les prix de journée pratiqués, eux-mêmes correspondant à des paniers de soins variables, mais on ne disposait pas des prix de revient ou coûts réels de l'ensemble des prestations, en particulier médicales. Elle avait cependant montré que, dans les circonstances actuelles, l'HAD représentait une alternative à l'hospitalisation traditionnelle qui permettait une économie pour l'Assurance maladie.

En 1999/2001, à la diversité des structures d'HAD correspond encore une grande diversité des modes de tarification. De plus, le panier de soins est variable d'une structure à l'autre, rendant le système complexe et opaque, d'où la nécessité de le rénover afin d'obtenir une meilleure convergence entre les tarifs et la charge en soins.

- ✓ Ainsi, l'objectif principal de cette seconde enquête HAD de 1999/2000 est de calculer le coût global de prise en charge des patients en termes « tout compris » afin d'éclairer les politiques de tarification. La construction d'un tel coût de prise en charge globale nécessite un recueil double, le premier auprès des structures d'HAD, complété par un second auprès de l'Assurance maladie. La diversité des indications ou modes de prise en charge en HAD induisant des charges en soins variables, la question se pose du nombre pertinent de forfaits différents à recommander en HAD.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier l'ensemble des personnes qui ont aidé à la mise au point de cette méthodologie, à sa mise en œuvre pratique sur le terrain puis aux remontées des informations :

- *le Docteur Brigitte Haury de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (D.H.O.S.) au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité ;*
- *les trois grands régimes d'Assurance maladie (C.N.A.M.T.S., C.A.N.A.M. et M.S.A.), dont particulièrement :*
 - *le Docteur Pierre-Jean Cousteix, Directeur Adjoint, Délégué Général aux Affaires Médicales et Scientifiques de la C.N.A.M.T.S.,*
 - *Philippe Moraud de la Direction de l'Animation du Réseau (DAR) et Denis Mallarmey de la Direction des Systèmes d'Information (DSI) de la C.N.A.M.T.S.,*
 - *Yvon Merlière du cabinet du Directeur, le Docteur Alain Weill de l'Echelon National du Service Médical (E.N.S.M.), ainsi que Laurent Duchet et Marie-Christine Patin de la C.N.A.M.T.S. ;*
- *l'ensemble des structures d'H.A.D. et, notamment, pour leurs contributions particulières :*
 - *à l'ensemble de la méthode : Françoise Meissan, directrice de l'Hôpital à domicile de Nantes et sa région,*
 - *à l'évaluation des coûts normés de certains postes de consommation de soins : Françoise Meissan et Philippe Hermant, directeur de l'Hôpital à domicile de la région de Lens,*
 - *aux modalités de recueil et au codage des pathologies : les Docteurs Régis Patte, Patrick Le Plat, Philippe Meunier, Eric Dubost et Guy Bon, médecins coordonnateurs d'HAD,*
 - *à l'adaptation de la méthode S.I.I.P.S. au cadre de l'HAD : les cadres infirmiers supérieurs Elisabeth Stevendart et Michèle Tréguer ;*
- *au CREDES :*
 - *Frédérique Ruchon pour le suivi des remontées de questionnaires patients et de prestations de Sécurité sociale ainsi que pour la lecture et la préparation des fichiers de données,*
 - *Christophe Lainé, pour l'élaboration et la mise en œuvre du logiciel informatique de chiffrage médical intégrant la C.I.M. 10 et le thésaurus de spécialité HAD,*
 - *les Docteurs Mohamed El Amine Abi-Ayad, Aleksandra Bundalo, Zéhor Rahmani et Ioana Stan-Quintin, pour l'harmonisation du chiffrage des pathologies sur l'ensemble des structures d'HAD participantes,*
 - *le Docteur Emmanuelle Lebrun, pour le transcodage de la pathologie en termes de « modes de prise en charge » et son travail sur les indicateurs de morbidité qui doit donner lieu à une publication prochaine,*
 - *Laurence Auvray pour sa relecture attentive et ses commentaires,*
 - *Khadija Ben Larbi et Franck Séverin Clérembault pour la mise en page du rapport.*

Sommaire

Table des matières

1. INTRODUCTION	11
1.1 Cadre de l'étude	13
1.2 Objectifs de l'étude	15
2. MATÉRIELS ET MÉTHODES	17
2.1 Contraintes méthodologiques	19
2.2 Outils de recueil de l'information	20
2.2.1 Structures d'HAD	20
2.2.1.1 « Enquête structure d'HAD »	20
2.2.1.2 « Questionnaire structure »	20
2.2.2 Patients hospitalisés à domicile	21
2.2.2.1 « Enquête patient »	21
2.2.2.1.1 <i>Deux échantillons de patients</i>	21
2.2.2.2 « Questionnaire patient »	21
2.2.3 Assurance Maladie	26
2.2.3.1 « Enquête auprès de l'Assurance maladie »	26
2.2.3.2 « Requête informatique »	26
2.2.4 Procédure d'anonymat des patients	27
2.3 Mise en œuvre sur le terrain	28
2.3.1 Sites étudiés et chronologie des recueils d'information	28
2.3.2 Schéma général d'organisation de l'enquête	31
2.3.3 Suivi des flux d'information transitant par l'Assurance maladie	32
2.3.3.1 Procédure de transmission aux caisses d'Assurance maladie	32
2.3.3.2 Remontée des prestations d'Assurance maladie vers le CREDES	34
2.4 Exploitation des données	35
2.4.1 Construction d'un indicateur synthétique de morbidité	35
2.4.2 Hypothèses de valorisation de la consommation médicale	36
2.4.2.1 Des coûts observés aux coûts normés	36
2.4.2.2 Le champ des prestations couvertes	36
2.4.3 Choix des postes de dépense	37
2.4.3.1 La dépense médicale au lit du malade	37
2.4.3.2 La dépense médicale en dehors du domicile	38
2.4.3.3 La dépense de fonctionnement des structures d'HAD	39
2.4.3.4 La dépense hors prix de journée HAD	40
2.4.4 Analyse des coûts de prise en charge en HAD	40

ANNEXES	45
Annexe 1 : Le questionnaire structure	47
Annexe 2 : Le questionnaire patient	55
Annexe 3 : Grille de relevé des soins médicaux	69
Annexe 4 : Documents de suivi d'enquête	81
Annexe 5 : Module S.I.I.P.S.	87
Annexe 6 : Aide à la codification des pathologies et des « modes de prise en charge » en HAD	107

1. Introduction

1. Introduction

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une alternative à l'hospitalisation complète. Elle peut être « prescrite par un médecin hospitalier ou un médecin exerçant à titre libéral et permet de dispenser au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés, les services d'HAD étant tenus d'assurer la permanence et la continuité des soins ».

1.1 Cadre de l'étude

Les recommandations formulées dans la récente circulaire de la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des soins (circulaire n° du 30 mai 2000) ainsi que son complément daté du 11 décembre 2001 confirment la volonté politique de développer l'hospitalisation à domicile et de lever ses nombreux freins : système de gage de lit, conception très traditionnelle du système de santé hospitalier, mauvaise connaissance de cette alternative, non valorisation de l'activité HAD dans le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), une tarification hétérogène.

L'harmonisation du financement des services d'HAD fait donc partie des recommandations proposées par le groupe de travail mis en place à la Direction des Hôpitaux du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Un même type de prise en charge (motif, en terme de maladie, et protocole de soins) devrait entraîner un coût global proche, quelle que soit la structure d'HAD. Aujourd'hui, ce coût est difficilement appréhendé au vu de la diversité des prix de journée, n'intégrant pas forcément le même nombre ni le même type de prestations selon la structure d'HAD.

En effet, plusieurs types de structures coexistent (des services inclus dans un hôpital public, des associations relevant de la loi de 1901, privées à but non lucratif, Participant au Service Public Hospitalier [PSPH] ou non), auxquels correspond une grande diversité des modes de tarification : budget global, prix de journée simple, prix de journée dissocié (forfait de prise en charge + actes médicaux). De plus, le panier de soins inclus dans le prix de journée est variable d'une structure à l'autre, rendant le système complexe et opaque, d'où la nécessité de le rénover afin d'obtenir une meilleure convergence entre les tarifs et la charge en soins.

Cette diversité des modes de financement des structures d'HAD s'explique avant tout par un vide juridique réel tout au long des années 70 et 80 et qui s'est comblé au fil des années par l'apparition de divers textes qui n'ont pas réellement appréhendé l'hospitalisation à domicile en tant que telle.

- Jusqu'au milieu des années 80, on observait deux types de financement : un financement des structures publiques et PSPH apporté par les DDASS et un financement varié émanant soit des Directions Départementales de l'Action Sanitaire et Sociale [DDASS] (prix préfectoral), soit des Caisses Régionales d'Assurance Maladie [CRAM] pour les structures associatives. Pendant de longues années, ces deux types d'organismes, « DDASS » et « CRAM », se sont appuyés sur la convention type issue de la circulaire Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés [CNAMTS] du 24 octobre 1974 et qui proposait une tarification basée sur un forfait journalier public ou privé intégrant certaines prestations : l'exécution par les auxiliaires médicaux des soins prescrits par le médecin traitant, la continuité de ces soins, le transport sanitaire des malades, les fournitures du petit matériel et du mobilier nécessaire à la bonne exécution du traitement, la mise à disposition d'une aide ménagère si le besoin s'en faisait sentir et les frais généraux des structures. Dans les établissements publics, ce forfait journalier

était complété par la fourniture de médicaments et produits pharmaceutiques ainsi que par les examens de radiologie.

- L'instauration du budget global en 1983 a permis aux services d'HAD publics et privés PSPH d'intégrer dans l'enveloppe de dépenses allouées à leur établissement, l'ensemble des activités liées à l'HAD, pondérée chaque année par un taux directeur.
- La mise en place de l'ordonnance du 24 mars 1996 portant sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée met fin au régime de financement par prix de journée préfectoral (tarifés par les DDASS) en proposant aux structures privées deux options : le conventionnement avec l'Assurance maladie et, de ce fait, rentrer dans le champ de l'Objectif Quantifié National (OQN), ou le maintien de la compétence tarifaire de l'état avec l'octroi d'une enveloppe globale sans obligation de participer à l'exécution du service public hospitalier.
- En ce début d'année 2001, les structures privées associatives ayant opté pour le maintien de la compétence tarifaire de l'état sont en train de passer en dotation globale. Les structures ayant opté pour le conventionnement avec l'Assurance Maladie et qui devaient rentrer dans le champ de l'OQN, n'entrent plus a priori dans ce champ.

Diversité des prix de journée, diversité des enveloppes globales... Ce rapide panorama du financement rend nécessaire une harmonisation de la tarification. Le CREDES a donc été sollicité par la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins (D.H.O.S.) pour mener cette réflexion en collaboration avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés (C.N.A.M.T.S.).

1.2 Objectifs de l'étude

L'objectif de l'étude est de calculer le coût moyen journalier de prise en charge des patients en HAD afin de créer un prix de journée global. Dans ce coût, seront déterminées la dépense au lit du malade (dépenses en soins dispensés auprès du malade à son domicile, la dépense en pharmacie, la dépense en matériel), les autres dépenses médicales (intervention avec déplacement du malade) et la dépense de fonctionnement (frais de coordination médicale, frais relatifs au travail social réalisé par les assistants sociaux, ainsi que les frais généraux de la structure).

La pathologie et les objectifs de soins (soins ponctuels, soins continus, soins de réadaptation) influent sur le nombre et la nature des prestations médicales délivrées au patient et sur la durée du séjour. Leur prise en compte est capitale dans l'analyse du coût réel du malade ou du séjour.

De même, d'autres éléments relatifs au patient tel que le diagnostic infirmier, la durée du séjour, ou à la structure d'HAD tel que le statut de la structure, sa taille, son implantation géographique... sont autant de variables pouvant avoir une influence plus ou moins importante sur le coût journalier. Elles seront donc prises en compte dans l'analyse du coût de prise en charge global.

L'évaluation de ce coût s'attachera ainsi à préciser deux notions :

- 1) Quelle est l'influence de la pathologie sur le montant du coût moyen et quelle est la dispersion des coûts pour une même pathologie ?
- 2) Y a-t-il d'autres facteurs qui influent sur le coût de prise en charge global et dans quelle mesure ? (critères relatifs au type de structure d'HAD et aux patients eux-mêmes).

2. Matériels et Méthodes

2. Matériels et méthodes

Les outils mis en oeuvre répondent à certaines contraintes imposées par les objectifs généraux de l'étude.

2.1 Contraintes méthodologiques

Les contraintes sont de cinq ordres :

- appréhender la diversité des structures d'HAD, liée à leur taille, à leur statut, à leur diversité de fonctionnement en termes de pathologies prises en charge (structures polyvalentes et/ou spécialisées pour une pathologie), mais aussi en termes organisationnels (travail avec du personnel salarié ou libéral...) : seule une enquête nationale peut y répondre, étant donnée la répartition géographique de ces différents types de structure d'HAD ;
- récolter un nombre suffisant de dossiers de patients hospitalisés à domicile, globalement mais aussi pour chaque motif de prise en charge en HAD reconnu par les professionnels de santé du terrain comme une entité particulière, tant du point de vue de la morbidité que du point de vue des protocoles de soins appliqués et donc des ressources consommées ; l'enquête est menée sur la base du volontariat et on ne cherche pas, a priori, à assurer la représentativité, par exemple, de l'ensemble de pathologies prises en charge ; une étendue suffisante de la durée d'observation peut permettre un recueil adéquat et, dans le cas des deux structures d'HAD de très grande taille, la fixation de quotas maxima et/ou minima pour certains profils de patients peuvent éviter la redondance ou le manque d'information ;
- reconstituer le coût global de prise en charge en HAD, intégrant l'ensemble des prestations servies au patient tout en distinguant les postes de dépense : l'utilisation de plusieurs sources de données s'impose, l'une recensant les soins médicaux et autres prestations dispensés dans le cadre du prix de journée HAD (PJ HAD), l'autre recensant les éventuels soins médicaux dispensés en sus du PJ HAD ;
- mener l'enquête sur le terrain dans un temps limité, malgré la variabilité des durées de séjour en HAD, pouvant aller de 1 jour à plusieurs mois, voire années : cette variabilité peut être prise en compte par la construction de deux échantillons de patients distincts, un premier échantillon de patients déjà présents en HAD depuis plus de trois mois représentant les séjours les plus longs, un second échantillon de patients entrant en HAD et suivis tout au long de leur séjour jusqu'à concurrence de trois mois ;
- assurer l'anonymat des patients : une procédure permet de respecter cet anonymat à tous les niveaux.

2.2 Outils de recueil de l'information

Pour satisfaire aux contraintes ci-dessus, trois niveaux de recueil d'information sont nécessaires : le premier correspond aux structures d'HAD, le second aux patients pris en charge et le troisième à l'Assurance maladie.

- Trois outils de recueil d'information sont élaborés pour répondre à ces trois niveaux : une « enquête structure » auprès des établissements d'HAD, une « enquête patient », auprès de deux échantillons distincts de malades pris en charge en HAD et une « enquête auprès de l'Assurance maladie ».
- Trois instruments permettent de collecter l'information : un « questionnaire structure », un « questionnaire patient » et une « requête informatique » auprès des organismes d'Assurance maladie.
- Une procédure spécifique assure l'anonymat des patients inclus dans l'enquête.

2.2.1 Structures d'HAD

2.2.1.1 « Enquête structure d'HAD »

L'« enquête (ou étape) structure d'HAD » est un outil de type descriptif et organisationnel qui vise à satisfaire à la contrainte de représentation de la diversité des structures d'HAD. Elle s'adresse à l'ensemble des structures d'HAD recensées sur le territoire français.

2.2.1.2 « Questionnaire structure »

Le « questionnaire structure » est un questionnaire papier : 4 pages remplies par le responsable de chaque établissement d'HAD participant. (Cf. annexe 1)

Les données recueillies concernent :

- les caractéristiques d'implantation géographique (urbain/rural, superficie couverte), la taille (nombre de places), le statut juridique ;
- l'activité de la structure d'HAD : nombre d'admissions, nombre de journées réalisées ;
- les dépenses et le financement : montant des dépenses annuelles, mode de financement (prix de journée unique ou multiple ou budget global, prestations incluses), coût moyen horaire par catégorie du personnel...
- l'organisation : nombre de personnes et d'équivalents temps plein par catégorie de personnel, temps consacré à la coordination des soins, utilisation d'outils de pratique infirmière (diagnostic infirmier, méthode d'évaluation de la charge en soins infirmiers...).

2.2.2 Patients hospitalisés à domicile

2.2.2.1 « Enquête patient »

L'enquête (ou étape) « patient » est un outil de recueil prospectif des prestations médicales servies dans le cadre du prix de journée HAD et représente une des deux sources de données nécessaires à reconstruire le coût global de prise en charge du patient. Elle organise le suivi de deux échantillons de patients.

2.2.2.1.1 Deux échantillons de patients

Afin de satisfaire à la contrainte de représentation de la diversité des durées de séjour, deux échantillons de patients sont constitués.

1. « Patients entrants »

Il s'agit d'un échantillon de « patients entrants », admis en HAD lors de la période d'inclusion qui dure un mois ; ils sont suivis pendant une période d'observation de trois mois maximum.

2. « Patients présents depuis plus de trois mois »

Destiné à compenser l'observation de l'échantillon précédent qui est tronquée à droite, les séjours des patients les plus longs en étant exclus, il s'agit d'un échantillon de patients déjà dans la structure d'HAD depuis plus de trois mois au moment du déroulement de l'enquête. Dans la chronologie du déroulement d'enquête sur le terrain, cet échantillon sera observé avant celui des entrants afin d'éviter au maximum l'inclusion d'un même patient dans les deux échantillons. Les enquêtes HAD menées précédemment par le CREDES et le ministère ont démontré que le rythme habituel des soins médicaux reçus par les patients de longue durée est hebdomadaire. En conséquence, cet échantillon sera observé sur le terrain pendant une semaine, sauf cas de sortie du patient avant la fin de la semaine prévue.

2.2.2.2 « Questionnaire patient »

Le « questionnaire patient » est individuel : il s'agit d'une brochure papier blanche de 12 pages, individuelle, remplie pour chaque patient inclus dans l'enquête, identique quel que soit le type d'échantillon (patient présent depuis plus de trois mois ou patient entrant).

Le questionnaire contient plusieurs volets permettant à la fois de décrire le patient et de synthétiser sa consommation de soins au cours de la période d'observation. Ainsi, il recense deux types d'information organisées en quatre parties. (Cf. annexe 2).

1. Caractéristiques du patient

a) Caractéristiques socio-démographiques (première partie appelée volet 1)

Il s'agit de l'âge, du sexe, de la catégorie sociale, de la provenance et du mode de sortie, de l'existence d'un entourage aidant ou non...).

b) Profil médical du patient (seconde partie appelée volet 2).

Il s'agit de décrire l'état de santé du patient au moment de l'admission en HAD (à l'entrée) puis à la fin de la période d'enquête (ce moment correspond le plus souvent à la sortie pour l'échantillon de patients entrants).

- Au moment de l'admission, l'infirmière coordinatrice renseigne d'abord sur le motif de prise en charge à l'entrée, l'objectif de prise en charge et l'autonomie du patient ; au moment de l'enquête, si possible, elle indique la charge en soins infirmiers reçus au cours de la période d'observation : pour cela, elle applique la méthode des Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée (SIIPS). (Cf annexe 7)
- A la fin de la période d'enquête, le médecin coordonnateur remplit un tableau de morbidité : un maximum de neuf diagnostics sont permis, dont le premier est appelé « diagnostic principal » (DP) et les suivants « diagnostics associés » (DA). En fait, le médecin coordonnateur y reporte d'abord les protocoles de soins appliqués au patient, de façon hiérarchisée (le premier tient lieu de DP et correspond au plus consommateur de ressources) puis l'ensemble des pathologies dont souffre le patient, en pointant l'étiologie ou cause de la prise en charge en HAD, dont il précise la phase évolutive, et en distinguant les maladies associées. Cet ensemble d'informations est indiqué en clair, d'une part, et codé, d'autre part, selon la Classification Internationale des Maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), dixième révision ou CIM10.

