

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé

Direction générale de l'offre
de soins
Sous-direction de la régulation de
l'offre de soins
Bureau de l'Évaluations, des
modèles et méthodes (R5)

Personne chargée du dossier :
Cécile Behaghel

tél. : 01.40.56.49.65
fax : 01 40 56 41 89
mél. : cecile.behaghel@sante.gouv.fr

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des
agences régionales de santé
(pour mise en œuvre)

Circulaire N° DGOS/R5/2011/485 du 21 décembre 2011 relative au guide sur le pilotage de
l'activité des établissements de santé

NOR: ETSH1135551C

Validée par le CNP, le 9 septembre 2011 - Visa CNP 2011-257

Classement thématique : établissements de santé

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 : La présente circulaire présente le guide destiné à apporter un appui méthodologique aux ARS dans le cadre de la suppression de la régulation quantitative des volumes et la mobilisation du dispositif de pilotage de l'activité.
Mots-clés : schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) – contrat pluriannuel de l'offre de soins – objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) – pertinence des soins – régulation des volumes
Texte de référence : Code de la santé publique (CSP) : articles D.6121-6 à D.6121-7, article D. 6114-6
Annexe : guide sur le pilotage de l'activité des établissements de santé.
Diffusion : les établissements et organismes concernés doivent être destinataires de cette circulaire, par l'intermédiaire des ARS.

Vous trouverez en annexe le guide sur le pilotage de l'activité des établissements de santé dans sa version finale.

Je vous prie de bien vouloir assurer la diffusion de cette circulaire et de son annexe aux établissements de santé et aux partenaires représentés au sein de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et me faire part des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans sa mise en œuvre, en prenant contact le cas échéant avec le Bureau de l'Évaluation, des modèles et méthodes (dqos-R5@sante.gouv.fr).

Pour le ministre et par délégation

signé

Annie PODEUR
Directrice générale de l'offre de soins

DGOS

Direction générale
de l'offre de soins

Guide méthodologique

Analyse des taux de recours

Pilotage de l'activité des
établissements de santé

Septembre 2011



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

Guide méthodologique sur le pilotage de l'activité des établissements de santé

AVANT PROPOS	3
SYNTHESE DE LA DEMARCHE.....	5
1 – Évolution des OQOS et mise en place des indicateurs de pilotage de l'activité	5
2 – Précisions relatives au suivi des objectifs contractualisés entre l'Etat et les ARS	5
3 – L'estimation de l'impact économique et budgétaire du SROS	5
4 – Précisions relatives au suivi régional du SROS, par territoire de santé	6
5 – Précisions relatives au suivi de la contractualisation ARS / établissement de santé	6
Introduction : le contexte de l'évolution des objectifs quantifiés	7
1. Un bilan en demi-teinte des OQOS	7
2. Une grande disparité dans la consommation de soins	7
3. Une évolution de l'ONDAM de plus en plus contrainte.....	7
4. Les outils mobilisés ces dernières années pour réguler les dépenses hospitalières ne sont pas suffisants	8
Le pilotage de l'activité dans le cadre des SROS-PRS.....	9
1. Finalité : le pilotage de l'activité hospitalière dans le cadre des SROS-PRS	10
2. Le dialogue préalable national / régional	10
3. La concertation avec les instances locales et les acteurs de santé sur le diagnostic régional	11
4. Structurer le pilotage de l'activité : objectifs en implantation, accessibilité et indicateurs de pilotage.....	11
Objectifs en implantation et en nombre d'appareils.....	11
Objectifs en accessibilité.....	12
Indicateurs de pilotage du SROS sur les activités de soins (IPA)	12
5. Méthodologie de construction des cibles d'activité par territoire de santé à partir de l'analyse des taux de recours	18
Etape 1 : Etablir un diagnostic des enjeux de pilotage de l'activité des établissements de santé	19
Etape 2 : Estimation des cibles de consommation de soins à horizon 2016	24
Etape 3 : Estimation des cibles d'activité (en volume) par territoire : passage de la consommation à la production de soins par les établissements de santé des territoires.....	27
6. La contractualisation ARS – Etablissement.....	29
7. Le pilotage de l'activité des établissements de santé à travers les implantations et indicateurs de pilotage.....	31
Annexe 1 Identification des activités de soins dans le champ MCO.....	35
Annexe 2 Quelques exemples d'outils mobilisés par l'ARS Nord-Pas-de-Calais dans le cadre des SROS III	60

AVANT PROPOS

La régulation de l'activité des établissements de santé est au cœur de l'action des agences régionales de santé (ARS) et doit concilier la satisfaction des besoins de soins de la population de vos régions respectives avec le respect de l'ONDAM.

A cet effet, les ARS peuvent s'appuyer sur différents outils réglementaires et contractuels qui poursuivent des finalités distinctes mais complémentaires. La présente note a pour objet de préciser l'articulation entre ces différents outils, et de mettre en valeur la cohérence globale du dispositif de pilotage de l'activité.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé entre l'État et chaque ARS intègrera un volume d'activité cible par région sur les champs médecine/chirurgie et SSR. Le CPOM a pour objet d'assurer un alignement minimum entre les contraintes nationales et les dynamiques régionales. Le choix de faire porter la contractualisation uniquement sur les champs de la médecine/chirurgie et du SSR et sous la forme d'indicateurs globaux témoigne du souci de suivi sur les champs d'activité dynamiques tout en laissant une marge de manœuvre importante aux ARS.

Ces objectifs d'évolution d'activité, négociés puis fixés concomitamment avec chaque ARS constituent des repères pour un accès aux soins sur tous les territoires et une consommation de soins plus équitable. Ils peuvent donc faire l'objet d'une actualisation annuelle dans le cadre du dialogue de gestion État/ARS.

La fixation des objectifs s'appuie sur les taux de recours aux soins de la population domiciliée dans la région mais également sur l'estimation de l'impact économique de la partie hospitalière du SROS. Cet outil, dont le champ est plus large que celui du CPOM État/ARS, permet d'éclairer le dialogue de gestion État-ARS par une vision plus complète de l'évolution attendue de l'activité hospitalière à l'échelle de la région. L'appréciation peut également s'appuyer sur les réflexions prospectives élaborées par la DREES sur l'appréciation des évolutions d'activité et les différents leviers mobilisables pour agir sur ces évolutions¹.

Dans le respect des orientations nationales fixées dans le cadre du CPOM État/ARS et en cohérence avec l'estimation globale de l'évolution attendue de l'activité résultant du SROS, les ARS définissent dans le SROS des cibles d'évolution d'activité attendue par territoire de santé (indicateurs de pilotage de l'activité-non opposables-, à la maille des activités de soins, par modalité de prise en charge).

Ces indicateurs de pilotage portent sur la majeure partie de l'activité hospitalière couverts par le SROS. Ils sont appréciés par l'ARS sur la base d'un diagnostic fondé sur l'analyse fine de la consommation de soins (taux de recours), partagé avec les représentants locaux des établissements de santé. La mise en œuvre et le suivi des orientations du SROS sur les volumes d'activité sera discutée, à un rythme au minimum annuel, au sein de l'instance opérationnelle de dialogue (régionale et/ ou territoriale) rassemblant les établissements de santé concernés.

Les orientations par territoire de santé sont ensuite déclinées dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ARS/établissements de santé. La contractualisation ARS-établissement constitue à cet égard le vecteur de la mise en œuvre opérationnelle des orientations du SROS et de l'instance opérationnelle de dialogue susmentionnée.

¹ L'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030, Etudes et résultats N° 654 • août 2008, DREES

La contractualisation dans les CPOM revêt une portée différenciée en fonction du degré de finesse des objectifs :

- Le suivi d'indicateurs de pilotage, non opposables, qui constituent des repères pour l'établissement prenant en compte les orientations du SROS
- Des objectifs contractuels ciblés sur certains segments d'activité ciblées ou certains modes de prise en charge (notamment ceux couverts par les priorités nationales de gestion du risque : dialyse hors-centre, chirurgie ambulatoire), et tenant compte des atypies mises en évidence dans le cadre des travaux du SROS et au sein de l'instance opérationnelle de dialogue (accès aux soins, pertinence des soins...). La démarche de contractualisation sur des objectifs ciblés sera, à terme, enrichie et complétée dans le cadre de la politique visant à favoriser la pertinence des actes.

L'alignement stratégique des orientations entre les différents niveaux est essentiel pour assurer la cohérence de ces dernières dans le temps et dans l'espace. Il appartient aux ARS de veiller à cet alignement et à tirer les conséquences au plan régional et local des éventuels changements d'orientation du niveau national.

Cette mise en cohérence permanente ne fait pas pour autant obstacle à la prise en compte des spécificités de chaque établissement ou de chaque territoire, de même qu'il est tenu compte de la spécificité de chaque région dans le cadre du dialogue de gestion État/ARS. Le dispositif mis en place a été conçu pour donner la souplesse suffisante à tous les niveaux, dès lors que le cadrage global est respecté.

La conciliation entre ces deux impératifs repose sur le dialogue et la concertation à toutes les étapes du processus, qui doit favoriser la rencontre entre approches descendantes et ascendantes.

SYNTHESE DE LA DEMARCHE

1 – Évolution des OQOS et mise en place des indicateurs de pilotage de l'activité

L'organisation territoriale de l'offre de soins, à laquelle participe le pilotage de l'activité des établissements de santé, est structurée, dans le cadre des SROS-PRS, autour de 3 leviers :

- les objectifs en implantation et nombre d'appareils, semblables à ceux des SROS III et qui restent obligatoires au sein du SROS, et sont opposables (pas de changement par rapport aux SROS III)
- les objectifs en accessibilité (temps d'accès) ou temps d'attente (pour les EML), facultatifs au niveau du SROS mais opposables aux établissements dès lors qu'ils y figurent, également semblables à ceux des SROS III dans leur fonctionnement.
- les indicateurs de pilotage de l'activité, qui se substituent aux OQOS volume (cf. guide sur le pilotage de l'activité). Ils ont vocation à structurer le dialogue de gestion annuel ou infra-annuel avec les acteurs locaux de santé. Ils sont facultatifs au sein du SROS mais fortement recommandés pour légitimer et structurer le dialogue de gestion régional. Ils ne sont pas opposables aux établissements de santé, contrairement aux anciens OQOS. La contractualisation ARS-établissement est structurée par :
 - les indicateurs de pilotage de l'activité (non opposables)
 - les objectifs contractuels ciblés sur les modalités de prise en charge ou des segments d'activité pour lesquels une atypie régionale a été identifiée (accès aux soins, pertinence des soins...)

L'annexe 1 du guide, qui constitue une actualisation par l'ATIH de l'ex-arrêté OQOS, définit précisément le contenu des indicateurs de pilotage.

2 – Précisions relatives au suivi des objectifs contractualisés entre l'État et les ARS

Le suivi national / régional est formalisé par une contractualisation, dans le CPOM Etat-ARS, sur des volumes d'activité, qui fera l'objet d'un avenant au contrat début 2012.

Cette contractualisation comprend **2 indicateurs** :

- **en MC, la somme des indicateurs de pilotage du SROS, hors séance** : techniques interventionnelles, médecine, chirurgie, cardiologie interventionnelle, chirurgie du cancer².
- **en SSR, l'ensemble de l'activité**

L'indicateur sera exprimé en taux d'évolution.

3 – L'estimation de l'impact économique et budgétaire du SROS

Comme indiqué ci-dessus, l'outil d'aide à la valorisation du SROS a un double objectif :

- Mettre à disposition des ARS un outil qui soit cohérent avec les indicateurs de pilotage de l'activité du SROS. La valorisation du SROS répond ainsi à la demande de l'IGAS sur la nécessité d'assurer une cohérence entre le SROS et l'ONDAM.
- Organiser la remontée des indicateurs de pilotage des SROS pour permettre une analyse consolidée nationale, qui sera restituée aux ARS en retour, et pour nourrir le dialogue de gestion État-ARS autour de l'indicateur sur les volumes d'activité.

² *Point d'attention technique* : Il est à noter que la proposition nationale MC est construite sur un champ qui ne recouvre pas parfaitement le champ des indicateurs de pilotage (activités SIOS notamment prises en compte). En effet, la proposition a été élaborée à partir d'une étude, antérieure à la définition des indicateurs de pilotage, qui **tient compte des disparités de consommation de soins expliquées par l'état de santé** de la population (critère mortalité). La prise en compte de ce critère est centrale pour assurer autant que faire se peut une certaine équité dans l'appréciation des niveaux de consommation de soins relatifs de chaque région.

Néanmoins, les écarts de champ sont minimes et sans incidence sur l'appréciation des niveaux relatifs de consommation de soins : il vous est recommandé, pour éviter des travaux inutiles, de considérer que la proposition nationale s'applique à la somme des indicateurs de pilotage. Par la suite, le suivi sera réalisé sur le champ des indicateurs de pilotage.

4 – Précisions relatives au suivi régional du SROS, par territoire de santé

Les cibles des indicateurs de pilotage de l'activité accompagnant le SROS sont indiquées à horizon 2016, par territoire de santé. Le suivi des cibles par territoire consiste à comparer la dynamique d'activité observée une année donnée à la tendance prévue à l'horizon 2016 et analyser les causes d'écart éventuels. Il appartient à chaque ARS de construire une démarche d'évaluation cohérente avec ses problématiques territoriales et permettant d'associer les différents acteurs.

Plusieurs types de données sont ou seront mis à disposition des ARS annuellement sur SNATIH pour le suivi du SROS, par territoire de santé :

- indicateurs de pilotage par territoire de santé, en production de soins, complété par un suivi des autres activités de soins autorisées (SIOS notamment). Il est prévu une **mise à disposition infra-annuelle, probablement trimestrielle**, du suivi des indicateurs de pilotage.
- La consommation de soins par la population domiciliée : les taux de recours bruts et standardisés par territoire de santé, au niveau indicateurs de pilotage et à un niveau détaillé permettant l'analyse régionale (cf guide sur le pilotage de l'activité) – mis à disposition partiellement
- Le suivi matriciel de la consommation de soins et de la production de soins, par unité de compte (séjours/séances/journées/venues) : matrice consommation / production, jusqu'au niveau des groupes planification sur le MCO – mis à disposition en intégralité

5 – Précisions relatives au suivi de la contractualisation ARS / établissement de santé

Le dialogue de gestion ARS-établissement est structuré par 2 leviers :

- La mise en place en région d'une instance opérationnelle de dialogue, au niveau régional ou territoire de santé
- La déclinaison dans les CPOM des indicateurs de pilotage (non opposables), afin de structurer le dialogue de gestion, et le cas échéant d'objectifs contractuels ciblés sur des modes de prise en charges ou segments d'activité précis (regroupements de GHM, GHM, actes).

Les informations mises à disposition sur SNATIH sont celles mentionnées au point 2.

Introduction : le contexte de l'évolution des objectifs quantifiés

1. Un bilan en demi-teinte des OQOS

Le dispositif des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS par territoire dans le SROS, puis déclinaison par la contractualisation entre les établissements de santé et l'agence régionale de l'hospitalisation, sanctions financières prévues par les textes en cas de dépassement), tel que mis en œuvre dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (2006-2011) présente un bilan mitigé.

Il n'a notamment pas démontré de véritable efficacité pour réguler la progression de l'activité des établissements. En effet, le respect de l'ONDAM, sous l'angle de l'attention portée aux volumes d'activité, n'était pas présenté comme un objectif des SROS III, qui ont au final été élaborés majoritairement à partir des enjeux de satisfaction des besoins. Les ARH n'ont donc pas eu à vérifier la soutenabilité financière des évolutions de l'offre prévues par les SROS III, ni utilisé le dispositif de sanction en cas de dépassement des OQOS.

Enfin, s'il a permis dans certaines régions, d'orienter de manière plus pertinente l'offre par rapport aux besoins, les résultats en sont contrastés.

Ces éléments ne sont pas imputables aux ARH mais à l'absence de méthode d'emploi, de suivi national des OQOS, et à la variabilité du PMSI (évolution de l'exhaustivité et du périmètre), qui a fragilisé les données permettant d'asseoir les échanges entre les ARH et les établissements de santé. Ce guide s'inspire d'ailleurs en grande partie de l'expérience capitalisée par les ARH lors de la conception et de la mise en œuvre des SROS III.

Pour autant, les instruments de pilotage de l'offre restent nécessaires dans le cadre des SROS-PRS car ils répondent à trois nécessités :

- ils sont incontournables pour motiver les refus d'autorisation et maîtriser la répartition de l'offre ;
- ils constituent un instrument du dialogue entre les agences régionales et les établissements de santé, connu des acteurs ;
- ils constituent le seul outil de régulation territorialisé de l'offre de soins.

2. Une grande disparité dans la consommation de soins

L'analyse des taux de recours sur certains segments d'activité fait ressortir des variations importantes voire très fortes entre les régions et entre les territoires de santé, que les indicateurs démographiques ou sanitaires ne permettent pas toujours d'expliquer. La consommation de soins pour une activité donnée entre régions ou entre territoires de santé présente un écart à la moyenne nationale parfois important. Cela peut indiquer des écarts dans l'accès des populations à certaines prises en charge. Cela peut également révéler la délivrance de soins non pertinents.

La notion de consommation de soins s'approche du besoin de soins, en ce qu'elle correspond au besoin consommé (recours de la population à l'offre existante) mais ne peut être interprétée comme « l'intégralité du besoin ».

Ces écarts doivent donc être analysés et objectivés pour engager, avec les établissements de santé concernés, les actions correctrices nécessaires, tant sur le plan de l'accès aux soins que sur celui de la pertinence des soins. La démarche, détaillée ci-après, constitue un instrument de pilotage et les éléments d'un dialogue de gestion, qui permet à la fois de veiller à la meilleure répartition de l'offre via l'orientation du développement de l'activité des structures, et d'assurer la pertinence des soins sur les territoires.

3. Une évolution de l'ONDAM de plus en plus contrainte

Par ailleurs, le contexte macro-économique actuel va conduire à un niveau d'ONDAM très contraint, impliquant que les inégalités de pratiques entre régions / territoires ne pourront pas se résorber par une mise à niveau des régions les plus mal dotées, à moyens constants pour les mieux dotées.

Lors de la conférence des déficits publics du 20 mai 2010, le président de la République a annoncé un taux de croissance de l'ONDAM de 2,9% pour 2011 et 2,8% pour 2012, après un taux de croissance de 3% en 2010, ce qui contraindra fortement les évolutions de l'ONDAM hospitalier pour les années 2011 et 2012.

Depuis 2008, une évolution très dynamique des volumes d'activité des établissements de santé est constatée : selon l'approche de l'ATIH (« volume économique »), elle se situe au-delà de 3% annuels.

Ce contexte accompagne la mise en place des SROS-PRS.

4. Les outils mobilisés ces dernières années pour réguler les dépenses hospitalières ne sont pas suffisants

La croissance des dépenses d'assurance-maladie imputées sur l'ONDAM hospitalier est la résultante des évolutions des volumes et des tarifs pour la part financée à l'activité. Dans le cadre d'une enveloppe globale donnée, la progression des volumes et des tarifs est liée : une plus forte progression de l'un implique nécessairement une progression plus modeste de l'autre.

Depuis 2008, la faible progression des tarifs a permis de compenser en partie le dynamisme de l'activité hospitalière. Mais la stagnation des tarifs enregistrée ces dernières années n'apparaît pas soutenable sur la durée car elle implique pour les établissements de santé des efforts de productivité importants, compte-tenu de l'évolution des charges. L'outil tarifaire, utilisé seul, est par ailleurs inéquitable en ce sens qu'il s'applique de façon uniforme à l'ensemble des établissements de santé.

Par ailleurs en 2010, les dépassements imputables à l'activité hospitalière ont impliqué des économies accrues sur les MIGAC : 63 M€ d'économies (dont 28M€ imputés sur la AC des régions les mieux dotées) et gels de plus de 220M€ sur les marges de manœuvre régionales. En 2011, les économies sont restées soutenues (54 M€) et des mises en réserves ont également été pratiquées (300M€).

C'est pourquoi, les perspectives d'évolution de l'ONDAM hospitalier conduisent nécessairement, dans les années à venir, à chercher à mieux encadrer le moteur du dynamisme des dépenses, à savoir les volumes d'activité des établissements de santé, afin de permettre des hausses de tarif soutenables et de contenir la pression sur les MIGAC.

La démarche de pilotage proposée ci-après propose aux ARS un outil permettant d'agir sur l'activité, et en particulier sur les enjeux d'accès aux soins et de pertinence des soins.

Le pilotage de l'activité dans le cadre des SROS-PRS

Il est incontournable de disposer d'un levier d'action sur les volumes d'activité, qui permette un réel pilotage de l'activité hospitalière assis sur des analyses de l'offre et de la pertinence des soins.

La démarche proposée dans les SROS-PRS diffère de celle menée dans le cadre des SROS III sur les points suivants :

	OQOS des SROS III	Pilotage de l'activité des SROS- PRS
Dialogue préalable national / régional	Aucun	<u>Contractualisation Etat-ARS sur un indicateur portant</u> sur l'évolution globale d'activité M/ C/ SSR
Méthodologie des objectifs implantation et volumes	Approche souvent basée sur la production des ES	Approche basée sur les disparités de <u>consommation</u> de soins (taux de recours), quel que soit le lieu de production Les OQOS volume deviennent les indicateurs de pilotage du SROS
Approche comparative	Approche loco-centrée : territoire de santé / région.	<u>Comparaisons inter-niveaux</u> : national, régional, territoire de santé et infra si nécessaire <u>Concertation sur les taux de recours avec les conférences de territoire et la CRSA</u>
CPOM ES	OQOS en volume/ activité de soins autorisée	<ul style="list-style-type: none"> - indicateurs de pilotage / activité de soins autorisée (non opposables) - objectifs contractuels sur des prises en charge ciblées (opposables) : pertinence, accès aux soins, modes de prise en charge...
Suivi de l'activité à l'échelon du territoire	Prévision pluriannuelle, souvent sans pilotage annuel.	<ul style="list-style-type: none"> - Suivre annuellement les indicateurs de pilotage du SROS par activité de soins - Etablir annuellement un diagnostic partagé et des orientations sur l'accès aux soins et la régulation de l'activité
Suivi de l'activité avec chaque établissement	Prévision pluriannuelle d'OQOS volume, souvent sans dialogue de gestion régulier.	Instauration d'un dialogue de gestion annuel, fondé sur le suivi des indicateurs de pilotage et la comparaison objectifs contractuels / réalisation.

Certaines régions (comme le Nord-Pas-de-Calais) ont mis en place la démarche d'analyse proposée, avec succès, dans le cadre des SROS III. Les illustrations présentées dans ce guide ont été réalisées par cette région.

1. Finalité : le pilotage de l'activité hospitalière dans le cadre des SROS-PRS

Le pilotage de l'activité des établissements de santé doit articuler deux objectifs:

- La réponse aux besoins de soins et la répartition de l'offre de soins
- L'organisation de l'efficacité de l'offre de soins, dont
 - o la maîtrise des volumes de certaines prises en charges (séjours, actes), notamment celles présentant des enjeux de pertinence des soins
 - o le développement des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation complète
 - o la réduction des inadéquations hospitalières éventuelles
 - o la gestion des situations de sur-offre, qui peuvent appeler des restructurations ou conversions.

Cette finalité nécessite la mise en place d'un dialogue de gestion annuel entre l'Etat et les ARS d'une part, les ARS et les établissements d'autre part, afin d'impliquer l'ensemble des acteurs de santé sur les enjeux d'accès aux soins, de pertinence des soins ou de développement de certains modes de prises en charge identifiés par l'ARS. Il est recommandé à cet effet de mettre en place des instances opérationnelles de concertation pour le pilotage de l'activité hospitalière (cf. guide SROS-PRS).

