Programme pluriannuel Régional de Gestion Du Risque de Haute-Normandie

2011-2015

Agence Régionale de Santé
Haute-Normandie

Sommaire

Programme pluriannuel régional de gestion du risque de Haute-Normandie (PRGDR)

1 Introduction 3

1.1 Le nouveau cadre institutionnel 3
1.2 Le cadre législatif et réglementaire 4
1.3 Définition de la gestion du risque 4
1.4 Les acteurs de la gestion du risque 5

2 Contexte régional 7

2.1 Evolution des dépenses au niveau régional 7
2.2 Analyses de l'état de santé de la population, de la demande et de l'offre de soins dans la région 7

3 Organisation et méthodologie 9

3.1 Organisation au sein de la région 9
3.1.1 La commission régionale de gestion du risque et la contractualisation 9
3.2 Les dix programmes prioritaires de gestion du risque 10
3.2.1 Le programme « transports sanitaires » 12
3.2.2 Le programme « prise en charge de l'insuffisance rénale chronique (IRC) » 15
3.2.3 Le programme « prescriptions de médicaments et dispositifs médicaux de liste en sus » 17
3.2.4 Le programme « prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville » 19
3.2.5 Le programme « imagerie médicale » 22
3.2.6 Le programme « chirurgie ambulatoire » 24
3.2.7 Les 2 programmes EHPAD : « efficience et prescription » 27
3.2.8 Le programme « soins de suite et de réadaptation (SSR) » 31
3.2.9 Le programme « permanences des soins ambulatoire et urgences » 34

Sommaire

3.3 La déclinaison des programmes nationaux de gestion du risque de l'assurance maladie 36
3.3.1 Les programmes de maîtrise médicalisée en ville 36
3.3.2 Les programmes de renforcement de l'efficience de l'offre de soins dans les établissements de santé 37
3.3.3 Les plans de prévention et d'accompagnement des patients 37

4 Les actions régionales complémentaires spécifiques 40

4.1 Présentation des objectifs des programmes spécifiques 40
4.2 Les groupes qualité en médecine générale de Haute-Normandie 40

5 Lexique 42

Préambule

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 1er 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 ambulatoires, médicosocial 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 et avec la (CNSA) 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 efficientes,
- moderniser les outils au service du système de santé.

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

1.2 Le cadre législatif et réglementaire

L'article L. 1434-14 du code de la santé publique (CSP), 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'agence régionale de santé (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 et avec les organismes complémentaires ;
- le programme pluriannuel régional de gestion du risque est révisé chaque année ;
- ce programme est intégré au projet régional de santé ;
- ce projet (PRS) fait l'objet d'une contractualisation entre le directeur général de l'agence régionale de santé 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 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 programme pluriannuel régional de gestion du risque ».

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

- « le directeur général de l'ARS prépare, arrête et évalue le PRGDR 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 PRGDR 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 PRGDR ».

Le PRGDR est ainsi arrêté par le directeur de l'agence pour une durée de **quatre ans**. Il est **intégré au projet régional de santé**. Il fait l'objet **chaque année d'une révision** par avenants préparés, soumis à l'avis de la commission régionale de gestion du risque 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 PRGDR, précise les engagements relatifs à la définition et à la mise en œuvre des mesures prévues par le PRGDR.

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'efficience 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 2008[3], le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie précise que la gestion du risque regroupe différentes actions :

- « 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'efficience 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 programme pluriannuel régional de gestion du risque 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'UNOCAM participe, selon l'ordre du jour, aux travaux de la commission »[4].

[2] Mission sur la Gestion du risque, Rapport IGAS, Décembre 2010, P-Y Bocquet et Michel Peltier.
[3] HCAAM, Rapport 2008, p. 27.
[4] Décret n° 2010-515 du 18 mai 2010 relatif au PRGDR (Art. R.1434-12 du CSP)

② Contexte régional

2.1. Evolution des dépenses au niveau régional

2.2. Analyse de l'état de santé de la population, de la demande et de l'offre de soins

Contexte régional

2.1 Evolution des dépenses au niveau régional

Pour la Haute-Normandie, en 2010, les dépenses de l'assurance maladie s'élèvent à 3,73 milliards d'euros et augmentent de 3,29 % par rapport à 2009.

RESULTATS 2010 DE SYNTHESE ASSURANCES : MALADIE MATERNITE INVALIDITE DECES ACCIDENTS DU TRAVAIL — DEPENSES euros								
PRESTATIONS	Haute-Normandie		Eure		Le Havre		Rouen-Elbeuf-Dieppe	
	en euros	en PCAP	en euros	en PCAP	en euros	en PCAP	en euros	en PCAP
Consultations	173 890 264 €	-1,61%	48 617 208 €	0,87%	38 912 290 €	-3,81%	86 360 766 €	-2,00%
Visites	17 133 687 €	-5,30%	3 865 288 €	0,40%	3 218 478 €	-10,47%	10 049 921 €	-5,83%
Actes techniques	174 366 626 €	4,02%	47 924 078 €	5,25%	43 956 487 €	3,45%	82 486 061 €	3,61%
Forfaits Scanner et IRMN	20 150 493 €	9,37%	4 123 568 €	14,85%	6 495 211 €	5,27%	9 531 713 €	9,79%
TOTAL HONORAIRES SECTEUR PRIVE (médicaux et dentaires)	**458 598 960 €**	**1,18%**	**126 745 448 €**	**3,20%**	**109 991 842 €**	**-0,38%**	**221 861 669 €**	**0,80%**
Auxiliaires médicaux	145 060 938 €	7,69%	36 988 234 €	7,68%	41 570 986 €	8,70%	66 501 718 €	7,07%
Actes en B, BP et BR.	80 100 254 €	2,46%	22 555 285 €	2,36%	19 300 812 €	0,69%	38 244 157 €	3,41%
Dépenses médicaments	561 995 403 €	3,99%	162 593 854 €	4,94%	127 132 527 €	3,52%	272 269 021 €	3,63%
Appareils matériels de traitement et pansements	92 201 128 €	8,22%	26 671 335 €	9,01%	19 510 078 €	8,96%	46 019 715 €	7,44%
Autres biens médicaux inscrits à la LPP	28 293 705 €	8,24%	8 316 983 €	10,15%	6 205 839 €	5,35%	13 770 882 €	8,38%
TOTAL PRESCRIPTIONS	**905 643 599 €**	**4,98%**	**256 624 858 €**	**5,68%**	**213 066 773 €**	**4,83%**	**435 951 967 €**	**4,65%**
Frais de déplacement des malades	85 603 138 €	8,64%	29 835 460 €	8,70%	19 019 219 €	5,93%	36 748 459 €	10,00%
TOTAL PRESTATIONS EN ESPECES	**288 465 885 €**	**6,36%**	**96 553 509 €**	**7,94%**	**59 714 552 €**	**4,21%**	**132 197 823 €**	**6,17%**
TOTAL SOINS DE VILLE	**1 753 422 724 €**	**4,47%**	**514 145 700 €**	**5,74%**	**404 674 416 €**	**3,38%**	**834 602 609 €**	**4,22%**
TOTAL VERSEMENTS AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS ET PRIVES	**1 556 018 400 €**	**1,06%**	**331 761 131 €**	**1,88%**	**315 717 107 €**	**-1,37%**	**908 540 162 €**	**1,61%**
TOTAL VERSEMENTS AUX ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX	**420 935 121 €**	**6,62%**	**137 083 507 €**	**8,85%**	**77 597 782 €**	**3,90%**	**206 253 832 €**	**6,17%**
T O T A L Dépenses d'assurance maladie	**3 730 376 245 €**	**3,29%**	**982 990 337 €**	**4,87%**	**797 989 304 €**	**1,55%**	**1 949 396 603 €**	**3,21%**
PCAP : période comparable à l'année précédente								

Suivi de l'ONDAM - Source Cnamts

2.2 Analyses de l'état de santé de la population, de la demande et de l'offre de soins dans la région

Le Plan Stratégique Régional de Santé de Haute-Normandie décrit dans son diagnostic régional l'état de santé de la population ainsi que l'offre de santé dans la région (cf. Plan stratégique Régional de santé de Haute-Normandie disponible sur le portail internet de l'ARS de Haute-Normandie).

