



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Direction de sécurité
sociale
Sous-direction du
financement du système de
soins
Mission de la coordination et
de la gestion du risque
maladie

Personnes chargées du dossier :

Charlotte BOUZAT

Tél. : 01 40 56 78 87

Mél : charlotte.bouzat@sante.gouv.fr

Romain FOLIARD

Tél : 01 40 56 73 41

Mél : romain.foliard@sante.gouv.fr

Le ministre des affaires sociales et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé
(pour exécution)

CIRCULAIRE N° DSS/MCGR/CNAMTS/2014/44 du 7 février 2014 relative à la mise en œuvre des priorités de gestion du risque (GDR) en 2014

Date d'application : immédiate

NOR : AFSS1403532C

Classement thématique: sécurité sociale : organisation, financement

Validée par le CNP le 7 février 2014 - Visa CNP 2014-17

Publiée au BO : oui

Déposée sur le site circulaires.gouv.fr : oui

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 instruction présente la feuille de route des dix priorités de gestion du risque en 2014
--

Mots-clés : gestion du risque, ARS, feuille de route 2014
--

Annexes : 1- feuilles de route régionale et nationale de la GDR en 2014
--

La directive du 19 juillet 2010 a assigné aux ARS 10 priorités de gestion du risque (GDR) visant à améliorer l'efficacité du système de soins.

La démarche de gestion du risque entre en 2014 dans une période charnière correspondant au renouvellement de deux documents stratégiques qui arrivent à échéance au terme de l'année 2013 :

- le contrat Etat-UNCAM 2010-2013 qui fixait « 5 priorités » et « 20 objectifs » pour la gestion du risque » ;
- la COG Etat-CNAMTS 2010-2013 dont le chapitre 1 concernait la gestion du risque¹.

Un bilan global de la mise en œuvre de la COG Etat-CNAMTS a eu lieu à l'été 2013. Celui concernant la mise en œuvre du contrat Etat-UNCAM a été présenté au Conseil national de pilotage (CNP) du 24 janvier 2014.

Par ailleurs, une mission IGAS a été lancée en novembre 2013² afin de dresser un bilan de la mise en œuvre des objectifs inscrits dans ces documents et proposer des pistes d'évolution à inscrire dans les contrats qui leur succéderont, dont les travaux ont déjà débuté et se poursuivront lors du 1^{er} semestre 2014.

Compte tenu du calendrier de ces différentes échéances, il est demandé aux ARS de mettre en œuvre en 2014, des actions qui s'inscrivent dans la continuité de celles mises en œuvre en 2013, tout en mettant l'accent sur un certain nombre de priorités pointées par la présente instruction.

Pour information, les nouvelles orientations de la GDR Etat-ARS issues de la nouvelle COG et du nouveau contrat Etat-UNCAM renégociés en 2014 et valables pour la période 2014-2017, seront mises en œuvre à partir de 2015.

1. Premier bilan de la mise en œuvre des 10 priorités de gestion du risque en 2013 et feuille de route 2014

Comme tous les ans un bilan détaillé et chiffré de la mise en œuvre des 10 priorités de gestion du risque pour l'année écoulée (2013) sera transmis aux ARS durant le 1^{er} trimestre de l'année 2014, une fois connues les données sur l'année entière 2013.

Toutefois, quelques enseignements généraux peuvent d'ores et déjà être formulés, notamment à partir des éléments qualitatifs et quantitatifs transmis par les ARS à l'automne 2013.

1.1 EHPAD (axes « efficacité et qualité des soins » et « efficacité »)

Bilan 2013 :

- Sur l'axe « efficacité », 2013 a confirmé de l'intérêt de la démarche pour les ARS. En 2013, toutes les ARS ont transmis les données des EHPAD d'un ou plusieurs départements de leur région, pour le calcul et l'analyse de quatre indicateurs, calculés cette année sur les comptes administratifs 2011 de l'échantillon. La remontée de 8 ratios d'analyse est attendue en 2014, calculés sur les comptes administratifs 2012 et les données de soins de ville transmises par la CNAMTS.

