

— PROGRAMME PLURIANNUEL RÉGIONAL DE GESTION DU RISQUE (PPRGDR)



Référent ARS :

Valérie DESQUESNE

valerie.desquesne@ars.sante.fr / 02 31 70 96 52

Sommaire

1. INTRODUCTION	4
1.1. Le nouveau cadre institutionnel	4
1.2. Le cadre législatif et réglementaire	4
1.3. Définition de la gestion du risque	5
1.4. Les acteurs de la gestion du risque	5
2. CONTEXTE RÉGIONAL : EVOLUTION DES DÉPENSES AU NIVEAU RÉGIONAL	6
3. ORGANISATION ET MÉTHODOLOGIE	7
3.1. Organisation au sein de la région	7
3.1.1 La Commission Régionale de Gestion du Risque	7
3.1.2 Suivi opérationnel.....	7
3.1.3 Les groupes thématiques	7
3.2. Les dix programmes prioritaires de gestion du risque	7
3.2.1 Le programme Transports sanitaires	9
3.2.2 Le programme Prise en charge de l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC)	11
3.2.3 Le programme Liste en sus	13
3.2.4 Le programme Prescription hospitalières médicamenteuses exécutées en ville.....	14
3.2.5 Le programme Imagerie médicale.....	16
3.2.6 Le programme Chirurgie ambulatoire	18
3.2.7 Les 2 programmes EHPAD : Efficience et Prescription	20
3.2.8 Le programme Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)	22
3.2.9 Le programme Permanence Des Soins (PDS) ambulatoire et urgences.....	24
3.3. La déclinaison des programmes nationaux de gestion du risque de l'assurance maladie	25
3.3.1 Les programmes de maîtrise médicalisée en ville	25
3.3.2 Les programmes de renforcement de l'efficience de l'offre de soins dans les établissements de santé	26
3.3.3 Les plans de prévention et d'accompagnement des patients.....	26
ANNEXES :	
TABLEAU DES INDICATEURS COMPOSITES	28
TABLEAU DES INDICATEURS DE SUIVI	29

1. INTRODUCTION

1.1. Le nouveau cadre institutionnel

La Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) puis le décret 2010-336 du 31 mars 2010 créant les ARS au 1^{er} avril 2010 confèrent à ces dernières une compétence globale dans le champ de la santé.

Chaque ARS devient donc responsable du pilotage de la politique de santé publique dans la région dans les domaines de la prévention, promotion et éducation à la santé, de la veille et sécurité sanitaire et de la régulation régionale de l'offre de santé sur les secteurs ambulatoire, médico-social et hospitalier.

« Dans les conditions prévues à l'article L. 1434-14, les ARS définissent et mettent en œuvre avec les services d'assurance maladie les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires. »¹

La Loi HPST prévoit la signature d'un contrat Etat-UNCAM fixant pour 4 ans les objectifs de Gestion du Risque (GdR) relatifs à la prévention et à l'information des assurés, à l'évolution des pratiques et à l'organisation des soins pour les professionnels et les établissements de santé.

Le contrat 2010-2013 comprend vingt objectifs de gestion du risque, structurés autour des cinq priorités suivantes :

- Mieux connaître le risque santé ;
- Renforcer l'accès aux soins ;
- Renforcer l'information et la prévention ;
- Promouvoir des prises en charges plus efficaces ;
- Moderniser les outils au service du système de santé.

1.2. Le cadre législatif et réglementaire

L'article L. 1434-14 du code de la santé publique, issu de la loi HPST, dispose que :

- « Le programme pluriannuel régional de gestion du risque comprend, outre les actions nationales définies par le contrat prévu à l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale (contrat Etat-UNCAM), des actions complémentaires tenant compte des spécificités régionales ;
- Ces actions régionales complémentaires spécifiques sont élaborées et arrêtées par le directeur général de l'ARS, après concertation avec le représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et avec les organismes complémentaires ;

- Le Programme Pluriannuel Régional de Gestion Du Risque (PPRGDR) est révisé chaque année ;
- Ce programme est intégré au Projet Régional de Santé (PRS) ;
- Ce projet (PRS) fait l'objet d'une contractualisation entre le directeur général de l'ARS et les directeurs des organismes et services d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale est membre de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie ;
- Les Contrats Pluriannuels de Gestion (CPG) des organismes d'assurance maladie établis en application de l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale déclinent, pour chaque organisme concerné, outre les programmes nationaux de gestion du risque, le PPRGDR ».

Le décret n°2010-515 du 18 mai 2010 relatif au PPRGDR (art. R1434-9 à R 1434-18 du CSP) apporte des précisions :

- « Le DG de l'ARS prépare, arrête et évalue le PPRGDR dans les conditions prévues à la présente section. Il le met en œuvre dans les conditions prévues par les articles R. 1434-18 à R. 1434-20 (...) ;
- Le PPRGDR est composé de deux parties :
 - 1° Une première partie reprenant les programmes nationaux de gestion du risque élaborés conformément aux objectifs définis par le contrat Etat-UNCAM. Elle en précise, s'il y a lieu, les conditions de mise en œuvre, dans le respect des objectifs fixés à chaque agence dans son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens par le conseil national de pilotage des ARS ;
 - 2° Une deuxième partie comprenant les actions régionales complémentaires spécifiques prévues à l'article L. 1434-14.

Les ARS sont destinataires chaque année des programmes nationaux de gestion du risque mentionnés au 1° de l'article R. 1434-10, après leur examen par le conseil national de pilotage des ARS, en vue de leur intégration dans la première partie du PPRGDR. »

Le PPRGDR est ainsi arrêté par le directeur de l'agence pour une durée de **quatre ans**. Il est **intégré au PRS**. Il fait l'objet **chaque année d'une révision** par avenants, soumis à l'avis de la Commission Régionale de Gestion du Risque (CRGDR) et arrêtés dans les mêmes conditions que le programme.

Le contrat établi entre l'ARS et chaque organisme et service d'assurance maladie précise les engagements relatifs à la définition et à la mise en œuvre des mesures prévues par le PRS, reprend les dispositions du PPRGDR, précise les engagements relatifs à la définition et à la mise en œuvre des mesures prévues par le PPRGDR.

¹Art. L. 1431-2, 2°, g du code de la santé publique.

1.3. Définition de la gestion du risque

La gestion du risque est un concept dérivé de l'assurance. Appliqué au monde de la santé et à l'assurance maladie obligatoire, le « risque » correspond aux dépenses remboursées par l'assureur public et sa « gestion » désigne les actions mises en œuvre. Cette notion peut être définie comme « *l'ensemble des actions mises en œuvre pour améliorer l'efficacité du système de santé, c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût* »².

En 1999, la circulaire inter-régimes n°5/99 du 24/04 sur la coordination de la gestion du risque par les Unions Régionales de Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) définissait les trois dimensions de la gestion du risque : (1) « optimiser la réponse du système de soins aux besoins de santé » ; (2) « inciter la population à recourir de manière pertinente à la prévention et aux soins » ; (3) « amener les professionnels à respecter les critères d'utilité et de qualité des soins ainsi que de modérations des coûts dans le cadre financier voté par le Parlement ».

Dans son rapport de juillet 2008³, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) précise que la gestion du risque regroupe différents objectifs :

- « *connaître le risque, c'est-à-dire les comportements des assurés, leurs déterminants, et les facteurs de coût du risque et de son évolution - d'où l'intérêt pour l'assurance maladie de disposer de systèmes d'information exhaustifs, y compris en ce qui concerne l'hôpital et le secteur médico-social, et des capacités techniques nécessaires à leur exploitation ;*
- *prévenir les sinistres, en agissant sur le comportement des assurés ;*
- *limiter l'aggravation des sinistres : à ce titre, l'assurance maladie finance notamment des actions de prévention destinées aux assurés en Affection de Longue Durée (ALD) ;*
- *réduire les coûts de la réparation des sinistres, en promouvant un recours aux soins plus pertinent et en maîtrisant les coûts de production des soins par des actions visant à infléchir les pratiques soignantes ;*
- *fournir des services à l'assuré ou au fournisseur de prestations, par exemple en mettant à la disposition des médecins des profils de prescription leur permettant d'auto-évaluer leurs pratiques. »*

1.4. Les acteurs de la gestion du risque

La coordination entre l'ARS et l'Assurance Maladie est assurée au sein de la Commission Régionale de Gestion Du Risque associant pleinement les services de l'ARS et de l'assurance maladie dans l'atteinte des objectifs de gestion du risque. Ces actions doivent permettre de renforcer l'efficacité du système de soins et ainsi contribuer au respect de l'ONDAM voté par le Parlement dans le cadre des lois de financements de la sécurité sociale :

« *La préparation, le suivi et l'évaluation du PPRGDR sont effectués au sein d'une commission régionale de gestion du risque ;*

- *Cette commission, présidée par le directeur général de l'ARS, comprend, outre son président, le directeur d'organisme ou de service, représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, ainsi que les directeurs des organismes et services d'assurance maladie du ressort de la région et signataires du contrat prévu à l'article L. 1434-14 ;*
- *Sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 1434-13, elle siège, en fonction de l'ordre du jour, en formation restreinte aux directeurs d'organisme ou de service, représentants, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'UNCAM et, le cas échéant, à un ou plusieurs directeurs des organismes et services d'assurance maladie du ressort de la région et signataires du contrat prévu à l'article L. 1434-14.*

*Un représentant des organismes complémentaires d'assurance maladie désigné par l'UNCAM participe, selon l'ordre du jour, aux travaux de la commission »*⁴.

²Mission sur la Gestion du risque, Rapport IGAS, Décembre 2010, P-Y Bocquet et Michel Peltier.

³HCAAM, Rapport 2008, p. 27.

⁴Décret n° 2010-515 du 18 mai 2010 relatif au PRGDR (Art. R.1434-12 du CSP)

2. CONTEXTE RÉGIONAL : ÉVOLUTION DES DÉPENSES AU NIVEAU RÉGIONAL

Les données ci-après présentent l'évolution des dépenses de la région pour le régime général (les dépenses du régime général ont été retenues comme indicateur principal car représentant environ 70% des dépenses totales de santé).

