



Programme Pluriannuel Régional de Gestion du Risque (PPRGDR) de Picardie

2010 - 2013

Sommaire

1	Introduction	3
1.1	Le nouveau cadre institutionnel.....	3
1.2	Le cadre législatif et réglementaire	3
1.3	Définition de la gestion du risque	4
1.4	Les acteurs de la gestion du risque.....	4
2	Contexte régional	5
2.1	<i>Montant et évolution des dépenses au niveau régional</i>	5
2.2	Analyse de l'état de santé de la population et de l'offre de santé dans la région	7
3	Organisation et méthodologie au sein de la région	7
3.1	La Commission Régionale de Gestion du Risque et la contractualisation.....	7
3.2	Le règlement intérieur de la Commission Régionale de Gestion du Risque.....	7
3.3	Organisation opérationnelle	9
4	Les dix programmes prioritaires de gestion du risque	13
4.1	Le programme Transports sanitaires.....	15
4.2	Le programme Prise en charge IRC	19
4.3	Le programme Liste en sus	24
4.4	Le programme Prescription hospitalières Médicamenteuses exécutées en ville	27
4.5	Le programme Imagerie médicale	30
4.6	Le programme Chirurgie ambulatoire	34
4.7	Les 2 programmes EHPAD : Efficience et Prescription.....	37
4.8	Le programme SSR	40
4.9	Le programme PDS ambulatoire et urgences	42
5	La déclinaison des programmes nationaux de gestion du risque de l'Assurance Maladie	45
5.1	Les programmes de maîtrise médicalisée en ville	45
5.2	Les programmes de renforcement de l'efficience de l'offre de soins dans les établissements de santé	46
5.3	Les plans de prévention et d'accompagnement des patients	46
6	Les actions régionales complémentaires spécifiques	46

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 efficaces ;
- Moderniser les outils au service du système de santé.

1.2 Le cadre législatif et réglementaire

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

- « Le programme pluriannuel régional de gestion du risque comprend, outre les actions nationales définies par le contrat prévu à l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale (contrat Etat-UNCAM), des actions complémentaires tenant compte des spécificités régionales.
- Ces actions régionales complémentaires spécifiques sont élaborées et arrêtées par le directeur général de l'agence régionale de santé, 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 PRG DR (art. R1434-9 à R 1434-18 du CSP) apporte des précisions :

- « Le DG 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 »

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

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'efficacité du système de santé, c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût* »².

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

Dans son rapport de juillet 2008³, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie 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'efficacité du système de soins et ainsi contribuer au respect de l'ONDAM voté par le Parlement dans le cadre des lois de financements de la sécurité sociale :

« *La préparation, le suivi et l'évaluation du 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.

2 Contexte régional

2.1 Montant et évolution des dépenses au niveau régional

Montant des dépenses remboursés de l'ONDAM en Picardie Source CNAMTS, RSI, REGIME AGRICOLE - Année 2010		
Soins de ville	Consultations	185 528 775 €
	Visites	31 967 647 €
	Actes techniques	188 806 588 €
	Forfaits Scanner et IRMN	28 666 817 €
	Autres honoraires du secteur privé	26 617 302 €
	Participations forfaitaires - médecins/assurés	-11 565 425 €
	Total Honoraires Médicaux	450 021 714 €
	Honoraires dentaires	68 686 648 €
	Total Honoraires Privés (médicaux et dentaires)	518 708 362 €
	Auxiliaires médicaux	170 262 119 €
	Analyses biologiques	91 780 602 €
	Prélèvements biologiques et Frais de dép. dir. de laboratoire	3 831 589 €
	Participations forfaitaires – laboratoires	-6 569 167 €
	Médicaments	664 668 458 €
	Dispositifs Médicaux	137 304 275 €
	- dont Appareils matériels de traitement et pansements	106 418 901 €
	- Autres biens médicaux inscrits a la LPP	30 885 374 €
	Total Prescriptions	1 061 305 018 €
	Frais de déplacement des malades	120 859 206 €
	Total Autres Prestations de soins santé	124 093 890 €
Total Prestations en espèces (Indemnités journalières)	309 020 072 €	
ONDAM - Soins de ville	2 023 527 623 €	
Hospitalisation	ODMCO - secteur public	1 057 840 202 €
	ODMCO - secteur privé	241 271 861 €
	Total ODMCO	1 299 112 062 €
	Total MIGAC	193 724 775 €
	Total DAF et autres versements du secteur public	502 339 382 €
	Total OQN et autres versements du secteur privé	28 060 226 €
ONDAM - Etablissements de sante publics et privés	2 023 236 445 €	
MS	ONDAM - Etablissements médico-sociaux	498 384 344 €

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

TABLEAU DE BORD DE SUIVI DE L'ONDAM

Evolution des postes de dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM								
Données interrégimes - (Source : CNAMTS/MSA/RSI) - Période : Années 2007 à 2010								
Enveloppe	Prestations	Picardie Année 2007 /2006	Picardie Année 2008 /2007	Picardie Année 2009 /2008	Picardie Année 2010 /2009	France Année 2010 /2009	Contribution* à l'évolution dépenses Soins de ville - Picardie 2010	Poids dans Total dépenses ONDAM - Picardie 2010
Soins de ville	Consultations	3,9%	0,2%	-1,1%	-0,7%	-1,2%	-2%	4%
	Visites	-0,5%	-4,3%	-2,5%	-3,0%	-4,4%	-1%	1%
	Ensemble des actes techniques	2,0%	6,3%	1,4%	4,1%	4,0%	9%	4%
	Forfaits Scanner et IRMN	8,2%	8,4%	13,4%	19,7%	11,8%	5%	1%
	Autres honoraires du secteur privé	4,6%	9,9%	3,5%	0,6%	-1,9%	0%	1%
	Participations forfaitaires - médecins/assurés	4,2%	7,8%	1,3%	0,0%	0,2%	0%	0%
	Total Honoraires Médicaux	3,0%	3,0%	0,7%	2,3%	1,2%	12%	10%
	Honoraires dentaires	2,5%	-0,7%	-0,3%	1,2%	1,3%	1%	2%
	Total Honoraires Secteur Privé	2,9%	2,5%	0,6%	2,1%	1,3%	13%	11%
	Auxiliaires médicaux	7,7%	4,8%	5,0%	6,0%	6,9%	11%	4%
	Actes en B, BP et BR.	1,2%	2,9%	1,6%	2,3%	2,5%	2%	2%
	Actes en KB, PB et TB - Frais de dép. labo	1,1%	0,5%	0,5%	0,9%	3,9%	0%	0%
	Participations forfaitaires - laboratoires	57,9%	58,9%	4,6%	2,9%	3,3%	0%	0%
	Dépenses médicaments	4,7%	-2,5%	1,4%	3,8%	3,4%	29%	15%
	Appareils matériels de traitement et pansements	11,8%	12,5%	-1,7%	7,5%	8,7%	9%	2%
	Autres biens médicaux inscrits a la LPP	4,9%	8,7%	0,6%	6,8%	6,6%	2%	1%
	Total Prescriptions	5,2%	0,4%	1,6%	4,5%	4,6%	53%	23%
	Frais de déplacement des malades	4,4%	3,4%	4,6%	5,3%	6,5%	7%	3%
	Autres prestations diverses	16,7%	14,2%	-17,6%	21,3%	17,1%	1%	0%
	Total Autres Prestations de Soins Santé	4,7%	3,7%	4,0%	5,7%	7,6%	8%	3%
Total Prestations en espèces	3,2%	6,2%	1,2%	7,5%	5,3%	25%	7%	
TOTAL SOINS DE VILLE	4,3%	2,0%	1,5%	4,4%	4,0%	100%	45%	
ONDAM SOINS DE VILLE (rappel objectif 2011)								
Hospitalisation	ODMCO secteur public	4,9%	7,4%	3,6%	3,1%	2,5%		23%
	ODMCO secteur privé	-1,5%	6,3%	2,2%	4,4%	2,9%		5%
	Total ODMCO	3,6%	7,2%	3,3%	3,3%	2,6%		29%
	Total MIGAC	10,6%	8,0%	15,5%	0,7%	-2,9%		4%
	Total DAF et autres versements secteur public	2,0%	3,1%	1,4%	-1,1%	-0,8%		11%
	Total OQN et autres versements secteur privé	15,5%	17,8%	28,2%	6,5%	3,7%		1%
	TOTAL ETAB. DE SANTE PUBLICS ET PRIVES	3,8%	6,2%	4,1%	2,0%	1,3%		45%
	ONDAM HOSPITALISATION (rappel objectif 2011)	3,5%	3,2%	3,1%	2,8%	2,8%		
Médico Social	TOTAL ETAB. MEDICO-SOCIAUX	12,5%	4,9%	7,3%	11,4%	7,1%		11%
	ONDAM MEDICO-SOCIAL (rappel objectif 2011)	6,5%	6,5%	6,3%	5,8%	5,8%		
TOTAL ONDAM		4,8%	4,0%	3,1%	4,0%	3,1%		100%
ONDAM		2,6%	2,8%	3,3%	3,0%	3,0%		

*Correspond à son taux de croissance que multiplie son poids dans le total des soins de ville

	Evolution supérieure à l'ONDAM soins de ville et contribution >5%
	Evolution supérieure à l'ONDAM soins de ville et contribution <5%
	Evolution inférieure à l'ONDAM soins de ville

2.2 Analyse de l'état de santé de la population et de l'offre de santé dans la région

Le Plan Stratégique Régional de Santé de Picardie 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 Picardie disponible sur le portail Internet de l'ARS de Picardie).

3 Organisation et méthodologie au sein de la région

3.1 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 DGARS 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 DGARS 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. L1434-14 du code de la santé publique.

3.2 Le règlement intérieur de la Commission Régionale de Gestion du Risque

Article 1 : Présidence et suppléance

Le directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie préside la Commission Régionale de Gestion du Risque.

Il prépare, arrête et évalue le programme pluriannuel Régional de Gestion du Risque prévu aux articles L 1431.2 et L 1431.14 du Code de la Santé Publique.

Il établit un Contrat entre l'ARS et chaque organisme et service d'Assurance Maladie du ressort de la région. Conclu pour une durée de 4 ans, ce contrat peut faire l'objet d'avenants définis chaque année.

En cas d'empêchement du président titulaire, la présidence est assurée par le Directeur de la Politique Régionale de Santé de l'ARS.

Article 2 : Composition de la commission

Conformément à l'article R1434-12 du code de santé publique, la commission 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 :

Elle siège en formation plénière composée de huit membres avec voix délibérative comme suit :

- Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
- Le Directeur de la coordination régionale de la gestion du risque du régime général et Directeur de la CPAM de la Somme,
- Le Directeur régional du RSI,
- Le Directeur général de la MSA,
- Le Directeur de la CPAM de l'Oise,
- Le Directeur de la CPAM de l'Aisne,
- Le Directeur Régional du Service Médical du régime général de l'Assurance Maladie,
- Le représentant régional des organismes complémentaires d'assurance maladie.

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé peut être assisté par le directeur délégué de la Politique Régionale de Santé et son collaborateur, le sous directeur responsable du département de la maîtrise des dépenses de santé et des actions de gestion du risque assurantiel.

Le Directeur coordonnateur régional de la gestion du risque du régime général peut être assisté par le Sous Directeur en charge de la coordination régionale.

Selon l'ordre du jour, tout membre de la commission réalisant une présentation peut occasionnellement se faire assister d'un expert en fonction du sujet traité.

Article 3 : Rôle de la Commission

La commission émet un avis sur le Programme Régional de la Gestion Du Risque en formation plénière, ce programme est ensuite arrêté par le Directeur Général de l'agence.

Elle est chargée de la préparation, du suivi et de l'évaluation du Programme Régional de la Gestion Du Risque.

Article 4 : Secrétariat de la Commission

Le secrétariat de la commission est assuré par le responsable du département de la maîtrise des dépenses de santé et des actions de gestion du risque assurantiel de l'agence.

Il a en charge l'organisation des réunions, la rédaction des procès verbaux, le suivi du tableau de bord financier et le tableau de bord du suivi des programmes d'actions.

