

Septième comité technique HAD activité Paris — Mercredi 19/06/2013

Pièces jointes : Présentation support de l'ATIH.

Participants

ATIH : Dr Joëlle DUBOIS, Dr Sandra GOMEZ, M. Housseyni HOLLA, Dr Françoise MEGAS

CNAMTS : Dr Elisabeth RICHARD

DGOS : Mme Isabelle PRADE

FHP : Mme Marie-Claire VIEZ

FFCLCC : Dr Béatrice LE VU

FNEHAD : Dr Bruno LAPIERRE

Excusé(e)s/non représentés :

- Dr Eric DUBOST (FEHAP)
- Dr Frédéric GOMEZ (FFCLCC)
- Dr Emmanuel HORNUS (CNIM)
- Mme Laure-Marie ISSANCHOU (DSS)
- Dr Françoise LAPIERRE (FHF)
- Mme Gaëlle LLORCA (CNAMTS)
- Mr Olivier Paul (FNEHAD)
- Mme Hélène VALDELIEVRE (DREES)

Ordre du jour de la réunion

- I. Etat d'avancement des travaux exploratoires classificatoires
- II. Programme de travail 2013-2014
- III. Questions diverses
- IV. Prochaines réunions

I- Etat d'avancement des travaux exploratoires classificatoires

L'ATIH rappelle les grandes lignes du programme de travail 2012-2013 tel qu'il a été présenté au dernier Comité technique du 26/09/2012 et son calendrier (cf. documents disponibles sur le site de l'ATIH). Pour mémoire, il s'agit :

- de regrouper des informations de la base HAD (2011, 2012) avec les groupeurs médico-économique MCO, SSR, RUG pour compléter la description de l'activité HAD, comparer les séjours HAD et les séjours correspondants des différents champs sanitaires, et enfin, comparer l'apport des différents groupeurs pour décrire les patients, les prises en charge de l'HAD et leur lourdeur (2^{ème} semestre 2013) ;
- après chaînage des bases PMSI, de tester la cohérence de l'information médicale de la base HAD et décrire les trajectoires de soins (2^{ème} semestre 2013) ;
- d'établir un état des lieux des outils de mesure de la dépendance (1^{er} semestre 2013).

L'ATIH s'est réunie trois fois lors du premier semestre 2013 avec le groupe technique issu du comité technique pour échanger et progresser en concertation sur les travaux classificatoires exploratoires préliminaires : ce groupe de travail impliqué dans les travaux classificatoires est constitué des équipes médico-statistiques de l'ATIH, des médecins DIM des fédérations et du médecin DIM du CNIM :

- 28/01/2013 : réunion sur les méthodes pour lire la base HAD avec les groupeurs ;
- 28/03/2013 : réunion de présentation et d'échanges sur les premiers résultats de lecture de la base HAD complétée par le groupeur MCO ;
- 07/04/2013 : réunion de présentation et d'échanges sur les premiers résultats de lecture de la base HAD complétée par le groupeur SSR.

Les résultats préliminaires des travaux exploratoires classificatoires sont repris dans la présentation support de l'ATIH.

Ces premiers travaux sur la base HAD 2011 montrent qu'il est possible de la « lire » avec des groupeurs médico-économiques du champ sanitaire (MCO, SSR) et de compléter ainsi aisément la description des patients et de l'activité HAD qui est pauvre par construction. Les autres constats issus de ces premiers travaux sur la base HAD sont les suivants (Tableau 1) :