- Concernant l'axe « efficacité et qualité des soins », il a été demandé aux ARS de poursuivre sur les thèmes 2012 avec la possibilité de traiter un thème nouveau, consacré à « prévention des chutes ».

¹ Chapitre 1 de la COG Etat-CNAMTS 2010-2013 : « Approfondir la gestion du risque »

² Cette mission devrait rendre ses conclusions au printemps 2014.

Par ailleurs, au 1^{er} novembre, 21 réunions de groupes d'EHPAD référents visant à diffuser des bonnes pratiques au sein des EHPAD de la région, avaient été organisées dans 11 régions.

Perspectives pour 2014 :

En 2014, les ARS poursuivront les actions de gestion du risque engagées sur les deux axes concernant le champ des EHPAD.

En outre, des travaux seront initiés en vue de préparer les nouvelles orientations qui seront données à cette priorité. Il est ainsi prévu de mobiliser l'ensemble des informations actuellement disponibles afin de sélectionner des établissements qui mériteraient un accompagnement de la part des ARS. Ces actions d'accompagnement seront coordonnées avec celles planifiées par l'assurance maladie.

Des groupes de travail définiront :

- les critères de sélection des EHPAD à accompagner ;
- les modalités d'accompagnement des EHPAD ;
- le contenu des formations des personnels d'ARS visant à faciliter cet accompagnement.

1.2 IRC

Bilan 2013 :

Les ARS ont poursuivi la mise en œuvre des plans d'actions IRC en cohérence avec les SROS PRS, et un premier bilan de ces implantations a pu être réalisé.

Les SIOS II (organes et CSH) ont été élaborés notamment pour la partie greffe rénale, et l'assurance maladie a lancé sur le terrain les visites DAM et/ou des échanges confraternels pour la prévention de l'IRC. Le développement de la dialyse péritonéale reste cependant en deçà des objectifs avec des écarts persistants entre régions.

Perspectives pour 2014 :

- articulation avec les expérimentations de l'article 43 de la LFSS pour 2014 ;
- action menée par l'Assurance maladie sur la prescription de transport auprès de certains centres de dialyse pour privilégier le transport assis ;
- compléter l'indicateur CPOM pour suivre au-delà de la dialyse péritonéale le développement plus global de la dialyse hors centre.

1.3 Prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV)

Bilan 2013 :

Plusieurs ajustements intervenus en 2013 ont permis une montée en charge qualitative du dispositif, notamment la mise à disposition d'indicateurs de ciblage pour faciliter la fixation des objectifs de contractualisation par classes (anti TNF alpha). La contractualisation avec les établissements de santé intègre désormais des objectifs qualitatifs comme l'obligation de prescrire en DCI.

Par ailleurs, des actions d'accompagnement spécifiques ont été dispensées concernant les médicaments et DMI hospitaliers.

Le taux de contractualisation, au 15 novembre 2013, se situait à 28% (23 contrats signés). Cela porte à 134, le nombre total de contrats signés depuis la création du dispositif.

Les montants financiers évoluent de +4,1% sur les 6 premiers mois 2013 vs 2012 (soit -0,9% par rapport au taux national).

Perspectives pour 2014 :

Les ARS devront poursuivre l'action de contractualisation (le taux national d'évolution des dépenses pour 2014 a été fixé à + 5%), sur la base de nouvelles améliorations :

- développement du repérage des prescripteurs avec des actions pour renforcer l'utilisation du RPPS dans les prescriptions et préparation des conséquences (nouvelle forme d'accompagnement et de contractualisation) ;
- développement des indicateurs de ciblage par classes ;
- réflexion sur l'évolution de la forme et du champ de la contractualisation pour favoriser le développement des objectifs qualitatifs.