Pour assurer l'harmonisation de la codification sur l'ensemble des structures participantes, outre la méthode fournie au départ, un groupe de médecins chiffreurs du CREDES a revu ce codage a posteriori. De plus, une synthèse de l'information est faite sous la forme d'un reclassement du protocole de soins principal en termes de « modes de prise en charge en HAD ». Pour cela, une aide à la codification des pathologies et des « modes de prise en charge en HAD » a été conçue. (Cf annexe 8)

2. Consommations médicales

Il s'agit des consommations médicales directes et individualisables, dispensées par la structure d'HAD elle-même. Elles sont recueillies de façon prospective tout au long de la période d'observation. Inclues dans le prix de journée HAD, elles sont remboursées par l'Assurance maladie à partir de l'enveloppe hospitalière.

a) Soins médicaux inclus dans le prix de journée (troisième partie appelée, volets 3 à 6)

Cette partie recense l'ensemble des soins reçus par le patient au cours de la période d'observation et inclus dans le prix de journée HAD.

- interventions des différents personnels salariés auprès des malades (temps au lit du patient et temps de trajet),
- interventions des professionnels libéraux auprès des malades,
- interventions avec déplacement des malades (actes pratiqués et transports sanitaires),
- médicaments consommés,
- recensement des matériels utilisés (à usage unique et gros matériels).

Ces soins sont notés préalablement au jour le jour par les différents intervenants à l'aide d'une grille de relevé de couleur différente par type de soins. (cf annexe 3)

En fin de période d'observation, l'infirmière coordinatrice globalise cette information dans des fiches de synthèse correspondantes intégrées dans le questionnaire patient.

Pour certains types de soins, l'information complète est le plus souvent disponible seulement après un certain délai, à la réception des factures provenant des professionnels de santé libéraux ou des établissements de santé ayant prodigué des soins aux patients observés. C'est le cas pour les volets 4 à 6. Pour éviter que des retards importants à la facturation n'entravent le recueil des prestations réalisées, notamment en établissement sous dotation globale, les structures d'HAD ont noté toutes les informations concernant ces prestations médicales au fil du séjour.

b) Autres soins médicaux exclus du prix de journée (quatrième partie : volets 7 et 8)

Cette partie est destinée au recensement de quelques éventuelles prestations non comprises dans le prix de journée mais dans l'intention de compenser certains biais d'enquête.

- Volet 7 : prestations non comprises dans le prix de journée et réalisées dans un établissement hospitalier public ou sous dotation globale. Ce relevé est destiné à compenser d'éventuelles sous-estimations de dépenses par déficit d'information dans les fichiers de prestation de l'Assurance maladie. En effet, ce type de prestations remontent avec une certaine difficulté dans le système d'information de l'Assurance maladie et sont généralement intégrées avec un délai de plus d'un an ; elles risquent donc d'être difficilement obtenues par la requête informatique auprès des organismes de Sécurité sociale dans le temps imparti.
- Volet 8 : médicaments et produits pharmaceutiques acquis avant l'entrée hors prix de journée HAD. Ce volet 8 est une grille de relevé de couleur chamois, envoyée en supplément uniquement dans quelques structures volontaires¹. Ne concernant que l'échantillon de patients entrants, il est destiné à la mesure de certains biais de consommation pharmaceutique. Il comporte une partie I au recto (médicaments consommés par le patient le jour de son entrée en HAD mais acquis avant) et une partie II au verso (les médicaments hors prix de journée HAD mais acquis durant le séjour). En fin d'enquête, ces structures volontaires devront joindre ce volet 8 (partie I et II) au questionnaire patient (brochure blanche) pour renvoi au CREDES.

¹ **La partie I du volet n° 8** (au recto) permet, pour les patients **entrants**, de relever la consommation de médicaments et produits pharmaceutiques acquis avant l'entrée en HAD et donc hors prix de journée HAD, mais consommés au début de la période d'observation. Ces informations visent à mesurer une éventuelle sous-estimation de la consommation pharmaceutique au cours du séjour en HAD.

*Inversement, à la fin du séjour, certains médicaments acquis au cours du séjour sont consommés après la période d'observation. Ils entraînent alors une surestimation de la consommation pharmaceutique au cours du séjour en HAD. Les informations permettant de mesurer ce second biais sont relevées dans **la partie II du volet 8**.*

Tableau n°1
Modalités de remplissage du questionnaire patient pris en charge en HAD

Type de document	Données recueillies	Moment du remplissage	Par qui ?
Brochure blanche : questionnaire à renvoyer au Credes (volets 1 à 7)			
Caractéristiques du patient			
Volet 1	Volet 1 : Caractéristiques socio-démographiques	A l'entrée en HAD	l'infirmière coordinatrice
Volet 2	Volet 2 : Dossier médical - infirmier Volet 2 : Dossier médical - médecin coordonnateur	A l'entrée en HAD A la fin de l'observation	l'infirmière coordinatrice le médecin coordonnateur
Synthèse de la consommation de soins			
Volet 3	Volet 3 : FICHE DE SYNTHÈSE Interventions au lit du malade pour les salariés de l'HAD	A la fin de la période d'observation à partir de la grille de relevé	l'infirmière coordinatrice
Volet 4	Volet 4 : FICHE DE SYNTHÈSE Interventions au lit du malade pour les non salariés de l'HAD, actes inclus dans le prix de journée HAD	A la fin de la période d'observation à partir de la grille de relevé	l'infirmière coordinatrice
Volet 5	Volet 5 : FICHE DE SYNTHÈSE Interventions avec déplacement du malade : actes et transports inclus dans le prix de journée HAD	A la fin de la période d'observation à partir de la grille de relevé	l'infirmière coordinatrice
Volet 6	Volet 6 : FICHE DE SYNTHÈSE Médicaments, produits pharmaceutiques et matériel médical consommés ou utilisés pour le malade et inclus dans le prix de journée HAD	A la fin de la période d'observation à partir de la grille de relevé	l'infirmière coordinatrice
Volet 7	Volet 7 : Prestations non comprises dans le prix de journée HAD réalisées dans un établissement sous dotation globale	A la fin de la période d'observation à partir de la grille de relevé	l'infirmière coordinatrice
Relevé préalable de la consommation de soins : grilles de relevé à conserver par les structures d'HAD			
Grille vert	GRILLE DE RELEVÉ relative au volet n°3 Interventions au lit du malade : les salariés de l'HAD	Au jour le jour	les intervenants concernés
Grille bleu	GRILLE DE RELEVÉ relative au volet n°4 Interventions au lit du malade : les non salariés de l'HAD - actes inclus dans le prix de journée HAD	Au jour le jour ou à la réception des factures d'honoraires	les intervenants concernés ou l'infirmière coordinatrice
Grille lilas	1 ^{ÈRE} GRILLE DE RELEVÉ relative au volet n°5 Interventions avec déplacement du malade : actes réalisés et inclus dans le prix de journée HAD 2 ^{ÈME} GRILLE DE RELEVÉ relative au volet n°5 Interventions avec déplacement du malade : transports utilisés et inclus dans le prix de journée HAD	Au jour le jour ou à la réception des factures d'honoraires Au jour le jour ou à la réception des factures d'honoraires	les intervenants concernés ou l'infirmière coordinatrice l'infirmière coordinatrice
Grille jonquille	1 ^{ÈRE} GRILLE DE RELEVÉ relative au volet n°6 Médicaments et produits pharmaceutiques inclus dans le prix de journée HAD ou fournis gratuitement 2 ^{ÈME} GRILLE DE RELEVÉ relative au volet n°6 Matériel médical utilisé pour le malade et inclus dans le prix de journée HAD	Au jour le jour Au jour le jour	les intervenants concernés ou l'infirmière coordinatrice les intervenants concernés ou l'infirmière coordinatrice

2.2.3 Assurance Maladie

Cette source d'information est destinée à compléter l'information recueillie auprès des structures d'HAD.

2.2.3.1 « Enquête auprès de l'Assurance maladie »

« *L'enquête auprès de l'Assurance maladie* » est un outil de recueil des prestations médicales servies en sus du prix de journée HAD et représente la seconde source de données nécessaires à reconstruire le coût global de prise en charge du patient. Il s'agit des prestations dispensées directement par la médecine de ville : exclues du PJ HAD, elles sont remboursées au malade sur l'enveloppe ambulatoire. Leur nature varie d'une structure à l'autre et concerne principalement la pharmacie, les honoraires du médecin, les actes de radiologie

Les trois grands régimes d'Assurance maladie participent à cette enquête par le biais de leur caisse nationale :

- ✓ la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés,
- ✓ la MSA (Mutualité Sociale Agricole),
- ✓ et la CANAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes).

2.2.3.2 « Requête informatique »

Une « *requête informatique* » est élaborée au niveau national de chaque régime et mise en œuvre au niveau des caisses locales. Elle permet l'extraction des éléments de prestations médicales ayant donné lieu à remboursement par l'Assurance maladie au cours de la période d'HAD et figurant dans le fichier local du Système Informationnel d'Assurance Maladie (fichier SIAM pour le régime général).

Les caisses nationales ont sollicité l'ensemble de leurs caisses locales pour l'extraction des prestations médicales des patients inclus dans l'enquête. Elles ont également assuré la remontée nationale des fichiers informatiques et leur transmission au CREDES.

2.2.4 Procédure d'anonymat des patients

Les patients sont repérés par un « identifiant » anonyme et univoque attribué par l'infirmière coordinatrice d'HAD au moment de l'inclusion. Cet identifiant comprend le numéro de la structure d'HAD donné par le CREDES, l'éventuel numéro du secteur dans la structure (uniquement pour les plus grandes structures telles que l'AP-HP et Santé Service de Puteaux), le code correspondant au type d'échantillon et le numéro d'ordre séquentiel du patient dans cet échantillon (de 1 à n par ordre d'inclusion).

Cet identifiant est reporté en tête de chaque grille de relevé des consommations médicales du patient et en tête de chaque partie du questionnaire patient. Lors de l'exploitation des données, il permet au CREDES de distinguer les patients observés entre eux et de rapprocher l'ensemble des consommations médicales d'un même patient.

En effet, l'objectif d'anonymat complet exige que le CREDES n'ait, à aucun moment, connaissance des listes de patients. A cette fin, les documents établis pour les besoins de l'enquête et comportant une identification des personnes observées ne sont détenus que par les structures d'HAD, d'une part, ou les caisses d'affiliation des organismes d'Assurance Maladie d'autre part (tables de correspondance), mais ils sont tous détruits en fin d'enquête. Le CREDES ne reçoit des HAD et des Caisses d'Assurance maladie que des informations rendues strictement anonymes par l'emploi du seul numéro d'ordre séquentiel des patients.

2.3 Mise en œuvre sur le terrain

La mise en œuvre de cette enquête nationale se fait en plusieurs étapes. La transmission des données nécessite une organisation générale spécifique et un suivi particulier.

2.3.1 Sites étudiés et chronologie des recueils d'information

L'enquête est menée sur la base du volontariat et on ne cherche pas, a priori, à assurer la représentativité, par exemple, de l'ensemble de pathologies prise en charge. La priorité est de récolter un nombre suffisant de dossiers de patients hospitalisés à domicile afin d'éclairer les coûts, globalement mais aussi pour chaque motif de prise en charge en HAD reconnu par les professionnels de santé du terrain comme une entité particulière, tant du point de vue de la morbidité que du point de vue des protocoles de soins appliqués et donc des ressources consommées.

La durée de la période d'observation est donc capitale pour assurer cet objectif. Dans le cas des deux structures d'HAD de très grande taille, la fixation de quelques quotas maxima et/ou minima pour certains profils de patients évite le recueil d'information inutile ou le manque d'information. L'HAD de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) a, en ce sens, servi de test. L'AP-HP et Santé Service de Puteaux comptant de très nombreuses admissions chaque mois, l'observation de l'exhaustivité des séjours n'est pas requise et le sondage d'un patient sur trois ou quatre admissions suffit à représenter l'ensemble des cas de patients.

On distingue trois étapes de mise en œuvre selon un calendrier précis.

1. Au premier trimestre 1999, la première consiste à solliciter la participation de l'ensemble des 62 structures d'HAD recensées sur le territoire français et de leur adresser le questionnaire structure. Un total de 29 structures d'HAD ont participé à l'étude, soit près de la moitié, rassemblant environ 80 % des places installées en HAD sur le territoire français. Cf tableau n°2
2. Au printemps 1999, une phase servant de test des questionnaires patients est organisée auprès de la structure d'HAD de l'AP-HP qui compte 820 places d'HAD traditionnelle auxquelles s'ajoutent les activités de nutrition parentérale et de nutrition entérale à domicile. Un premier échantillon de patients présents depuis plus de trois mois est observé du 7 au 13 avril 1999. Puis un second échantillon de patients entrants est constitué en incluant un patient sur trois admis au cours d'une période de deux mois, allant du 3 mai au 2 juillet 1999 ; leur observation dure tout leur séjour jusqu'à concurrence de trois mois maximum, soit jusqu'au 2 octobre 1999. Ce protocole vise à inclure environ 400 patients, ce qui est suffisant pour que la diversité des cas y soit correctement représentée. Afin d'alléger le travail de collecte et d'éviter de constituer un nombre de dossiers patients superflu pour l'étude des coûts, des quotas maxima sont fixés pour l'inclusion de certaines pathologies ou protocoles de soins que l'on sait d'avance homogènes, tant du point de vue des caractéristiques de morbidité que de celui des coûts : c'est le cas, à l'AP-HP, du post partum notamment, de la chimiothérapie pour cancer et de l'hématologie. A l'opposé, le taux de sondage est porté à 100 % des admissions pour pouvoir inclure suffisamment de patients relevant des certains protocoles plus rares : c'est le cas par exemple pour la mucoviscidose ou les pré et post-greffes. Les données concernant les patients de cette structure sont transmises au CREDES directement sous format électronique.

3. L'enquête prospective auprès des patients des autres structures participantes se déroule à l'automne 1999, du 6 septembre 1999 au 19 janvier 2000. Cf tableau n°3
- L'échantillon de patients présents est constitué par tous les patients présents depuis plus de trois mois, le 6 septembre 1999. Leur observation ne dure qu'une semaine : du 6 au 12 septembre 1999.
 - L'échantillon de patients entrants est constitué par tous les patients admis en hospitalisation à domicile au cours d'un mois, entre le 20 septembre 1999 et le 19 octobre 1999. L'observation porte sur le séjour entier du patient limité à 3 mois maximum si celui-ci est toujours pris en charge en HAD. Le terme de l'enquête sur le terrain est donc fixé au 19 janvier 2000 au plus tard.
 - Le relevé des prestations médicales complémentaires est effectué lors de la période d'observation des patients à laquelle on ajoute les 30 jours précédents et les 30 jours suivants. En effet, certaines prescriptions telles que la pharmacie peuvent introduire un biais, la consommation réelle étant à cheval sur la période d'observation en hospitalisation à domicile et sur la période hors observation. L'allongement de cette période d'extraction, applicable à l'ensemble des patients observés dans l'enquête, quels que soit la structure d'HAD ou le type d'échantillon, permet ainsi de simplifier la requête informatique.

Dans le cas de Santé Service de Puteaux, qui compte près de 1 200 places d'HAD, tout comme pour l'AP-HP, le protocole général est modulé afin d'alléger le travail de collecte. Ainsi, un entrant sur 4 admissions en HAD est inclus dans l'enquête, de façon à obtenir un échantillon d'environ 400 patients. De même, quelques quotas minima et maxima sont aussi fixés afin d'obtenir un nombre nécessaire et suffisant de dossiers patients concernant certaines pathologies ou protocoles de soins.

➤ **Organisation sur le terrain des structures d'HAD**

Chaque structure d'HAD participante reçoit un lot de ces questionnaires « patients », accompagné d'une même quantité de modèles de « grilles de relevé » des soins médicaux » de couleurs différentes. Ces grilles de relevé servent à inscrire, jour après jour, toutes les interventions au lit du malade (cf annexe 3). C'est la synthèse des interventions médicales effectuées auprès d'un même patient qui est reportée dans le questionnaire « patient » qui, seul, est retourné au CREDES.

Sur le terrain, chaque structure choisit sa propre organisation. L'infirmière coordinatrice organise la circulation des documents : les grilles de relevé sont soit distribuées auprès de chaque intervenant, soit déposées au domicile du patient. Dans ce dernier cas, chaque intervenant les remplit au domicile du patient lors de son passage. Pour chaque patient, à la fin de la période d'observation, l'infirmière coordinatrice remplit le questionnaire patient à partir des grilles de relevés remplies par les intervenants.

Une seule structure d'HAD, en accord préalable avec le CREDES, a renvoyé les informations contenues dans ce questionnaire sous forme de fichiers informatiques qui sont la réplique conforme du questionnaire patient.

Tableau n°2
Liste des structures d'HAD ayant participé à l'enquête

<i>Ville</i>	<i>Nom de la structure</i>	<i>Ville</i>	<i>Nom de la structure</i>
ALBI	Hôpital d'Albi	MARSEILLE	Centre gérontologique départemental
AMIENS	Soins Services Amiens	MONTPELLIER	Centre régional de lutte contre le cancer
ANGOULÊME	Sante Service Charente	NANTES	Hôpital à domicile
BAYEUX	HAD de Bayeux	PARIS	Assistance Publique -Hôpitaux de Paris
BAYONNE	Sante Service Bayonne et Région	PARIS	Fondation de la Croix St Simon
BÉZIERS	Syndicat interhospitalier du Biterrois et des hauts Cantons	PAU UNIVERSITÉ	Centre hospitalier
CAEN	Sante Croix Rouge	PUTEAUX	Santé Service
CALUIRE	Soins et Santé	REIMS	HAD-Croix Rouge Française
DIJON	Center hospitalier de lutte contre le cancer	ROANNE	Centre Hospitalier
GRASSE	Centre hospitalier de Grasse	ST NAZAIRE	Centre hospitalier Général de St Nazaire
GRENOBLE	CHU de Grenoble	TALENCE	Hôpital au Foyer Bagatelle
LANNION	Centre hospitalier général	TOULOUSE	Centre hospitalier régional Purpan
LIMOGES	Sante Service Limousin	TOURS	HAD de Tours
MARSEILLE	Soins Assistance	TULLE	Centre hospitalier de Tulle
		VICHY	Centre hospitalier de Vichy

Tableau n°3
Périodes de recueil des données HAD
et période d'extraction des prestations d'Assurance Maladie

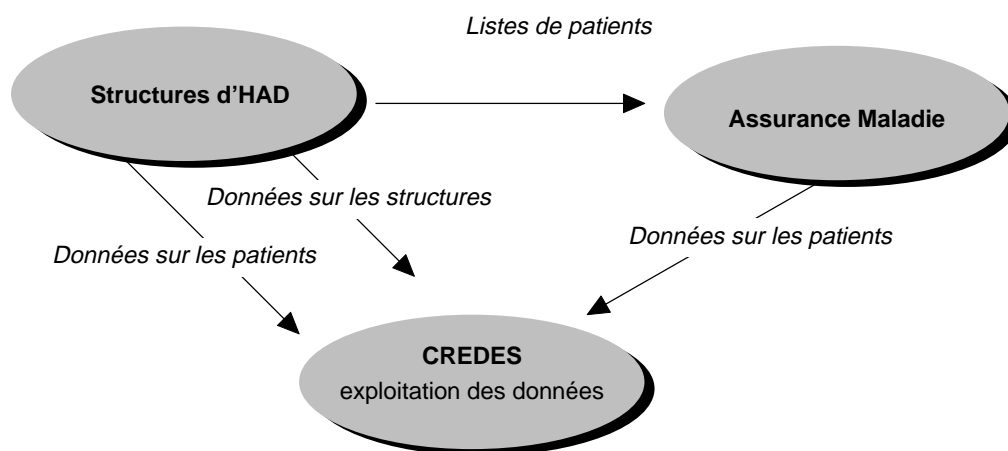
Questionnaire structure		
Enquête réalisée au cours du printemps 1999.		
Questionnaire patient : consommation médicale comprise dans le prix de journée HAD		
Echantillon	Quels sont les patients observés ?	Sur quelle période d'observation ?
PRÉSENTS	Tous les présents le lundi 6 septembre 1999 depuis plus de 3 mois	Pendant une semaine : du lundi 6 septembre au dimanche 12 septembre 1999 inclus
ENTRANTS	Tous les patients admis entre le lundi 20 septembre et le mardi 19 octobre 1999	Du jour de leur admission et jusqu'à leur sortie, soit pendant la totalité de leur séjour, l'observation étant toutefois limitée à 3 mois : soit du lundi 20 septembre 1999 au plus tôt et jusqu'au mercredi 19 janvier 2000 au plus tard (pour les derniers patients admis le 19 octobre 1999).
Extraction des prestations d'Assurance Maladie : consommation médicale complémentaire non comprise dans le prix de journée HAD		
30 jours précédant et 30 jours suivant la période d'observation de chaque patient		

2.3.2 Schéma général d'organisation de l'enquête

La transmission de données d'enquête au CREDES, en particulier pour les données individuelles, exige d'assurer l'anonymat des patients et nécessite une organisation générale spécifique (cf Figure 1) sur laquelle se greffe un suivi des flux d'information transitant par les organismes d'Assurance maladie (cf Figure 2).