③ Organisation et méthodologie

3.1 Organisation au sein de la région

3.2 Les dix programmes prioritaires de gestion du risque

3.3 La déclinaison des programmes nationaux de gestion du risque

3 Organisation et méthodologie

3.1 Organisation au sein de la région

3.1.1 La commission régionale de gestion du risque et la contractualisation

Le décret n°2010-515, paru au Journal officiel du 20 mai 2010, relatif au PRGDR précise que :

- le directeur général de l'ARS prépare, arrête et évalue le programme pluriannuel régional de gestion du risque ;
- il en organise et en suit l'exécution ;
- il en évalue les résultats.

La préparation, le suivi et l'évaluation du PRGDR sont effectués dans le cadre d'une commission régionale de GDR présidée par le directeur général de l'ARS et composée du représentant, au niveau régional, de chaque organisme d'assurance maladie dont la Caisse nationale est membre de l'UNCAM, ainsi que les directeurs des organismes et services d'assurance maladie signataires du contrat prévu à l'art. L.1434-14 du code de la santé publique.

La commission régionale de gestion du risque se réunit :

- soit en formation plénière : elle rassemble tous les directeurs des organismes et services d'assurance maladie signataires du contrat prévu à l'art. L. 1434-14 du code de la santé publique pour préparer, suivre et évaluer le PRGDR ;
- soit en formation restreinte : elle se compose du directeur coordonnateur de la GDR du régime général, du directeur régional de la MSA, du directeur du RSI pour préparer les actions régionales complémentaires ; un représentant des organismes complémentaires d'assurance maladie, désigné par l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie peut participer le cas échéant aux travaux de la commission.

En Haute-Normandie, la commission régionale de gestion du risque se réunit au moins 3 fois par an, en formation plénière. Elle est composée :

- du directeur général de l'ARS, président de la commission,
- du directeur coordonnateur régional de la GDR, directeur de la CPAM Rouen Elbeuf Dieppe – Seine Maritime
- du directeur régional du Service Médical de Normandie,
- du directeur de la MSA de Haute-Normandie,
- du directeur du RSI de Haute-Normandie,
- du directeur de la CPAM de l'Eure,
- du directeur de la CPAM du Havre,
- d'un représentant régional de l'UNOCAM.

Le directeur général de l'ARS est assisté :

- du directeur du département Qualité et Appui à la Performance (QAP),
- du conseiller médical,
- du responsable du pôle Organisation de l'Offre da Santé (OOS),
- du responsable du pôle Organisation de l'Offre Médico-Sociale (OOMS),
- du responsable du pôle Prévention et Promotion de la Santé (PPS),
- du référent Gestion du Risque (pôle Qualité Efficience Performance(QEP)).

L'ARS (référent GDR du pôle QEP) assure le secrétariat des commissions (convocation, relevé de décisions…).

La commission se réunit en formation plénière a minima une fois par an. Elle donne un avis sur le PRGDR et ses avenants annuels le cas échéant proposés par la commission réunie en formation restreinte, et entérine le bilan annuel de mise en œuvre des contrats signés avec chaque organisme d'assurance maladie.

Elle se réunit en formation restreinte au moins une fois par trimestre civil. Elle propose le contenu du PRGDR, et ses avenants annuels, à la commission réunie en formation plénière ; elle 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.

Une équipe projet est constituée, pilotée par le référent GDR de l'ARS. Elle est composée de :
- du sous-directeur de la Coordination Régionale de GDR, régime général de Haute-Normandie
- du directeur adjoint de la DRSM de Normandie,
- du médecin régional de la MSA de Haute-Normandie,
- d'un représentant du RSI de Haute-Normandie,
- du médecin référent GDR, pôle OOS, ARS de Haute-Normandie,
- du médecin, chef de projet personne âgée, pôle OOMS, ARS de Haute-Normandie,
- du responsable du pôle OSA, ARS de Haute-Normandie,
- d'un chargé de mission PPS, ARS de Haute-Normandie.

Cette équipe projet se réunit régulièrement. Elle n'a pas de pouvoir de décision, mais elle est force de proposition pour la commission. Elle propose et prépare l'ordre du jour des commissions. Elle détermine les modalités et s'assure du suivi des actions intégrées au PRGDR.

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

Elle réalise un bilan annuel soumis à validation de la commission plénière. Toute action non inscrite au PRGDR fait l'objet d'une information réciproque.

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. 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 efficients ont été définies :
- les transports sanitaires prescrits à l'hôpital,
- la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique (IRC),
- la prescription de médicaments et dispositifs médicaux de liste en sus,
- les prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville,
- l'imagerie médicale,
- la chirurgie ambulatoire,
- l'efficience des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (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 (circulaire du 19/07/2010)

Programme	Détail des actions	Eco 2010	Eco 2011
Transports sanitaires	- Contractualisation ARS avec les établissements de santé - Expérimentation de plate-forme de transports sanitaires	90[5] M€	**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€[6]	**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 SI - Construire un dispositif d'évaluation	**Favoriser une organisation et une utilisation des ressources efficiences 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 maitrisée 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€**	**490 M€**

[5] Ces 90 M€ sont communs avec les économies sur les transports sanitaires des programmes nationaux de l'UNCAM
[6] Dont baisse tarifaire

3.2.1 Le programme « transports sanitaires »

Le programme « transports » a pour objectif d'une part la régulation de la progression des dépenses de transports sanitaires prescrits en hôpital et d'autre part la redéfinition du 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.

Rappel des objectifs du programme [7]

Le contexte lié aux transports justifie cette priorité dans le cadre de la gestion du risque confié 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)) ;
- ces transports sont répartis à 42% d'ambulance, 23% de VSL et 31% de taxis (4% autres) ce qui représentent au niveau national 3258 millions d'euros de dépenses remboursables, tous régimes pour 2009 ;
- l'analyse des dépenses de transport montre une augmentation de 7,2% en valeur pour l'année 2009. s'expliquant à 4,2% par des hausses tarifaires et 3% d'évolution en volume.

Au-delà des actions organisationnelles et de régulation financière, le programme « transports » vise à mieux cibler les dépenses en fonction des besoins strictement justifiés par l'état de santé des patients.

Le programme "GDR transports" comporte des objectifs de 3 niveaux : une meilleure connaissance de la prescription hospitalière de transports de malades, une démarche contractuelle de régulation des dépenses et le développement de nouveaux modes d'organisation.

Les objectifs à atteindre se rapportant au Transports des Patients sont :

- le ciblage et la sensibilisation et l'initiation d'un dialogue avec les établissements de santé fortement prescripteurs ;
- la mise en œuvre d'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 ;
- le développement de nouvelles modalités d'organisation des transports.

Etat des lieux régional et diagnostic

- le remboursement des frais de transport des malades s'est élevé à 79 millions d'€ (régime général hors SML) en 2010 en Haute-Normandie (à 35% prescrits par des médecins libéraux et à 65% par les établissements de santé et médico-sociaux) ;
- ces transports sont répartis à 42% d'ambulance, 30 % de VSL et 24 % de taxis (3% autres) ;
- l'augmentation de dépenses de transports est de 8,8% pour l'année 2010. (+ 5,7 % émanant des prescripteurs libéraux, + 10,5 % des prescripteurs hospitaliers).