Article 5 : Convocation

Le Président convoque la commission.

La commission régionale de gestion du risque se réunit au moins une fois par trimestre.

En cas de nécessité, il sera procédé à la réalisation d'une commission exceptionnelle.

Article 6 : Ordre du jour

Le Président arrête l'ordre du jour après consultation des membres suivants :

le Directeur de la coordination régionale de la GDR pour le régime général.

Le directeur régional de la MSA

Le directeur régional du RSI

Le représentant de l'UNOCAM

L'ordre du jour et les documents nécessaires aux travaux de la commission seront transmis au plus tard quinze jours avant la tenue de la commission.

Article 7 : Modalités d'adoption et de révision du règlement intérieur

Le règlement intérieur de la commission est arrêté par la commission régionale de GDR du 10 novembre 2010 après adoption à la majorité simple des membres physiquement présents lors de la première commission régionale.

Le président a voix prépondérante en cas de partage des voix.

Le règlement peut être révisé selon la même procédure.

3.3 Organisation opérationnelle

Interface ARS / Assurance Maladie :

La Coordination entre la Commission Régionale de Gestion du Risque et les binômes chefs de projets des 10 priorités GDR est réalisée par le groupe « interface ARS/AM » composé des représentants suivants :

- Sous Directeur Maitrise des dépenses de santé et Gestion Du Risque pour l'ARS de Picardie
- Sous Directeur de la coordination Gestion Du Risque pour le régime général
- Sous Directeur en charge de la Gestion Du Risque et de la Prévention pour la MSA.
- Responsable de la Gestion Du Risque et de la Prévention pour le RSI.
- Le Directeur de la MGEN, représentant l'UNOCAM.

Groupe Projet :

Un groupe projet est constitué pour chacune des 10 priorités GDR.

Missions du binôme Assurance Maladie / ARS :

Un groupe projet est constitué des ressources proposées par les membres de la Commission Régionale de GDR, qui peut être complété selon les besoins par les co-chefs de projets, en liaison avec le DCGDR et le DGARS, chacun pour ce qui les concerne.

Selon les moments du projet et en fonction de la nature des actions attendues (ARS ou Assurance Maladie), la chefferie de projet sera conduite par l'ARS ou l'Assurance Maladie ou conjointement.

Le binôme Assurance Maladie / ARS, à partir du cadrage national et de la lettre de mission cosignée DGARS/DCGDR :

- Anime l'avancement des travaux en veillant au respect des échéances de la lettre de mission
- Prépare l'ordre du jour des réunions et assure leur secrétariat en privilégiant les diffusions par messagerie (diffusion des documents de travail, éléments nécessaires aux réunions, préparation ou coordination des supports à présenter, rédaction et diffusion des comptes rendus, liste de destinataires)
- Suit et rend compte des indicateurs de mise en œuvre du programme (Indicateurs de réalisation des objectifs et de moyens) à partir d'un modèle commun à tous les projets du PPR GDR (tableau EXCEL)
- Elabore avec l'aide du groupe projet, des rapports d'étape le cas échéant et un rapport final.

Le reporting et les rapports, respectivement pour suivi et validation par la Commission Régionale Gestion du Risque, sont transmis par les co-chefs de projets aux membres de l'interface ARS/Assurance Maladie désignés en Commission Régionale GDR du 10 novembre 2010 :

Cette transmission est prévue à minima 15 jours avant la Commission Régionale de GDR.

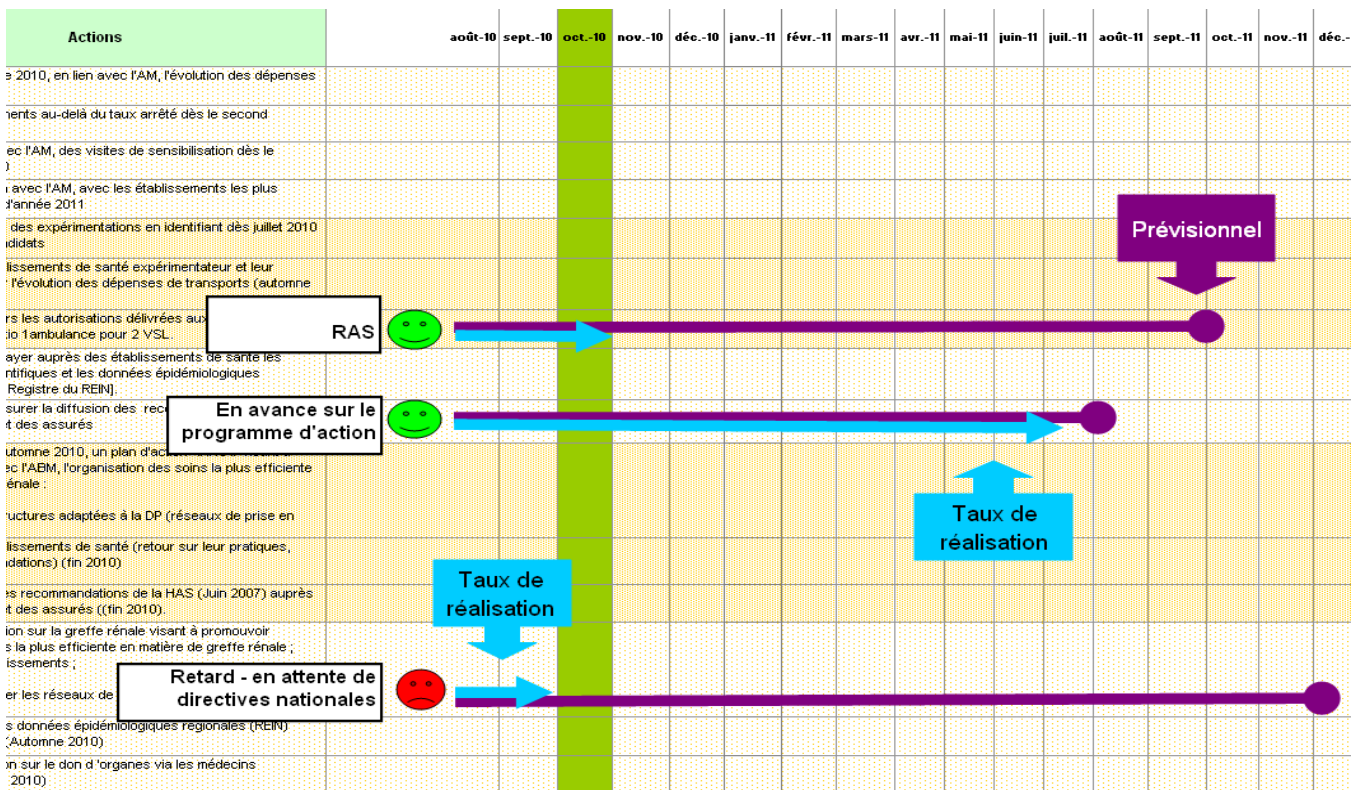
Version du 05_12_2010	Répartition des chefferies de projet _ PPR GDR		Participation aux programmes		
thèmes	ARS	Assurance Maladie	Membres MSA	Membres RSI	UNOCAM
Transports sanitaires	Marie Josée BEURDELEY	Eliane LAMBRECHT - CPAM 60	Guillaume BAUDET - MSA	Un administratif (PV Com_GDR 10_11_2010)	Jean Luc BOSSEE, Directeur MGEN (PV Com_GDR 10_11_2010)
Insuffisance rénale chronique	Dr Matthieu DERANCOURT	Dr Anne VERFAILLIE, médecin chef de service adjoint de l'ELSM du Hainaut	Dr MENUET - MSA		Jean Luc BOSSEE, Directeur MGEN (PV Com_GDR 10_11_2010)
Prescription des médicaments et des dispositifs médicaux de la liste en sus	Céline VIGNE	Dr Dany SACHY, pharmacien conseil chef de service - DRSM siège	Maryse WURMSER - MSA Dr SAINT - MSA		
Prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville	Dr Pierre DETOT	Dr Laurence AMOUYEL, MCCS Pôle Relations Professionnels de Santé - DRSM	Dr SAINT - MSA	Dr APICELLA - RSI	
Imagerie médicale	Dr J.D. ROUTIER	Yves DUCHANGE - CPAM 02	Dr MENUET - MSA		
Chirurgie ambulatoire	Nathalie RICHET	Dr Françoise LEGRAND, MCCS - "Relations avec les Assurés" - DRSM Siège	Dr TILAK - MSA	Dr ORAIN - RSI	
Effizienz des EHPAD	Didier SOLARET	Sylvie GRIFFOIN - CPAM 80	Maryse WURMSER - MSA		
Effizienz de la prescription dans les EHPAD	Dr D. LAJUGIE	Sylvie GRIFFOIN - CPAM 80	Dr TILAK - MSA		
Permanence des soins ambulatoire et urgences hospitalières	Sous directeur Offre de soins	Yves DUCHANGE - CPAM 02	Didier DEPOND - MSA		
Soins de suite et de réadaptation	Jérôme SCHLOUCK	Sylvie GRIFFOIN - CPAM 80	Didier DEPOND - MSA		

Outils de pilotage (modèles retenus lors de la CRGDR du 10/11/10):

Tableau de bord de suivi des programmes :

Priorité	Pilotage	Objectif	N° Action	Actions	Qui ?	Binôme		Début	Fin	Point de situation	Point de situation								
						ARS	AM												
1 - Transports sanitaires			1	Suivre, pendant l'année 2010, en lien avec l'AM, l'évolution des dépenses des prescriptions,	ARS/AM	A définir par Mme Van Rechem													
				Identifier les établissements au-delà du taux arrêté dès le second semestre 2010	?														
				Commencer, en lien avec l'AM, des visites de sensibilisation dès le second semestre 2010	ARS/AM														
				Contractualiser, en lien avec l'AM, avec les établissements les plus déviant dès le début d'année 2011	ARS/AM														
			2	Favoriser le lancement des expérimentations en identifiant dès juillet 2010 les établissements candidats	ARS/AM														
				Accompagner les établissements de santé expérimentateur et leur effectuer un retour sur l'évolution des dépenses de transports (automne 2010 et année 2011)	ARS/AM														
				Agir dès 2010, à travers les autorisations délivrées aux transporteurs, afin de respecter le ratio 1 ambulance pour 2 VSL.	ARS														
			1									1	Dès automne 2010, relayer auprès des établissements de santé les recommandations scientifiques et les données épidémiologiques disponibles (Cohortes, Registre du REIN).						
													Dès automne 2010, assurer la diffusion des recommandations auprès						

Diagramme de Gantt :



Suivi financier : Tableau de bord dynamique inter régime :

Sélectionner la (ou les) caisse(s)

- Cпам de l'Aisne Tout sélectionner CPAM
- Cпам de l'Oise Tout désélectionner CPAM
- Cпам de la Somme

- R.S.I. Tout sélectionner caisses de la MSA
- MSA - département de l'Aisne
- APRIA/RSA/Amesa - département de l'Aisne
- MSA - département de l'Oise
- APRIA/RSA/Amesa - département de l'Oise
- MSA - département de la Somme
- APRIA/RSA/Amesa - département de la Somme

Sélectionner le (ou les) risque(s)

- Maladie Tout sélectionner
- Maternité Tout désélectionner
- AT
- Invalidité
- Décès
- Prestations supplémentaires

L'essentiel et plus encore

TABLEAU DE BORD DES DEPENSES

A FIN juin 2011 (RG + SLM, RSI , MSA)

Actualiser le Tableau de Bord

Suivi financier : ONDAM :