Base HAD complétée par le groupage MCO	Base HAD complétée par le groupage SSR
<ul style="list-style-type: none"> -Le casemix HAD diffère du casemix MCO : les séjours HAD sont exclusivement médicaux et jamais groupés dans la catégorie majeure de diagnostic CMD 26 (traumatismes multiples graves), la CM 27 (transplantations d'organes) et la CMD 28 (séances) -70% des séjours de la base HAD 2011 sont classés dans 5 catégories majeures de diagnostic et 50 % des séjours de la base HAD sont classés dans 6 racines de GHM -La grande majorité des séjours HAD de la base 2011 (83 %) groupés avec le groupeur MCO, sont sans CMA ou non éligibles aux CMA -Le premier DP HAD (première séquence) et le premier MPP sont les variables clés pour le groupage ; d'autres variables, reflet d'une certaine lourdeur doivent être considérées pour affiner le groupage des séjours HAD avec le groupeur MCO : les MPP qui suivent le 1^{er}, les actes -Il faut aller au bout des analyses prévues : base 2012, analyse des niveaux de sévérité, des DS, des âges, analyses complémentaires demandées par le groupe technique 	<ul style="list-style-type: none"> -Toute la base HAD ne peut être groupée : il subsiste environ 12% d'erreurs (DP en O : O00-O99 : chapitre XV de la CIM-10 ; codes DP imprécis, codes de catégories, absence de codage de la maladie en DP_{HAD}) -Le casemix HAD 2011 diffère du casemix SSR 2011 : 59% des séjours de la base HAD sont classés dans 5 CM ; 50 % des séjours de la base HAD sont classés dans 8 groupes nosologiques (GN) -Le <i>premier DP</i> et le premier MPP sont les variables clés pour permettre de grouper le séjour HAD. Ici aussi, les autres variables, reflet d'une certaine lourdeur doivent être prises en compte pour obtenir le GME en SSR : l'âge du patient, sa dépendance (AVQ), les MPP qui suivent le 1^{er}, les actes

La lecture de la base HAD complétée par le groupeur RUG (Resource Utilisation Groups¹) n'est pas encore possible, toutes les variables clé de l'algorithme RUG ne figurant pas dans le recueil HAD actuel, en particulier la description de la dépendance du patient mesurée à son entrée en HAD et en cas de changement d'IK par deux échelles captant la dépendance envers quelques activités de base de la vie quotidienne (de type AVQ par l'échelle ADL du questionnaire RAI-domicile) ou instrumentales (de type AIVQ par l'échelle I-ADL du même questionnaire).

¹ La classification RUG III est une classification médico-économique utilisée au Canada mais aussi dans plusieurs états des USA, en Europe (Italie, Suisse, Finlande, Royaume Uni, Hollande, Belgique), et en Asie (Hong Kong, Japon, Australie). Au Canada, L'algorithme RUG III-HC permet de classer les séjours de patients pris en charge à domicile dans des groupes homogènes précis en fonction de leurs similarités cliniques et de l'utilisation des ressources mises en œuvre. Les variables permettant le classement dans les groupes RUG-III-HC (70 environ) sont issues du fichier minimal de l'instrument d'évaluation des résidents d'interRAI (RAI-MDS 2.0). Il existe sept catégories de RUG-III-HC classées en 23 groupes selon une hiérarchie clinique de la ressource la plus utilisée à la moins utilisée : Réadaptation (3 groupes RUG-III-HC), Soins complémentaires (intensifs) (3 groupes), Soins spéciaux (2 groupes), Soins cliniques complexes (4 groupes), Déficience cognitive (3 groupes), Troubles du comportement (3 groupes), Fonctions physiques réduites (5 groupes).

Les travaux exploratoires classificatoires repris dans le tableau suivant (Tableau 2) doivent être poursuivis :