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

REGIME GENERAL (hors SLM)	Prestations	TOTAL libéraux	Etablissements	TOTAL	TOTAL libéraux	Etablissements	TOTAL
271-Evreux							
	Ambulance	2 862 475	6 525 123	9 388 853	5,5%	7,2%	6,7%
	V.S.L	2 735 870	5 239 010	7 975 065	-2,3%	0,0%	-0,8%
	Taxi	2 953 761	7 157 616	10 115 571	19,8%	23,2%	22,3%
	Autres frais de transport (y compris CBP)*	325 084	729 197	1 054 281	-1,4%	21,5%	13,4%
	TOTAL hors franchises	**8 877 190**	**19 650 947**	**28 533 770**	**6,8%**	**10,8%**	**9,5%**
	Franchises	-69 984	-115 736	-185 744	-0,2%	0,5%	0,3%
	TOTAL yc franchises	**8 807 206**	**19 535 211**	**28 348 026**	**6,9%**	**10,9%**	**9,6%**
763-Le Havre							
	Ambulance	3 453 995	4 744 870	8 198 923	1,3%	7,5%	4,8%
	V.S.L	2 466 994	2 622 265	5 089 556	-3,1%	5,6%	1,1%
	Taxi	1 755 700	2 416 537	4 172 277	22,4%	11,7%	16,0%
	Autres frais de transport (y compris CBP)*	277 941	438 648	716 589	-25,5%	-4,6%	-14,1%
	TOTAL hors franchises	**7 954 630**	**10 222 320**	**18 177 344**	**2,4%**	**7,4%**	**5,1%**
	Franchises	-55 910	-63 722	-119 642	-0,1%	6,8%	3,5%
	TOTAL yc franchises	**7 898 720**	**10 158 598**	**18 057 702**	**2,5%**	**7,4%**	**5,1%**
764-Rouen Elbeuf Dieppe Seine Maritime							
	Ambulance	5 202 618	10 941 647	16 148 502	11,8%	16,6%	15,0%
	V.S.L	4 461 213	6 885 519	11 347 151	0,1%	4,5%	2,7%
	Taxi	1 626 379	3 565 428	5 191 860	13,7%	15,5%	15,0%
	Autres frais de transport (y compris CBP)*	340 524	607 175	947 699	11,3%	-4,9%	0,4%
	TOTAL hors franchises	**11 630 734**	**21 999 769**	**33 635 213**	**7,2%**	**11,7%**	**10,1%**
	Franchises	-102 396	-150 928	-253 364	3,2%	6,2%	5,0%
	TOTAL yc franchises	**11 528 338**	**21 848 841**	**33 381 849**	**7,3%**	**11,7%**	**10,1%**
Total Région							
	Ambulance	11 519 088	22 211 640	33 736 278	6,9%	11,7%	10,0%
	V.S.L	9 664 077	14 746 794	24 411 772	-1,4%	3,0%	1,2%
	Taxi	6 335 840	13 139 581	19 479 708	18,9%	18,8%	18,9%
	Autres frais de transport (y compris CBP)*	943 549	1 775 020	2 718 569	-6,5%	4,6%	0,4%
	TOTAL hors franchises	**28 462 555**	**51 873 035**	**80 346 327**	**5,7%**	**10,5%**	**8,7%**
	Franchises	-228 290	-330 386	-558 750	1,3%	4,2%	3,0%
	TOTAL yc franchises	**28 234 265**	**51 542 649**	**79 787 577**	**5,8%**	**10,5%**	**8,8%**

Source SIAM – Erasme - Régime Général (hors SLM)

Calendrier et suivi de l'avancement

Références

- article 45 Loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, codifié L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale (dispositif de contractualisation = Contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins CAQS) ;
- arrêté du 12 octobre 2010 : taux prévisionnel d'évolution pour 2010 des dépenses de transports remboursées sur l'enveloppe soins de ville fixé à 4 % ;
- arrêté du 28 avril 2011: taux prévisionnel d'évolution pour la période allant du 1er avril 2010 au 31 mars 2011 des dépenses de transports remboursées sur l'enveloppe soins de ville fixé à 4 % ;
- parution au JO du 2 février 2011 du contrat type transports ;
- parution au JO du 23 mars 2011 du décret n° 2011-305 du 21 mars 2011 relatif à la régulation des dépenses de transports résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville ;
- parution au JO du 25 juin 2011 de la décision du 8 juin 2011 modifiant le contrat type mentionné au 1 de l'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 et créant un avenant ;
- directive aux ARS relative à la priorité de GDR pour les transports de patients, CNP visa 2010-294 du 17/12/2010 ;
- directive aux ARS relative à la priorité de GDR pour les transports de patients, CNP visa 2011-191 du 27/07/11 ;
- circulaire N°DSS/MCGR/DGOS/UNCAM/2011/339 du 23 septembre 2011 relative à la sensibilisation des prescripteurs hospitaliers de transport suite aux modifications apportées sur la prise en charge des frais de transport pour les patients reconnus en affection longue durée.

Mise en œuvre 2011

La démarche contractuelle est proposée à tous les établissements publics de santé qui présentent un taux d'évolution annuelle supérieur à un niveau fixé par arrêté ; soit 4% pour 2010.

12 établissements étaient ciblés concernés, tous ont été rencontrés par des binômes ARS/CPAM pour présenter la démarche.

7 accords ont été obtenus, 7 contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins ont été signés.

Mise en œuvre 2012 : *en attente de la circulaire relative aux programmes de gestion du risque pour 2012.*

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 retenu pour 2011 est le « taux d'évolution des dépenses de transports prescrites à l'hôpital ».

- situation initiale (2010/2009) : 12,7 %,
- cible 2011 : 3,4 %,
- résultat provisoire (9 premiers mois de 2011/ 9 premiers mois de 2010) : 4 % (France entière : + 4,5 %).

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 chronique 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 DP) et (3) le développement de la greffe rénale.

Rappel des objectifs du programme[8]

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'insuffisance rénale terminale, responsables à eux seuls de 47% des nouveaux cas. Les experts estiment que 10% des IRC terminales pourraient être évitées et que 30% d'entres-elles pourraient être retardées de nombreuses années sous réserve d'une détection précoce et d'une prise en charge adaptée. Le coût de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale (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 REIN 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 malades (âge, comorbidités) en DP assistée et en HD en centre laisse penser qu'un nombre non négligeable de malades débutant par une HD en centre pourrait être redistribués vers la DP assistée. Le développement de la DPA autonome et de l'autodialyse peut être envisagé dans les régions en pénurie d'organe.

La greffe rénale est le traitement le plus « coût-efficace » de l'IRCT, et le plus favorable en quantité et en qualité de vie. Une greffe rénale supplémentaire épargne environ 15 années de dialyse. Aucune filière de soin 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 1882 greffes rénales en 1998 à près de 2937en 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 malades dialysés de moins de 60 ans ne sont pas inscrits ou en cours d'inscription 15 mois après la mise en dialyse.

Les objectifs du programme sont donc

La priorité en matière de gestion du risque concernant l'IRCT en région vise à améliorer les pratiques en matière de prévention et de prise en charge de l'IRCT, via :

- la diffusion des recommandations médicale existantes, en l'attente des résultats de l'évaluation médico-économique en cours par la HAS ;
- l'analyse et la levée des freins organisationnels eu développement de la dialyse, notamment hors centre de dialyse péritonéale ;
- le développement de la greffe rénale.

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

Etat des lieux régional et diagnostic

La prévalence globale de l'insuffisance rénale terminale traitée par dialyse ou par greffe rénale était de 989 par million d'habitants au 31/12/2009 en Haute-Normandie (< taux prévalence française).

Par modalité de traitement, l'indice comparatif de prévalence était significativement supérieur au niveau national pour l'hémodialyse (54,2 %) et la dialyse péritonéale (6 %) et significativement inférieur pour la greffe rénale (39,8 %).

En Haute-Normandie, la prévalence de l'IRCT a augmenté plus vite qu'au plan national sur la période du SROS 3 (2006-2011) pour se rapprocher de la prévalence nationale aujourd'hui.

En 2009, 265 nouveaux patients Hauts-Normands ont débuté un traitement de suppléance par dialyse (l'incidence standardisée était légèrement supérieure à l'incidence nationale) .

Les caractéristiques des patients étaient comparables à la moyenne des régions sauf pour les néphropathies liées au diabète, plus fréquentes.

Concernant la mise en route du premier traitement de l'insuffisance rénale, l'hémodialyse représentait 82,5 % des patients, la dialyse péritonéale 14,3 % et la greffe préemptive 3,1 %.

Concernant la transplantation rénale, parmi les 179 patients domiciliés en Haute-Normandie en attente de greffe au 1/1/2008, 77 ont été greffés soit un taux d'accès à la greffe de 43 % (France : 23 %) Le délai médian d'attente des malades domiciliés et inscrits dans la région entre 2004 et 2009 était de 9,6 mois (France : 18,9) *source : agence de la biomédecine.*

Calendrier et suivi de l'avancement

Références

- instruction ministérielle, visa CNP 2010-293, du 17 décembre 2010 portant sur les priorités GDR sur l'IRCT ;
- fiche complémentaire de l'instruction sur l'insuffisance rénale chronique terminale (GDR-IRCT) : les indicateurs pour élaborer le diagnostic partagé, février 2011 ;
- circulaire n°DSS/MCGR/ 2011/421 du 24 novembre 2011 relative aux conditions de prise en charge des actes de dialyse péritonéales réalisés par les infirmiers libéraux en EHPAD – validée par le CNP du 7/10/11 – visa 2011-256.

