

## PROTECTION SOCIALE

### SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

*Direction de la sécurité sociale*

Sous-direction du financement  
du système de soins

Mission de la coordination  
et de la gestion du risque maladie

#### **Instruction DSS/MCGR/CNAMTS n° 2013-119 du 1<sup>er</sup> février 2013 relative aux priorités de gestion du risque en 2013**

NOR : AFSS1307677J

Validée par le CNP le 1<sup>er</sup> février 2013. – Visa CNP 2013-15.

*Date d'application* : immédiate.

*Catégorie* : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

*Résumé* : cette circulaire présente la feuille de route des dix priorités de gestion du risque en 2013.

*Mots clés* : gestion du risque, ARS, feuille de route.

*Annexes* :

Annexe I. – Planning général de la GDR en 2013.

Annexe II. – Feuilles de route régionale et nationale de la GDR en 2013.

Annexe III. – Mise en place du nouveau programme GDR sur la pertinence des soins.

*La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs  
généraux des agences régionales de santé (pour exécution)*

Plus de deux années après la diffusion de la directive du 19 juillet 2010 qui a assigné aux ARS dix priorités de gestion du risque (GDR) visant à améliorer l'efficacité du système de soins, la démarche de gestion du risque est entrée dans une dynamique d'approfondissement qu'il convient d'entretenir.

Ainsi, la démarche de GDR en 2013 reposera sur la reconduction générale des programmes mis en œuvre en 2012, à l'exception du programme relatif à la PDSA, qui fera l'objet d'actions dans un cadre différent de celui de la GDR. Seul un nouveau programme visant à améliorer la pertinence des actes et des séjours, et qui a déjà été expérimenté par plusieurs ARS, est ajouté à la démarche GDR.

Par ailleurs, la synergie entre les actions respectives des ARS et de l'assurance maladie, qui a enregistré des progrès importants en 2012, devra être renforcée en 2013. Ainsi, les « lettres réseaux » de l'assurance maladie ayant un lien avec la démarche GDR des ARS seront désormais systématiquement transmises aux ARS.

Cette circulaire vise donc à fournir aux ARS une feuille de route, afin de poursuivre en 2013 la mise en œuvre des priorités de GDR. Elle a fait l'objet d'une information auprès des représentants nationaux des fédérations d'établissements et syndicats libéraux.

#### **1. Les économies générées par la GDR sont désormais prises en compte dans l'ONDAM**

La gestion du risque doit contribuer au respect de l'ONDAM, qui a été fixé à 2,7 % dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. Pour la première fois cette année, près de 220 M€ d'économies directement ou indirectement issues de la mise en œuvre des programmes de GDR ont été intégrés à la construction de l'ONDAM, auxquels s'ajoute une fraction des économies réalisées au titre de la maîtrise médicalisée (550 M€), en particulier pour le programme GDR Transports :

- 123 M€ au titre de l'amélioration de la qualité des prises en charge à l'hôpital (chirurgie ambulatoire, réduction de la DMS, etc.) ;

- 60 M€ pour l'amélioration de la pertinence des prises en charge (MSAP, GDR SSR, etc.) ;
- 25 M€ au titre des programmes Imagerie et PHMEV ;
- 10 M€ pour le programme IRC (développement de la greffe).

Les actions qui seront mises en œuvre par les ARS en 2013 contribueront donc à la réalisation de ces économies.

## **2. Les actions de GDR ARS seront complétées en 2013 par la mise en œuvre des mesures relatives à l'amélioration des « processus de soins »**

L'analyse transversale de plusieurs processus de soins, réalisée par l'assurance maladie et publiée dans le rapport sur les « charges et produits pour l'année 2013 », a mis en lumière l'importance d'exploiter des marges de manœuvre nouvelles afin d'améliorer la qualité des soins et leur accessibilité tout en optimisant les ressources disponibles.

Ainsi – dans le cadre de la démarche GDR conduite par les ARS – sera développée une approche « par processus de soins, en analysant, pour un ensemble de problèmes de santé, différentes étapes dans ce processus [...] et en recherchant systématiquement les améliorations possibles en termes de qualité, de résultats de santé et de coût » (1).

Cinq processus de soins ont été sélectionnés : l'arthroplastie du genou, l'insuffisance cardiaque, la chirurgie des hernies et le traitement des varices, le cancer colorectal, le diabète.

Les actions lancées dans le cadre de ces « processus de soins » relèveront dans leur grande majorité de trois leviers :

- les actions liées au levier « prix » (des médicaments, des actes, etc.), qui dépendent en grande partie du niveau national ;
- les actions relatives à l'offre de soins, dont certaines dépendent également du niveau national : textes réglementaires sur les conditions techniques de fonctionnement et conditions d'autorisation des établissements, plans de santé publique qui créent des filières et parcours de soins, conventions avec les professionnels libéraux, réformes de financement et campagnes financières qui impactent directement les évolutions, etc. D'autres actions relatives à l'« offre de soins » dépendent du niveau régional. Il s'agit souvent d'actions en lien direct avec des actions de GDR (développement de la chirurgie ambulatoire, par exemple) ;
- les actions liées à la production ou à l'actualisation de référentiels et de recommandations de bonnes pratiques, qui s'inscrivent dans une perspective de moyen terme et qui relèvent en particulier de la HAS.

Une instruction spécifique sur les actions régionales à mettre en œuvre dans le cadre de la démarche « processus de soins » initiée au niveau national et validé en CNP du 1<sup>er</sup> février sera diffusée très prochainement aux ARS.

## **3. Premier bilan de la mise en œuvre des dix priorités de gestion du risque en 2012 et feuille de route pour 2013**

Un bilan détaillé et chiffré de la mise en œuvre des dix priorités de gestion du risque en 2012 sera transmis aux ARS durant le premier trimestre de l'année 2013, une fois connues les données sur l'année entière 2012.

Toutefois, quelques enseignements généraux peuvent d'ores et déjà être formulés à partir des éléments qualitatifs et quantitatifs transmis par les ARS à l'automne 2012 et dont l'analyse a permis de confirmer la nécessité de continuité pour la plupart des programmes en 2013.

Une instruction précisant les objectifs d'économie et les cibles chiffrées à atteindre par priorité sera diffusée à la fin du premier trimestre 2013.

### **3.1. IRC**

En 2012, les cibles relatives au développement de la greffe et de la dialyse péritonéale, adoptées sur la base des propositions du niveau national, ont été intégrées par les ARS au sein des SROS.

Les ARS se concentreront en 2013 sur la poursuite de la mise en œuvre du plan d'actions IRC en cohérence avec les SROS PRS. Conformément à l'instruction du 27 janvier 2012, les ARS veilleront à favoriser le renforcement de la greffe, l'augmentation des prises en charge de l'épuration extrarénale hors centre et l'augmentation du taux de dialyse péritonéale pour les patients incidents.