POURSUITE DES TRAVAUX EXPLORATOIRES CLASSIFICATEURS		
Base HAD complétée par le groupe MCO	Base HAD complétée par le groupe SSR	Base HAD complétée par le groupe RUG-III
<p>-Fin des analyses prévues : base HAD 2012, analyse des niveaux de sévérité, des durées de séjours, des âges ... pour aller plus loin dans la description, analyses complémentaires demandées par le groupe technique (cf. Présentation support de l'ATIH : diapos 18-20), prise en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ non du <i>premier</i> DP mais du DP de la séquence la plus longue du séjour ou, si la première séquence est très courte, du second DP ; ○ même problématique avec le <i>premier</i> MPP qui n'est pas forcément le plus représentatif du séjour HAD. 	<p>-Fin des analyses prévues : base HAD 2012, groupe SSR pour obtenir des GME, analyses complémentaires demandées par le groupe technique (cf. Présentation support de l'ATIH : diapos 31-32).</p>	<p>-Un établissement (Santé Service Bayonne) connaissant déjà le RAI®-Domicile s'est porté volontaire au deuxième semestre 2013 et au premier semestre 2014 pour assurer le recueil supplémentaire de la dépendance de ses patients entrant en HAD (file active de l'établissement : environ 350 patients pris en charge en HAD par an).</p> <p>-L'ATIH a prévu de mettre à sa disposition en septembre 2013 un tableau complémentaire de recueil avec N° séjour, N° séquence, variable Dépendance mesurée par les versions françaises des échelles ADL et I-ADL du questionnaire RAI-domicile.</p>
<p>AUTRES TRAVAUX A MENER (GROUPE TECHNIQUE EN CHARGE DES TRAVAUX EXPLORATOIRES CLASSIFICATEURS)</p>		
<p>-Comparaison des séjours HAD et des séjours correspondants des différents champs sanitaires. -Comparaison de l'apport des différents groupeurs à la description des patients, des prises en charge de l'HAD et de leur lourdeur. -Définition plus précise du DP_{HAD} (1^{er} DCMPP) et du MPP dans le prochain Guide méthodologique.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Remarque : <ul style="list-style-type: none"> ▪ A propos du recueil des diagnostics au cours du séjour HAD, la FNEHAD signale que les éditeurs de logiciels HAD permettent mal ou ne permettent pas du tout le recueil des diagnostics correspondant aux modes de prise en charge (mode de recueil N° 2) ; ▪ pour garantir le recueil d'un maximum de diagnostics, la FNEHAD insiste pour que le DP_{HAD} reste isolé et ne soit pas considéré comme le premier des DCMPP et demande la modification du prochain Guide méthodologique 2014 en conséquence ; ▪ elle souhaite aussi que les consignes pour la description en DP_{HAD} de l'AVC apparues dans le Guide méthodologique 2013 soient revues pour être plus claires afin de permettre de décrire correctement la suite de l'AVC (ex. par le programme de rééducation mis en œuvre) de sa séquelle (ex. par le programme de réadaptation mis en œuvre en HAD). <p>Le programme de travail 2013-2014 est détaillé dans le Tableau 3 ci-dessous.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Remarque : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le groupe de travail impliqué dans les travaux exploratoires classificatoires avec l'ATIH est constitué des équipes médico-statistiques de l'ATIH et des médecins DIM des fédérations et du CNIM ; ▪ il a accompagné les premiers travaux exploratoires de l'ATIH au premier semestre 2013 ; ▪ le même groupe de travail sera en charge de la poursuite des travaux classificatoires et des définitions (DP/MPP, Appendice F du Guide méthodologique). 		

II- Programme de travail sur 2013-2014

L'ensemble des travaux à mener en 2013-2014 en vue des premières propositions d'une nouvelle classification descriptive HAD, le groupe technique effecteur et le calendrier prévisionnel sont synthétisés dans le tableau suivant (Tableau 3) :

- les travaux classificatoires et des définitions (DP/MPP, Appendice F du Guide), seront poursuivis avec le même groupe technique que précédemment ou groupe technique N° 1 ; ce dernier pourrait aussi suivre l'actualisation de la revue des modèles d'HAD à l'étranger ;
- un autre groupe technique N° 2 - qui reste à créer même si sa composition ne changerait pas fondamentalement de celle du groupe technique actuel - serait lui, dédié aux explorations et discussions complémentaires, en vue notamment d'expertiser les problèmes de codage et de production de l'information médicale :

DETAIL DES TRAVAUX, GROUPE TECHNIQUE EFFECTEUR	CALENDRIER (S : semestre)
<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite des analyses exploratoires avec les groupeurs MCO, SSR, RUG : cf. ci-dessus (Tableau 2). • <i>Groupe de travail N°1.</i> 	S2 2013 – S1 2014
<ul style="list-style-type: none"> • Chainage des bases HAD : <ul style="list-style-type: none"> - description des trajectoires de soins ; - analyse de la cohérence de l'information disponible dans la base HAD au regard des séjours observés en amont et/ou en aval (MCO ou SSR). • <i>Groupe de travail N°1.</i> 	S2 2013
<ul style="list-style-type: none"> • Explorations et discussions complémentaires : • ex. situations cliniques non décrites par le modèle actuel ; actes CCAM non recueillis en HAD (ex. Maladie de Charcot sans actes) ; création de nouveaux actes HAD de type CSARR ?, description du « projet thérapeutique HAD » (cf. FPP du SSR décrit par des codes en Z), du caractère aigu ou chronique du DP_{HAD}, description plus complète du patient, de sa complexité, de ses aidants (professionnels, familiaux) et des temps d'intervention ... (cf. la logique des systèmes de recueil « intégrés » de type RAI®). • <i>Groupe de travail N°2.</i> 	S2 2013 – S1 2014
<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite ou non de la revue de la littérature des modèles HAD étrangers ? Travail d'envergure peu envisageable sans la collaboration de la DGOS, des fédérations et de l'IRDES² (délivrable : rapport de synthèse et publication). • <i>Groupe de travail N°1.</i> 	S2 2013 – S1 2014
<ul style="list-style-type: none"> • Proposition d'un nouveau recueil enrichi : nouvelles variables descriptives explicatives plus robustes, non tarifantes (aidants, charge en soins). • <i>Groupe de travail N°1.</i> 	S2 2014
<ul style="list-style-type: none"> • Synthèse des analyses exploratoires et propositions d'une nouvelle classification descriptive HAD. • <i>Groupe de travail N°1.</i> 	2015 ou plus