Enregistrer le résultat

	données CPAM Somme				
	Dépenses du mois	Cumul ACM (dépenses des 12 derniers mois)	Evolution ACM	Cumul PCAP (dépenses depuis le 1er janvier)	Evolution PCAP
Consultations	4 773 346	53 562 290	0,7%	27 093 902	0,9%
dont : C Omnipraticiens	3 443 869	39 627 051	0,4%	19 891 189	0,1%
C Spécialistes	1 023 393	10 732 944	1,6%	5 545 581	3,3%
CS Cardiologues	47 135	534 108	2,9%	271 721	1,7%
C NeuroPsychiatres	174 557	1 810 883	1,6%	938 530	4,0%
C Dentistes	76 126	810 645	1,2%	417 104	4,0%
Visites	921 488	11 343 873	-2,8%	5 753 458	-4,5%
dont : Y Omnipraticiens	649 137	8 029 817	-2,9%	4 069 630	-4,7%
Majorations de déplacements (Omnipraticiens)	271 210	3 308 351	-2,6%	1 680 473	-3,9%
Honoraires Techniques	5 129 379	51 436 325	6,0%	26 259 130	7,0%
dont : Actes Techniques Médicaux (en K - KA - KMD & ATM)	1 559 165	16 134 127	8,1%	8 218 523	8,5%
Actes d'échographie (en KE - KFD & ADE)	839 635	8 469 782	3,7%	4 407 080	5,3%
Actes Chirurgicaux (en KC - KCC (y/c MTC & forf chir) - ADC - ACO - ADA)	1 374 269	13 143 157	9,5%	6 533 172	9,7%
Actes de radiologie (en Z - ZN - ZM - PRA - ADI - AIC - AIO & AIR)	1 356 311	13 689 259	1,8%	7 100 356	3,9%
Forfaits techniques	897 164	6 781 064	29,3%	3 951 812	34,1%
dont : IRMN	380 347	2 329 993	31,3%	1 340 901	29,0%
Scanner	437 017	3 390 621	21,8%	2 007 711	26,7%
Tomographie	79 800	1 060 450	53,8%	603 200	86,3%
Rémunération Médecins Traitants (par patient en ALD)	1 480	2 594 000	6,4%	1 301 080	10,5%
Permanence des soins	149 819	2 286 987	-15,9%	1 179 269	2,2%
Actes en P (Anatomo-Cyto-Pathologistes)	168 817	1 653 365	12,9%	856 297	18,3%
Divers Honoraires Privés (A)	183 711	2 093 847	3,4%	1 129 246	8,1%
Participations forfaitaires sur honoraires médicaux privés (I1 et I81)	-298 975	-3 284 754	1,0%	-1 710 731	0,9%
Total Honoraires Médicaux	11 926 229	128 466 996	3,6%	65 813 462	4,9%
Honoraires dentaires	1 695 120	17 061 497	2,7%	8 906 754	4,0%
dont : Actes en D et DC	104 576	1 072 007	3,8%	562 016	7,8%
Soins Conservateurs (SC)	827 762	8 621 826	1,5%	4 473 818	3,0%
Prothèses dentaires (SPR)	544 301	5 161 701	4,0%	2 744 399	4,8%
Orthodontie (TO)	218 481	2 205 963	3,8%	1 126 521	4,2%
1. TOTAL HONORAIRES PRIVES	13 621 349	145 528 493	3,5%	74 720 217	4,8%

4 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 efficaces ont été définies.

- Les transports sanitaires prescrits à l'hôpital
- La prise en charge de l'IRC
- La liste en sus
- Les prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville
- L'imagerie médicale
- La chirurgie ambulatoire
- L'efficacité des EHPAD
- Les prescriptions dans les EHPAD
- Les SSR
- La PDS ambulatoire et les urgences

Tableau 1 : rappel des objectifs nationaux GDR 2010-2011 des 10 priorités fixées aux ARS (circulaire du 19/07/2010)

Programme	Détail des actions	Eco 2010	Eco 2011
Transports sanitaires (DSS)	<ul style="list-style-type: none"> - Contractualisation ARS avec les établissements de santé - Expérimentation de plate-forme de transports sanitaires 	90 ⁵ M€	90M€
Prise en charge IRC (DSS)	<ul style="list-style-type: none"> - Dépistage de l'IRC - Développement de la Dialyse péritonéale - Développement des greffes 	30M€	100M€
Liste en sus (DSS)	<ul style="list-style-type: none"> - Maîtrise des volumes au travers une contractualisation avec les établissements de santé ciblés 	90M€	90M€
Médicaments hospitaliers exécutés en ville (UNCAM)	<ul style="list-style-type: none"> - Identification des prescripteurs hospitaliers - Maîtrise des volumes au travers d'une contractualisation avec les établissements de santé ciblés 	20M€	60M€
Imagerie médicale (UNCAM)	<ul style="list-style-type: none"> - Réguler les dépenses d'imagerie conventionnelle - Favoriser un développement soutenable des équipements lourds 	100 M€ ⁶	100M€
Chirurgie ambulatoire (DGOS)	<ul style="list-style-type: none"> - Développement de la chirurgie ambulatoire sur 17 actes marqueurs - Développement des centres de chirurgie ambulatoire exclusive 	30M€	50M€
Efficience des EHPAD (DSS)	<ul style="list-style-type: none"> - 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 efficaces dans les EHPAD	
Prescription dans les EHPAD (DSS)	<ul style="list-style-type: none"> - 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 (DGOS)	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre de la réforme réglementaire SSR, dans un cadre budgétaire contraint - Mise en œuvre d'une politique efficiente et maîtrisée du SSR 	Respecter les enveloppes SSR définies dans l'ONDAM	
PDS ambulatoire et urgences (DGOS)	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer une permanence des soins accessible et efficiente - Assurer l'articulation entre la PDS ambulatoire et les urgences hospitalières 	Maîtriser la progression des dépenses de PDS ambulatoire et d'urgences hospitalières (<3%/an)	
TOTAL		360M€	490M€

⁵ Ces 90 M€ sont communs avec les économies sur les transports sanitaires des programmes nationaux de l'UNCAM

⁶ Dont baisse tarifaire

4.1 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.

4.1.1 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 Etablissements 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,

4.1.2 Etat des lieux régional et diagnostic (Synthèse)

Parc de transporteurs en Picardie (sanitaires ou non)

Au 01/01/2010	AISNE	OISE	SOMME	PICARDIE
Société de transports	48	31	71	150
Ambulances	244	191	362	797
VSL	147	160	219	526

Source : Assurance Maladie, plan régional de contrôle

- 150 entreprises de transports sanitaires représentent un chiffre d'affaire de 93 728 396 euros en 2010 en Picardie.

Au 01/01/2010	AISNE	OISE	SOMME	PICARDIE
Société de taxis	155	276	132	563
Nombre de taxis				870

- 563 entreprises de taxis représentent un chiffre d'affaire de 30 373 121 euros en 2010 en Picardie.

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

La Régulation des dépenses de transports prescrits par les établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe de ville se fait sur la base d'un taux national annuel d'évolution des dépenses fixé à 4 % pour l'année 2010 jusqu'au 31 mars 2011, et à 3 %, à compter du 1er avril 2011 jusqu'au 31 décembre 2011. La liste des établissements retenue pour la contractualisation est arrêtée en Commission Régionale de Gestion du Risque.

Données de ciblage initial des établissements sur les contrats transports

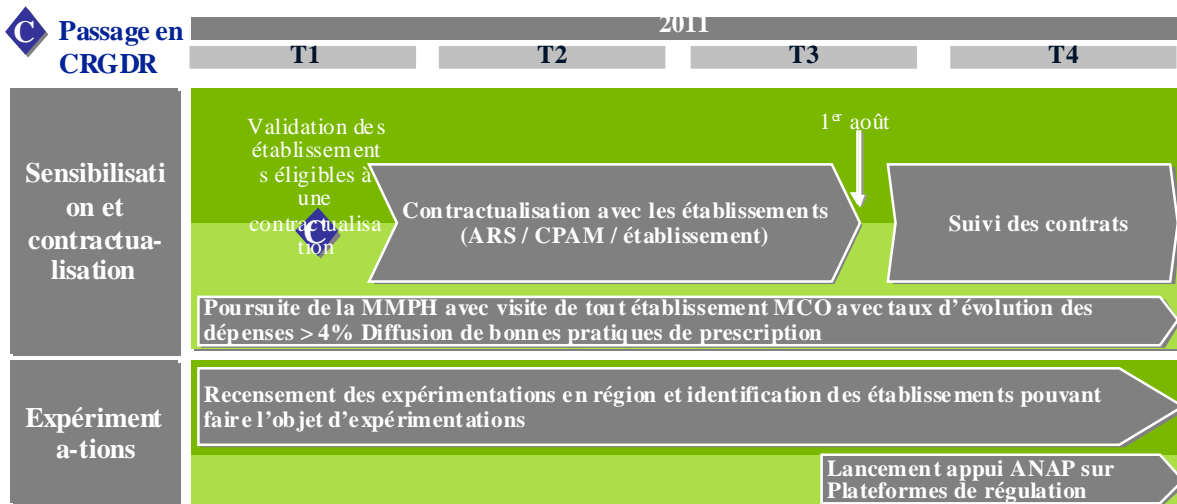
Etablissement	Montants remboursés d'Avril 2010 à Mars 2011				Evolution Montants remboursés 04/2010 - 03/2011 vs 04/2009 - 03/2010				Top evol > 4% & Mtt > 50 000€
	Total	Ambu	VSL	Taxi	Total	Ambul	VSL	Taxi	
CHU Amiens	18 425 244	7 047 636	7 587 227	2 980 294	5,9%	6,3%	3,5%	13,6%	1
CH Saint Quentin	6 190 098	2 362 833	2 643 368	1 094 755	15,5%	24,7%	6,7%	23,3%	1
CH Beauvais	3 932 422	2 295 189	999 623	541 036	12,2%	15,2%	2,8%	23,2%	1
CH Creil	3 185 812	2 361 093	317 857	479 158	6,6%	12,1%	-22,0%	10,6%	1
CH Laon	2 178 781	1 310 278	275 761	538 213	11,3%	13,5%	-7,8%	17,4%	1
CH Compiègne	1 878 641	1 000 828	455 773	364 060	17,6%	18,1%	11,9%	25,7%	1
CH Péronne	753 904	311 310	333 737	101 387	8,7%	7,2%	3,7%	35,3%	1
CRRF Saint-Gobain	704 737	189 041	249 115	246 317	14,1%	-3,5%	20,2%	34,9%	1
CH Corbie	580 486	130 054	280 894	149 110	33,0%	84,3%	21,1%	24,3%	1
CH Château thierry	526 721	409 412	61 444	51 212	5,7%	7,7%	-4,6%	3,1%	1
CH Montdidier	386 525	305 705	64 905	11 675	10,5%	16,0%	-13,3%	26,6%	1
CH Noyon	346 531	182 043	120 473	41 819	8,2%	7,7%	4,0%	29,1%	1
CH Guise	191 535	90 383	49 195	51 378	5,6%	3,3%	-3,8%	21,3%	1
CMC Chantilly	146 784	71 638	39 982	30 168	26,1%	21,7%	39,8%	14,1%	1
CH Ham	73 982	38 756	24 005	10 709	41,7%	30,2%	34,8%	162,1%	1
Ass. Essor Dury	68 553	52 108	15 580	777	18,3%	18,9%	44,4%	-76,5%	1
Sous total	39 570 757	18 158 306	13 518 936	6 692 068	9,5%	12,0%	3,9%	17,9%	
CH Soissons	2 142 366	985 663	581 409	528 924	-4,6%	-16,4%	-1,1%	22,5%	0
CH Abbeville	2 066 717	794 469	1 004 225	205 595	3,7%	2,0%	1,0%	24,4%	0
CH Senlis	627 261	434 560	84 229	94 682	1,9%	-1,0%	13,6%	3,9%	0
CH Chauny	563 923	301 539	170 280	76 579	-0,7%	0,0%	-1,2%	-9,2%	0
CH Doullens	248 415	173 467	60 036	10 186	-5,4%	5,1%	-24,5%	-27,7%	0
CH Clermont	202 893	134 573	15 343	49 784	-10,3%	20,3%	-25,5%	-45,7%	0
CH Hirson	175 874	116 212	25 505	29 527	-1,6%	2,9%	-22,7%	3,6%	0
CH La Fère	94 307	42 164	30 614	21 473	-8,8%	11,0%	-26,0%	-10,3%	0
CH Chaumont-en-Vexin	48 855	43 551	4 695	580	-1,7%	-1,6%	35,0%	-69,9%	0
Mais. Conval Cires-lès-Mello	44 269	36 790	2 084	5 395	-14,7%	-17,7%	-49,9%	81,1%	0
HL Crèvecœur le grand	43 147	36 795	5 695	657	14,9%	10,2%	77,9%	-31,7%	0
CH Albert	36 469	25 737	7 948	2 559	-21,3%	-24,2%	-14,1%	-6,0%	0
CMC Creil	33 028	21 898	6 711	4 366	-3,7%	-9,3%	-6,9%	49,2%	0
CH Vervins	30 626	16 556	2 762	11 030	9,7%	33,6%	-19,4%	-6,8%	0
Fondation Condé Chantilly	29 438	27 512	1 509	418	-32,4%	-23,9%	123,9%	-93,8%	0
CH Roye	23 796	15 820	3 719	4 074	8,2%	2,4%	-30,5%	409,3%	0
HL Crépy-en-Valois	23 427	17 925	3 101	2 006	107,0%	94,4%	249,4%	65,7%	0
CH Le Nouvion-en-Thiérache	20 602	9 380	3 235	7 988	32,9%	-3,0%	9,4%	179,7%	0
HL Saint-Valery	20 303	9 845	7 512	2 398	-12,2%	-30,3%	-2,3%	108,0%	0
CH Pont-Sainte-Maxence	14 086	11 321	1 755	691	-16,8%	-21,2%	-11,5%	155,3%	0
Maison de sante Bohain	8 690	8 399	122	169	-21,2%	11,1%	-76,7%	-94,3%	0
HL Nanteuil le Haudouin	2 086	1 946	140	0	649,0%	725,7%	227,1%	0,0%	0
Ass. soins Rivery	152	0	0	152	-93,6%	-100,0%	0,0%	-72,1%	0
HL Grandvilliers	127	0	127	0	-84,7%	-100,0%	-72,5%	0,0%	0
Ass. Autrechés	47	0	47	0	-92,6%	0,0%	-69,5%	-100,0%	0
Sous total	6 500 903	3 266 124	2 022 802	1 059 233	-1,3%	-4,7%	-1,6%	9,2%	
Total	46 071 660	21 424 430	15 541 738	7 751 301	7,9%	9,1%	3,1%	16,6%	