Par ailleurs, l'année 2013 marquera le lancement par l'assurance maladie des visites DAM et/ou des échanges confraternels pour la prévention de l'IRC sur la base du mémo validé par la HAS.

### **3.2. EHPAD (axes « efficacité et qualité des soins » et « efficacité »)**

En 2013, dans le cadre de l'axe « efficacité et qualité des soins », une instruction programmée en février définira précisément les modalités de mise en œuvre du programme qui se fondera sur :

- la poursuite des réunions locales sur la base des thèmes existants, auxquels les ARS seront libres d'ajouter un nouveau thème (prévention des chutes) ;

(1) Rapport « Propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2013 », p. 15.

- la constitution d'un groupe d'EHPAD référents volontaires visant à diffuser des bonnes pratiques au sein des EHPAD de la région ;
- la poursuite des actions des OMEDIT en matière d'amélioration de l'efficacité des prescriptions en EHPAD.

Dans le cadre de l'axe « efficacité », sur la base de l'analyse des remontées prévues sur les quatre ratios en février 2013, un déploiement de huit ratios sera demandé par une instruction qui sera diffusée au troisième trimestre 2013.

### 3.3. Chirurgie ambulatoire

Les ARS finaliseront leur plan d'action relatif au développement de la chirurgie ambulatoire et veilleront à sa bonne mise en œuvre, notamment au travers de la contractualisation avec les établissements de santé, sur des cibles négociées tenant compte de leur situation actuelle et de leur potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire. Le déploiement des actions régionales pourra s'appuyer utilement sur les travaux de la HAS et de l'ANAP, qui feront l'objet de publications successives en 2013, dans le cadre du programme commun sur la chirurgie ambulatoire. Les ARS veilleront également à déployer des formations pour les professionnels de santé, aux fins de promouvoir la chirurgie ambulatoire, et à la mise en œuvre des programmes régionaux de mise sous accord préalable (MSAP).

Dans le cadre de l'amélioration des organisations en chirurgie ambulatoire, les ARS veilleront à ce que les établissements de santé autorisés pour la pratique de la chirurgie ambulatoire aient élaboré et transmis la charte de fonctionnement des unités de chirurgie ambulatoire dans le délai de neuf mois à compter de la publication des dispositions du décret du 20 août 2012 modifiant certaines dispositions relatives aux alternatives à l'hospitalisation en chirurgie ambulatoire.

### 3.4. Transports sanitaires

Dans le champ des transports de patients, l'année 2012 aura été celle de la montée en charge du CAQOS : au 30 novembre 2012, 89 contrats avaient été signés, sur 161 établissements ciblés (55 %), contre 86 contrats sur 248 en 2011 (35 %).

La montée en charge des CAQOS devra s'accroître en 2013, en capitalisant sur les actions d'accompagnement menées en 2011 et 2012. Pour mémoire, le taux d'évolution des dépenses de transport en 2013 a été fixé à 3,5 %, soit un taux inférieur au taux de 2012 (4 %). Le ciblage des établissements reposera sur des données plus précises grâce à l'identification des ALD-30, 23 et 19.

Par ailleurs, s'agissant du volet relatif au développement de nouvelles modalités d'organisation des transports (art. 45 de la LFSS pour 2010), huit régions ont engagé un processus expérimental. En complément, l'ANAP diffusera, au premier semestre 2013, un recueil de bonnes pratiques sur l'organisation interne des établissements.

### 3.5. Prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV)

Comme pour les transports sanitaires, l'année 2012 aura été celle de la montée en charge du CAQOS. Ainsi, au 30 novembre 2012, 50 contrats avaient été signés.

L'action relative à la contractualisation sera donc poursuivie en 2013, sur la base d'un accompagnement qui sera développé sur des thèmes spécifiques. Pour mémoire, le taux d'évolution des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux exécutés en ville a été fixé, pour 2013, au même niveau que 2012, soit 5 %.

La contractualisation avec les établissements de santé intégrera aussi des objectifs qualitatifs, comme l'obligation de prescrire en DCI.

Pour faciliter les actions, il est important que les ARS rappellent aux établissements la nécessité d'émettre des prescriptions comportant la double identification du prescripteur (RPPS) et de l'établissement (FINESS). 88 % des pharmacies sont équipées, en janvier 2013, d'un logiciel 1.40 permettant la saisie du numéro RPPS du prescripteur en complément du numéro d'établissement, et la CNAMTS mettra en place un suivi trimestriel de la montée en charge de l'utilisation du RPPS par les pharmacies et les hôpitaux.

### 3.6. Imagerie

Dans le champ de l'imagerie, suite au dialogue de gestion organisé au printemps 2012, des cibles de diversification du parc IRM ont pu être intégrées au sein des SROS.

Les ARS poursuivront la mise en œuvre de la diversification de leur parc IRM via la procédure de renouvellement des autorisations. Une instruction spécifique proposera début 2013 un dispositif d'évaluation des effets de l'implantation des équipements IRM ostéo-articulaires.

Suite à l'actualisation du guide de bon usage des examens d'imagerie par la HAS, un plan d'accompagnement sur les indications des examens IRM visant à améliorer leur pertinence sera mis en œuvre par l'assurance maladie. Enfin, un accompagnement sur les actes de radiologie conventionnels sur trois topographies sera relancé en 2013.

### 3.7. SSR

Une nouvelle campagne de MSAP sera lancée en 2013. Les ARS continueront à promouvoir la signature des conventions entre SSR et EHPAD de la région.

Par ailleurs, dès la rédaction définitive du cahier des charges par la DGOS et l'ASIP, une instruction précisera aux ARS les modalités de déploiement du logiciel d'orientation des patients (LOP) au sein des régions où un tel logiciel n'a pas encore été déployé. L'objectif est de faire en sorte que les outils existants et à venir répondent aux normes de sécurité exigées de tous les systèmes d'information en matière de santé, qu'ils communiquent entre eux et permettent la bonne orientation des patients et la fluidité de leur parcours de soins, qui ne se limite pas au cadre géographique de la région. L'objectif est également de pouvoir réaliser des analyses nationales à partir d'un ensemble commun d'observations.

Une évaluation du programme sera prochainement engagée ; une instruction précisera également les points relatifs à chacune des actions sur lesquels elle portera.

### 3.8. *Liste en sus*

Le ciblage et le contrôle des établissements en vue de la conclusion de plans d'actions permettant de maîtriser la croissance des dépenses de la liste en sus seront poursuivis en 2013.