1. Les structures d'HAD volontaires effectuent un premier recueil d'informations concernant leur mode de fonctionnement et l'adressent directement au CREDES.
2. Dans un deuxième temps, elles procèdent au recueil de données individuelles concernant d'abord les patients présents en HAD depuis plus de trois mois. Puis elles recueillent les données concernant les patients entrants au cours de la période d'inclusion. Elles transmettent ces informations directement au CREDES, après les avoir anonymisées. Au total, 1860 questionnaires patients ont été remplis par les structures d'HAD.
3. Parallèlement, elles dressent une liste de leurs patients inclus dans l'enquête en indiquant pour chacun, en plus de l'identifiant anonyme et univoque attribué, le numéro administratif d'identification de bénéficiaire de Sécurité sociale. Elles adressent à chaque caisse locale d'Assurance maladie concernée, la partie de cette liste correspondant à la population qu'elle protège et appelée table de correspondance.

Figure 1
Schéma général d'organisation du recueil de données dans l'enquête nationale sur le coût de prise en charge en HAD



4. Les organismes d'Assurance Maladie extraient les prestations des dits patients qui leur sont affiliés (bénéficiaires : assurés ou ayants droit) de leurs fichiers informatiques locaux grâce au numéro administratif d'identification de bénéficiaire de Sécurité sociale. Elles consolident ces données et les transmettent au CREDES, via les caisses nationales, après avoir ré-anonymisé les fichiers en effaçant les numéros de Sécurité sociale.
5. Le CREDES procède à l'appariement des données provenant des structures d'HAD et des organismes d'Assurance Maladie (CNAMTS, MSA et CANAM) puis les analyse (phase d'exploitation).

2.3.3 Suivi des flux d'information transitant par l'Assurance maladie

Outre la transmission directe de données anonymes relatives aux patients observés, provenant des structures d'HAD et destinées au CREDES, la transmission au CREDES des données de prestations complémentaires, extraites du Système Informationnel de l'Assurance Maladie (SIAM), exige la mise en place de circuits d'information devant répondre à deux objectifs :

- assurer le strict anonymat des patients (cf ci-dessus)
- et retrouver dans ces systèmes d'information d'Assurance maladie le maximum de patients observés dans l'enquête HAD et ayant eu des remboursements complémentaires par l'Assurance Maladie pour des prestations médicales non prises en charge dans le prix de journée HAD, afin de les transmettre au CREDES.

L'Assurance Maladie sert ainsi de pivot entre la structure d'HAD d'une part, qui lui transmet la liste des patients échantillonnés HAD pour extraire des fichiers SIAM les données de soins remboursés hors HAD, et le CREDES d'autre part, qui assure l'exploitation des données, selon le schéma de général précédent.

2.3.3.1 Procédure de transmission aux caisses d'Assurance maladie

Ainsi, le recueil des prestations médicales complémentaires au niveau des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) du régime général de la Sécurité sociale et des autres caisses d'affiliation pour les deux autres grands régimes d'assurance maladie s'organise en trois étapes dont le suivi des opérations figure ci-dessous. Cf Figure 2

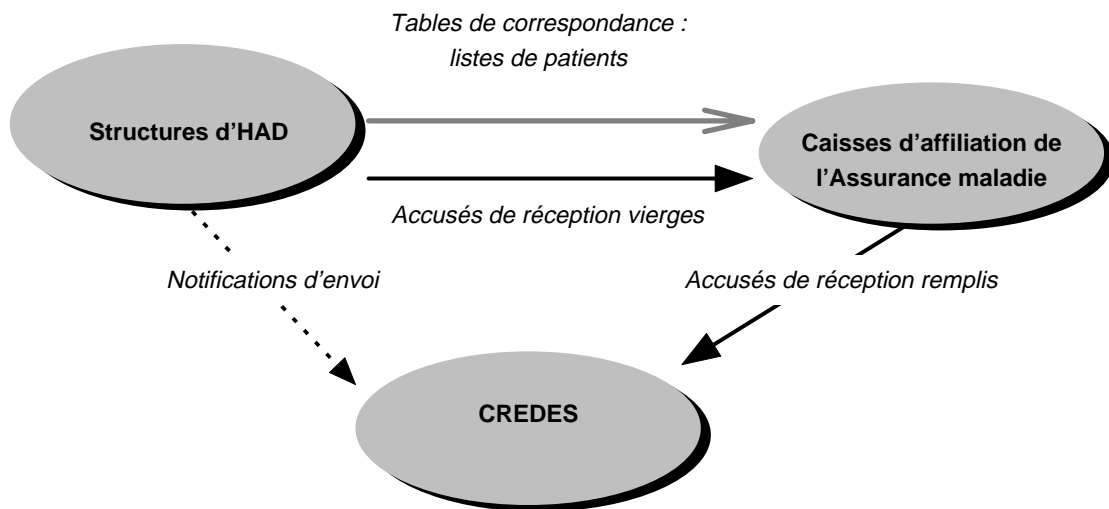
1. Chaque structure d'HAD participant à l'enquête transmet, sous la forme d'une « *table de correspondance* » (Cf. page suivante), la liste de ses patients aux différentes caisses d'affiliation locales concernées, de façon à ce que celles-ci puissent les repérer dans leur système d'information (S.I.A.M.). Dans cette table, pour chaque patient observé, l'infirmière coordinatrice d'HAD fait correspondre l'identifiant administratif « sécurité sociale » du patient (numéro d'immatriculation de l'assuré, date de naissance du bénéficiaire et rang laser) à l'identifiant anonyme CREDES (numéro d'ordre séquentiel). La connaissance de cet identifiant en clair permet à l'Assurance maladie d'assurer l'exploitation de son système informationnel. La table de correspondance est fournie sous deux formes : une édition papier et une disquette. A aucun moment le CREDES, seul à disposer des informations complètes de consommation médicale (HAD et Assurance maladie), n'a accès à ces tables de correspondance. Les structures d'HAD et les Caisses d'Assurance maladie s'engagent à les détruire en fin d'enquête.

La structure d'HAD joint également à cet envoi un « *accusé de réception* » vierge de la table de correspondance.

2. La Caisse d'affiliation retourne cet accusé de réception au CREDES en précisant à la fois le nom et les coordonnées du responsable choisi par la caisse pour suivre cette enquête et le nom de la structure d'HAD concernée.
3. La structure d'HAD informe également le CREDES de ce double envoi aux caisses locales en lui adressant un document intitulé « *notification d'envoi aux CPAM* », précisant les CPAM concernées.

Ainsi, tout au long de la procédure et en fin d'enquête, le CREDES peut confronter les mentions figurant sur les notifications d'envoi avec celles figurant sur les accusés de réception en provenance des CPAM. Une remontée d'information concernant les prestations d'Assurance maladie doit suivre, correspondant à chaque liste de patients.

Figure 2
Suivi des transmissions d'information à l'Assurance maladie
dans l'enquête nationale sur le coût de prise en charge en HAD



2.3.3.2 Remontée des prestations d'Assurance maladie vers le CREDES

Au niveau de l'Assurance maladie, quatre types d'acteurs interviennent pour assurer l'extraction puis la remontée des informations vers le CREDES : d'une part, les caisses locales et nationales (organismes centraux d'assurance maladie des trois grands régimes : CNAMTS, CANAM et Caisse Centrale de la MSA), d'autre part, les centres de traitement informatique régionaux et nationaux. Pour simplifier la description de leurs interventions, prenons l'exemple du régime général dans l'ordre chronologique des opérations.

La caisse nationale (CNAMTS) établit le cahier des charges de l'expression des besoins en collaboration avec le CREDES (co-maîtrise d'ouvrage de l'enquête). Elle assure le développement de la requête informatique d'extraction de données de prestations d'Assurance maladie (maîtrise d'œuvre) qu'elle transmet aux Centres de Traitement Informatiques régionaux (CTI).

Au niveau local, les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) réceptionnent les listes de patients (tables de correspondance) adressées par les structures d'HAD, vérifient la validité de ces données (existence des personnes parmi leurs bénéficiaires) et les transmettent à la CNAMTS pour mise en forme.

La CNAMTS centralise l'ensemble des listes de patients, vérifie les formats et assure l'intégrité des données saisies puis transmet aux différents CTI les listes de patients qui les concernent.

Les CTI assurent l'extraction des prestations d'Assurance maladie de ces patients et les transmettent au Centre National de Traitement Informatique (CENTI).

Le CENTI consolide l'ensemble des données reçues des CTI, les anonymise et, après validation par la CNAMTS, les transmet au CREDES.

Le CREDES rapproche les données de prestations transmises par l'Assurance Maladie avec celles transmises par les structures HAD et en assure l'analyse.

2.4 Exploitation des données

L'analyse des coûts nécessite des étapes préliminaires de préparation des données concernant tant la morbidité que la consommation médicale.

La pathologie et les protocoles de soins qui en découlent font partie des premiers facteurs explicatifs à tester. Ainsi, afin de simplifier l'analyse, on procédera d'abord à une tentative de construction d'un indicateur synthétique de morbidité. Puis des hypothèses de valorisation des consommations médicales directes seront émises et le choix des postes de dépense sera fixé. Enfin, l'analyse des coûts ainsi construits cherchera les facteurs explicatifs de leur variabilité.

2.4.1 Construction d'un indicateur synthétique de morbidité

Pour tester l'influence de la morbidité des patients sur les coûts engendrés par leur prise en charge en HAD, deux étapes sont nécessaires.

Le recueil de l'information relative à l'état de santé des patients doit être complet et basé sur des variables simples à remplir par les personnels de soins, en particulier par les médecins coordonnateurs. De plus, les consignes de remplissage doivent être claires et sans ambiguïté. C'est pourquoi le volet médical du questionnaire patient interroge sur toute une série de variables complémentaires les unes des autres (cf. questionnaire « Patient » en annexe 2).

L'interprétation conjointe de l'ensemble de ces variables étant difficile, leur analyse vise à faire ressortir les éléments descriptifs majeurs ou essentiels, à la fois en termes de cohérence médicale et en termes de fréquence observée dans la population étudiée. Cette analyse procède d'abord étape par étape puis, à l'aide d'outils statistiques tels que l'analyse des données, vise à établir des profils de morbidité ou de prise en charge des patients.

Ainsi, l'analyse doit aboutir à la création d'un ou plusieurs indicateurs synthétiques de morbidité simples, correspondant à une réalité de terrain, acceptables sur le plan conceptuel et compris de tous les futurs utilisateurs.

2.4.2 Hypothèses de valorisation de la consommation médicale

Plusieurs hypothèses en termes de valorisation des données de consommation médicale seront testées.

2.4.2.1 *Des coûts observés aux coûts normés*

Deux étapes sont nécessaires concernant l'information recueillie auprès des patients (comprise dans le prix de journée HAD).

- Les coûts observés : on reproduit l'existant, soit le coût observé dans chaque structure d'HAD. Par exemple, un matériel installé chez le patient sans facturation coûte réellement 0 franc, les médicaments délivrés par l'hôpital à titre gratuit également, le salaire horaire des professionnels de santé est celui propre à chaque structure d'HAD et donc variable d'une structure à l'autre.

Les données manquantes du questionnaire HAD (relevant du prix de journée [PJ] HAD) sont remplacées selon les cas, soit par des moyennes endogènes, soit par des coûts exogènes.

- Une hypothèse normative est nécessaire pour compenser les biais de l'observation et pouvoir émettre des recommandations au niveau national : on utilise alors des normes identiques pour chaque structure pour calculer le coût (même salaire horaire pour l'ensemble des structures d'HAD, même coût pour le matériel...).

2.4.2.2 *Le champ des prestations couvertes*

Deux hypothèses sont à tester.

- Le coût de l'HAD intègre toutes les prestations médicales, y compris l'IRM, l'hospitalisation de jour, les transfusions sanguines, la radiothérapie, la dialyse, les analyses biologiques...
- Le coût de l'HAD n'intègre pas " l'hôpital de jour " dont le coût unitaire est très élevé. Ceci peut se justifier car l'hospitalisation de jour est une alternative à l'hospitalisation au même titre que l'HAD. Ainsi, certaines structures d'HAD fonctionnent en prononçant une sortie administrative puis une réadmission du patient lorsque celui-ci nécessite par exemple une séance de chimiothérapie réalisée en hospitalisation de jour. De plus, les dotations globales qui ont été attribuées récemment à certaines structures d'HAD, excluent cette prestation " hôpital de jour ". A partir des données recueillies dans l'enquête, s'il est possible de calculer un coût " observé " intégrant l'hospitalisation de jour, ce type de soin est, cependant, rarement compris dans le prix de journée HAD (PJ). Par ailleurs, il est impossible de reconstruire artificiellement des séjours complets intégrant systématiquement les hospitalisations de jour émaillant la trajectoire des patients pris en charge alternativement en HAD et en hospitalisation de jour au titre d'un même motif de prise en charge (exemple chimiothérapie pour cancer) ; les biais introduits risqueraient d'être très importants.

2.4.3 Choix des postes de dépense

La construction du coût global de prise en charge en HAD respectera le choix de postes de dépenses particuliers.

Le calcul des coûts globaux fait appel à l'ensemble des fichiers appariés (données relatives aux structures d'HAD, aux patients et aux prestations d'Assurance maladie des trois grands régimes CNAMTS, CANAM et MSA). La dépense globale est construite poste par poste, en les agrégeant en différentes étapes. Au final, on distingue la dépense médicale directe, au lit du malade ou avec déplacement de ce dernier, et la dépense relative au fonctionnement de la structure d'HAD.

On pourra cependant discriminer ce qui relève pour l'instant du prix de journée HAD de ce qui en est exclu et qui est remboursé directement au malade par l'Assurance maladie.

2.4.3.1 La dépense médicale au lit du malade

La dépense médicale directe au lit du malade regroupe la dépense en matériel médical, en pharmacie et en soins médicaux.

➤ La dépense en matériel

Cette prestation est intégrée dans les prix de journée de l'ensemble des structures d'HAD : *volet 6 du questionnaire patient* « montant total en francs ».

Valorisation normative ou données manquantes HAD : on utilise les prix moyens relevés par la structure d'HAD de Nantes. Celle-ci, de taille moyenne (75 lits) est un bon marqueur.

➤ La dépense en pharmacie

Cette dépense est rarement intégrée dans le prix de journée de la structure d'HAD : *volet 6 du questionnaire patient*.

Valorisation normative et données manquantes HAD : on calcule une dépense moyenne par jour, par pathologie ou protocole de soins et par objectif de soins.

Les données HAD sont complétées au besoin par les données de prestations d'Assurance maladie.

➤ La dépense en soins médicaux dispensés auprès du malade à son domicile

Cette dépense regroupe la dépense réalisée par chaque type d'intervenant, soignant salarié ou non de la structure d'HAD, ainsi que la dépense liée à la visite du médecin traitant ou la consultation d'autres médecins.

Cette dépense sera divisée en trois sous-rubriques.

1. Les soins réalisés par les intervenants salariés de l'HAD (*volet 3 du questionnaire patient*) : temps total de soins à domicile au cours de la période d'observation.

La dépense sera valorisée en multipliant la variable « *temps consacré aux soins par intervenant* » par le coût horaire moyen de la catégorie professionnelle de la structure d'HAD correspondante.

Valorisation normative et données manquantes concernant le coût salarial moyen horaire : données de la FHF (Fédération Hospitalière de France) et de la FEHAP (Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif) selon le statut de la structure d'HAD. Valorisation calculée sur la base de 15 ans d'ancienneté.

2. Les frais de déplacement effectués par les salariés de l'HAD : temps total de trajet au cours de la période d'observation. L'information est principalement disponible dans le questionnaire HAD (*volet 3 du questionnaire, question n°34*). Resteront intégrés au frais de fonctionnement de la structure d'HAD, les frais relatifs aux véhicules empruntés par les soignants et dont on ne dispose pas de la précision.

La dépense sera valorisée en multipliant la variable « *temps de trajet* » par le coût horaire moyen de la catégorie professionnelle de la structure d'HAD correspondante.

Valorisation normative et données manquantes concernant le coût salarial moyen horaire : données de la FHF (Fédération Hospitalière de France) et de la FEHAP (Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif) selon le statut de la structure d'HAD. Valorisation calculée sur la base de 15 ans d'ancienneté.

3. Les soins réalisés par les non salariés correspondant aux honoraires des professionnels libéraux (*volet 4 du questionnaire patient et fichiers prestations CNAMTS, MSA et CANAM*) :

La dépense déjà valorisée dans le questionnaire patient est à recueillir telle quelle. A rajouter la dépense remboursée directement au malade par les organismes d'Assurance Maladie.

2.4.3.2 La dépense médicale en dehors du domicile

La dépense médicale réalisée en dehors du domicile comprend :

- **les interventions avec déplacement du malade** : actes réalisés (*volet 5 du questionnaire patient*) et transports sanitaires (*volet 5bis du questionnaire patient*).

L'information disponible est soit relevée dans le questionnaire patient HAD (*volet 5*), soit dans les fichiers de prestations CNAMTS, MSA et CANAM.

La dépense déjà valorisée dans le questionnaire patient est à recueillir telle quelle. A rajouter la dépense remboursée directement au malade par les organismes d'Assurance maladie.

Valorisation normative et données manquantes HAD : calcul à partir des données des comptes de la santé (*dépenses de transports sanitaires*) et de celles du régime général (CNAMTS) (*nombre de malades transportés ou de transports sanitaires effectués*)

2.4.3.3 La dépense de fonctionnement des structures d'HAD

Pour chaque patient, au coût médical direct doit s'ajouter la part du coût de fonctionnement de la structure d'HAD. Ce coût de fonctionnement n'est pas individualisable par définition et, calculé globalement pour chaque structure d'HAD, il est ensuite lissé sur l'ensemble des patients pris en charge. Il s'estime par soustraction de la totalité des coûts médicaux directs et individualisables compris dans le prix de journée HAD (PJ HAD) des dépenses globales de la structure d'HAD, puis il est rapporté à la journée d'hospitalisation.