Le dispositif est structuré par les éléments suivants, qui seront précisés en partie 4.

➤ Les objectifs quantifiés en implantation, nombre d'appareils et en accessibilité sont maintenus

Les objectifs en implantation qui déterminent la localisation et le nombre d'implantations, sur l'ensemble des activités de soins, équipements et services sont maintenus, ainsi que les objectifs en nombre d'appareils par territoire de santé concernant les équipements.

Quant aux objectifs en accessibilité, ils demeurent facultatifs dans le SROS (cf. §4).

➤ Les objectifs en volume deviennent des indicateurs de pilotage du SROS

Les objectifs en volume d'activité sont supprimés des textes réglementaires et remplacés par des indicateurs de pilotage du SROS.

Le présent guide a notamment pour objectif de structurer ces indicateurs de pilotage (cf. liste des indicateurs de pilotage proposés partie 4), de façon à mettre à disposition des ARS des méthodes d'analyse harmonisées et pouvant être mutualisées entre régions.

Il est notamment fortement recommandé d'assortir les indicateurs de pilotage de cibles d'activité à horizon 2016 pour les activités de soins autorisées et les modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation conventionnelle.

Contrairement aux SROS III, les cibles d'activité (en volume) ne sont plus obligatoirement déclinées dans les CPOM des établissements sur une base opposable. La contractualisation ARS-établissement porte désormais sur des objectifs relatifs au développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle à temps complet ou à la production de certains GHM/actes ou domaines ciblés, identifiés par l'ARS comme présentant un enjeu territorial (cf. § 6). **La contractualisation à un niveau plus fin permet de mettre en cohérence les enjeux régionaux/territoriaux précis d'organisation de l'offre et de pertinence des soins et les orientations stratégiques de l'établissement.**

2. Le dialogue préalable national / régional

La DGOS, dans le cadre de la négociation des CPOM pilotée par le secrétariat général, engage un dialogue avec chaque ARS en préalable à l'élaboration des indicateurs de pilotage de l'activité dans le SROS.

Ce dialogue est engagé sur la base d'une approche qui constitue la trame de ce guide : la méthodologie est basée sur **l'analyse de la consommation de soins de la population domiciliée**, quel que soit le lieu de réalisation des séjours. En effet, l'objectif des politiques nationales et régionales de santé, en particulier du SROS, est bien d'assurer l'accès aux soins adéquats de la population, que cet accès soit réalisé au sein de la région (du territoire) ou au sein de régions (territoires) voisines.

L'instruction aux ARS de juillet 2011, portant sur l'indicateur CPOM Etat-ARS sur les volumes d'activité, définit les objectifs et modalités du dialogue de gestion.

3. La concertation avec les instances locales et les acteurs de santé sur le diagnostic régional

Données accessibles

Les taux de recours à l'offre de soins seront rendus accessibles sur le site SNATIH : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000240008CFF>.

Les ARS doivent assurer une diffusion large et régulière des taux de recours auprès de leurs instances locales et des établissements de santé.

L'objectif est que les ARS conduisent la réflexion sur la couverture des besoins de santé et la pertinence de l'offre existante, en ambulatoire, à l'hôpital et dans le médico-social, notamment par l'observation des taux de recours aux soins hospitaliers et des inadéquations les plus flagrantes. Il est recommandé d'engager un dialogue de gestion avec :

- Un espace de consultation avec les instances de la démocratie sanitaire : la CRSA et les Conférences de territoires
- La mise en place d'une **instance opérationnelle de dialogue** pour le pilotage de l'activité hospitalière au sein de chaque territoire de santé (ou région), instance structurant le dialogue de gestion avec les acteurs de santé (établissements de santé dont l'HAD, professionnels de santé...).

Les échanges devront porter sur les inflexions nécessaires à l'offre de soins, en termes de développement ou de réexamen de l'activité sur tel ou tel domaine et/ou mode de prise en charge. L'attention doit porter en particulier sur les établissements dont les situations sont atypiques.

Cette instance opérationnelle est également le lieu du suivi et de la concertation annuels sur les indicateurs de pilotage de l'activité qui seront déclinés dans les CPOM (non opposables, en remplacement des OQOS) et des objectifs contractuels ciblés.

Cette instance doit se réunir de façon au minimum annuelle, voire infra-annuelle.

Les missions et la composition de l'instance opérationnelle de dialogue sont précisées dans le guide SROS.

4. Structurer le pilotage de l'activité : objectifs en implantation, accessibilité et indicateurs de pilotage

Sur le plan juridique, le décret no 2005-76 du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins est amendé sur 2 points :

- suppression des OQOS volume par activité de soins
- modification de la liste des objectifs en accessibilité (cf. ci-après)

Le terme objectifs quantifiés, employé ci-après, est donc circonscrit aux objectifs en implantations, nombre d'appareils et accessibilité.

Objectifs en implantation et en nombre d'appareils

Aucune modification n'est apportée à cette catégorie d'objectif. Le SROS définit, par activité de soins et par type d'équipement, le nombre d'implantation ainsi que le nombre d'appareils par territoire de santé, pour les équipements matériels lourds (EML).

Les objectifs en implantation et nombre d'appareils peuvent être quantifiés par un minimum et/ ou un maximum.

Précision concernant les objectifs en implantation (cf. Guide SROS, gestion de la transition entre le SROS III et le SROS-PRS).

Le nouveau découpage des territoires de santé a conduit dans de nombreuses régions à une extension de leur périmètre géographique.

Il n'est pas possible de prévoir des objectifs à un niveau plus fin que le territoire de santé dans le SROS (car la loi ne reconnaît que le territoire de santé comme niveau opposable).

Le SROS ne peut en outre identifier précisément un établissement en tant qu'attributaire d'une autorisation ou d'une mission. Le SROS identifie les besoins, en fonction desquels des décisions individuelles concernant des établissements seront ultérieurement prises. C'est un **principe d'égalité de traitement entre établissements**.

En revanche, il est tout à fait possible, lorsque cela est pertinent, d'indiquer précisément la localisation des nouvelles implantations souhaitées. Par exemple, si l'ARS souhaite implanter une maternité de niveau 2 à l'est du territoire de santé Y, proche de la ville X, elle peut préciser dans le SROS la localisation précise attendue au sein du territoire (arrondissement, ville), sans que cela ne crée une subdivision du territoire de santé.

Objectifs en accessibilité

Des objectifs en accessibilité peuvent être prévus dans le SROS. Ces objectifs facultatifs à la disposition de l'ARS en fonction de ses enjeux régionaux, possèdent une valeur opposable à partir du moment où ils sont inscrits dans le SROS. Les demandes d'autorisations d'activité de soins ou d'équipements matériels lourds doivent être compatibles avec ces objectifs. Les évolutions apportées aux objectifs en accessibilité sont précisées ci-après.

➤ Accessibilité géographique

La faculté d'exprimer des OQOS **en temps maximum d'accès** est maintenue (même si ce type d'objectif n'a quasiment jamais été utilisé), car son intérêt est renforcé au vu de l'élargissement des territoires de santé.

Au niveau des EML, est ajouté un objectif exprimé en **délai moyen d'attente** pour la prise de rendez-vous d'examen programmé pour les appareils d'imagerie. Les ARS pourront notamment utiliser le benchmark de l'ANAP sur l'imagerie mené en 2010.

➤ Suppression de l'OQOS permanence des soins

La permanence des soins est désormais incluse dans le dispositif d'attribution des missions de service public. Il serait inutile voire contreproductif de superposer deux régimes juridiques pour un même champ de l'organisation des soins.

Ainsi, pour assurer la sécurité juridique des procédures d'attribution de la mission de service publique de permanence des soins, cette catégorie d'OQOS « permanence des soins » est supprimée.

Dès lors que la permanence fera toujours l'objet d'un diagnostic et d'une évaluation de son exercice en application du régime des missions de service publique, il n'est pas pertinent de faire subsister cette référence.

Indicateurs de pilotage du SROS sur les activités de soins (IPA)

Les OQOS volume disparaissent pour laisser la place aux **indicateurs de pilotage du SROS**. Pour la mise en œuvre d'un réel pilotage de l'activité, il est fortement recommandé, au sein du SROS, d'établir des **cibles d'activité** sur les indicateurs de pilotage par territoire de santé, afin de donner une direction à l'organisation de l'offre de soins sur les territoires, complémentaire aux objectifs quantifiés en implantation.

Ces indicateurs ont vocation à légitimer et structurer la démarche de concertation sur l'organisation territoriale de l'offre de soins via l'instance régionale de dialogue, pour la mise en œuvre du SROS.

Quelques précisions juridiques

a) Opposabilité du SROS et non opposabilité des indicateurs de pilotage

Les objectifs quantifiés en volume laissent la place à des indicateurs de pilotage qui, malgré leur présence dans le SROS, ne sont pas opposables. La restriction réglementaire des OQOS du SROS aux objectifs en implantation et en accessibilité empêche dorénavant toute fixation d'objectifs en volume opposables. Cela n'enlève pas la possibilité de mentionner (et non de fixer) des indicateurs de pilotages.

Leur présence dans le SROS ne les rend pas pour autant opposables (un même texte pouvant contenir différents degrés d'opposabilité). En effet, la compétence du DG d'ARS s'entend strictement et est délimitée par les textes. S'il est dit que la partie relative à l'offre de soins hospitalière du SROS-PRS est opposable dans son intégralité, l'intégralité ne doit se comprendre que par les éléments devant obligatoirement être fixés dans le SROS.

Dès lors, en l'absence d'un texte précisant l'opposabilité des indicateurs de pilotage, leurs présences dans le SROS sous entend nécessairement une non-opposabilité.

b) Utilisation des indicateurs de pilotage dans l'instruction des dossiers de demande d'autorisation

Ces indicateurs n'étant pas opposables, ils ne peuvent être invoqués pour motiver un refus d'instruction de dossier d'autorisation (contrairement aux ex-OQOS volume et aux actuels OQOS implantation).

En revanche, ces indicateurs fixant un volume d'activité cible pourront être mobilisés pour motiver la décision de l'agence suite à l'instruction du dossier.

Dans le cas d'une simple instruction par opposition aux demandes d'autorisation concurrentes - les indicateurs de pilotage peuvent être mobilisés à titre subsidiaire pour accorder ou refuser une autorisation. Ils ne peuvent néanmoins à eux seuls fonder la décision.

En présence de demandes d'autorisations concurrentes, le DG d'ARS procédera à leur examen dans le respect du principe d'égalité (CE, 19 novembre 1997, Clinique Lamarque), appréciera les mérites respectifs en la matière de chacune des demandes (CE, 10 mai 1996, Ministre délégué à la santé c/Clinique Saint-Paul, n°153592) et pourra retenir le projet qui répond le mieux aux critères de délivrance de l'autorisation compte tenu notamment des indicateurs de pilotage. Dans ce cas très précis où l'objectivation du choix de l'opérateur est difficile, les indicateurs de pilotage peuvent être mobilisés à titre principal. Il faut comprendre que de par leur non opposabilité, il ne pourrait être fait reproche aux établissements de ne pas s'y conformer.

Ainsi, au-delà de leur importance pour légitimer et structurer la concertation régionale au sein de l'instance opérationnelle de dialogue, il reste pertinent de définir ces indicateurs, quand bien même la valeur de ces derniers ne permet pas de les opposer directement aux établissements.

L'orientation du dispositif vers une logique de pilotage de l'offre de soins invite par ailleurs à élargir le champ des activités concernées, notamment au traitement du cancer (chirurgie du cancer, chimiothérapie pour cancer et radiothérapie) et à l'ensemble des modes de prise en charge (chirurgie ambulatoire, hospitalisation à temps partiel, hospitalisation à domicile, alternatives à la dialyse en centre).

Les différents types d'incitateurs de pilotage précisés ci-après sont synthétisés dans un tableau présenté en fin de section.

L'arrêté OQOS de 2005 est supprimé et remplacé par l'annexe 1 du présent guide

La définition technique des différentes activités de soins est indiquée en annexe 1. Cette annexe, établie par l'ATIH, actualise et remplace l'arrêté OQOS de 2005³. Cette annexe a vocation à être actualisée annuellement par l'ATIH.

➤ Constituer des indicateurs de pilotage sur l'activité de traitement du cancer

Il est recommandé de constituer des indicateurs de pilotage du SROS sur l'activité de traitement du cancer. Au même titre que les autres activités antérieurement sous OQOS volume, elle présente des enjeux de répartition de l'offre de soins et des enjeux de pertinence des soins.

L'indicateur de pilotage de l'activité sur le traitement du cancer peut distinguer des indicateurs sur :

- la chirurgie des cancers (nombre de séjours)
- la chimiothérapie (nombre de séances et séjours).
- la radiothérapie, de curiethérapie et l'utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées (nombre de séances). Cet indicateur doit être manié avec précaution compte tenu de la différence de mode de financement de l'activité libérale, activité qui peut être approchée via l'observatoire de l'INCA.

➤ Constituer des indicateurs de pilotage du SROS sur les modes de prise en charge

Il est proposé de procéder à un découpage systématique des activités de soins selon les modalités de prise en charge définies réglementairement. Ce découpage permet d'outiller les SROS-PRS sur le développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle : les ARS peuvent déterminer des objectifs différenciés selon les modalités de prise en charge.

NB : Le cas du cancer ne sera pas repris puisqu'il est précisé supra.

• Activités de médecine et de chirurgie

L'indicateur de pilotage de l'activité sur la médecine peut distinguer des indicateurs sur :

- l'hospitalisation complète
- l'hospitalisation à temps partiel
- les techniques interventionnelles recouvrant la pratique d'actes techniques de médecine à visée diagnostique ou thérapeutique avec anesthésie générale ou locorégionale utilisant le cas échéant l'imagerie médicale.

Par convention, les techniques interventionnelles sont rattachées à l'activité de médecine, y compris lorsque cette activité est réalisée par des établissements autorisés uniquement en chirurgie. La détermination, au niveau du SROS, d'un indicateur de pilotage en volume spécifique sur les techniques interventionnelles permet d'outiller les ARS sur ce type de prise en charge présentant des enjeux de planification propres.

L'unité de compte est le **nombre de séjours et séances**.

L'indicateur de pilotage de chirurgie peut distinguer des indicateurs sur l'hospitalisation complète et la chirurgie ambulatoire, comptabilisés en nombre de séjours.

³ Arrêté du 8 juin 2005 pris en application des articles L. 6121-2, L. 6114-2 et L. 6122-8 du code de la santé publique et du décret no 2005-76 du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins prévus à l'article L. 6121-2 du code de la santé publique

Focus identification des activités de médecine et chirurgie

Les activités de médecine et chirurgie étaient distinguées dans les SROS-III par les codes « ASO » attachés à chaque GHM. Cette approche a posé des difficultés lors des évolutions du PMSI, un même séjour pouvant être rattaché à la médecine ou la chirurgie selon les versions. Certains séjours étaient classés en chirurgie sans avoir nécessité de bloc opératoire.

Afin de lever cette difficulté, l'activité de chirurgie sera identifiée par l'ensemble des séjours chirurgicaux nécessitant un bloc opératoire. Ils sont identifiés par les GHM dont la 3^{ème} lettre est un C.

Quant à la pratique de techniques interventionnelles, elle est identifiée par les GHM dont la 3^{ème} lettre est un K (actes ne nécessitant pas de bloc opératoire).

L'annexe, élaborée par l'ATIH, présente les modalités précises d'identification des activités de médecine et chirurgie, spécialisées ou non. Elle actualise et remplace l'arrêté de 2005.

Nouvelle identification de la chirurgie :

OQOS SROS III (arrêté 2005) = ASO C, regroupant des GHM en C, K et M

Indicateurs de pilotage SROS-PRS (annexe 1) = GHM en C

- **Hospitalisation à domicile**

En tant qu'établissement de santé autorisé et modalité de prise en charge, l'HAD peut couvrir l'ensemble des activités hospitalières dès lors qu'elles s'inscrivent dans les enjeux territoriaux identifiés par l'ARS. . L'indicateur de pilotage sur l'HAD est déterminé en nombre de journées, élaboré à partir du taux de recours à l'HAD (nombre de journées pour 100 000 habitants). Sur la base des orientations générales figurant dans le guide SROS, l'analyse fine de cet indicateur doit conduire à caractériser, à un niveau infrarégional, la nature des activités d'HAD sur les territoires (22 modes de prise en charge). Cette analyse prend tout son sens dans une réflexion prospective globale de l'offre de soins territoriale à l'horizon 2016.

- **Activité de psychiatrie**

Champ de l'hospitalisation (hors activité ambulatoire)

Les indicateurs de pilotage en psychiatrie peuvent distinguer le type d'activité (psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie générale) et les modes de prise en charge (HC/ HTP).

Pour les unités de compte, la distinction entre hospitalisation à temps partiel de jour et de nuit est supprimée, du fait de la place très marginale en volume de l'hospitalisation de nuit ; demeurent le nombre de journées en hospitalisation complète et le nombre de venues en hospitalisation partielle.

La source de donnée à mobiliser est le RIM-P.

Champ de l'activité ambulatoire

Il faut souligner qu'une large partie des actes réalisés sont effectués en ambulatoire dans le champ de la psychiatrie. Il s'agit là d'une tendance générale de l'activité en psychiatrie qui est soutenue dans les orientations des SROS (cf. guide SROS-PRS). Définir un indicateur d'activité reste cependant complexe en l'état compte tenu de la nécessité de tenir compte de la place des autres acteurs, notamment libéraux, et de la diversité des acteurs qui interviennent dans les CMP et autres centres de consultations : médecins, infirmiers, psychologues, assistantes sociales, etc.

Les ARS restent néanmoins libres d'envisager un indicateur sur cette partie de l'activité hospitalière, en particulier si celle-ci peut-être mise en regard de l'activité libérale.

- **Activité SSR**

Les indicateurs de pilotage en SSR distinguent :

- l'hospitalisation complète, y compris les hospitalisations de semaine (en nombre de journées)
- l'hospitalisation partielle (de jour comme de nuit), y compris les séances (en nombre de venues)

Il n'est pas identifié à ce stade d'indicateurs de pilotage en volume par mention spécialisée : la nomenclature actuelle du PMSI SSR ne le permet pas. Les travaux en cours sur ce champ pourront permettre une définition complète des activités de SSR spécialisées, comme cela a été fait en MCO (annexe ATIH).

La source de donnée exclusive à mobiliser est le PMSI.

NB : pour les quelques régions qui ont développé des TCA (traitements et cures ambulatoires), leur comptabilisation doit être faite en tant qu'activité SSR à temps partiel.

- **Prise en charge de l'IRC**

Conformément aux orientations nationales contenues dans le guide méthodologique SROS-PRS et aux modalités définies par l'article R. 6123-54, il est distingué au sein de cette prise en charge cinq indicateurs de pilotage :

- dialyse en centre ;
- hémodialyse en unité de dialyse médicalisée ;
- hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée ;
- dialyse à domicile en distinguant par hémodialyse
- dialyse péritonéale.

Cette activité, actuellement comptabilisée en nombre de patients, le sera au **nombre de semaines de traitement** (1 semaine d'hémodialyse = 3 séances). Ce changement est possible depuis la mise en œuvre en 2008 des remontées d'activité des établissements privés non soumis au PMSI. Cette proposition permet à la fois :

- une unité de compte homogène pour l'ensemble des prises en charge (DP, hémodialyse) ;
- un rendu de l'activité des établissements (contrairement au décompte patient, qui est construit sur un raisonnement en filière), qui fournit un outil de pilotage aux ARS complémentaire à REIN ;

➤ **Fixer une cible unique aux indicateurs de pilotage, par territoire de santé, cibles appelées ci-après cibles d'activité**

La notion de fourchette disparaît : il est recommandé de **fixer une cible unique** au décours de la période d'exécution du schéma. Ces cibles des indicateurs de pilotage sont appelées dans la suite du document **cibles d'activité**.

L'appréciation de l'ARS pour le suivi des indicateurs de pilotage de l'activité (IPA) se réalise ainsi par exemple par le positionnement de l'année en cours entre le point de départ (2009 ou 2010) et la cible indiquée dans le SROS-PRS.

Synthèse des indicateurs de pilotage proposés		
Activité	Découpage	Unité de compte
Médecine	* Hospitalisation complète (HC) * Hospitalisation à temps partiel (HP, y compris séances) * Techniques interventionnelles	Nombre de séjours / séances
HAD		Nombre de journées
Chirurgie	* Hospitalisation complète (HC) * Chirurgie ambulatoire	Nombre de séjours
Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie		Nombre de séjours
Traitement du cancer	* Chirurgie du cancer * Chimiothérapie pour cancer * Radiothérapie	Nombre de séjours Nombre de séances et de séjours Nombre de séances
Psychiatrie	* Psychiatrie infanto-juv. en hospit. complète (HC) * Psychiatrie infanto-juv. en hospit. à temps partiel (HP) * Psychiatrie générale en hospit. complète (HC) * Psychiatrie générale en hospit. à temps partiel (HP) * Activité ambulatoire, le cas échéant	Nombre de journées Nombre de venues Nombre de journées Nombre de venues A définir par les régions qui souhaitent le faire figurer dans le SROS
SSR	* Hospit. complète (y compris les hospitalisations de semaine) * Hospit. Partielle	Nombre de journées Nombre de venues et de séances
Activités de soins de longue durée		Nombre de journées
Traitement Insuffisance Rénale Chronique	* Dialyse en centre * Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée * Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée * Dialyse à domicile par hémodialyse * Dialyse péritonéale	Changement de l'unité de compte : nombre de semaines de traitement (1 semaine d'hémodialyse = 3 séances), à partir des données d'activité (PMSI, RSF).

5. Méthodologie de construction des cibles d'activité par territoire de santé à partir de l'analyse des taux de recours

Comme mentionné plus haut, la méthodologie proposée ci-après, qui est en cohérence avec celle retenue pour le dialogue de gestion ministère / ARS, est basée sur l'approche « **consommation de soins** » de la population domiciliée. Cette approche permet la **définition par les ARS d'une stratégie de production (des établissements de santé de la région) à partir de l'analyse de l'utilisation des soins**.

En effet, l'objectif des SROS-PRS est d'assurer une couverture appropriée des besoins de soins de la population, tout en portant une attention accrue aux volumes d'activité. Cette approche permet de caler le pilotage de l'activité sur cet objectif, et d'instaurer un dialogue de gestion médicalisé entre les ARS et les établissements de santé, mais également avec les professionnels de ville, le secteur médico-social et les structures proposant des alternatives à l'hospitalisation complète, sur la double base des enjeux d'accès aux soins et de pertinence des soins.

En parallèle, les enjeux de développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle doivent également être identifiés : à cet effet, les indicateurs de pilotage proposés (cf. §4) prévoient une déclinaison des modalités de prise en charge.

Une déclinaison en 3 étapes est proposée :

- **Etape 1** : poser un **diagnostic** sur l'état de la couverture de la population de la région (segments d'activité sur lesquels la population est estimée couverte, enjeux d'accès aux soins, enjeux de pertinence des soins, développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle)

La démarche d'analyse permet la détermination des objectifs en implantation et oriente celle des cibles d'activité ;

- **Etape 2** (champ des indicateurs de pilotage proposés) : estimer l'évolution souhaitable de la consommation de la population domiciliée par territoire à horizon 2016 : **cibles de consommation 2016**

Estimer l'évolution du recours (nombre de séjours/séances/journées selon l'activité) de la population domiciliée, par activité de soins, à horizon 2016.