Dans le cadre de ce programme, une plus grande latitude sera accordée aux régions pour s'approprier les outils de régulation (en lien avec les OMEDIT), le choix des traceurs et le ciblage des établissements.

L'appui national aux régions sur la gestion des cas de mésusage sera renforcé.

Enfin, un décret, dont la publication est prévue début 2013, permettra d'harmoniser les calendriers régulation et CBU, pour une mise en œuvre prévue en 2014.

### 3.9. *Pertinence des soins*

L'amélioration de la pertinence des soins a pour objectifs l'accroissement de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'une meilleure efficacité des dépenses de santé. Un programme de travail est mené au niveau national depuis juin 2011 sur ce sujet, afin de construire les dynamiques nationales, régionales et locales d'animation de la démarche et de doter les institutions et les professionnels de santé d'outils de diagnostic et d'amélioration des pratiques professionnelles. Ce programme de travail débouche sur la mise en place, dès 2013, d'un programme de GDR spécifique (voir le détail dans l'annexe III), rejoignant ceux définis par la circulaire du 19 juillet 2010. Ce programme de GDR relatif à la pertinence des soins est piloté par la DGOS, en lien avec les autres directions et caisses concernées. Il sera évalué, dans le cadre commun aux autres programmes de GDR sur la base d'indicateurs de suivi et d'un indicateur de résultat qui participera au calcul de l'indicateur 5.3 des CPOM État-ARS.

Un guide méthodologique a été diffusé début janvier 2013, pour expliciter les méthodes et outils permettant aux ARS de repérer les enjeux d'amélioration, mais également de construire et mettre en œuvre, avec les professionnels de santé, un plan de mobilisation régional sur chaque activité concernée. Ce plan de mobilisation pourra notamment s'appuyer sur les outils d'amélioration de la pertinence des soins, élaborés par la HAS (*cf.*, en annexe, calendrier prévisionnel de mise à disposition des outils par la HAS), les programmes d'analyse et d'amélioration des pratiques, mais également sur les outils de repérage des atypies que la CNAMTS va tester sur l'appendicectomie et le canal carpien au cours du deuxième trimestre 2013.

## 4. **Évaluation 2013 des dix priorités de gestion du risque**

Une instruction, prévue au printemps 2013, précisera la liste des indicateurs et cibles qui permettront d'évaluer la mise en œuvre des programmes de GDR en 2013.

Les indicateurs CPOM devraient globalement être reconduits pour l'année 2013. Les cibles seront fixées sur la base de l'évaluation des indicateurs 2012 qui ne sera disponible, pour la plupart des priorités, qu'à partir de mars.

Des indicateurs de suivi intermédiaire ne comportant pas de cibles ont également été définis. Ils vous seront communiqués dans une prochaine instruction.

Pour la ministre et par délégation :

*Le directeur de la sécurité sociale,*  
T. FATOME

*Le directeur général de la CNAMTS,*  
F. VAN ROEKEGHEM

# ANNEXE I

## PLANNING GÉNÉRAL DE LA GDR EN 2013

	Décembre	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Jun	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	
IRC	Remontée attendue des ARS Instruction CNP Transmission d'informations du niveau national Mesure outils nationaux Action régionale		Remontées indicateur CPOM 2012	Recommandation de la HAS sur les modalités de mise en charge des IRC							Remontées intermédiaires			
										Lancement des campagnes DAM (CNAMTS) et/ou échanges confraternels				
EHPAD			Remontées indicateur CPOM sur 4 ratios	Remontées indicateur CPOM sur 4 ratios	Poursuivre la mise en œuvre du plan d'actions IRC en conférences avec les SROS PRS						Remontées intermédiaires			
			Diffusion d'une instruction précisant : - la constitution d'un groupe d'EHPAD - la prise en compte des actions des AMEDIT sur le médico-social.	Diffusion d'une instruction précisant : - la constitution d'un groupe d'EHPAD - la prise en compte des actions des AMEDIT sur le médico-social.	Transmission des données de l'AM pour les actions en lien avec la GDR						Diffusion d'une instruction précisant : - la constitution d'un groupe d'EHPAD - la prise en compte des actions des AMEDIT sur le médico-social.			
					Mise en place des 4 ratios d'analyse									
						Mise en œuvre des réunions locales d'information								
Transports	Données 9 premiers mois 2012 pour préajustage		Enquête - étude de rétrovision des prescriptions transport contractuelles 2012 (avant le 31/03/2013) 3 ALD transmises par l'AM	Instruction "transports" sur la campagne de contractualisation										
	Arrêtés taux 2013		Données complètes 2012 (avant le 15 mars)	Données complètes 2012 (avant le 15 mars)	Poursuite du ciblage et du dialogue avec les établissements pour les contrats 2013									
			Communication des données aux ES avant le 1 <sup>er</sup> avril aux ES	Communication des données aux ES avant le 1 <sup>er</sup> avril aux ES	signature des contrats 2013						Application des sanctions en cas de refus de contractualisation			
PHEV	Données 9 premiers mois 2012 pour préajustage		Données complètes 2012 (avant le 15 mars)	Données complètes 2012 (avant le 15 mars)										
	Arrêtés taux 2013		Communication des données/bilans prescription avant le 1 <sup>er</sup> avril aux ES	Communication des données/bilans prescription avant le 1 <sup>er</sup> avril aux ES										
			Requêtes pour transmission données par services	Requêtes pour transmission données par services	Suivi et évaluation des expérimentations article 45 LFSS 2010									
					Arrêtés taux 2014									