Évolution des dépenses de santé 2007-2011 en Basse-Normandie et France métropolitaine :

Basse-Normandie	Total Soins de ville		Total établissements sanitaires publics et privés		Total établissements médico-sociaux		TOTAL	
	Montants remboursés	PCAP* en %	Montants remboursés	PCAP* en %	Montants remboursés	PCAP* en %	Montants remboursés	PCAP* en %
2011	1 251 438 795	2,8	1 336 616 005	1,5	394 979 207	6,6	2 983 034 007	2,7
2010	1 216 961 215	3,7	1 317 476 402	1,7	370 459 773	3,4	2 904 897 389	2,8
2009	1 173 011 762	2,0	1 295 396 974	3,3	358 288 334	12,1	2 826 697 070	3,8
2008	1 150 370 725	2,7	1 254 232 554	6,1	329 633 101	9,2	2 734 236 381	5,0
2007	1 119 655 656	5,8	1 181 747 260	2,9	301 885 650	7,0	2 603 288 566	4,6

France entière	Total Soins de ville		Total établissements sanitaires publics et privés		Total établissements médico-sociaux		TOTAL	
	Montants remboursés	PCAP* en %	Montants remboursés	PCAP* en %	Montants remboursés	PCAP* en %	Montants remboursés	PCAP* en %
2011	61 949 983 646	2,3	59 458 524 113	2,6	14 551 983 999	3,8	135 960 491 758	2,6
2010	60 538 513 140	3,9	57 938 800 411	1,3	14 017 792 765	7,1	132 495 106 316	3,1
2009	58 256 853 163	2,4	57 205 228 627	4,1	13 091 699 501	14,6	128 553 781 292	4,3
2008	56 918 742 156	2,7	54 967 099 081	4,8	11 779 130 875	10,1	123 664 972 112	4,3
2007	55 409 939 562	5,0	52 455 436 364	2,4	10 694 915 134	8,7	118 560 291 060	4,1

*PCAP : Période Comparable à l'Année Précédente

En 2011, les dépenses de santé en Basse-Normandie augmentent plus qu'au niveau national. Les soins de ville contribuent le plus à cette augmentation (1,2 point sur les 2,7) suivis par les dépenses des établissements médico-sociaux (0,9 point).

La hausse des prescriptions (principalement les soins d'auxiliaires médicaux et prescriptions de médicaments) contribuent pour 1,3 point à l'évolution des soins de ville. Les dépenses de médicaments (+1% en région) connaissent une croissance supérieure au niveau national (+0,4% au niveau national).

Les honoraires privés et principalement les soins dispensés par les médecins libéraux ont connu une augmentation soutenue sur la période.

Les dépenses des produits de santé et particulièrement ceux inscrits au titre de la LPP (Liste des Produits et Prestations), même s'ils ne contribuent pas le plus à la hausse des dépenses en région, ont connu une évolution importante (+4% en région).

Les dépenses de transports sanitaires, connaissent une croissance de l'ordre de 2%, en deçà du niveau national qui se situe autour de 3,7%.

3. ORGANISATION ET MÉTHODOLOGIE

3.1. Organisation au sein de la région

3.1.1. La Commission Régionale de Gestion du Risque

La Commission régionale de gestion du risque se réunit en Basse-Normandie en formation plénière uniquement.

Elle est composée de 9 personnes : Le directeur général de l'ARS, président de la commission ; le Directeur Coordonnateur de la Gestion du Risque du Régime général (DCGDR), vice-président de la commission ; les directeurs des Caisses Primaire d'Assurance Maladie du régime général, les Directeurs des caisses de mutualité sociale agricole et du Régime Social des Indépendants (RSI), du Président de la Mutualité Française et la directrice de la performance de l'ARS, direction métier en charge du programme de gestion du risque.

La commission valide les plans d'actions ; elle assure le suivi des projets ; elle décide, si nécessaire, de la mise en place de groupes de travail spécifiques.

3.1.2. Le suivi opérationnel

Pour coordonner les programmes, un suivi opérationnel a été constitué. Il est composé d'un représentant de la DCGdR, de l'AROMSA, du RSI, de la Mutualité Française et de la direction de la performance de l'ARS.

Le suivi opérationnel se réunit toutes les 4 semaines pour passer en revue des actions en cours, évaluer l'état d'avancement des programmes thématiques inscrits au PPRGDR et les retards potentiels. Le suivi opérationnel est force de proposition pour la commission. Il propose et prépare l'ordre du jour de la Commission régionale de gestion du risque.

3.1.3. Les groupes thématiques

Les thématiques ont été confiées à des groupes thématiques pour la plupart copilotés par l'Assurance Maladie et l'ARS.

Les responsables de thématiques se sont vus confier une lettre de mission dans laquelle sont précisés :

- les objectifs régionaux et nationaux ;
- le détail et le calendrier des actions mises en œuvre ;
- les indicateurs de suivi des objectifs et le mode d'évaluation des résultats ;
- les modalités de pilotage de l'action.

3.2. Les dix programmes prioritaires de gestion du risque

Le Conseil national de pilotage des ARS a arrêté lors sa séance du 9 juillet 2010 les priorités de gestion du risque des ARS pour 2010 et 2011 maintenues pour 2012. Elles s'inscrivent dans le cadre défini par le contrat Etat/UNCAM et sont pleinement cohérentes avec les objectifs fixés dans le cadre des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des ARS.

Dix priorités en matière de gestion du risque axées sur le développement de modes de prise en charge plus souples, mieux coordonnés et plus efficaces ont été définies :

- Les transports sanitaires prescrits à l'hôpital ;
- La prise en charge de l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC) ;
- La liste en sus ;
- Les prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville ;
- L'imagerie médicale ;
- La chirurgie ambulatoire ;
- L'efficacité des EHPAD ;
- Les prescriptions dans les EHPAD ;
- Les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ;
- La Permanence Des Soins Ambulatoire (PDSA) et les urgences.

Tableau 1 : rappel des objectifs GDR 2010-2011 des 10 priorités fixées aux ARS par la circulaire du 19 juillet 2010

Programme	Détail des actions	Economies 2010	Economies 2011
Transports sanitaires	Contractualisation ARS avec les établissements de santé Expérimentation de plate-forme de transports sanitaires	90M€	90M€
Prise en charge IRC	Dépistage de l'IRC Développement de la Dialyse péritonéale Développement des greffes	30M€	100M€
Liste en sus	Maîtrise des volumes au travers une contractualisation avec les établissements de santé ciblés	90M€	90M€
Médicaments hospitaliers exécutés en ville	Identification des prescripteurs hospitaliers Maîtrise des volumes au travers d'une contractualisation avec les établissements de santé ciblés	20M€	60M€
Imagerie médicale	Réguler les dépenses d'imagerie conventionnelle Favoriser un développement soutenable des équipements lourds	100 M€	100M€
Chirurgie ambulatoire	Développement de la chirurgie ambulatoire sur 17 actes marqueurs Développement des centres de chirurgie ambulatoire exclusive	30M€	50M€
Efficience des EHPAD	Améliorer la coordination des PS intervenant en EHPAD Diffuser les bonnes pratiques Développer les Systèmes d'Information (SI) Construire un dispositif d'évaluation	Favoriser une organisation et une utilisation des ressources efficients dans les EHPAD	
Prescription dans les EHPAD	Elaborer une liste préférentielle des médicaments, concertée avec les médecins libéraux Renforcer et diffuser les bonnes pratiques professionnelles en EHPAD	Maîtriser la dynamique des prescriptions en EHPAD	
SSR	Mise en œuvre de la réforme réglementaire SSR, dans un cadre budgétaire contraint Mise en œuvre d'une politique efficiente et maîtrisée du SSR	Respecter les enveloppes SSR définies dans l'ONDAM	
PDS ambulatoire et urgences	Assurer une permanence des soins accessible et efficiente Assurer l'articulation entre la PDS ambulatoire et les urgences hospitalières	Maîtriser la progression des dépenses de PDS ambulatoire et d'urgences hospitalières (<3%/an)	
TOTAL		360M€	490M€

³Ces 90 M€ sont communs avec les économies sur les transports sanitaires des programmes nationaux de l'UNCAM

⁴Dont baisse tarifaire

3.2.1. Le programme transports sanitaires

Le programme transports sanitaires a pour objectifs d'une part de réguler la progression des dépenses de transports sanitaires prescrits en hôpital et d'autre part de redéfinir le modèle d'organisation du transport de malade (en développant notamment le transport partagé). Pour ce faire, les principaux leviers identifiés portent sur le dispositif de contractualisation avec les établissements et l'identification des pratiques de prescriptions non conformes.

3.2.1.1. Rappel des objectifs du programme⁷

Le contexte lié aux transports justifie cette priorité dans le cadre de la gestion du risque confiée aux ARS.

Quelques chiffres repères au niveau national :

- 67 millions de transports sont prescrits chaque année (à 37% par des médecins libéraux et à 63% par les établissements de santé et médico-sociaux pour 5,1 millions de personnes transportées en 2009 (tous régimes confondus) ;
- Les dépenses remboursables au niveau national ont atteint en 2009, 3,26 Md€ (tous régimes confondus pour 2009). Elles se décomposent comme suit : 42% en ambulance, 23% en VSL et 31% en taxis (4% autres) ;
- Ces dépenses de transport progressent de 7,2% en valeur pour l'année 2009 (4,2% par des hausses tarifaires et 3% d'évolution en volume).

Les objectifs à atteindre se rapportant aux transports des patients sont :

- Cibler les établissements de santé fortement prescripteurs, les sensibiliser et initier un dialogue ;
- Mettre en œuvre une démarche contractuelle avec les établissements de santé de fixation d'objectifs de régulation des dépenses et d'optimisation des bonnes pratiques comportant un dispositif d'intéressement ou de reversement ;
- Développer de nouvelles modalités d'organisation des transports.

⁷Instruction relative à la priorité de gestion du risque pour les transports de Patients du 17/12/2010

3.2.1.2 Etat des lieux régional et diagnostic

Le tableau ci-après donne, pour la période 2010-2011 l'évolution des montants remboursés par l'Assurance Maladie par grandes catégories et pour tous types de transports.

Évolution des montants remboursés entre 2010 et 2011 par grandes catégories pour tous modes de transports

Grandes catégories		Basse-Normandie			France entière		
		2010	2011	%	2010	2011	%
CH et établissements d'administration	CHA	19 646 678	20 071 847	2,2%	741 140 856	774 839 650	4,5%
Hôpitaux locaux	HL	143 096	127 854	-10,7%	6 506 579	6 826 354	4,9%
Autres établissements	Autres	897 939	986 791	9,9%	46 839 073	50 360 356	7,5%
Centre de lutte contre le cancer	CLCC	9 728 528	9 870 290	1,5%	114 390 498	119 827 750	4,8%
Autres CHR	chr	14 165 405	14 778 044	4,3%	438 074 915	456 483 617	4,2%
Centre hospitaliers spé. en psychiatrie	psy	3 566 362	3 790 820	6,3%	99 030 361	104 353 215	5,4%
Total		48 148 008	49 625 645	3,1%	1 636 995 977	1 709 268 759	4,4%

La Basse-Normandie se trouve, en termes d'évolution, dans la fourchette basse par rapport aux évolutions nationales. Les actions déjà engagées sur cette thématique ont favorisé la maîtrise de l'évolution des dépenses en deçà du taux d'évolution prévu par l'arrêté du 12 décembre 2011 fixant à 4% le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transports résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville pour la période allant du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2012.