- **Etape 3** (champ des indicateurs de pilotage en volume) : déduire des cibles de consommation 2016 des **cibles de production 2016 des établissements** par territoire de santé (production à horizon 2016)

Les **cibles d'activité** devant être in fine déterminées en référence à la « production de soins » des établissements de santé de la région, qui constituent le champ d'action de l'ARS, l'**étape 3** consiste à croiser la consommation et la production de soins (prise en compte des fuites / attractivité entre territoires et entre régions), afin de déterminer les cibles d'activité par territoire de santé.

➤ Détermination des cibles d'activité (en volume) : un objectif cible unique

Lors des précédents SROS, certaines ARH avaient prévu une valeur cible unique plutôt qu'une fourchette. Les OQOS « minimaux / maximaux », lorsqu'ils étaient mobilisés, pouvaient recouvrir des significations différentes selon les régions.

Par ailleurs, la contractualisation Etat-ARS proposera une cible régionale unique.

Ainsi, il est proposé de définir par indicateur de pilotage :

- Une borne initiale, qui correspond à l'activité actuelle
- Une borne cible unique à horizon 2016.

Etape 1 : Etablir un diagnostic des enjeux de pilotage de l'activité des établissements de santé

La démarche d'analyse proposée à ce niveau concerne l'ensemble des activités de soins. Elle permet :

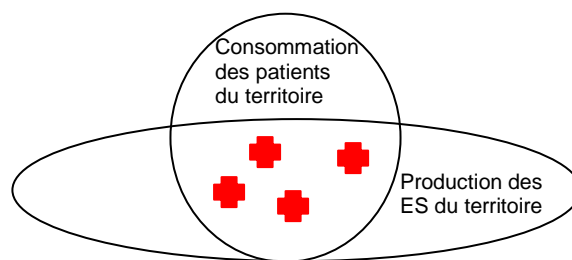
- l'identification des besoins en implantations, en tenant compte des recompositions nécessaires et des reconversions de structures existantes vers d'autres activités le cas échéant (objectifs en implantations),
- un diagnostic régional en vue de la détermination des cibles d'activité par territoire de santé
- la détermination des enjeux de développement de certains modes de prise en charge et notamment des alternatives à l'hospitalisation complète
- le repérage d'éventuelles inadéquations

L'analyse du recours à l'offre de soins permet d'approcher la notion de besoin de soins, contrairement à la production de l'offre. L'outil d'analyse mis à disposition est le taux de recours (envois de novembre 2010 et mars 2011).

Si cette étape est centrale pour la détermination des objectifs en implantations et cibles d'activité par TS, elle est également le fil conducteur de la démarche de suivi et pilotage annuel de l'activité.

a) Les apports d'une approche basée sur l'analyse de la consommation de soins

L'utilisation des soins (consommation) et l'offre de soins



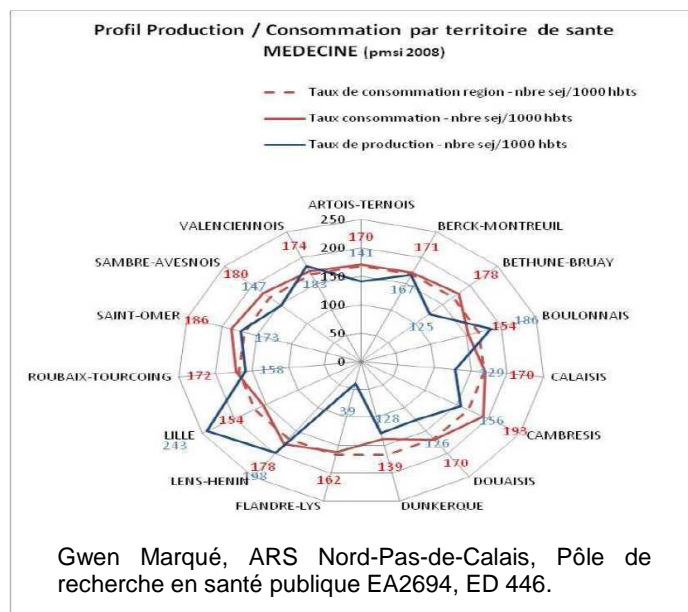
L'analyse de la consommation de soins, conjointe à celle de la production de soins, permet de poser un diagnostic sur les enjeux régionaux d'organisation de l'offre de soins (accès aux soins assuré ou non, pertinence des soins) : une région peut disposer d'une offre faible au regard de sa population mais l'analyse des niveaux de consommation des soins peut indiquer que la population accède néanmoins aux soins : les patients peuvent recourir aux soins dans les régions voisines, sans que cela n'obère de façon importante l'accès aux soins. Dans une telle configuration, il n'y a ainsi pas d'enjeu régional à développer l'offre locale.

Inversement, une région peut avoir une offre importante au regard de sa population, et inversement la population de cette région a un niveau de consommation modéré : la région est attractive et prend en charge une partie de la population des autres régions.

L'analyse de la consommation de soins permet ainsi d'identifier les situations où l'offre (qu'elle soit régionale ou non) est suffisante, voire surabondante (pertinence des soins) ou au contraire insuffisante (accès aux soins).

L'analyse par la consommation permet par ailleurs d'éviter des raisonnements trop centrés sur les notions de parts de marché, qui peuvent tendre à engendrer des stratégies non coopératives. L'objectif est au contraire d'orienter l'activité des établissements vers le développement de segments d'offre qui manquent sur le territoire, plutôt que vers la captation de parts de marché déjà existantes.

La région Nord-Pas-de Calais a développé des outils visuels d'analyse qui illustrent bien la nécessité d'avoir une double approche consommation / production pour appréhender les enjeux régionaux d'organisation des soins :



L'annexe 2 rassemble d'autres exemples d'outils mobilisés par l'ARH Nord-Pas-de-Calais dans le cadre des SROS III.

b) Définition et utilisation des différents types de taux de recours

Cet outil permet une analyse de la consommation de soins, et vise à identifier les enjeux précis d'accès aux soins, de pertinence des soins, ainsi que les domaines où l'offre de soins est suffisante. Il ne permet pas d'aborder la question des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, qui doivent être abordés en parallèle (cf §d).

Définition générale. Le taux de recours tel qu'il est abordé ici rend compte du recours à l'offre de la **population domiciliée** d'une zone géographique, quel que soit le lieu de réalisation des séjours (dans la zone, ou hors zone). Le taux de recours est exprimé, dans les données transmises en novembre et mars, en nombre de séjours/séance/journées/venues (selon les activités) pour 10 000 habitants.

Point d'attention

Il ne faut pas confondre le recours à l'offre de soins qui correspond à la consommation de soins par la population domiciliée (défini par le présent guide) avec le niveau de recours et d'expertise qui correspond à un niveau de la gradation de l'offre de soins (définie dans la fiche 1.4 du guide méthodologique SROS).

Taux de recours brut : Il rapporte le recours (en nombre de séjours, séances, journées, venues) de la population domiciliée d'une zone géographique au nombre d'habitants de la zone géographique. Plus simple à manier, il peut être traduit en activité en multipliant le taux par la population. Il est utile pour comparer le recours d'une population donnée dans le temps. Les écarts de taux de recours bruts entre zones géographiques peuvent être expliqués par de nombreux facteurs : structure de la population (âge, sexe), état de santé, précarité, offre de soins, offre de soins alternative (médecine de ville), pratiques médicales, prévention notamment, mais également codage ou modalités de facturation incorrectes.

Les taux standardisés et ajustés (cf. ci-après) permettent quant à eux de rendre compte et corriger de l'impact de deux de ces facteurs : la structure démographique et l'état de santé. En ce sens, ils constituent un outil de comparaison important pour le pilotage de l'activité hospitalière.

Taux de recours standardisé (par l'âge et le sexe) : le taux standardisé permet la comparaison entre zones géographiques, en gommant les effets de la structure de population. Il est établi en appliquant les taux de recours de chaque tranche d'âge quinquennale et sexe d'une zone

géographique (TS, région) à la structure de population nationale⁴. Il s'interprète comme le taux de recours qu'aurait la zone géographique (territoire, région) si elle avait la structure de population nationale.

Les données de comparaison détaillées transmises par la DGOS et l'ATIH aux ARS fournissent des repères à l'échelon national (moyenne nationale, centiles de territoire), régional, et territoire de santé.

	Activité	Regroupement
	Médecine	30 groupes de répartition de l'offre de médecine ⁵
	Chirurgie	27 groupes de répartition de l'offre de chirurgie
	Chimiothérapie pour cancer	1 seul groupe : séances (GP M30) et les racines de GHM du GP M21 concernées
	Chirurgie pour cancer	1 seul groupe
	SSR	- 13 catégories majeures cliniques - typologie des mentions spécialisées

Taux de recours ajusté sur l'âge, le sexe, l'état de santé, disponibles sur les activités de médecine et chirurgie : Il s'interprète comme le taux de recours qu'aurait la zone géographique (TS, région) si elle avait la structure de population nationale et l'état de santé de la population nationale. Ainsi, il neutralise à la fois l'effet de la structure démographique et celui de l'état de santé de la population des territoires (critère : état de santé) sur le recours aux soins. Les éléments de comparaison (repères à l'échelon national, régional, territoire) ont été communiqués à un niveau agrégé : médecine (hospitalisation complète et à temps partiel), chirurgie (hospitalisation complète et chirurgie ambulatoire), techniques interventionnelles.

Focus sur les taux de recours SSR

Contrairement au MCO, la classification actuelle utilisée pour décrire l'activité de SSR ne permet pas véritablement de distinguer les prises en charge lourdes et/ ou complexes.

De fait, même si l'analyse de la consommation à partir des catégories majeures cliniques (CMC) et / ou des GMD permet une approche globale et exhaustive du recours, elle ne permet pas pour autant d'identifier l'activité pouvant être considérée comme spécialisée au sens réglementaire du terme ; c'est-à-dire l'activité lourde et/ ou complexe dans un des dix segments mentionnés dans les décrets de 2008.

L'objectif de l'outil d'aide à la décision sur les autorisations fourni aux ARH en 2009 était de les aider dans la délivrance des nouvelles autorisations SSR en leur fournissant une « grille de lecture » de l'activité des établissements. Ayant été conçu dans un objectif de repérage de certaines prises en charge considérées comme lourdes et/ ou complexes, à partir de quelques marqueurs non représentatifs de l'intégralité du champ d'intervention des SSR, les résultats obtenus sont des marqueurs de spécialisation et ne permettent absolument pas une analyse du recours global.

Les données de comparaison sur les taux de recours en SSR sont ainsi mises à disposition par CMC.

⁴ Standardisation directe

⁵ Les « groupes de répartition de l'offre » désignent les « groupes types de planification », qui constituent un regroupement d'activité issu des travaux 2009 de l'ATIH sur les regroupements de GHM en V11⁵. Ce regroupement a été créé dans un objectif de planification et distingue 62 groupes d'activité en médecine et chirurgie.

c) Analyser les taux de recours et les interpréter, notamment sur la pertinence de certains soins

Les taux de recours standardisés et ajustés permettent, par la comparaison avec le niveau national, régional ou territorial, de faire un repérage des atypies sur un territoire donné, par type de prise en charge :

- à un niveau agrégé : médecine et chirurgie par mode de prise en charge, traitement du cancer (chimiothérapie, chirurgie), SSR
- à un niveau plus fin (groupes de répartition de l'offre pour la médecine/chirurgie), CMC ou typologie des spécialisations pour le SSR, voire sur certains GHM

Les constats sur les taux de recours doivent être interprétés, afin d'orienter l'action de l'ARS.

Plusieurs facteurs peuvent être cités, comme devant être mis au regard d'un taux de recours élevé ou faible (l'âge et le sexe étant déjà corrigés par le taux standardisé) :

- L'état de santé de la population, qui peut expliquer un taux de recours plus élevé ou plus bas, en particulier sur des prises en charge marquées par l'épidémiologie (par exemple le GP M24 diabète, maladies métaboliques ou le GP M07 cardiologie)
- La précarité de la population
- Des différences de pratiques, avec potentiellement des sujets de pertinence de soins
- Des différences de densité en professionnels de santé
- L'offre de soins alternative :
 - o offre préventive en ville qui génère un moindre recours à l'hôpital (par exemple : la prévention du diabète, qui permet une réduction des complications)
 - o offre alternative en ville, qui se substitue à l'hôpital
- Les prises en charge frontière entre la ville et l'hôpital, encadrées par l'instruction n°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010⁶
- Des problèmes de codage

Ce premier repérage doit conduire à une démarche d'analyse plus fine, au niveau géographique et au niveau de l'activité, afin d'identifier les établissements concernés et les leviers d'action précis de l'ARS (développement de certaines activités pour lesquelles un besoin a été identifié, nouvelles implantations, modération des volumes sur des GHM ou segments de prises en charge ciblés, développement des prises en charge substitutives à l'hospitalisation conventionnelle ou le recours aux soins libéraux pour augmenter le nombre d'hospitalisations évitées, etc.). Cette analyse permettra d'identifier les champs de la contractualisation ARS-établissement.

Cette interprétation nécessite de mener des analyses à un niveau plus fin pour pouvoir engager avec les établissements concernés les actions ad hoc :

- **Infra-territoire de santé**, l'atypie pouvant être localisée. Plusieurs découpages géographiques sont mobilisables :
 - o zones de proximité définies par l'ARS
 - o le cas échéant (si l'ARS n'a pas défini de zones de proximité) :
 - arrondissements, dont le découpage est cohérent avec les départements. Il peut être utile pour les régions ayant opté pour des territoires calés sur les départements.
 - bassins de vie définis par l'INSEE (disponibles sur le site internet de l'INSEE⁷), mais qui posent des difficultés de recouvrement avec la définition des territoires.
- **Découpage du regroupement d'activité**, si nécessaire. Dans le champ MCO, l'ATIH propose un découpage des groupes de répartition de l'offre en « groupes d'activité ». Il peut être nécessaire pour les ARS de descendre à une maille plus fine, jusqu'au GHM voire à l'acte ou au groupe d'actes, si des atypies existent à ce niveau. Les taux de recours 2007-2009 sont disponibles sur SNATIH à cette maille.
- **Repérage des établissements concernés**. L'ATIH met à disposition sur SNATIH des matrices consommation / production, que les ARS peuvent reproduire à une maille plus fine si nécessaire.

⁶ Instruction n°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) : <http://www.atih.sante.fr/?id=0001000038FF>

⁷ http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bassins_vie®_id=99&page=donnees-detaillees/bassins_vie/bassins_vie.htm

- Distinction selon le principe de **gradation des soins** : niveau de recours infrarégional, régional, interrégional.

Des échanges avec les établissements de santé sont nécessaires pour expliquer les atypies. La communication des taux de recours à chaque établissement de santé, sur les principaux types de prises en charge (principaux GP ou CMC) qui le caractérisent, sont également l'occasion d'instaurer un dialogue de gestion, fondé sur l'analyse des besoins de population à partir de l'analyse des taux de recours.

Suggestion pratique : utiliser les taux de recours bruts comme outil d'analyse à un niveau fin. Il ne semble pas utile de chercher à recalculer les taux de recours standardisés à un niveau géographique / activité plus fin. Le taux standardisé permet de repérer une atypie en corrigeant l'effet âge/sexe. Cette atypie peut être analysée à un niveau plus fin à partir des taux de recours bruts, plus faciles à manier. Cette suggestion est bien sûr laissée à la libre appréciation des régions, en particulier celles qui ont fait le choix d'un territoire unique.

Exemple 1

Vous constatez un taux de recours bas sur la prise en charge du diabète (GP M24), alors que la prévalence du diabète est importante sur le territoire concerné. Après analyse à un niveau géographique plus fin, il s'avère que l'atypie est concentrée sur le quart nord est du territoire. Lors d'un échange avec l'établissement de recours concerné, il apparaît que l'établissement ne dispose pas d'endocrinologue. Le diagnostic partagé permet d'organiser l'arrivée d'un endocrinologue dans l'établissement et de permettre un meilleur accès aux soins de la population concernée.

Exemple 2

Vous constatez sur un territoire de santé un recours particulièrement élevé de la population aux endoscopies digestives (taux standardisés), qui ne s'explique pas par des facteurs épidémiologiques. Après une analyse géographique fine, il s'avère que l'atypie est concentrée sur un établissement et soulève potentiellement un problème de pertinence des soins. Un dialogue est engagé avec l'établissement afin d'aboutir à un constat et un plan d'action partagé avec la communauté médicale.

d) Identifier les enjeux de développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle

Le guide SROS précise les orientations nationales de développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle à temps complet (chirurgie ambulatoire, hospitalisation à temps partiel, alternatives à la dialyse en centre), séances de soins ou de l'HAD, en tant qu'offre substitutive à l'hospitalisation conventionnelle.

Certains enjeux sont inclus dans la politique de gestion du risque actuellement développée : insuffisance rénale chronique, chirurgie ambulatoire notamment. Les instructions sur ces sujets, ainsi que les données mises à disposition sur SNATIH constituent des outils de travail à mobiliser.

Le développement des alternatives à l'hospitalisation complète pour les autres activités (médecine, psychiatrie, soins de suite et réadaptation) est également à instruire, au niveau de chaque territoire de santé.

L'articulation avec le développement et la structuration de l'offre de ville doit également être étudiée (notamment pour ce qui concerne l'application des référentiels d'admission en SSR mais également s'agissant des séjours en médecine à visée essentiellement diagnostique).

Synthèse des données disponibles à mobiliser

- taux de recours bruts, standardisés et ajustés (sources : instruction DGOS de mars 2011 et SNATIH)
 - jusqu'au niveau groupe activité sur le MCO
 - au niveau CMC sur le SSR
- matrices consommation / production
 - par activité de soins
 - par groupe planification dans le champ MCO (disponibles sur SNATIH)

Synthèse des données complémentaires et analyses à mobiliser par l'ARS

- état de santé de la population de territoires, densité en professionnels de santé régionaux, précarité
- confrontation des écarts de consommation avec l'état de santé, l'offre de ville etc.
- MCO : affiner l'analyse jusqu'au GHM ou l'acte si nécessaire
- SSR : affiner le cas échéant les taux de recours bruts par GMD
- HAD : établir les disparités infrarégionales de taux de recours en tenant compte des lieux et domaines d'activité couverts au regard de la domiciliation des patients pris en charge et non pris en charge
- matrices consommation / production à un niveau fin
- des échanges avec les établissements de santé peuvent être nécessaires pour poser un diagnostic régional
- taux de recours par territoire sur l'HAD

→ Outil de travail en région : le taux de recours brut

Etape 2 : Estimation des cibles de consommation de soins à horizon 2016

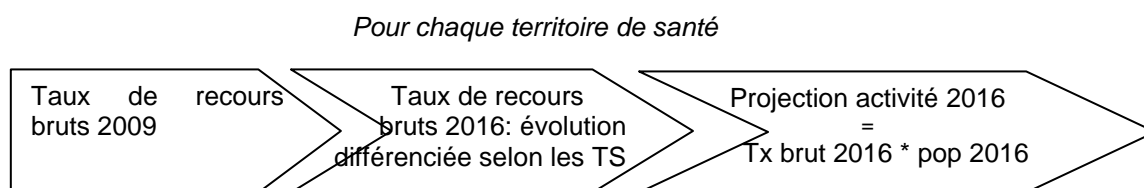
L'estimation des cibles de consommation de soins à horizon 2016 s'appuie sur les constats élaborés à l'étape 1 et peut prendre en compte plusieurs paramètres :

- un « rééquilibrage » entre territoires des taux de recours de la population, qui constitue le véritable paramètre stratégique à la main des ARS, qui peut se traduire sous forme d'évolutions différenciées des volumes d'activité en fonction des disparités constatées.
- l'évolution démographique : évolution du nombre d'habitants à horizon 2016.
- la densité en professionnels de santé, qui indique la capacité à développer tel ou tel type d'offre
- l'état de l'offre alternative, notamment en ville.
- éventuellement une tendance d'évolution du taux de recours brut (basé sur l'observation de l'historique) le cas échéant, pour des activités dynamiques. Cette tendance intègre à la fois les évolutions expliquées par le vieillissement de la population, les technologies médicales, l'épidémiologie, les évolutions de l'offre.
- une prise en compte des inadéquations sur l'ensemble des champs nécessitant, selon les cas, une réduction des volumes d'activité en hospitalisation ou une reconversion.

Remarque : en cohérence avec les résultats obtenus par la DREES⁸, l'analyse rétrospective menée par l'ATIH invite à recommander de ne pas mobiliser les projections purement mécaniques d'impact du vieillissement fondées sur une hypothèse de stabilité du taux de recours à âge donné : elles conduisent à une sous-estimation du dynamisme pour les activités à composante technologique (chirurgie, techniques interventionnelles) et une surestimation du dynamisme sur la médecine (le taux de recours, à âge donné, tendant à diminuer sur cette activité). En outre, le passage d'une logique d'OQOS volume opposables à une logique de pilotage invite à rechercher une méthode d'élaboration des cibles simple et facilement ajustable dans le temps.

⁸ L'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030. Etudes et résultats n°654. Août 2008.

Il vous est proposé de mobiliser comme **outil de travail le taux de recours brut** de la population domiciliée. Une fois posées les hypothèses de projection 2016 du taux brut, le nombre de séjours à horizon 2016 est établi en multipliant le taux brut projeté par territoire ou zone géographique par le nombre global d'habitant par TS projeté en 2016.



a) Le champ MCO

Comme indiqué ci-dessus (§ contractualisation Etat-ARS), la contractualisation Etat-ARS est basée sur une différenciation des taux d'évolution régionaux par rapport à un taux national, construit à partir des tendances nationales observées et des écarts de consommation de soins. Les projections par territoire peuvent être construites selon la même logique, déclinée au niveau régional à partir de la tendance régionale négociée dans les échanges Etat-ARS.

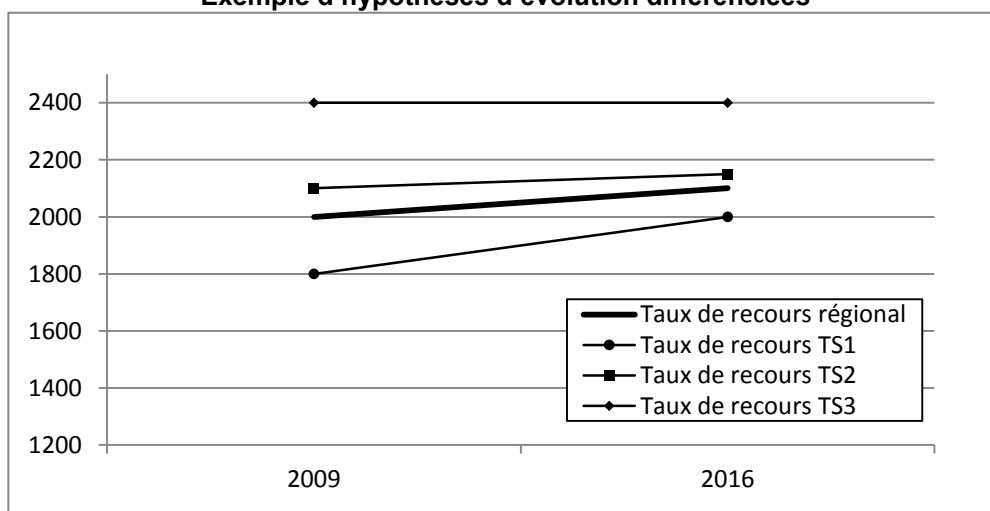
En pratique, les données transmises sur les écarts de taux de recours entre territoires et entre régions (écarts corrigés des impacts de la structure démographique sur les champs psychiatrie et SSR, et de l'état de santé sur le champ MCO) permettent de déterminer une évolution des taux de recours bruts, différenciée entre territoires, selon la situation de sur ou sous-offre de chaque territoire.