<b>Liste en sus</b>	Remontées des pliers d'actions au plus tard le 31.12	Instruction de régulation des dépenses des produits de la liste en sus pour 2013	Remontées indicateur CPOM 2012	Publication du décret destiné à l'harmonisation des calendriers de régulation et CBU (mise en œuvre 2014)	Avant le 15/07: synthèse globale sur les plans d'actions à adresser au ministère	Remontées intermédiaires	Remontées intermédiaires
Contractualisation ARS-AMES sur l'évolution des dépenses 2013							
Poursuite du ciblage et du contrôle des établissements en vue de la conclusion des plans d'actions							
<b>Imagerie</b>	Remontées des pliers d'actions au plus tard le 31.12	Instruction CNP pour l'évaluation de la mise en œuvre des plans de diversification du parc d'appareils	Mise en œuvre de la diversification du parc IRM via le régime d'autorisations (Art L 6122-9 du Code de la santé publique)	Accompagnement de l'AM sur les indications des examens d'IRM (suite à l'actualisation du guide HAS)		Remontées intermédiaires	Remontées intermédiaires
<b>Chir. Ambu.</b>		Campagne tarifaire: nouvelles incitations	Diffusion des outils et recommandations ANAP/HAS et déploiement des formations des professionnels de santé	Poursuite de la mise en œuvre du Plan d'actions régional	Poursuite de la MSAP	Remontées intermédiaires	Remontées intermédiaires
<b>SSR</b>	Instruction pour évaluation SSR 2012	Remontée indicateur CPOM 2012	Instruction CNP relative aux modalités de rapport d'offre régional pour LOP	Poursuite de la MSAP	Lancement de l'appel régional afin de sélectionner le logiciel d'aide à l'orientation des patients pour les régions qui n'en sont pas encore dotées	Remontées intermédiaires	Remontées intermédiaires
<b>Pertinence</b>	Diffusion d'une instruction et du guide sur la pertinence par la DGCS	Publication fin T1 2013 du cahier des charges national relatif au logiciel d'orientation des patients	Instruction faisant la synthèse des travaux de la CMAITS et de la DGOS	Déploiement par les ARS d'un plan d'actions régional sur au moins 2 thématiques correspondant aux enjeux régionaux dont au moins 1 sur un thème ciblé au niveau national		Remontées intermédiaires	Remontées intermédiaires

ANNEXE II

FEUILLE DE ROUTE GDR 2013

	A	B	C	E	F
1	<b>FEUILLE DE ROUTE REGIONALE 2013 GDR EHPAD</b>				
2					
3	<b>Actions attendues au niveau régional</b>		<b>Calendrier</b>	<b>Commentaires</b>	
4	<b>Axe "efficience et qualité des soins"</b>				
5	1.1	Continuer d'accompagner la montée en charge de la signature des contrats-types de coordination	2013		
6	1.2	Poursuivre la mise en œuvre des réunions locales sur la base des thèmes existants avec la possibilité d'ajouter un nouveau thème sur la "prévention des chutes"	2013		
7	1.3	Constituer des groupes d'EHPAD référents volontaires afin de diffuser les bonnes pratiques aux autres EHPAD de la région	2013		
8	1.4	Poursuivre l'action des OMEDIT en matière d'amélioration de l'efficience des prescriptions en EHPAD	2013		
9	1.5	S'appuyer sur les données de l'AM transmises au 2d semestre 2013 pour nourrir et cibler les actions en lien avec la GDR	2013		
10	<b>Axe "efficience"</b>				
11	2.1	Sur la base de l'analyse des remontées prévues sur les 4 ratios en février 2013 et sous réserve de disponibilité des données de l'assurance maladie pour 2012 (transmission prévue au 2d semestre), déployer 8 ratios à partir d'un masque de saisie rempli manuellement par les ARS.	S2 2013		
12					
13	<b>FEUILLE DE ROUTE NATIONALE 2013 GDR EHPAD</b>				
14					
15	<b>Actions attendues du niveau national</b>		<b>Calendrier</b>	<b>Responsables</b>	<b>Commentaires</b>
16	<b>Axe qualité et efficience des soins</b>				
17	1.1	Diffuser une instruction précisant : - les thèmes reconduits et l'ajout d'un nouveau thème pour les réunions locales : "prévention des chutes"; - une nouvelle modalité d'action pour les ARS : constitution d'un groupe d'EHPAD référents volontaires; - la poursuite des actions des OMEDIT sur le médico-social	mars-13	DSS/DGCS/DGOS	
18	<b>Axe efficience des EHPAD (ratios de dépenses)</b>				
19	2.1	Diffuser une instruction déployant 8 ratios sur les EHPAD d'un seul département au choix des ARS	S2 2013	DSS/DGCS/CNSA	
20	2.2	Poursuivre les travaux CNSA/DGCS/DSS en vue d'un SI partagé PA/PH	2013	DSS/DGCS/CNSA	

FEUILLE DE ROUTE REGIONALE 2013 GDR IRC

Actions attendues au niveau régional		Calendrier	Commentaires
<b>Objectif n°1: Améliorer la prévention et le dépistage de la maladie rénale chronique</b>			
1.1	Mettre en œuvre des actions de prévention de la maladie rénale chronique et de ses facteurs de risque en renforçant les programmes d'ETP transversaux	2013	
1.2	Assurer le suivi des actions de sensibilisation menées par les sociétés savantes et l'ABM	2013	
1.3	Favoriser une bonne collaboration interdisciplinaire et des conditions d'orientation adaptées vers les néphrologues	2013	
<b>Objectif n°2: Renforcer la greffe et le prélèvement</b>			
2.1	Accompagner, en lien avec l'ABM, le déploiement du programme Cristal dans 100 % des hôpitaux autorisés au prélèvement	2013	
2.2	Veiller à ce que les conditions organisationnelles requises pour les prélèvements soient réunies dans l'ensemble des sites potentiellement préleveurs	2013	
2.3	Renforcer la mise en œuvre des prélèvements sur donneur vivant	2013	
2.4	Mettre en œuvre des mesures visant à assurer la neutralité financière des personnes effectuant un don d'organe	2013	
2.5	Développer l'utilisation de machines à perfusion	2013	
2.6	Relayer les campagnes d'information et de sensibilisation mises en œuvre par l'ABM	2013	
2.7	Mettre en œuvre les conditions d'une coordination et d'une coopération entre les équipes de greffe et de dialyse	2013	
2.8	S'assurer de la disponibilité des équipes de greffe et des plateaux médico-sociaux pour l'utilisation optimale des greffons disponibles	2013	
2.9	Accompagner les audits relatifs aux coordinations mis en œuvre par l'ABM	2013	
2.10	Encourager la mise en place d'IDE de coordination de greffe afin d'optimiser le parcours de soins des patients	2013	
<b>Objectif n°3: Favoriser les prises en charge de dialyse de proximité des nouveaux patients</b>			
3.1	Organiser une offre de soins diversifiée	2013	
3.2	Rééquilibrer le nombre d'implantations par type de modalités au profit des prises en charge de proximité	2013	
3.3	Améliorer les conditions d'orientation initiales vers les différentes modalités de traitement	2013	
<b>Objectif n° 4: Veiller à la qualité et à la sécurité des soins</b>			
4.1	S'assurer de la mise en œuvre d'indicateurs de qualité relatifs à la dialyse ou à la greffe	2013	
4.2	Instaurer un retour sur les pratiques avec les professionnels des structures de soins	2013	
<b>Objectif n°5: Assurer l'accès des patients à l'information et aux programmes d'ETP</b>			
5.1	Veiller à la diffusion des documents d'information aux patients	2013	
5.2	Accompagner les établissements dans la formalisation d'un "temps d'information" de chaque nouveau malade	2013	
5.3	Favoriser la mise en œuvre de programmes d'ETP diversifiés et transversaux sur chacun des territoires de santé	2013	