1.4 Transports sanitaires

Bilan 2013 :

Au 1er novembre 2013, 38 contrats avaient été signés sur 111 établissements ciblés (34%). Cela porte à 213, le nombre total de contrats signés depuis la création du dispositif.

Par ailleurs, un plan de contrôle de la facturation des transporteurs sanitaires a été lancé par la CNAMTS en avril 2013 afin de repérer les transporteurs "atypiques".

Perspectives pour 2014 :

Les ARS devront continuer la contractualisation avec les établissements, conformément aux nouvelles modalités définies par l'article 39 de la LFSS pour 2014 (modifiant l'article 45 de la LFSS pour 2010), qui permettra d'améliorer l'outil « CAQOS » :

- suppression du critère de ciblage concernant les pratiques de prescriptions non-conformes pour le repositionner au centre du dialogue qualitatif sur les objectifs du contrat ;
- suppression dans la loi du caractère automatique de la sanction financière en cas de refus de l'établissement de contractualiser pour plus de cohérence avec le décret en CE : l'application de la sanction est une faculté du DGARS en fonction du contexte avec l'établissement concerné ;
- ajout d'un critère alternatif de ciblage des établissements de santé : montant des dépenses de transports prescrits par les établissements de santé et réalisés en ville ce qui permet au-delà du taux d'évolution de retenir dans ce processus les établissements sur lesquels l'ARS souhaite engager un dialogue.

Par ailleurs, en 2014 les objectifs quantitatifs et qualitatifs fixés aux contrats seront enrichis (renseignement systématique du RPPS, conformité des prescriptions, intégration des expérimentations aux CAQOS) et le délai de contractualisation allongé avec les établissements de santé (modification du contrat-type).

Sur le volet « expérimentation - organisation du transport », le nouveau cadre expérimental (article 39 de la LFSS pour 2014) laissera la possibilité, pour un établissement de santé, d'organiser l'ensemble des transports de patients grâce à la perception d'une aide financière de démarrage ainsi que d'une incitation financière attachée à des objectifs d'économie.

Un décret en Conseil d'Etat organisera la mise en œuvre des nouvelles modalités issues de l'article 39 de la LFSS pour 2014 relatives à la contractualisation des établissements de santé et à l'expérimentation d'une organisation du transport de patients.

1.5 Imagerie

Bilan 2013 :

Concernant la radiologie conventionnelle (Axe 2), l'accompagnement des indications et non indications de la HAS a permis de soutenir, voire d'accentuer, la baisse de réalisation des radiographies du Crâne, Thorax et ASP en secteur libéral (-1,2 millions d'examen, soit -18%, entre 2009 et 2012). Une baisse de ces examens est intervenue également dans le secteur public. Un suivi de ces évolutions est réalisé.

En l'absence à ce jour d'éléments de contexte au niveau national motivant la nécessité de réitérer l'action d'accompagnement, le bilan et les perspectives ne concernent que l'axe 1 relatif à la diversification du parc des appareils IRM. Toutefois, concernant l'axe 2, chaque ARS peut faire part d'une problématique régionale en précisant son contexte à l'aide de critères d'appréciation.

Bilan 2013 :

Un bilan de la diversification du parc IRM a été réalisé au printemps 2013 et réactualisé en novembre. Sur le champ des données exploitables transmises par 20 ARS, ce bilan a fait état en novembre 2013 de : 65 appareils IRM OA autorisés (27 à Q1 2013), pour un total de 64 appareils OA autorisés attendus pour la France entière ; soit, sur ce champ de 20 ARS un taux de diversification de 11,3 % versus 9,5 % attendu (données provisoires). L'objectif de diversification attendu pour 2013 sur l'ensemble des régions est de 7,7 %.

Par ailleurs, grâce aux travaux s'étant déroulés en 2013, une nouvelle version d'ARGHOS pourra être déployée à compter de 2014 afin d'avoir un suivi plus régulier de la mise en œuvre des objectifs de diversification du parc.