4.1.3 Calendrier



Transports sanitaires
Rappel du calendrier

9



4.1.4 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 :

- « Taux d'établissements ciblés ayant signé un contrat ».
- « taux d'évolution des dépenses prescrites à l'hôpital »

Région	Evol 2007-2008	Evol 2008-2009	Evol 2010 - 2009 (9 mois)	Cibles 2011
Alsace	7,4%	9,6%	6,6%	3,6%
Aquitaine	5,4%	8,6%	6,9%	4,4%
Auvergne	8,7%	6,2%	7,6%	3,5%
Basse-Normandie	8,3%	8,4%	5,3%	3,4%
Bourgogne	5,7%	6,1%	9,6%	3,3%
Bretagne	3,5%	7,0%	4,8%	4,1%
Centre	6,1%	5,5%	7,6%	3,6%
Champagne-A.	6,8%	8,3%	7,1%	2,9%
Corse	3,8%	4,1%	9,7%	4,6%
Franche-Comte	5,5%	4,6%	2,3%	3,1%
Haute-Normandie	5,9%	8,6%	13,1%	3,4%
Ile de France	5,2%	8,2%	9,2%	4,2%
Languedoc-R.	4,0%	4,0%	8,3%	4,7%
Limousin	5,6%	6,1%	9,4%	3,4%
Lorraine	8,8%	5,6%	6,4%	3,3%
Midi Pyrenees	4,9%	6,3%	9,0%	4,3%
Nord Pas de Calais	5,2%	8,5%	9,0%	3,3%
Pays de la Loire	6,6%	8,0%	7,5%	4,0%
Picardie	2,5%	6,6%	9,0%	3,6%
Poitou Charentes	1,5%	7,0%	4,8%	4,0%
PACA	3,8%	9,6%	8,9%	4,0%
Rhone Alpes	5,6%	9,8%	7,6%	4,2%
Guadeloupe				NC
Guyane				NC
Martinique				NC
Reunion				NC
France	5,5%	7,6%	7,8%	3,8%

4.2 Le programme Prise en charge IRC

Le programme vise à améliorer les pratiques en matière de prévention et de prise en charge de l'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.

4.2.1 Rappel des objectifs du programme⁸

L'IRC est une maladie progressive et longtemps silencieuse dont l'évolution peut-être freinée, voire stoppée, par un traitement médical. 1,8 à 3 millions de personnes en France ont une IRC non terminale* et 68 000 une IRC terminale (dont 55% traités en dialyse et 45% ayant un greffon rénal). L'hypertension artérielle et le diabète sont les principales causes d'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'entre-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 2937 en 2008. En 2009, le nombre de greffes rénales est en déclin sensible (2 826 contre 2 937 en 2008), tout comme le don d'organes, et les durées d'attente continuent à s'allonger. Le nombre de patients en attente d'un rein augmente de 5% par an. Les leviers de lutte contre la pénurie sont connus : recours à de nouveaux types de greffons, prélevés sur des donneurs vivants et sur des donneurs décédés suite à un arrêt cardiaque; diminution du taux de refus de don (30 % en France contre 15% en Espagne). Par ailleurs, les indicateurs d'activité de transplantation rénale montrent une grande diversité des pratiques d'une région à l'autre (rapport REIN 2008). 50 % des 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

4.2.2 Etat des lieux régional et diagnostic (Synthèse)

A - Synthèse Epidémiologique régionale de l'IRC :

En 2009, 1789 patients présentent une insuffisance rénale chronique terminale en Picardie :

- 1025 en dialyse.

- 764 porteurs d'un greffon.

282 nouveaux patients sont pris en charge, dont 62 % ont plus de 65 ans, en croissance de + 5 % par an depuis 1991 :

- 57 % sont traités en dialyse et 43 % sont porteurs d'un greffon fonctionnel.

- 42 % des nouveaux patients sont diabétiques, sachant que le suivi des dosages biologiques préventifs (créatinémie et albuminurie) est encore insuffisant.

Les patients sont majoritairement traités par hémodialyse : taux supérieur au niveau national (96% contre 92,8%).

Le taux de recours à la technique de dialyse péritonéale reste inférieur au taux national (4% contre 7,4% en France).

Parmi les malades pris en charge en hémodialyse, environ 70% d'entre eux le sont au sein d'un centre lourd, et 30% hors centre (25% en auto dialyse et 5% en UDM).

La durée moyenne de trajet entre le domicile et le lieu de prise en charge est de 22 minutes, 8 % des patients ont une durée supérieure à 45 minutes.

Le solde (taux d'attractivité – taux de fuite) pour les prévalents et les incidents prise en charge en dialyse est négatif (respectivement -4.5% et – 4.4%).

Le taux de fuite des prévalents est plus important vers l'île de France, la Champagne-Ardenne et le Nord Pas de Calais

La liste d'attente de greffe rénale est de 91 patients. 62 nouveaux patients ont été inscrits dans l'année 2009.

La région est dans les taux d'incidence cumulée d'accès à la liste nationale d'attente d'une greffe pour les patients de moins de 60 ans les plus bas de France.

De même, pour la greffe rénale, le solde (taux d'attractivité – taux de fuite) pour les prévalents est négatif : - 7.6%.

B - Synthèse Prise en charge et Offre de soins :

Il existe une hétérogénéité d'implantation des structures de prise en charge en hémodialyse en Picardie. Certains territoires concentrent sur une seule ville l'ensemble des structures de prise en charge : centre lourd, unité de dialyse médicalisée et auto dialyse.

L'activité par structure met en évidence également des disparités : variation de 7% à plus de 47% pour les patients pris en charge en hors centre.

L'interprétation des résultats quant à l'organisation de la permanence des soins et des replis est difficile. Ces données ont été recueillies par le questionnaire diffusé auprès des différents centres. Malheureusement, le taux de réponses sur ces deux items n'a pas été satisfaisant.

L'organisation du suivi post greffe n'est pas formalisée dans notre région.

Avec 36 néphrologues et une moyenne d'âge de 51 ans, la Picardie est en dessous de la moyenne nationale en terme de densité de néphrologues : 19 néphrologues / million d'habitants contre 22 néphrologues/million d'habitants. La région se situe en 7e position des régions ayant l'âge moyen le plus élevé.

Sur ces 36 néphrologues, 6 (soit 17%) vont partir à la retraite dans 5 ans et 12 (soit 33%) dans 10 ans.

Concernant les formations, le nombre d'infirmières formées à la dialyse péritonéale est de 50%, par contre il n'y a eu aucune formation à destination des médecins en 2009 et 2010.

Comme précisé, au début de ce rapport, en Picardie, il n'y a eu aucun suivi du SROS3 –volet IRC- et donc aucune réunion n'a été organisée en 2010.

Enfin, sur les projets accordés concernant l'éducation thérapeutique du patient, il n'existe qu'un seul établissement autorisé pour l'éducation thérapeutique du patient en dialyse péritonéale.

PRE DIALYSE

Problématiques	Solutions proposées
Adressage tardif des patients	<p>Mise en place en région d'un diplôme universitaire</p> <p>Enseignement post universitaire auprès des médecins généralistes et évaluation de ces enseignements.</p> <p>Sensibilisation du patient à revoir son médecin traitant pour tout bilan biologique anormal</p> <p>Documentation à diffuser sous forme de poster dans les salles d'attente avec l'appui d'une association de patients</p> <p>Octroi de l'affection longue durée -Insuffisance rénale- sous réserve de passage par le néphrologue</p> <p>Consultations avancées (rapprochement de la consultation du néphrologue du domicile des patients)</p>
Dépistage tardif de l'insuffisance rénale	<p>Sensibilisation des médecins généralistes et rappel des recommandations, HAS notamment (cf. annexes 5 et 6) concernant la prise en charge de l'insuffisance rénale.</p> <p>Enseignement post universitaire auprès des médecins généralistes et évaluation de ces enseignements.</p> <p>Ne pas oublier les autres cibles telles que HTA et diabète.</p> <p>Diffusion du document « La maladie rénale chronique » de l'Agence de la Biomédecine auprès des médecins généralistes.</p> <p>Consultations avancées (rapprochement de la consultation du néphrologue du domicile des patients)</p>
Difficultés de coordination lors de prise en charge multidisciplinaires	<p>Créer un parcours du patient insuffisant rénal chronique</p> <p>Mise en place du DMP au niveau national</p> <p>Mise en place d'une coordination locale, idéalement par territoire, intégrant l'ensemble des acteurs</p>

DIALYSE

Problématiques	Solutions proposées
Transports	<p>Mise en place de transport collectif</p> <p>Information et explication des modalités de remboursement auprès des patients pour l'utilisation du véhicule personnel</p> <p>Favoriser la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique dans les EHPAD</p> <p>Rappel auprès des professionnels de santé des indications des différentes modalités de transport</p> <p>Vérifier la bonne adéquation des transports avec l'état de santé des patients</p> <p>Etude des coûts de transport par rapport au centre le plus proche par l'assurance maladie, et incitation au rapprochement</p>
La dialyse péritonéale	<p>Proposition systématique, si respect des indications, par les néphrologues de cette technique lors de la mise en dialyse d'un patient</p> <p>Fixer un objectif annuel en terme de patient par centre</p> <p>Formation des infirmières libérales à cette technique</p>
Fuites extrarégionales	<p>Attente de l'étude complémentaire sur les distances entre le domicile du patient et le centre de traitement choisi.</p>
Fistule artério-veineuse	<p>Sensibilisation des chirurgiens vasculaires de la région</p>
Alternative hors centre	<p>Développer les séances d'information pré-dialyse</p> <p>Clarifier les conditions du cumul d'activité des professionnels de santé.</p> <p>« Décloisonner les centres et les hors centres » : intervention facilitée du praticien dans les structures hors centre</p> <p>Mettre en place une surveillance médicale adaptée à la pathologie en unité de dialyse médicalisée.</p>