FEUILLE DE ROUTE NATIONALE 2013 GDR IRC

Actions attendues du niveau national		Calendrier	Responsables	Commentaires
1.1	Analyser l'évaluation médico-économique de la HAS concernant les stratégies de prise en charge de l'IRCT (partie EER) et élaborer, si besoin, une instruction complémentaire pour les ARS	Dès publication	DSS/DGOS	
1.2	Mettre en place des visites DAM ou des échanges confraternels comprenant la diffusion du mémo IRCT chez le patient diabétique	2013	CNAMTS	
1.3	Clarifier au niveau réglementaire la prise en charge des actes infirmiers de DP en sus des forfaits « D »	2013	CNAMTS/DSS	



**FEUILLE DE ROUTE REGIONALE 2013 GDR TRANSPORT SANITAIRES**

Actions attendues au niveau régional		Calendrier	Commentaires
<b>Objectif n°1: Approfondir l'action de contractualisation avec les établissements de santé</b>			
1.1	Engager la campagne de contractualisation 2013	S1 2013	
1.2	Poursuivre la montée en charge des CAQOS en capitalisant sur les actions d'accompagnement menées en 2011 et 2012	S1 2013	
1.3	Evaluer les contrats 2011 et 2012 et en actualiser, le cas échéant, les taux 2013	juin à août 2013	
1.4	Calculer et notifier les intéressements et les reversements	juin à août 2013	
1.5	Appliquer le cas échéant les sanctions en cas de refus de contractualisation	S2 2013	
1.6	Réaliser le bilan régional de la contractualisation 2013	sept/octobre 2013	
<b>Objectif n°2: Déployer l'action d'expérimentation de nouveaux modes d'organisation des transports</b>			
2.1	Repérer les établissements volontaires pour participer à l'expérimentation suite à l'auto-diagnostic de l'ANAP (QuickEval)	2013	
2.2	Mettre en œuvre, suivre et accompagner les expérimentations	2013	indicateurs de suivi et de résultat à mettre en œuvre en 2013

**FEUILLE DE ROUTE NATIONALE 2013 GDR TRANSPORT SANITAIRES**

Actions attendues du niveau national		Calendrier	Responsables	Commentaires
<b>Objectif n°1: Approfondir l'action de contractualisation avec les établissements de santé</b>				
1.1	Publier le taux d'évolution 2013 au plus tard le 31/12/2012 : 3,5%	T4 2012	DSS/DGOS	
1.2	Publier l'instruction de campagne de contractualisation 2013 (bilan des contrats passés en 2011/2012...)	T2 2013	DSS/CNAMTS	
1.3	Poursuivre les travaux d'approfondissement sur les données de ciblage, sur les dépenses de transport et des profils par prescripteur (outils et aides à la contractualisation)	2013	CNAMTS	
1.4	Enrichir les fiches profils nationales	T1 2013	CNAMTS	
1.5	Poursuivre l'extension du ciblage au secteur privé		CNAMTS	
1.6	Lancer une enquête auprès des ARS pour affiner les déterminants de l'évolution des dépenses de transports sur un échantillon d'établissements ayant présenté des baisses ou des augmentations significatives en 2010, 2011 et 2012	S1 2013	DSS	
<b>Objectif n°2: Déployer l'action d'expérimentation de nouveaux modes d'organisation des transports</b>				
2.1	Diffuser un recueil de bonnes pratiques (ANAP) sur l'organisation interne des établissements	2013	ANAP	
2.2	Diffuser au niveau national, le bilan des expérimentations lancées		DSS	
<b>Objectif n°3: Mener des travaux parallèles sur la réglementation transport</b>				
3.1	Diffuser une instruction relative à la prise en charge des frais de transport de patients		DSS/CNAMTS/DGOS	
3.2	Diffuser une instruction relative au décret agrément /autorisation du 29 août 2012		DSS/DGOS	
3.3	Poursuivre les travaux du groupe de travail (Etat/CNAMTS/ARS) sur le partage du Répertoire National des Transporteurs (RNT) entre ARS et CPAM		CNAMTS/DSS/DGOS	
3.4	Assurer le déploiement du RPPS		CNAMTS	

**FEUILLE DE ROUTE REGIONALE 2013 GDR PHEV**

Actions attendues au niveau régional	Calendrier	Commentaires
<b>Objectif: Approfondir l'action de contractualisation avec les établissements de santé</b>		
1.1 Communiquer les données/bilans des prescriptions aux établissements de santé	Avant le 1er avril 2013	
1.2 Poursuivre la contractualisation avec les établissements, sur la base d'un accompagnement qui sera développé sur des thèmes spécifiques	2013	
1.3 Intégrer dans la contractualisation des objectifs qualitatifs comme l'obligation de prescrire en DCI.	2013	
1.4 Evaluer les contrats 2012 en actualisant, le cas échéant, les taux 2013 et 2014, et en incluant les objectifs qualitatifs	Juin à août 2013	

**FEUILLE DE ROUTE NATIONALE 2013 GDR PHEV**

Actions attendues du niveau national	Calendrier	Responsables	Commentaires
<b>Objectif: Approfondir l'action de contractualisation avec les établissements de santé</b>			
1.1 Diffuser une instruction aux ARS sur la campagne 2013 de contractualisation	2013	CNAMTS	
1.2 Diffuser les indicateurs de « ciblage » pour les principales classes thérapeutiques médicamenteuses et les principaux regroupements LPP	2013	CNAMTS	
1.3 Enrichir les données transmises : nombre de boîtes, coût moyen par boîte, ratio nombre de boîtes dans le répertoire, évolution du montant en ville dans le territoire correspondant	2013	CNAMTS	
1.4 Développer des thèmes d'accompagnement spécifiques (6 sur les médicaments et 3 sur la LPP)	2013	CNAMTS	

**FEUILLE DE ROUTE REGIONALE 2013 GDR LISTE EN SUS**

Actions attendues au niveau régional		Calendrier	Commentaires
<b>Objectif: Conclure des plans d'actions avec les établissements de santé</b>			
1.1	Poursuivre le ciblage et le contrôle des établissements en vue de la conclusion des plans d'actions	2013	
1.2	Négocier et conclure des plans d'actions avec les établissements contrôlés	Avril à juin 2013	
1.3	Remonter au niveau national la synthèse sur les plans d'actions mis en œuvre	Avant le 15 juillet 2013	