Exemples

L'écart de taux de recours ajusté par habitant (corrigé de la démographie et de l'état de santé) constaté sur le TS1 est de +3% et celle constatée sur le TS2 est de -7% sur une activité donnée en 2009. Le dialogue de gestion Etat-ARS indique que la région dispose d'une marge régionale pour l'évolution des volumes, compte-tenu d'une consommation de soins relativement basse. L'ARS peut opter pour une évolution différenciée du taux de recours brut de chaque territoire, en faveur du second territoire : par exemple, stabilisation sur le TS1 ; marge d'évolution imputée au TS2.

Inversement, une ARS pour laquelle le dialogue de gestion Etat-ARS indique que la région dispose d'une marge de manœuvre réduite pour l'évolution des volumes d'activité, peut concentrer cette maîtrise sur les territoires dont la consommation de soins est identifiée comme la plus élevée sans qu'une justification de ce niveau ne puisse être avancée.

Exemple d'hypothèses d'évolution différenciées



Tendances nationales

L'ATIH a réalisé, sur la période 2007-2009, une analyse de l'évolution des taux de recours nationaux en chirurgie et médecine, en distinguant les modes de prise en charge (complet/partiel) et les techniques interventionnelles. Les séances de chimiothérapie sont également analysées. Les changements de périmètre du PMSI et les évolutions dans l'exhaustivité sur les années antérieures ne permettent pas une exploitation plus ancienne des données. En revanche, l'année 2010 pourra être mise à disposition à l'été.

Taux de recours national (hors SSA en 2009)	évolution annuelle observée sur 2007-2009
chirurgie HC	-2,53%
chirurgie HP	+6,49%
chirurgie	+0,48%
médecine HC	+1,16%
médecine HP	-6,19%
médecine	-0,93%
techniques interventionnelles	+2,17%
chimiothérapies (séances)	+6,80%
total M+K	-0,13%
total M+C+K	+0,08%
total M+C+K+chimio	+0,88%

b) Champs SSR et psychiatrie

La démarche est similaire pour les champs SSR : le dialogue de gestion Etat-ARS détermine les évolutions régionales d'activité, que l'ARS décline par territoire en opérant le cas échéant une différenciation des taux d'évolution entre territoires.

En psychiatrie, si aucun cadrage national n'est prévu, les ARS doivent néanmoins s'appuyer sur les disparités de recours constatées sur cette activité, qui sont importantes aux niveaux interrégional, mais encore davantage en infrarégional, pour proposer les inflexions nécessaires à l'offre régionale et envisager également une réduction des disparités inter-territoires.

c) Pour les champs M, C, O et SSR en HAD

Pour l'HAD, la projection du nombre de journées pour 100 000 habitants à 2016 tient compte du potentiel de transformation de journées d'hospitalisation conventionnelle, en tenant compte le cas échéant des durées de séjour inadéquates.

Données / analyses à mobiliser

- Evolutions en volume d'activité sur les champs de la médecine, chirurgie, SSR, négociés dans le cadre du dialogue de gestion Etat-ARS
- Positionnement des différents territoires en termes de taux de recours aux soins (à partir de l'analyse corrigeant l'impact de la structure de population et pour la médecine et la chirurgie, de l'état de santé)
- Projections OMPHALE INSEE récentes par territoire de santé, mises à disposition des ARS sur les années 2009 et 2016 (envoi de février 2011). Pour les régions dont les territoires ne recoupent pas les départements, les projections par territoire ont été reconstruites par la DGOS.
- Conclusions des analyses régionales conduites par l'ARS à l'étape 1

Etape 3 : Estimation des cibles d'activité (en volume) par territoire : passage de la consommation à la production de soins par les établissements de santé des territoires

Les cibles d'activité permettent de prévoir les cibles de « production » de soins par les établissements de santé constituant chaque territoire de santé.

Cette étape consiste à :

- **Pour chaque indicateur de pilotage retenu pour le SROS, estimer des cibles d'activité produite par les établissements du territoire** à partir des objectifs de consommation déterminés à l'étape 2 (application des taux de fuite et attractivité entre territoires de santé et entre régions)
- Décliner en cible par territoire les objectifs régionaux de développement des **alternatives à l'hospitalisation conventionnelle** (ambulatoire, hospitalisation partielle, alternatives à la dialyse en centre, HAD...)

a) Gestion des taux de fuite et d'attractivité entre territoires et entre régions : estimation des cibles d'activité par activité de soins

Cette étape soulève la question des taux de fuite et d'attractivité entre territoires de santé et entre régions, qui **ne constitue pas un enjeu majeur dans l'élaboration des cibles d'activité**, en dehors des situations présentant une problématique d'accès aux soins. La méthode proposée ici consiste à **ne pas réaliser de prévisions d'évolution des flux (ce type de prévision est très fragile) mais à retenir l'hypothèse, pour les projections, que ces flux sont stables dans le temps** : le pilotage annuel permet ensuite d'opérer des ajustements ex-post en fonction des évolutions observées (évolutions naturelles lorsqu'elles sont légitimes, ou évolutions impulsées par une action de l'ARS auprès des établissements de santé concernés).

En effet, de façon générale, les mouvements de transferts d'activité entre établissements, et donc entre territoires, sont difficilement prévisibles, du fait de la mobilité des professionnels de santé. En ce sens, il est inutile de chercher à faire des « prévisions » à cinq ans de l'évolution des taux de fuite et attractivité.

Ainsi, la méthode la moins contestable consiste à faire une hypothèse de stabilité des taux de fuite et attractivité entre territoires et entre régions pour établir les cibles d'activité fixés dans le SROS-PRS. Le corollaire est une hypothèse de stabilité de la répartition d'activité entre établissements pour la déclinaison dans le cadre du suivi par établissement (cf. § contractualisation). Le suivi annuel de l'activité des établissements permet de corriger au fur et à mesure cette hypothèse.

Cette hypothèse générale de travail ne signifie aucunement une détermination « à priori » de la répartition d'activité entre établissements : le suivi de l'activité doit permettre une gestion souple des mouvements constatés (cf. § suivi et contractualisation), afin de ne pas entraver le développement des établissements attractifs.

Illustration (stabilité des taux de fuite et attractivité)

CONSOMMATION				
	Nombre de séjours TS1 2009	Nombre de séjours TS2 2009	hors région 2009 (attractivité)	TOTAL 2009
Production ES TS1	8 239	468	206	8 913
ES1	2 927	230	162	3 319
ES2	5 312	238	44	5 594
Production ES TS2	564	12 357	1 282	14 203
ES3	427	2 726	52	3 205
ES4	137	9 631	1 230	10 998
Hors région	1 000	1 500	-	
TOTAL	9 803	14 325		

Multiplier par l'évolution conso TS1 à 2016
 ↓
 Multiplier par l'évolution conso TS2 à 2016
 ↓
 Stabilité du taux d'attractivité
 ↓

CONSOMMATION				
	Nombre de séjours TS1 2016	Nombre de séjours TS2 2016	hors région 2016 (attractivité)	TOTAL 2016
Production ES TS1	X évol TS1	X évol TS2	Taux d'attractivité identique	Cible TS1
ES1	X évol TS1	X évol TS2		
ES2	X évol TS1	X évol TS2		
Production ES TS2	X évol TS1	X évol TS2	Taux d'attractivité identique	Cible TS2
ES3	X évol TS1	X évol TS2		
ES4	X évol TS1	X évol TS2		
Hors région	X évol TS1	X évol TS2		
TOTAL	X évol TS1	X évol TS2		

Enjeux interrégionaux

A un niveau agrégé, une stabilité des taux de fuite et attractivité entre régions est globalement constatée sur la période 2007-2009 (données disponibles sur SNATIH). Les régions pour lesquelles les taux de fuite sont importants ne doivent pas nécessairement chercher à les résorber dès lors que la population domiciliée est couverte de façon satisfaisante (analyse des taux de recours) par l'offre de soins, que cette offre soit régionale ou extra-régionale.

Si une région constate que l'accès aux soins de sa population est fragilisé par l'attractivité d'une région limitrophe sur un segment particulier, et souhaite s'engager dans une démarche visant à améliorer cet accès, il est nécessaire d'élaborer une **action interrégionale**, engageant les établissements concernés dans les deux régions. Les actions unilatérales peuvent échouer par manque de coordination avec les projets d'établissements de la région limitrophe, qui sont également susceptibles de rechercher l'attractivité.

Néanmoins, il est recommandé, tant que les actions ne sont pas concrétisées, de ne pas prévoir, dans la construction des cibles d'activité, de réduction des fuites extrarégionales :

- la stabilité observée des taux de fuite invite à la prudence. Cette stabilité constitue d'ailleurs une hypothèse de travail de la contractualisation Etat-ARS.
- le dialogue de gestion Etat-ARS et ARS-établissements pourra de façon souple tenir compte de la concrétisation de ces projets.

Données à mobiliser

L'ATIH met en ligne en juin 2011 sur SNATIH les matrices consommation / production des activités de soins autorisées :

* pour chaque activité de soins MCO, selon les définitions de l'annexe 1

* à un niveau plus fin : par groupe type planification pour le secteur MCO et par CMC dans le champ SSR (à l'étude sur le champ SSR)

b) Détermination des objectifs par modalité de prise en charge

Enfin, il est recommandé, pour les activités de médecine, chirurgie, traitement du cancer, SSR, psychiatrie, traitement de l'insuffisance rénale chronique, HAD, une déclinaison de la cible d'activité par modalité de prise en charge.

Les cibles en volume par activité de soins peuvent ainsi être déclinées en fonction des objectifs régionaux de développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle.

6. La contractualisation ARS – Etablissement

Le périmètre de la contractualisation

La contractualisation ARS-établissement de santé cadre les axes stratégiques majeurs de l'établissement (développement de la chirurgie ambulatoire, modération de l'activité sur certains actes/GHM présentant des enjeux de pertinence de soins (surconsommation induite), ou bien types de séjours en SSR). :

Ce cadrage général est appuyé par :

- des indicateurs de pilotage sur les volumes par grandes activités qui constituent la déclinaison des cibles par territoire décrits supra (indicateurs non opposables). Ces indicateurs portent donc sur les activités autorisées (définis à l'article R. 6122-25) pouvant elles mêmes se décliner sous formes de prise en charge ou sous forme de spécialités médicales ;
- des objectifs contractuels plus fins (en volume de séjours / actes pour certaines prises en charge) et ciblés sur les « atypies » constatées au cas par cas sur le territoire de santé dans le cadre de la démarche d'analyse conduite par l'ARS. Exemples :
 - o engagement d'un établissement à ne pas développer de chirurgie ophtalmologique, ou à ne pas augmenter son nombre d'actes interventionnels diagnostics, assorti d'objectifs chiffrés ;
 - o engagement d'un établissement à développer la prise en charge du diabète (population mal couverte), assorti d'objectifs chiffrés ;
 - o engagement d'un établissement à développer la chirurgie ambulatoire, assorti d'un taux attendu.
 - o respect de la circulaire frontière

Il est loisible de noter que ces objectifs ciblés portent sur les segments d'activité ou spécialités médicales faisant l'objet d'un suivi particulier. Un arrêté du ministre de la santé définit les activités, regroupements d'activités ou actes pouvant notamment faire l'objet d'objectifs ciblés. En outre, ces objectifs portent sur le développement de certains modes de prise en charge, notamment ceux mentionnés aux articles R. 6121-4 (alternatives à l'hospitalisation), R. 6124-4-1 (hospitalisation à domicile) et aux 2° à 4° de l'article R.6123-54 (auto dialyse/ dialyse à domicile).

Éléments structurant le dialogue avec les établissements de santé

La mise en place d'un dialogue de gestion entre l'ARS et les établissements de santé des territoires a pour objectif de permettre la **mise en relation plus systématique** :

- **des enjeux régionaux d'organisation de l'offre** identifiés par l'ARS (segments où l'offre est suffisante, enjeux d'accès aux soins, pertinence des soins, de développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle).
- **des axes stratégiques des établissements**, du fait de leur positionnement dans l'offre régionale

La base du dialogue porte en particulier, comme entre le niveau national et les ARS, sur l'analyse du taux de recours de la population domiciliée et la contribution de l'établissement à ce recours. Cette approche basée sur le recours à l'offre de soins constitue une approche plus médicalisée et proche de la notion de besoin de soins, qui doit être explicitée en particulier auprès de la communauté médicale des établissements, sur les principaux types de prise en charge constituant l'activité de l'établissement.

Cette approche permet notamment à l'établissement de se positionner en termes de réponse aux besoins et de pertinence des soins.

Par ailleurs, il n'est pas nécessaire d'attendre la mise à disposition de référentiels HAS pour que la contractualisation ARS-établissement s'engage sur des problématiques de pertinence des soins lorsque des niveaux de consommation très élevés sont observés.

Référentiels HAS

* 250 recommandations de bonnes pratiques, parmi lesquelles deux recommandations se retrouvent dans la liste des actes fréquemment cités comme pouvant poser un problème de pertinence : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5233/recommandations-de-bonne-pratique?cid=c_5233

* 4 référentiels en cours de production⁹ (prévus pour fin 2011), et 7 autres champs d'activité demandés à la HAS¹⁰. Des travaux sont en cours pour élargir la liste des activités susceptibles d'être intégrées dans les travaux lancés fin juin 2011 sur la pertinence des soins.

La **méthode de construction des indicateurs de pilotage par établissement**, par grandes activités de soins, s'inscrit, dans la continuité de la construction des cibles d'activité par territoire, sur une hypothèse de stabilité de la répartition de l'activité entre établissements, dans la mesure où il n'est pas possible d'anticiper la mobilité des praticiens, principal facteur des mouvements d'activité entre établissements. Techniquement, il s'agit de décliner par établissement les objectifs 2016 à partir des matrices consommation / production.

Enfin, le dialogue de gestion avec chaque établissement porte également sur le **développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle ou sur l'amélioration de l'articulation avec l'offre de ville de manière à réduire le nombre d'hospitalisations évitables**.

Les objectifs ciblés peuvent porter sur des modes de prise en charge (cf. §4 sur les indicateurs de pilotage) et sur des prises en charge caractérisées (GHM, actes, etc.)

Les objectifs ciblés sont fixés de façon pluriannuelle. Ils correspondent à l'activité constatée en N pour la valeur initiale et leur cible peut être exprimée par une progression ou une diminution au décours de la période d'exécution du CPOM.

⁹ Appendicectomie, libération du canal carpien, césarienne programmée, amygdalectomies

¹⁰ Les 10 gestes sont : endoscopies digestives ; drains transtympaniques ; ; arthroscopies de localisation autre que le genou ; lithotrities extracorporelles de l'appareil urinaire en ambulatoire ; endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde ; interventions transurétrales ou par voie transcutanée ; interventions sur le cristallin, avec ou sans vitrectomie.

Une approche globale et cohérente dans la négociation des CPOM établissements

La négociation des indicateurs dans le cadre des CPOM des établissements doit être réalisée dans le cadre d'une approche globale et cohérente avec les objectifs de performance et de régulation des établissements. La négociation doit intégrer :

- la déclinaison des objectifs de gestion du risque, les objectifs des CPOM Etat-ARS, les priorités de santé publique ;
- l'efficacité et la qualité de la gestion ;
- la qualité et la sécurité des soins ;
- la réduction des inadéquations hospitalières ;
- la problématique des prises en charge frontalières et la bonne application des textes les régissant¹¹.

7. Le pilotage de l'activité des établissements de santé à travers les implantations et indicateurs de pilotage

Le pilotage de l'activité hospitalière consiste à organiser un suivi des objectifs du SROS et des objectifs des CPOM signés entre l'ARS et les établissements de santé et à mettre en œuvre, le cas échéant, les ajustements nécessaires. Ce pilotage se décline en trois niveaux :

1/ Suivi national / régional

Le dialogue de gestion annuel entre l'Etat et les ARS sera structuré autour de l'indicateur CPOM Etat-ARS sur l'évolution des volumes d'activité de médecine, chirurgie et SSR, ainsi que sur les objectifs de gestion du risque relatifs au développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle (chirurgie ambulatoire, insuffisance rénale chronique).

Le respect des volumes contractualisés pourra être pris en compte lors de l'allocation de certains crédits (notamment, gels / dégels différenciés en fonction du dynamisme d'activité constaté, attribution de marges de manœuvre). En effet, au niveau national, la gestion des gels et des dégels tiendra compte du rythme régional d'évolution de l'activité d'hospitalisation.

2/ Suivi régional / territoires de santé et pilotage de l'activité par l'ARS

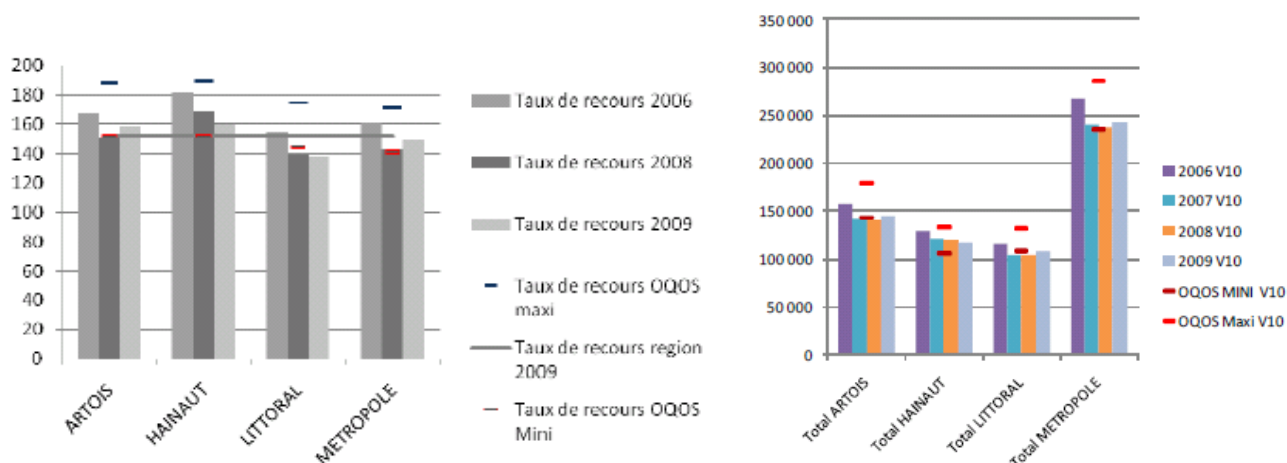
Les cibles d'activité accompagnant le SROS sont déterminés à horizon 2016. Le suivi des cibles par territoire consiste à comparer la dynamique d'activité observée une année donnée à la tendance prévue à horizon 2016 et analyser les causes d'écarts éventuels. Il appartient à chaque ARS de construire une démarche d'évaluation cohérente avec ses problématiques territoriales

Deux types d'informations seront mis à disposition annuellement sur SNATIH pour le suivi du SROS, et des cibles d'activité en particulier :

- La consommation de soins par la population : les taux de recours bruts et standardisés par territoire de santé, à un niveau détaillé
- Le suivi de la consommation de soins et de la production de soins, par unité de compte (séjours/séances/journées/venues) : matrice consommation / production, jusqu'au niveau des groupes planification sur le MCO.

¹¹ Instruction n°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) : <http://www.atih.sante.fr/?id=0001000038FF>

Exemple d'outil mobilisé par l'ARS Nord-Pas-de-Calais



L'annexe 2 rassemble d'autres exemples d'outils mobilisés par l'ARH Nord-Pas-de-Calais dans le cadre des SROS III.

En cas d'écarts entre la dynamique des volumes et les cibles d'activité prévues dans le SROS

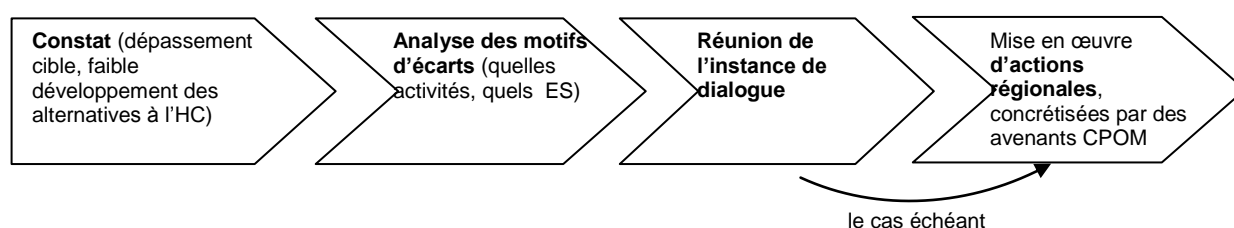
(en positif pour la dynamique par activité de soins, en négatif pour le développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle), l'ARS met en place une démarche d'analyse progressive région / territoire de santé / établissement de santé et identifie les motifs d'écarts.

Plusieurs situations peuvent être distinguées :

- le dépassement sur les volumes d'activité correspond à une sous-estimation des besoins lors de l'élaboration du SROS. Dans ce cas, un ajustement des cibles d'activité peut être envisagé.
- le dynamisme d'un territoire est lié à un gain d'attractivité. En effet, la dynamique d'activité des établissements d'un territoire donné peut être liée à son attractivité au détriment des établissements des territoires voisins (de façon classique : établissements situés en zone urbaine / établissements situés en zone rurale). Il n'y a pas lieu d'envisager des actions d'adaptation sauf si cette dynamique risque de générer des difficultés d'accès aux soins dans les territoires moins attractifs.
- Développement plus lent que prévu des prises en charge alternatives à l'hospitalisation conventionnelle (chirurgie ambulatoire, dialyse hors centre, hospitalisation partielle en médecine/chirurgie, HAD)
- Dynamisme inattendu sur des prises en charge précises
- ...

Cette démarche doit conduire à un repérage des établissements et champs d'activité concernés par les écarts aux cibles. La nature des actions correctrices à mettre en œuvre le cas échéant, notamment auprès des établissements concernés, doit faire l'objet d'une analyse fine.

L'instance opérationnelle de dialogue mise en place sera réunie annuellement pour partager les données de suivi de l'activité par rapport aux cibles d'activité prévues dans le SROS, et le cas échéant envisager les inflexions nécessaires, que ce soit en termes d'accès aux soins, de pertinence des soins ou de développement de certains modes de prise en charge. Des avenants aux CPOM peuvent aussi être conclus. En toute hypothèse, la procédure instituée par l'ARS doit laisser la place au dialogue contractuel et produire un effet correctif gradué et différent en fonction de la cause du dépassement.



Précisions concernant la procédure d'autorisation : objectifs quantifiés en implantation et nombre d'appareils

Lorsque le bilan constate la saturation des besoins en implantation et nombre d'appareils du territoire : la fenêtre de dépôt des demandes d'autorisation est limitée aux demandes de changement de lieu, regroupement, transformation, remplacement d'appareils, renouvellement sur jonction.

3/ Suivi ARS / établissement de santé

L'objectif est de passer d'une logique « OQOS-sanction » à une logique « indicateurs de pilotage - dialogue de gestion ».