GREFFE

Problématiques	Solutions proposées
<i>Insuffisance d'information, en pré dialyse, sur la transplantation et sur les différents types de transplantation</i>	<p>Formation d'infirmières, « d'informateurs »</p> <p>« Double information » : par l'équipe de néphrologie de proximité et l'équipe de transplantation.</p> <p>Formalisation de l'information pré greffe dans les centres de proximité.</p> <p>Mise en place d'une concertation collégiale et d'un suivi global entre professionnels de santé sur le parcours de soin du patient insuffisant rénal chronique.</p>
<i>« Parcours du combattant » lors du bilan pré greffe</i>	<p>Amélioration de l'organisation du bilan pré greffe.</p> <p>Evolution de la tarification pour la réalisation du bilan pré greffe</p>
<i>Déficit d'investissement médical pour la détection des donneurs potentiels</i>	<p>Sensibiliser les professionnels de santé à la culture « prélèvement »</p> <p>Intégrer des néphrologues afin de sensibiliser les autres professionnels de santé à cette culture</p> <p>Identifier les établissements non préleveurs ayant peu recours aux équipes de coordination de prélèvement</p> <p>Connaissance précise de la composition des équipes de coordination des établissements préleveurs.</p> <p>Sensibiliser les équipes de réanimation à l'abord anticipé des proches dans les cas de fin de vie</p>
<i>Place du prélèvement d'organes dans le projet d'établissement</i>	<p>Mobiliser toutes les CME des établissements autorisés</p> <p>Renforcer la mission d'information de l'infirmière chargée de la coordination</p> <p>Suivi par l'ARS des financements et de leur utilisation permettant une appréciation de l'efficacité des autorisations accordées</p> <p>Transmission à l'ARS de la composition des équipes de coordination</p> <p>Transmission à l'ensemble des établissements de la région par l'équipe de coordination du CHU d'Amiens des formations dispensées par l'ABM</p>
<i>Suivi des patients transplantés</i>	<p>Formalisation du suivi alterné post-greffe</p> <p>Mise en place d'outils communs d'information médicale</p> <p>Formation des néphrologues à la transplantation.</p> <p>Promotion des postes de praticiens partagés</p>

AXES TRANSVERSAUX

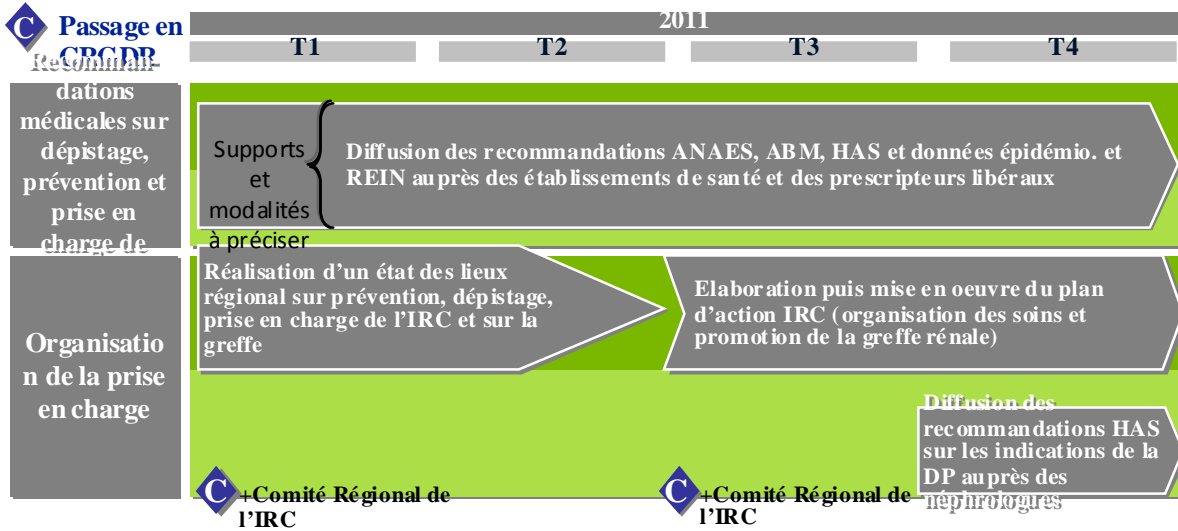
Problématiques	Solutions proposées
<i>Démographie médicale</i>	<p>Mutualisation des équipes et des moyens.</p> <p>Mise en place de consultations avancées afin d'avoir un meilleur maillage par territoire.</p> <p>Favoriser la recherche clinique dans les établissements de santé afin d'attirer la nouvelle génération d'internes.</p> <p>Introduire la télé dialyse avec un centre volontaire</p> <p>Notion « d'infirmières dédiées de relais »</p> <p>Etudier les délégations de tâches possibles</p>
<i>Exploitation des données</i>	<p>Définition d'un cahier des charges système d'information volet insuffisance rénale chronique par le Comité Technique Régional.</p> <p>Mise en place d'une aide à l'évaluation des données médicales et des pratiques professionnelles en vue d'une amélioration des organisations et de la qualité de la prise en charge du patient</p>

4.2.3 Calendrier



Insuffisance rénale chronique (IRC) Rappel du calendrier

5



4.2.4 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 :

- « Part des patients traités par dialyse péritonéale sur patients dialysés ».
- « Part des patients pris en charge hors centre de dialyse »
- « délai sur la liste d'attente de greffes »
- « Part des patients en ALD diabète ayant bénéficié d'un dosage créatinine et d'une albuminurie »

4.3 Le programme 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).

4.3.1 Rappel des objectifs du programme⁹

La maîtrise des dépenses d'assurance maladie au titre des produits de santé –spécialités pharmaceutiques, produits et prestations - financés en sus des prestations d'hospitalisation, demeure une priorité ministérielle compte tenu des enjeux financiers associés. En effet, ces dépenses pour 2009 se sont élevées à plus de 4 Md€ (toutes catégories d'établissements confondues) dont environ 2,5Md€ pour les médicaments et 1,5Md€ pour les dispositifs médicaux implantables (DMI) soit une progression globale de +5,2% par rapport à 2008, les DMI ayant un taux de progression supérieur à celui des médicaments. En 2010, cette progression 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 LFSS 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 »)
- **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 »)

4.3.2 Etat des lieux régional

La Régulation des dépenses de la liste en sus se fait sur la base d'un taux national annuel d'évolution des dépenses :

- Taux d'évolution 2010 par rapport à 2009 fixé à 8% pour les dépenses de la liste en sus (arrêté du 8 mars 2010)
- Taux d'évolution fixé à 3% pour 2011 par rapport à 2010 (arrêté du 14 mars pris pour l'application de l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale).

La liste des établissements retenue pour la contractualisation est arrêtée en Commission Régionale de Gestion du Risque.

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

**Ciblage des établissements dans le cadre de l'action
"Prescriptions des médicaments et dispositifs médicaux de la liste en SUS"**

	Valorisation effective 1er semestre 2010			Valorisation effective 1er semestre 2009			Evolution S1 2010/S1 2009		
	DMI	Médic.	Total	DMI	Médic.	Total	DMI	Médic.	Total
Etablissement EX-DG									
CHU Amiens	3 774 991	10 032 149	13 807 140	3 410 291	8 404 125	11 814 416	10,7%	19,4%	16,9%
CH Saint Quentin	778 681	3 158 389	3 937 070	1 011 100	2 249 520	3 260 620	-23,0%	40,4%	20,7%
CH Creil	1 017 551	1 798 080	2 815 631	591 637	1 594 619	2 186 256	72,0%	12,8%	28,8%
CH Abbeville	271 344	1 436 521	1 707 865	307 114	1 282 947	1 590 061	-11,6%	12,0%	7,4%
CH Château thierry	173 634	62 476	236 109	106 863	48 972	155 835	62,5%	27,6%	51,5%
CH Clermont	40 603	96 380	136 983	26 293	73 676	99 969	54,4%	30,8%	37,0%
CH Hirson	0	9 818	9 818	0	2 194	2 194		347,5%	347,5%
CH Ham	0	1 178	1 178	0	0	0			
CH Corbie	0	950	950	0	185	185		413,4%	413,4%
CH Chaumont-en-Vexin	0	98	98	0	139	139		-29,2%	-29,2%
CH Chauny	38 141	341 654	379 795	47 368	332 479	379 847	-19,5%	2,8%	0,0%
CH Albert	0	46	46	0	844	844		-94,5%	-94,5%
CH Guise	0	46	46	0	961	961		-95,2%	-95,2%
CH Montdidier	0	3 284	3 284	0	5 674	5 674		-42,1%	-42,1%
CH Le Nouvion-en-Thiérache	0	2 174	2 174	0	5 180	5 180		-58,0%	-58,0%
CH Laon	446 726	822 226	1 268 952	527 951	744 399	1 272 350	-15,4%	10,5%	-0,3%
HL Saint-Valery	0	432	432	0	5 093	5 093		-91,5%	-91,5%
CH Péronne	79 214	104 152	183 366	65 995	136 193	202 188	20,0%	-23,5%	-9,3%
CH Soissons	655 160	1 414 291	2 069 451	722 515	1 373 859	2 096 374	-9,3%	2,9%	-1,3%
CH Senlis	98 170	781 645	879 815	126 517	798 942	925 459	-22,4%	-2,2%	-4,9%
CH Noyon	14 906	48 166	63 072	21 145	96 290	117 435	-29,5%	-50,0%	-46,3%
CH Doullens	0	125 749	125 749	64 031	190 227	254 257	-100,0%	-33,9%	-50,5%
CMC	122 542	288 390	410 932	255 194	363 437	618 631	-52,0%	-20,6%	-33,6%
CH Beauvais	177 718	2 274 022	2 451 740	314 750	2 481 358	2 796 107	-43,5%	-8,4%	-12,3%
CH Compiègne	699 245	1 307 255	2 006 500	852 500	2 156 902	3 009 402	-18,0%	-39,4%	-33,3%
Sous total	8 388 625	24 109 573	32 498 198	8 451 265	22 348 216	30 799 480	-0,7%	7,9%	5,5%
Etablissement OQN									
Clin. de l'Europe - Amiens	20 005	6 227 551	6 247 556	12 354	4 671 935	4 684 289	61,9%	33,3%	33,4%
Polyclin. St-Come - Compiègne	651 392	3 464 914	4 116 306	591 072	2 123 381	2 714 453	10,2%	63,2%	51,6%
Sas cardiologie* - Amiens	921 054	585	921 639	652 370	0	652 370	41,2%		41,3%
Sas centre chirurgical - Chantilly	276 408	0	276 408	6 053	0	6 053	4466,6%		4466,6%
Polyclin. de Picardie - Amiens	1 426 904	296 247	1 723 152	1 369 412	167 020	1 536 432	4,2%	77,4%	12,2%
Clin. Ste Isabelle - Abbeville	597 803	177 287	775 090	585 666	113 558	699 224	2,1%	56,1%	10,9%
Policlin. St Claude - St-Quentin	718 281	2 019 780	2 738 061	739 323	1 954 785	2 694 108	-2,8%	3,3%	1,6%
Clin. St Martin - Château-Thierry	1 189	0	1 189	994	0	994	19,7%		19,7%
Clin. St Christophe - Soissons	276 665	613	277 278	292 550	306	292 856	-5,4%	100,0%	-5,3%
Clin. du parc St Lazare - Beauvais	275 826	0	275 826	302 794	0	302 794	-8,9%		-8,9%
Clin. Pauchet - Amiens	615 766	0	615 766	676 133	0	676 133	-8,9%		-8,9%
Polyclinique Saint Joseph - Senlis	3 259	0	3 259	126 394	0	126 394	-97,4%		-97,4%
Sous total	5 784 552	12 186 977	17 971 530	5 355 113	9 030 986	14 386 099	8,0%	34,9%	24,9%
Total	14 173 177	36 296 550	50 469 727	13 806 378	31 379 201	45 185 580	2,7%	15,7%	11,7%