**FEUILLE DE ROUTE NATIONALE 2013 GDR LISTE EN SUS**

Actions attendues du niveau national		Calendrier	Responsables	Commentaires
<b>Objectif: Permettre aux ARS de conclure des plans d'actions avec les établissements de santé</b>				
1.1	Diffuser l'instruction de régulation des dépenses des produits de la liste en sus pour la période 2013 (dépenses 2012)	2013	DSS	
1.2	Publier début 2013 le décret destiné à l'harmonisation des calendriers régulation et CBU, pour une mise en œuvre 2014  Deux grands axes :  1- Donner davantage de latitude aux régions pour s'approprier les outils de régulation (en lien avec OMEDIT), choix de traceurs, ciblage des ES; 2- Renforcer l'appui national aux régions sur la gestion des cas de mésusage : présentation d'exemples de situations et conduite à tenir, la mise en place d'un système expérimental de remontées de cas de mésusage par les OMEDIT aux agences INCA et ANSM  *Réflexion en cours pour intégrer un volet efficience de la prescription	2013	DSS	

**FEUILLE DE ROUTE REGIONALE 2013 GDR IMAGERIE**

Actions attendues au niveau regional		Calendrier	Commentaires
<b>Objectif n°1: Mettre en œuvre la diversification du parc des IRM</b>			
1.1	Poursuivre la mise en œuvre de la diversification du parc IRM régional via la procédure de renouvellement des autorisations	2013	
<b>Objectif n°2: Finaliser l'accompagnement sur l'imagerie conventionnelle</b>			
2.1	Réaliser l'accompagnement des ES sur la base du guide du bon usage des examens d'imagerie médicale déployé par la SFR	2013	En lien avec l'Assurance Maladie

**FEUILLE DE ROUTE NATIONALE 2013 GDR IMAGERIE**

Actions attendues du niveau national		Calendrier	Responsables	Commentaires
1.1	Diffuser une instruction spécifique (annoncée dans l'instruction du 15 juin 2012) qui proposera un dispositif d'évaluation des effets de l'implantation des équipements IRM ostéo-articulaires	T1 2013	DGOS/CNAMTS	
1.2	Diffuser aux ARS un plan d'accompagnement sur les indications des examens IRM à la suite de la publication par la HAS des recommandations en la matière	2013	DGOS/CNAMTS	
1.3	Suivre les actions sur les autorisations suite aux publications des SROS	2013	DGOS	
1.4	Diffuser les travaux de la HAS et ANAP (programme de travail 2013) sur l'offre d'IRM et le développement d'outils visant à améliorer l'organisation du parc des IRM (groupe travail DSS-DGOS-CNAMTS-ANAP-HAS)	2013	HAS/ANAP	
1.5	Mettre en oeuvre une modulation des tarifs des actes sur la base de leur valorisation intellectuelle suite à la redescription des actes (travaux en cours)	2013	CNAMTS	
1.6	Lancer un accompagnement sur les actes de radiologie conventionnels sur 3 topographies.	2013	CNAMTS	

**FEUILLE DE ROUTE REGIONALE 2013 GDR CHIRURGIE AMBULATOIRE**

Actions attendues au niveau régional		Calendrier	Commentaires
<b>Objectif n°1: Atteindre une cible de développement globale et par geste marqueur 2012-2013</b>			
1.1	Finaliser la mise en œuvre d'un plan d'actions pluriannuel relatif au développement de la chirurgie ambulatoire, notamment au sein des ES les plus éloignés de la cible régionale de développement	S1 2013	
1.2	Poursuivre la contractualisation avec les établissements de santé dans le cadre du SROS-PRS sur une cible pluriannuelle de développement et des indicateurs d'évaluation adaptée et de qualité de prise en charge	2013	
1.3	Déployer des formations pour les professionnels de santé aux fins de promouvoir la chirurgie ambulatoire	2013	
<b>Objectif n°2: Poursuivre et élargir la mise en œuvre de la MSAP</b>			
2.1	Poursuivre la campagne MSAP sur 38 gestes marqueurs	2013	

**FEUILLE DE ROUTE NATIONALE 2013 GDR CHIRURGIE AMBULATOIRE**

Actions attendues du niveau national		Calendrier	Responsables	Commentaires
<b>Objectif n°1: Atteindre une cible de développement globale et par geste marqueur 2012-2013</b>				
1.1	Poursuivre les travaux sur la sécurité et la qualité en chirurgie ambulatoire	2013	DGOS	
1.2	Poursuivre les travaux ANAP/HAS et assurer leur diffusion : outil médico-économique, recommandations organisationnelles à partir d'un benchmark de 15 ES pilotes , accompagnement de 20 ES en retard et de 3 ARS (Lorraine, Midi-Pyrénées, Auvergne)	2013	ANAP/HAS/DGOS	
1.3	Permettre le déploiement de la formation des professionnels de santé	2013	DGOS/ANFH	
1.4	Poursuivre et faire évoluer la contractualisation Etat/ARS	2013	DGOS	
1.5	Mener des travaux exploratoires sur les hôtels-ambulatoires	2013	DGOS	
1.6	Poursuivre la réflexion sur les centres dédiés à la chirurgie ambulatoire	2013	DGOS	
1.7	Programme PREPS sur les recherches-actions en organisation innovantes en CA	2013	DGOS	
1.8	Poursuivre la politique incitative en fonction des taux de chirurgie ambulatoire observés : étude de nouveaux GHM à tarif unique, incitation des activités en cours de déploiement et de la CA rare et innovante, sortie de l'incitation lorsque l'objectif de développement est atteint.	2013	DGOS	
<b>Objectif n°2: Poursuivre et élargir la mise en œuvre de la MSAP</b>				
2.1	Organiser la nouvelle campagne MSAP sur 38 gestes marqueurs	2013	CNAMTS	

**FEUILLE DE ROUTE REGIONALE 2013 GDR SSR**

Actions attendues au niveau régional		Calendrier	Commentaires
<b>Objectif n°1: Mieux positionner les SSR dans l'offre de soins régionales</b>			
1.1	Poursuivre la MSAP des établissements ciblés	T1 / T2 2013	
1.2	Par activité ciblée, suivre le nombre de SSR mis effectivement sous MSAP par rapport au nombre total de SSR ciblés		
1.3	Dresser un bilan de la MSAP SSR 2012	Fins des 1er et 2ème trimestres 2013	
<b>Objectif n°2: Améliorer la fluidité du parcours de soins du patient entre SSR et champ médico-social</b>			
2.1	Présenter le projet de convention SSR-EHPAD aux SSR aux établissements et organiser une concertation préalable avec les fédérations	Avant le 1er mars 2013	
2.2	Obtenir que 10% des SSR concernés signent au moins une convention avec 1 EHPAD	1er trimestre 2013	
<b>Objectif n°3: Améliorer l'efficience à court terme des nouveaux SSR</b>			
3.1	Analyser les indicateurs d'efficience, repérer des atypies et proposer des actions correctrices	T1 2013	
3.2	Proposer des objectifs d'efficience pour les établissements anormalement atypiques	T2 2013	
3.3	Mettre en œuvre le score de risques financiers des données PMSI et alerter les établissements en situation difficile	S2 2013	
<b>Objectif n°4: Déployer au sein de chaque région un logiciel d'aide à l'orientation des patients</b>			
4.1	Pour les ARS qui n'en sont pas encore dotées, déployer un LOP	2013	