Ce bon résultat régional masque de fortes disparités au sein de la région, des établissements enregistrent encore des progressions supérieures au taux national.

3.2.1.3. Plan d'actions

Objectifs	Actions
Approfondir l'action de contractualisation avec les établissements de santé	<ul style="list-style-type: none"> Dresser un état des lieux des difficultés rencontrées sur la lecture et l'utilisation des données de ciblage Communiquer le bilan des prescriptions aux établissements de santé Définir des objectifs qualitatifs à intégrer aux contrats Engager le ciblage des établissements et le dialogue avec eux en vue d'une contractualisation en 2012 Fixer des objectifs et contractualiser avec les établissements de santé Evaluer les contrats 2011 en visant leur enrichissement qualitatif et en actualisant, le cas échéant, les taux 2012 et 2013
Déployer l'action d'expérimentation de nouveaux modes d'organisation des transports	<ul style="list-style-type: none"> Repérer les établissements volontaires pour participer à l'expérimentation Mettre en œuvre et accompagner les expérimentations Contribuer aux travaux liés aux expérimentations et diffuser le questionnaire d'autoévaluation aux établissements

3.2.1.4. Calendrier et suivi de l'avancement au 30 juin 2012

- En 2011, 6 établissements se sont vus proposer un contrat, 3 l'ont signé ;
- En 2012 : 3 établissements ont été ciblés, ces trois établissements l'ont signé.

3.2.1.5. Evaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les neuf autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS.

L'indicateur de résultat retenu pour 2012 est le « taux d'évolution des dépenses de transports prescrites à l'hôpital ».

L'indicateur de suivi est « le taux d'établissements ciblés ayant signé un contrat ».

3.2.2. Le programme prise en charge de l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC)

Le programme vise à améliorer les pratiques en matière de prévention et de prise en charge de l'Insuffisance Rénale Terminale (IRCT) via (1) la diffusion des recommandations nationales existantes, (2) l'amélioration des organisations de prise en charge (notamment freins organisationnels au développement de la dialyse hors centre, particulièrement la dialyse péritonéale (DP)) et (3) le développement de la greffe rénale.

3.2.2.1. Rappel des objectifs du programme⁸

L'IRC est une maladie progressive et longtemps silencieuse dont l'évolution peut-être freinée, voire stoppée, par un traitement médical. 1,8 à 3 millions de personnes en France ont une IRC non terminale et 68 000 une IRC terminale (dont 55% traités en dialyse et 45% ayant un greffon rénal). L'hypertension artérielle et le diabète sont les principales causes d'IRCT, responsables à eux seuls de 47% des nouveaux cas. Les experts estiment que **10% des IRCT pourraient être évitées et que 30% d'entreselles pourraient être retardées sous réserve d'une détection précoce** et d'une prise en charge adaptée. Le coût de la prise en charge de l'IRCT (4 milliards d'euros en 2007) devrait atteindre 5 milliards d'euros en 2025.

Parmi les types de stratégies de traitement existantes, **la dialyse péritonéale (DP) est sous-utilisée en France** : 7,2% des dialysés (rapport de REIN⁹ 2008) contre 15% pour les autres pays de l'OCDE, avec une variation très importante d'une région à l'autre (2 à 19% selon le rapport REIN 2008 ; 3 à 25% selon les données CNAMTS 2007), sans justification médicale évidente. Le bénéfice individuel attendu (survie, qualité de vie, insertion sociale) est le premier critère de décision. A bénéfice individuel attendu identique, le moindre coût doit être recherché. L'hémodialyse (HD) en unité de dialyse médicalisée (UDM) doit continuer à se développer. La similarité des profils des patients (âge, comorbidités) en DP assistée et en HD en centre laisse penser qu'un nombre non négligeable de patients débutant par une HD en centre pourrait être redistribués vers la DP assistée. Le développement de la DP Autonome (DPA) et de l'autodialyse peut être envisagé dans les régions en pénurie d'organes.

La greffe rénale est le traitement le plus « coût-efficace » de l'IRCT, et le plus favorable en terme de survie et de qualité de vie.

Une greffe rénale supplémentaire épargne environ 15 années de dialyse. Aucune filière de soins ne présente des possibilités de maîtrise des risques aussi importantes car la pénurie d'organes n'est pas une fatalité. Les moyens investis dans le prélèvement ces dix dernières années ont permis de passer de 1 882 greffes rénales en 1998 à près de 2 937 en 2008. En 2009, le nombre de greffes rénales est en déclin sensible (2 826 contre 2 937 en 2008), tout comme le don d'organes, et les durées d'attente continuent à s'allonger. Le nombre de patients en attente d'un rein augmente de 5% par an. Les leviers de lutte contre la pénurie sont connus : recours à de nouveaux types de greffons, prélevés sur des donneurs vivants et sur des donneurs décédés suite à un arrêt cardiaque; diminution du taux de refus de don (30 % en France contre 15% en Espagne). Par ailleurs, les indicateurs d'activité de transplantation rénale montrent une grande diversité des pratiques d'une région à l'autre (rapport REIN 2008). 50 % des patients dialysés de moins de 60 ans ne sont ni inscrits ni en cours d'inscription 15 mois après la mise en dialyse.

Les objectifs du programme sont :

- Améliorer la prévention et le dépistage de la maladie rénale chronique ;
- Renforcer la greffe et le prélèvement ;
- Favoriser les prises en charge de dialyse de proximité des nouveaux patients ;
- Veiller à la qualité et à la sécurité des soins ;
- Assurer l'accès des patients à l'information et aux programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP).

3.2.2.2 Etat des lieux régional et diagnostic

Les tableaux ci-dessous donnent pour les années 2009 et 2010 la part de la greffe dans le traitement de l'IRCT et la part de la dialyse à 90 jours du démarrage du traitement (le patient étant jugé « stabilisé » dans la modalité de traitement instaurée depuis 90 jours).

Part de la greffe dans le total des traitements de l'IRCT

Basse-Normandie	Médiane (attente en mois)	Age médian (2009)	2009	2010
Dialysé	9,8	72,6	670	674
Porteurs de greffon		54,6	662	692
Part de la greffe			49,7%	50,7%

⁸Instruction relative à la priorité de gestion du risque IRCT du 17/12/2010

⁹Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie

Part de la dialyse à 90 jours du démarrage (patients en IRCT pris en charge en dialyse)

		2009	2010
Basse-Normandie : (âge médian : 72,2 ans ; diabétique 42% ; greffe préemptive 2,3%)	Total Hémodialyse (HD)	111	98
	% HD centre	62%	58%
	Total simulé	179	169
	% Dialyse Péritonéale (DP)	34,1%	35,50%
	Simulation DP	61	60
	% Unité Dialyse Médicalisée (UDM)	0,60%	3%
	Simulation UDM	1	5
	% auto	3,40%	3,60%
Simulation auto	6	6	

Les taux relevés sur les deux années repères soulignent de façon accrue les efforts à porter sur l'amélioration de la prise en charge.

3.2.2.3. Plan d'actions

Objectifs	Actions
Améliorer la prévention et le dépistage de la maladie rénale chronique	Mettre en œuvre des actions de prévention de la maladie rénale chronique et de ses facteurs de risque en renforçant les programmes d'ETP transversaux Assurer le suivi des actions de sensibilisation menées par les sociétés savantes et l'Agence de BioMédecine (ABM) Favoriser une bonne collaboration interdisciplinaire et des conditions d'orientation adaptées vers les néphrologues
Renforcer la greffe et le prélèvement	Accompagner, en lien avec l'ABM, le déploiement du programme Cristal dans 100 % des hôpitaux autorisés au prélèvement Veiller à ce que les conditions organisationnelles requises pour les prélèvements soient réunies dans l'ensemble des sites potentiellement préleveurs Renforcer la mise en œuvre des prélèvements sur donneur vivant Mettre en œuvre des mesures visant à assurer la neutralité financière des personnes effectuant un don d'organe Développer l'utilisation de machines à perfusion Relayer les campagnes d'information et de sensibilisation mises en œuvre par l'ABM Mettre en œuvre les conditions d'une coordination et d'une coopération entre les équipes de greffe et de dialyse S'assurer de la disponibilité des équipes de greffe et des plateaux médico-sociaux pour l'utilisation optimale des greffons disponibles Accompagner les audits relatifs aux coordinations mis en œuvre par l'ABM Encourager la mise en place d'IDE de coordination de greffe afin d'optimiser le parcours de soins des patients
Favoriser les prises en charge de dialyse de proximité des nouveaux patients	Organiser une offre de soins diversifiée Rééquilibrer le nombre d'implantations par type de modalités au profit des prises en charge de proximité Améliorer les conditions d'orientation initiales vers les différentes modalités de traitement
Veiller à la qualité et à la sécurité des soins	S'assurer de la mise en œuvre d'indicateurs de qualité relatifs à la dialyse ou à la greffe Instaurer un retour sur les pratiques avec les professionnels des structures de soins
Assurer l'accès des patients à l'information et aux programmes d'ETP	Veiller à la diffusion des documents d'information aux patients Accompagner les établissements dans la formalisation d'un « temps d'information » de chaque nouveau malade Favoriser la mise en œuvre de programmes d'ETP diversifiés et transversaux sur chacun des territoires de santé

3.2.2.4. Calendrier et suivi de l'avancement au 30 juin 2012

Les objectifs régionaux d'offre cible ont été proposés.

3.2.2.5. Evaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les neuf autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS.

L'indicateur de résultat est la « Part des patients incidents traités par Dialyse Péritonéale sur les patients dialysés à J90 du démarrage du traitement ».

Les indicateurs de suivis retenus pour 2012 sont :

- La part de patients pris en charge hors centre d'hémodialyse ;
- la part des patients diabétiques ayant bénéficié d'un dosage créatinine et d'une albuminurie ;
- les délais sur la liste d'attente de greffe.