² L'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé a déjà publié en 2004 une synthèse de référence ; à notre connaissance l'IRDES maintient une veille active sur le sujet des soins hospitaliers à domicile à l'étranger : cf. « Le développement des services de soins hospitaliers à domicile : éclairage des expériences australienne, britannique et canadienne » : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes91.pdf>.

III- Questions diverses

1. Revue de la littérature sur les échelles de mesure de la dépendance et leur utilisation dans les classifications médico-économiques françaises

L'ATIH a engagé une réflexion *inter-champs* (HAD, SSR, PSY) pour substituer les deux scores de « dépendance » recueillis actuellement (IK et AVQ en HAD, AVQ seul en SSR et PSY) qui ne sont ni fiables, ni validés, ni complets, par une mesure générique valide de la dépendance utilisable dans les futures classifications médico-économiques de ces trois champs.

Au préalable, une revue exhaustive de la littérature sur les échelles de dépendance utilisées en France mais aussi à l'étranger (Amérique du nord, Europe, Australie – Nouvelle Zélande) a été confiée à un consultant référent en psychométrie (Mapi Consultancy). La revue et le travail effectué par le comité technique interne (CTI) Dépendance de l'ATIH³ avec le prestataire vient de se terminer : elle a permis de préciser les définitions et dimensions à considérer pour l'objectif fixé, les types de populations concernées, les avantages, les inconvénients, les propriétés psychométriques des échelles de mesures dans leurs contextes d'utilisation, les droits de copyright éventuels, les conditions d'utilisations, la vérification de leur applicabilité dans les trois champs d'activité sanitaire retenus. Au final, 15 échelles ont été candidates, sur les 35 sélectionnées. Le rapport de la revue et les recommandations du prestataire seront disponibles pour fin juin 2013.

Les travaux d'appropriation et d'examen des 15 échelles et la restitution de ces travaux aux Comités techniques des trois champs commenceront à la fin de l'été 2013 pour se poursuivre au deuxième semestre 2013 et jusqu'à la fin du premier semestre 2014.

Ils pourraient être pris en charge par un groupe de travail interchamp en charge des travaux Dépendance⁴ ; ainsi, les travaux consensuels de l'ATIH et des fédérations permettront de proposer le choix d'échelle(s) de mesure générique(s) de la dépendance en remplacement de l'AVQ à la fin du premier semestre 2014.

2. Autres travaux à mener sur la « classification » des GHPC

- Mise à jour du Guide méthodologique HAD 2014 par l'ATIH, en particulier les définitions des DP/MPP (cf. précédemment, groupe technique N° 1, échéance 1^{er} mars 2014).
- Publication sur le site de l'ATIH de la liste des GHPC et de leurs IPT (cf. Appendice C du Guide méthodologique) ; calendrier : S2 2013.
- Travaux sur les définitions et les contenus des modes de prise en charge (cf. Appendice F du Guide méthodologique) : la DGOS animera les travaux avec les parties concernées (Assurance maladie, ATIH, services de tutelle, fédérations, HAS) ; calendrier : S2 2013 pour le lancement.
- Description par l'ATIH de la montée en charge de l'HAD dans les établissements sociaux (ES) et les établissements médico-sociaux (EMS) depuis la publication en septembre 2012 des 2 nouveaux décrets élargissant le champ d'intervention des établissements de santé HAD à l'ensemble des ES et EMS parus le 06/09/2012 au Journal Officiel ; calendrier : S2 2013.

3. Le recueil des actes CCAM après 2010

- L'ATIH présente une brève synthèse de la montée en charge de la description des actes CCAM du séjour HAD (obligatoire depuis 2010).
- Si en 2010, le pourcentage de séjours avec au moins un acte CCAM ne dépassait pas 2%, ce pourcentage atteignait 4% en 2011 et dépasse 5% en 2012 (5.4%). En 2012, 84% des actes CCAM décrits concernaient six MPP : les soins palliatifs (36%), la nutrition entérale (13%), la surveillance de grossesse à risque (10%), les pansements complexes et soins spécifiques (10%), la prise en charge de la douleur (9%), la nutrition parentérale (7%).