**FEUILLE DE ROUTE NATIONALE 2013 GDR SSR**

Actions attendues du niveau national		Calendrier	Responsables	Commentaires
1.1	Diffuser l'instruction d'évaluation du programme GDR-SSR 2012	T1 2013	DGOS	
1.2	Diffuser une instruction relative aux modalités d'élaboration et de mise en œuvre de l'appel d'offre régional relatif au logiciel d'orientation des patients, pour les ARS qui n'en sont pas encore dotées.	Fin T1 2013	DGOS	

**FEUILLE DE ROUTE REGIONALE 2013 GDR PERTINENCE**

Actions attendues au niveau régional		Calendrier	Commentaires
<b>Objectif n°1: Déployer un plan régional sur la pertinence des soins</b>			
1.1	Déployer un plan d'actions régional sur au moins deux thématiques correspondant aux enjeux régionaux, dont au moins une portant sur les thèmes ciblés par le niveau national (césarienne, appendicectomie, canal carpien)	S2 2013	
<b>Objectif n°2: Déployer la démarche dans les établissements de santé pour les régions déjà avancées dans leur plan de mobilisation régional</b>			
2.1	Contractualisation des actions dans les CPOM ARS-ES et mise en œuvre	2013	

**FEUILLE DE ROUTE NATIONALE 2013 GDR PERTINENCE**

Actions attendues du niveau national		Calendrier	Responsables
1.1	Diffuser le guide méthodologique sur la Pertinence	janv-13	DGOS
1.2	Diffuser des documents retours d'expériences sur les programmes d'accompagnement nationaux mis en place : travaux CNAMTS, DGOS/HAS sur la césarienne programmée, le canal carpien et l'appendicectomie (évaluation des résultats, impacts, perspectives)	de juin à novembre 2013	DGOS/CNAMTS

## ANNEXE III

### MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE GDR CONSACRÉ À L'AMÉLIORATION DE LA PERTINENCE DES SOINS

#### 1. Contexte

Concernant le repérage des enjeux d'amélioration de la pertinence, les taux de recours aux soins hospitaliers, mis à disposition sur le système national d'information sur l'hospitalisation (SNATIH) (1) à différents niveaux d'agrégation (indicateurs de pilotage d'activité, activités de soins M/C/O, catégories d'activités de soins, domaines d'activités, groupes de planification, groupes d'activités), sont complétés début 2013 par les taux de recours à des niveaux plus fins (racines de GHM, gestes) pour 32 activités prioritairement retenues au niveau national (liste en note de bas de page) (2). Ces priorités ont été établies du fait d'une dispersion notable des taux de recours à ces activités associée :

- soit à la gravité des conséquences du geste médical considéré ;
- soit à une fréquence élevée de réalisation du geste et à une évolution dynamique de celle-ci sur les trois dernières années.

#### 2. Objectifs du programme

L'objectif fixé aux ARS est la mise en œuvre du programme d'amélioration de la pertinence des soins dans chaque région. La mise en œuvre se décline en différents niveaux de maturité.

Le niveau de maturité est apprécié sur une échelle allant de 0 à 4 :

Niveau 0 : absence d'action régionale initiée sur la pertinence des soins ;

Niveau 1 : réalisation d'un diagnostic large sur la base des taux de recours aux soins hospitaliers mais aussi d'indicateurs comparatifs de pratiques disponibles notamment pour les césariennes programmées, les appendicectomies, le syndrome du canal carpien.

Niveau 2 : établissement d'un plan d'actions régional pour l'amélioration de la pertinence des soins sur au moins deux thématiques, dont au moins une portant sur des actions déjà accompagnées par le niveau national, sauf si celles-ci ne correspondent pas aux enjeux régionaux identifiés.

Parmi les accompagnements nationaux initiés à ce jour, se trouvent les programmes relatifs à la césarienne programmée à terme (3), à l'appendicectomie et au syndrome du canal carpien (4). Les plans d'actions régionaux doivent donc en priorité concerner ces trois activités si elles correspondent aux problématiques régionales.

Par ailleurs, il est d'ores et déjà prévu que, d'ici à la fin 2013, des outils d'amélioration des pratiques soient élaborés par la HAS pour 19 des 32 activités prioritairement retenues au niveau national (cf. annexe). Là encore, le choix des priorités d'actions régionales doit en tenir compte dans la mesure où la mise en œuvre des actions sera d'autant plus facilitée que des outils reconnus par les professionnels de santé seront disponibles.

Niveau 3 : pour au moins deux des thématiques faisant partie des enjeux régionaux d'amélioration de la pertinence des soins, actions informatives auprès des professionnels de santé et mise en œuvre de plan d'actions d'amélioration de la pertinence des soins par ces professionnels.

Le lancement de la mise en œuvre est matérialisé par la contractualisation du plan d'actions dans le CPOM ARS-ES (cf. guide méthodologique). La contractualisation peut intervenir en décalé par rapport au lancement de la mise en œuvre (i.e. au moment du dialogue de gestion pour l'actualisation du CPOM entre l'ARS et l'établissement) ou simultanément au lancement en élaborant un avenant spécifique au CPOM. La contractualisation précisera les éléments (indicateurs de processus et de résultat) sur lesquels seront évalués les plans d'actions menés.

Concernant la participation aux programmes nationaux, deux modalités sont possibles :

- idéalement, participation *via* les expérimentations pilotes si, pour les ARS, les conditions sont réunies au moment du lancement de l'expérimentation ;

(1) <http://stats.atih.sante.fr/cgi-bin/broker>

(2) Anévrisme de l'aorte abdominale, colectomie totale, hypertrophie bénigne de la prostate, hystérectomie, œsophagectomie, pancréatectomie, pontage coronaire, thyroïdectomie, valve aortique, varice, césariennes programmées à terme, endoscopie digestive diagnostique et anesthésie en ambulatoire, cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale, à l'exception des affections aiguës, affections des voies biliaires, interventions transurétrales ou par voie transcutanée, lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire, en ambulatoire, infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels, prothèses de genou, prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents, arthroscopies d'autres localisations, chirurgie de rachis, interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, drains trans-tympaniques, âge inférieur à 18 ans, affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde, infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans, bronchiolites, broncho-pneumopathies chroniques surinfectées, appendicectomies, ligamentoplasties du genou.