Perspectives pour 2014 :

Comme en 2013, les ARS poursuivront la mise en œuvre de la diversification de leur parc IRM via la procédure des autorisations (installations d'appareils supplémentaires et/ou remplacements d'appareils existants).

1.6 Chirurgie ambulatoire

Bilan 2013 :

En 2013 les ARS ont finalisé leur plan d'action relatif au développement de la chirurgie ambulatoire et l'ont mis en œuvre, notamment, au travers de la contractualisation avec les établissements de santé.

Au 15 novembre 2013, 121 établissements avaient été mis sous MSAP (38 gestes), soit un taux toujours très satisfaisant : 81% (94% sur toute l'année 2012).

De nombreuses autres actions ont également été déployées au niveau national comme régional, afin de permettre le développement de la chirurgie ambulatoire (publications des recommandations organisationnelles ANAP-HAS, mise en place de formations pour les professionnels, finalisation d'une action expérimentale en lien avec la MSA sur la structuration des parcours en territoires ruraux, etc).

Perspectives pour 2014 :

En 2014, en mobilisant l'ensemble des leviers à leur disposition, les ARS devront poursuivre la mise en œuvre de leur plan d'action relatif au développement de la chirurgie ambulatoire, finalisé en 2013, notamment :

- mener des actions spécifiques ciblant les établissements de santé et les pratiques chirurgicales à fort potentiel et les plus en retard ;

- accompagner le cas échéant certains projets d'établissements sur la base d'objectifs précis (développer des organisations consolidant l'indépendance des flux ambulatoires, encourager l'innovation, ...);
- poursuivre la campagne MSAP (élargie de 38 à 43 gestes);
- déployer les outils organisationnels et médico-économiques de l'ANAP et de la HAS destinés aux établissements de santé;
- développer la formation des professionnels de santé aux fins de promouvoir la chirurgie ambulatoire;
- mener l'action expérimentale finalisée en 2013 en lien avec la MSA sur des territoires ruraux de six régions pilotes (Bretagne, Limousin, Franche-Comté, Champagne-Ardenne, Languedoc-Roussillon, Nord-Pas-de-Calais).

1.7 SSR

Bilan 2013 :

1) Les logiciels d'orientation des patients (LOP)

Une grande majorité des ARS (24) est désormais dotée d'un logiciel d'aide à l'orientation des patients, déployé, selon les cas, à des stades plus ou moins importants quant aux établissements et territoires couverts. Sur ces 24 ARS, 21 ont retenu le logiciel Via Trajectoire, initié par les Hospices Civils de Lyon et l'ARH Rhône Alpes.

S'agissant de Via Trajectoire, les fonctions d'orientation dans le champ sanitaire (MCO vers SSR, HAD, USLD) sont désormais bien développées. Les orientations du champ sanitaire vers les EPHAD sont actuellement maîtrisées sur un plan technique et devraient pouvoir être généralisées rapidement. Sont développés simultanément les répertoires opérationnels des ressources (ROR) et le répertoire partagé des professionnels de santé.

2) Bilan de la campagne MSAP

Au 30/09/2013 124 établissements ont été mis sous accord préalable parmi les 150 ciblés.

L'analyse des taux de transfert et mutations MCO vers SSR pour les 6 gestes orthopédiques retenus (PMSI 2012 vs 2011) montre une baisse des taux conduisant à 7200 séjours évités.

3) Indicateurs

Toutes les ARS ont jugé pertinents les indicateurs d'efficience mis en œuvre dans le cadre du programme des actions de GDR/SSR. Ils permettent selon elles de mieux positionner les SSR dans l'offre de soins au regard de leurs nouvelles spécialités et de s'en servir dans le cadre des SROS, des CPOM, ou d'analyses ponctuelles. Les ARS se sont approprié l'analyse nationale qui avait été réalisée sur les données 2010 comme base de référence et sont dans l'attente de son actualisation, sur la base des données 2012.