Seuls les coûts médicaux individualisables sont pris en compte au sein des coûts médicaux directs inclus dans le PJ HAD. Ainsi, les frais de fonctionnement comprennent également, en plus des charges indirectes non médicales ou frais généraux, un volant de dépenses médicales non individualisables. On peut les décomposer de la façon suivante :

- charges indirectes non médicales ou frais généraux de la structure : salaires des non charges indirectes ou médicales ou frais généraux de la structure : salaires des non soignants (administration : directeur, comptabilité, secrétariat ; informatique : informaticiens...), coûts de matériels (bureautique, informatique, téléphone, locaux...), coût des transports (véhicules, essence, location) ;
- frais de coordination médicale : salaires des personnels cadres (infirmière coordonnatrice, médecin coordonnateur), et temps de personnel soignant consacré aux réunions d'information et de coordination entre équipes médicales et paramédicales (groupes de parole...), à la préparation des tournées... ;
- frais relatifs au travail social : salaire des assistants sociaux (hors rares interventions au lit du malade).

Attention : ces frais généraux de structure varient selon le statut de l'établissement. Les structures d'HAD de statut privé associatif assument l'ensemble de ces frais de fonctionnement alors que ce n'est pas le cas des structures d'HAD de statut public. En effet, sauf dans le cas de l'AP-HP, un service d'HAD de statut public est intégré dans un hôpital qui prend en charge de façon centrale le coût de certaines prestations (frais de comptabilité, directeurs, informatique). Il sera donc impossible de comparer les coûts de fonctionnement entre structures d'HAD publiques et privées associatives.

La dépense de fonctionnement sera valorisée par simple différence entre la dépense totale de séjour (soit la recette) et la dépense médicale au lit du malade + dépense médicale en dehors du domicile, **couvertes par le prix de journée HAD.**

Dépense totale de séjour - (dépense médicale au lit du malade + dépense médicale en dehors du domicile)

(PRIX DE JOURNÉE * NBRE DE JOURS) - (DÉPENSE MÉDICALE AU LIT DU MALADE + DÉPENSE MÉDICALE EN DEHORS DU DOMICILE)

Recette

Dépenses couvertes par le prix de journée HAD

2.4.3.4 La dépense hors prix de journée HAD

Comme indiqué page précédente, on pourra discriminer ce qui relève pour l'instant du prix de journée HAD de ce qui en est exclu et remboursé directement au malade par l'Assurance maladie. Il sera intéressant de connaître la part actuellement remboursée directement au malade par les organismes d'Assurance Maladie dans le coût total HAD.

Un calcul simple suffira sur le plan global :

- Dépense totale en HAD : prix de journée * nombre de journées réalisées par la population enquêtée ;
- Dépense remboursée aux malades par l'Assurance maladie : somme des prestations complémentaires servies.

Dépense remboursée par l'AM au malade / (dépense totale en HAD + dépense remboursée par l'AM au malade)

Σ PRESTATIONS AM COMPLÉMENTAIRES / [Σ (PJ * NBRE DE JOURS) + Σ PRESTATIONS AM COMPLÉMENTAIRES]

2.4.4 Analyse des coûts de prise en charge en HAD

L'objectif est d'étudier le montant et la structure du coût journalier « tout compris » et d'en étudier la variabilité. L'analyse peut comprendre trois étapes faisant appel à des modèles différents.

1. Dans une première étape, on étudiera la variabilité des coûts journaliers selon les caractéristiques des patients (morbidité, âge, sexe, catégorie socio-économique, entourage aidant ou non...), de leurs séjours (durée principalement, provenance, mode de sortie) et des structures d'HAD (statut juridique, implantation géographique...).
2. Une seconde étape peut chercher à caractériser des groupes homogènes de patients du point de vue des coûts (analyse de données). Cette typologie devrait mettre en évidence les caractéristiques qui rapprochent les patients ou, au contraire, les séparent.
3. Dans un troisième temps, nous chercherons les variables ayant un effet propre sur la variabilité des coûts d'un patient à l'autre (analyse de la variance). Le but est de classer ces variables explicatives du coût moyen journalier du point de vue de leur influence plus ou moins grande, dans un sens ou dans l'autre, sur le montant du coût moyen journalier. Un premier modèle global intégrant l'ensemble des patients observés peut être complété par des modèles spécifiques pour certaines par pathologie ou certains protocoles de soins.

Conclusion

Conclusion

La richesse d'information recueillie constitue l'originalité de cette enquête. Le CREDES dispose en effet de l'ensemble des variables pertinentes pour étudier, non seulement le niveau, mais également la structure du coût global de prise en charge en HAD ainsi que les facteurs explicatifs ou déterminant ce coût. Les résultats devront éclairer les discussions lors de la définition d'un prix de journée tout compris. La diversité des indications d'hospitalisation à domicile induit des charges en soins très variables, posant la question du nombre pertinent de forfaits différents à recommander en HAD. Le relevé de type RSS (Résumé Standardisé de Sortie du PMSI) adapté à l'HAD est original et procure en cela des éléments intéressants. L'étude n'apporte cependant que peu d'éléments sur les coûts indirects.

La réalisation de cette enquête qui se voulait nationale a entraîné la mise en place de procédures lourdes afin d'assurer l'anonymat des patients et de recueillir l'ensemble des informations disséminées auprès du système de production des soins médicaux et auprès du système gestionnaire des prestations d'Assurance maladie. La participation de ces deux acteurs et leur collaboration étaient essentielles pour répondre aux objectifs de l'enquête.

Malgré quelques difficultés de mise en œuvre pratique, cette enquête, novatrice et exigeante décrit une expérience que nos systèmes d'informations de plus en plus performants permettront de renouveler plus facilement dans l'avenir.

Annexes

Annexe 1 :
Le questionnaire Structure



Questionnaire Structure

- Anne ALIGON ☎ : 01-53-93-43-46
- Laure COM-RUELLE ☎ : 01-53-93-43-29
- Nadine RAFFY-PIHAN ☎ : 01-53-93-43-33

Questionnaire structure H.A.D. Enquête CREDES 1999

1. Nom et adresse de votre structure :

Code Postal Commune :Code F.I.N.E.S.S. géographique¹ Année de création :

(1 : les termes techniques repérés par une note sont explicités dans le glossaire figurant page 4 de ce questionnaire)

2. Quel est le statut de votre structure ?

- ₁ Public
 ₂ Privé PSPH
 ₃ Privé non PSPH

3. Quel est nombre de places autorisées² en 1998 ?

 places autorisées

4. Quelles sont les autres activités pratiquées au sein de votre entité juridique ?

- ₁ Soins infirmiers à domicile (S.I.A.D.)
 ₂ Hôpital de jour
 ₃ Chirurgie ambulatoire
 ₄ Hospitalisation complète
 ₅ Autres, préciser en clair :

5. Quelle est la superficie du secteur géographique couvert par votre structure en Km² ? km²

Cette aire géographique comprend : communes au total (nombre)Soit : communes de 2 000 habitants ou moins (nombre)Soit : communes de 2 001 à 10 000 habitants (nombre)Soit : communes de 10 001 à 20 000 habitants (nombre)Soit : communes de plus de 20 000 habitants (nombre)

6. D'après vous, la population que vous desservez est :

- ₁ plutôt rurale ? ₂ plutôt urbaine ? ₃ ou bien mixte ?

7. Quelles sont les C.P.A.M* d'affiliation des patients que vous prenez en charge ? (préciser leur nom en clair)

* Caisses Primaires d'Assurance Maladie

- 1) 4) 7)
 2) 5) 8)
 3) 6) 9)

8. D'après vous, quels sont les facteurs actuels influant sur la prise en charge en H.A.D. dans votre secteur géographique ?

	En faveur	Contre	Sans influence
1. Les médecins libéraux	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2. Les infirmiers libéraux	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3. Les établissements hospitaliers	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4. Des alternatives à l'hospitalisation autres que l'H.A.D.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5. Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (C.P.A.M.) de votre secteur	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6. La Caisse Régionale d'Assurance Maladie (C.R.A.M.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
7. L'Agence Régionale sur l'Hospitalisation (A.R.H.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8. Autres, préciser	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

9. Activité et dépenses de la structure d'H.A.D. en 1997 et en 1998 :

	1997	1998
Nombre de journées réalisées	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre d'admissions	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre de sorties	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre de malades traités ³ (Cf. glossaire)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Montant total des dépenses de la structure ou du service en Milliers de francs	<input type="text"/>	<input type="text"/>

15. Le personnel de la structure d'H.A.D. :

	Effectif réel ¹¹	Effectif Equivalent temps plein (base 39 h) ¹²	Age moyen	Coût moyen horaire standard ¹³
Personnel salarié				
- Soignants ¹⁴ :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> F <input type="text"/>
• Médecins coordinateurs	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> F <input type="text"/>
• Cadres infirmiers	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> F <input type="text"/>
• Sages-femmes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> F <input type="text"/>
• Infirmiers	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> F <input type="text"/>
• Puéricultrices	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> F <input type="text"/>
• Masseurs-kinésithérapeutes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> F <input type="text"/>
• Ergothérapeutes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> F <input type="text"/>
• Autres auxiliaires médicaux	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> F <input type="text"/>
• Aide-soignants et auxiliaires de puériculture	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> F <input type="text"/>
- Assistants sociaux	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> F <input type="text"/>
- Aide-ménagères	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> F <input type="text"/>
- Personnel administratif	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> F <input type="text"/>
- Personnel informatique	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> F <input type="text"/>
- Personnel technique et autre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> F <input type="text"/>
Intervenants libéraux (autres que médecins)				
• Infirmiers libéraux	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
• Masseurs-kinésithérapeutes lib.	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
• Autres, préciser.....	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

16. Y a-t-il des cadres infirmiers se consacrant exclusivement à la coordination ou à la direction des soins ?
(c'est-à-dire n'intervenant jamais au lit du malade)

1 Oui 2 non

↳ Si oui, préciser leur nombre, âge moyen et coût moyen horaire standard :

	Effectif réel ¹¹	Effectif Equivalent temps plein (base 39 h) ¹²	Age moyen	Coût moyen horaire standard ¹³
Cadres infirmiers coordinateurs des soins exclusivement	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> F <input type="text"/>

17. Quel est le temps global consacré par mois par l'ensemble du personnel en réunions relatives aux soins des patients ? (décisions et coordination des soins, groupes de paroles...)

heures / mois

18. Quel est le taux annuel d'absentéisme dans votre structure ?

nombre de journées d'absence en 1998

 nombre de journées théoriquement travaillées en 1998 X 100 = %

Glossaire

Code F.I.N.E.S.S géographique de la structure d'H.A.D. :

C'est le code F.I.N.E.S.S. d'établissement qui figure au Fichier National de Établissements Sanitaires et Sociaux ; il correspond à l'implantation géographique de la structure d'H.A.D. et peut se distinguer du code F.I.N.E.S.S. de l'entité juridique à laquelle la structure d'H.A.D. appartient si cette dernière comprend plusieurs localisations géographiques.

Places autorisées :

Au 1^{er} janvier de l'année indiquée ou au 31 décembre de l'année précédente.

Malades traités :

Nombre de personnes physiques distinctes effectivement prises en charge en HAD qu'elles aient été admises une ou plusieurs fois au cours de l'année.

Diagnostic infirmier :

Identification d'un problème de santé réel ou potentiel, présenté par une personne ou un groupe, et qui est de la compétence de l'infirmier en fonction de sa formation et de son expérience. Le diagnostic infirmier est l'aboutissement de l'analyse des manifestations et des causes du problème étudié. La synthèse de ces informations conduit à prendre des décisions de soins infirmiers.

Définition internationale N.A.N.D.A. ou A.N.A.D.I. : un diagnostic infirmier est l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels, ou aux processus de vie, d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité. Les diagnostics infirmiers servent de base pour choisir les interventions de soin visant l'atteinte des résultats dont l'infirmière est responsable.

Décision de soins infirmiers :

Choix des interventions, déterminé par l'infirmière dans la zone d'autonomie qui lui est reconnue, en vue de répondre aux besoins de santé d'une personne ou d'un groupe.

Démarche de soins infirmiers :

Processus ou projet global de soins infirmiers : suite ordonnée d'opérations qui a pour finalité la prestation de soins individualisés, continus et adaptés aux besoins d'une personne. La démarche de soins infirmiers s'appuie sur une analyse rigoureuse de la situation. Elle comprend quatre étapes : l'analyse de la situation, la planification de soins, la mise en œuvre des actions de soins et l'évaluation des résultats en vue des réajustements nécessaires.

Plan de soins infirmiers :

Élément du dossier de soins qui fait apparaître les différentes étapes de la démarche de soins infirmiers.

S.I.I.P.S. :

Soins infirmiers Individualisés à la Personne Soignée : la méthode SIIPS permet de déterminer un indicateur de charge en

soins infirmiers donnant une appréciation globale et synthétique des soins pour chaque malade, à partir de la demande de soins du patient ; elle distingue la charge en Soins de Base (SB) des Soins Techniques (ST) et des Soins Relationnels et Educatifs (SRE) ; c'est la méthode choisie en France dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (P.M.S.I.) hospitaliers.

P.R.N. :

Programme de Recherche en Nursing : les activités dont le temps est inclus dans le niveau de soins dans le système PRN sont toutes les activités du personnel infirmier des unités de soins infirmiers - et seulement de ce personnel, à l'exclusion des médecins, physiothérapeutes, inhalothérapeutes, etc... - qui peuvent être rattachées à un client particulier, à savoir les activités de Soins Directs et Indirects (SDI), les transmissions ou Communications au Sujet du Client (CSC) et les Déplacements avec ou pour le Client à l'intérieur ou à l'extérieur de l'unité de soins (DC) ; le niveau de soins du client est donc la somme du temps des SDI, du temps des CSC et du temps des DC ; c'est une méthode expérimentée à l'origine au Canada.

Activités Afférentes aux Soins (A.A.S.) :

La mesure des A.A.S. permet de quantifier les activités hôtelières, d'information, de formation et de gestion assurées par les personnels des unités de soins, ainsi que les liaisons avec les différents services prestataires de l'hôpital (services administratifs, logistiques, médico-techniques).

Effectif réel :

C'est le nombre réel de personnes physiques composant la catégorie de personnel, sans tenir compte des éventuels temps de travail partiels.

Effectif équivalent temps plein (ETP 39 h) :

C'est le nombre évalué de personnes composant le personnel dans le cas où chacun effectuerait 39 heures de travail hebdomadaires ; il est obtenu en faisant l'opération suivante : somme des heures théoriquement travaillées au cours d'une semaine par l'effectif réel et divisé par 39.

Coût moyen horaire standard par catégorie :

Il s'agit des salaires annuels de catégorie de personnel, y compris les congés payés, les primes et les charges salariales et patronales, divisés par le nombre d'heures normalement travaillées dans l'année. On ne tient pas compte des recettes en atténuation, c'est-à-dire des charges liées à la gestion du personnel (cotisations ASSEDIC, remboursements de la sécurité sociale ou autres tels que des congés maladie de longue durée ou autres absences, etc...) qui relèvent de la logistique.

Personnel soignant :

Il s'agit de l'ensemble des médecins, infirmiers coordinateurs et surveillants généraux, sages-femmes, infirmiers, puéricultrices, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, autres auxiliaires médicaux, aides-soignants et auxiliaires de puériculture.

Annexe 2 :
Le questionnaire « Patient »



Questionnaire Patient

- Anne ALIGON ☎ : 01-53-93-43-46
- Laure COM-RUELLE ☎ : 01-53-93-43-29
- Nadine RAFFY-PIHAN ☎ : 01-53-93-43-33

Volet 1 : Caractéristiques socio-démographiques (suite)

PROTECTION SOCIALE

15. Le patient est protégé par l'Assurance Maladie de la Sécurité sociale :

- ₁ Oui, comme assuré ₄ Oui, comme autre ayant droit
₂ Oui, comme ayant droit conjoint ou concubin ₅ Non
₃ Oui, comme ayant droit enfant

16. Le régime de l'assuré est :

- ₁ Régime général ou rattaché ₄ Régime particulier (ex : Mines, S.N.C.F., Militaire...)
₂ Régime agricole ₅ Autre, précisez en clair : _____
₃ Régime des indépendants non agricoles _____

17. Le taux de prise en charge pour ce séjour est : ₁ A 100 % ₂ A 80 %

18. Si la prise en charge est à 100 %, précisez le motif :

- ₁ Affection Longue Durée ₄ Autre, précisez en clair : _____
₂ Maternité _____
₃ Accident du travail _____

19. Le patient a une couverture complémentaire maladie : ₁ Oui ₂ Non
(mutuelle, assurance privée ou caisse de prévoyance)

MILIEU SOCIAL

20. Activité ou occupation du **PATIENT** :

- ₁ Occupe un emploi (y compris en congé de maladie ou de maternité)
₂ Chômeur ou demandeur d'emploi
₃ Retraité
₄ Enfant, militaire du contingent
₅ Inactif pour cause d'invalidité
₆ Autre inactif, précisez (ex : femme au foyer, rentier...) : _____

21. Profession de l'**ASSURE** :

Précisez en clair : _____
(en distinguant bien par exemple « peintre en bâtiment » ou « artiste peintre »)

puis cochez ci-dessous la case correspondante :

– **Salarié (fonctionnaire, salarié d'une entreprise, salarié agricole...)** :

- ₁ Ouvrier Spécialisé, manoeuvre, manutentionnaire, salarié agricole
₂ Ouvrier Qualifié, chauffeur...
₃ Employé (de bureau, commerce, service, maison, aide-soignant...)
₄ Profession intermédiaire, contremaître, agent de maîtrise, technicien, dessinateur, VRP, travailleur social, infirmier, instituteur, catégorie B de la fonction publique...
₅ Ingénieur, cadre d'entreprise, professeur, catégorie A de la fonction publique...

– **Non salarié :**

- ₆ Agriculteur exploitant
₇ Artisan
₈ Commerçant
₉ Chef d'entreprise
₁₀ Autre profession libérale

– **Sans profession :**

- ₁₁ Sans profession

Méthode de remplissage des indicateurs de S.I.I.P.S. : Question n° 26

La méthode de SIIPS (Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée) permet de déterminer un indicateur de charge en soins infirmiers donnant une appréciation globale et synthétique des soins pour chaque malade, à partir de la demande de soins du patient ; elle distingue la charge en Soins de Base (SB) des Soins Techniques (ST) et des Soins Relationnels et Educatifs (SRE) ; c'est la méthode choisie en France dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (P.M.S.I.) hospitaliers.

1) VOUS UTILISEZ CETTE MÉTHODE DE FAÇON HABITUELLE OU EXPÉRIMENTALE :

→ répondez à la question n° 26

Pour cela, vérifiez la méthode de remplissage en vous référant au **module d'information sur les S.I.I.P.S.** Celui-ci vous est fourni avec la méthodologie générale de l'enquête. Cette méthode est issue directement des instructions de **Marie-Claude BEAUGHON** dans son « guide méthodologique » paru en mars 1992 et **publié en janvier 1999** :

« **La méthode S.I.I.P.S. - Indicateurs d'activités en soins infirmiers** »,
Marie-Claude Beaughon, Christine Dick-Delalonde, Françoise Pistre et Philippe Voron, éditions Lamarre.