3.2.3. Le programme liste en sus

La régulation des dépenses de santé de la liste en sus a pour objectifs de (1) favoriser un usage efficient des dispositifs concernés et (2) prévenir une croissance des dépenses supérieure à un taux national dans les établissements de santé et dont l'origine résiderait dans des pratiques de prescriptions non conformes aux référentiels et recommandations de la HAS, de l'INCA et de l'AFSSAPS (notamment les référentiels de bon usage (RBU)).

3.2.3.1. Rappel des objectifs du programme¹⁰

La maîtrise des dépenses d'assurance maladie au titre des produits de santé - spécialités pharmaceutiques, produits et prestations - financés en sus des prestations d'hospitalisation, demeure une priorité ministérielle compte tenu des enjeux financiers associés. En effet, ces dépenses pour 2009 se sont élevées à plus de 4 Md€ (toutes catégories d'établissements confondues) dont environ 2,5Md€ pour les médicaments et 1,5Md€ pour les Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) soit une progression globale de +5,2% par rapport à 2008, les DMI ayant un taux de progression supérieur à celui des médicaments. En 2010, cette progression devait certes mécaniquement s'avérer moindre, en moyenne, du fait de la réintégration de certains produits de santé dans les GHS (qui représente un peu plus de 5 % des dépenses de médicaments en sus) et de l'atténuation des effets de retard de transmission des fichiers de produits facturés en sus par les établissements. Néanmoins, en termes économiques, ces phénomènes n'ont pas le même effet atténuateur, puisque la réintégration dans les GHS de certains produits a conduit à une augmentation des tarifs des GHS en contrepartie. Ainsi, il reste

toujours essentiel d'agir sur la maîtrise des dépenses de produits de santé en sus et ce d'autant que de nombreux établissements connaissent encore une forte croissance de dépenses. En outre, le plan Cancer 2009-2013 prévoit (mesure 21) « de garantir un égal accès au traitement et aux innovations », ce qui implique une utilisation des molécules anticancéreuses conforme aux Référentiels de Bon Usage (RBU). Pour l'application de cette mesure, l'INCA, dans son rapport relatif à la situation de la chimiothérapie des cancers en 2009, propose des modalités de mise en œuvre du contrôle du respect des référentiels.

Un plan national a été mis en œuvre en 2009, comportant une forte dimension locale au travers de la conduite d'actions de contrôle des contrats de bon usage et de la régulation au titre de l'article L.162-22-7-2 du code de la sécurité sociale (art 47-I de la LFSS pour 2009). Au-delà de la récupération d'indus issue des contrôles, le cadre général est centré sur la régulation au titre de l'article L.162-22-7-2 du code de la sécurité sociale.

La régulation repose au premier chef sur un dialogue constructif entre l'ARS et l'établissement de santé en vue d'améliorer ses pratiques de prescriptions hospitalières, en favorisant le développement des processus pertinents internes à l'hôpital, l'outil de référence, à cet effet, étant le plan d'actions.

Les objectifs du programme sont :

- Opérer un suivi préventif, destiné à identifier en amont les établissements gros prescripteurs et analyser, en lien avec l'établissement, l'origine de cette croissance (lors de la phase 1 « Ciblage des établissements ») ;
- Identifier les causes des progressions constatées (lors de la phase 2 « Détection des pratiques de prescription non conformes aux référentiels de bon usage (RBU) ») ;
- Réaliser un plan d'actions destiné à améliorer les pratiques de prescription (lors de la phase 3 « Conclusion d'un plan d'actions »).

3.2.3.2. Etat des lieux régional et diagnostic

Les dépenses régionales liées aux Molécules Onéreuses (MO) et Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) ont progressé de +2,21% entre 2010 et 2011 (2,8% pour MO et 1,3% pour DMI), pour un taux national fixé à 3% (global : MO+DMI), avec une plus forte évolution constatée pour les établissements ex-Dotation Globale (DG) (+2,7%) représentant 74% du montant régional.

¹⁰Instruction relative à la mise en œuvre des dispositions relatives à la maîtrise des produits de santé des listes en sus/du 12/11/2010

Evolution des dépenses en Basse-Normandie sur 2011 comparé à 2010

	DMI 2010	MO 2010	MO et DMI 2010	DMI 2011	MO 2011	MO et DMI 2011	Evolution 2010/2011
Etablissements ex Dotation Globale (DG)	14 914 662	49 017 380	63 932 042	14 519 808	51 136 465	65 656 274	2,70%
Etablissements ex Objectifs Quantifiés Nationaux (OQN)	16 608 998	5 925 376	22 534 375	17 398 478	5 318 449	22 716 928	0,81%
France							Ex DG : -0,1% Ex OQN : - 4,5%

Source : pmsi M12 2011 et 2010 « synthèse infra annuelle des établissements »

3.2.3.3 Plan d'actions

Objectifs	Actions
Approfondir l'action de contractualisation avec les établissements de santé	<ul style="list-style-type: none"> Remonter au niveau national les résultats du ciblage des établissements de santé Contrôler les établissements ciblés Négocier et conclure des plans d'actions avec les établissements contrôlés Remonter au niveau national la synthèse sur les plans d'actions mis en œuvre

3.2.3.4. Calendrier et suivi de l'avancement au 30 juin 2012

Au 30 juin 2012, huit établissements enregistraient un taux de croissance > 3%, sur les 6 premiers mois de l'année et ont fait l'objet d'un suivi préventif au titre des dépenses de l'année précédente. Quatre établissements publics ont été ciblés et ont fait l'objet d'un contrôle afin de s'assurer de l'utilisation des médicaments et dispositifs médicaux « onéreux » conforme aux référentiels de bon usage nationaux.

3.2.3.5. Évaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les neuf autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS.

L'indicateur de résultat retenu pour 2012 est le « taux de contractualisation avec les établissements ciblés qui doivent faire l'objet d'une contractualisation ».

L'indicateur de suivi est le « taux d'établissements ciblés ayant fait l'objet d'un contrôle ».

3.2.4. Le programme Prescriptions Hospitalières Médicamenteuses Exécutées en Ville (PHMEV)

L'objectif du programme PHMEV est l'amélioration de la régulation des dépenses de PHMEV en s'appuyant sur l'identification puis la contractualisation avec les établissements ciblés, caractérisés par un non-respect des bonnes pratiques et des évolutions importantes de leurs dépenses.

3.2.4.1. Rappel des objectifs du programme¹¹

Les dépenses de prescriptions hospitalières en ville du régime général représentent 7,9 Md€ en 2008 soit 19,6% de l'ensemble des prescriptions remboursées en ville. Entre 2007 et 2008 ces dépenses ont augmenté de +5,5%. **Près de la moitié de la progression provient des dépenses de pharmacie.** Structurellement les prescriptions hospitalières de médicaments ont une croissance plus dynamique que celles de la ville, car les classes de médicaments qui la composent sont associées à des pathologies lourdes (VIH, cancer, hépatite, sclérose en plaque, etc.) dont les traitements sont coûteux et sujets à des innovations thérapeutiques importantes.

¹¹Instruction relative à la mise en œuvre des prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en Ville (2010)

Les prescriptions concernées sont celles qui sont effectuées par des médecins hospitaliers pour les patients non hospitalisés, (prescriptions de sortie d'hôpital, de consultations externes et des services d'urgence) délivrées soit par les pharmacies d'officine, soit par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé dans le cadre de la rétrocession.

En 2009, ces prescriptions représentaient 28% du poste médicament sur l'enveloppe de soins de ville (22% délivrées en officine et 6% en rétrocession), avec une croissance supérieure à la moyenne (7% entre 2008 et 2009). A eux seuls ils représentent 68% de la croissance du poste.

Bien que plusieurs facteurs structurels (type de molécules prescrites, baisse de prix et inscription au répertoire des génériques concentrée sur des classes peu prescrites à l'hôpital, évolution des modalités de prise en charge entraînant une baisse des durées des séjours et une augmentation des besoins de soins prescrits) expliquent cette évolution, elle doit néanmoins rester soutenable par la collectivité.

Les prescriptions hospitalières en ville, pour les établissements anciennement sous dotation globale, représentent 3,4 Md€ de dépenses pour l'assurance maladie (tous régimes).

Près de 60 % des prescriptions hospitalières en ville (hors rétrocession) concernent des médicaments non génériqués, se répartissant principalement entre les anticancéreux, les antirétroviraux (VIH et hépatites), les érythropoïétines (IRC, hémopathies) et les immunomodulateurs (polyarthrite rhumatoïde, transplantation). Les médicaments utilisés dans le traitement des maladies cardio-vasculaires, des troubles du métabolisme (diabète) et de l'asthme arrivent loin derrière, représentant 16 % des prescriptions : les Anti-Agrégants Plaquettaires (AAP) représentent 25 % de la dépense, les anti-hypertenseurs 19 %, les antidiabétiques 17 % et les anti-asthmatiques 15 %.

Les antipsychotiques représentent 70 % des dépenses de médicaments prescrits en psychiatrie.

Des disparités importantes sont observées au sein des différentes classes pharmacologiques : 76 % des médicaments du VIH et de l'hépatite sont prescrits par des médecins hospitaliers (sans compter la rétrocession), 82 % des immunosuppresseurs, 84 % des hormones de croissance et 70 % des EPO.

Les prescriptions de médicaments anti-cancéreux délivrés en officines émanent des hôpitaux publics dans seulement 54 % des cas tout comme pour la polyarthrite rhumatoïde (52 %). Parmi les pathologies chroniques, les AAP sont prescrits dans 17 % des cas par des hospitaliers alors que c'est le cas pour seulement 5 % des anti-hypertenseurs.

La disparité des données de remboursement d'une classe de médicament (ou de produit LPP) peut être un bon indicateur de la pertinence de choix du thème d'accompagnement dans les régions à forte consommation.

Le programme PHMEV vise à réguler l'évolution des dépenses de ces prescriptions, qui représentent un enjeu financier de 6 Md€ avec une progression rapide puisque les 2/3 de la croissance de toutes les dépenses médicamenteuses de ville sont liés à ces prescriptions.

Pour parvenir à l'objectif de 60 millions d'euros d'économie sur ce poste dès 2011, quatre actions ont été retenues :

- Fixer un taux national d'évolution des dépenses de PHMEV ;
- Développer l'accompagnement et la contractualisation avec les établissements dont le taux d'évolution des dépenses PHMEV est supérieur au taux national ;
- Permettre l'identification des prescripteurs hospitaliers et adapter l'accompagnement et la contractualisation à ces nouvelles données ;
- Favoriser la diffusion des logiciels d'aide à la prescription médicamenteuse (LAP).