4) Les scores des risques

Ce score des risques a permis pour une large majorité des utilisateurs de repérer de manière ciblée les SSR en difficulté dans la production de données médicalisées (PMSI) permettant une bonne description de leur activité et dans la transmission de celles-ci aux ARS. Certaines d'entre elles ont utilisé ces scores dans le cadre des négociations de meilleure performance des établissements.

5) Convention indicative entre les SSR et les EHPAD

Globalement cet outil, qui avait vocation à fluidifier le parcours des personnes âgées entre SSR et EHPAD et d'harmoniser les clauses des conventions en prévoyant un socle d'engagements partagés et communs, n'a pas emporté une adhésion significative des établissements, du fait de l'existence d'accords antérieurs. La présentation de cette

convention-type a toutefois été l'occasion pour les ARS de réunir les acteurs du champ médico social et des SSR, leur rappelant l'intérêt d'organiser la transmission des informations lors des transferts de patients.

Une évaluation complète du programme GDR SSR mis en œuvre entre 2010 et 2013 est actuellement en cours de finalisation par la DGOS.

Perspectives pour 2014 :

1) LOP

Suite à l'élaboration du cahier des charges fonctionnel exprimant les services attendus du LOP et par ailleurs les obligations techniques auxquelles il doit répondre, ce cahier des charges sera soumis pour avis au niveau national à l'ensemble des acteurs concernés, et en particulier aux fédérations hospitalières et aux représentants des syndicats de médecins libéraux. Compte tenu du délai nécessaire à cette consultation, il est prévu d'adresser une instruction nationale GDR précisant les modalités de mise en œuvre et de montée en charge des LOP, à la fin du premier semestre 2014

Fin 2014, chaque région devra avoir retenu un LOP conforme aux exigences nationales et, en cas de LOP déjà mis en place, avoir validé le principe d'extension de périmètre de son LOP à tous les champs (médicosocial et libéraux...).

Le groupe de travail du programme GDR SSR définira au cours du premier semestre 2014 les tableaux de bord permettant de collecter au niveau national les données utiles pour suivre au plus près les orientations des patients et les filières de prise en charge selon les âges et les pathologies. Ces tableaux de bord constitueront une annexe de l'instruction. La gestion des données sera assurée par l'ATIH.

2) MSAP

La campagne MSAP développée par l'Assurance maladie sera tournée en 2014 vers les établissements prescripteurs sur des actes ciblés, conformément à l'article 33 bis de la LFSS pour 2014. Une instruction sera adressée dans ce sens aux ARS et au réseau de l'Assurance maladie.

3) Indicateurs d'efficience

Les indicateurs sont en cours d'actualisation sur la base de l'évaluation réalisée par la DGOS. Ils sont désormais calculés à partir des données résultant de la nouvelle classification en GME dont l'application a été préalablement généralisée en 2012.

L'analyse nationale de référence, spécialité par spécialité sur les données 2012, sera diffusée sur le site de l'ATIH en janvier 2014.

4) Le score des risques

Cet outil est maintenu sans changement, sauf évolution de la méthodologie de calcul de certains indicateurs, afin de prendre en compte les observations de l'évaluation. Une information sera diffusée sur ces évolutions techniques.

5) La convention SSR/EHPAD

Celle-ci est maintenue à titre de référence pour les nouveaux accords. Elle se justifie pleinement, tout comme les LOP, dans sa fonction d'outil participant à la fluidification du parcours du patient, en lien étroit avec les orientations de la stratégie nationale de santé.

De ce fait le taux de signature de conventions entre SSR accueillant des personnes âgées spécifiquement continue d'évoluer.

6) Indicateurs d'évolution des modes de prise en charge des patients en SSR

Seront étudiés avec le groupe de travail GDR/SSR deux ou trois indicateurs prospectifs nationaux favorisant à partir de 2015 l'évolution des modes de prise en charge en SSR au profit de formes alternatives à l'hospitalisation complète.