Les scores S.I.I.P.S. ou coefficients à reporter à la question n° 26 sont ceux **correspondant à la période d'observation du patient**. Il s'agit d'attribuer par type de soins (ISB : pour les soins de base, IST : pour les soins techniques et ISRE : pour les soins relationnels et éducatifs) par **appréciation globale et synthétique des soins**, à partir de la demande de soins de la personne soignée, pour l'ensemble des journées d'un séjour-patient ou pour la période considérée. Ainsi, après avoir noté l'ensemble des soins prodigués au patient au cours de la période, par exemple sur un diagramme de réalisation des soins tel que celui proposé en annexe B du module d'information sur les S.I.I.P.S., le score ou coefficient pour chaque type de soins est fixé à l'issue de la période et pour l'ensemble de celle-ci selon les règles d'attribution détaillées dans ce même module d'information sur les S.I.I.P.S. et comme dans le tableau suivant. Il est recommandé d'effectuer le relevé des informations au moment du « colloque infirmier ou transmission ».

Dans le cas où vous vous aidez d'un relevé journalier, pour connaître la structure et l'intensité d'un séjour, l'attribution des coefficients par période obéit à une règle absolue quel que soit le type de soins :

Le coefficient à retenir par période est le coefficient le plus fréquemment rencontré ou le plus élevé en cas de fréquence égale.

Le calcul du S.I.I.P.S. total sur la période ou le séjour (S.I.I.P.S. ou ISS), ou score global, se fait ensuite par l'addition des trois scores détaillés par type de soins comme dans le tableau suivant.

$S.I.I.P.S. SB = ISB = \frac{(coef. SB \times DP1) + (coef. SB \times DP2) + (coef. x DP3)}{DS}$	$DP : \text{Durée de Période}$	$DP1 : \text{pour la période 1}$
$S.I.I.P.S. ST = IST = \frac{(coef. ST \times DP1) + (coef. ST \times DP2) + (coef. x DP3)}{DS}$	$DP2 : \text{pour la période 2}$	$DP3 : \text{pour la période 3}$
$S.I.I.P.S. SRE = ISRE = \frac{(coef. SRE \times DP1) + (coef. SRE \times DP2) + (coef. x DP3)}{DS}$		
$S.I.I.P.S. total = ISS = ISB + IST + ISRE$		

→ Cas de l'échantillon de patients présents :

Un patient appartenant à l'échantillon de présents depuis plus de trois mois est **observé au cours d'une seule semaine**, du 6 au 12 septembre 1999. **Les scores** à reporter à la question n° 26 sont ceux **correspondant à l'ensemble de la période des 7 jours d'observation** de ce patient. Il ne s'agit pas des scores du septième jour mais d'un relevé par appréciation globale effectuée au septième jour (le 12 septembre 1999) mais sur l'ensemble de la semaine d'observation.

→ Cas de l'échantillon de patients entrants :

Un patient appartenant à l'échantillon d'entrants est **observé au cours de son séjour entier, limité toutefois à trois mois**. **Les scores** à reporter à la question n° 26 sont ceux **correspondant à la période d'observation, soit au séjour entier** de ce patient, **soit aux trois premiers mois du séjour**.

Suivant la durée de cette observation, le relevé s'effectue différemment :

- pour les séjours inférieurs ou égaux à 7 jours : un seul relevé par appréciation globale effectuée le jour de la sortie ;
- pour les séjours (ou périodes d'observation) supérieurs à 7 jours : un relevé par période de 7 jours et un relevé le jour de la sortie ou le dernier jour d'observation.

2) VOUS N'UTILISEZ PAS OU NE CONNAISSEZ PAS CETTE MÉTHODE :

→ passez directement à la question n° 27

Principes de recueil de l'Information médicale ou morbidité du patient à l'usage du médecin coordonnateur

COLONNE 27 : HIÉRARCHIE DES DIAGNOSTICS

Choix du diagnostic principal (D.P.)

Le médecin coordonnateur recueille et code ces informations médicales à l'issue du séjour en HAD à partir du dossier médical du malade, dans l'esprit du Résumé Standardisé de Sortie (RSS) du PMSI.

Le **DIAGNOSTIC PRINCIPAL** est la pathologie qui, au sens du médecin coordonnateur, a suscité ou mobilisé **L'ESSENTIEL DE L'EFFORT MÉDICAL ET SOIGNANT** au cours du séjour.

Dans le cas de l'échantillon de patients présents depuis plus de 3 mois et observés uniquement une semaine, le diagnostic principal reste le motif ayant mobilisé l'essentiel des ressources au cours du séjour déjà écoulé.

Priorité au codage des motifs de prise en charge ou codes « Z » de la CIM 10

Un patient est le plus souvent admis en HAD alors que l'essentiel des investigations diagnostiques a déjà eu lieu par ailleurs et que les traitements sont prescrits ou déjà effectués pour certains. Ainsi, le séjour en HAD est le plus souvent motivé par des surveillances et/ou des soins médicaux programmés. De ce fait, ce séjour est mieux caractérisé en diagnostic principal par le motif de recours à l'HAD (exemple : « prise en charge pour chimiothérapie ») que par la pathologie du patient (exemple : « tumeur maligne du côlon sigmoïde »). C'est pourquoi :

Le **DIAGNOSTIC PRINCIPAL** est très souvent choisi parmi les **codes « Z » du chapitre XXI de la CIM 10**
« Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux soins ».
(exemple : « Chimiothérapie pour tumeur » = « **Z51.1** »)

Le diagnostic principal est donc beaucoup plus rarement exprimé en terme d'affection causale ou étiologie dont le codage appartient aux chapitres précédents de la C.I.M. 10. Cette affection causale est cependant systématiquement notée au sein de la liste des diagnostics mais, le plus souvent, elle figure parmi les diagnostics associés.

La hiérarchisation des diagnostics et les diagnostics associés (D.A.)

La **prise en charge pour des motifs multiples** est très fréquente en HAD du fait des pathologies lourdes auxquelles elle s'adresse (exemple : « prise en charge pour chimiothérapie » et « prise en charge de la douleur »). La hiérarchisation de ces motifs peut être difficile pour en distinguer le principal. Les autres motifs seront considérés comme diagnostics associés et notés en tant que tels pour participer à la description du séjour en HAD.

Toutes les autres maladies dont souffre le patient, même si elles ne sont pas à l'origine de l'HAD, sont également répertoriées parmi les diagnostics associés afin de compléter la description du séjour en HAD.

COLONNE 28 : NATURE PRÉCISE DE LA MALADIE OU DU MOTIF DE RECOURS À L'HAD

La désignation très précise de la nature de la maladie ou du motif de recours à l'HAD sera exprimée en clair afin de permettre, si besoin, l'harmonisation du codage entre les différentes structures d'HAD participant à l'enquête.

COLONNE 29 : L'UTILISATION DE LA CIM 10

L'ensemble des diagnostics posés sera codé à l'aide de la Classification Internationale des Maladies 10^{ème} révision (CIM 10). Les codes de la CIM 10 comprennent 4 caractères chiffrés permettant de caractériser la plupart des maladies ou motifs de prise en charge.

La précision éventuelle par l'utilisation d'un thésaurus de spécialité

Toutefois, dans le cadre spécifique de l'HAD où le diagnostic principal sera le plus souvent un code « Z », certains compléments au code CIM 10 peuvent être nécessaires à la description de la nature précise du motif de recours à l'HAD. Pour cela, le médecin coordonnateur recourt à un thésaurus de spécialité préexistant ou qu'il met au point pour les besoins de l'enquête. Ce thésaurus peut donc être propre à chaque structure d'H.A.D qui fournira alors au CREDES une liste des codes de spécialité utilisés dans la colonne « thésaurus de spécialité ». Dans l'exemple choisi au recto :

- **D.P.** : le code CIM 10 « Z51.1 » signifie « une séance de chimiothérapie pour tumeur » ; le caractère suivant « 1 » précise qu'il s'agit d'une « série de séances de chimiothérapie pour tumeur réalisées en HAD ».
- **D.A.1** : le code CIM 10 « R52.2 » signifie « autres douleurs chroniques » ; le caractère suivant « 1 » précise qu'il s'agit d'un « traitement de douleurs chroniques réalisés en HAD ».

COLONNE 30 : PRÉCISEZ L'ÉTILOGIE

Pour préciser l'affection causale ou diagnostic étiologique parmi l'ensemble de diagnostics, on porte la lettre « E » en regard de celle-ci dans la colonne 30. Cette désignation est indispensable pour permettre la comparaison de la dispersion des coûts par pathologie, tant en termes de motifs de prise en charge univoque qu'en termes d'étiologie.

L'exemple choisi au recto, à savoir une hospitalisation en HAD pour chimiothérapie et prise en charge de la douleur chez un patient atteint d'une tumeur maligne du côlon sigmoïde et souffrant en outre d'une cardiopathie hypertensive, illustre à la fois la notion de hiérarchisation des diagnostics entre eux, avec la désignation du diagnostic principal et le repérage de l'étiologie, et donne des exemples de codage par l'utilisation de la CIM 10 et d'un thésaurus de spécialité.

Volet 2 : Dossier médical - médecin coordonnateur

Structure

N° de secteur

Echantillon

N° ordre patient

Prénom du patient (saisir 15 caractères maximum)

A REMPLIR PAR LE MEDECIN COORDONNATEUR

Information médicale ou morbidité du patient :

en se référant à la méthode de remplissage page 6

A LA SORTIE DU MALADE (ou au moment de l'enquête pour l'échantillon présent)				
27. Hiérarchie des diagnostics <i>Cf. méthode de remplissage page suivante</i>	28. Nature précise de la maladie ou du motif de recours à l'H.A.D. <i>en clair</i>	29. Code		30. Précisez l'étiologie <i>(en indiquant « E » en face de l'affection causale de la prise en charge)</i>
		C.I.M. 10	<i>précision si besoin (selon un éventuel thésaurus de spécialité)</i>	
<i>Exemple :</i> Diagnostic Principal (DP) Diagnostic Associé 1 (DA1) Diagnostic Associé 2 (DA2) Diagnostic Associé 3 (DA3)	<i>chimiothérapie pour tumeur prise en charge de la douleur tumeur maligne du côlon sigmoïde cardiopathie hypertensive S.A.I.</i>	<i>C.I.M. 10</i> Z_5_1_1_ R_5_2_2_ C_1_8_7_ 1_1_1_9_	<i>th. spéc.</i> _ _ _ 1_ _ _ _ 1_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _E_ _
Diagnostic Principal (DP)		_ _ _ _	_ _ _ _	_
Diagnostic Associé 1 (DA1)		_ _ _ _	_ _ _ _	_
Diagnostic Associé 2 (DA2)		_ _ _ _	_ _ _ _	_
Diagnostic Associé 3 (DA3)		_ _ _ _	_ _ _ _	_
Diagnostic Associé 4 (DA4)		_ _ _ _	_ _ _ _	_
Diagnostic Associé 5 (DA5)		_ _ _ _	_ _ _ _	_
Diagnostic Associé 6 (DA6)		_ _ _ _	_ _ _ _	_
Diagnostic Associé 7 (DA7)		_ _ _ _	_ _ _ _	_
Diagnostic Associé 8 (DA8)		_ _ _ _	_ _ _ _	_
Diagnostic Associé 9 (DA9)		_ _ _ _	_ _ _ _	_

31. La maladie étiologique est-elle en période évolutive particulière ?

- 1 Oui, en phase d'aggravation
- 2 Oui, en phase palliative (fin de vie)
- 3 Oui, en phase d'amélioration
- 4 Non

Volet 3 : FICHE DE SYNTHÈSE
Interventions au lit du malade : les SALARIES de l'HAD

Structure
 N° de secteur
 Echantillon
 N° ordre patient
 Prénom du patient (saisir 15 caractères maximum)

FAIRE LA SYNTHÈSE DES INTERVENTIONS PAR CATÉGORIE DE PERSONNEL
 A REMPLIR EN FIN D'ENQUÊTE A PARTIR DE LA GRILLE DE RELEVÉ CORRESPONDANTE

32. Type d'intervenants	33. Nombre total de passages au cours du séjour ou de la période d'observation	34. Temps total de transport au cours du séjour ou de la période d'observation H mn	35. Temps total passé au domicile du patient au cours de la période d'observation H mn	36. Pour les assistantes sociales si possible : temps de travail total individualisé hors lit du malade au cours du séjour ou de la période d'observation H mn
Cadre infirmier (code 4)				
Infirmier(e) (code 5)				
Sage-femme (code 6)				
Puéricultrice (code 7)				
Masseur-kinésithérapeutes (code 8)				
Ergothérapeute (code 9)				
Psychologue (code 10)				
Orthophoniste (code 11)				
Diététicien (code 12)				
Aide-soignant(e) (code 13)				
Auxiliaire de puériculture (code 14)				
Assistante sociale (code 15)				
Agent hospitalier (code 16)				
Aide-ménagère (code 17)				
Autres (code 19)				

37. Interventions réalisées de façon conjointe :

Combien y-a-t-il d'interventions conjointes (I.C.) au cours du séjour ou de la période d'observation ?
 C'est le nombre de lignes figurant sur la grille de relevé correspondante et dont le type d'intervention est « 2 »,
 ce nombre étant ensuite divisé par 2 :

= / 2 = I.C.

Volet 4 : FICHE DE SYNTHÈSE
Interventions au lit du malade : les NON SALARIES de l'HAD
actes inclus dans le prix de journée de l'HAD

Structure
 N° de secteur
 Echantillon
 N° ordre patient
 Prénom du patient (saisir 15 caractères maximum)

FAIRE LA SYNTHÈSE DES INTERVENTIONS PAR CATÉGORIE DE PERSONNEL
 A REMPLIR EN FIN D'ENQUÊTE A PARTIR DE LA GRILLE DE RELEVÉ CORRESPONDANTE

38. Type d'intervenants	39. Montant total en francs pour le séjour ou la période d'observation	40. Nombre total de coefficients			
Médecin traitant (code 1)	<input type="text"/> , <input type="text"/> F	C <input type="text"/>	V <input type="text"/>	K <input type="text"/>	
Médecin spécialiste libéral (code 2)	<input type="text"/> , <input type="text"/> F	CS <input type="text"/>	VS <input type="text"/>	K <input type="text"/>	KC <input type="text"/>
Médecin hospitalier (code 3)	<input type="text"/> , <input type="text"/> F	C ou CS <input type="text"/>	V ou VS <input type="text"/>	K <input type="text"/>	KC <input type="text"/>
Infirmier(e) (code 5)	<input type="text"/> , <input type="text"/> F	AIS <input type="text"/>	AMI <input type="text"/>		
Sage-femme (code 6)	<input type="text"/> , <input type="text"/> F	C ou V <input type="text"/>	SFI <input type="text"/>	SF <input type="text"/>	
Puéricultrice (code 7)	<input type="text"/> , <input type="text"/> F	AIS <input type="text"/>	AMI <input type="text"/>		
Masseur-kinésithérapeute (code 8)	<input type="text"/> , <input type="text"/> F	AMC <input type="text"/>	AMK <input type="text"/>		
Orthophoniste (code 11)	<input type="text"/> , <input type="text"/> F	AMO <input type="text"/>			
Assistante sociale (code 15)	<input type="text"/> , <input type="text"/> F				
Aide ménagère (code 17)	<input type="text"/> , <input type="text"/> F				
Laboratoires (code 18)	<input type="text"/> , <input type="text"/> F	B, BP ou BR <input type="text"/>	KB <input type="text"/>	TB ou PB <input type="text"/>	
.....(code 19)	<input type="text"/> , <input type="text"/> F				
.....(code 19)	<input type="text"/> , <input type="text"/> F				
.....(code 19)	<input type="text"/> , <input type="text"/> F				
.....(code 19)	<input type="text"/> , <input type="text"/> F				
.....(code 19)	<input type="text"/> , <input type="text"/> F				
.....(code 19)	<input type="text"/> , <input type="text"/> F				

Volet 5 : FICHE DE SYNTHESE
Intervention avec déplacement du malade : actes et transports
inclus dans le prix de journée de l'HAD

Structure
 N° de secteur
 Echantillon
 N° ordre patient
 Prénom du patient (saisir 15 caractères maximum)

I. Les actes réalisés (une seule ligne par type d'acte réalisé)

FAIRE LA SYNTHESE DES INTERVENTIONS PAR TYPE D'ACTES OU EXAMENS
 A REMPLIR EN FIN D'ENQUETE A PARTIR DE LA GRILLE DE RELEVÉ CORRESPONDANTE

41. Type d'actes réalisés et inclus dans le prix de journée	Au cours du séjour ou de la période d'observation	
	42. Nombre total de lignes renseignées dans la grille de relevé	43. Montant total en francs
Consultation médicale (code 1)		<input type="text"/> , <input type="text"/> F
Kinésithérapie (code 2)		<input type="text"/> , <input type="text"/> F
Echographie (code 3)		<input type="text"/> , <input type="text"/> F
Scanner (code 4)		<input type="text"/> , <input type="text"/> F
IRM (code 5)		<input type="text"/> , <input type="text"/> F
Radiographie (code 6)		<input type="text"/> , <input type="text"/> F
Analyses biologiques (code 7)		<input type="text"/> , <input type="text"/> F
Transfusion (code 8)		<input type="text"/> , <input type="text"/> F
Dialyse (code 9)		<input type="text"/> , <input type="text"/> F
Hospitalisation de jour (code 10)		<input type="text"/> , <input type="text"/> F
Intervention SAMU (code 11)		<input type="text"/> , <input type="text"/> F
Radiothérapie (code 12)		<input type="text"/> , <input type="text"/> F
Dialyse (code 13)		<input type="text"/> , <input type="text"/> F
.....(code 14)		<input type="text"/> , <input type="text"/> F
.....(code 14)		<input type="text"/> , <input type="text"/> F
.....(code 14)		<input type="text"/> , <input type="text"/> F
.....(code 14)		<input type="text"/> , <input type="text"/> F

II. Les transports utilisés (une seule ligne par type de transport utilisé)

FAIRE LA SYNTHESE DES DÉPLACEMENTS PAR TYPE DE TRANSPORTS,
 A REMPLIR EN FIN D'ENQUETE A PARTIR DE LA GRILLE DE RELEVÉ CORRESPONDANTE

44. Type de transport	Au cours du séjour ou de la période d'observation	
	45. Nombre total de trajets facturés (simples ou A/R)	46. Montant total en francs
VSL (code 1)		<input type="text"/> , <input type="text"/> F
Taxi (code 2)		<input type="text"/> , <input type="text"/> F
Ambulance (code 3)		<input type="text"/> , <input type="text"/> F
Voiture personnelle (code 4)		<input type="text"/> , <input type="text"/> F
Autres (code 5)		<input type="text"/> , <input type="text"/> F

Annexe 3 :
Grille de relevé des soins médicaux



GRILLES DE RELEVÉ

Ces grilles permettent de recueillir certaines informations qui sont synthétisées dans les volets n° 3, 4, 5, 6 et 7.

- Anne ALIGON ☎ : 01-53-93-43-46
- Laure COM-RUELLE ☎ : 01-53-93-43-29
- Nadine RAFFY-PIHAN ☎ : 01-53-93-43-33

***Annexe 4 :
Documents de suivi d'enquête***



A, le

A l'attention du Docteur Laure COM-RUELLE
CREDES
1, rue Paul Cézanne
75008 Paris

Objet : «Procédure de mobilisation des données locales - Enquête HAD CREDES»
Accusé de réception d'une liste de patients enquêtés dans une structure d'HAD
à l'usage des CPAM

Je soussigné, Madame ou Monsieur
responsable à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de
pour l'enquête HAD-CREDES, accuse réception de la liste de patients observés adressée par la structure d'HAD
suivante :.....

Signature

Annexe 5 :
Module S.I.I.P.S.



Anne ALIGON ☎ : 01-53-93-43-46
Laure COM-RUELLE ☎ : 01-53-93-43-29
Nadine RAFFY-PIHAN ☎ : 01-53-93-43-33

Module S.I.I.P.S.