3.2.4.2. Etat des lieux régional et diagnostic

Le tableau ci-après présente l'évolution constatée entre 2010 et 2011 pour la région Basse-Normandie :

	Janvier à décembre 2011	Janvier à décembre 2010	Taux d'évolution
Pharmacie de « ville »	80 616 145	75 331 914	7,01%
Rétrocession	36 590 765	35 573 057	2,86%

Le taux d'évolution global régional 2010/2011 pour l'ensemble des établissements (ex-DG, ESPIC) était de 5,5 %.

En 2012, le taux d'évolution global a pris en compte les champs suivants : la pharmacie de ville (PV), la rétrocession et les produits de la LPP. La notion d'un éventuel transfert entre le secteur libéral et hospitalier dans le bassin d'attractivité de l'établissement a été analysée. **La rétrocession de certains médicaments particulièrement onéreux comme les facteurs anti hémophiliques peut influencer de manière significative le taux d'évolution global pour certains établissements.**

3.2.4.3 Plan d'actions

Objectifs	Actions
Approfondir l'action de contractualisation avec les établissements de santé	<p>Communiquer les données/bilans des prescriptions aux établissements de santé</p> <p>Diffuser des bonnes pratiques de prescription</p> <p>Accompagner les établissements de santé et engager la contractualisation sur l'évolution des dépenses 2012</p> <p>Evaluer les contrats 2011 en visant leur enrichissement qualitatif et en actualisant, le cas échéant, les taux 2012 et 2013</p>

3.2.4.4. Calendrier et suivi de l'avancement au 30 juin 2012

Compte tenu des chiffres de l'année complète 2011/2010, quatre établissements ont été mis en alerte en 2011 (avec un taux d'évolution supérieur à 5 %). Trois autres établissements représentant un fort enjeu régional ont également été sensibilisés.

Un contrat a été proposé en 2012 à quatre établissements, l'objectif est de faire tendre le taux d'évolution global vers 5 % au terme des 3 ans.

3.2.4.5. Evaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS.

L'indicateur de résultat retenu pour 2012 est le « taux d'évolution des dépenses de PHMEV ».

L'indicateur de suivi est le « taux d'établissements ciblés ayant signé un contrat ».

3.2.5. Le programme imagerie médicale

3.2.5.1. Rappel des objectifs du programme¹²

Le développement d'une imagerie médicale efficiente constitue une priorité nationale partagée par l'Assurance Maladie, le Ministère des affaires sociales et de la santé.

L'efficacité de l'offre en imagerie médicale implique, pour un coût soutenable, à la fois la pertinence de l'indication, l'efficacité de l'organisation de l'offre (choix et répartition des équipements, organisation des équipes...), l'accessibilité et la qualité/sécurité de l'examen.

L'imagerie médicale présente des enjeux majeurs compte tenu de sa place prépondérante et croissante dans la stratégie thérapeutique (diagnostic, adaptation des traitements et actes interventionnels), des progrès technologiques et des coûts correspondants aux examens.

Axe 1 : favoriser un égal accès aux équipements lourds de la population par le développement soutenable de l'offre en équipements lourds

Compte tenu des objectifs du plan Cancer en matière de taux d'équipement en appareils IRM, des disparités observées sur le territoire en matière de délai d'accès aux soins, de l'augmentation des indications observées sur ces modalités d'imagerie et des objectifs en matière de radioprotection, un développement de l'offre du parc des appareils IRM est attendu dans les prochaines années. Aussi, **afin de concilier amélioration de l'offre en équipements IRM et objectif de maîtrise de l'ONDAM, les ARS devront définir dans les prochaines semaines les objectifs en termes de potentialités de diversification du parc.**

En effet, le développement soutenable de l'offre en équipements IRM passe notamment par la réalisation d'une fraction des actes de remnographie sur des appareils plus efficaces pour ces indications. Les IRM plus efficaces sont des IRM, qui pour des topographies d'examen données (ostéoarticulaire et rachis), permettent de réduire sensiblement le coût de production de l'acte comparativement à une IRM polyvalente. En conséquence, la gestion du parc devra tenir compte de ces possibilités de diversification par la mobilisation de deux leviers :

- les nouvelles autorisations afin de répondre aux besoins d'installation de capacités supplémentaires ;
- la substitution d'appareils plus efficaces pour les indications ostéoarticulaires et rachis aux appareils polyvalents lors du renouvellement des appareils, en fonction des potentialités exprimées par la typologie des actes réalisés dans la région.

Axe 2 : éviter la réalisation d'actes d'imagerie conventionnelle non indiqués ou redondants par la mise en œuvre d'un plan d'accompagnement des médecins généralistes prescripteurs et des radiologues en secteur libéral d'une part, et des établissements de santé publics et assimilés (ESPIC dont CLCC) d'autre part, sur les actes d'imagerie conventionnelle portant sur le crâne et/ou le massif facial quel que soit le nombre d'incidences, le thorax et l'abdomen sans préparation.

¹²Instruction relative à la relative à la priorité de gestion du risque en Imagerie médicale du 27/04/2010

Ce plan d'accompagnement consiste à :

- déployer les recommandations de bon usage de l'imagerie standard sur les 3 topographies ;
- informer les prescripteurs et les radiologues sur l'évolution des conditions de prises en charge des actes à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).

Les actions d'accompagnement auprès des médecins généralistes prescripteurs et des radiologues en secteur libéral seront conduites par l'Assurance Maladie. Les actions auprès des établissements de santé publics ciblés seront effectuées en concertation entre l'ARS et l'Assurance Maladie.

3.2.5.2 Etat des lieux régional et diagnostic

Basse-Normandie	Nombre d'appareils IRM autorisés			Nombre d'appareils IRM installés			Nombre d'autorisation 1,5t arrivant à échéance en :		
	<1,5T	1,5T	>1,5T	<1,5T	1,5T	>1,5T	2013	2014	2015
Total	0	10	1	0	11	0	1	4	3

Basse-Normandie	Appareil IRM	Puissance IRM (tesla)	Nombre total actes IRM	Dont examens ostéoarticulaires (OA)			
				Membres inférieurs	Membres supérieurs	Rachis sans injection	Total OA
Total	11	1,5T	73104	17759	3285	13276	34320

La prise en charge des patients est relativement difficile dans la région en raison d'un manque d'équipements et d'un problème de démographie médicale, notamment. La Basse-Normandie, au-delà des IRM nécessaires qui doivent répondre aux indices du plan cancer souhaite également consacrer un temps machine supplémentaire dédié à la cardiologie mais aussi assurer la substitution de certains actes aujourd'hui irradiants.

3.2.5.3 Plan d'actions

Objectifs	Actions
Mettre en œuvre la diversification du parc des IRM	Mettre en place la procédure de renouvellement des autorisations L 6122-9 Connaître les potentialités de diversification pour chaque site comportant au moins 1 IRM Compléter les SROS-PRS afin de favoriser la diversification Attribuer des autorisations sur des équipements IRM ostéo-articulaires Réaliser un plan d'accompagnement sur l'imagerie en coupe selon recommandations HAS
Finaliser l'accompagnement sur l'imagerie conventionnelle	Réaliser l'accompagnement des établissements de santé

3.2.5.4. Calendrier et suivi de l'avancement au 30 juin 2012

L'objectif concernant la diminution des actes de radiologie conventionnelle a vu son action suspendue en 2011.

Dans le cadre du dialogue de gestion mené par la CNAMTS et la DGOS avec l'ARS, l'objectif de diversification pluriannuel a été fixé à 6,3% en 2013, 11,1% en 2014 et 10% en 2015.

3.2.5.5. Evaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les neuf autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS.

L'indicateur de résultat retenu pour 2012 est le « taux de réalisation de l'analyse de la potentialité de diversification ».

L'indicateur de suivi est le « taux d'injonction de dépôt de dossier complet de demande de renouvellement d'autorisation (selon L6122-9) avec remplacement d'appareil ».

3.2.5.4. Calendrier et suivi de l'avancement au 30 juin 2012

L'objectif concernant la diminution des actes de radiologie conventionnelle a vu son action suspendue en 2011.

Dans le cadre du dialogue de gestion mené par la CNAMTS et la DGOS avec l'ARS, l'objectif de diversification pluriannuel a été fixé à 6,3% en 2013, 11,1% en 2014 et 10% en 2015.

3.2.5.5. Evaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les neuf autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS.

L'indicateur de résultat retenu pour 2012 est le « taux de réalisation de l'analyse de la potentialité de diversification ».

L'indicateur de suivi est le « taux d'injonction de dépôt de dossier complet de demande de renouvellement d'autorisation (selon L6122-9) avec remplacement d'appareil ».

3.2.6. Le programme Chirurgie ambulatoire

Le programme chirurgie ambulatoire a pour objectif de renforcer le développement de la chirurgie ambulatoire dans son ensemble en tant que chirurgie « qualifiée et substitutive » à la chirurgie en hospitalisation à temps complet.

3.2.6.1. Rappel des objectifs du programme¹³

La chirurgie ambulatoire, hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit, est une priorité nationale et constitue un levier majeur d'amélioration et de structuration de l'offre de soins. Elle s'inscrit dans les enjeux organisationnels des SROS-PRS en tant qu'alternative à l'hospitalisation complète.

Pratique centrée sur le patient, la chirurgie ambulatoire représente un véritable saut qualitatif de la prise en charge. Son bénéfice n'est plus à démontrer : d'abord pour le patient, mais aussi en termes de qualité des soins, d'efficience de l'organisation et des ressources des plateaux techniques de chirurgie, ainsi que de la satisfaction des personnels.

Les politiques mises en œuvre depuis 2003 (SROS 3, politique d'incitation tarifaire, mise sous accord préalable de la CNAMTS, outils d'analyse et organisationnels de la MEAH), ont, certes, abouti à des résultats encourageants. Toutefois, la chirurgie ambulatoire continue d'accuser un retard en France par rapport aux autres pays de l'OCDE, et l'on observe d'importantes disparités entre les secteurs, les régions et selon les gestes.

Les objectifs du programme au niveau régional sont :

- Développer la chirurgie ambulatoire dans son ensemble, y compris en poursuivant et amplifiant les démarches d'ores et déjà engagées de mise sous accord préalable des établissements pour certains actes ;
- Structurer une offre de chirurgie ambulatoire cohérente au niveau des territoires de santé, en anticipant les réorganisations de l'offre globale de l'offre de soins de chirurgie qui en découlent ;
- Développer la qualité et l'efficience des soins de chirurgie ambulatoire, en passant notamment par une liaison renforcée des établissements de santé tant avec les médecins traitants qu'avec les structures d'aval.