* données non disponibles sur la période janvier-juin et remplacées par janvier-mai

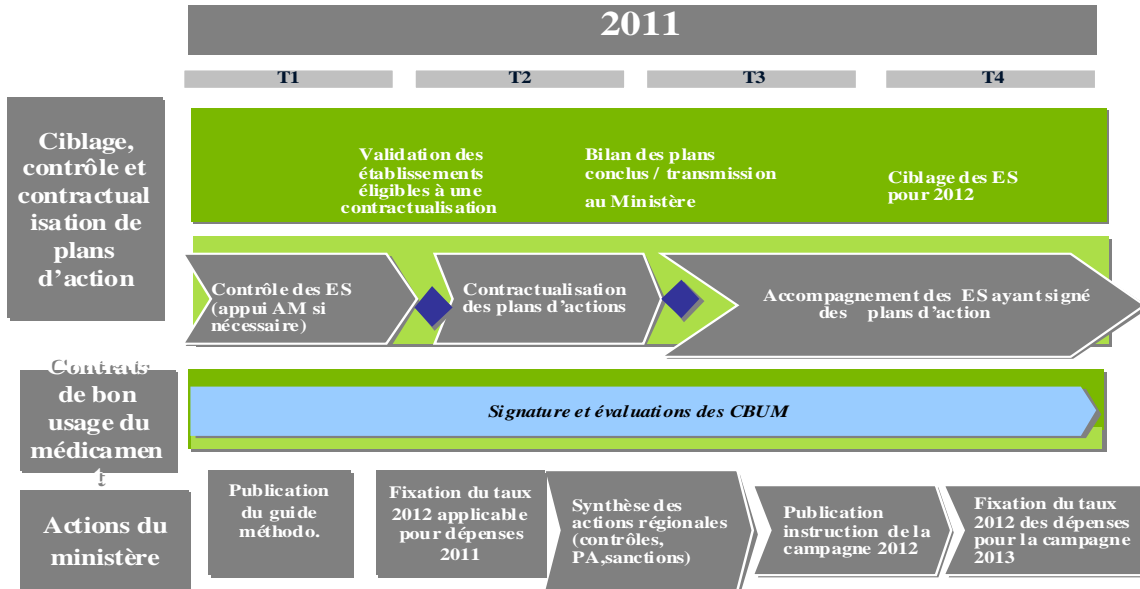
Source : E-PMSI

4.3.3 Calendrier



1

Liste en sus Rappel du calendrier



4.3.4 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.

Trois indicateurs ont été retenus pour 2011 :

- **Taux d'établissements ciblés ayant fait l'objet d'un contrôle**
- **Taux de contractualisation avec les établissements ciblés qui doivent faire l'objet d'un plan d'action**
- **Taux d'évolution des dépenses de la liste en sus pour les établissements ciblés qui doivent faire l'objet d'une contractualisation**

Les indicateurs régionaux qualitatifs sont suivis par l'OMEDIT

4.4 Le programme Prescription 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.

4.4.1 Rappel des objectifs du programme¹⁰

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 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 prescrits 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)

¹⁰ Instruction relative à la relative à la mise en œuvre des prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en Ville du 27/04/2011

4.4.2 Etat des lieux régional

La Régulation des dépenses de PHMEV se fait sur la base d'un taux national annuel d'évolution des dépenses fixé à 6 % pour la période du 1^{er} mai au 31 décembre 2011 et pour la période du 1^{er} mai 2010 au 30 avril 2011. La liste des établissements retenue pour la contractualisation est arrêtée en Commission Régionale de Gestion du Risque.

Données de ciblage des établissements sur les contrats PHMEV (Hors rétrocession)

Etablissement	Remboursements mai 2009 à avril 2010	Remboursements mai 2010 à avril 2011	Evolution	Top>6%	Top>200 000 €	Top cumulés
CHU Amiens	28 041 980	30 048 409	7,2%	1	1	2
CH Saint Quentin	7 657 200	8 192 526	7,0%	1	1	2
CH Compiègne	6 362 974	6 839 693	7,5%	1	1	2
CH Soissons	5 015 937	5 439 712	8,4%	1	1	2
CH Abbeville	3 270 768	3 934 906	20,3%	1	1	2
CHSI Clermont	3 181 959	3 432 438	7,9%	1	1	2
CH Chauny	1 460 946	1 730 588	18,5%	1	1	2
EPSM Prémontré	1 293 831	1 431 238	10,6%	1	1	2
CH Péronne	1 191 423	1 356 880	13,9%	1	1	2
CHS Pinel	1 031 219	1 162 864	12,8%	1	1	2
CH Château thierry	800 763	870 949	8,8%	1	1	2
CH Hirson	297 873	358 581	20,4%	1	1	2
CH Montdidier	251 795	275 644	9,5%	1	1	2
Sous total	59 858 666	65 074 429	8,7%			
CH Creil	7 932 740	8 191 063	3,3%	0	1	1
CH Beauvais	6 595 008	6 817 403	3,4%	0	1	1
CH Senlis	3 009 784	3 025 611	0,5%	0	1	1
CH Laon	2 293 800	2 344 967	2,2%	0	1	1
CH Noyon	887 339	918 424	3,5%	0	1	1
CH Clermont	633 628	630 329	-0,5%	0	1	1
CMC Chantilly	653 129	630 238	-3,5%	0	1	1
CH Doullens	453 782	420 217	-7,4%	0	1	1
CRRF Saint-Gobain	143 780	155 305	8,0%	1	0	1
CH Guise	96 366	116 031	20,4%	1	0	1
CH Albert	98 601	113 131	14,7%	1	0	1
CH Pont-Sainte-Maxence	41 588	61 661	48,3%	1	0	1
CH Roye	21 872	55 284	152,8%	1	0	1
CH Vervins	24 649	47 644	93,3%	1	0	1
CH Le Nouvion-en-Thiérache	27 802	45 885	65,0%	1	0	1
HL Saint-Valery	17 435	21 466	23,1%	1	0	1
HL Crépy-en-Valois	9 806	11 678	19,1%	1	0	1
Fondation Condé Chantilly	2 738	3 266	19,3%	1	0	1
HL Crèvecœur le grand	291	2 381	717,3%	1	0	1
CH Ham	173 435	180 218	3,9%	0	0	0
CH Corbie	172 317	173 137	0,5%	0	0	0
CH Chaumont-en-Vexin	113 680	108 146	-4,9%	0	0	0
Mais. Conval Cires-lès-Mello	45 806	47 057	2,7%	0	0	0
CMC Creil	71 908	32 521	-54,8%	0	0	0
CH La Fère	31 792	32 143	1,1%	0	0	0
Maison de sante Bohain	14 392	11 754	-18,3%	0	0	0
HL Grandvilliers	2 872	569	-80,2%	0	0	0
HL Nanteuil le Haudouin	160	0	-100,0%	0	0	0
Total	83 431 620	89 279 607	7,0%			

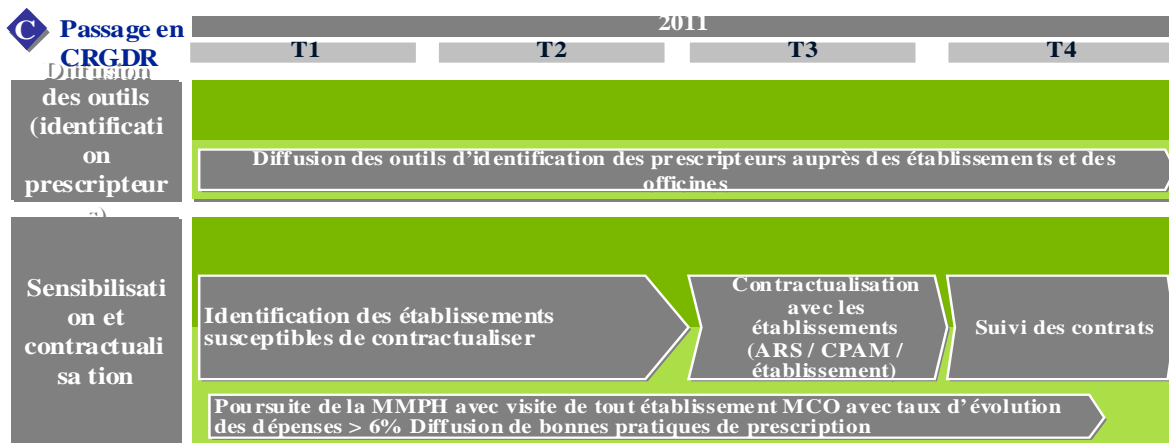
Source : DCIR, liquidations de 05/10-04/11 et 05/09-04/10, tous régime (RG+SLM), France entière

4.4.3 Calendrier



Prescriptions hospitalières médicamenteuses
exécutées en ville
Rappel du calendrier

3



4.4.4 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 :

- Taux d'évolution des dépenses de PHMEV
- Taux d'établissements ciblés ayant signé un contrat

Indicateur suivi régionalement par ARS/AM : Suivi financier des établissements ayant contractualisé

4.5 Le programme Imagerie médicale

4.5.1 Rappel des objectifs du programme ¹¹

Le développement 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 santé 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 coûts correspondants aux examens.

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

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

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

- les nouvelles autorisations afin de répondre aux besoins d'installation de capacités supplémentaires
- la substitution d'appareils plus efficaces pour les indications 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 :

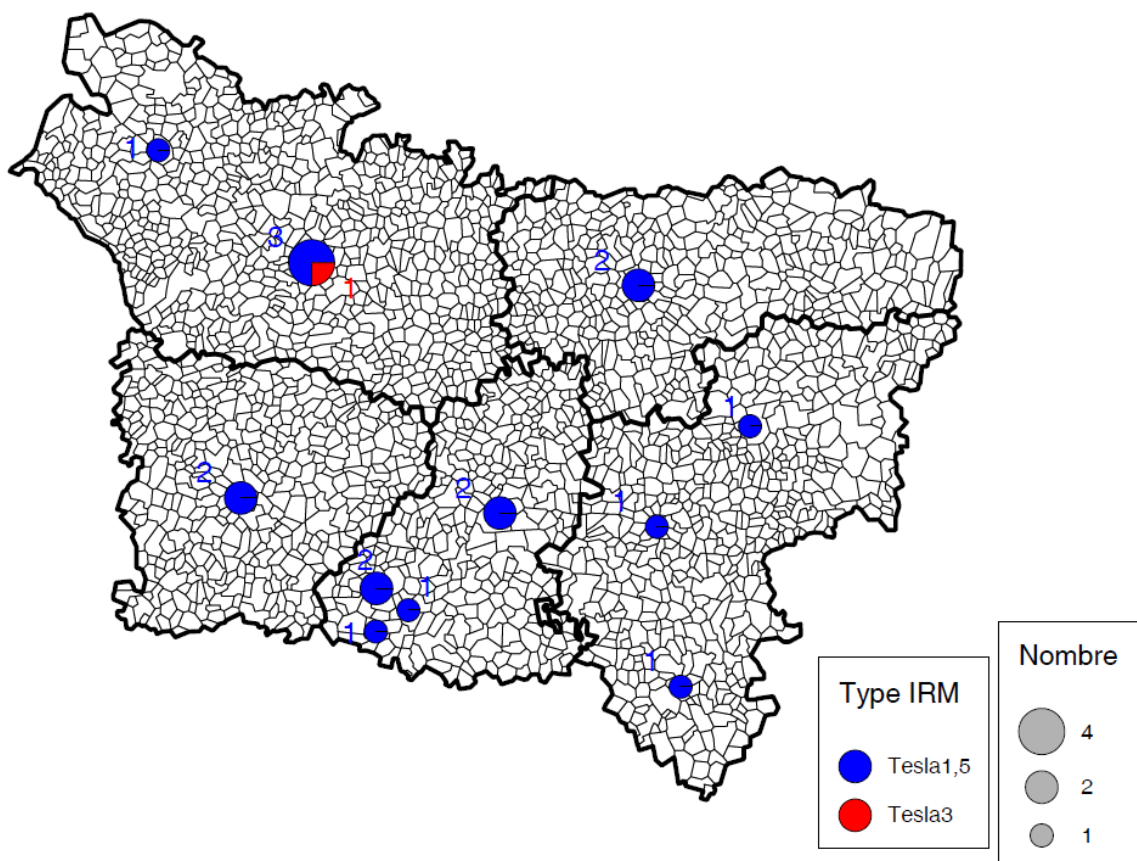
- **déployer les recommandations de bon usage de l'imagerie standard sur les 3 topographies,**
- **informer les prescripteurs et les radiologues sur l'évolution des conditions de prises en charge des actes à la classification commune des actes médicaux (CCAM) ;**

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.