Mise en œuvre 2011

- réalisation d'un état des lieux et d'un diagnostic partagé : transmis au Ministère et présenté à la commission de régionale de GDR du 15/06/2011 ;
- voir Projet Régional de Santé, Schéma Régional d'Organisation des Soins, traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale.

Mise en œuvre 2012 *: en attente de la circulaire relative aux programmes de gestion du risque pour 2012.*

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 retenu pour 2011 est la « Part des patients traités par dialyse péritonéale sur patients dialysés ».
- situation initiale : 11,2 %
- cible 2010 : 10 % - réalisation 2010 : 8 %
- cible 2011 : 13 %

3.2.3 Le programme « prescriptions de médicaments et dispositifs médicaux de liste en sus »

La régulation des dépenses de santé de la liste en sus a pour objectif 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 RBU).

Rappel des objectifs du programme[9]

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 2,5 Md€ pour les médicaments et 1,5 Md€ 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 devrait 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 terme économique, 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 (annexe 4), 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 loi de financement de la sécurité sociale pour 2009). Au-delà de la récupération d'indus issue des contrôles, le cadre général est centré en 2010 sur la régulation au titre de l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale.

La régulation est destinée à favoriser un usage efficient des dispositifs en sus et aussi à 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 RBU).

Elle 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. La mise en œuvre de l'article L. 162-22-7-2 s'effectue selon le schéma suivant :

Les objectifs du programme sont donc

- **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 ») ;

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

- **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 »).

Etat des lieux régional et diagnostic

En Haute-Normandie, les dépenses d'assurance maladie au titre des produits de santé – spécialités pharmaceutiques, produits et prestations - financés en sus des prestations d'hospitalisation pour 2009 se sont élevées à plus de 106 millions d'€ dont environ 71,5 millions d'€ pour les médicaments et 34,5 millions d'€ pour les dispositifs médicaux implantables (DMI) soit une progression globale de +2,4% par rapport à 2008 (< au taux national).

En 2010, ces dépenses s'élèvent à 107,2 d'€ soit une progression de + 1 % pour la Haute-Normandie (+ 6,8 % au niveau national), dont environ 73,7 millions d'€ pour les médicaments (+ 3 % en région / + 10,3 % au national) et 33,4 millions d'€ pour les dispositifs médicaux implantables (-3,3 % en région / +1 % au national).

La région se caractérise par des taux d'évolutions nettement moindre que France entière.

Calendrier et suivi de l'avancement

Références

- article L 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale, modifié par ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 ;
- circulaire DSS/1XC/DGOS/PF2/2101/389 du 12 novembre 2010 relative à la mise en œuvre des dispositions relatives à la maîtrise des produits de santé des listes en sus/actions locales à conduire en 2010 et 2011 ;
- instruction DSS/DGOS du 8 février 2010 relative à la diffusion, pour application, du guide méthodologique relatif à la contractualisation en application du dispositif de régulation ;
- arrêté du 8 mars 2010 fixant à 8 % le taux prévisionnel d'évolution pour 2010 des dépenses d'assurance maladie afférentes aux spécialités pharmaceutiques, produits et prestations de la liste en sus ;
- arrêté du 14 mars 2011 fixant à 3 % le taux prévisionnel d'évolution pour 2011 des dépenses d'assurance maladie afférentes aux spécialités pharmaceutiques, produits et prestations de la liste en sus ;
- circulaire N°DSS/1C/DGOS/PF2/2011/448 du 1er décembre 2011 relative à la mise en œuvre du dispositif de régulation des dépenses des produits de santé des listes en sus - actions locales à conduire en 2011 et 2012.

Mise en œuvre 2011

Deux établissements ciblés (taux > 8 % et montants remboursés > 1, 5 millions d'€) :

- 1er établissement : Avastin, Erbitux, Herceptin, Taxotere, Vectibix – contrôles sur site le 31 mai, 37 dossiers,
- 2ème établissement : Avastin, Erbitux, Taxotere, Vectibix – contrôles sur site le 6 juin, 27 dossiers.

En conclusion, il n'a été constaté aucune prescription en dehors des indications de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), aucune prescription dans le cadre d'un Protocole Thérapeutique Temporaire (PTT), donc aucun plan d'actions n'a été conclue.

Pour le 1er établissement, il a été constaté un manque de formalisme dans la prise de décisions thérapeutiques. L'établissement a mis en place d'une fiche pour améliorer la traçabilité de ces décisions.

Pour le 2ème établissement, les prises de décisions thérapeutiques étaient clairement établies.

- **Mise en œuvre 2012**

Ciblage des établissements : 1er trimestre 2012, contrôle sur site 2ème trimestre.

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.

Deux indicateurs ont été retenus pour 2011 :

- **taux de contractualisation avec les établissements ciblés qui doivent faire l'objet d'une contractualisation** : 2 établissements sur 2 ciblés = 100 % ;
- **taux d'évolution des dépenses de la liste en sus pour les établissements ciblés qui doivent faire l'objet d'une contractualisation :**
  - 1er établissement : taux initial 2010 : 13 %, taux extrapolé sur 6 mois 2011 : 3 %
  - 2ème établissement : taux initial 2010 : 19 %, taux extrapolé sur 6 mois 2011 : 0%

3.2.4 Le programme « prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville »

L'objectif du programme PHMEV est une 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.

Rappel des objectifs du programme[10]

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 celle 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.

En 2009, les prescriptions de médicaments des médecins hospitaliers exécutées en ville représentent 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.

Il s'agit des prescriptions effectuées par des médecins hospitaliers pour les malades 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.

Bien que plusieurs facteurs structurels (type de molécules prescrites, baisse de prix et inscription au

[10] Instruction relative à la mise en œuvre des prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en Ville de 2010

répertoire des génériques concentrées sur des classes peu prescrites à l'hôpital, évolution des techniques de traitements entraînant une baisse des durées des séjours et 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 milliards d'euros de dépenses pour l'assurance maladie (tous régimes).

Près de 60 % des prescriptions hospitalières en ville (hors rétrocession) concernent des médicaments de spécialités, se répartissant principalement entre traitement du cancer, du VIH et des hépatites, EPO, traitement de la polyarthrite et immunosuppresseurs

Les médicaments de pathologies chroniques arrivent loin derrière avec 16 % des prescriptions ; parmi elles, les anti-agrégants plaquettaires (AAP) représentent 25 % de la dépense, les anti-hypertenseurs 19 %, les antidiabétiques, 17 % et les anti-asthmatiques 15 %. Enfin, 70 % des dépenses de médicaments de psychiatrie sont des anti-psychotiques.

Dans le total des prescriptions délivrées en officine, la part des hospitaliers est très variable selon les classes. Elle est naturellement plus importante pour les médicaments de spécialités, mais même au sein de cette dernière les disparités sont importantes. Ainsi, 76 % des médicaments du VIH et de l'hépatite sont prescris par des hospitaliers (sans compter la rétrocession), 82 % des immunosuppresseurs, 84 % des hormones de croissance et 70 % des EPO. En revanche, 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, portant sur les prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville (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).

Etat des lieux régional et diagnostic

En Haute-Normandie, les dépenses de prescriptions hospitalières de médicaments exécutés en ville représentent 123 millions d'€ en 2010 soit 22 % de l'ensemble des prescriptions de médicaments remboursées en ville. Entre 2009 et 2010 ces dépenses ont augmenté de + 8,7% (+ 5 % de prescriptions de médicaments remboursés en ville).

Calendrier et suivi de l'avancement

- **Références**

- article 47 loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 (dispositif de contractualisation = contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins CAQS) ;
- arrêté du 12 octobre 2010 : taux prévisionnel d'évolution pour 2010 des dépenses de médicaments et de liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe soins de ville à **6 %** ;
- arrêté du 26 avril 2011: taux prévisionnel d'évolution pour la période allant du 1er mai 2011 au 31 décembre 2011 des dépenses de médicaments remboursées sur l'enveloppe soins de ville fixé à **6 %** ;
- décret n° 2011-453 du 22 avril 2011 relatif à la régulation des dépenses de médicaments et de liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe soins de ville ;
- directives aux ARS relative à la priorité de GDR pour les PHMEV, CNP du 08/04/2011, visa 2011-90, transmise le 18/04/11.

- **Mise en œuvre 2011**

Ciblage : 11 établissements (taux d'évolution > 6% et enjeu relatif > 10 000 € (montant 2011 – montant 2010 x 1,06)).