Les objectifs des établissements sont fixés dans le CPOM de façon pluriannuelle mais un suivi annuel doit être organisé, sur les indicateurs de pilotage (suivi des volumes par activité) et sur les objectifs contractuels.

Si les indicateurs de pilotage montrent une dynamique importante ou si des écarts sont constatés par rapport aux objectifs contractuels, les motifs d'écarts (positifs ou négatifs) doivent être identifiés :

- Evolution des parts de marché sur une activité concurrentielle, sans impact sur l'accès aux soins (taux de recours estimés convenables)
- Développement souhaité ou insuffisant d'une activité de recours régional
- Dynamisme ou au contraire stagnation d'une activité dont le développement a été identifié comme un enjeu d'amélioration de l'accès aux soins de la population
- Baisse ou augmentation de l'attractivité de l'établissement sur certains segments d'activité, fragilisant l'accès aux soins de la population de certaines zones géographiques
- Développement du volume sur une activité pour laquelle il a pourtant été identifié que l'accès aux soins était suffisant ou que le développement d'alternatives à l'hospitalisation complète ou de prises en charge en ville devait être privilégié
- Dynamisme potentiellement lié à des pratiques professionnelles
- Mauvaise application ou biais dans l'application des règles de codage
- ...

Non respect des objectifs contractuels dans les CPOM

Lorsqu'un établissement n'atteint pas les objectifs contractuels négociés avec l'ARS, une phase de dialogue doit s'engager entre l'ARS et l'établissement pour établir si le dépassement revêt un caractère potentiellement indu, non justifiable en termes de réponse aux besoins, de pertinence des soins ou encore soulève des difficultés de développement d'un mode de prise en charge particulier ou de codage.

L'ARS peut le cas échéant :

- mettre en œuvre le cas échéant une action correctrice avec l'établissement, formalisée par un avenant au CPOM ou une modification d'un avenant existant
- appliquer le dispositif général des sanctions prévues dans le CPOM, en particulier si l'établissement refuse de s'engager davantage pour respecter les termes du contrat, tout en restant vigilant à la proportionnalité de la sanction
- mettre en place un contrôle de pertinence des séjours / actes. A cet effet, les indications données dans le présent guide doivent permettre aux ARS de repérer les dépassements d'activité atypiques en volume ou en types de séjours.

4/ Outillage des ARS et des établissements de santé sur la pertinence des soins et l'amélioration des pratiques

Les outils actuellement disponibles sont l'observation des disparités élevées de taux de recours et les recommandations existantes de la HAS.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a produit plus de 250 recommandations de bonnes pratiques, parmi lesquelles deux recommandations se retrouvent dans la liste des actes fréquemment cités comme pouvant poser un problème de pertinence. Un travail complémentaire de production de référentiels a été demandé à la Haute Autorité de Santé par le ministère du travail, de l'emploi et de la santé et la CNAMTS sur 10 gestes¹².

Des travaux ont été lancés pour structurer la démarche globale d'amélioration de la pertinence des soins, en concertation avec les représentants des établissements de santé et des communautés médicales d'établissement de tous les secteurs. Ces travaux ont vocation à aborder aussi bien la problématique de l'amélioration des pratiques professionnelles que l'amélioration du parcours de soins et plus largement l'efficacité de l'organisation de l'offre de soins sur les territoires.

¹² Les 10 gestes sont : endoscopies digestives ; appendicectomies ; libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels ; drains transtympaniques ; amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées ; arthroscopies de localisation autre que le genou ; lithotrities extracorporelles de l'appareil urinaire en ambulatoire ; endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde ; interventions transurétrales ou par voie transcutanée ; interventions sur le cristallin, avec ou sans vitrectomie.

Annexe 1

Identification des activités de soins dans le champ MCO

Actualisation par l'ATIH de l'arrêté de 2005
Ce document remplace l'arrêté de 2005

Les éléments de définition des activités sous OQOS mentionnées dans l'arrêté de 2005 ont été actualisés de façon à tenir compte :

- de l'évolution de la classification des GHM,
- de l'évolution de la nomenclature des actes,
- du périmètre des indicateurs de pilotage de l'activité proposés dans ce guide.

Ce document liste ainsi les définitions d'activités en distinguant quatre rubriques :

- A. Activités autorisées dans le champ obstétrique / néonatalogie
- B. Activités autorisées SIOS
- C. Autres activités autorisées de médecine et chirurgie spécialisées
- D. Médecine et chirurgie

En complément, sont présentées en annexe trois listes d'actes :

- Annexe 1.1. Liste des actes relevant de la neurochirurgie**
- Annexe 1.2. Liste des actes relevant de la cardiologie interventionnelle**
- Annexe 1.3. Liste des actes relevant de la neuroradiologie interventionnelle**
- Annexe 1.4. Liste des actes relevant de la chirurgie cardiaque**
- Annexe 1.5. Liste des actes relevant des grands brûlés**

Cette annexe sera revue chaque année
en fonction de l'évolution des nomenclatures d'actes, de diagnostics et de GHM.

Les définitions présentées dans ce document font référence
- à la **classification des GHM V11c**
- à la **nomenclature des actes V23**

Elles s'appliquent au PMSI 2009 et 2010

Sélection de l'activité MCO :

Base MCO annuelle après exclusion :

- des séjours en erreurs (CM 90), sauf pour les séjours de dialyse en centre des établissements privés (RSA repérés à partir des RSFA par les codes actes D09, D11, D12, D13, D15 et D16) ;
- des séjours d'IVG dans le secteur exDG (GHM 14Z08Z) ;
- des séances d'entraînement à la dialyse (GHM 28Z01, 28Z02 et 28Z03) ;
- des prestations inter établissements (type de séjour = B),
- des mort-nés (GHM 15Z10E)
- des séjours de chirurgie esthétique et de confort (GHM 09Z02Z «Chirurgie esthétique » et 23Z03Z « Interventions de confort et autres interventions non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire »),
- des séjours réalisés intégralement en UHCD.

A. Activités autorisées dans le champ obstétrique / néonatalogie

Règle d'exclusion : les séjours des activités 1 à 4 sont exclus d'emblée du décompte des séjours rattachés aux autres régimes d'autorisation.

1- Diagnostic prénatal

Séjours avec diagnostic principal Z36.0 à Z36.9.

2- Obstétrique

Tous les séjours de la CMD 14.

3- Néonatalogie et Réanimation Néonatale

Les séjours relevant de cette activité sont tous ceux de la CMD 15 et ceux des autres CMD avec au moins un supplément NN1 NN2 ou NN3.

4- Activités cliniques d'assistance médicale à la procréation

Les séjours avec diagnostic principal en Z31 (Z310 à Z316, Z318 et Z319).

B. Activités autorisées SIOS

Règle de non exclusion pour les activités 5 à 8 : Compte-tenu des recouvrements fréquents entre certaines activités autorisées de médecine et chirurgie spécialisées, **un même séjour peut être compté au titre de plusieurs activités** (exemples : cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque ; chirurgie du cancer et neurochirurgie). Ainsi, les séjours de ces activités ne peuvent être sommés entre eux.

5- Activités SIOS

5-1 Greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques : ensemble de la CMD 27

5-2 Neurochirurgie : séjours comprenant un des actes de la liste établie par l'ATIH (*cf. annexe 1*)

5-3 Chirurgie cardiaque : racines 05C02 à 05C09 sauf les séjours de la racine 05C06 « Autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle » qui contiennent au moins un

acte de la liste A-033 issue du volume 2 du manuel des GHM pour la CMD 05. Cette racine contient en effet aussi du vasculaire) ;

5-4 Grands brûlés : racine 22Z02 en intégralité et racine 22Z03 avec diagnostic principal de la liste D-2202 ;

5-5 Neuroradiologie interventionnelle : séjours comprenant un des actes de la liste établie par l'ATIH (cf. *annexe 3*)

C. Autres activités autorisées de médecine et chirurgie spécialisées

6- Cardiologie interventionnelle

La liste des actes relevant de cette activité a été mise à jour par l'ATIH (cf. *annexe 2*).

7- Traitement du cancer

- Chirurgie : GHM en C ayant pour diagnostic principal C00 à C97, D00 à D09 ou D37 à D48
- Chimiothérapie :

- séjours des racines suivantes :

Racine	Libellé
17M05	Chimiothérapie pour leucémie aigüe
17M06	Chimiothérapie pour autre tumeur

- séances des racines suivantes :

Racine	Libellé
28Z07	Chimiothérapie pour tumeur, en séances

NB : La chimiothérapie hors cancer n'est donc pas prise en compte car identifiée dans un autre GHM 28Z17Z « Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances ».

- Radiothérapie (y compris les préparations et irradiations) : séances des racines suivantes avec la condition DP Z51.00 ou Z51.01 (irradiations) et DR de cancer (C00 à C97, D00 à D09, D37 à D48).

- séjours des racines suivantes :

Racine	Libellé
17K04	Autres irradiations
17K05	Curiéthérapies de la prostate
17K06	Autres curiéthérapies et irradiations internes

- séances des racines suivantes :

Racine	Libellé
28Z10	Curiéthérapie, en séances
28Z11	Techniques spéciales d'irradiation externe, en séances
28Z18	Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité, en séances
28Z19	Préparations à une irradiation externe par RCMI ou techniques spéciales
28Z20	Préparations à une irradiation externe avec dosimétrie tridimensionnelle avec HDV
28Z21	Préparations à une irradiation externe avec dosimétrie tridimensionnelle sans HDV
28Z22	Autres préparations à une irradiation externe
28Z23	Techniques complexes d'irradiation externe avec repositionnement, en séances
28Z24	Techniques complexes d'irradiation externe sans repositionnement, en séances

28Z25 Autres techniques d'irradiation externe, en séances

NB : La radiothérapie hors cancer n'est donc pas prise en compte puisque seules les séances avec DR de cancer sont retenues.

Remarque :

Pour les données antérieures à 2011 codées en V11a ou V11b il convient de dénombrer également les séances des GHM qui n'existent plus en v11c :

28Z08Z Préparations à une irradiation externe avec une dosimétrie tridimensionnelle

28Z09Z Autres préparations à une irradiation externe

28Z12Z Techniques complexes d'irradiation externe, en séances

28Z13Z Autres techniques d'irradiation externe, en séances

8- IRC

Pour les établissements ex DG : sur les RSA, séances du GHM 28Z04Z « Hémodialyse, en séances » (hors GHS de centre pour enfants : 9617).

La racine 28Z04Z correspond à plusieurs GHS : hémodialyse en centre (GHS 9605), hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (GHS 9618).

Sur les RSFACE, les codes D12 et D13 correspondent à l'autodialyse, le code 14 à l'hémodialyse à domicile et les codes D15 et D16 à la dialyse péritonéale.

Pour les établissements ex OQN, sur les RSFA, les codes D09 correspondent à la dialyse en centre (hors centre pour enfants), D11 à l'UDM, D12 et D13 à l'autodialyse, D14 à l'hémodialyse à domicile et les codes D15 et D16 à la dialyse péritonéale.

Dans les 2 cas, les codes D22 (Forfait de dialyse péritonéale automatisée pour une hospitalisation d'une durée comprise entre trois et six jours) et D23 (Forfait de dialyse péritonéale continue ambulatoire pour une hospitalisation d'une durée comprise entre trois et six jours) ne sont pas intégrés dans le décompte, ni les séances d'entraînement (D17 à D21 et GHM 28Z01 à 28Z03), ni l'activité des centres pour enfants (D10).

L'activité des centres pour enfants est identifiée par :

- Pour les établissements ex DG : sur les RSA, séances du GHM 28Z04Z « Hémodialyse, en séances » GHS de centre pour enfants 9617
- Pour les établissements ex OQN : sur les RSFA, les codes D10 correspondent à la dialyse en centre pour enfants

D. Médecine et chirurgie

9- Médecine

Règle d'exclusion : les séjours des activités autorisées mentionnées dans les parties A à C ci-dessus (activités 1 à 8) sont exclus de l'activité de médecine. La présence dans un séjour d'un acte caractérisant une des activités 1 à 8 exclus le séjour de l'activité de médecine.

L'activité de médecine est identifiée par les GHM en M, K et Z (hors séjours des activités autorisées 1 à 8).

9-1 Activité interventionnelle

Parmi eux, l'activité interventionnelle rassemble tous les GHM en K, hors GHM 23K02Z (explorations nocturnes) qui est à intégrer dans la médecine en hospitalisation partielle

9-2 Médecine hospitalisation partielle

Séjours de médecine, sans nuitée, hors activité interventionnelle comptabilisée à part à l'exception du GHM 23K02Z qui est à rattacher à l'activité de médecine en hospitalisation partielle.

Cette activité inclut également les séances ne faisant pas l'objet d'un décompte à part (chimiothérapie pour tumeur, radiothérapie pour cancer, insuffisance rénale chronique). Il reste donc les séances suivantes :

- transfusion,
- oxygénothérapie,
- aphérèses,
- radiothérapie hors cancer,
- chimiothérapie hors cancer.

9-3 Médecine hospitalisation complète

Séjours de médecine, avec nuitée, hors activité interventionnelle.

10-Chirurgie

Règle d'exclusion : les séjours des activités autorisées mentionnées dans les parties A à C ci-dessus (activités 1 à 8) sont exclus de l'activité de chirurgie. La présence dans un séjour d'un acte caractérisant une des activités 1 à 8 exclut le séjour de l'activité de chirurgie.

L'activité de chirurgie est identifiée par les GHM en C (hors séjours des activités autorisées 1 à 8)

10-1 Chirurgie ambulatoire : séjours ayant une durée de séjour à 0 sauf séjours avec mode de sortie 7/6 (transfert vers l'HAD) ou 6/6 (mutation vers HAD) ou 9 (décès).

10-2 Chirurgie en hospitalisation complète : séjours de chirurgie, hors séjours de chirurgie ambulatoire.

Annexe 1.1 - Liste des actes relevant de neurochirurgie

Les actes publiés dans l'Arrêté du 8 juin 2005 ont été mis à jour selon les principes suivants :

Ajout des actes en 900

Ajout des "Exérèse de tumeur extraspinale [extramédullaire] du canal vertébral" par abord antérieur

Ajout des actes pour hématome extradural

Ajout des actes de parage et fermeture de plaie vertébrospinale par voie antérieure

Ajout des actes pour prise en charge des brèches ostéodurales quelque soit l'abord

Suppression des actes de pose, changement ou ablation de générateur

Suppression des actes d'implantation ou ablation d'électrode de stimulation sur la moelle épinière par voie transcutanée

code acte	libellé
AAFA001	Exérèse de tumeur intraparenchymateuse du cervelet, par craniotomie
AAFA002	Exérèse de tumeur intraparenchymateuse du cerveau, par craniotomie
AAFA003	Exérèse de lésion du tronc cérébral, par craniotomie
AAFA004	Hémisphérectomie fonctionnelle, par craniotomie
AAFA005	Exérèse de lésion du corps calleux, du fornix hypothalamique ou du septum pellucide, par craniotomie
AAFA006	Résection de parenchyme cérébral pour infarctus expansif, par craniotomie
AAFA007	Excision d'une zone épileptogène, par craniotomie
AAFA008	Résection de parenchyme cérébelleux pour infarctus expansif, par craniotomie
AAGA900	Ablation d'électrode corticale cérébrale, par craniotomie
AAGB001	Ablation d'électrode intracérébrale, par voie transcutanée
AAJA001	Évacuation de collection intracérébrale, par craniotomie
AAJA002	Évacuation d'hématome intracérébral traumatique [contusion], par craniotomie
AAJA003	Évacuation d'hématome intracérébelleux, par craniotomie
AAJA004	Évacuation d'hématome intracérébral non traumatique, par craniotomie
AAJA005	Évacuation de collection intracrânienne postopératoire, par reprise de la craniotomie précédente
AAJA006	Parage de plaie craniocérébrale
ALA002	Implantation d'électrode subdurale pour enregistrement électrocorticographique, par craniotomie
ALA900	Implantation d'électrode de stimulation corticale cérébrale à visée thérapeutique, par craniotomie
AALB001	Implantation d'électrode de stimulation intracérébrale à visée thérapeutique, par voie stéréotaxique
AALB002	Implantation d'électrode intracérébrale pour enregistrement électroencéphalographique, par voie stéréotaxique
AANB001	Destruction d'une cible intracérébrale à visée fonctionnelle, par voie stéréotaxique
APA900	Déconnexion d'une zone épileptogène, par craniotomie
ABCA001	Ventriculoventriculostomie, ventriculocisternostomie, kystocisternostomie ou kystoventriculostomie, par craniotomie
ABCA002	Dérivation péritonéale ou atriale du liquide cérébrospinal ventriculaire, par abord direct
ABCA003	Dérivation péritonéale d'une collection subdurale du liquide cérébrospinal crânien, par abord direct
ABCA004	Dérivation péritonéale ou atriale de kyste intracrânien, par abord direct
ABCB001	Dérivation externe du liquide cérébrospinal ventriculaire ou subdural, par voie transcrânienne
ABCC001	Ventriculoventriculostomie, ventriculocisternostomie, kystocisternostomie ou kystoventriculostomie, par vidéochirurgie intracrânienne
ABFA001	Exérèse et/ou fermeture de méningoencéphalocèle de la base du crâne, sans rapprochement orbitaire
ABFA002	Exérèse de lésion du troisième ventricule, par craniotomie
ABFA003	Exérèse et/ou fermeture de méningoencéphalocèle de la voute crânienne
ABFA004	Exérèse et/ou fermeture de méningoencéphalocèle de la base du crâne, avec rapprochement orbitaire
ABFA005	Exérèse de lésion d'un ventricule latéral cérébral, par craniotomie
ABFA006	Exérèse de lésion du quatrième ventricule, par craniotomie
ABFA007	Exérèse d'une fistule dermique avec prolongement intradural occipital
ABFA008	Exérèse de tumeur de la tente du cervelet, par craniotomie soustentorielle
ABFA009	Exérèse de tumeur de l'incisure de la tente, par craniotomie sustentorielle
ABFA010	Exérèse de tumeur de la faux du cerveau, par craniotomie
ABFC001	Exérèse de lésion du troisième ventricule, par vidéochirurgie intracrânienne

code acte	libellé
ABFC002	Exérèse de lésion d'un ventricule latéral cérébral, par vidéochirurgie intracrânienne
ABGA001	Ablation d'un capteur de pression intracrânienne
ABGA002	Ablation d'une dérivation interne du liquide cébrospinal intracrânien, par abord direct
ABGA003	Ablation d'un système diffuseur implanté et du cathéter intraventriculaire ou intrakystique cérébral
ABJA001	Évacuation d'une hémorragie intraventriculaire cérébrale, par craniotomie
ABJA002	Évacuation d'un hématome subdural aigu, par craniotomie
ABJA003	Évacuation d'un hématome subdural chronique unilatéral, par craniotomie
ABJA004	Évacuation d'un hématome extradural infratentorial, par craniotomie
ABJA005	Évacuation d'un hématome extradural supratentorial, par craniotomie
ABJA006	Évacuation d'un hématome subdural chronique bilatéral, par craniotomie
ABJA007	Évacuation d'un hématome extradural plurifocal supratentorial et/ou infratentorial, par craniotomie
ABJA008	Évacuation d'un empyème intracrânien extracérébral, par craniotomie
ABJB001	Évacuation de liquide cébrospinal ventriculaire avec injection à visée thérapeutique, par voie transcrânienne
ABJB002	Évacuation de liquide cébrospinal ou de collection intracrânienne, par voie transfontanellaire
ABJC900	Évacuation d'une hémorragie intraventriculaire cérébrale non traumatique, par vidéochirurgie
ABLA001	Pose d'un cathéter intraventriculaire ou intrakystique cérébral par voie transcrânienne, avec pose d'un système diffuseur ou d'une pompe implantable souscutané
ABLB001	Pose d'un cathéter ventriculaire cérébral par voie transcrânienne, avec mesure instantanée de la pression intracrânienne et tests dynamiques
ABLB002	Pose d'un capteur ventriculaire de pression intracrânienne, par voie transcrânienne
ABLB003	Pose d'un capteur extraventriculaire de pression intracrânienne, par voie transcrânienne
ABMA002	Révision ou changement d'élément d'une dérivation interne du liquide cébrospinal, par abord direct
ABMA003	Révision ou changement d'élément d'une dérivation interne du liquide cébrospinal, par craniotomie
ABMP001	Contrôle et/ou réglage secondaire transcutané d'une valve de dérivation de liquide cébrospinal à pression d'ouverture réglable
ABSA001	Fermeture d'une brèche ostéodurale de l'étage moyen de la base du crâne, par craniotomie
ABSA002	Fermeture d'une brèche ostéodurale de l'étage moyen de la base du crâne, par abord translabyrinthique
ABSA003	Fermeture d'une brèche ostéodurale du sinus frontal, par abord coronal
ABSA004	Fermeture d'une brèche ostéodurale de l'étage moyen de la base du crâne, par abord mastoïdoattical
ABSA005	Fermeture d'une brèche ostéodurale ou d'une méningocèle de l'étage antérieur de la base du crâne, par abord orbitaire
ABSA006	Fermeture d'une brèche ostéodurale de l'étage moyen de la base du crâne, par abord suprapétreux
ABSA007	Fermeture d'une brèche ostéodurale ou d'une méningocèle de l'étage antérieur de la base du crâne, par craniotomie
ABSA008	Fermeture d'une fistule postopératoire de liquide cébrospinal de la base du crâne
ABSA009	Fermeture d'une fistule de liquide cébrospinal ou d'une méningocèle postopératoire de la voute crânienne, par craniotomie
ABSA010	Fermeture d'une brèche ostéodurale ou d'une méningocèle de l'étage antérieur de la base du crâne, par abord paralatéronasal
ABSA011	Fermeture d'une brèche ostéodurale ou d'une méningocèle de l'étage antérieur de la base du crâne, par abord nasosphénoïdal
ABSA012	Fermeture d'une brèche ostéodurale ou d'une méningocèle de l'étage antérieur de la base du crâne, par endoscopie
ACFA001	Exérèse de tumeur de l'étage antérieur de la base du crâne, par craniotomie frontale unilatérale
ACFA002	Exérèse de tumeur extraparenchymateuse de la convexité du cerveau sans atteinte de sinus veineux dural, par craniotomie
ACFA003	Exérèse de tumeur de la pointe du rocher, par abord translabyrinthique
ACFA004	Exérèse de tumeur du clivus, par craniotomie
ACFA005	Exérèse de tumeur de l'angle pontocérébelleux et/ou du méat acoustique interne [conduit auditif interne], par abord rétrolabyrinthique présigmoïdien
ACFA006	Exérèse de tumeur de la pointe du rocher sans déroutement du nerf facial, par abord transpétreux
ACFA007	Exérèse de tumeur de l'angle pontocérébelleux et/ou du méat acoustique interne [conduit auditif interne], par abord translabyrinthique