Cette démarche sera appuyée au niveau national par :

- La poursuite et l'intensification des mesures d'incitations tarifaires au développement de la chirurgie ambulatoire ;
- Une réflexion sur le développement des centres de chirurgie ambulatoire « exclusive ».

Ces objectifs s'inscrivent dans le cadre d'un programme pluriannuel en cours d'élaboration, piloté par la DGOS et associant la DSS, la CNAMTS, l'ANAP, la HAS, 5 ARS, l'AFCA et les sociétés savantes.

¹³Instruction relative à la relative à la priorité de gestion du risque relative à la chirurgie ambulatoire du 27/12/2010

3.2.6.2. Etat des lieux régional et diagnostic

Taux de recours en chirurgie ambulatoire (pour 1000 habitants – standardisation par sexe et par âge)

	2006		2007		2008		2009	
	Taux brut	Taux standard						
Basse-Normandie	23,2	22,7	22,2	21,7	23,8	23,2	27,3	26,5
National	25,9	25,9	25,2	25,2	26,4	26,4	28,8	28,8

Taux de recours en chirurgie pour 1000 habitants et par tranche d'âge

	Classe d'âge	2008			
		Taux brut	Taux standard	Taux brut	Taux standard
Basse-Normandie	< ou = 3 ans	55,7	54,1	51	54,7
	De 4 à 17 ans	35,8	35,1	33,1	33,2
	De 18 à 74 ans	77,4	75,5	76,1	76,4
	75 ans et plus	175,8	180,5	187,8	192,5

Taux global de chirurgie ambulatoire (GHM en C sans nuitée) sur le total de la chirurgie

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Basse-Normandie	29,6%	28,5%	30,9%	35,1%	36%	38,7%

Le taux de recours régional à la chirurgie ambulatoire (pour 1000 habitants), en Basse-Normandie, est inférieur au taux national (en 2009, BN : 26,5, France : 28,8, soit – 2,3 points).

L'écart avec le taux national diminue (-3,5 points en 2007, - 2,3 points en 2009).

En Basse-Normandie, sur la période de 2007 à 2009, le taux de recours à la chirurgie ambulatoire a évolué de 21,7 à 26,5, soit + 4,8 points. Cette évolution est plus rapide que celle concernant le recours à la chirurgie totale (passage de 74,6 à 76,1, soit + 1,5 point).

A noter : Le recours à la chirurgie ambulatoire diffère entre départements (3,5 points d'écart au maximum). Ce recours est le plus développé dans le Calvados (28,4), puis l'Orne (25,3), puis la Manche (24,9).

- La Manche est donc le département de Basse-Normandie où le recours à la chirurgie est le moins important, tant pour la chirurgie globale que pour la chirurgie ambulatoire. Ce département enregistre cependant la plus forte progression du taux de recours à la chirurgie ambulatoire (5,8 points) ;
- L'Orne est le département de Basse-Normandie où le recours à la chirurgie est le plus important mais où le recours à la chirurgie ambulatoire reste moins important que dans le Calvados. L'évolution du taux de recours à la chirurgie ambulatoire progresse néanmoins de 3,5 points ;
- Le taux de chirurgie ambulatoire du Calvados progresse de 4,7 points.

En 2011, le taux de chirurgie ambulatoire (taux global) réalisée par les établissements bas-normands est de 38,5%. Sur les seuls 17 gestes marqueurs, le taux de chirurgie ambulatoire est de 76%.

3.2.5.3 Plan d'actions

Objectifs	Actions
Atteindre une cible de développement globale et par geste marqueur 2012-2013	<ul style="list-style-type: none"> Contractualiser avec l'Etat sur des cibles régionales de développement Elaborer et mettre en œuvre un plan d'actions pluriannuel qui intègre la lisibilité et la maîtrise de l'aspect substitutif Contractualiser avec les établissements de santé dans le cadre du SROS-PRS sur une cible pluriannuelle de développement et des indicateurs d'évaluation adaptée et de qualité de prise en charge Cibler en priorité les établissements les plus en retard et ceux disposant d'un fort potentiel Mettre en place des ateliers interrégionaux sur la chirurgie ambulatoire
Poursuivre et élargir la mise en œuvre de la MSAP	<ul style="list-style-type: none"> Elargir la MSAP à 38 gestes marqueurs

3.2.6.4. Suivi de l'avancement au 30 juin 2012

Atteindre une cible de développement globale et par geste marqueur 2012-2013

- Le diagnostic régional a été réalisé et présenté à l'ensemble des directeurs d'établissements, chirurgiens et anesthésistes au cours d'une soirée dédiée en avril 2011 ;
- Le plan d'actions pluriannuel sera finalisé pour le troisième trimestre 2012 ;
- L'analyse des potentiels de développement des établissements sera proposée au troisième trimestre 2012 ;
- Les ateliers interrégionaux se sont tenus le 20 juin 2012.

Mise sous accord préalable

- En 2011, 9 établissements ont été ciblés et mis sous accord préalable pour la prise en charge en hospitalisation complète d'interventions pouvant être réalisées en chirurgie ambulatoire : 3 dans le Calvados, 4 dans la Manche et 2 dans l'Orne. Ces MSAP se sont déroulées sur la période du 1er mai 2011 au 30 octobre 2011. L'évaluation est en cours ;
- Pour 2012, la procédure de MSAP sur 38 gestes est en cours.

3.2.6.5. Evaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les neuf autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS.

L'indicateur retenu pour 2012 est le « taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (taux global) ».

Les indicateurs de suivi de la mise en œuvre pour 2012 sont :

- Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (17 gestes marqueurs) ;
- Taux de mise sous accord préalable (38 gestes).

3.2.7. Les 2 programmes EHPAD : Efficience et Prescription

3.2.7.1. Rappel des objectifs des programmes¹⁴

Rappel du contexte :

En France, les personnes de 65 ans et plus représentent 16 % de la population française ce qui correspond à environ 40% de la consommation de médicaments en ville. On constate une polymédication fréquente chez le sujet âgé polypathologique, ce qui entraîne un risque accru de iatrogénie : la iatrogénie serait responsable de plus de 10% des hospitalisations chez les plus de 65 ans et de près de 20% chez les octogénaires.

Ce secteur a connu de fortes évolutions depuis dix ans (accroissement des places, médicalisations de celles-ci). L'assurance maladie consacre aujourd'hui près de 6 Md€ au financement des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes et aura consacré à la fin de la deuxième vague de médicalisation, 1,3 Md€ à renforcer les ressources des établissements afin de mieux prendre en compte l'évolution des besoins en soins de la population âgée (notamment les besoins en soins techniques liés à l'accroissement du caractère polypathologique du grand âge).

La gestion du risque en EHPAD est l'une des 10 priorités nationales : deux programmes sont déclinés en plan d'actions (1) **efficience des EHPAD** et (2) **qualité et efficience de la prescription dans les EHPAD**.

L'enjeu est aujourd'hui d'améliorer la coordination des professionnels de santé intervenants et l'organisation des établissements en vue d'une qualité de la prise en charge des résidents, de les doter d'outils de suivi de leurs dépenses et de leurs résidents, de poursuivre l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le forfait de soins et de diffuser les règles de bonnes pratiques en soins.

¹⁴Instruction relative à la relative à la priorité de gestion du risque dans les EHPAD du 22/10/2010

Les objectifs poursuivis sont :

- Améliorer la coordination des professionnels de santé et la qualité de la prise en charge en EHPAD ;
- Elaborer et déployer des systèmes d'information pour permettre le suivi et l'analyse des dépenses de soins des EHPAD ;
- Inciter à une gestion et une organisation plus efficaces de l'EHPAD et évaluer la qualité de la prise en charge et des soins ;
- Renforcer et diffuser les bonnes pratiques professionnelles en EHPAD ;
- Inciter les EHPAD à contractualiser sur des objectifs d'amélioration de la prescription et de la coordination des soins ;
- Aider les EHPAD à élaborer une liste préférentielle de médicaments efficace.

Ces actions seront menées par l'ARS qui organisera notamment des réunions infra-régionales sur les bonnes pratiques professionnelles en soins avec les EHPAD et mettra en œuvre les outils de suivi des dépenses et de mesure de l'efficacité dans ces établissements. Elle diffusera également aux EHPAD la méthodologie d'élaboration de la liste préférentielle de médicaments.

3.2.7.2. Etat des lieux régional et diagnostic

En 2015, selon les projections de l'INSEE, 1 personne sur 4 dans le département du Calvados aura plus de 60 ans ; 1 sur 3 (29%) dans la Manche et un niveau quasi similaire dans l'Orne.

En 2015, le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus, dans les départements de la Manche et l'Orne, aura observé une augmentation de 20 % depuis 2005. 12 % de la population départementale sera alors très âgée avec toutefois un taux plus mesuré de 9 % dans le Calvados.

3.2.7.3. Plan d'actions

Objectifs	Actions
Réduire la iatrogénie médicamenteuse en EHPAD	Impulser en lien avec les OMEDIT des conduites de projets sur le sujet médicament dans les régions où une telle démarche n'a pas déjà été lancée en vue de produire des outils mis à disposition des EHPAD (liste préférentielle de médicaments, fiches sur bonnes prescriptions médicamenteuses, circuit du médicament, etc) Veiller à ce que les 1 200 EHPAD renouvelant leur convention tripartite bénéficient de la formation PATHOS/GDR «Vetel» S'informer de l'objet et du calendrier des visites individuelles d'accompagnement des EHPAD de l'AM en vue d'une complémentarité des démarches Inciter les EHPAD à inscrire le sujet des bonnes prescriptions médicamenteuses à l'ordre du jour de la commission de coordination gériatrique
Renforcer l'efficacité de l'organisation des EHPAD et évaluer la qualité de la prise en charge et des soins	Accompagner et suivre la montée en charge de la signature des contrats-types de coordination Reconduire les réunions locales sur les bonnes pratiques en améliorant le taux de participation des EHPAD et le taux de mise en œuvre par les EHPAD des actions GDR liées à ces réunions en utilisant les données de consommation de soins de l'AM lorsqu'elles seront disponibles Associer l'AM et l'URPS à ces réunions locales
Déployer un suivi et une analyse de l'efficacité des EHPAD	Appliquer des ratios généralisés d'analyse des dépenses de soins des EHPAD Construire une analyse comparative des coûts des EHPAD à partir de GHE et identifier les établissements appelant une action ciblée

3.2.7.4. Calendrier et suivi de l'avancement au 30 juin 2012

En 2011, trois réunions départementales se sont tenues sur le thème principal de la dénutrition. Le taux de participation régional était de 61%.