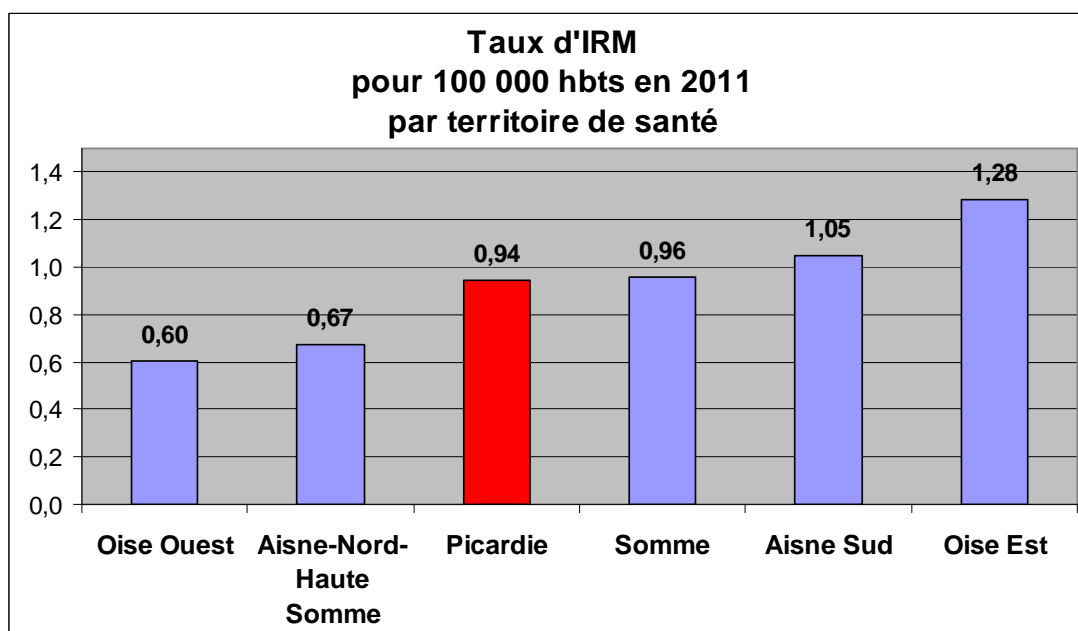
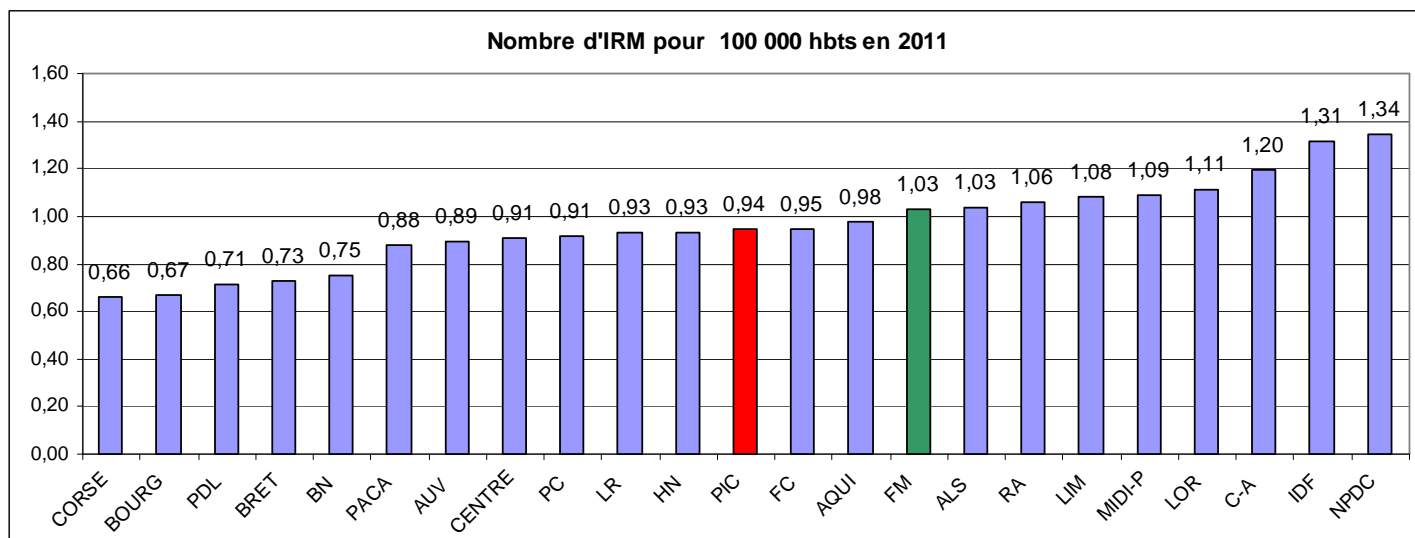
¹¹ Instruction relative à la relative à la priorité de gestion du risque en Imagerie médicale du 27/04/2010

4.5.2 Etat des lieux régional

Implantation des IRM en Picardie



Territoire de Santé	Commune implantation	ETB	Tesla	Date Autorisation	Date Mise en œuvre	Date Echéance
Aisne Nord - Haute-Somme	Saint Quentin	CH Saint Quentin	1,5	27/12/2010	28/04/2011	27/04/2016
Aisne Nord - Haute-Somme	Saint Quentin	GIE du Vermandois	1,5	29/06/2007		
Aisne Sud	Laon	GIE IRM de Laon	1,5	25/11/2002	08/12/2005	06/12/2012
Aisne Sud	Château-Thierry	CH Château-Thierry	1,5	19/05/2008	22/04/2011	21/04/2016
Aisne Sud	Soissons	GIE IRM Soissons	1,5	22/11/2005	09/05/2006	07/05/2013
Oise Est	Compiègne	GIE CIMA(1)	1,5	19/05/2008	18/05/2009	17/05/2014
Oise Est	Senlis	GIE IRM de Senlis	1,5	29/06/2009	31/08/2009	30/08/2014
Oise Est	Compiègne	GIE CIMA(2)	1,5	12/05/2004	05/03/2009	04/03/2016
Oise Est	Chantilly	GCS Hôpital privé de Chantilly	1,5	21/03/2011		
Oise Est	Creil	GIE IRM Creil	1,5	28/11/2008		
Oise Est	Creil	GIE IRM Creil	1,5	28/11/2008		
Oise Ouest	Beauvais	GIE Beauvaisis(1)	1,5	28/11/2008	16/03/2009	15/03/2014
Oise Ouest	Beauvais	GIE Beauvaisis(2)	1,5	29/03/2007	17/09/2009	16/09/2014
Somme	Amiens	CRIMP1	1,5	28/11/2007	20/08/2008	19/08/2013
Somme	Amiens	CHU(1)	1,5	25/11/2004	30/08/2006	29/08/2013
Somme	Amiens	CRIMP2	1,5	24/05/2006	15/10/2008	14/10/2013
Somme	Amiens	CHU(2)	3	29/10/2010	06/12/2011	05/12/2016
Somme	Abbeville	GIE Picardie Maritime	1,5	21/03/2011	01/04/2011	

Taux d'équipement


Proposition de diversification du parc

Objectifs 2012 - 2015 de diversification des Parcs régionaux d'appareils IRM

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
PICARDIE									
- nombre total d'appareils autorisés	14	17	17	19	19	23	23	28	34
dont :									
- appareils Polyvalents	14	17	17	19	19	20	16	14	15
- appareils "plus efficaces"	0	0	0	0	0	3	7	14	19
- Part d'autorisations diversifiées, en %	0%	0%	0%	0%	0%	13%	30%	50%	56%

4.5.3 Calendrier



Imagerie Rappel du calendrier

4



4.5.4 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 :

- Taux de réalisation de la baisse des actes radiologie conventionnelle sur 3 topographies pour les actes réalisés en consultations externes
- Remonter avant le 1^{er} septembre les objectifs de diversification du Parc
- Inscription de ces objectifs dans le SROS PRS

REGION	Cible 2011 Crâne	Cible 2011 Thorax	Cible 2011 Abdo sans prépa
Alsace	3 092	11 123	2 234
Aquitaine	3 512	10 591	2 264
Auvergne	2 405	5 713	885
Bourgogne	3 252	8 300	1 229
Bretagne	4 525	15 392	2 220
Centre	3 610	10 856	1 896
Champ. Ardennes	1 921	6 495	1 444
Corse	412	927	285
Franche-Comté	1 640	7 079	1 344
Guadeloupe	282	777	120
Guyane	449	878	184
Ile de France	9 672	54 370	8 239
La réunion	112	505	46
Languedoc Roussillon	3 200	6 168	1 687
Limousin	1 080	4 558	390
Lorraine	5 104	14 358	3 370
Martinique	886	1 306	706
Midi-Pyrénées	3 155	11 415	1 324
Nord Pas de Calais	5 025	22 509	4 672
Normandie Basse	4 420	10 297	1 285
Normandie Haute	2 487	11 027	2 125
Pays de la Loire	3 748	11 476	1 916
Picardie	2 789	14 597	2 562
Poitou-Charentes	3 147	7 933	958
PACA	5 640	17 987	3 337
Rhone-Alpes	6 681	19 408	3 494
FRANCE ENTIERE	82 245	286 045	50 214

4.6 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.

4.6.1 Rappel des objectifs du programme¹²

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'efficacité 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'efficacité 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.

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.

4.6.2 Etat des lieux régional et diagnostic (Synthèse)

Taux de chirurgie ambulatoire pour les 17 gestes marqueurs pour l'année 2009 et le 1^{er} semestre 2010 – ES privés et publics

Geste	ES privés 2009			ES privés 1er sem 2010			ES publics 2009			ES publics 1er sem 2010		
	Total des séjours	Dont ambu	% ambu	Total des séjours	Dont ambu	% ambu	Total des séjours	Dont ambu	% ambu	Total des séjours	Dont ambu	% ambu
Chirurgie du cristallin	7525	5732	76,17%	3023	2420	80,1%	5483	4122	75,2%	3182	2390	75,1%
Chirurgie des varices	4362	1800	41,27%	1169	872	74,6%	1834	1095	59,7%	1006	616	61,2%
Extraction dentaire	3966	3745	94,43%	NC			2116	1722	81,4%	1015	855	84,2%
Chirurgie canal carpien	3050	2750	90,16%	1076	968	90,0%	2609	2221	85,1%	1586	1396	88,0%
Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties	2278	2002	87,88%	778	707	90,9%	1349	791	58,6%	766	556	72,6%
Chirurgie utérus, vulve, vagin et AMP	1970	1598	81,12%	787	700	88,9%	5099	4163	81,6%	2586	2176	84,1%
Adénoïdectomies	1933	1904	98,50%	982	973	99,1%	1071	1032	96,4%	654	629	96,2%
Chirurgie des hernies inguinales	1778	278	15,64%	527	278	52,8%	1495	313	20,9%	860	364	42,3%
Chirurgie des bourses	512	251	49,02%	124	66	53,2%	578	230	39,8%	204	99	48,5%
Exérèses de kystes synoviaux	269	251	93,31%	84	75	89,3%	482	431	89,4%	289	262	90,7%
Chirurgie anale	262	84	32,06%	73	24	32,9%	291	27	9,3%	179	19	10,6%
Chirurgie de la maladie de Dupuytren	236	123	52,12%	79	45	57,0%	298	217	72,8%	165	123	74,5%
Chirurgie réparatrice des ligaments et tendons (main)	212	182	85,85%	87	78	89,7%	321	261	81,3%	205	178	86,8%
Coelioscopie gynécologique	141	10	7,09%	52	7	13,5%	179	22	12,3%	125	14	11,2%
Chirurgie du sein/tumorectomie	113	53	46,90%	48	19	39,6%	370	88	23,8%	139	52	37,4%
Chirurgie de la conjonctive (ptérygion)	73	70	95,89%	18	18	100,0%	76	69	90,8%	51	46	90,2%
Chirurgie strabisme	65	31	47,69%	23	11	47,8%	301	66	21,9%	91	21	23,1%
Total	28745	20864	72,58%	8930	7261	81,3%	23952	16870	70,4%	13103	9796	74,8%

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

Perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire

Tous les établissements de santé sont prêts à augmenter leur activité de chirurgie ambulatoire mais avec des cibles variées. 2 établissements de santé n'ont pas souhaité se positionner sur un taux cible (PCP St Joseph et CH Senlis).