code acte	libellé
ACFA008	Exérèse de tumeur extraparenchymateuse de la convexité du cervelet sans atteinte de sinus veineux dural, par craniotomie
ACFA009	Exérèse de tumeur de la pointe du rocher, par abord suprapétreux
ACFA010	Exérèse de tumeur de l'angle pontocérébelleux et/ou du méat acoustique interne [conduit auditif interne], par abord infraoccipital rétrosigmoïdien
ACFA011	Exérèse de tumeur de l'étage moyen de la base du crâne, par craniotomie
ACFA012	Exérèse de tumeur de l'angle pontocérébelleux et/ou du méat acoustique interne [conduit auditif interne], par abord suprapétreux
ACFA013	Exérèse de tumeur du tiers interne de l'étage moyen de la base du crâne intéressant l'angle sphénoorbitaire, par craniotomie
ACFA014	Exérèse de tumeur de l'angle pontocérébelleux et/ou du méat acoustique interne [conduit auditif interne], par deux abords
ACFA015	Exérèse de tumeur de l'étage antérieur de la base du crâne, par craniotomie frontale bilatérale
ACFA016	Exérèse de tumeur de la région pétroclivale sans déroutement du nerf facial, par abord transpétreux
ACFA018	Exérèse de tumeur extraparenchymateuse de la convexité du cervelet envahissant un sinus veineux dural, par craniotomie
ACFA019	Exérèse de tumeur du foramen magnum avec déroutement de l'artère vertébrale, par craniotomie
ACFA020	Exérèse de tumeur du clivus, par abord transoral ou nasosphénoïdal
ACFA022	Exérèse de tumeur de la région optochiasmatique et/ou hypothalamique, par craniotomie
ACFA023	Exérèse de tumeur du foramen jugulaire, par craniotomie
ACFA024	Exérèse de tumeur du foramen magnum sans déroutement de l'artère vertébrale, par craniotomie
ACFA025	Exérèse de tumeur de la région pétroclivale avec déroutement du nerf facial, par abord transpétreux
ACFA026	Exérèse de tumeur de l'étage antérieur de la base du crâne, par craniotomie frontale bilatérale et abord ethmoïdal
ACFA027	Exérèse de tumeur de l'angle pontocérébelleux et/ou du méat acoustique interne [conduit auditif interne], par abord transotique
ACFA028	Exérèse de tumeur extraparenchymateuse de la convexité du cerveau envahissant un sinus veineux dural, par craniotomie
ACFA029	Exérèse de tumeur de la pointe du rocher avec déroutement du nerf facial, par abord transpétreux
ACHA001	Biopsie de lésion de la base du crâne, par abord transoral ou nasosphénoïdal
ACHA002	Biopsie de lésion intracrânienne, par craniotomie
ACHA003	Biopsie de lésion de la base du crâne, par endoscopie buccale ou nasale
ACHB001	Biopsie de lésion intracrânienne, par voie transcrânienne stéréotaxique
ACPA001	Libération d'un conflit vasculonerveux intracrânien, par craniotomie
ACQC001	Exploration intracrânienne, par vidéochirurgie
ADCA006	Suture de plaie d'un nerf crânien, par craniotomie
ADEA005	Autogreffe de nerf crânien, par craniotomie
ADPA001	Décompression du nerf optique, par craniotomie
ADPA013	Section de nerf crânien, par abord infraoccipital rétrosigmoïdien
ADPC900	Section de nerf crânien, par vidéochirurgie intracrânienne
AEFA001	Exérèse de lésion de la moelle épinière sur un étage vertébral, par abord postérieur
AEFA002	Exérèse de lésion de la moelle épinière sur plusieurs étages vertébraux, par abord postérieur
AEFA003	Exérèse de lésion du cône médullaire, par abord postérieur
AEGA001	Ablation d'électrode de stimulation de la moelle épinière, par abord direct
AEJA001	Parage et fermeture de plaie pénétrante vertébrospinale, par abord antérieur ou antérolatéral
AEJA002	Parage et fermeture de plaie pénétrante vertébrospinale avec ostéosynthèse vertébrale, par abord antérieur ou antérolatéral
AEJA003	Évacuation d'hématome intraspinal [hématomyélie]
AEJA004	Parage et fermeture de plaie pénétrante vertébrospinale, par abord postérieur
AEJA005	Parage et fermeture de plaie pénétrante vertébrospinale avec ostéosynthèse vertébrale, par abord postérieur
AELA001	Implantation d'électrode de stimulation de la moelle épinière à visée thérapeutique, par abord direct
AENA001	Destruction sélective de la corne postérieure de la moelle épinière ou de la jonction radiculospinale, par abord postérieur

code acte	libellé
AEPA001	Libération de moelle attachée, par abord postérieur
AEPA002	Myélotomie, commissurotomie ou cordotomie spinale, par abord postérieur
AEPA004	Libération d'une diastématomyélie, par abord postérieur
AEPB001	Cordotomie spinale, par voie transcutanée
AFCA001	Dérivation d'une cavité liquidienne intraspinale [syringomyélique] ou périspinale dans l'espace subarachnoïdien rachidien, par abord direct
AFCA002	Dérivation lombopéritonéale du liquide cérébrospinal subarachnoïdien rachidien, par abord direct
AFCA003	Dérivation d'une cavité liquidienne intraspinale [syringomyélique] ou périspinale en dehors de l'espace subarachnoïdien rachidien, par abord direct
AFCA004	Dérivation externe du liquide cérébrospinal subarachnoïdien rachidien
AFFA001	Exérèse de tumeur intradurale extraspinale sans reconstruction vertébrale, par abord antérieur ou antérolatéral
AFFA002	Exérèse de tumeur en sablier extracanalair et intracanalair vertébrale avec reconstruction vertébrale, par abord postérieur ou postérolatéral
AFFA003	Exérèse de tumeur en sablier extracanalair et intracanalair vertébrale sans reconstruction vertébrale, par abord postérieur ou postérolatéral
AFFA004	Exérèse de kyste méningé intracanalair vertébral, par abord postérieur
AFFA005	Exérèse de tumeur épидurale rachidienne avec ostéosynthèse vertébrale, par abord postérieur
AFFA006	Exérèse d'une fistule dermique avec prolongement intradural rachidien
AFFA007	Exérèse de tumeur intradurale extraspinale, par abord postérieur ou postérolatéral
AFFA008	Exérèse de tumeur en sablier extracanalair et intracanalair vertébrale sans reconstruction vertébrale, par abord antérieur ou antérolatéral
AFFA009	Exérèse de tumeur intradurale extraspinale avec reconstruction vertébrale, par abord antérieur ou antérolatéral
AFFA010	Exérèse de tumeur épидurale rachidienne, par abord postérieur
AFFA011	Exérèse de tumeur en sablier extracanalair et intracanalair vertébrale avec reconstruction vertébrale, par abord antérieur ou antérolatéral
AFGA002	Ablation d'une dérivation interne intraspinale du liquide cérébrospinal rachidien, par abord direct
AFJA001	Évacuation d'hématome péri-dural [épидural] rachidien, par abord direct
AFJA002	Parage d'une épидurite et/ou d'une spondylodiscite sans reconstruction vertébrale, par abord direct
AFJA003	Évacuation d'hématome intradural rachidien, par abord direct
AFJA004	Évacuation d'hématome péri-dural [épидural] rachidien postopératoire, par abord direct
AFJA005	Parage d'une épидurite et/ou d'une spondylodiscite avec reconstruction vertébrale par greffe et/ou ostéosynthèse, par abord direct
AFKB001	Changement d'un cathéter intrathécal spinal relié à un système diffuseur ou une pompe implanté sous-cutané
AFLA003	Pose d'un cathéter intrathécal ou intrakystique spinal, avec pose d'un système diffuseur ou d'une pompe implantable sous-cutané
AFSA001	Fermeture d'un spina bifida avec myéломéningocèle, par abord postérieur
AFSA002	Fermeture d'un spina bifida avec méningocèle, par abord postérieur
AFSA003	Fermeture d'une fistule de liquide cérébrospinal ou d'une méningocèle postopératoire spinale
AHFA003	Exérèse de lésion de la queue de cheval étendue sur plusieurs étages vertébraux [lésion géante de la queue de cheval], par abord postérieur
AHFA007	Exérèse de lésion de la queue de cheval sur un étage vertébral, par abord postérieur
AHFA012	Exérèse de lipome de la queue de cheval avec fermeture de méningocèle ou de myéломéningocèle, par abord postérieur
AHPA025	Radicotomie spinale, par abord postérieur
EABA001	Enrobage d'un anévrisme artériel intracrânien, par craniotomie
EACA001	Exclusion de fistule artérioveineuse de la faux du cerveau ou de la tente du cervelet, par craniotomie
EACA002	Exclusion d'anévrismes artériels intracrâniens multiples, par craniotomie unique
EACA003	Exclusion d'un anévrisme artériel intracrânien d'un diamètre supérieur à 20 mm, par craniotomie
EACA004	Exclusion d'un anévrisme artériel vertébrobasilaire d'un diamètre inférieur ou égal à 20 mm, par craniotomie
EACA005	Exclusion de fistule artérioveineuse d'un sinus veineux dural [fistule ostéodurale], par craniotomie
EACA006	Exclusion de fistule artérioveineuse dural de la convexité, par craniotomie
EACA007	Exclusion d'un anévrisme artériel supratentorial d'un diamètre inférieur ou égal à 20 mm, par craniotomie
EAF A001	Embolectomie ou thromboendartériectomie de vaisseau intracrânien, par craniotomie

code acte	libellé
EAF003	Exérèse de malformation artérioveineuse cérébrale superficielle supratentorielle d'un diamètre inférieur ou égal à 30 mm, par craniotomie
EAF004	Exérèse d'une tumeur du glomus [corpuscule] tympanojugulaire étendue à la fosse postérieure, par craniotomie
EAF005	Exérèse de malformation artérioveineuse encéphalique infratentorielle, par craniotomie
EAF008	Exérèse de malformation artérioveineuse cérébrale profonde supratentorielle, par craniotomie
EAF009	Exérèse de malformation artérioveineuse cérébrale superficielle supratentorielle d'un diamètre supérieur à 30 mm, par craniotomie
EAS001	Ligature de vaisseau intracrânien supratentoriel, par craniotomie
EAS002	Ligature de vaisseau intracrânien infratentoriel, par craniotomie
EB010	Pontage artériel extra-intracrânien sans autogreffe, par craniotomie et par cervicotomie
EB011	Pontage artériel extra-intracrânien avec autogreffe, par craniotomie et par cervicotomie
KAF002	Exérèse de lésion de la loge hypophysaire, par craniotomie
KB001	Exérèse de lésion de la région pinéale, par craniotomie
LAC012	Ostéosynthèse d'une embarrure de la voute du crâne
LAF004	Exérèse de tumeur de la voute du crâne avec cranioplastie
LAF011	Exérèse de tumeur de la voute du crâne sans cranioplastie
LAF900	Craniectomie décompressive
LGA007	Ablation de matériel de cranioplastie de la voute

Annexe 1.2 - Liste des actes relevant de la cardiologie interventionnelle

Les actes publiés dans l'Arrêté du 8 juin 2005 ont été mis à jour selon les principes suivants :

Ajout des actes en 900 (pour la plupart ajoutés en V2 en remplacement d'actes supprimés en V1

Ajout des actes publiés en V2, V17 et en V18

Ajout d'un acte par souci de cohérence

La liste est conforme à ce qui a été publié dans la circulaire N° /DHOS/04/2009/279, à l'exception de :

* les actes publiés en V17 et V18

* un acte supprimé pour la liste actuelle dont le libellé publié dans la circulaire ne correspond pas au libellé publié actuellement et ne correspond pas non plus à la définition d'un acte de cardiologie interventionnelle

: DERP005 Stimulation cardiaque temporaire transcutanée

code acte	libellé
DAAF001	Dilatation intraluminale de la voie d'éjection du ventricule droit et du tronc de l'artère pulmonaire, par voie veineuse transcutanée
DAAF002	Dilatation intraluminale de la voie d'éjection infraaortique, par voie artérielle transcutanée
DAAF003	Agrandissement d'une communication interatriale, par voie veineuse transcutanée
DAGF001	Ablation de corps étranger intracardiaque ou intravasculaire, par voie vasculaire transcutanée
DAMF001	Création d'une communication interatriale, par voie veineuse transcutanée
DASF001	Fermeture du conduit artériel, par voie vasculaire transcutanée
DASF002	Fermeture d'une déhiscence d'une prothèse de cloisonnement intraatrial, par voie vasculaire transcutanée
DASF003	Fermeture de communication interventriculaire, par voie veineuse transcutanée
DASF004	Fermeture d'une communication interatriale, par voie veineuse transcutanée
DASF005	Fermeture d'un foramen ovale perméable, par voie veineuse transcutanée
DBAF001	Dilatation intraluminale de l'orifice aortique, par voie artérielle transcutanée
DBAF002	Dilatation intraluminale de l'orifice pulmonaire sans perforation de la valve atrésique, par voie veineuse transcutanée
DBAF003	Dilatation intraluminale de l'orifice atrioventriculaire droit, par voie veineuse transcutanée
DBAF004	Dilatation intraluminale de l'orifice atrioventriculaire gauche, par voie veineuse transcutanée avec perforation du septum interatrial
DBAF005	Dilatation intraluminale de l'orifice pulmonaire avec perforation de la valve atrésique, par voie veineuse transcutanée
DBLF001	Pose d'une bioprothèse de la valve aortique, par voie artérielle transcutanée
DBSF001	Fermeture d'une déhiscence par désinsertion de prothèse orificielle cardiaque, par voie vasculaire transcutanée
DDAF001	Dilatation intraluminale d'un vaisseau coronaire sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
DDAF003	Dilatation intraluminale de 3 vaisseaux coronaires ou plus avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
DDAF004	Dilatation intraluminale de 2 vaisseaux coronaires avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
DDAF006	Dilatation intraluminale d'un vaisseau coronaire avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
DDAF007	Dilatation intraluminale de 2 vaisseaux coronaires avec artériographie coronaire, avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
DDAF008	Dilatation intraluminale d'un vaisseau coronaire avec artériographie coronaire, avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
DDAF009	Dilatation intraluminale de 3 vaisseaux coronaires ou plus avec artériographie coronaire, avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
DDAF010	Dilatation intraluminale d'un vaisseau coronaire avec artériographie coronaire, sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
DDFF001	Athérectomie intraluminale d'artère coronaire par méthode rotatoire [rotationnelle], par voie artérielle transcutanée
DDFF002	Athérectomie intraluminale d'artère coronaire, par voie artérielle transcutanée

code acte	libellé
DDL001	Injection in situ d'agent pharmacologique dans une branche d'artère coronaire pour réduction de l'épaisseur du septum interventriculaire, par voie artérielle transcutanée
DDPF002	Recanalisation d'artère coronaire avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
DDSF001	Embolisation ou fermeture d'une fistule ou d'un anévrisme coronaire, par voie vasculaire transcutanée
DEEF001	Repositionnement de sonde définitive intracavitaire de stimulation cardiaque, par voie veineuse transcutanée
DEEF002	Repositionnement de sonde définitive intracavitaire de défibrillation cardiaque, par voie veineuse transcutanée
DEGF001	Ablation d'une sonde définitive intracavitaire de stimulation ou de défibrillation cardiaque avec utilisation de dispositif spécifique, par voie veineuse transcutanée
DEGF002	Ablation de plusieurs sondes définitives intracavitaires de stimulation cardiaque sans utilisation de dispositif spécifique, par voie veineuse transcutanée
DEGF003	Ablation de plusieurs sondes définitives intracavitaires de stimulation cardiaque avec utilisation de dispositif spécifique, par voie veineuse transcutanée
DEGF004	Ablation d'une sonde définitive intracavitaire de stimulation ou de défibrillation cardiaque sans utilisation de dispositif spécifique, par voie veineuse transcutanée
DEGF005	Ablation d'une sonde définitive intracavitaire de défibrillation et d'une sonde définitive intracavitaire de stimulation cardiaque avec utilisation de dispositif spécifique, par voie veineuse transcutanée
DEGF006	Ablation d'une sonde définitive intracavitaire de défibrillation et d'une sonde définitive intracavitaire de stimulation cardiaque sans utilisation de dispositif spécifique, par voie veineuse transcutanée
DELF006	Pose d'une sonde intraventriculaire droite et d'une sonde dans le sinus coronaire ou l'oreillette droite pour stimulation cardiaque temporaire, par voie veineuse transcutanée
DELF011	Pose d'une sonde intraventriculaire droite pour stimulation cardiaque temporaire, par voie veineuse transcutanée
DELF012	Implantation d'un stimulateur cardiaque définitif, avec pose d'une sonde dans une veine cardiaque gauche par voie veineuse transcutanée
DELF013	Implantation d'un défibrillateur cardiaque automatique, avec pose d'une sonde intraventriculaire droite par voie veineuse transcutanée
DELF014	Implantation d'un défibrillateur cardiaque automatique, avec pose d'une sonde intraatriale et d'une sonde intraventriculaire droites, et d'une sonde dans une veine cardiaque gauche par voie veineuse transcutanée
DELF015	Implantation d'un stimulateur cardiaque définitif, avec pose d'une sonde intraatriale et d'une sonde intraventriculaire droites, et d'une sonde dans une veine cardiaque gauche par voie veineuse transcutanée
DELF016	Implantation d'un défibrillateur cardiaque automatique sans fonction de défibrillation atriale, avec pose d'une sonde intraatriale et d'une sonde intraventriculaire droites par voie veineuse transcutanée
DELF017	Pose d'une sonde supplémentaire de stimulation cardiaque, par voie veineuse transcutanée
DELF018	Pose d'une sonde supplémentaire de défibrillation cardiaque, par voie veineuse transcutanée
DELF019	Pose de plusieurs sondes supplémentaires de stimulation cardiaque, par voie veineuse transcutanée
DELF020	Implantation d'un défibrillateur cardiaque automatique, avec pose d'une sonde intraventriculaire droite et d'une sonde dans une veine cardiaque gauche par voie veineuse transcutanée
DELF900	Implantation d'un défibrillateur cardiaque automatique avec fonction de défibrillation atriale, avec pose d'une sonde intraatriale et d'une sonde intraventriculaire droites par voie veineuse transcutanée
DELF901	Implantation d'un stimulateur cardiaque définitif, avec pose d'une sonde dans le sinus coronaire et d'une sonde dans une veine cardiaque gauche par voie veineuse transcutanée
DELF902	Implantation d'un stimulateur cardiaque définitif, avec pose d'une sonde intraatriale et d'une sonde intraventriculaire droites, et d'une sonde dans le sinus coronaire par voie veineuse transcutanée
DELF903	Implantation d'un stimulateur cardiaque définitif, avec pose de 2 sondes intraatriales et d'une sonde intraventriculaire droites par voie veineuse transcutanée
DELF904	Implantation d'un stimulateur cardiaque définitif, avec pose d'une sonde intraatriale ou intraventriculaire droite, d'une sonde dans le sinus coronaire et d'une sonde dans une veine cardiaque gauche par voie veineuse transcutanée
DELF905	Implantation d'un stimulateur cardiaque définitif, avec pose d'une sonde intraatriale et d'une sonde intraventriculaire droites, d'une sonde dans le sinus coronaire, et d'une sonde dans une veine cardiaque gauche par voie veineuse transcutanée

code acte	libellé
DENF014	Destruction d'un foyer arythmogène atrial avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée et voie transseptale
DENF015	Destruction d'un foyer ou interruption d'un circuit arythmogène ventriculaire avec courant de radiofréquence, par voie vasculaire transcutanée
DENF017	Destruction d'un foyer arythmogène atrial avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée
DENF018	Destruction de plusieurs foyers arythmogènes atriaux avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée et voie transseptale
DENF021	Destruction de plusieurs foyers arythmogènes atriaux avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée
DENF035	Destruction de plusieurs foyers et/ou interruption de plusieurs circuits arythmogènes ventriculaires avec courant de radiofréquence, par voie vasculaire transcutanée
DEPF004	Interruption complète de plusieurs voies accessoires de conduction cardiaque avec courant de radiofréquence, par voie vasculaire transcutanée
DEPF005	Interruption complète d'une voie accessoire de conduction cardiaque avec courant de radiofréquence, par voie vasculaire transcutanée
DEPF006	Interruption complète du tissu nodal de la jonction atrioventriculaire avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée
DEPF010	Interruption de la voie lente ou de la voie rapide de la jonction atrioventriculaire avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée
DEPF012	Interruption complète de circuit arythmogène au niveau de l'isthme cavotricuspidien avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée
DEPF014	Interruption complète de circuit arythmogène en dehors de l'isthme cavotricuspidien avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée et voie transseptale
DEPF025	Interruption complète de circuit arythmogène en dehors de l'isthme cavotricuspidien avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée
DEPF033	Interruption complète de circuit arythmogène au niveau de l'ostium des veines pulmonaires avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée et voie transseptale
DERF001	Choc électrique cardiaque à basse énergie, par voie vasculaire transcutanée
DERF002	Choc électrique cardiaque à haute énergie, par voie vasculaire transcutanée
DERF003	Stimulation électrique temporaire de l'oreillette pour interrompre une tachycardie supraventriculaire, par voie veineuse transcutanée
DERF004	Stimulation électrique temporaire de l'oreillette et/ou du ventricule pour interrompre une tachycardie ventriculaire, par voie vasculaire transcutanée
DFAF001	Dilatation intraluminale de plusieurs branches de l'artère pulmonaire avec pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée
DFAF002	Dilatation intraluminale d'une branche de l'artère pulmonaire sans pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée
DFAF003	Dilatation intraluminale d'une branche de l'artère pulmonaire avec pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée
DFAF004	Dilatation intraluminale de plusieurs branches de l'artère pulmonaire sans pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée
DFNF001	Fibrinolyse in situ de l'artère pulmonaire, par voie veineuse transcutanée
DFNF002	Thrombolyse mécanique ou thromboaspiration de l'artère pulmonaire, par voie veineuse transcutanée
DFSF001	Oblitération d'anévrisme sacculaire de l'artère pulmonaire, par voie veineuse transcutanée
DGAF001	Dilatation intraluminale de l'aorte thoracique sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
DGAF003	Dilatation intraluminale d'une coarctation de l'aorte abdominale, par voie artérielle transcutanée
DGAF006	Dilatation intraluminale d'une coarctation de l'aorte thoracique sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
DGAF007	Dilatation intraluminale de l'aorte thoracique avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
DGLF003	Pose d'endoprothèse couverte dans l'aorte thoracique, par voie artérielle transcutanée

code acte	libellé
EZGF001	Ablation d'une endoprothèse vasculaire ou d'un filtre cave ayant migré en position intracardiaque ou intravasculaire, par voie vasculaire transcutanée

Annexe 1.3 - Liste des actes relevant de la neuro-radiologie

Les actes publiés dans l'Arrêté du 8 juin 2005 ont été mis à jour selon les principes suivants :

- 2 actes EAAF001 ou EANF001 ont été supprimés dans la version 1 de CCAM
 - La recherche a été faite sur la CCAM version 24 applicable au 18/06/2011
 - La "neuroradiologie" a été définie en référence à l'article R.6123-104 de la section 9-chapitre III, titre II du livre 1er de la sixième partie du code de la santé publique : " Les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie...portent sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne."
- C'est pour répondre à cette définition que 18 actes, à visée thérapeutique ont été ajoutés.