Module d'information sur

L'ÉVALUATION DE LA CHARGE EN SOINS PAR LA

MÉTHODE DES S.I.I.P.S. OU

SOINS INFIRMIERS INDIVIDUALISÉS À LA PERSONNE SOIGNÉE

*à l'usage des infirmières coordinatrices des structures d'HAD utilisant la méthode S.I.I.P.S.
pour l'aide au remplissage de la question 26 du dossier médical infirmier*

SOMMAIRE

**I. Guide d'utilisation pour le recueil des données S.I.I.P.S. :
à l'usage des infirmiers**

**II. Guide pour le traitement et l'analyse des données S.I.I.P.S. :
destiné aux infirmières coordinatrices**

III. Annexes :

- A. Grille de lecture des coefficients S.I.I.P.S. en H.A.D. :
nomenclature des soins infirmiers et sélection de leurs coefficients
- B. Modèle de diagramme de réalisation journalière des soins infirmiers
- C. Modèle de grille de relevé journalier des S.I.I.P.S., appréciation par période et par séjour
- D. Calcul de l'intensité de soins par patient pour la période d'observation

I - Evaluation de la charge en soins : guide d'utilisation pour le recueil des données S.I.I.P.S. à l'usage des infirmiers

La méthode des « **Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée ou S.I.I.P.S.** » permet non seulement une évaluation quantitative mais aussi qualitative des soins. Elle doit être appliquée rigoureusement, comme indiqué dans les instructions de **Marie-Claude BEAUGHON** parues en mars 1992 dans son « guide méthodologique » et publiées en janvier 1999 :

« La méthode S.I.I.P.S. - Indicateurs d'activités en soins infirmiers »,
Marie-Claude Beaughon, Christine Dick-Delalonde, Françoise Pistre et Philippe Voron, Éditions Lamarre.

Ce guide d'utilisation reprend également certains éléments extraits d'un article paru dans la revue « Objectifs Soins » n° 48, décembre 1996, auteurs : *Nelly Bernard (surveillante-chef, chef de projet) et alii, centre hospitalier de Saint-Egrève (Isère).*

I. DÉFINITIONS PRÉALABLES À L'ÉVALUATION

A. LA FONCTION INFIRMIÈRE

La fonction infirmière recouvre plusieurs champs d'action :

- la prévention, l'éducation et la promotion en matière de santé individuelle et collective ;
- la formation et l'encadrement des personnels infirmiers et la participation à la formation et à l'encadrement des autres personnels de santé ;
- la participation à l'établissement du diagnostic, à l'application des prescriptions médicales et à la surveillance des malades et des thérapeutiques ;
- la recherche dans le domaine des soins infirmiers et la participation à la recherche en matière d'épidémiologie, d'ergonomie, d'hygiène et de sécurité.

Elle comprend l'analyse, l'organisation, l'évaluation des soins infirmiers et leur prestation soit sur prescription médicale, soit dans le cadre du « rôle propre » de l'infirmier (article 1 du décret 81-539 du 12 mai 1981). Dans ce dernier cas, il appartient à l'infirmier de prendre seul ou en collaboration toutes les décisions qui ont trait à ce domaine spécifique.

B. LES SOINS INFIRMIERS

Les soins infirmiers constituent une discipline visant à offrir à une personne et/ou à une collectivité un ensemble de prestations qui concourent à répondre à leurs besoins de santé.

On distingue généralement :

- les soins liés aux fonctions d'entretien et continuité de la vie (soins de base) ;
- et les soins curatifs ou de réparation (soins techniques et relationnels).

Les soins infirmiers peuvent être de nature éducative, préventive, curative, technique et relationnelle. L'ensemble des soins infirmiers a une composante relationnelle.

Selon le décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière article 1^{er} :

« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs sont de nature technique, relationnelle et éducative. Leur réalisation tient compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des règles professionnelles des infirmiers et infirmières, incluant notamment le secret professionnel :

- de protéger, de maintenir, restaurer et promouvoir la santé des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques, en tenant compte de la personnalité de chacune d'elles, dans ses composantes psychologique, sociale, économique et culturelle ;
- de prévenir et évaluer la souffrance et détresse des personnes et de participer à leur soulagement ;
- de concourir au recueil des informations et aux méthodes qui seront utilisées par le médecin pour établir son diagnostic ;
- de participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;
- d'appliquer les prescriptions médicales et les protocoles établis par le médecin ;
- de participer à la surveillance clinique des patients et à la mise en œuvre des thérapeutiques ;
- de favoriser le maintien, l'insertion ou la réinsertion des personnes dans leur cadre de vie familial et social », habituel ou nouveau ;
- « d'accompagner les patients en fin de vie et, en tant que de besoin, leur entourage. »

C. LES ACTIVITÉS

Les activités infirmières peuvent être réparties en deux grandes catégories, les soins directs et les activités afférentes aux soins.

1) Les soins directs

Les soins infirmiers comprennent tout acte de soins infirmiers dispensé au malade. Dans le cadre des études de charge de travail, les éléments constitutifs des soins directs sont précisés dans la méthodologie adoptée. Cf. § III.B.2)

2) Les activités afférentes aux soins

Les activités afférentes aux soins (A.A.S.) contribuent aux soins et sont exercées en l'absence du malade. Dans le cadre des études de charge de travail, les éléments constitutifs des activités afférentes aux soins sont précisés dans la méthodologie adoptée. Dans les activités afférentes aux soins sont compris notamment la gestion et le contrôle des activités de soins, la gestion du dossier de soins, l'encadrement, l'information, l'enseignement clinique du personnel et des élèves, l'établissement des horaires, des congés, des activités hôtelières.

II. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION DE LA CHARGE EN SOINS INFIRMIERS

Evaluer la charge en soins infirmiers permet :

- d'identifier l'ensemble de l'activité infirmière ;
- d'adapter l'offre de soins à la demande de soins ;
- de tenir compte de la charge de travail infirmière dans l'organisation des soins ;
- de favoriser la réflexion collective sur la quantité et la qualité du travail ;
- de faire connaître, de valoriser et de promouvoir les soins infirmiers ;
- de participer aux programmes d'information et d'évaluation médicale (PMSI, RSS...) ;
- de développer la communication professionnelle par la mise en place d'un référentiel commun à tous les soignants.

III. PRÉSENTATION DE LA MÉTHODE SIIPS

A. PRINCIPE GÉNÉRAL

La méthode S.I.I.P.S. (Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée) permet de déterminer un indicateur en soins infirmiers donnant une appréciation globale et synthétique des soins pour un séjour de patient **à partir de la demande en soins du patient** : c'est une méthode « classante ».

Cette méthode s'appuie sur la démarche de soins infirmiers, l'utilisation du dossier de soins infirmiers, l'utilisation du guide journalier, dans lesquels le soignant retrouve toutes les composantes du soin infirmier (soins de base, sur prescription, observations infirmières, protocoles, diagnostics infirmiers).

Les SIIPS sont centrés sur le soin au patient. L'activité mesurée est celle qui se rattache directement à un patient, en sa présence, à partir de ses besoins et/ou de sa demande de soins. Cette méthode est basée sur l'acte de soins infirmiers.

B. LA MÉTHODE

1) La structure des soins

Les soins directs comprennent 8 « **groupes** » de soins regroupés eux-mêmes en 3 « fonctions » de soins (ou types de soins). Ces 8 « groupes » de soins représentent la **structure des soins**.

La structure des soins	
3 « fonctions » de soins (ou types de soins) :	8 « groupes » de soins :
• les soins de base :	✓ l'alimentation ; ✓ la locomotion-mobilisation ; ✓ l'élimination (urinaire, fécale, digestive, respiratoire) ✓ l'hygiène et le confort ;
• les soins techniques :	✓ le diagnostic ✓ la thérapeutique ;
• les soins relationnels et éducatifs :	✓ la relation ; ✓ l'éducation.

2) Les fonctions de soins

a) **Les soins de base** ou soins d'entretien et de continuité de la vie sont toutes les interventions qui visent à compenser, partiellement ou totalement, un état de dépendance d'une personne, afin de maintenir ses fonctions vitales et de lui permettre de recouvrer son autonomie sur le plan de l'alimentation, de la locomotion, de l'élimination et de l'hygiène.

Ces soins prennent en compte les habitudes de vie, les coutumes, les croyances, les valeurs de la personne ou du groupe auquel ils s'adressent. Ils sont généralement désignés improprement par le terme anglais de *nursing* qui signifie soins infirmiers.

b) **Les soins techniques** sont donnés à l'aide de procédés techniques et de moyens essentiellement matériels. Ils nécessitent une compétence et une habileté spécifiques et sont liés à l'évolution technologique des domaines qui intéressent la santé. Pour la plupart, les soins techniques sont prescrits par le médecin (Cf. articles 4, 5, 6 et 8 du décret n° 3-345 du 15 mars 1993).

L'acte de soin technique suit la procédure suivante :

- consulter le plan de soins ;
- se laver les mains ;
- préparer le matériel ;
- identifier la personne soignée ;
- exécuter le soin ;
- ranger le matériel (sans nettoyage ni stérilisation) ;
- noter l'exécution du soin ;
- surveiller le patient et le déroulement d'un soin prolongé.

Il ne faut pas confondre soins techniques et techniques de soins qui correspond à l'ensemble des procédés méthodiques utilisés dans la prestation des soins infirmiers, qu'ils soient de base, techniques ou relationnels et éducatifs.

- c) Les soins relationnels** sont des interventions verbales ou non verbales visant à établir une communication en vue d'apporter une aide à une personne ou à un groupe.
- d) Les soins éducatifs** sont des interventions qui consistent à offrir à une personne, ou à un groupe, des informations, conseils ou assistance pour lui permettre de comprendre ce qui peut « *maintenir, restaurer, promouvoir* » sa santé et de modifier ses comportements (selon la *Terminologie des soins infirmiers, glossaire provisoire n° 3*, série « Soins infirmiers », février 1993).

Les soins relationnels et/ou éducatifs sont regroupés en une seule fonction dénommée « soins relationnels et éducatifs » dans les SIIPS.

3) L'intensité des soins mesurée par des coefficients

Dans la méthode SIIPS, chaque fonction de soins est classée en quatre niveaux de soins auxquels sont attribués des coefficients représentant une intensité de soins : 1, 4, 10, 20.

Cf Annexe A : « Grille de lecture des coefficients S.I.I.P.S. en H.A.D. : nomenclature des soins infirmiers et sélection de leurs coefficients »

a) Pour les soins de base :

Les coefficients correspondent au degré de dépendance de la personne soignée :

- ✓ 1 = autonomie ;
- ✓ 4 = dépendance modérée : dans au moins 2 « groupes » de soins, aide ponctuelle ou occasionnelle ;
- ✓ 10 = dépendance majeure : dans au moins 2 « groupes » de soins, aide permanente ou réalisation de la quasi-totalité des soins ;
- ✓ 20 = dépendance totale : dans au moins 2 « groupes de soins », suppléance totale.

b) Pour les soins techniques, les coefficients correspondent à une fourchette de temps moyen :

- ✓ 1 = prédominance de soins légers (1 à 10 mn) ;
- ✓ 4 = prédominance de soins courts (11 à 40 mn) ;
- ✓ 10 = prédominance de soins lourds ou de soins légers et courts répétés (41 à 120 mn) ;
- ✓ 20 = prédominance de soins très lourds (121 à 190 mn et au-delà).

c) Pour les soins relationnels et éducatifs, les coefficients correspondent au degré de dépendance psychique du malade, identifiés selon les mêmes niveaux que pour les soins de base :

- ✓ 1 = autonomie ;
- ✓ 4 = dépendance modérée ;
- ✓ 10 = dépendance majeure ;
- ✓ 20 = dépendance totale

4) La fiche de relevés des SIIPS

Cette fiche est une fiche par patient, à inclure dans le dossier de soins infirmiers. Cf. annexe C

Elle permet le relevé journalier (par vingt-quatre heures), le relevé par période de sept jours ou le relevé mensuel des soins prodigués au patient, ce qui nécessite d'inscrire tous les soins infirmiers de base, techniques et relationnels (rôle propre et rôle prescrit) dans le dossier de soins infirmiers et de préciser l'heure et la date de réalisation. On peut également utiliser un diagramme de réalisation journalière des soins infirmiers tel que celui figurant en annexe B.

La fiche de relevé des S.I.I.P.S. se compose de deux parties :

- * une partie d'identification du malade, en haut de la fiche ;
- * une partie représentant la grille de relevé :
 - à gauche, une colonne permettant d'inscrire les dates de relevé ;
 - à droite, trois colonnes intitulées soins de base, soins techniques, soins relationnels et éducatifs.

Ces trois colonnes sont divisées en quatre colonnes correspondant chacune aux coefficients SIIPS ; elles permettent le « cochage » journalier du coefficient de soins dans chaque fonction de soins :

- coefficient 1 = soins légers (soins techniques), autonomie (soins de base, soins relationnels et éducatifs) ;
- coefficient 4 = soins courts (soins techniques), dépendance modérée (soins de base, soins relationnels et éducatifs) ;
- coefficient 10 = soins lourds ou soins légers et courts répétés (soins techniques), dépendance majeure (soins de base, soins relationnels et éducatifs) ;
- coefficient 20 = soins très lourds (soins techniques), dépendance totale (soins de base, soins relationnels et éducatifs).

5) Les règles d'attribution journalière des coefficients

« Le principe d'attribution d'un coefficient s'appuie sur l'*appréciation globale et synthétique de la demande en soins de la personne soignée.* »

Dans le cadre de cette étude en Hospitalisation à Domicile (HAD), il est recommandé de faire des **relevés journaliers** et de procéder de la façon suivante :

- dans un premier temps, chaque jour :
 - les infirmières intervenant auprès du patient, tant salariées que libérales, chaque jour :
 - 1. notent d'abord les actes de soins prodigués au patient (dossier de soins infirmiers et/ou diagramme de réalisation des soins infirmiers en annexe B) ;
 - 2. puis déterminent les coefficients journaliers à l'aide de la grille de lecture des coefficients S.I.I.P.S. figurant en annexe A ;
 - 3. enfin, elles relèvent ces coefficients journaliers de charge en soins ; pour cela, elle utilise le modèle de fiche de relevé journalier des S.I.I.P.S. figurant en annexe C.
- dans un second temps, à la fin de la période d'observation du patient ou de son séjour :
 - l'infirmière coordinatrice effectue les calculs par période et pour le séjour. Cf. « Guide destiné aux infirmières coordinatrices »

Afin d'apporter précision et fiabilité à ces données, **les relevés pour chaque malade s'effectuent pendant le temps de « transmission infirmière », par exemple à 13 h. Ils prennent en compte tous les soins prodigués depuis la veille à 13 h, pour les vingt-quatre heures écoulées.**

Pour les relevés journaliers effectués par l'infirmière et pour chaque fonction de soins (ou type de soins) :

- le choix du coefficient s'appuie sur la grille de lecture des coefficients S.I.I.P.S. en HAD figurant en annexe A ;
- l'approche synthétique des soins est facilitée par la recherche d'actes classants ;
- la compilation d'actes est à proscrire.

➤ **Pour les soins de base :**

« L'attribution du coefficient correspond au niveau de dépendance observé dans au moins 2 groupes de soins de base. »

➤ **Pour les soins techniques :**

« L'attribution est en rapport avec une prédominance de soins légers, courts, lourds ou très lourds. Par exemple, le coefficient 10 correspond à une prédominance de soins lourds, mais aussi à des soins légers et courts répétés comme lors d'une surveillance post-opératoire de 24 à 48 heures. »

➤ **Pour les soins relationnels et éducatifs :**

« L'attribution est corrélée avec la demande de soins. Ils concernent le patient et son entourage. Ils peuvent avoir comme support des soins de base ou des soins techniques, ou être dispensés isolément. »

II - Evaluation de la charge des soins : guide pour le traitement et l'analyse des données SIIPS destiné aux infirmières coordinatrices

I. Définitions préalables

A. LA CHARGE DE TRAVAIL

La charge de travail est l'ensemble des activités comprenant la charge en soins et les autres activités concourant au fonctionnement et à la gestion de l'unité de soins et de l'établissement.

B. LA CHARGE EN SOINS INFIRMIERS

La charge en soins infirmiers comprend tous les actes de soins que l'infirmier effectue dans le cadre de son rôle propre et/ou sur prescription médicale auprès d'une personne, d'une famille ou d'un groupe de personnes. L'acte de soin comprend la préparation, la réalisation et le suivi du soin.

L'évaluation de la charge en soins peut se réaliser selon la méthode des soins individualisés à la personne soignée (SIIPS). Les relevés quotidiens préconisés dans cette étude en HAD s'effectuent selon les modalités décrites dans le chapitre précédent (guide d'utilisation à l'usage des infirmiers).

C. LE RÉSUMÉ DE SOINS INFIRMIERS (RSI)

Document synthétique permettant de visualiser, sous forme standardisée, les informations clefs relatives aux prestations infirmières auprès d'un patient, le RSI pourrait comprendre :

- les diagnostics infirmiers ;
- les interventions de soins (regroupement d'actes en grandes fonctions de soins) ;
- les résultats (objectifs atteints ou non, disparition des signes) ;
- les résultats de la méthode SIIPS.

Les objectifs du RSI sont les suivants :

- visualiser globalement les activités infirmières ;
- étudier les corrélations avec le diagnostic médical ;
- définir un coût de soins infirmiers ;
- prévoir les besoins en soins et l'affectation des ressources ;
- effectuer des statistiques concernant les soins infirmiers.

II. Objectifs du traitement et de l'analyse des données SIIPS

Les objectifs du traitement et de l'analyse des données SIIPS sont :

- d'apporter des éléments d'analyse objectifs sur le mode de fonctionnement de l'unité de soins et sur l'organisation du travail ;
- d'identifier les fonctions de soins prépondérantes dans l'unité fonctionnelle (UF) ou dans le service ;
- d'établir l'intensité des soins pour une UF ou un service ;
- d'établir des rapports entre le nombre de malades et l'intensité des soins pour une UF ou un service ;
- d'établir des corrélations entre les intensités de soins et l'âge, la durée moyenne de séjour, le mode d'entrée, le mode de sortie... ;
- d'apporter un outil de gestion et de pilotage.

Dans le cadre de cette enquête en HAD, on étudiera l'influence des indicateurs S.I.I.P.S. de charge en soins infirmiers sur le coût global de prise en charge d'un patient en HAD.

III. Mode de calcul des S.I.I.P.S. pour une période et un pour un séjour

Dans le cas de cette étude en HAD, le relevé journalier des coefficients est effectué par l'infirmière soignante sur une fiche de relevé journalier des S.I.I.P.S. (Cf. Annexe C).

Ensuite, à partir de ce relevé quotidien, l'infirmière coordinatrice détermine trois groupes de d'indicateurs :

- A. elle détermine d'abord les **coefficients** pour chaque période Pi de relevé (**Coeff. Pi**) ;
- B. elle calcule l'**intensité** de soins pour chaque période Pi (**I Pi**) ;
- C. elle calcule les **S.I.I.P.S.** du séjour (sur l'ensemble des périodes de relevé) : d'abord les **S.I.I.P.S. par fonction de soins** (ou type de soins), ensuite le **S.I.I.P.S. total** .

A. DÉTERMINER LES COEFFICIENTS D'UNE PÉRIODE ≤ 7 JOURS :

Le **coefficient** est une cotation qui s'exprime par un nombre entier (1, 4, 10, 20) et peut s'utiliser pour une journée ou comme valeur d'une période.

Dans le cas du relevé journalier préconisé pour cette étude HAD, l'attribution des coefficients par type (ou fonction) de soins et par période Pi obéit à une **règle absolue quel que soit le type de soins** :

Le coefficient à retenir pour la période Pi (Coeff. Pi) est le coefficient le plus fréquemment rencontré ou le plus élevé en cas de fréquence égale.