Les classes thérapeutiques concernées sont :

- polyarthrite rhumatoïde : + 25,8 %, enjeu relatif de 1 118 000 €,
- traitement du cancer : + 11,9 %, enjeu de 766 480 €,
- antipsychotiques : +14,3 %, enjeu de 434 170 €,
- antidiabétique : +16,5 %, enjeu de 169 220 €,
- épilepsie et parkinson : + 15,5 %, enjeu de 167 530 €,
- immunosuppresseurs : + 9,9 %, enjeu de 152 650 €.

- **Mise en œuvre 2012** *: en attente de la circulaire relative aux programmes de gestion du risque pour 2012.*

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 retenu pour 2011 est le « taux d'évolution des dépenses de PHMEV ».

- situation initiale : 8,73 % (2010/2009),
- cible 2011 : 7,5 %.
- résultats provisoires 1semestre 2011/2010 : 5,7 %

3.2.5 Le programme « imagerie médicale »

Rappel des objectifs du programme [11]

Le développèrent d'une imagerie médicale efficiente constitue une priorité nationale partagée par l'assurance maladie et le Ministère de l'emploi, du travail et de la sante et l'un des programmes prioritaires de la gestion du risque (GDR) pour les années 2010-2013.

L'efficience 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 couts 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 efficients pour ces indications. Les IRM plus efficientes sont des IRM, qui pour des topographies d'examens 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 efficients pour les indications ostéoarticulaire 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 (PSPH 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.

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)**.

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

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 (annexe 2) seront effectuées en concertation entre l'agence régionale de santé et l'assurance maladie.

Etat des lieux régional et diagnostic

Le bilan des activités en Haute-Normandie montre que :

- le fonctionnement des équipements est disparate entre l'activité ambulatoire et celle liée aux patients hospitalisés en tenant compte des nécessités de l'urgence, ainsi qu'entre les territoires de santé ;
- les activités moyennes par appareil, attestent que les matériels lourds sont très utilisés, à la limite de leurs capacités. Une extension des moyens est donc souhaitable ;
- les substitutions aux activités d'imagerie conventionnelle ne sont pas optimales, notamment pour assurer le développement de nouvelles indications (colo-scanners, coro-scanners..) ;
- les flux de patients sont importants entre territoires, proportionnellement aux activités et aux examens effectués pour les résidents des territoires :
    - vers Rouen, de Dieppe notamment.
    - vers la Basse Normandie de Pont-Audemer et Bernay.
    - vers l'Ile de France de Rouen, Le Havre, Evreux.
    - vers la Picardie de Neufchâtel, Gisors, Eu.
- l'accessibilité géographique est encore incomplète (flux) tandis que l'accessibilité en termes de délais d'attente, qui reste insuffisante, malgré les améliorations, au regard des objectifs nationaux, et l'accès aux nouvelles indications, plaident eux aussi pour un élargissement des équipements.

Calendrier et suivi de l'avancement

Références

- instruction n°CNAMTS/DGOS/R3/2011 relative à la priorité de GDR sur l'imagerie, validée par le CNP du 08/04/11 – visa CNP 2011-89.

Mise en œuvre 2011

Cf. Projet Régional de Santé, Schéma Régional d'Organisation des Soins, Imagerie médicale.

En septembre 2011, le document de synthèse de l'évaluation régionale portant sur l'objectif de développement d'IRM intégrant la diversification du parc a été présenté en commission régionale de GDR et transmis au Ministère.

Le plan d'accompagnement de l'assurance maladie portant sur la diffusion des recommandations de bon usage via des entretiens confraternels et des visites des délégués de l'assurance maladie s'est terminé en octobre auprès des médecins libéraux.

Mise en œuvre 2012 : *en attente de la circulaire relative aux programmes de gestion du risque pour 2012.*

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 retenu pour 2011 est le « taux de réalisation des économies attendues sur les actes inutiles ».

Cible 2011 :

- crâne : 2 487
- thorax : 11 027
- abdomen sans préparation : 2 125

Résultat : indicateur neutralisé en 2011.

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.

Rappel des objectifs du programme[12]

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 (2011-2016) 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 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 donc

- 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 que les structures d'aval.

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

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.

Etat des lieux régional et diagnostic

La Haute-Normandie se caractérise par :

- des points forts :
  - important développement régional du taux de recours (de 32,5 % en 2006 à 38 % en 2009) ainsi que du taux de réalisation des séjours en chirurgie ambulatoire, plus rapide que la moyenne régionale. En 2009, notre région a comblé, après quatre années, la plus grande partie du retard constaté ;
  - réalisation du maillage territorial prévu dans le SROS ;
  - les recompositions hospitalières inscrites dans le SROS ont été ou sont en cours de réalisation ;
  - généralisation des autorisations et installations des structures d'anesthésie et chirurgie ambulatoire (ACA) à l'ensemble des plateaux techniques généralistes autorisés pour l'activité de soins de chirurgie ;
  - dynamisme particulier du développement de la chirurgie ambulatoire de certains territoires : Evreux-Vernon – le Havre ;
  - dynamisme particulier du développement de la chirurgie ambulatoire de certains établissements : CHU – CH de Gisors – Clinique d'Yvetot (Cléret) – Groupe Hospitalier du Havre ;
  - rééquilibrage public/privé des volumes d'activité et des taux de réalisation ambulatoire des séjours.

- des points faibles :
  - la région reste exportatrice nette de séjours aussi bien pour l'ensemble des séjours de chirurgie que pour la chirurgie ambulatoire ;
  - absence de réduction des fuites des patients des territoires de Dieppe et d'Evreux-Vernon. Les taux de fuites constatés se situent à un niveau anormalement élevé ;
  - absence globale de montée en puissance de la chirurgie ambulatoire pour le territoire du Havre. (taux de recours et taux de réalisation des séjours) ;
  - absence de dynamisme de certains établissements : CH de Dieppe, Clinique Bergouignan, cliniques de l'agglomération du Havre, clinique Saint Antoine, CH de Pont-Audemer. Pour certains de ces établissements, l'importance de la baisse des volumes ou des taux devrait amener à réaliser une analyse spécifique sur ces établissements ;
  - la situation de fragilité de certains établissements déjà ciblés dans le SROS III : CH de Gisors, CH de Bernay, CH de Pont-Audemer.

Calendrier et suivi de l'avancement

Axe 1 : Poursuite des démarches de mise sous accord préalable des établissements de santé sur la base d'actes marqueurs

- **Références**

- article L 162-1-17 du CSS, modifié par l'ordonnance n°2010-1777 du 23 février 2010.
- article R 6121-4 et 6124-301 à 6124-305 du CSP

- **Mise en œuvre 2011**

Ciblage : 6 établissements

- Hôpital Privé de l'Estuaire (chirurgie des hernies inguinales / du cristallin)
- CHI Eure Seine (chirurgie des hernies inguinales / de l'utérus, de la vulve et du vagin)
- Clinique Megival (chirurgie des hernies inguinales / du cristallin / des varices)
- Clinique Mathilde (chirurgie du cristallin / hernies inguinales)
- Clinique du cèdre (chirurgie des hernies inguinales)
- CH de Dieppe (chirurgie des hernies inguinales)

Notifications de MSAP pour les 6 établissements du 1er juin au 30 novembre 20011.

Axe 2 : Perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire et démarche de gestion du risque

- **Référence**

Instruction DGOS/R3/2010/457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire

- **Mise en œuvre 2011**

Cf. Projet Régional de Santé, Schéma Régional d'Organisation des Soins, Chirurgie

L'état des lieux régional a été transmis au niveau national et présenté à la commission de GDR en juin 2011.

- **Mise en œuvre 2012** *: en attente de la circulaire relative aux programmes de gestion du risque pour 2012.*

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 retenu pour 2011 est le « taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (17 gestes marqueurs)»

- situation initiale (2009) : 63 %
- cible 2010 : 72%
- Réalisation 2010 : 77 %
- cible 2011 : 77 %

3.2.7 Les 2 programmes EHPAD : « efficience et prescription »

Rappel des objectifs des programmes [13]

- **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 Mds d'euros au financement des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes et aura consacré à la fin de la deuxième vague de médicalisation, 1,3 Mds 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. Les objectifs poursuivis sont :

- améliorer la coordination des professionnels de santé et la qualité de la prise en charge en EHPAD ;
- élaborer 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 efficientes 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 efficiente.