L'article R.6123-107 de la section 9-chapitre III, titre II du livre 1er de la sixième partie du code de la santé publique prévoit une dérogation pour les actes d'angiographie interventionnelle des vaisseaux cervicaux réalisés par un établissement de santé ou d'un groupement de coopération sanitaire autorisé à pratiquer une activité de chirurgie mentionnée au 2° de l'article R.6122-25. Dans ce cas l'autorisation de pratiquer les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neurochirurgie n'est pas exigée. Cette dérogation concerne 17 actes, en référence à l'article R.6123-107.

code acte	libellé
EAAF901	Dilatation intraluminale de branche de l'artère carotide interne sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EAAF002	Dilatation intraluminale du tronc de l'artère carotide interne intracrânienne avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EAAF900	Dilatation intraluminale de branche de l'artère carotide interne avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EAAF004	Dilatation intraluminale du tronc de l'artère carotide interne intracrânienne sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EAAF902	Dilatation intraluminale de l'artère vertébrale intracrânienne ou de l'artère basilaire avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EAAF903	Dilatation intraluminale de l'artère vertébrale intracrânienne ou de l'artère basilaire sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EACF001	Inversion du flux d'un anévrisme artériel intracrânien en période aiguë hémorragique, par voie artérielle transcutanée
EACF002	Inversion du flux d'un anévrisme artériel intracrânien en dehors d'une période aiguë hémorragique, par voie artérielle transcutanée
EANF002	Fibrinolyse in situ suprasélective d'artère intracrânienne, par voie artérielle transcutanée
EASF001	Oblitération de plusieurs anévrismes sacculaires artériels intracrâniens en dehors d'une période aiguë hémorragique, par voie artérielle transcutanée
EASF002	Occlusion intraluminale d'un vaisseau intracrânien afférent à une tumeur, par voie vasculaire transcutanée
EASF003	Occlusion intraluminale de plusieurs vaisseaux intracrâniens afférents à une tumeur, par voie vasculaire transcutanée
EASF004	Embolisation suprasélective unilatérale ou bilatérale de branche de l'artère carotide interne, par voie artérielle transcutanée
EASF005	Embolisation d'une fistule artérioveineuse durale craniocéphalique multipédiculaire, par voie artérielle et par voie veineuse transcutanées
EASF006	Embolisation d'une fistule artérioveineuse durale craniocéphalique unipédiculaire, par voie artérielle ou veineuse transcutanée
EASF007	Oblitération intraluminale d'une artère intracrânienne porteuse d'un anévrisme en période aiguë hémorragique, par voie artérielle transcutanée
EASF008	Oblitération intraluminale d'une artère intracrânienne porteuse d'un anévrisme en dehors d'une période aiguë hémorragique, par voie artérielle transcutanée
EASF009	Embolisation d'une fistule artérioveineuse durale craniocéphalique unipédiculaire, par voie artérielle et par voie veineuse transcutanées
EASF010	Oblitération d'un anévrisme sacculaire artériel intracrânien en période aiguë hémorragique, par voie artérielle transcutanée
EASF011	Oblitération d'un anévrisme sacculaire artériel intracrânien en dehors d'une période aiguë hémorragique, par voie artérielle transcutanée

code acte	libellé
EASF012	Occlusion intraluminale d'un vaisseau intracrânien, par voie vasculaire transcutanée
EASF013	Oblitération de plusieurs anévrismes sacculaires artériels intracrâniens en période aiguë hémorragique, par voie artérielle transcutanée
EASF014	Embolisation sélective ou hypersélective unilatérale ou bilatérale de branche de l'artère carotide interne, par voie artérielle transcutanée
EASF015	Embolisation d'une fistule artérioveineuse durale craniocéphalique multipédiculaire, par voie artérielle ou veineuse transcutanée
ENSF002	Embolisation de malformation artérioveineuse intraparenchymateuse de la moelle épinière, par voie vasculaire transcutanée
ENSF003	Embolisation de malformation artérioveineuse durale spinale, par voie vasculaire transcutanée
ENSF001	Embolisation d'une malformation vasculaire ou d'une lésion vertébrale, par voie vasculaire transcutanée
EBAF001	Dilatation intraluminale de l'artère carotide interne extracrânienne avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EBAF003	Dilatation intraluminale de l'artère carotide interne extracrânienne sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EBAF004	Dilatation intraluminale de l'artère carotide commune cervicale sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EBAF005	Dilatation intraluminale de l'artère carotide externe sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EBAF006	Dilatation intraluminale de l'artère carotide externe avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EBAF009	Dilatation intraluminale de la bifurcation carotidienne sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EBAF010	Dilatation intraluminale de l'artère carotide commune cervicale avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EBAF011	Dilatation intraluminale de la bifurcation carotidienne avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EBAF013	Dilatation intraluminale de l'artère vertébrale extracrânienne sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EBAF014	Dilatation intraluminale de l'artère vertébrale extracrânienne avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EBLF002	Injection intraartérielle cervicocéphalique in situ sélective ou hypersélective d'agent pharmacologique anticancéreux, par voie artérielle transcutanée
EBLF003	Injection intraartérielle cervicocéphalique in situ suprasélective d'agent pharmacologique anticancéreux, par voie artérielle transcutanée
EBNF001	Fibrinolyse in situ sélective ou hypersélective d'une artère extracrânienne à destination cervicocéphalique, par voie artérielle transcutanée
EBNF002	Fibrinolyse in situ suprasélective d'une artère extracrânienne à destination cervicocéphalique, par voie artérielle transcutanée
EBSF001	Occlusion d'une fistule artérioveineuse directe cervicale ou crânienne, par voie vasculaire transcutanée
EBSF003	Embolisation sélective ou hypersélective unilatérale ou bilatérale de branche de l'artère carotide externe, par voie artérielle transcutanée
EBSF004	Embolisation suprasélective unilatérale ou bilatérale de branche de l'artère carotide externe, par voie artérielle transcutanée

Annexe 1.4 - Liste des actes relevant de la chirurgie cardiaque

Code acte	Libellé
AHCA0020	Suture de plaies de 2 nerfs digitaux palmaires et d'une artère digitale palmaire, sur un rayon de la main
AHCA0080	Suture de plaies du nerf médian et du nerf ulnaire au poignet avec suture de plaie de l'artère radiale ou de l'artère ulnaire, par abord direct
AHCA0120	Suture de plaie du nerf médian ou du nerf ulnaire au poignet avec suture de plaie de l'artère radiale ou de l'artère ulnaire, par abord direct
AHCA0170	Suture de plaies du nerf médian et du nerf ulnaire au poignet avec suture de plaies de l'artère radiale et de l'artère ulnaire, par abord direct
DFFA0010	Embolectomie de l'artère pulmonaire, par thoracotomie avec CEC
DFFA0020	Embolectomie de l'artère pulmonaire, par thoracotomie sans CEC
DFFA0030	Thromboendartériectomie du tronc et/ou des branches de l'artère pulmonaire, par thoracotomie avec CEC
DFGA0010	Ablation d'un cerclage pulmonaire, par thoracotomie avec CEC
DFGA0030	Ablation d'un cerclage pulmonaire, par thoracotomie sans CEC
DGAA0020	Angioplastie d'élargissement ou résection-anastomose d'une sténose de l'aorte thoracique horizontale et de l'isthme aortique avec réparation de lésion intracardiaque, par thoracotomie avec CEC
DGAA0030	Angioplastie d'élargissement de l'aorte thoracique horizontale avec réimplantation des troncs supraaortiques, par thoracotomie avec CEC
DGAA0040	Angioplastie d'élargissement ou résection-anastomose d'une sténose de l'aorte thoracique horizontale et de l'isthme aortique, par thoracotomie avec CEC
DGAA0050	Angioplastie d'élargissement ou résection-anastomose d'une sténose de l'aorte thoracique horizontale et de l'isthme aortique, par thoracotomie sans CEC
DGAA0060	Angioplastie d'élargissement de l'aorte thoracique horizontale sans réimplantation des troncs supraaortiques, par thoracotomie avec CEC
DGCA0010	Suture de plaie de l'aorte abdominale, d'une artère iliaque commune et/ou d'une artère iliaque externe, par laparotomie
DGCA0020	Suture d'une rupture de l'isthme de l'aorte, par thoracotomie sans CEC
DGCA0030	Pontage rétro-péritonéal entre l'aorte thoracique descendante et les artères fémorales, par abord direct
DGCA0040	Pontage bifurqué aortobifémoral, par laparotomie avec clampage infrarénal
DGCA0050	Pontage aortohépatique, par laparotomie
DGCA0060	Suture d'une rupture de l'isthme de l'aorte, par thoracotomie avec CEC
DGCA0070	Pontage aorto-aortique infrarénal par laparotomie, avec clampage infrarénal
DGCA0080	Pontage entre l'aorte thoracique ascendante et l'aorte abdominale avec exclusion de l'aorte thoracique descendante, par thoracotomie et par laparotomie sans CEC
DGCA0090	Pontage aortofémoral unilatéral, par laparotomie avec clampage infrarénal
DGCA0100	Pontage bifurqué aortobifémoral, par laparotomie avec clampage suprarénal
DGCA0120	Pontage aorto-aortique infrarénal par laparotomie, avec clampage suprarénal
DGCA0140	Pontage rétrograde aortomésentérique ou iliomésentérique supérieur, par laparotomie
DGCA0150	Pontage entre l'aorte thoracique ascendante et l'aorte abdominale sans exclusion de l'aorte thoracique descendante, par thoracotomie et par laparotomie sans CEC
DGCA0160	Pontage antérograde aortomésentérique supérieur, par laparotomie
DGCA0170	Suture latérale de plaie de l'aorte thoracique, par thoracotomie avec CEC
DGCA0180	Pontage aortorénal antérograde unilatéral, par laparotomie ou par lombotomie
DGCA0190	Pontage aortofémoral unilatéral, par laparotomie avec clampage suprarénal
DGCA0200	Pontage bifurqué aorto-ilio-fémoral, par laparotomie avec clampage suprarénal
DGCA0210	Pontage aortobirénal, par laparotomie
DGCA0220	Pontage bifurqué aortobisiliaque, par laparotomie avec clampage infrarénal
DGCA0230	Pontage entre l'aorte thoracique descendante ou l'aorte juxtadiaphragmatique et l'aorte abdominale infrarénale, par thoraco-phréno-laparotomie sans CEC
DGCA0240	Pontage aortorénal rétrograde unilatéral, par laparotomie ou par lombotomie
DGCA0250	Suture latérale de plaie de l'aorte thoracique, par thoracotomie sans CEC
DGCA0260	Pontage bifurqué aortobisiliaque, par laparotomie avec clampage suprarénal

Code acte	Libellé
DGCA0270	Pontage entre l'aorte thoracique ascendante et l'aorte abdominale sans exclusion de l'aorte thoracique descendante, par thoracotomie et par laparotomie avec CEC
DGCA0280	Pontage entre l'aorte thoracique ascendante et l'aorte thoracique descendante, par thoracotomie avec CEC
DGCA0290	Pontage bifurqué aorto-ilio-fémoral, par laparotomie avec clampage infrarénal
DGCA0300	Pontage bifurqué aortobifémoral itératif [redux] sans ablation de prothèse, par laparotomie
DGCA0310	Pontage entre l'aorte thoracique ascendante et l'aorte thoracique descendante, par thoracotomie sans CEC
DGCA0320	Pontage entre l'aorte et le tronc artériel brachio-céphalique, par thoracotomie
DGDA0010	Aortopexie rétrosternale
DGFA0010	Thromboendartériectomie du tronc de l'aorte abdominale, par laparotomie
DGFA0020	Thromboendartériectomie de l'aorte thoracique horizontale et des troncs supraaortiques, par thoracotomie avec CEC
DGFA0030	Thromboendartériectomie aortobisiliaque, par laparotomie
DGFA0040	Thrombectomie de l'aorte abdominale, de l'artère iliaque commune et/ou de l'artère iliaque externe, par abord inguino-fémoral bilatéral
DGFA0050	Thrombectomie d'un pontage ou d'une thromboendartériectomie de l'aorte abdominale ou de ses branches, par laparotomie
DGFA0070	Thromboendartériectomie aorto-ilio-fémorale unilatérale, par laparotomie
DGFA0080	Thromboendartériectomie aorto-ilio-fémorale bilatérale, par laparotomie
DGFA0090	Thromboendartériectomie aorto-iliaque unilatérale, par laparotomie
DGFA0100	Thrombectomie de l'aorte abdominale, de l'artère iliaque commune et/ou de l'artère iliaque externe, par laparotomie
DGFA0110	Thromboendartériectomie du tronc et de branche viscérale de l'aorte juxtadiaphragmatique, par thoraco-phréno-laparotomie sans CEC
DGFA0120	Thrombectomie d'un pontage ou d'une thromboendartériectomie de l'aorte abdominale ou de ses branches, par abord inguino-fémoral
DGFA0130	Réséction-anastomose de l'isthme de l'aorte, par thoracotomie avec dérivation vasculaire
DGFA0140	Réséction-anastomose de l'aorte thoracique descendante ou de l'aorte juxtadiaphragmatique, par thoracotomie avec dérivation vasculaire
DGFA0150	Réséction-anastomose de l'aorte abdominale ou de l'artère iliaque commune, par laparotomie
DGFA0160	Réséction-anastomose de l'isthme de l'aorte, par thoracotomie sans dérivation vasculaire ni CEC, après l'âge de 3 ans
DGFA0170	Réséction-anastomose de l'aorte thoracique descendante ou de l'aorte juxtadiaphragmatique, par thoracotomie avec CEC
DGFA0180	Réséction-anastomose de l'isthme de l'aorte, par thoracotomie avec CEC
DGFA0190	Réséction-anastomose de l'aorte thoracique descendante ou de l'aorte juxtadiaphragmatique, par thoracotomie sans dérivation vasculaire ni CEC
DGFA0200	Réséction-anastomose de l'isthme de l'aorte, par thoracotomie sans CEC, avant l'âge de 3 ans
DGGA0020	Ablation de prothèse de l'aorte abdominale avec pontage axillobifémoral, par abord direct
DGGA0030	Ablation de prothèse de l'aorte abdominale avec pontage aortobisiliaque ou aortobifémoral, par laparotomie
DGKA0010	Remplacement de l'aorte thoracique ascendante et de l'aorte horizontale sans remplacement de la valve aortique, sans réimplantation des artères coronaires, par thoracotomie avec CEC
DGKA0020	Remplacement de l'isthme de l'aorte, par thoracotomie sans dérivation vasculaire ni CEC
DGKA0030	Remplacement de l'aorte thoracique ascendante sans remplacement de la valve aortique, avec réimplantation des artères coronaires, par thoracotomie avec CEC
DGKA0040	Remplacement de l'aorte abdominale ou de l'artère iliaque commune, par laparotomie
DGKA0050	Remplacement de l'aorte thoracique horizontale, par thoracotomie avec CEC
DGKA0060	Remplacement de l'aorte thoracique descendante et de l'aorte juxtadiaphragmatique, par thoraco-phréno-laparotomie sans dérivation vasculaire ni CEC
DGKA0070	Remplacement de l'aorte thoracique descendante, par thoracotomie avec CEC
DGKA0080	Remplacement de l'aorte thoracique descendante et de l'aorte juxtadiaphragmatique, par thoraco-phréno-laparotomie avec CEC
DGKA0090	Remplacement de l'aorte thoracique descendante, par thoracotomie sans CEC
DGKA0100	Remplacement de l'aorte juxtadiaphragmatique, par thoraco-phréno-laparotomie avec CEC
DGKA0120	Remplacement de l'ensemble de l'aorte thoracique, par thoraco-phréno-laparotomie avec CEC
DGKA0130	Remplacement de l'aorte juxtadiaphragmatique, par thoraco-phréno-laparotomie sans dérivation vasculaire ni CEC

Code acte	Libellé
DGKA0160	Remplacement de l'aorte juxtadiaphragmatique, par thoraco-phréno-laparotomie avec dérivation vasculaire
DGKA0170	Remplacement de l'aorte thoracique descendante pour sténose congénitale, par thoracotomie sans CEC
DGKA0190	Remplacement de l'isthme de l'aorte, par thoracotomie avec dérivation vasculaire
DGKA0200	Remplacement de l'aorte thoracique descendante et de l'aorte juxtadiaphragmatique, par thoraco-phréno-laparotomie avec dérivation vasculaire
DGKA0210	Remplacement de l'aorte thoracique descendante pour sténose congénitale, par thoracotomie avec CEC
DGKA0220	Remplacement de l'isthme de l'aorte pour coarctation, par thoracotomie sans CEC
DGKA0230	Remplacement de l'isthme de l'aorte, par thoracotomie avec CEC
DGKA0240	Remplacement de l'isthme de l'aorte pour coarctation, par thoracotomie avec CEC
DGKA0250	Remplacement de l'aorte thoracique ascendante sans remplacement de la valve aortique, sans réimplantation des artères coronaires, par thoracotomie avec CEC
DGKA0260	Remplacement de l'aorte thoracique ascendante et de l'aorte horizontale sans remplacement de la valve aortique, avec réimplantation des artères coronaires, par thoracotomie avec CEC
DGKA0270	Remplacement de l'aorte thoracique descendante pour rupture d'anévrisme, par thoracotomie avec CEC
DGKA0280	Remplacement de l'aorte thoracique ascendante pour rupture d'anévrisme, par thoracotomie avec CEC
DGKA0290	Remplacement de l'aorte juxtadiaphragmatique pour rupture d'anévrisme, par thoraco-phréno-laparotomie avec CEC
DGMA0050	Correction d'une interruption de l'aorte thoracique horizontale avec réparation de lésion intracardiaque associée, par thoracotomie avec CEC
DGMA0100	Correction d'une interruption de l'aorte thoracique horizontale avec prothèse, par thoracotomie avec CEC
DGMA0110	Correction d'une interruption de l'aorte thoracique horizontale sans prothèse, par thoracotomie sans CEC
DGMA0120	Correction d'une interruption de l'aorte thoracique horizontale sans prothèse, par thoracotomie avec CEC
DGPA0010	Mise à plat d'un anévrisme aorto-ilio-fémoral avec remplacement prothétique bifurqué aorto-ilio-fémoral, par laparotomie avec clampage suprarénal
DGPA0050	Mise à plat d'un anévrisme aortique infrarénal non rompu avec remplacement prothétique aorto-aortique infrarénal, par laparotomie avec clampage infrarénal
DGPA0080	Mise à plat d'un anévrisme aortique infrarénal ou aortobiliaque non rompu avec remplacement prothétique aortobiliaque, par laparotomie avec clampage suprarénal
DGPA0100	Mise à plat d'un anévrisme aortique infrarénal ou aortobiliaque non rompu avec remplacement prothétique aortobifémoral, par laparotomie avec clampage infrarénal
DGPA0120	Mise à plat d'un anévrisme aortique infrarénal ou aortobiliaque non rompu avec remplacement prothétique aortobiliaque, par laparotomie avec clampage infrarénal
DGPA0130	Mise à plat d'un anévrisme aortique infrarénal ou aortobiliaque non rompu avec remplacement prothétique aortobifémoral, par laparotomie avec clampage suprarénal
DGPA0140	Désobstruction d'une prothèse de l'aorte thoracique, par thoracotomie
DGPA0160	Mise à plat d'un anévrisme aorto-ilio-fémoral avec remplacement prothétique bifurqué aorto-ilio-fémoral, par laparotomie avec clampage infrarénal
DGPA0170	Mise à plat d'un anévrisme aortique infrarénal non rompu avec remplacement prothétique aorto-aortique infrarénal, par laparotomie avec clampage suprarénal
DGPA0180	Mise à plat d'un anévrisme aortique infrarénal ou aortobiliaque rompu avec remplacement prothétique, par laparotomie
DGSA0010	Fermeture de fistule aortodigestive ou iliodigestive avec pontage non anatomique de l'aorte abdominale, par abord direct
DGSA0020	Fermeture de fistule artérioveineuse aortocave, iliocave ou ilio-iliaque avec pontage artériel, par laparotomie
DGSA0040	Fermeture de fistule aortodigestive ou iliodigestive avec pontage aorto-aortique abdominal, par laparotomie
DGSA0050	Hémostase secondaire à un acte sur l'aorte abdominale ou ses branches, par laparotomie
DHCA0010	Suture de plaie de la veine cave inférieure rétrohépatique ou suprahépatique, ou des veines hépatiques, par laparotomie
DHCA0020	Pontage de la veine brachiocéphalique ou de la veine cave supérieure, par thoracotomie
DHCA0030	Suture de plaie de la veine brachiocéphalique ou de la veine cave supérieure, par thoracotomie
DHCA0040	Pontage veineux ilio-iliaque ou iliocave, par laparotomie

Code acte	Libellé
DHFA0010	Réséction de la veine cave inférieure suprarénale rétrohépatique et/ou suprahépatique avec reconstruction, par laparotomie
DHFA0020	Réséction de la veine cave inférieure infrarénale sans reconstruction, par laparotomie
DHFA0030	Thrombectomie des veines iliaques et/ou de la veine cave inférieure, par laparotomie
DHFA0040	Réséction de la veine cave inférieure suprarénale infrahépatique sans reconstruction, par laparotomie
DHFA0050	Réséction de la veine cave inférieure suprarénale rétrohépatique et/ou suprahépatique sans reconstruction, par laparotomie
DHFA0060	Réséction de la veine cave inférieure suprarénale infrahépatique avec reconstruction, par laparotomie
DHFA0070	Réséction de la veine cave inférieure infrarénale avec reconstruction, par laparotomie
DHGA0010	Ablation d'un filtre de la veine cave inférieure sans reconstruction de la veine, par laparotomie
DHGA0020	Ablation d'un filtre de la veine cave inférieure avec reconstruction de la veine, par laparotomie
DHPA0010	Désobstruction de la veine cave supérieure, par thoracotomie
DHSA0010	Oblitération partielle de la veine cave inférieure, par laparotomie
DHSA0020	Ligature de la veine cave inférieure et/ou de l'une de ses branches viscérales, par laparotomie
DZSA0010	Suppression d'une anastomose palliative pour cardiopathie congénitale, avec angioplastie d'agrandissement d'une branche de l'artère pulmonaire, par thoracotomie avec CEC
EBAA0020	Angioplastie d'élargissement de la bifurcation carotidienne sans thromboendartériectomie, par cervicotomie
EBCA0010	Pontage croisé carotidosubclavier ou carotidoaxillaire, par cervicotomie
EBCA0020	Pontage de l'artère carotide externe, par cervicotomie
EBCA0030	Suture de plaie de l'artère carotide commune, par cervicotomie et par thoracotomie
EBCA0040	Pontage croisé intercarotidien, par cervicotomie
EBCA0050	Pontage carotidovertébral distal ou subclaviovertébral distal, par cervicotomie
EBCA0060	Suture de plaie de l'artère carotide externe, par cervicotomie
EBCA0070	Suture de plaie de l'artère carotide interne extracrânienne, par cervicotomie
EBCA0080	Pontage homolatéral carotidosubclavier ou carotidoaxillaire, par cervicotomie
EBCA0090	Suture de plaie de l'artère carotide commune, par cervicotomie
EBCA0100	Pontage artériel extra-intracrânien sans autogreffe, par craniotomie et par cervicotomie
EBCA0110	Pontage artériel extra-intracrânien avec autogreffe, par craniotomie et par cervicotomie
EBCA0120	Pontage veineux juguloaxillaire, par cervicotomie
EBCA0130	Pontage carotidohuméral ou subclaviohuméral, par abord direct
EBCA0140	Pontage carotidovertébral proximal ou subclaviovertébral proximal, par cervicotomie
EBCA0150	Pontage aortocarotidien, par cervicotomie et par thoracotomie
EBCA0160	Suture de plaie de l'artère vertébrale proximale, par cervicotomie
EBCA0170	Pontage entre l'artère carotide commune et l'artère carotide interne homolatérale, par cervicotomie
EBEA0010	Réimplantation de la veine jugulaire interne dans la veine axillaire, par abord direct
EBEA0020	Réimplantation de l'artère vertébrale proximale dans l'artère subclavière ou dans l'artère carotide commune, par cervicotomie
EBEA0030	Réimplantation de l'artère subclavière dans l'artère carotide commune, par cervicotomie
EBEA0040	Réimplantation de l'artère vertébrale distale dans l'artère carotide interne ou dans l'artère carotide externe, par cervicotomie
EBEA0050	Réimplantation de l'artère carotide commune dans l'artère subclavière, par cervicotomie
EBFA0010	Exérèse d'une tumeur du glomus [corpuscule] carotidien avec conservation de l'axe carotidien, par cervicotomie
EBFA0020	Thromboendartériectomie de la bifurcation carotidienne avec angioplastie d'élargissement, par cervicotomie avec dérivation vasculaire
EBFA0030	Thromboendartériectomie de l'artère carotide commune, par cervicotomie
EBFA0040	Thrombectomie d'un pontage ou d'une thromboendartériectomie des troncs supraaortiques, par thoracotomie
EBFA0050	Thrombectomie de l'artère carotide commune, par cervicotomie
EBFA0060	Thromboendartériectomie de la bifurcation carotidienne sans angioplastie d'élargissement, par cervicotomie avec dérivation vasculaire
EBFA0080	Thromboendartériectomie de la bifurcation carotidienne par retournement, par cervicotomie sans dérivation vasculaire