(3) Instruction DGOS/R5/2012 relative à l'appel à candidatures pour l'expérimentation pilote du programme d'analyse et d'amélioration des pratiques de césarienne programmée à terme ; instruction validée par le CNP le 23 novembre 2012. – Visa CNP 2012-268.

(4) Actions portant sur l'appendicectomie et le syndrome du canal carpien pilotées par la CNAMTS (consolidation des indicateurs de repérage des atypies notamment) ; mise à disposition d'outils d'amélioration des pratiques par la HAS sur ces thématiques.



- ou déploiement régional ultérieur sur la base des outils enrichis grâce au retour d'expérience des régions pilotes.

Niveau 4 : suivi des résultats des actions mises en œuvre par les établissements de santé et ajustement éventuel du plan d'actions régional sur ces thématiques. L'évaluation des résultats pourra intervenir lors d'un dialogue de gestion avec l'établissement, auquel seront associés les praticiens concernés.

Pour l'année 2013, il est demandé à chaque ARS d'évaluer le positionnement de sa démarche sur cette échelle de maturité en début d'année 2013 et d'en assurer une progression tout au long de l'année *i.e.* :

- si la démarche se trouve à un niveau de maturité égal à 0 ou 1, de progresser de deux niveaux sur l'échelle de maturité présentée ci-dessus ;
- si la démarche se trouve à un niveau de maturité égal à 2 ou à 3, de progresser d'un niveau sur l'échelle présentée ci-dessus, compte tenu du temps nécessaire à la mise en œuvre du plan d'actions et du délai requis pour en évaluer l'impact ;
- si elle se trouve à un niveau de maturité égal à 4, d'élargir la démarche à des thématiques supplémentaires si nécessaire (selon les enjeux identifiés suite au diagnostic régional).

Des éléments de précision seront demandés aux ARS, notamment le nombre et la nature des thématiques couvertes par leurs actions régionales (y compris, le cas échéant, au-delà des 32 activités prioritaires GDR).

La démarche engagée sera poursuivie et adaptée les années suivantes.

### 3. Modalités d'évaluation du programme

Le niveau de déploiement de la démarche sera évalué de manière complémentaire par deux indicateurs plus fins :

- un indicateur de suivi : nombre et taux d'établissements de santé MCO engagés dans la mise en place d'un programme d'actions d'amélioration de la pertinence des soins avec contractualisation dans les CPOM ARS-ES ;
- un indicateur de résultat (indicateur qui participera au calcul de l'indicateur 5.3 des CPOM État-ARS à partir de 2014) : nombre et taux d'établissements de santé MCO pour lesquels l'ARS dispose de résultats intermédiaires (diagnostic initial tel que : étude ARS, CNAMTS, auto-évaluation par l'établissement de santé) ou finaux des actions d'amélioration de la pertinence des soins mises en œuvre au niveau des établissements de santé.

Pour l'année 2013, première année de mise en œuvre, cet indicateur de résultat ne pourra pas être évalué pour l'ensemble des régions. Seules les régions pour lesquelles le niveau de maturité de la démarche le permet le renseigneront. En 2013, l'indicateur retenu pour participer au calcul de l'indicateur 5.3 des CPOM État-ARS est donc celui mesurant le niveau d'atteinte de l'objectif de progression dans la maturité de la démarche explicité *supra* (1).

L'ensemble de ces indicateurs (niveau de maturité, indicateur de suivi de déploiement et indicateur de résultat) feront l'objet du dialogue métier CPOM État-ARS.

#### Calendrier prévisionnel de mise à disposition par la HAS d'outils d'amélioration de la pertinence des soins

DISCIPLINE	SAISINES	LIVRABLES	CALENDRIER prévisionnel
CARDIO	Endoprothèses vasculaires sans IDM 05K06	Note problématique pertinence	T1 2013
DIGESTIF PÉDIATRIE	Appendicectomie 06C08/06C09	Référentiel	Novembre 2012
		Outils d'aide à la décision – programmes d'amélioration des pratiques	En cours
DIGESTIF	Cholécystectomies 07C14 (13?)	Note problématique pertinence	Décembre 2012
		Outils d'aide à la décision – programmes d'amélioration des pratiques	Décembre 2012
GASTRO	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie en ambulatoire 06k04	Note problématique pertinence	T1 2013

(1) Absence de progression du niveau de maturité : atteinte de l'objectif à 0 % ; passage du niveau de maturité de 0 à 1 ou de 1 à 2 : atteinte de l'objectif à 50 % ; passage du niveau de maturité de 0 à 2 ou de 1 à 3 ou de 2 à 3 ou de 3 à 4 : atteinte de l'objectif à 100 %.

DISCIPLINE	SAISINES	LIVRABLES	CALENDRIER prévisionnel
		Indicateurs programmes d'amélioration des pratiques	Terminé
GYNÉCO-OBS RADIO	Échographie < 11 <sup>e</sup> semaine de grossesse	Référentiel	T3 2013
OPHTALMO	Intervention sur le cristallin avec ou sans vitrectomie/02C05	Analyse bibliographie	Fin 2012
ORL - PÉDIATRIE	Drains transtympaniques/amygdalectomies, adénoïdectomies 03C10 - 03C11 - 03C22J - 03C14 - 03C15	Note problématique pertinence Référentiel	T1 2013 Décembre 2012 Début 2013 pour la partie clinique
ORTHO	Libération canal carpien et autres nerfs superficiels 01C13	Référentiel Outils	Terminé Début janvier 2013
ORTHO	Prothèses de genou 08C24	Référentiel	Fin 2012
ORTHO	Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents 08C48	Note de problématique pertinence	Automne 2012
PNEUMO	BPCO BPC surinfectées (04M20)	Note problématique pertinence	Décembre 2012
		Support pour améliorer l'organisation de la prise en charge en amont de l'hospitalisation	T1 2013
PÉDIATRIE	Bronchiolites 04M18	Note problématique pertinence	Janvier 2013
		Actualisation recommandation ?	Automne 2013
GYNÉCO-OBS	Césarienne 14C02 Césarienne programmée	Référentiel	Terminé
		Programmes d'amélioration des pratiques	Terminé

L'élaboration d'outils d'amélioration de la pertinence des soins pour six nouvelles activités est inscrite au programme de travail 2013 de la HAS. Ces six activités sont : arthroscopie, affections de la bouche et des dents, chirurgie du rachis, prise en charge de la lithiase urinaire, infections des reins et des voies urinaires, affections des voies biliaires.