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'efficience dans ces établissements. Elle diffusera également aux EHPAD la méthodologie d'élaboration de la liste préférentielle de médicaments.

Etat des lieux régional et diagnostic (synthèse)

Cf. Projet Régional de Santé, Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS).

D'ici 2020, le vieillissement de la population de Haute-Normandie sera plus accentuée dans le département de l'Eure qu'en Seine-Maritime.

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

Progression de la population des 75 ans et plus	Eure	Seine-Maritime	Haute-Normandie	France
Estimation 2008	42 503	104 088	146 591	5 451 700
Projection 2020	49 536	110 683	160 683	6 061 113
% Evol 2008-2020	16,50%	6,30%	9,30%	11,20%

Source : INSEE, estimations au 01.01.2008, actualisé en 01.2010 et projections 2020 d'après le scénario central

Les taux d'équipement régionaux sont favorables par rapport à l'équipement national.

Taux d'équipement en EHPAD, USLD* et SSIAD en Haute-Normandie pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus – janvier 2010**

	Taux d'équipement lits médicalisés (EHPAD et USLD)	Taux d'équipement SSIAD
	Pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus	
Seine-Maritime	96,9	21,1
Eure	112,9	20,6
Haute-Normandie	101,5	20,9
France métropolitaine	101,3	19,1

Source : STATISS 2010 * Unités de soins de longue durée ** services de soins infirmiers à domicile

Les taux d'équipement par territoires de santé sont hétérogènes.

Places autorisées d'hébergement complet et taux d'équipement en EHPAD, USLD

	EHPAD		USLD		EHPAD et USLD	
	Places	Taux d'équip.	Places	Taux d'équip.	Places	Taux d'équip.
Haute-Normandie	15 288	106,6	802	5,6	16 090	112,2
Seine-Maritime	10 543	104,0	630	6,2	11 173	110,2
Eure	4 745	112,9	172	4,1	4 917	117,0
Territoires de santé						
Rouen-Elbeuf	6 987	111,4	270	4,3	7 257	115,7
Dieppe	1 346	88,8	130	8,6	1 476	97,4
Le Havre	3 395	94,1	267	7,4	3 662	101.5
Evreux-Vernon	3 560	120,8	135	4,6	3 695	125,4

Source : FINESS – novembre 2011 – Taux d'équipement pour 1 000 personnes de plus de 75 ans (RP 2007)

Calendrier et suivi de l'avancement

- **Référence**

- instruction ministérielle, visa CNP 2010-259, du 9 novembre 2010 portant sur les priorités GDR en EHPAD ;
- annexe 1 : organisation de forums sur la qualité et l'efficience des soins ;
- annexe 2 : grille d'analyse des dépenses de soins en EHPAD ;
- circulaire n°DSS/DGCS/2011/68 du 11 mars 2011 relative à la mise en place de réunions locales avec les EHPAD sur les bonnes pratiques, validée CNP du 11/03/11, visa 2011-38 bis ;
- circulaire n° DSS/MCGR/2011/96 du 11 mars 2011 relative à la mise en place du suivi du déploiement des contrats de coordination des PS libéraux intervenant en EHPAD ;
- circulaire n° DSS/DGCS/CNSA/MCGR/2011/1411 du 16 décembre 2011 relative à l'application de trois ratios d'analyse des dépenses de soins en EHPAD (validée par le CNP du 1er décembre 2011, visa CNP 2011-278).

Axe 1 : valoriser et diffuser les recommandations existantes sur les bonnes pratiques de soins et susciter des échanges sur les bonnes pratiques sur des initiatives concrètes, favoriser les rencontres d'échanges individuels sur les thèmes d'amélioration de l'assurance maladie.

- **Mise en œuvre 2011**

Organisation de forums par territoire de santé au 1er trimestre 2011

- le 21 mars: Rouen-Elbeuf, amphi Flaubert au CHU,
- le 23 mars: Dieppe, salle Emulation en face du CH,
- le 24 mars : Le Havre, à l'IFSI,
- le 29 mars: Evreux, à l'IFSI.

- **Thèmes**

- programme d'accompagnement de l'Assurance maladie : bilan et perspectives
- dénutrition chez la personne âgée : aide à la prévention, au dépistage et à la prise en charge :
  - enjeux et recommandations,
  - partage d'expériences.
- exploitation des questionnaires de satisfactions des forums :
  - forte participation : 56 % des EHPAD représentés (78 % au Havre, 70 % à Evreux), 131 participants ;
  - 101 questionnaires de satisfactions retournés :
    - information utile : 86 % ;
    - satisfaction de l'information sur la dénutrition (93 %), programme assurance maladie (65 %) ;
    - demandes exprimées sur la tenue de nouveaux forums, portant majoritairement sur la Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées ; un des thèmes abordés par l'Assurance maladie lors des visites.
- réalisation du questionnaire d'évaluation de l'action GDR (pesée mensuelle, protocoles de prise en charge de la dénutrition) : résultats en cours d'exploitation.

La campagne d'accompagnement de l'assurance maladie auprès des EHPAD a porté également sur la dénutrition (formation organisée en mai) pour relayer les messages abordés lors des forums et transmettre le questionnaire sur la pesée mensuelle.

- **Mise en œuvre 2012**

Organisation de nouveaux forums sur quatre journées (une par territoire de santé), co-organisés par l'ARS, l'assurance maladie, la MSA et MobiQual, la deuxième quinzaine du mois de mai 2012 :

- préprogramme :
  - matinée GDR EHPAD : thématique maladie d'Alzheimer, avec :
    - rappel des programmes d'accompagnement de l'assurance maladie,
    - prévention des troubles du comportement, prise en charge non médicamenteuse, neuroleptiques : enjeux et recommandations, partages d'expériences,
    - MobiQual : présentation et utilisation des contenus de l'outil Alzheimer.
  - après-midi MobiQual : thématiques du programme/présentation des contenus/méthodologie de mise en place de la démarche/expériences d'utilisation/échanges.

Axe 2 : Communiquer auprès des PS libéraux sur les contrats de coordination

- **Mise en œuvre 2011**

- organisation d'une réunion collective en avril 2011.
- en septembre 2011 :
  - taux de masseurs kinésithérapeutes signataires 22 %,
  - taux de médecins généralistes signataires 9 %.

Axe 3 : Analyse des dépenses de soins en EHPAD

Objectif : Elaborer une grille d'analyse des dépenses de soins des EHPAD (forfait soins et soins de ville) à destination des ARS

- en vue de comparaisons entre EHPAD sur des ratios relatifs à leur fonctionnement,
- en vue d'alimenter le dialogue de gestion, les échanges entre ARS et établissements.

- **Mise en œuvre 2011**

L'ARS de Haute-Normandie a été choisie comme région de test de la grille d'analyse des dépenses : vérifier la faisabilité de calcul de 9 ratios identifiés reposant sur 2 piliers :

- un volet quantitatif mesurant l'efficience de la dépense de soins : utilisation de la dotation, structuration de la dépense, dépense globale incluant les remboursements de soins de ville ;
- un volet qualitatif mesurant l'efficience dans l'utilisation des moyens alloués pour une prise en charge optimale : taux d'occupation, taux d'hospitalisation, taux d'encadrement médical et paramédical.

En juillet/août, la grille concernant un échantillon de 19 EHPAD haut-normands, a été remplie à partir :

- des données budgétaires des comptes administratifs (et comptes d'emploi) des EHPAD, ainsi que des données d'activité et de fonctionnement associées (encadrement, activité, GMPS) ;
- des données de remboursement de soins de ville de l'assurance maladie des résidents.

Cette grille a été transmise à la CNSA pour analyse, ainsi qu'une liste de remarques sur la difficulté de recueil de données (hétérogénéité des documents, manque d'éléments sur les effectifs).

L'objet à terme, est d'identifier des Groupes Homogènes d'Etablissement, afin de pouvoir procéder à des comparaisons.

- **Mise en œuvre 2012**

1er trimestre 2012 : recueil et analyse de 3 des 9 ratios sur un échantillon d'EHPAD :

- taux d'utilisation de la dotation soins,
- taux d'occupation,
- temps de présence du médecin coordonateur.

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.

Les indicateurs retenus pour 2011 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 » : recueil en cours
- pour le programme EHPAD Efficience : « Taux de mise en œuvre par l'ARS pour un échantillon d'EHPAD de trois taux d'analyse » *: indicateur neutralisé pour 2011*

3.2.8 Le programme « soins de suite et de réadaptation (SSR) »

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 cru 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.