4. DATIM HAD : version à paraître en 2013 et évolution en 2014

- Pour 2013, les tests sur la qualité de l'information médicale restent dans DATIM qui conserve deux modules : amélioration de la qualité et repérage des atypies :

³ Médecins et statisticiens de l'ATIH spécialistes des classifications du PMSI et des modèles de financement.

⁴ CTI Dépendance de l'ATIH + experts que désigneraient les fédérations.

- certains tests ont été mis à jour : test n° 143, test n°181, test n° 173 ;
- d'autres apparaissent :
 - test n°132 pour repérer les sous-séquences avec des codes géographiques imprécis ;
 - test n°174 pour pointer les séquences où le MPP est redondant avec le diagnostic principal (ex. MPP 04 *Soins palliatifs* et code CIM-10 du DP_{HAD} Z51.5 *Soins palliatifs*) ;
 - test n°183 pour pointer les séquences avec aucun diagnostic associé (DA) compatible avec le MPA en cas de mode de recueil n°1 ;
 - test n°234 pour repérer le pourcentage de séquences du séjour de moins de 5 jours ;
 - test n°242 pour repérer les séquences où la valorisation journalière moyenne est élevée ;
- de nouveaux scores globaux de qualité permettront de pointer la non qualité des données de séquences ou de séjours : pourcentage de *séquences* avec au moins une « erreur » DATIM, pourcentage de *séjours* avec au moins une « erreur » DATIM; un nouveau test global établissement permettra d'établir le nombre de séjours de l'établissement avec plusieurs « erreurs » DATIM (test 101).
- L'ATI présente les évolutions de l'outil DATIM prévues en 2014: DATIM conservera le seul module « Repérage des atypies » et OVALIDE intégrera le module « Amélioration de la qualité ».

5. Points de discussion

- Les éditeurs informatiques :
 - pour la FNEHAD, il faut que l'ATI/la DGOS fassent pression sur eux afin qu'ils mettent à la disposition des établissements des logiciels de saisie des données performants et facilitateurs ce qui n'est pas toujours le cas : cf. par exemple :
 - i. le mode de recueil des diagnostics 1 ou 2 : certains éditeurs ne permettent toujours pas le recueil des diagnostics correspondants aux MP ou, s'ils le permettent en théorie n'en facilitent pas l'usage sur toutes les séquences et sous-séquences du séjour ;
 - ii. le codage des IK dans les plages prévues et celles-là seulement ;
 - iii. le codage invariant imposé par l'éditeur pour la variable « Type de lieux de domicile » (pas de changement possible en cours de séquence alors que ce doit être possible).
- HAD d'un patient dans les suites immédiates d'un passage aux urgences :
 - le Conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH) a répondu favorablement à une proposition de la FNEHAD pour créer un groupe de travail sur le développement du recours à l'HAD ; il s'agit d'éviter le passage aux urgences des personnes âgées et ainsi éviter l'entrée dans le parcours hospitalier classique de ces patients à partir des urgences ; les travaux débuteront en septembre 2013 et permettront d'aboutir à l'élaboration d'une charte de bonnes pratiques partagée entre les services d'urgences et l'HAD, et de développer des outils d'aide à l'analyse des situations d'urgence et des possibilités de recourir à l'HAD⁵ ;
 - l'ATI doit prévoir dans le prochain Guide méthodologique de 2014 une nouvelle modalité de la variable « Provenance » pour décrire une hospitalisation à domicile qui fait suite à un passage aux urgences hospitalières (modalité « en provenance d'un service d'urgence »).
- DATIM et DALIA HAD :
 - pour la FNEHAD, la mise à disposition des outils par l'ATI est trop tardive : les mises à jour des données 2013 des établissements sur e-pmsi risquent d'être décalées ;
 - Compatibilité MP et diagnostics : une actualisation de la table Diag_MP_Info est souhaitable : la table actuelle ne comporte pas les nouveaux codes CIM-10 utilisables au 01/03/2013 ;

⁵ Cf. Dépêche APM du 13/06/2013 reprise sur le site : <http://www.sfm.u.org/fr/services/depeches/voir/?id=54270>