Ces indicateurs, qui pourront être inscrits dans les CPOM des ARS au titre des actions de GDR, participeront notamment à la transformation d'une partie des capacités d'accueil en hospitalisation complète, en hospitalisation à temps partiel ou/ou potentiellement aux autres formes de prise en charge des patients comme le développement d'équipes mobiles.

1.8 Liste en sus

Bilan 2013 :

En 2013, le ciblage des établissements en vue de la conclusion de plans d'actions s'est poursuivi. Si le taux d'établissements ciblés ayant fait l'objet d'un contrôle atteignait un niveau très satisfaisant de 79% au 15 novembre 2013, à l'instar de 2012, le nombre de plan d'actions finalement signés, atteignait lui à la même date un niveau très bas (moins d'une dizaine de plans d'actions).

Toutefois la publication du décret du 27 septembre 2013 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale (modifiant celui du 24 août 2005) permettra, dès 2014, d'assurer une meilleure articulation entre le contrat de bon usage (CBU) et la GDR liste en sus notamment par la fusion des calendriers et la mutualisation des contrôles.

Perspectives pour 2014 :

L'article 51 de la LFSS pour 2014 a supprimé les taux de régulation fixés au niveau national et a fusionné la régulation et le CBU, les plans d'action étant désormais des avenants au CBU. Cette mesure permet, d'une part, de se limiter à un seul outil contractuel (CBU) et, d'autre part, de cibler l'ensemble des établissements de santé, et ce en accordant une plus grande latitude aux régions. Une circulaire sera édictée au cours du 1^{er} trimestre 2014 afin de préciser les nouvelles modalités d'application de ces dispositions et fournir aux régions des outils et critères de ciblage.

Par ailleurs, le circuit expérimental de remontées des prescriptions hors référentiel engagé en décembre 2013, sera exploité par les OMEDITS puis par les agences nationales au cours de l'année 2014.

1.9 Pertinence des soins

Bilan 2013 :

- 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.
- La HAS a diffusé des **outils professionnels d'amélioration des pratiques** pour 8 des thématiques ciblées (césariennes programmées, appendicectomies, syndrome du canal carpien, cholécystectomies, bronchiolites, BPCO surinfectées, amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, prothèses totale de genou... ; d'autres outils seront mis à disposition sur un total de 19 thématiques d'ici fin 2014).
- Des actions ont été mises en œuvre pour faciliter **l'appropriation de la démarche par les acteurs régionaux, les professionnels de santé et les usagers :**

- introduction, dès 2013, d'un objectif spécifique dans le programme de gestion du risque (GDR), destiné à favoriser la mise en œuvre d'actions d'amélioration de la pertinence des soins dans chaque région et permettant de disposer d'une vision consolidée des niveaux d'avancement. Le retour d'expériences en région et la capitalisation pour l'ensemble des ARS sont facilités (ateliers inter-régionaux en juin 2013, mise en place d'un SharePoint...);
- des programmes nationaux d'accompagnement des acteurs (fondés sur le volontariat des participants) ont également été initiés en 2013 : expérimentation pilote DGOS/HAS/FFRSP³ sur le programme d'analyse et d'amélioration de la pertinence des césariennes programmées à terme, destinée à favoriser la diffusion et l'utilisation des outils développés par la HAS sur ce thème (16 régions et près de 230 ES participent à cette expérimentation sur l'année 2013);
- le test, mené d'avril à juillet 2013 en région, sur 48 établissements a permis la validation de la méthode de ciblage mise au point par la CNAMTS sur l'appendicectomie et la chirurgie du canal carpien ;
Le travail sur le parcours de soins du syndrome du canal carpien a permis la réalisation de référentiels d'usage simple en collaboration avec la HAS et la Société française de médecine du travail. Ces supports seront diffusés en 2014 à l'ensemble des professionnels libéraux et hospitaliers concernés, via des campagnes d'accompagnement et courrier.