Dans ce cadre, l'ARS déclinera notamment des indicateurs d'efficience des SSR, des indicateurs de suivi des dépenses, déploiera l'outil Trajectoire (outil d'aide à l'orientation en SSR), promouvra le recours à des conventions entre les SSR et le secteur médico-social. L'ARS et l'assurance maladie mettront en œuvre une procédure de mise sous accord préalable (MSAP) pour les prestations de SSR pour des suites de traitements chirurgicaux et orthopédiques pour lesquels la rééducation, si elle est

indiquée, est réalisable en ville dans la mesure où il n'existe pas d'isolement social, de pathologies associées ou d'incompatibilité avec le maintien à domicile. Un accompagnement des établissements MCO et SSR sera réalisé par l'assurance maladie sur ce thème.

Etat des lieux régional et diagnostic

La Haute-Normandie se caractérise par :

- un faible taux d'équipement : 20ème place des 22 régions de France métropolitaine ;
- une ambition régionale forte depuis 2006 de développer l'activité SSR : 3 nouveaux établissements (soit + 9% lits et + 29%places) ; 2 nouveaux établissements attendus pour 2013 ;
- de fortes disparités infra-régionales : territoires du Havre et de Dieppe en retard de dotation ;
- 7 établissements de proximité (ex-hôpitaux locaux) en cours de restructuration (recentrage SSR) ;
- une situation démographique des professionnels de santé préoccupante (médecins, MPR, kinésithérapeutes…) ;
- une fragilité des interfaces d'amont et d'aval (pression croissante de l'amont) ;
- en matière de prise en charge des patients cérébro-lésés, traumatisés crâniens et blessés médullaires, les capacités d'accueil en unités EVC-EPR, en structures médico-sociales (MAS, accueil de jour, familles d'accueil…) sont notoirement insuffisantes au regard des besoins identifiés.

Calendrier et suivi de l'avancement

Référence

- article L.162-1-17 du code de la sécurité sociale ;
- article 63 de la LFSS 2011 (Loi n°2010-1594 du 20 décembre 2010) est venu modifier l'article L.162-1-17 du code de la sécurité sociale en élargissant son champ d'application aux prescriptions d'hospitalisation en SSR ;
- décret no 2011-955 du 10 août 2011 relatif à la procédure contradictoire prévue à l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale, paru au JO du 12/08/1 ;
- CNAMTS : LR- DDGOS-22/2011 du 11/03/2011 ;
- CNAMTS : LR-DDGOS- 47-2011 du 23 juin 2011 : Lancement de la procédure de Mise Sous Accord Préalable sur les prestations d'hospitalisation de Soins de Suite et de Réadaptation (MSAP SSR) ;
- instruction ministérielle relative au programme GDR dédié aux établissements autorisés en SSR, validé par le CNP du 16 décembre 2011, visa 2011-309.

Mise en œuvre 2011

Axe 1 : Procédure de mise sous accord préalable (MSAP)

Enjeux de la MSAP :

- harmonisation des pratiques médicales par le respect des référentiels de la HAS,
- diminution des hospitalisations non justifiées,
- meilleure adéquation entre mode de prise en charge et besoin de soins: confort et sécurité du patient / intérêt de l'établissement.

La MSAP concerne les prestations d'hospitalisation pour les SSR liés à des actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas, pour un patient qui justifie des soins de masso-kinésithérapie, de recourir à une hospitalisation mais d'une prise en charge par des kinésithérapeutes libéraux.

La MSAP ne porte pas sur l'établissement qui prescrit les SSR, mais celui qui exécute la prestation.

Quatre actes ont été choisis en fonction des recommandations de l'HAS (2006 et 2008) et d'un taux de recours élevé de prise en charge en SSR :

- arthroplastie de genou par prothèse totale de genou en 1ère intention (PTG) ;
- chirurgie réparatrice de réinsertion ou de suture simple du tendon rompu de la coiffe des rotateurs (épaule) ;
- ligamentoplastie du croisé antérieur du genou (LCA),
- arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche en 1ère intention (PTH).

Information préalable en mars 2011 : courrier CPAM/DRSM aux 20 établissements MCO afin de leur rappeler les recommandations sur l'orientation des patients et leur présenter leur situation sur 4 interventions précises

Ciblage selon les critères : fréquence séjour SSR et taux d'adressage MCO-SSR (filière)

- Hôpital de la Musse : genou et hanche,
- Centre de rééducation de la Hève : genou et hanche,
- Centre de rééducation fonctionnelle Les Herbiers : genou et la hanche,
- Centre SSR Méridienne : genou, hanche et ligament.

Sur proposition de l'assurance maladie, notification du directeur général de l'ARS de MSAP le 29 novembre 2011 à l'Hôpital de la Musse, CRF de la Hève, des Herbiers pour 2 actes (genou et hanche) sur une période de 6 mois (15 décembre 2011 au 15 juin 2012) et le Centre Méridienne le 10 janvier 2012 sur une période de 6 mois (1er février au 1er août 2012).

Parallèlement, l'assurance maladie rencontre les établissements MCO.

Axe 2 : Déploiement de l'outil « Trajectoire »

« Trajectoire » est un logiciel accessible via internet sécurisé qui permet de réaliser des demandes d'orientation de patients vers les SSR et l'HAD en quelques clics.

La coordination SSR Haute-Normandie, assure le déploiement du logiciel depuis mars 2009.

2/3 des structures MCO orientent leurs patients à l'aide du logiciel.

Bilan au 1er janvier 2012 :

- 47 structures, 124 unités SSR,
- 10 structures HAD,
- 2 594 places d'aval référencées,
- 333 unités prescriptrices (39 établissements MCO),
- 1034 comptes prescripteurs,
- 13 304 demandes envoyées, 28 508 demandes reçues en 2011.

- **Mise en œuvre 2012**

Le programme vise à :

- **mieux connaître la nouvelle offre de soins en SSR par la mis en place d'outils (disponibles sur e-PMSI)**
  - série de sept indicateurs d'efficience des SSR permettant de situer les activités de chaque SSR par rapport à des références nationales, régionales voir territoriales et repérer les éventuelles atypies dans une perspective d'analyse (durée moyenne des prises en charge, taux d'entrée directe en SSR, taux d'orientation en SSR, mode de sortie du SSR, taux de retour précoce en MCO, taux de fuite et d'attractivité) ;
  - score des risques financiers PMSI permettant une analyse de cohérence des données PMSI dans la perspective de leur valorisation prenant en compte 5 indicateurs de risque (retard transmission données PMSI-SSR, erreurs de groupage des recueils PMSI-SSR, non conformités intra-séjour PMSI-SSR, non conformités inter-séjour PMSI-SSR, séjours PMSI-SSR non chainés).

- **améliorer la pertinence des prises en charge et fluidifier le parcours de soins du patient entre MCO, SSR et les EHPAD :**
  - démarche de MSAP,
  - déploiement du logiciel « Trajectoire »,
  - mise en place de conventions SSR/EHPAD qui visent à améliorer la fluidité du parcours de soins en organisant les filières les plus adéquates, diminuer la durée de certaines prises en charge en SSR et éviter les ruptures de prise en charge. un modèle type est à disposition.

A l'occasion d'une journée à destination des établissements SSR sur la méthodologie des visites de conformité organisée par l'ARS (en avril 2012), les nouveaux outils GDR (indicateurs d'efficience, score des risques financiers, convention SSR/EHPAD) seront présentés.

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 retenu pour 2011 est le « taux d'établissements mis sous accord préalable par rapport à la cible ».

Cible 2011 : 3

Résultat 2011 :3

3.2.9 Le programme « permanences 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 PDSA.

Rappel des objectifs du programme [14]

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

[14]Instruction relative à la Permanence des soins ambulatoire du 13 juillet 2011

permanence des soins ambulatoire (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'efficience 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'effection – 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 (effection – 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.

Etat des lieux régional et diagnostic (synthèse)

La déclinaison départementale de la PDSA a été arrêtée en 2005, après avis consultatifs des CODAMUPS.

La région Haute-Normandie compte en mai 2011, 10 " maisons médicales de garde " (MMG), toutes situées en Seine-Maritime : Barentin, Déville lès Rouen, Dieppe, Fontaine le Bourg, Le Havre, Neufchâtel, Petit Quevilly, Rouen, Tôtes, Yvetot.