Le taux de mise en œuvre par les EHPAD d'un plan d'actions GDR était de 36%.

13% des masseurs-kinésithérapeutes et 11% des médecins interviennent en EHPAD avec un contrat de coordination.

En 2012, les trois réunions départementales seront consacrées aux recommandations de prise en charge médicamenteuse, et en particulier de neuroleptiques chez les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer.

Trois ratios d'analyse des dépenses de soins en EHPAD ont été appliqués - sur la base des comptes administratifs/comptes d'emploi 2010 - à la totalité des EHPAD du département de l'Orne soit 46 établissements.

L'OMEDIT conduit une démarche portant sur le médicament en EHPAD : sur la iatrogénie liée à la dénutrition en 2011 et la réalisation d'outils régionaux autour de la prise en charge médicamenteuse en 2012.

3.2.7.5. Evaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les neuf autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS.

Les indicateurs de résultat retenus pour 2012 sont :

- Pour le programme EHPAD Prescription : « % d'EHPAD ciblés ayant mis en œuvre un plan d'action à la suite de leur participation aux réunions d'information organisées par les ARS » ;
- Pour le programme EHPAD Efficience : « taux de mise en œuvre par l'ARS pour un échantillon d'EHPAD de trois taux d'analyse ».

Les indicateurs de suivi sont :

- Taux de PS libéraux (médecins et MK) intervenant en EHPAD avec contrat de coordination ;
- % de médecins libéraux intervenant en EHPAD indemnisés pour avoir participé à une réunion annuelle de la commission de coordination gériatrique ;
- Taux d'EHPAD ayant inscrit à l'ordre du jour d'au moins une réunion en 2012 de leur commission de coordination gériatrique un sujet en lien avec le médicament ;
- Taux d'EHPAD ayant mis en œuvre la première étape de démarche de maîtrise en lien avec les réunions locales ;
- Nombre de réunions organisées en 2012 et format de ces réunions ;

- Taux de participation des EHPAD aux réunions locales sur les bonnes pratiques et taux de progression par rapport à 2011 ;
- Thèmes traités en réunions locales autres que celui des neuroleptiques ;
- Autres thèmes de GDR intéressant les EHPAD ;
- Conduite par l'OMEDIT d'une démarche portant sur le médicament en EHPAD.

3.2.8. Le programme Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

3.2.8.1. Rappel des objectifs du programme

Entre 2007 et 2009, l'activité de SSR mesurée en nombre de journées en hospitalisation complète a augmenté de 2,53% (dont + 6,68% pour le secteur hors dotation globale). Sur la même période, les dépenses ont progressé de 4,1%.

Sur ce secteur les enjeux sont multiples : il s'agit de (1) **Harmoniser la qualité et le positionnement de l'offre de soins SSR dans l'offre de soins globale sur l'ensemble du territoire**, (2) **Renforcer la fluidité du parcours des patients entre MCO SSR et domicile** (dont médico-social et social), (3) **Améliorer la connaissance de l'activité et des coûts du secteur SSR via la création ou l'amélioration de tous les outils nécessaires à la mise en œuvre de la T2A** (systèmes d'information par ex.).

Ce programme poursuit ainsi plusieurs objectifs :

- maîtriser l'évolution des dépenses dans le respect des taux d'évolution de l'ONDAM ;
- adapter l'offre SSR aux besoins, dans le respect des référentiels HAS ;
- préparer la réforme de financement (tarification à l'activité) ;
- mettre en œuvre la mise sous accord préalable prévue par la LFSS 2011.

3.2.8.2. Etat des lieux régional et diagnostic

Les données disponibles quant aux ressources perçues par les établissements soulignent une augmentation régulière d'année en année (voir tableau ci-dessous) des ressources allouées aux établissements. Cette augmentation s'explique par de nombreux facteurs, vieillissement de la population, politiques de santé, baisse des Durées Moyennes de Séjour (DMS) en établissements etc.

Basse-Normandie	Campagne 2011	103 991 871
	Campagne 2010	97 713 371
	Campagne 2019	81 821 880

Cette progression se retrouve également, d'une année sur l'autre, soulignée dans l'évolution du nombre de lits et places autorisés par établissements (voir tableau ci-après).

Départements	Projections 2009		Projections 2010	
	Lits installés	Places installées	Lits installés	Places installées
Calvados	4 674	726	5 406	884
Manche	9 348	1 452	10 812	1 768
Orne	18 410	2 874	21 314	3 496

3.2.8.3. Plan d'actions

Objectifs	Actions
Mieux positionner les SSR dans l'offre de soins régionale	Poursuivre la MSAP des établissements ciblés Par activité ciblée, suivre le nombre de SSR mis effectivement sous MSAP par rapport au nombre total de SSR ciblés Dresser un bilan de la MSAP SSR
Améliorer la fluidité du parcours de soins du patient entre SSR et champ médico-social	Présenter le projet de convention SSR-EHPAD aux SSR aux établissements et organiser une concertation préalable avec les fédérations Obtenir que 10% des SSR concernés signe au moins une convention avec 1 EHPAD
Améliorer l'efficacité à court terme des nouveaux SSR	Analyser les indicateurs d'efficacité, repérer des atypies et proposer des actions correctrices Proposer des objectifs d'efficacité pour les établissements anormalement atypiques Mettre en œuvre le score de risques financiers des données PMSI et alerter les établissements en situation difficile
Améliorer l'orientation des patients entre MCO et SSR	Régions utilisant un outil d'orientation : 50% des SSR et 50% au moins des MCO engagés

3.2.8.4. Calendrier et suivi de l'avancement au 30 juin 2012

En 2011, cinq établissements ont fait l'objet d'une mise sous accord préalable.

3.2.8.5. Evaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les neuf autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS.

L'indicateur de résultat retenu pour 2012 est le « taux d'établissements mis sous accord préalable par rapport à la cible ».

Les indicateurs de suivi sont :

- Durée de prise en charge ;
- Taux d'attractivité ;
- Taux de fuite ;
- Taux de retour précoce en MCO ;
- Modes de sortie du SSR ;
- Taux d'orientation en SSR ;
- Taux d'entrée directe en SSR ;
- Nombre de conventions signées par les SSR personnes âgées avec les EHPAD.

3.2.9. Le programme permanence des soins ambulatoire et urgences

L'objectif du programme est l'amélioration de la prise en charge des demandes de soins non programmées lors des horaires de Permanence Des Soins Ambulatoire (PDSA).

3.2.9.1. Rappel des objectifs du programme¹⁵

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) et le décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 ont modifié le cadre réglementaire de la PDSA, afin d'apporter souplesse et cohérence à son organisation et son pilotage pour répondre à un double enjeu :

- Améliorer la qualité de l'accès aux soins des personnes qui cherchent un médecin aux heures de fermeture des cabinets médicaux ;
- Accroître l'efficacité du dispositif global dans un contexte de maîtrise de l'ONDAM, via des dispositifs plus adaptés aux spécificités territoriales.

Pour mémoire, les principes du nouveau dispositif sont les suivants :

- Renforcement de la régulation médicale : orienter le patient vers le médecin, la structure, la prise en charge adaptée à sa demande ;
- Adaptation des modalités d'effectation – notamment coordination avec les établissements de santé en deuxième partie de nuit ;
- Modification des règles de rémunération de la PDSA. L'ARS est compétente, dans le cadre d'une enveloppe fermée (comprenant les forfaits d'astreinte et de régulation) ;
- Le nombre d'actes et la part des actes régulés font partie des indicateurs de suivi ;
- La rémunération est différente selon les fonctions (effectation – régulation) et modulée selon les sujétions.

Pour ce faire, le pilotage des nouveaux dispositifs locaux est confié aux ARS tant en termes d'organisation que de rémunération de la PDSA.

3.2.9.2. Etat des lieux régional et diagnostic

Les données ci-après présentent l'activité journalière et nocturne des urgences et de la PDSA. Les données sont présentées pour la totalité de la région.

Activité journalière 2010 des urgences et de la PDSA

Etablissement	Urgences (source : SAE+ enquête 2009)				PDSA 2010 (source : MSA, RSI, RG 2010, en nombre d'actes majorés)			
	Activité journalière 2010	dont: activité CCMU 2 à 6	Activité CCMU1	Activité réalisable par MG (déclaratif)	Consultations	Visites	Non définis	Total
Total région	1310	1063	148	99	112,5	86,3	40,2	239,0

Activité de nuit en 2010 des urgences

Etablissement	Urgences: arrivée entre 24h et 8h (1) (source SAE + enquête 2009)			
	Activité journalière 2010	dont : activité CCMU 2 à 6	Activité CCMU1	Activité réalisable par MG (déclaratif)
Total région	92	71	14	7

(1) L'activité de nuit est estimée par l'enquête 2009. Le taux régional de 7% observé est appliqué pour tous les établissements

Activité journalière de PDSA en 2010

Milieu de Nuit (24h-6h)	Nuit (20h-24h / 6h-8h)	Dimanche et jours fériés	Urgences	Total
16,8	69,7	149,8	2,6	239,0

PDSA 2010 (source: MSA, RSI, RG 2010)

¹⁵Instruction relative à la Permanence des soins ambulatoire du 13 juillet 2011

3.2.9.3. Plan d'actions

Objectifs	Actions
Consolider la PDSA	Mettre en œuvre les cahiers des charges Développer un contrôle en lien avec les CPAM sur les actes réalisés aux horaires de PDSA (effectivité de la régulation préalable à tout acte effectué dans le dispositif)

3.2.9.4. Calendrier et suivi de l'avancement au 30 juin 2012

Le cahier des charges régional organisant la permanence des soins en Basse-Normandie a été réalisé. Outre l'organisation globale de la permanence des soins il précise en outre les conditions de rémunération des professionnels et le suivi du dispositif.

3.2.9.5. Evaluation des actions

Au niveau national, en 2012, l'indicateur d'évaluation de ce programme est neutralisé.

3.3. La déclinaison des programmes nationaux de gestion du risque de l'assurance maladie

Conformément au contrat d'objectifs Etat-UNCAM, ces actions comportent trois axes :

3.3.1. Les programmes de maîtrise médicalisée en ville

Ces programmes permettent de poursuivre et développer la maîtrise médicalisée. Ils reposent sur des actions d'information, de sensibilisation et de pédagogie auprès des médecins et sur la remise d'outils, de mémos et de recommandations, ainsi que de relevés de situation des prescriptions du praticien.