Les remontées intermédiaires des ARS collectées en novembre 2013 ont fait apparaître une progression globale certaine du niveau de maturité de la démarche régionale, auto évaluée. Un bilan plus détaillé est programmé avec chaque ARS fin janvier 2014 et permettra de préciser cette autoévaluation.

Perspectives pour 2014 :

En 2014, les ARS devront poursuivre la démarche engagée en 2013 afin de faire progresser la mise en œuvre du programme d'amélioration de la pertinence des soins dans leur région.

Pour l'année 2014, il est demandé à chaque ARS d'évaluer en début d'année le positionnement de sa démarche sur l'échelle de maturité définie dans l'instruction N° DSS/MCGR/CNAMTS/2013/119 du 1er février 2013 et d'en assurer une progression tout au long de l'année. Compte-tenu de l'objectif fixé en 2013, toutes les démarches régionales devaient a minima fin 2013 se trouver à un niveau de maturité égal à 2 (c'est-à-dire avoir établi un plan d'actions régional pour l'amélioration de la pertinence des soins sur au moins 2 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).

L'objectif est donc :

- si début 2014, la démarche se trouve à un niveau de maturité égal à 2 ou à 3, de progresser d'un niveau sur l'échelle de maturité d'ici fin 2014, 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).

Cet objectif sera adapté et défini précisément avec chaque ARS lors des dialogues techniques programmés fin janvier 2014.

³ FFRSP : fédération française des réseaux de santé en périnatalité

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

La démarche engagée sera poursuivie et adaptée les années suivantes.

➤ 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 : 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.

L'ensemble de ces indicateurs (niveau de maturité, indicateur de suivi de déploiement et indicateur de résultat) feront l'objet d'un suivi au cours d'un dialogue technique annuel.

2. Evaluation 2014 des 10 priorités de gestion du risque

Concernant les indicateurs et les cibles qui permettront d'évaluer la mise en œuvre des programmes GDR en 2014, ils seront précisés via une instruction à la fin du premier trimestre 2014.

Pour information, compte tenu de la continuité de la plupart des programmes GDR en 2014, les indicateurs CPOM de 2013 devraient globalement être reconduits, en tenant compte bien évidemment de l'ajustement possible de certaines cibles.

3. Pour information : point sur la mise en œuvre en 2013 des « processus de soins »

En 2013, la démarche « processus de soins » a été lancée en complémentarité de la démarche de gestion du risque ARS initiée en 2010. Co-pilotée au niveau national par la CNAMTS, la DSS, la DGOS, la DGS et le SG, elle a fait l'objet d'un suivi dans le cadre du COPIL GDR et du CNP.

Les principales avancées obtenues en 2013 sur chacun de ces processus sont présentées ci-après.

3.1 Arthroplastie du genou

Une nouvelle nomenclature CNEDIMTS a été produite et une baisse tarifaire « orthopédie » négociée en septembre. L'économie attendue pour 2014-2015 et début 2016 est de 40M€.

La mission IGAS sur les processus d'achat des dispositifs médicaux en établissements de santé est en cours. Les conclusions seront publiées fin février 2014.

L'analyse des séjours hospitaliers (DGOS/ CNAMTS/ ATIH/ HAS/ SG) pour les établissements présentant moins de 30 interventions par an a été inscrite au programme de travail de l'ATIH. Par ailleurs, la cohorte CNAM des patients ayant bénéficié de l'implantation d'une prothèse a été constituée, son analyse sera intégrée dans le programme de travail ANSM-CNAMTS.

Les travaux concernant l'articulation du déploiement régional de PRADO avec le déploiement des logiciels d'aide à l'orientation des patients en région a permis d'intégrer la logique PRADO dans le cahier des charges national des LOP. Le choix des établissements ciblés pour PRADO doit être réalisé en concertation avec chacune des ARS concernées.

L'expérimentation transport prévue dans le PRADO orthopédie (possibilité de couvrir les frais de transports des patients par l'article 48 de la LFSS 2013) sera lancée dans quelques territoires PAERPA.