L'ancien CAPS de Neufchâtel en Bray s'est transformé à partir de juin 2008 en un « centre de premiers soins de proximité » qui, dans le cadre d'une organisation en groupement de coopération sanitaire, associe médecine de ville et hôpital et assure un accueil de médecine générale non programmée 24/24 H.

Une nouvelle organisation de la PDSA est en cours de définition. Elle sera fondée sur les principes suivants : priorité à la régulation, solidité des secteurs de PDSA (démographie, activité, charges).

Calendrier et suivi de l'avancement

- **Mise en œuvre 2011**

Cf. Projet Régional de Santé, Schéma Régional d'Organisation des Soins, Urgence médicale..
Aucune instruction spécifique GDR n'a été transmise.

- **Mise en œuvre 2012 :** *en attente de la circulaire relative au programme de gestion du risque pour 2012.*

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 retenu pour 2011 est la « part des actes régulés » : indicateur 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 :

- les programmes de maîtrise médicalisée en ville ;
- les programmes de renforcement de l'efficience de l'offre de soins dans les établissements de santé ;
- les plans de prévention et d'accompagnement des patients.

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.

La Caisse et le Service Médical 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'efficience 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 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'efficience 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.

3.3.2 Les programmes de renforcement de l'efficience 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**[15] . 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-

[15] cf. mesure prévue par la LFSS pour 2011

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.

Actions de prévention

- **Prévention bucco-dentaire**

Les régimes 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 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 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.

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

Sur cet axe, l'assurance maladie poursuivra ses programmes de prévention de l'obésité et de conseil nutritionnel 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).

④ Les actions régionales complémentaires spécifiques

4.1 Présentation des objectifs des programmes spécifiques

4.2 Les groupes qualité en médecine générale de Haute-Normandie

4 Les actions régionales complémentaires spécifiques

4.1 Présentation des objectifs des programmes spécifiques

En complément des programmes nationaux de gestion du risque élaborés conformément aux objectifs du contrat Etat/UNCAM, peuvent être définies des actions complémentaires régionales qui sont de la responsabilité directe des ARS. Ces actions sont élaborées en tenant compte des spécificités régionales.

« Les actions régionales complémentaires spécifiques qui composent la deuxième partie du PRGDR font l'objet, avant d'être arrêtées par le directeur de l'ARS et à son initiative, de réunions de concertation au sein de la commission régionale de gestion du risque réunie en formation restreinte aux directeurs d'organismes ou de services, représentants, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'UNCAM, et au représentant des organismes complémentaires d'assurance maladie désigné par l'UNOCAM. »[16]

Les actions spécifiques régionales doivent prendre en compte[17] les éléments suivants :

- « la nécessaire complémentarité avec les programmes nationaux ;
- une définition fondée sur des référentiels scientifiquement validés (ex : recommandations de la Haute Autorité de santé notamment) ;
- la contribution de l'assurance maladie à ces actions est arrêtée par le DCGDR en fonction de l'opportunité et des ressources disponibles au niveau de l'assurance maladie.

4.2 Les groupes qualité en médecine générale de Haute-Normandie

La démarche « Groupes Qualité » est une action menée jusqu'alors par l'assurance maladie en partenariat avec la représentation des médecins généralistes libéraux. Ces groupes favorisent l'amélioration des pratiques médicales et de la prise en charge des patients de manière collective.

Un groupe qualité est un groupe d'analyse de pratiques qui se base sur un engagement collectif permettant aux médecins généralistes d'une même zone géographique de se rencontrer régulièrement pour analyser leur pratique, sur un thème donné, à partir de cas cliniques tirés au sort parmi leurs consultations récentes, au cours d'un staff animé par un pair.

Au niveau national : 2 000 médecins répartis sur 200 groupes ont adhéré à la démarche qui concerne à ce jour 10 régions françaises.
La Haute-Normandie compte 14 groupes, soit 150 médecins engagés.

Compte tenu des évolutions institutionnelles et de la nécessité de consolider ces groupes qualité, les modalités de pilotage ont été revues. Une organisation régionale rénovée dans laquelle s'inscrivent l'assurance maladie et l'ARS a été définie. Sur les aspects organisationnels, les partenaires régionaux que sont l'ARS, l'assurance maladie, l'association APIMED HN et l'URPS médecins libéraux s'engagent à travailler en collaboration pour que les groupes poursuivent leurs actions et se développent en Haute-Normandie. Ce partenariat s'inscrit au sein d'une convention signée des différents partenaires.

Le 22 février 2012 est prévue :

- la signature de la convention de partenariat entre ARS, Assurance Maladie, URPS et GQHN,
- la première réunion du comité de pilotage.

[16] Décret n° 2010-515 du 18 mai 2010 relatif au PRGDR (Art. R.1434-18 du CSP)
[17] Circulaire du 19 juillet 2010 relative aux priorités sur la gestion du risque en 2010

⑤ Lexique

5 Lexique

AAP : anti-agrégants plaquettaires
ACA : anesthésie et chirurgie ambulatoire
AFCA : association française de chirurgie amublatoire
AFSSAPS : agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ALD : affection de longue durée
AM : assurance maladie
AMM : autorisation de mise sur le marché
ANAP : agence nationale d'appui à la performance
ARS : agence régionale de santé
CCAM : classification commune des actes médicaux
CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CAQS : contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins
CLCC : centres de lutte contre le cancer
CNAMTS : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNP : caisse nationale de prévoyance
CODAMUPS : comité départemental de l'aide médicale urgente de la permanence des soins et des transports sanitaires
CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSP : code de la santé publique
DMI : dispositifs médicaux implantables
DP : dialyse péritonéale
DSS : direction de la sécurité sociale
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
E.V.C.-E.P.R : états végétatifs chroniques et états pauci relationnels
FINESS : fichier national des établissements sanitaires et sociaux
GHS : groupes homogènes de séjours
GDR : gestion du risque
GQHN : groupes qualités hauts-normands
HAD : hospitalisation à domicile
HAS : haute autorité de santé
HD : hémodialyse
HPST : loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 « hôpital, patients, santé, territoires »
Inca : institut national du cancer
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
IRC : insuffisance rénale chronique
IRCT : insuffisance rénale chronique terminale
IRM : imagerie par résonance magnétique
LAP : liste d'aide à la prescription médicamenteuse
LCA : ligamentoplastie du croisé antérieur du genou
LFSS : loi de financement de la sécurité sociale
LPP : liste des produits et prestations
MCO : branche médecine, chirurgie, obstétrique
MEAH : mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier
MMG : maisons médicales de garde

MSA : mutualité sociale agricole
MSAP : mise sous accord préalable
OCDE : organisation de coopérations de développement économiques
ONDAM : objectifs nationaux des dépenses d'assurance maladie
OOMS : pôle « Organisation de l'offre médico-sociale » de l'ARS
OOS : pôle « Organisation de l'offre de santé » de l'ARS
PCAP : période comparable à l'année précédente
PDS : permanence des soins
PDSA : permanence des soins ambulatoire
PHMEV : prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville
PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information
PPS : pôle « Prévention et promotion de la santé » de l'ARS
PRS : plan régional stratégique
PRGDR : programme régional de gestion du risque
PSPH : établissement participant au service public hospitalier
PTH : prothèse totale de hanche
PTT : protocole thérapeutique temporaire
QAP : département « Qualité & Appui à la Performance » de l'ARS
QEP : pôle « Qualité Efficience Performance » de l'ARS
RBU : référentiel des bons usages
REIN : réseau épidémiologie et informations en néphrologie
RSI : régime social des indépendants
SSIAD : services de soins infirmiers à domicile
SROS : schéma régional d'organisation des soins
SROMS : schéma régional d'organisation médico-sociale
SSR : soins de suite et de réadaptation
T2A : tarification à l'activité
TPG : prothèse totale du genou
UDM : unité de dialyse médicalisée
UNCAM : union nationale des caisses d'assurance maladie
UNOCAM : union nationale des organismes d'assurance maladie
URPS : union régionale des professionnels de santé
USLD : unités de soins longue durée
URCAM : unions régionales de caisses d'assurance maladie
VIH : virus de l'immunodéficience humaine

ARS de Haute-Normandie
31, rue Malouet
BP 2061
76040 Rouen Cedex

Téléphone : 02.32.18.32.18
Courriel : ars-hnormandie-communication@ars.sante.fr

www.ars.haute-normandie.sante.fr