Cf tableau en bas de page

B. CALCULER L'INTENSITÉ DE SOINS POUR UNE PÉRIODE ≤ 7 JOURS :

L'**intensité** de soins **par fonction** (ou type de soins) d'une période est égale au coefficient de cette période (Coeff. Pi) multiplié par la durée de cette période (DPi en nombre de jours). C'est un nombre entier exprimé en points.

Ainsi : $I_{Pi SB} = \text{Coeff. SB } Pi \times DPi$

$I_{Pi ST} = \text{Coeff. ST } Pi \times DPi$

$I_{Pi SRE} = \text{Coeff. SRE } Pi \times DPi$

Par exemple, pour la période suivante de 7 jours :

Coefficient et intensité de soins d'une période Pi

TYPES DE SOINS (OU FONCTIONS)		Coefficients :											
		SOINS DE BASE				SOINS TECHNIQUES				SOINS EDUCATIFS ET RELATIONNELS			
DATES :		1	4	10	20	1	4	10	20	1	4	10	20
	J1			X		X				X			
	J2			X			X			X			
	J3		X					X			X		
	J4		X				X				X		
	J5			X				X				X	
	J6			X			X				X		
	J7		X					X					X
COEFF. de la PERIODE : Coeff. Pi :		1 0				1 0				4			
INTENSITE de la PERIODE : I Pi :		I Pi SB = 7 0 pts				I Pi ST = 7 0 pts				I Pi SRE = 2 8 pts			

C. CALCULER LES S.I.I.P.S. POUR UN SÉJOUR DE PATIENT :

Le **S.I.I.P.S.** est une représentation de la charge en soins d'un patient durant une journée ou pour une journée « moyenne » du séjour. Il se calcule :

1. d'abord par fonction (ou type) de soins
2. puis pour l'ensemble des 3 fonctions de soins.

Il est exprimé par un nombre décimal de 1,00 à 20,00 pour chaque fonction et de 3,00 à 60,00 pour le S.I.I.P.S. total (somme des fonctions).

Attention : les S.I.I.P.S. sont improprement appelés « intensité de soins » dans l'exemple page 4 du questionnaire patient.

1) Les S.I.I.P.S. par fonction (ou type) de soins :

Le **S.I.I.P.S. pour chaque type (ou fonction) de soins** est une **moyenne journalière**. Elle est égale à la somme des intensités des périodes considérées divisée par la durée du séjour (DS : en nombre de jours) :

Ainsi :

- ✓ **S.I.I.P.S. SB = ISB = $\sum (I \text{ Pi SB}) / DS = \sum (\text{Coeff. SB Pi x DPI}) / DS$**
($\Rightarrow 1,00 \leq \text{S.I.I.P.S. SB} \leq 20,00$) ;
- ✓ **S.I.I.P.S. ST = IST = $\sum (I \text{ Pi ST}) / DS = \sum (\text{Coeff. ST Pi x DPI}) / DS$**
($\Rightarrow 1,00 \leq \text{S.I.I.P.S. ST} \leq 20,00$) ;
- ✓ **S.I.I.P.S. SRE = ISRE = $\sum (I \text{ Pi SRE}) / DS = \sum (\text{Coeff. SRE Pi x DPI}) / DS$**
($\Rightarrow 1,00 \leq \text{S.I.I.P.S. SRE} \leq 20,00$).

2) Le S.I.I.P.S. total :

Le **S.I.I.P.S. total** du séjour (**ou ISS**), pour l'ensemble des 3 fonctions de soins (ou types de soins), est également une **moyenne journalière**. Elle est égale à la somme des S.I.I.P.S. de chacun des 3 fonctions de soins (ou types de soins : SB, ST, SRE) :

Ainsi :

$$\checkmark \text{ S.I.I.P.S. total = ISS = ISB + IST + ISRE } (\Rightarrow 3,00 \leq \text{ISS} \leq 60,00)$$

- Par exemple, **pour un malade dont la durée de séjour est de six jours** et pour lequel le relevé S.I.I.P.S. par type de soins pour cette période est le suivant :
 - soins de base : S.I.I.P.S. SB = ISB = $(10 \times 6) / 6 = 60 / 6 = 10,00$;
 - soins techniques : S.I.I.P.S. ST = IST = $(10 \times 6) / 6 = 60 / 6 = 10,00$;
 - soins relationnels et éducatifs : S.I.I.P.S. SRE = ISRE = $(4 \times 6) / 6 = 24 / 6 = 4,00$;

↳ Le S.I.I.P.S. total pour le séjour de ce malade est :

$$\text{S.I.I.P.S. total = ISS} = (10,00 + 10,00 + 4,00) = 24,00.$$

- **Pour un séjour supérieur à sept jours**, le relevé global des S.I.I.P.S. est fait :
 - par période de sept jours,
 - complété par un relevé global le jour de la sortie de la dernière période inférieure à sept jours.

Par exemple, pour des relevés suivants :

		Coefficients :											
		<ul style="list-style-type: none"> • zones claires : coefficients journaliers à noter par l'infirmière • zones grisées : à calculer par l'encadrement (infirmière coordinatrice) 											
FONCTIONS DE SOINS (OU TYPES DE SOINS)		SOINS DE BASE				SOINS TECHNIQUES				SOINS EDUCATIFS ET RELATIONNELS			
DATES :		1	4	10	20	1	4	10	20	1	4	10	20
Période 1 : P1 : 7 jours													
COEFF. de la PERIODE : Coeff. P1 :		_1_ _0_				_1_ _0_				_ _4_			
INTENSITE de la PERIODE : I P1 :		I P1 SB = _7_ _0_ pts				I P1 ST = _7_ _0_ pts				I P1 SRE = _2_ _8_ pts			
Période 2 : P2 : 7 jours													
COEFF. de la PERIODE : Coeff. P2 :		_1_ _0_				_2_ _0_				_ _1_ _0_			
INTENSITE de la PERIODE : I P2 :		I P2 SB = _7_ _0_ pts				I P2 ST = _1_ _4_ _0_ pts				I P2 SRE = _7_ _0_ pts			
Période 3 : P3 : 3 jours													
COEFF. de la PERIODE : Coeff. P3 :		_ _4_				_ _1_ _0_				_ _4_			
INTENSITE de la PERIODE : I P3 :		I P3 SB = _1_ _2_ pts				I P3 ST = _3_ _0_ pts				I P3 SRE = _1_ _2_ pts			
Durée de séjour : DS : 17 jours		S.I.I.P.S. du SEJOUR ^{1 et 2}											
• S.I.I.P.S. par fonction :		S.I.I.P.S. SB = ISB =				S.I.I.P.S. ST = IST =				S.I.I.P.S. SRE = ISRE =			
		= _8_ , _9_ _4_				= _1_ _4_ , _1_ _2_				= _6_ , _4_ _7_			
• S.I.I.P.S. total :		S.I.I.P.S. total = ISS = ISB+IST+ISRE = _2_ _9_ , _5_ _3_											

Détail des calculs :

¹ Le **S.I.I.P.S.** pour chaque fonction de soins (ou type) (S.I.I.P.S. SB/ST/SRE ou ISB/IST/ISRE) est une moyenne journalière sur le séjour : il est égal à la somme des intensités des périodes considérées divisée par la durée du séjour (en nombre de jours) :

$$\begin{aligned}
 \checkmark \text{ S.I.I.P.S. SB (ISB)} &= \frac{\sum (I P_i \text{ SB})}{DS} = \frac{\sum (\text{Coeff. SB } P_i \times DP_i)}{DS} \\
 &= \frac{[(10 \times 7) + (10 \times 7) + (4 \times 3)]}{17} = \frac{[70 + 70 + 12]}{17} = \frac{152}{17} = \mathbf{8,94} \\
 &(\Rightarrow 1,00 \leq \text{S.I.I.P.S. SB} \leq 20,00)
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 \checkmark \text{ S.I.I.P.S. ST (IST)} &= \frac{\sum (I P_i \text{ ST})}{DS} = \frac{\sum (\text{Coeff. ST } P_i \times DP_i)}{DS} \\
 &= \frac{[(10 \times 7) + (20 \times 7) + (10 \times 3)]}{17} = \frac{[70 + 140 + 30]}{17} = \frac{240}{17} = \mathbf{14,12} \\
 &(\Rightarrow 1,00 \leq \text{S.I.I.P.S. SB} \leq 20,00)
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 \checkmark \text{ S.I.I.P.S. SRE (ISRE)} &= \frac{\sum I P_i \text{ SRE}}{DS} = \frac{\sum (\text{Coeff. SRE } P_i \times DP_i)}{DS} \\
 &= \frac{[(4 \times 7) + (10 \times 7) + (4 \times 3)]}{17} = \frac{[28 + 70 + 12]}{17} = \frac{110}{17} = \mathbf{6,47} \\
 &(\Rightarrow 1,00 \leq \text{S.I.I.P.S. SB} \leq 20,00)
 \end{aligned}$$

² Le **S.I.I.P.S. total du Séjour (ou ISS)** est égal à la somme des S.I.I.P.S. des 3 fonctions de soins (ou types SB, ST, SRE) :

$$\begin{aligned}
 \checkmark \text{ S.I.I.P.S. total = ISS} &= \text{S.I.I.P.S. SB} + \text{S.I.I.P.S. ST} + \text{S.I.I.P.S. SRE} \\
 &= 8,94 + 14,12 + 6,47 = \mathbf{29,53} \\
 &(\Rightarrow 3,00 \leq \text{S.I.I.P.S. total (ISS)} \leq 60,00)
 \end{aligned}$$

III - Annexes S.I.I.P.S.

- A. Grille de lecture des coefficients S.I.I.P.S. en H.A.D. :
nomenclature des soins infirmiers et sélection de leurs coefficients

- B. Modèle de diagramme de réalisation journalière des soins infirmiers

- C. Modèle de grille de relevé journalier des S.I.I.P.S., appréciation par période et par séjour

- D. Calcul de l'intensité de soins par patient pour la période d'observation

A. Grille de lecture des coefficients S.I.I.P.S. en H.A.D. : nomenclature des soins infirmiers et sélection de leurs coefficients

Fonctions de soins	Coefficient 1	Coefficient 4	Coefficient 10	Coefficient 20
SOINS DE BASE	AUTONOMIE	DEPENDANCE MODEREE Dans au moins 2 groupes de soins : aide ponctuelle ou occasionnelle	DEPENDANCE MAJEURE Dans au moins 2 groupes de soins : aide permanente ou réalisation de la quasi totalité des soins	DEPENDANCE TOTALE Dans au moins 2 groupes de soins : suppléance totale, y compris gavage sur sonde à demeure
Groupes de soins : <ul style="list-style-type: none"> • alimentation • locomotion • élimination • hygiène et confort 				
SOINS TECHNIQUES	Prédominance de SOINS LEGERS (1 à 10 mn)	Prédominance de SOINS COURTS (de 11 à 40 mn)	Prédominance de SOINS LOURDS (de 41 à 120 mn)	Prédominance de SOINS TRES LOURDS (de 121 à 190 mn et au-delà)
(prédominance de soins)				
	<ul style="list-style-type: none"> - prélèvement ou injection (de 1 à 4/24h) - surveillance des constantes (< 3 fois / 24h) - médicaments per os : distribution et aide à la prise - sondage vésical évacuateur simple chez l'homme ou la femme - pose de Holter - soins de bouche - instillation oculaire - lavage d'oreilles - pose de stimulateur électrique musculaire ou antalgique - Tubage 	<ul style="list-style-type: none"> - trachéotomie chronique - prélèvement répété (> 4 /24h) - injection répétée (de 4 à 6/24h) - perfusion simple - cathétérisme veineux - surveillance des constantes (4 à 8 fois/24h) - surveillance de drains - surveillance de sondes - surveillance d'irrigation - aérosols - E.C.G. - soins pré-opératoires - aide pour ponction - biopsie - soins de bouche complexes (difficulté d'ouverture de la bouche, risque de fausse route) - pose de sonde nasogastrique (tubage, aspiration gastrique...) - pose d'une sonde vésicale à demeure, homme et femme - sondage vésical évacuateur difficile (obésité, spastique), homme ou femme 	<ul style="list-style-type: none"> - irrigation continue - cathétérisme cardiaque - trachéotomie transitoire - plasmaphérese - ponction complexe - extension pour fracture - installation et surveillance de patients dépendants d'assistance respiratoire - sondage vésical intermittent 2 à 3 fois par jour - sondage nasogastrique > 4 fois par jour - aide à la réalisation d'examen complexes (EEG, fibroscopie, potentiels évoqués, ponction pleurale...) - pose de produits sanguins - pose de chimiothérapie (générale et régionale) et surveillance - pansements complexes (ulcère variqueux banal, plaie chirurgicale avec drains...) - pose d'attelles de posture, mise en place d'orthèses ou prothèses complexes répétées, et surveillance 	<ul style="list-style-type: none"> - perfusion lourde + diurèse + surveillance des constantes toutes les heures - aspiration itérative - assistance continue - sondages urinaires répétés > 3 fois - pansements lourds et/ou répétés (+ 3 fois/24h) (ex : soins des brûlés, décapage mécanique d'escarres importantes...) - assistance respiratoire avec aspiration trachéale répétée - surveillance intensive des constantes toutes les heures et monitoring - rééducation mictionnelle - soins liés à la sexualité
		(à suivre page suivante)	(à suivre page suivante)	

A. Grille de lecture des coefficients S.I.I.P.S. en H.A.D. : nomenclature des soins infirmiers et sélection de leurs coefficients (suite)

Fonctions de soins	Coefficient 1	Coefficient 4	Coefficient 10	Coefficient 20
SOINS TECHNIQUES (suite)		Prédominance de SOINS COURTS (suite de la page précédente)	(suite de la page précédente) SOINS LEGERS ET COURTS REPETES	
(prédominance de soins)		<ul style="list-style-type: none"> - aide à la prise des médicaments chez un patient difficile (hypertenseur...) - prélèvements chez l'enfant - surveillance de sondes et appareillage d'urétrostomie - évaluation du résidu (échographie post-mictionnel posture, d'orthèses ou de prothèses simples - pansements simples - soins périnéaux 	<ul style="list-style-type: none"> - surveillance des constantes (+ 8 fois/24h) - injections répétées (+ 6 fois/24h) 	
SOINS EDUCATIFS	AUTONOMIE	DEPENDANCE MODEREE	DEPENDANCE MAJEURE	DEPENDANCE TOTALE
(personne soignée et/ou famille)	<ul style="list-style-type: none"> - conseil et explication des gestes élémentaires d'hygiène - instruction sur un problème de santé, un régime, un traitement 	<ul style="list-style-type: none"> - apprentissage des gestes d'hygiène - conseil et éducation sexuelle - réapprentissage de la socialisation, de l'intégration dans un groupe en tenant compte des déficiences - aide à la formation, à la culture générale (devoirs scolaires, recherches documentaires...) - surveillance d'auto-soins 1 fois - apprentissage des aides techniques 	<ul style="list-style-type: none"> - reconditionnement urinaire et fécal - réapprentissage d'une vie sexuelle en tenant compte des déficiences - apprentissage des auto-soins par le patient et/ou de la famille < 4 fois - surveillance d'auto-soins > 1 fois - stimulations fréquentes 	<ul style="list-style-type: none"> - apprentissage d'auto-soins du patient et/ou de la famille > 4 fois ou +
SOINS RELATIONNELS	AUTONOMIE	DEPENDANCE MODEREE	DEPENDANCE MAJEURE	DEPENDANCE TOTALE
(personne soignée et/ou famille)	<ul style="list-style-type: none"> - information succincte et ponctuelle - observations des comportements 	<ul style="list-style-type: none"> - incitation à l'expression et écoute du patient et/ou de sa famille - prise en charge de l'angoisse, de la solitude, de la séparation, de l'avenir - incitation à s'occuper tant dans la structure qu'à l'extérieur - aide à la pratique des croyances du patient - incitation à prendre soins de son apparence - expliciter la vie pratique dans la structure, relation d'aide dans la vie quotidienne 	<ul style="list-style-type: none"> - reconstruction de l'image de soi - difficultés majeures de communication avec prise en charge (réexplications, reformulations) - aide dans les situations de relations difficiles (dépression, angoisse majeure) 	<ul style="list-style-type: none"> - communications non verbales : stimulation verbale et/ou gestuelle pour reprise de conscience - accompagnement majeur du patient ou de sa famille en situation de crise (désorientation, agitation extrême, décès)

C. Modèle de fiche de relevé journalier des S.I.I.P.S.

IDENTIFIANT DU PATIENT				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Structure	N° de secteur	Echantillon	N° ordre patient	Prénom du patient (15 caractères)

FONCTIONS DE SOINS (OU TYPES DE SOINS)		SOINS DE BASE				SOINS TECHNIQUES				SOINS EDUCATIFS ET RELATIONNELS			
		1	4	10	20	1	4	10	20	1	4	10	20
DATES :													
	J1												
	J2												
	J3												
	J4												
	J5												
	J6												
	J7												
COEFF. de la PERIODE P1 :		<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>			
INTENSITE de la PERIODE (I P1) :		I P1 SB <input type="text"/> pts				I P1 ST <input type="text"/> pts				I P1 SRE <input type="text"/> pts			
	J8												
	J9												
	J10												
	J11												
	J12												
	J13												
	J14												
COEFF. de la PERIODE P2 :		<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>			
INTENSITE de la PERIODE (I P2) :		I P2 SB <input type="text"/> pts				I P2 ST <input type="text"/> pts				I P2 SRE <input type="text"/> pts			
	J15												
	J16												
	J17												
	J18												
	J19												
	J20												
	J21												
COEFF. de la PERIODE P3 :		<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>			
INTENSITE de la PERIODE (I P3) :		I P3 SB <input type="text"/> pts				I P3 ST <input type="text"/> pts				I P3 SRE <input type="text"/> pts			
	J22												
	J23												
	J24												
	J25												
	...												
	...												
	...												
COEFF. de la PERIODE : Coeff. Pi ¹ :		<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>			
INTENSITE de la PERIODE : I Pi ² :		I Pi SB <input type="text"/> pts				I Pi ST <input type="text"/> pts				I Pi SRE <input type="text"/> pts			
Durée de séjour = DS =		S.I.I.P.S. du SEJOUR											
• S.I.I.P.S. par fonction ³ :		S.I.I.P.S. SB = ISB =				S.I.I.P.S. ST = IST =				S.I.I.P.S. SRE = ISRE =			
		= <input type="text"/> , <input type="text"/>				= <input type="text"/> , <input type="text"/>				= <input type="text"/> , <input type="text"/>			
• S.I.I.P.S. total ⁴ :		S.I.I.P.S. total = ISS = ISB+IST+ISRE = <input type="text"/> , <input type="text"/>											

D.

¹ Le coefficient de la période Pi (coeff. Pi) est celui le plus fréquemment rencontré parmi les coefficients journaliers relevés au cours de la période Pi ou, en cas de fréquence égale, le coefficient plus élevé.