Code acte	Libellé
EBFA0090	Thromboendartériectomie de l'artère carotide externe, par cervicotomie
EBFA0100	Thromboendartériectomie de l'artère carotide commune, par cervicotomie et par thoracotomie
EBFA0110	Exérèse d'une tumeur du glomus [corpuscule] carotidien avec reconstruction de l'axe carotidien, par cervicotomie
EBFA0120	Thromboendartériectomie de la bifurcation carotidienne sans angioplastie d'élargissement, par cervicotomie sans dérivation vasculaire
EBFA0130	Thrombectomie d'un pontage ou d'une thromboendartériectomie d'artère à destination cervicocéphalique, par cervicotomie
EBFA0140	Réséction de l'artère carotide interne avec réimplantation dans l'artère carotide commune, par cervicotomie
EBFA0150	Thromboendartériectomie de la bifurcation carotidienne par retournement, par cervicotomie avec dérivation vasculaire
EBFA0160	Thromboendartériectomie de la bifurcation carotidienne avec angioplastie d'élargissement, par cervicotomie sans dérivation vasculaire
EBFA0170	Thromboendartériectomie de l'artère vertébrale proximale, par cervicotomie
EBFA0180	Réséction-anastomose ou remplacement de l'artère vertébrale proximale, par cervicotomie
EBFA0190	Réséction-anastomose de l'artère carotide interne, par cervicotomie
EBFA0200	Réséction-anastomose de l'artère carotide commune, par cervicotomie et par thoracotomie
EBFA0210	Réséction-anastomose de l'artère carotide commune, par cervicotomie
EBKA0010	Remplacement de l'artère carotide commune, par cervicotomie
EBKA0020	Remplacement de l'artère carotide interne, par cervicotomie
EBKA0030	Remplacement de l'artère carotide commune, par cervicotomie et par thoracotomie
EBKA0040	Remplacement de la bifurcation carotidienne ou de l'artère carotide interne extracrânienne, par cervicotomie
EBMA0010	ANGIOPLAST BIFURC CAROTID SANS THROMBOENDARTERIECTOMIE C.TOMIE
EBPA0030	Décompression de l'artère vertébrale intratransversaire, par cervicotomie
EBSA0020	Ligature de l'artère vertébrale distale, par cervicotomie
EBSA0030	Ligature de l'artère carotide commune, par cervicotomie
EBSA0050	Occlusion progressive de l'artère carotide commune ou de l'artère carotide interne par pose de clamp, par cervicotomie
EBSA0060	Ligature de l'artère carotide interne, par cervicotomie
EBSA0070	Ligature de l'artère vertébrale proximale, par cervicotomie
EBSA0100	Ligature du tronc ou de branche de l'artère carotide externe, par cervicotomie
ECCA0010	Suture de plaies de 2 artères, sur un rayon de la main
ECCA0020	Pontage d'une artère de la main, par abord direct
ECCA0030	Pontage d'une artère du membre supérieur, par abord direct
ECCA0040	Suture de plaie d'une artère du membre supérieur, par abord direct
ECCA0060	Suture de plaie du tronc artériel brachiocéphalique, par thoracotomie
ECCA0070	Pontage homolatéral subclavioaxillaire, par abord direct
ECCA0090	Pontage croisé intersubclavier, interaxillaire ou intersubclavioaxillaire, par cervicotomie
ECCA0100	Suture de plaie de l'artère subclavière, par cervicotomie
ECFA0010	Thromboendartériectomie du tronc artériel brachiocéphalique, par thoracotomie
ECFA0020	Thrombectomie d'une artère du membre supérieur, par abord direct
ECFA0030	Thromboendartériectomie de l'artère subclavière, par thoracotomie
ECFA0040	Thromboendartériectomie de l'artère subclavière, par cervicotomie
ECFA0050	Réséction-anastomose d'artère du membre supérieur, par abord direct
ECFA0060	Réséction-anastomose de l'artère subclavière, par cervicotomie
ECKA0010	Remplacement du tronc artériel brachiocéphalique, par thoracotomie
ECKA0020	Remplacement de l'artère subclavière, par cervicotomie
ECMA0010	Reconstruction de l'artère et/ou de la veine subclavière avec réséction de côte, par abord direct
ECPA0030	Section-anastomose d'un vaisseau pour anomalie des arcs aortiques, par thoracotomie sans CEC
ECSA0010	Ligature de l'artère subclavière, par cervicotomie
ECSA0020	Ligature du tronc artériel brachiocéphalique, par thoracotomie
ECSA0030	Ligature d'une artère du membre supérieur, par abord direct

Code acte	Libellé
EDAA0020	Angioplastie de l'artère rénale, par laparotomie ou par lombotomie
EDCA0010	Suture de plaie d'artère digestive, par laparotomie
EDCA0020	Suture de plaie de l'artère rénale, par laparotomie ou par lombotomie
EDCA0030	Pontage artériel croisé ilio-iliaque, iliofémoral ou fémorofémoral, par abord direct
EDCA0040	Pontage artériel iliofémoral pour complication anastomotique sur prothèse de la bifurcation fémorale, par abord direct
EDCA0050	Pontage artériel iliofémoral homolatéral, par abord direct
EDCC0150	Suture de plaie d'artère digestive, par coelioscopie
EDEA0010	Réimplantation ou pontage de l'artère iliaque interne ou d'une de ses branches, par laparotomie
EDEA0040	Réimplantation de l'artère rénale dans l'aorte, par laparotomie ou par lombotomie
EDEA0050	Réimplantation d'une artère digestive dans l'aorte, par laparotomie
EDFA0010	Thromboendartériectomie de l'artère rénale par artériotomie rénale, par laparotomie ou par lombotomie
EDFA0020	Thrombectomie d'artère digestive, par laparotomie
EDFA0030	Thromboendartériectomie iliofémorale, par laparotomie
EDFA0040	Thromboendartériectomie des artères rénales par aortotomie, par laparotomie
EDFA0050	Thromboendartériectomie de l'artère mésentérique supérieure et/ou du tronc cœliaque ou de ses branches, par thoraco-phréno-laparotomie
EDFA0060	Thromboendartériectomie iliaque, par laparotomie
EDFA0070	Thromboendartériectomie iliofémorale, par abord inguinfémoral
EDFA0080	Thrombectomie de l'artère rénale, par laparotomie ou par lombotomie
EDFA0090	Réséction-anastomose de l'artère rénale, par laparotomie ou par lombotomie
EDFA0100	Réséction-anastomose d'une artère digestive, par laparotomie
EDKA0020	Remplacement de l'artère rénale, par laparotomie ou par lombotomie
EDKA0030	Remplacement d'une artère digestive, par laparotomie
EDMA0010	Revascularisation de l'artère rénale à partir d'une artère digestive, par laparotomie ou par lombotomie
EDMA0030	Revascularisation des branches de l'artère rénale sur le rein in situ, par laparotomie ou par lombotomie
EDMA0040	Réparation de l'artère rénale et/ou de ses branches sur le rein ex situ avec autotransplantation du rein, par laparotomie ou par lombotomie
EDPA0010	Mise à plat d'un anévrisme iliaque avec remplacement prothétique ilio-iliaque ou iliofémoral unilatéral, par laparotomie
EDPA0020	Libération d'une artère digestive, par laparotomie
EDPA0050	Mise à plat d'un anévrisme iliaque avec remplacement prothétique aorto-iliaque ou aortofémoral unilatéral, par laparotomie
EDSA0010	Ligature d'une artère digestive, par laparotomie
EDSA0030	Ligature des artères iliaques internes, par laparotomie
EEAA0020	Angioplastie d'élargissement d'un pontage artériel du membre inférieur, par abord direct
EECA0010	Pontage artériel fémoropoplité au-dessus de l'interligne articulaire du genou, par abord direct
EECA0020	Pontage artériel fémorofémoral homolatéral, par abord direct
EECA0030	Pontage artériel fémoropoplité au-dessous de l'interligne articulaire du genou, par abord direct
EECA0050	Pontage d'une artère du pied, par abord direct
EECA0060	Pontage artériel subclaviofémoral ou axillobifémoral, par abord direct
EECA0070	Pontage artériel subclaviofémoral ou axillofémoral, par abord direct
EECA0080	Pontage artériel fémorotibial ou fémoropéronier sans collier veineux, par abord direct
EECA0090	Suture de plaie d'artère du membre inférieur, par abord direct
EECA0100	Pontage artériel fémorotibial ou fémoropéronier avec collier veineux, par abord direct
EECA0120	Pontage multiple étagé [séquentiel] ou bifurqué des artères des membres inférieurs, par abord direct
EEFA0010	Thromboendartériectomie de l'artère fémorale et/ou de ses branches, par abord direct
EEFA0020	Thrombectomie d'artère du membre inférieur, par abord poplité
EEFA0030	Thromboendartériectomie de l'artère poplitée, par abord direct
EEFA0040	Thrombectomie d'artère du membre inférieur, par abord inguinfémoral
EEFA0050	Réséction d'un kyste adventiciel d'une artère du membre inférieur, par abord direct

Code acte	Libellé
EEFA0060	Réséction-anastomose d'une artère du membre inférieur, par abord direct
EEGA0010	Ablation d'une prothèse artérielle du membre inférieur sans revascularisation, par abord direct
EEGA0020	Ablation d'une prothèse artérielle du membre inférieur avec revascularisation, par abord direct
EEKA0010	Remplacement ou mise à plat d'une artère du membre inférieur, par abord direct
EESA0010	Ligature d'une artère de la cuisse ou de la jambe, par abord direct
EFFA0020	Réséction de la veine brachiocéphalique, par thoracotomie
EGCA0020	Suture de plaie du tronc ou des branches viscérales de la veine iliaque et/ou de la veine cave inférieure infrahépatique, par laparotomie
EGCA0030	Pontage veineux fémoro-iliaque homolatéral, fémorocave ou fémororénal, par abord direct
EGPA0010	Décompression de la veine iliaque, par laparotomie
EHAA0010	Recalibrage d'une anastomose portocave, par laparotomie
EHCA0010	Pontage veineux mésentéricoatrial, par thoracotomie et par laparotomie
EHCA0020	Anastomose veineuse splénorénale distale sélective avec déconnexion portosystémique, par laparotomie
EHCA0030	Anastomose portocave tronculaire ou portorénale, par laparotomie
EHCA0040	Anastomose veineuse splénorénale distale sélective sans déconnexion portosystémique, par laparotomie
EHCA0050	Anastomose entre une branche du système porte autre que la veine splénique ou la veine mésentérique supérieure et le système cave inférieur, par laparotomie
EHCA0060	Anastomose mésentéricocave inférieure, par laparotomie
EHCA0070	Anastomose veineuse splénorénale centrale avec splénectomie, par laparotomie
EHCA0080	Suture de plaie de la veine porte et/ou de l'une de ses branches principales, par laparotomie
EHCA0090	Anastomose mésentérico-ilio-cave, par laparotomie
EHCA0100	Anastomose entre une branche du système porte et le système cave supérieur, par abord direct
EHFA0010	Thrombectomie de la veine porte et/ou de l'un de ses affluents principaux, par laparotomie
EJCA0020	Pontage veineux poplité-fémoral, par abord direct
EJCA0030	Pontage veineux croisé fémorofémoral ou fémoro-iliaque, par abord direct
EJEA0010	Réimplantation de la veine fémorale dans la veine grande saphène ou dans la veine profonde de la cuisse [veine fémorale profonde], par abord direct
EKSA0010	Fermeture de fistule artérioveineuse traumatique du membre supérieur avec reconstruction de l'axe artériel, par abord direct
EKSA0020	Fermeture de fistule artérioveineuse traumatique du membre supérieur sans reconstruction vasculaire, par abord direct
ELCA0030	Anastomose entre l'artère ou la veine dorsale du pénis et l'artère fémorale, par abord direct
ELCA0040	Anastomose entre l'artère ou la veine dorsale du pénis et l'artère épigastrique inférieure, par abord direct
EMPA0010	Libération d'une artère et/ou d'une veine poplitée piégée, par abord direct
EMSA0010	Fermeture d'une fistule artérioveineuse traumatique du membre inférieur avec reconstruction vasculaire, par abord direct
EMSA0020	Fermeture d'une fistule artérioveineuse traumatique du membre inférieur sans reconstruction vasculaire, par abord direct
ENFA0010	Thrombectomie de pontage artériel d'un membre avec réfection d'anastomose sans prolongement du pontage, par abord direct
ENFA0040	Thrombectomie de pontage artériel d'un membre avec réfection d'anastomose et prolongement du pontage, par abord direct
ENFA0050	Changement d'un pontage artériel d'un membre avec thrombectomie de l'axe artériel, par abord direct
ENFA0060	Thrombectomie de pontage artériel d'un membre sans réfection d'anastomose, par abord direct
EPFA0010	Exérèse d'une malformation veineuse étendue, avec reconstruction tissulaire par greffe ou lambeau
EPFA0040	Exérèse de malformation veineuse musculaire ou osseuse, sans reconstruction
EZSA0040	Hémostase secondaire à un acte sur les vaisseaux des membres, par abord direct
JAJA0060	Néphrectomie partielle ex situ avec autotransplantation du rein, par abord direct
JHCA0070	Artérialisation des corps caverneux du pénis, par abord direct
MJCA0030	Suture de plaies de tendon des muscles fléchisseurs des doigts, d'un nerf et d'une artère digitaux palmaires, sur un rayon de la main
MJCA0100	Suture de plaies de tendon des muscles fléchisseurs des doigts, des 2 nerfs et d'une ou deux artères digitaux palmaires, sur un rayon de la main

Code acte	Libellé
MJMA0150	Réparation de plaie de l'appareil extenseur d'un doigt avec suture de plaies d'un nerf et d'une artère digitaux palmaires, sur un rayon de la main
MJMA0160	Réparation de plaie de l'appareil extenseur d'un doigt avec suture de plaie d'un nerf ou d'une artère digital palmaire, sur un rayon de la main
MZMA0010	Réparation d'une hémisection antérieure du poignet avec ischémie complète de la main

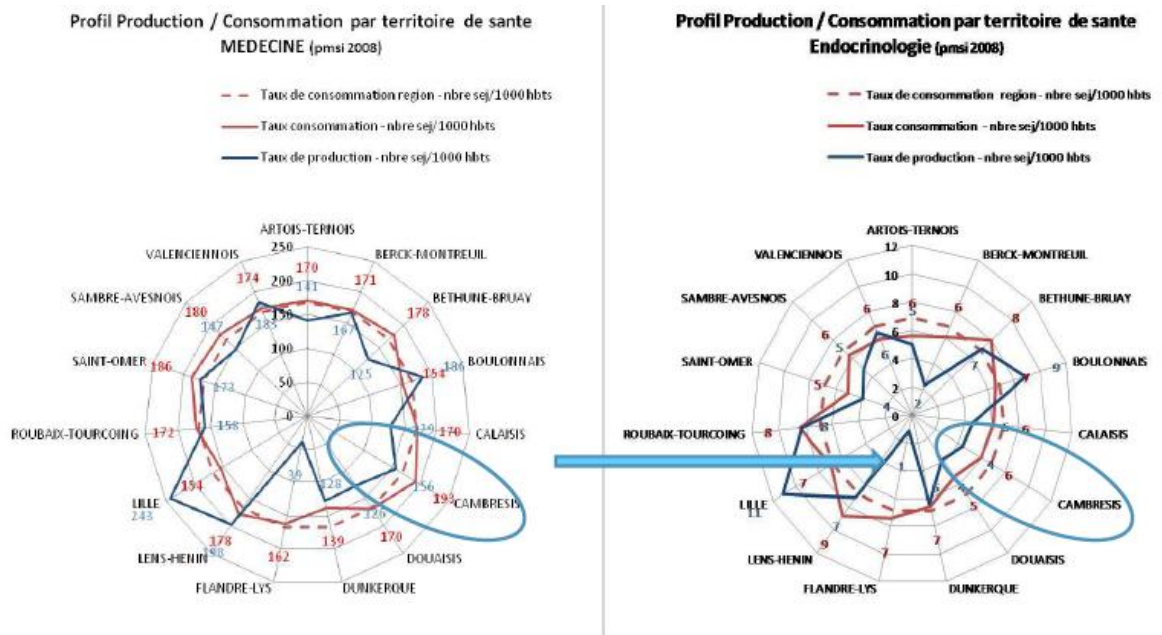
Annexe 1.5 - Liste des actes relevant des grands brûlés

Code CIM-10	Libellé CIM-10
L5120	Épidermolyse nécrosante suraiguë [Lyell] avec décollement égal ou supérieur à 30% (de la surface du corps)
T3131	Brûlures couvrant entre 30 et moins de 40% de la surface du corps, second degré et plus
T3141	Brûlures couvrant entre 40 et moins de 50% de la surface du corps, second degré et plus
T3151	Brûlures couvrant entre 50 et moins de 60% de la surface du corps, second degré et plus
T316	Brûlures couvrant entre 60 et moins de 70% de la surface du corps
T317	Brûlures couvrant entre 70 et moins de 80% de la surface du corps
T318	Brûlures couvrant entre 80 et moins de 90% de la surface du corps
T319	Brûlures couvrant 90% ou plus de la surface du corps
T323	Corrosions couvrant entre 30 et moins de 40% de la surface du corps
T324	Corrosions couvrant entre 40 et moins de 50% de la surface du corps
T325	Corrosions couvrant entre 50 et moins de 60% de la surface du corps
T326	Corrosions couvrant entre 60 et moins de 70% de la surface du corps
T327	Corrosions couvrant entre 70 et moins de 80% de la surface du corps
T328	Corrosions couvrant entre 80 et moins de 90% de la surface du corps
T329	Corrosions couvrant 90% ou plus de la surface du corps

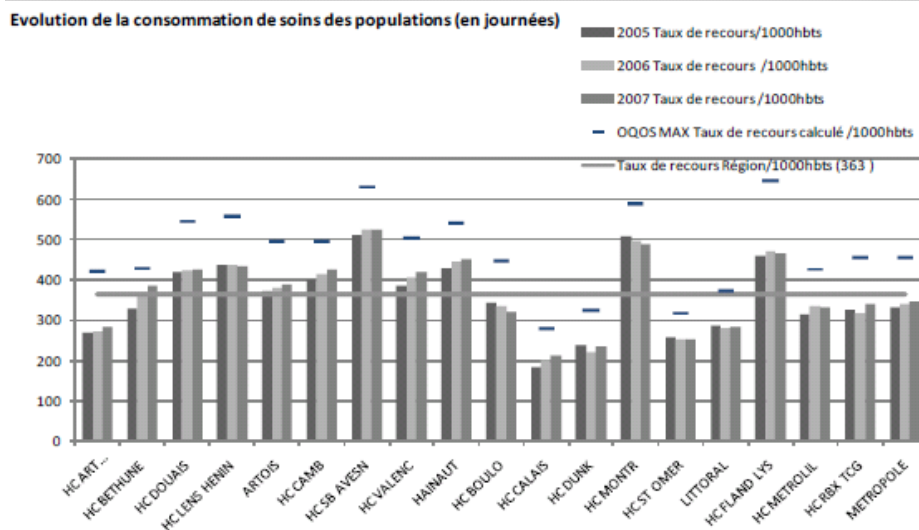
Annexe 2

Quelques exemples d'outils mobilisés par l'ARS Nord-Pas-de-Calais dans le cadre des SROS III

Un outil d'analyse des inégalités d'accès aux soins Diabète : surmortalité sous-utilisation et sous-offre de soins

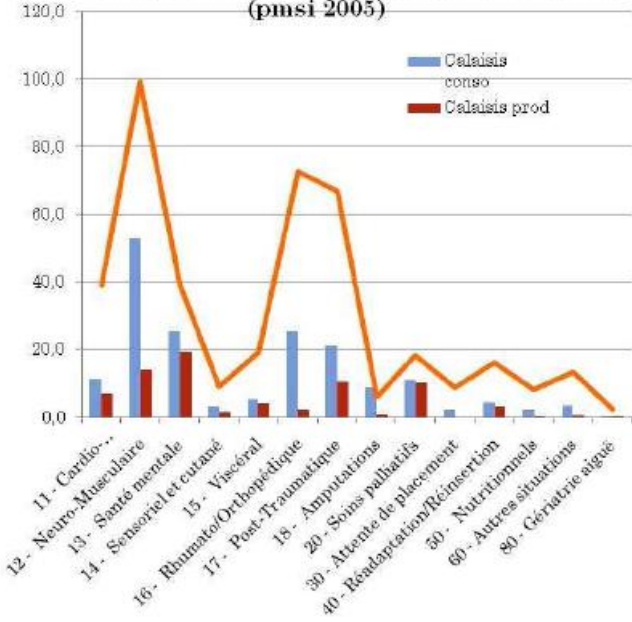


Définition des cibles d'activité à partir des besoins consommés Le SSR sur-utilisation et sous-utilisation

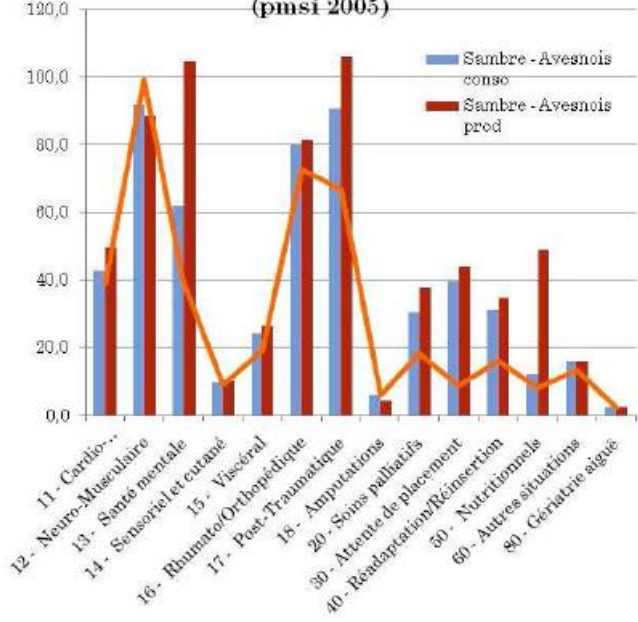


Analyse du SSR / Zoom sur les CMC

Sous-consommation des soins par Zone de proximité par CMC en Journées pour 1000Hbts (pmsi 2005)



Sous-consommation des soins par Zone de proximité par CMC en Journées pour 1000Hbts (pmsi 2005)



Evolution de la consommation de soins des populations (en journées)