L'information et la sensibilisation menées auprès des prescripteurs sont prolongées par des actions d'accompagnement d'autres professionnels de santé et par une information délivrée aux assurés.

Les caisses et les services médicaux poursuivent leur travail de sensibilisation des prescripteurs en matière de médicaments. L'objectif consiste en un meilleur respect des recommandations scientifiques avec à la clé une diminution des traitements inutiles et l'optimisation du soin et de la dépense. A ce titre plusieurs actions récurrentes d'accompagnement des professionnels de santé sont reconduites :

- **Antiagrégants plaquettaires** : l'objectif est d'encourager l'utilisation de l'aspirine lorsque le choix thérapeutique est possible entre ce principe actif et le clopidogrel, dans le plus strict respect des recommandations internationales. Ce choix est applicable dans le traitement des artériopathies oblitérantes des membres inférieurs.

- **Antibiotiques** : l'objectif est de promouvoir les recommandations relatives à l'antibiothérapie par voie générale en pratique courante notamment dans les infections respiratoires en incitant les prescripteurs à identifier les situations relevant d'une antibiothérapie et la nature de l'antibiothérapie recommandée.
- **Statines, inhibiteurs de la pompe à protons, antihypertenseurs** : s'agissant de traitements prescrits à une population importante et pour de longues années pour certains traitements, il importe, tant pour les patients eux-mêmes que pour la collectivité, que les médecins traitants prennent en considération dans leur choix le critère du coût des traitements qu'ils instaurent, dès lors bien sûr que l'efficacité et la sécurité en sont comparables et que l'indication et l'état de leurs patients le permettent.

Les autres actions, déjà engagées et dont la mise en œuvre est poursuivie, concernent des postes de dépenses importants. Ces actions ont pour objet d'augmenter l'efficacité des prescriptions. Il s'agit :

- **des indemnités journalières** : de nombreuses actions sont menées auprès des assurés (contrôles, communication), des professionnels de santé (place du repos dans la prise en charge thérapeutique, outils d'aide sur des durées de référence d'arrêts de travail par pathologies, contrôles) et des entreprises pour améliorer la prescription d'arrêt de travail.
- **des frais de transports** : l'objectif est d'informer et de sensibiliser les assurés et les professionnels de santé au bon usage des transports : adapter le type de transport en fonction de l'état d'autonomie et de santé du patient et rappeler que la prescription de transport relève d'une décision médicale.
- **de l'ordonnancier bi zone** : l'objectif est de rappeler les règles de bon usage de l'ordonnancier bi zone.
- **des actes de masso-kinésithérapie** : l'objectif est d'optimiser la prise en charge de l'activité de kinésithérapie libérale à travers plusieurs axes d'évolution : amélioration de la répartition démographique des kinésithérapeutes, poursuite des démarches de simplification administrative, amélioration de l'efficacité de la prise en charge avec référentiels de nombre de séances selon le type de rééducation.

De nouvelles actions d'accompagnement prévues en 2011 concernent les antalgiques, les antidépresseurs, les antidiabétiques, l'érythropoïétine, l'anti-TNF Alpha, la radiologie, la liste des produits et prestations, la pression positive continue.

Certaines thématiques peuvent concerner les prescripteurs exerçant en établissements de santé, le planning devra tenir compte des actions diligentées pour mettre en œuvre les dix priorités de gestion du risque.

3.3.2. Les programmes de renforcement de l'efficacité de l'offre de soins dans les établissements de santé

Ils comprennent quatre volets.

- **Poursuite de la maîtrise médicalisée dans les établissements** : à l'hôpital, notamment en matière de prescriptions hospitalières exécutées en ville pour les produits de santé et les transports, et en EHPAD avec des visites d'établissements et la diffusion de recommandations de bonne pratique, en lien avec les actions GdR ARS développées sur ces thèmes ;
- **Poursuite du programme de mise sous accord préalable (MSAP) en chirurgie ambulatoire et en hors ambulatoire**. Sont concernés les activités de chirurgie bariatrique et plastique, les hospitalisations de jour pour le diabète, les actes soumis à forfait sécurité environnement (SE) en consultation externe et les séjours hospitaliers classés en CM23 (lorsque les séjours sont classés dans cette catégorie on ne dispose pas d'information permettant d'identifier la pathologie) ;
- **Développement des MSAP pour les prestations d'hospitalisation en Soins de Suite ou de Réadaptation (SSR) pour un patient justifiant de soins de masso-kinésithérapie ambulatoire**¹⁶. L'objectif de cette action est d'assurer l'harmonisation des pratiques médicales par le respect des recommandations médicales de la HAS et de diminuer des hospitalisations non justifiées, par une meilleure adéquation de l'état du patient à sa prise en charge. L'ARS notifiera la MSAP à l'établissement exécutant la prestation, après ciblage par l'assurance maladie ;
- **Développement de la prévention, du dépistage et de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique**, en complément des actions menées par les ARS en vue de l'élaboration d'un état des lieux et d'une stratégie régionale en ce domaine.

3.3.3. Les plans de prévention et d'accompagnement des patients

Les régimes d'assurance maladie constituent l'un des acteurs importants des politiques de prévention, dans le cadre des orientations nationales déterminées par les lois de santé publique et les plans ou programmes en découlant, auxquels les régimes concourent en termes de financement et en termes opérationnels.

Au-delà de la sensibilisation des professionnels et des assurés, et notamment de ceux qui sont le plus éloignés du système de santé, à la nécessité de recourir aux actions qui leur sont proposés, les régimes d'assurance maladie développeront, en application des stipulations du contrat d'objectifs Etat-UNCAM et de leurs conventions d'objectifs et de gestion, des politiques d'information des assurés et d'éducation thérapeutique et d'accompagnement des patients.

- **Prévention bucco-dentaire**

Les régimes d'assurance maladie poursuivront leurs actions tendant à faire progresser le taux de participation à l'examen de prévention **MT'dents** et le recours aux soins dentaires, notamment pour les enfants résidant dans des zones défavorisées.

- **Dépistage organisé des cancers (sein, colorectal)**

Les régimes d'assurance maladie continueront à favoriser le dépistage des cancers, par des actions d'information des assurés et des professionnels, afin d'augmenter le taux de participation aux dépistages organisés et de réduire les inégalités régionales constatées en ce domaine. Un effort particulier sera proposé pour sensibiliser les personnes les plus éloignées du système de soins.

- **Vaccinations**

Concernant les campagnes de vaccination contre **la grippe saisonnière** ou contre la **Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)**, les régimes d'assurance maladie poursuivront leurs actions de sensibilisation des populations prioritaires en vue d'augmenter le taux de participation aux campagnes et la couverture vaccinale de la population. En cas de situation épidémique, l'ARS et les régimes d'assurance maladie étudieront toutes les mesures facilitant une vaccination rapide et accessible financièrement, y compris dans les cabinets libéraux.

- **Prise en charge et prévention de l'obésité**

Sur cet axe, les régimes d'assurance maladie poursuivront leurs programmes de prévention de l'obésité et de conseils nutritionnels en lien avec le médecin traitant. Un effort particulier sera mené auprès des populations défavorisées et des enfants, en complément des actions initiées par l'Etat (déploiement d'outils facilitant le dépistage du risque d'obésité) et les ARS (structuration de l'offre).

¹⁶cf. mesure prévue par la LFSS pour 2011



ANNEXES



ANNEXE 1 : TABLEAU DES INDICATEURS COMPOSITES POUR 2012

Programmes	Indicateurs 2012
Transports	Taux d'évolution des dépenses de transports prescrites à l'hôpital
PHMEV	Taux d'évolution des dépenses de PHMEV
Liste en sus	Taux de contractualisation avec les établissements ciblés qui doivent faire l'objet d'une contractualisation
Imagerie	Taux de réalisation de l'analyse de la potentialité de diversification
Insuffisance Rénale Chronique	Part des patients incidents traités par dialyse péritonéale sur patients dialysés à J90 du démarrage du traitement (indicateur déjà identifié dans le CPOM)
Chirurgie Ambulatoire	Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (taux global) (indicateur déjà identifié dans le CPOM)
Soins de Suite et de Réadaptation	Taux d'établissements mis sous accord préalable par rapport à la cible
EHPAD prescription	% d'EHPAD ayant mis en œuvre un plan d'action suite aux réunions d'information organisées par les ARS
EHPAD efficience	Taux de mise en œuvre par l'ARS pour un échantillon d'EHPAD de trois taux d'analyse sur un département

ANNEXE 2 : TABLEAU DES INDICATEURS DE SUIVI POUR 2012

Programmes		Indicateurs 2012
1	Transports	Taux d'établissements ciblés ayant signé un contrat
2	IRC	Part de patients pris en charge hors centre d'hémodialyse
		Part des patients diabétiques ayant bénéficié d'un dosage créatinine et d'une albuminurie
		Délais sur la liste d'attente de greffe
3	Liste en sus	Taux d'établissements ciblés ayant fait l'objet d'un contrôle
4	PHMEV	Taux d'établissements cibles ayant signé un contrat
5	Imagerie	Taux d'injonction de dépôt de dossier complet de demande de renouvellement d'autorisation (selon L 6122-9) avec remplacement d'appareil
6	Chirurgie Ambulatoire	Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (17 gestes marqueurs)
		Taux de mise sous MSAP (38 gestes)
7	EHPAD (qualité et efficience des soins)	Taux de PS libéraux (médecins et MK) intervenant en EHPAD avec contrat de coordination
		% de médecins libéraux intervenant en EHPAD indemnisés pour avoir participé à une réunion annuelle de la commission de coordination gériatrique
		Taux d'EHPAD ayant inscrit à l'ordre du jour d'au moins une réunion en 2012 de leur commission de coordination gériatrique un sujet en lien avec le médicament
		Taux d'EHPAD ayant mis en œuvre la première étape de démarche de maîtrise en lien avec les réunions locales
		Nombre de réunions organisées en 2012 et format de ces réunions
		Taux de participation des EHPAD aux réunions locales sur les bonnes pratiques et taux de progression par rapport à 2011
		Thèmes traités en réunions locales autres que celui des neuroleptiques
		Autres thèmes de GDR intéressant les EHPAD
		Conduite par l'OMEDIT d'une démarche portant sur le médicament en EHPAD
8	SSR	Durée de prise en charge ; Taux d'attractivité ; Taux de fuite ; Taux de retour précoce en MCO
		Modes de sortie du SSR ; Taux d'orientation en SSR ; Taux d'entrée directe en SSR ; nombre de conventions signées par les SSR personnes âgées avec les EHPAD