- la FNEHAD signale que la première version de DALIA HAD 2013 (DALIA 1.0.0.0) n'admet pas les nouveaux codes CIM-10 et groupe les séjours d'HAD en EHPA en erreur bloquante ;
 - pour la FNEHAD, la qualité des données devrait prioritairement être examinée sur les données des établissements participant à l'ENC ; point de vue non partagé par l'ATIHI pour qui la qualité des données doit être considérée pour tous les établissements.
- HAD en ESMS :
 - la FNEHAD a pris note de la nouvelle version de PAPRICA ex-DGF 1.10.3.0, mise à jour pour M5 2013 permettant à partir de début juin la prise en compte après le 1er mars 2013, des modalités « 4 » (patient hébergé en établissement médico-social hors EHPAD) et « 5 » (patient hébergé en établissement social) pour la variable « Type de lieu de domicile ». La mise à disposition des outils par l'ATIHI est là aussi décrite comme trop tardive et mettant les établissements HAD en difficulté : les mises à jour des données risquent d'être décalées ;
 - la FNEHAD souhaiterait une écriture plus explicite du prochain Guide méthodologique 2014 pour ce qui concerne les prises en charge de l'HAD en ESMS :
 - i. par exemple en précisant la notion de séquence de soins⁶ dans le cas où l'HAD intervient en ESMS, en définissant en particulier la notion de « permission » du patient très fréquente dans ce contexte : par exemple pour un enfant dont les soins HAD sont réalisés 3 jours/7 au domicile des parents et le reste du temps dans l'établissement médico-social où l'enfant réside le reste du temps (actuellement, le Guide méthodologique précise que « toute absence du patient pour une hospitalisation hors du domicile incluant une nuitée dans un établissement de santé, interrompt l'hospitalisation en HAD »). En somme, il serait souhaitable que le Guide méthodologique adapte cette notion de « séquence de soins » en cas de nutrition parentérale discontinuée sur la semaine (cf. apports fractionnés discontinus sur la semaine : tous les 4 jours sur 7 voire moins), de pédiatrie, de handicap (cf. permissions du patient au domicile de ses parents les week-ends) ;
 - ii. pour les cas d'alimentation entérale/parentérale quotidienne ou pas, interrompu ou pas (ex. alimentation parentérale 5 jours /7)
 - iii. en remplaçant les termes « médicalisé et non médicalisé » pour désigner les établissements sociaux et les établissements médico-sociaux par la référence plus explicite de ces établissements à leur mode de tarification par l'Assurance maladie : avec ou sans forfait de soins ;
 - l'Assurance maladie signale un « bug » de son logiciel informatique qui ne sera pas résolu avant le 4^{ème} trimestre 2013 et qui entraînera des problèmes de facturation.
 - Actes CCAM :
 - pour la FNEHAD, ce qui est écrit dans le Guide méthodologique (recueil des actes du séjour, que ces actes soient réalisés à domicile ou pas) pose un problème difficile aux établissements HAD qui n'ont pas/peu la capacité d'assurer le recueil attendu : cf. saisie très chronophage car quotidienne des actes pour les nutriments et par séjour en cas de pompe PCA ;
 - l'ATIHI note ces difficultés majorées par des systèmes d'information inadaptés mais encourage fortement les établissements à décrire la lourdeur des prises en charge et des patients ; elle rappelle qu'une HAD est une hospitalisation à temps complet et que les actes doivent être décrits ; elle rappelle également avoir mis en ligne en 2010 un thésaurus des actes CCAM à la disposition des établissements et mis à jour régulièrement.

⁶ Une « séquence » de soins HAD est définie dans le Guide méthodologique comme une combinaison singulière des trois variables tarifaires susceptibles d'évoluer au cours du séjour : MPP, MPA s'il y a lieu, IK. Dans ce modèle, les soins sont quotidiens, continus.

IV- Prochaine(s) réunion(s) du/des groupe(s) technique(s)

Dates : pour les deux groupes techniques, les dates de réunions devront être fixées par l'ATIH en fonction de l'avancement des travaux :

- **Groupe de travail N°1** : équipes médico-statistiques de l'ATIH et médecins DIM des fédérations + CNIM. Il sera en charge des travaux classificatoires et des définitions (DP/MPP, Appendice F du Guide) ;
- **Groupe de travail N°2** : même composition globale que le groupe N° 1 a priori ; groupe dédié aux explorations et synthèses complémentaires.

IV- Prochaine réunion du comité technique HAD activité

Date : 14 novembre 2013. ATIH Paris, 10H-13H.