Par ailleurs, la saisine de la HAS a été effectuée concernant l'analyse des seuils (opportunité de fixer des volumes d'actes en chirurgie spécialisée), pour une mise en œuvre à partir du 2ème semestre 2014.

3.2Hernies et varices

L'analyse de consommation / production en chirurgie ambulatoire a été inscrite au programme de l'ATIH.

Des travaux ont été lancés avec la société savante de chirurgie vasculaire afin de réfléchir aux perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire sur les varices. Les nouvelles techniques de traitement des varices ont fait l'objet d'un avis de la HAS en décembre 2013 et les travaux doivent être poursuivis sur l'environnement adéquat de prise en charge pour faciliter l'accès aux soins et l'efficacité des traitements (centres autonomes ou environnement autre que le bloc opératoire...).

3.3Cancer colorectal

L'analyse DGOS / INCA concernant le taux de respect des seuils d'activité en chirurgie carcinologique (suite aux visites de conformité réalisées par les ARS) a été finalisée en fin d'année 2013. Un travail des ARS en lien avec la DGOS, l'INCa et l'assurance maladie devra être mené pour étudier la situation des titulaires d'autorisation d'exercer l'activité de chirurgie du cancer digestif ayant une activité en dessous du seuil, et la situation des établissements de santé non autorisés présentant des séjours de chirurgie du cancer digestif en dehors de la dérogation prévue à l'article R.6123-91 du CSP. Ce travail sera effectué sur la base de l'analyse ATIH sur les séjours 2013 en chirurgie carcinologique digestive qui vous sera transmise au deuxième trimestre par la DGOS.

La note de cadrage concernant l'inscription au programme de travail 2014 de la HAS de la « *la pertinence du développement de la chimiothérapie (IV et orale) en HAD: analyse économique et organisationnelle* », a été validée par le Collège de la HAS le 7 novembre 2013.

Les travaux engagés par la DGS et la CNAMTS au sujet de la réforme des structures de gestion sont en cours. Une expérimentation sera lancée en 2014, afin de tester de nouvelles modalités d'organisation de l'envoi des invitations au dépistage.

Par ailleurs, le passage au test immunologique, devrait être effectif à l'automne 2014.

3.4Insuffisance cardiaque

Bilan 2013 :

L'expérimentation relative au programme d'accompagnement PRADO en sortie d'hospitalisation a été lancée dans 6 territoires. Des mémos de bonnes pratiques ont été réalisés pour les professionnels de santé en partenariat avec la Société Française de Cardiologie et ont été validés par la HAS. Fin 2013, 230 patients ont bénéficié du PRADO insuffisance cardiaque.

Perspectives pour 2014 :

Un volet de télésurveillance des paramètres cliniques des patients insuffisants cardiaques sera expérimenté dans 4 des 6 territoires du programme PRADO.

Un bilan des effets du programme et une extension progressive pourrait être progressivement réalisée au deuxième semestre 2014.

3.5 Diabète

L'extension de SOPHIA est en cours (465 000 adhérents), avec possibilité d'inscription par le médecin traitant dans l'Espace professionnel prévue en 2014.

Une expérimentation a été lancée dans 4 départements concernant l'auto-mesure tensionnelle (diagnostic HTA) et la généralisation a été lancée en décembre 2013.

Concernant les filières Orthoptistes/Ophthalmologistes : une inscription à la CCAM/NGAP est en cours. Par ailleurs, afin de promouvoir ces filières, 15 CPAM participeront à des actions renforcées avec les ARS en 2014.

Un groupe national associant le Ministère, la CNAMTS et deux ARS a été mis en place afin de faciliter la mise en œuvre de cette action en synergie entre ARS et CPAM.

Pour le ministre et par délégation

Signé

Thomas FATOME
Le directeur de la sécurité sociale

Signé

Frédéric VAN ROEKEGHEM
Le directeur général de la CNAMTS