² L'intensité de la période Pi (I Pi), est égale au coefficient de la période multiplié par la durée de celle-ci :

$$I Pi SB = \text{Coeff. SB } Pi \times DPi$$

$$I Pi ST = \text{Coeff. ST } Pi \times DPi$$

$$I Pi SRE = \text{Coeff. SRE } Pi \times DPi$$

³ Le S.I.I.P.S. pour chaque fonction de soins (S.I.I.P.S. SB/ST/SRE ou ISB/IST/ISRE) est une moyenne journalière : elle est égale à la somme des intensités des périodes considérées divisée par la durée du séjour (en nombre de jours) :

$$S.I.I.P.S. SB = \sum I Pi SB / DS ;$$

$$S.I.I.P.S. ST = \sum I Pi ST / DS ;$$

$$S.I.I.P.S. SRE = \sum I Pi SRE / DS$$

⁴ Le S.I.I.P.S. total (ou ISS) est égal à la somme des S.I.I.P.S. des 3 fonctions de soins (ou types: SB, ST, SRE) :

$$S.I.I.P.S. total = ISS = S.I.I.P.S. SB + S.I.I.P.S. ST + S.I.I.P.S. SRE = ISB + IST + ISRE$$

D. Calcul des S.I.I.P.S. par patient pour la période d'observation (réalisé par l'infirmière coordinatrice)

1. Méthode de calcul des S.I.I.P.S. pour le séjour d'un patient (S.I.I.P.S. total ou ISS)	
$S.I.I.P.S. SB = ISB = \frac{DP : \text{Durée de Période} \times (\text{coef. SB} \times DP1) + (\text{coef. SB} \times DP2)}{DS}$	$DP1 : \text{pour la période 1}$
$DPi : \text{pour la période } i \quad \frac{(\text{coef. ST} \times DP1) + (\text{coef. ST} \times DP2)}{DS}$	$DP2 : \text{pour la période 2}$
$S.I.I.P.S. ST = IST = \frac{(\text{coef. SRE} \times DP1) + (\text{coef. SRE} \times DP2)}{DS}$	<i>Pour les Soins de Base (SB) :</i> $S.I.I.P.S. SB = ISB$
$S.I.I.P.S. SRE = ISRE =$	<i>Pour les Soins Techniques (ST) :</i> $S.I.I.P.S. ST = IST$
$S.I.I.P.S. total = ISS = S.I.I.P.S. SB + S.I.I.P.S. ST + S.I.I.P.S. SRE = ISB + IST + ISRE$	<i>Pour les Soins Relationnels et Educatifs (SRE) :</i> $S.I.I.P.S. SRE = ISRE$
$DS : \text{Durée de Séjour}$	
Attention : les S.I.I.P.S. sont improprement appelés « intensité de soins » dans l'exemple page 4 du questionnaire patient	

2. Exemple de calcul des S.I.I.P.S. pour un séjour dont la durée est 17 jours			
Un malade a une durée de séjour de dix-sept jours, soit deux périodes de sept jours (DP1 = 7 jours ; DP2 = 7 jours), et une période de trois jours (DP3 = 3 jours). On relève les coefficients de période suivants :			
	1 à 7 jours (DP1)	8 à 14 jours (DP2)	15 à 17 jours (DP3)
SB	4	10	10
ST	10	10	4
SRE	10	4	4
$S.I.I.P.S. SB = ISB = \frac{(4 \times 7) + (10 \times 7) + (10 \times 3)}{17 \text{ (jours)}} = \frac{128}{17} = 7,53$			
$S.I.I.P.S. ST = IST = \frac{(10 \times 7) + (10 \times 7) + (4 \times 3)}{17} = \frac{152}{17} = 8,94$			
$S.I.I.P.S. SRE = ISRE = \frac{(10 \times 7) + (4 \times 7) + (4 \times 3)}{17} = \frac{110}{17} = 6,47$			
$S.I.I.P.S. total = ISS = 7,53 + 8,94 + 6,47 = 22,94 \text{ (le maximum possible étant 60,00)}$			

3. Exemple de calcul des S.I.I.P.S. pour un séjour dont la durée est 23 jours				
Un malade a une durée de séjour de vingt-trois jours, soit trois périodes de sept jours (DP1 = sept jours ; DP2 = sept jours ; DP3 = sept jours) et une période de deux jours (DP4 = deux jours). On relève les coefficients suivants :				
	1 à 7 jours (DP1) = 7	8 à 14 jours (DP2) = 7	15 à 21 jours (DP3) = 7	22 à 23 jours (DP4) = 2
SB	10	10	4	1
ST	10	4	1	1
SRE	20	10	10	10
$S.I.I.P.S. SB = ISB = \frac{(10 \times 7) + (10 \times 7) + (4 \times 7) + (1 \times 2)}{23} = \frac{170}{23} = 7,39$				
$S.I.I.P.S. ST = IST = \frac{(10 \times 7) + (4 \times 7) + (1 \times 7) + (1 \times 2)}{23} = \frac{107}{23} = 4,65$				
$S.I.I.P.S. SRE = ISRE = \frac{(20 \times 7) + (10 \times 7) + (10 \times 7) + (10 \times 2)}{23} = \frac{300}{23} = 13,04$				
$S.I.I.P.S. total = ISS = 7,39 + 4,35 + 13,04 = 25,08$				

Annexe 6 :
Aide à la codification
des pathologies et des « modes
de prise en charge » en HAD

Aide à la codification des pathologies et des « modes de prise en charge » en HAD

➤ **Les étapes de la mise au point de l'aide à la codification**

Le dossier médical du patient pris en charge en HAD constitue le volet 2 du questionnaire patient. Diverses variables décrivant sa morbidité y figurent de façon hiérarchisée et doivent être codées selon la Classification Internationale des Maladies, dixième révision (C.I.M. 10) de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.).

Des consignes de remplissage de ce volet médical étaient données, page 6 du questionnaire patient (cf infra), pour guider le médecin coordonnateur chargé de hiérarchiser les diagnostics et de les coder en CIM 10. Ces consignes se sont inspirées de l'expérimentation faite à L'AP-HP par les Docteurs Régis Patte, Marco de Sa et Philippe Meunier dans la perspective éventuelle d'un P.M.S.I. HAD (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information).

Au retour de l'ensemble des questionnaires patients au CREDES, il est apparu nécessaire, malgré ces consignes préalables au recueil, d'harmoniser le relevé de ces informations et leur codage.

De plus, un complément à la circulaire de mai 2000 concernant l'HAD est paru après l'enquête, faisant état d'une liste de 18 « modes de prise en charge en HAD » identifiés par les médecins coordonnateurs d'HAD comme des entités morbides ou protocoles de soins à distinguer. Ces « modes de prise en charge » sont conjugables avec les objectifs de soins de la circulaire qui avaient été, quant à eux, intégrés au questionnaire patient de façon anticipée.

Afin d'en tenir compte également, un groupe de travail s'est constitué au CreDES pour préparer les correspondances entre diagnostics CIM 10 et « modes de prise en charge ». Il a rassemblé, aux côtés du Docteur Laure Com-Ruelle du CREDES, quatre médecins coordonnateurs ayant pris part à l'enquête CreDES et la réflexion préalable au ministère de l'Emploi et de la solidarité : les Docteurs Patrick Le Plat de La Croix Saint Simon de Paris, Philippe Meunier de l'AP-HP de Paris, Guy Bon de Nantes et Eric Dubost de Caluire.

Ils ont conçu une aide à la codification des diagnostics en apportant un premier thésaurus de spécialité : ensemble des diagnostics possibles en HAD (protocoles de soins et maladies) précodés en CIM 10 avec des libellés précisés.

De plus, ils ont mis au point deux tableaux, l'un pour les adultes et l'autre pour les enfants pris en charge en HAD et où, à chaque « mode de prise en charge » en HAD, correspondent les codes CIM 10 rentrant dans ce protocole de soins.

Cette aide à la codification a servi à deux niveaux :

1. d'abord, pour l'harmonisation du chiffrage des pathologies sur l'ensemble des structures d'HAD participantes, réalisée par les Docteurs Mohamed El Amine Abi-Ayad, Aleksandra Bundalo, Zéhor Rahmani et Ioana Stan-Quintin, grâce à un logiciel de chiffrage-saisie informatique mis au point spécifiquement pour cette tâche ; ce logiciel permettait de préciser les codes CIM 10 et leurs libellés en clair au-delà de la liste OMS afin de l'adapter au cas de l'HAD en France ;
2. ensuite, pour le transcodage de la pathologie (des diagnostics) en termes de « modes de prise en charge » réalisé par le Docteur Emmanuelle Lebrun ; elle a également constitué le thésaurus de spécialité HAD final de l'enquête qui reprend les entités morbides créées spécifiquement pour l'enquête dans les cas où la CIM 10 n'offrait pas suffisamment de précision ; ces entités sont codées avec un prolongement du code CIM 10 auquel elles se rapportent (elles comprennent donc plus de 4 caractères).

➤ *L'aide à la hiérarchisation des diagnostics et à leur codification CIM 10*

En HAD, un malade est pris en charge pour un ou plusieurs motifs dont les termes répondent à le plus souvent à des protocoles de soins à appliquer : nous nommerons ces motifs sous le terme générique de « **modes de prise en charge** », **tel qu'indiqué dans le complément à la circulaire HAD de mai 2000, ou de protocoles de soins en guise de synonyme.**

De fait, le malade présente une ou plusieurs « **pathologies** » (ou plutôt maladies), liées (étiologie, complication...) ou non à ce(s) mode(s) de prise en charge qu'il est important d'identifier et de noter en tant que telles.

L'ensemble de ces modes de prise en charge et de ces pathologies est signalé et codé sur le dossier du patient à la rubrique générale « **diagnostics** ». Ces diagnostics doivent apparaître de façon hiérarchisée dans la liste des maladies d'un même patient à coder. Le premier diagnostic est appelé « **diagnostic principal** » et les autres « **diagnostics associés** », qu'il s'agisse de modes de prise en charge supplémentaires (protocoles de soins) ou de pathologies ou maladies (étiologie, complication, association simple...). Chaque patient doit avoir le diagnostic principal renseigné et, au minimum, un premier diagnostic associé.

L'ensemble des diagnostics (modes de prise en charge [pec] et pathologies) est codé selon la Classification Internationale des Maladies 10^{ème} révision (CIM 10). Les codes de la CIM 10 sont éventuellement précisés par un 6^{ème}, 7^{ème}, voire 8^{ème} caractère numérique pour rendre compte des particularités de l'HAD : c'est le « **thésaurus de spécialité HAD** ». Un premier thésaurus est intégré a priori au logiciel de chiffrage-saisie et complète donc les codes CIM 10 pré-existants, constituant une première nomenclature HAD qui contient des libellés CIM 10 d'origine et des libellés plus précis (compléter alors le code CIM 10 par des caractères supplémentaires). Ce thésaurus n'est pas exhaustif et peut être complété lors du chiffrage saisie des questionnaires au fur et à mesure des besoins par la création de nouveaux codes en respectant la place qu'ils devraient avoir dans la CIM 10.

Aide en début d'enquête :

1. Tableau de corrélation « mode de prise en charge, libellés et codes CIM 10, étiologie » prévu en début de chiffrage-saisie : tableau adulte
2. Tableau de corrélation « mode de prise en charge en termes CIM 10, libellé et code CIM 10 de l'étiologie » prévu en début de chiffrage-saisie : tableau enfant

Tableaux finaux :

3. Liste finale des « modes de prise en charge » retenus et correspondance avec les codes diagnostiques rencontrés dans l'enquête (CIM 10 ou thésaurus de spécialité).
4. Thésaurus de spécialité HAD correspondant aux protocoles de soins : items spécifiques créés pour les besoins de l'enquête : libellés et codes CIM 10 précisés correspondant au transcodage en « modes de prise en charge » en HAD.

1 - Hospitalisation à Domicile de l'adulte :
Corrélation entre les « modes de prise en charge » de l'adulte et la codification C.I.M 10

« Mode de prise en charge »	Codification CIM 10 correspondante		Pathologies correspondantes (étiologie)
	libellé CIM 10	Code CIM 10	
Assistance respiratoire	Dépendance envers un respirateur	Z 991	
Antibiotiques, antiviraux	Autres formes de chimiothérapie	Z 512	
Aplasie	Autres formes précisées de soins médicaux	Z 518	coder le type d'aplasie
Autres traitements	Autres formes précisées de soins médicaux	Z 518	
Chimiothérapie	Séances de chimiothérapie pour tumeur	Z 511	
Douleur	Douleur aiguë	R 520	
	Autres douleurs chroniques	R 522	
Education	Surveillance et conseils diététiques	Z 713	
Nutrition entérale	Autres formes précisées de soins médicaux	Z 518	malnutrition protéino-énergétique : - grave : E 43 - modérée : E 440
Nutrition parentérale	Autres formes précisées de soins médicaux	Z 518	malnutrition protéino-énergétique : - grave : E 43 - modérée : E 440
Pansements complexes	Autres formes précisées de soins médicaux	Z 518	- ulcère de décubitus : L 89
	Ou Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux	Ou Z 480	- varices ulcérées des membres inférieurs) : I 830 - greffe de peau : Z 945
Prise en charge psychosociale	Autres difficultés précisées liées à certaines situations psychosociales	Z 658	
Radiothérapie	Effets des rayonnements, sans précision	T 66	
Rééducation neurologique	Autres thérapies physiques	Z 501	
Rééducation orthopédique	Autres thérapies physiques	Z 501	
Soins palliatifs	Soins palliatifs	Z 515	
Surveillance post- chimiothérapie	Effets indésirables d'un médicament, sans précision	T 887	
Transfusion sanguine	Transfusion sanguine, sans mention de diagnostic	Z 513	coder le type d'anémie

2 - Hospitalisation à Domicile de l'enfant :
Corrélation entre les « modes de prise en charge » de l'enfant et la codification C.I.M 10.

« Mode de prise en charge » codification CIM 10 correspondante	Pathologie correspondante (étiologie)	
	Libellé	Code CIM 10
Z 512	B Thalassémie	D 561
Z 512 ou Z 713	Bronchiolite	J 219
Z 518 ou Z 512	Bronchodysplasie	P 271
Z 518	Détresse respiratoire N.Né	P 229
Z 713	Diabète type I	E 109
Z 518	Hypotrophie	R 629
Z 518	Ictère néonatal	P 599
Z 512	Infection bactérienne N.Né.	P 368
Z 512	Infection périnatale	P 399
Z 713	Intolérance au gluten	Z 904
Z 518	Jumeaux	P 015
Z 518	Maladie respiratoire chronique survenant dans la période périnatale	P 279
Z 518 ou Z 713	Malformation face (Pierre et Robin)	Q 674
Z 512	Mucoviscidose	E 849
Z 518	Post Mature	P 082
Z 518	Prématurité	P 073
Z 713	R.G.O (T.A.R)	K 219
Z 713	Relation mère-enfant	P 049
Z 713	Sevrage	P 961
Z 713	Surveillance et conseil diététique	Z 713
Z 518	Syndrome de détresse respiratoire (Membranes hyalines)	P 220
Z 518 ou Z 713	Trisomie	Q 929

- **Z 512** : autres formes de chimiothérapie (antibiotiques...)
- **Z 518** : autres formes précisées de soins médicaux
- **Z 713** : surveillance et conseils diététiques

**3 - Liste finale des « modes de prise en charge » utilisés dans l'enquête
(définition du Ministère et compléments créés pour les besoins de l'enquête)**

Numéro de catégorie	Numéro de sous-catégorie	Code alpha-bétique	« Modes de prise en charge »	
			Libellés	Codes CIM 10 correspondants et thésaurus de spécialité
1		a	Assistance respiratoire	'Z.990', 'Z.991', 'Z.998 901', 'Z.998 902', 'E.840'
2		b	Traitement anti-infectieux	'Z.512', 'Z.452', 'Z.291', 'Z.292', 'P.364', 'P.368', 'Z.098'
3		c	Surveillance d'aplasie	'D.61'
4	4.11	d11	Surveillance de grossesse	'Z.352', 'Z.358', 'Z.359', 'P.015'
	4.12	d12	Post-partum	'Z.390', 'Z.392', 'Z.398', 'Z.459', 'Z.988'
	4.13	d13	Prise en charge du nouveau-né	'Z.518 950', 'Z.748 930', 'Z.748 940', 'Z.742'
	4.2	d2	Post-traitement chirurgical	'Z.488', 'Z.489', 'Z.540', 'Z.544', 'Z.094', 'Z.449'
	4.3	d3	Dépendance	'Z.740', 'Z.741', 'Z.743', 'Z.748', 'Z.748 910', 'Z.748 920'
	4.4	d4	Tumeurs Malignes : autres PEC	'Z.087', 'Z.089', 'C.349', 'C.449'
	4.5	d5	Divers	'R.53', 'Z.508 900', 'Z.509', 'Z.514', 'Z.518', 'Z.519', 'Z.992', 'Z.013', 'Z.466', 'Z.548', 'Z.751', 'Z.945', 'Z.315', 'Z.9661'
5		e	Chimiothérapie	'Z.512 900', 'Z.511', 'Z.511 900', 'Z.511 950'
6		f	Douleur	'R.520', 'R.522', 'R.522 901'
7		g	Education du patient	'Z.71 X'
8		h	Nutrition entérale	'Z.518 911', 'Z.518 919'
9		i	Nutrition parentérale	'Z.451', 'Z.518 921', 'Z.518 929'
10		j	Pansements complexes	'Z.430', 'Z.431', 'Z.432', 'Z.433', 'Z.434', 'Z.435', 'Z.436', 'Z.439', 'Z.518 901', 'Z.518 902', 'Z.518 903', 'Z.518 904', 'Z.480', 'Z.480 901', 'Z.480 902', 'Z.480 903', 'Z.43', 'L.984', 'Z.930'
11		k	Prise en charge psycho-sociale	'Z.631', 'Z.638', 'Z.658'
12		l	Radiothérapie	'T.66', 'Z.541', 'Z.081'
1314		m	Rééducation neuro-orthopédique	'Z.501', 'Z.508', 'Z.509', 'Z.966'
15		n	Soins palliatifs	'Z.515', 'Z.515 900', 'Z.515 910'
16		o	Surveillance post-chimiothérapie	'Z.542', 'Z.082', 'Z.092'
17		p	Transfusion sanguine	'Z.513'

4 - Thésaurus de spécialité des protocoles de soins en HAD
liste des items créés pour les besoins de l'enquête : libellés et codes CIM 10 précisés

Certains diagnostics particuliers, protocoles de soins ou pathologies, n'ont pas de correspondance CIM 10 suffisamment fine pour rendre compte de la précision apportée par les professionnels de l'HAD. Ainsi, les médecins-chiffreurs ont-ils créé des codes spécifiques en affinant les codes CIM 10 (caractères supplémentaires) tout en respectant leur place dans la CIM 10.

Figurent ci-dessous les codes créés pour préciser les « modes de prise en charge » ou protocoles de soins précisés pour les besoins de l'enquête.

D'autres codes correspondant à des maladies précises ont également pu être créés mais nous ne les listons pas ici.

Thésaurus de spécialité HAD des protocoles de soins	
Codes CIM 10 créés	Intitulés correspondants
R.522 901	Prise en charge de la douleur avec PCA
Z.480 901	Surveillance des pansements chirurgicaux et éducation stomie
Z.480 902	Surveillance des pansements chirurgicaux et prévention des phlébites
Z.480 903	Surveillance de pansements chirurgicaux après amputation chez le diabétique
Z.508 900	Réadaptation au domicile
Z.511 900	Chimiothérapie pour tumeur sur PAC
Z.511 950	Chimiothérapie pour tumeur et prise en charge de la douleur
Z.512 900	Chimiothérapie sauf cancer sur PAC
Z.515 900	Fin de vie +/- décès à court terme
Z.515 910	Fin de vie « à moyen terme »
Z.518 903	Prise en charge d'ulcères variqueux
Z.518 904	Pansements médicaux (≠ pansements chirurgicaux)
Z.518 911	Nutrition entérale avec pompe
Z.518919	Nutrition entérale sans pompe
Z.518 929	Nutrition parentérale sans pompe
Z.518 950	Surveillance pour prématurité et/ou hypotrophie
Z.748 910	Soins de base = nursing (en dehors de soins palliatifs)
Z.748 920	Soins de base + prise en charge technique
Z.748 930	Soins de base + prise en charge technique + prise en charge morale
Z.998 901	Oxygénothérapie
Z.998 902	Aérosols

Achever d'imprimer 12 novembre 2001
ELECTROGELOZ
58, rue Rochechouart
75009 PARIS
Dépôt légal : Novembre 2001