- 7 établissements de santé sont prêts à atteindre un taux de 30%. Il s'agit essentiellement d'ES public : le CHU d'Amiens, le CH d'Abbeville, le CH de Beauvais, le CH de Chauny, le CH de Clermont et le CH de Péronne ; et d'un seul ES privé : le centre chirurgical de Chantilly.

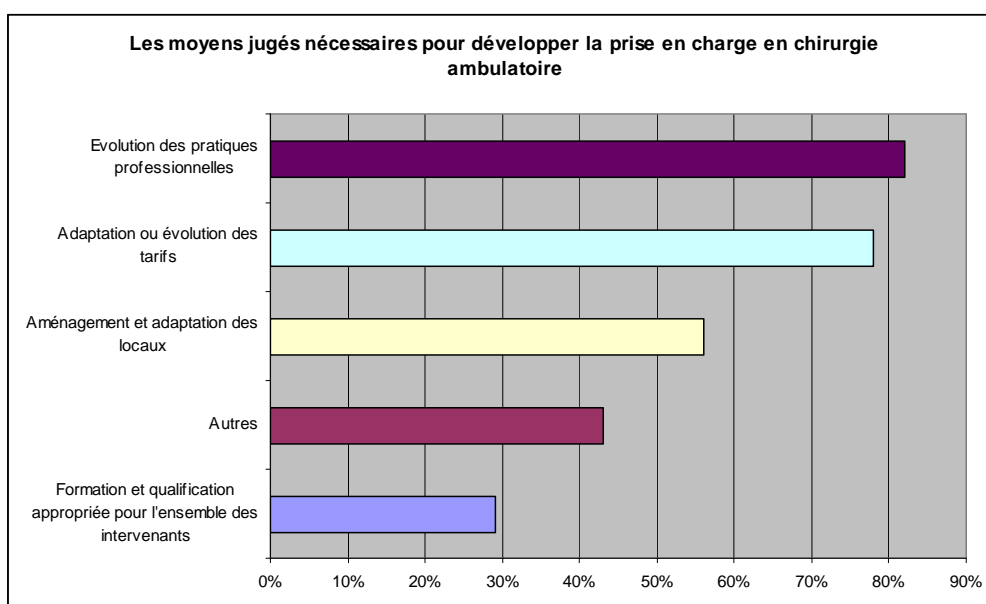
- 6 établissements de santé pensent pouvoir atteindre un taux de 50% : le CH de Soissons, le CH de St Quentin, le CH de Creil, le CH de Noyon, le CH de Compiègne et la PCP Ste Isabelle.

- 8 établissements de santé pensent pouvoir atteindre un taux de 80%. Il s'agit essentiellement d'ES privés : la Clinique St Martin, la Clinique du Parc St Lazare, la Clinique St Christophe, le groupe V. Pauchet, la PCP de Picardie, la PCP St Claude et la PCP St Côme ; et d'un ES public : le CH de Laon.

Pour développer la prise en charge en ambulatoire 78% des établissements de santé se prononcent en faveur d'une adaptation ou d'une évolution des tarifs, 56% jugent nécessaire un aménagement des locaux, 39% se prononcent pour une formation et une qualification appropriée.

Parmi les autres propositions évoquées, on peut citer une réflexion autour de la prise en charge des transports sanitaires (CH Laon), du besoin d'améliorer la communication auprès des médecins libéraux (CH Noyon, groupe Victor Pauchet), du besoin organisationnel d'améliorer les plages horaires de bloc opératoire (pour le CH de Creil et de Senlis, cela devrait se traduire dans le projet médical commun), ou encore la mise sous accord préalable (CH de Compiègne, CH de Noyon)

Moyens à mettre en œuvre par les établissements (exprimés en % d'établissements concernés) :

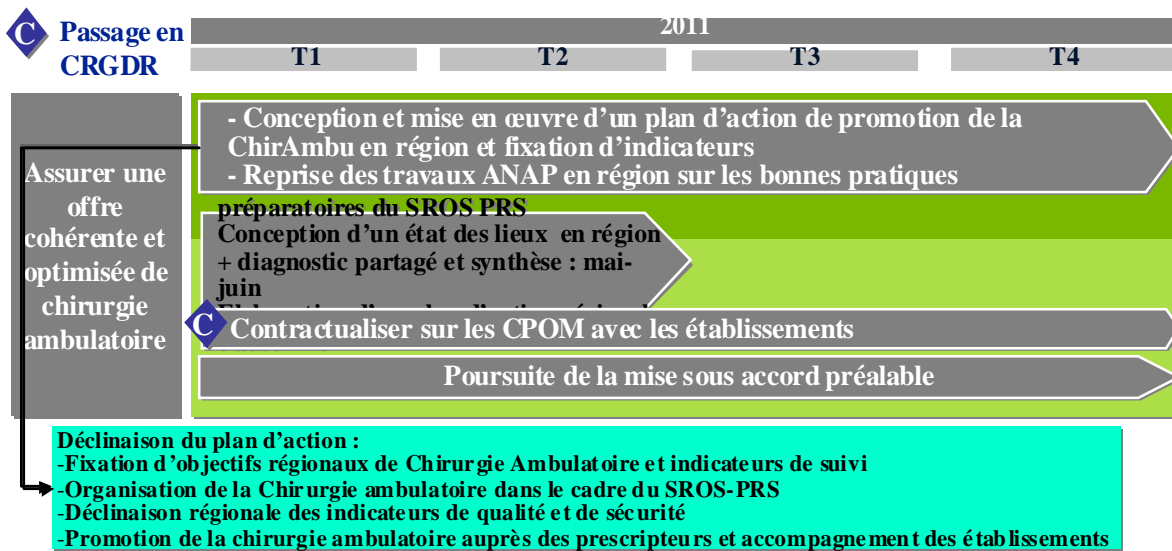


4.6.3 Calendrier



Chirurgie ambulatoire Rappel du calendrier

8



4.6.4 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 :

- Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (17 gestes marqueurs)
- Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (toutes les chirurgies)

Indicateurs régionaux suivis par ARS :

- Taux de pratique global par établissement
- Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire par établissement pour les 17 gestes marqueurs.

4.7 Les 2 programmes EHPAD : Efficience et Prescription

4.7.1 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 ;
- Elaborer et déployer des systèmes d'information pour permettre le suivi et l'analyse des dépenses de soins des EHPAD ;
- Inciter à une gestion et une organisation plus efficaces de l'EHPAD et évaluer la qualité de la prise en charge et des soins
- Renforcer et diffuser les bonnes pratiques professionnelles en EHPAD
- Inciter les EHPAD à contractualiser sur des objectifs d'amélioration de la prescription et de la coordination des soins
- Aider les EHPAD à élaborer une liste préférentielle de médicaments efficace

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

4.7.2 Etat des lieux régional

Territoire de santé	Nombre d'EHPAD (Finess géographique)
Aisne Sud	31
Aisne Nord Haute Somme	46
Oise Est	36
Oise Ouest	22
Somme	51
Picardie	186

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

Accueil des personnes âgées

Lits ou places installés au 1.01.2010 publics ou privés

Types d'accueil	PICARDIE	Aisne	Oise	Somme	FRANCE METROPOLITAINE
Hébergement permanent					
Maison de retraite					
nombre d'établissements	193	67	68	58	6 966
nombre de lits	14 470	4 931	5 129	4 410	501 781
Logement foyer					
nombre d'établissements	63	9	51	3	2 788
nombre de logements	3 186	453	2 466	267	141 905
		dont EHPAD (en maisons de retraite et foyers logement) (*)			
nombre d'établissements (Finess juridique)	155	57	49	49	6 654
nombre de lits	12 780	4 212	4 369	4 199	500 148
Hébergement temporaire nb lits	163	54	60	49	8 944
Accueil de jour nb de places	206	39	54	113	9 043
Services de soins infirmiers à domicile					
nombre de services	71	28	19	24	2 047
nombre de places	3 580	1 193	1 335	1 052	102 560
Soins de longue durée nombre de lits (*)	2 232	639	946	647	44 167

Source : DREES - ARS - FINESS - SAE

Taux d'équipement au 1.01.2010 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

Equipement	PICARDIE	Aisne	Oise	Somme	FRANCE METROPOLITAINE
Taux d'équipement en structures d'hébergement complet pour personnes âgées (lits maison de retraite, logements de logements-foyers, et lits hébergement temporaire)	123,2	119,0	149,2	99,2	121,4
Taux d'équipement en places de services de soins à domicile	24,7	26,1	26,0	22,1	19,1
Taux d'équipement en lits médicalisés (lits d'EHPAD, lits de soins de longue durée)	103,8	106,1	103,6	101,7	101,3

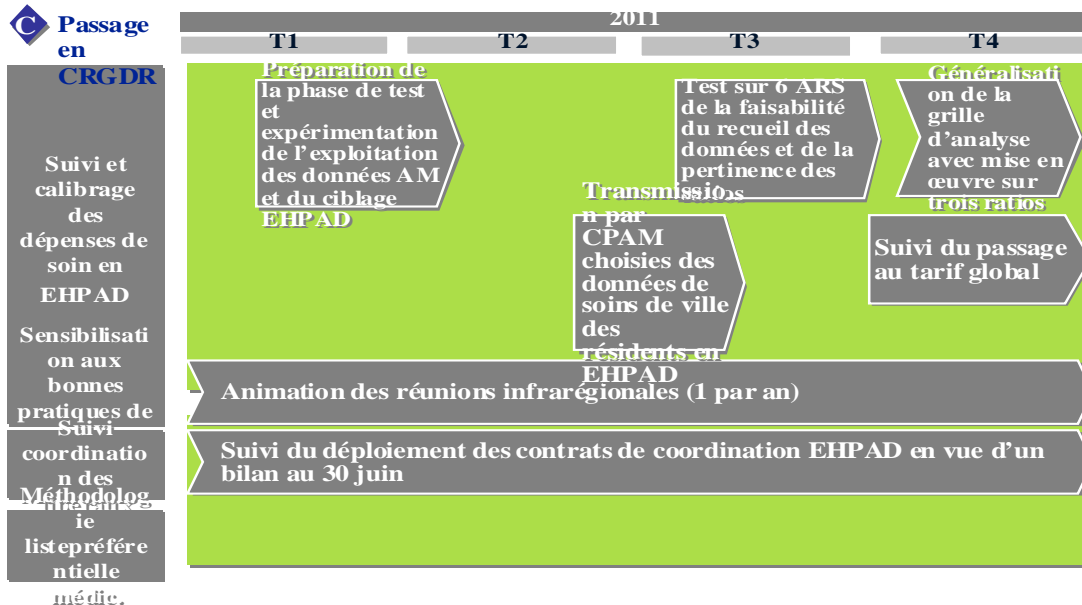
Source : DREES - ARS - FINESS

4.7.3 Calendrier



EHPAD Rappel du calendrier

2



4.7.4 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 »
- Pour le programme EHPAD Efficience : « Taux de mise en œuvre par l'ARS pour un échantillon d'EHPAD de trois taux d'analyse »
- Taux de PS médecins intervenants en EHPAD avec contrat
- % de médecins libéraux intervenants en EHPAD, participant à chaque réunion de la Commission de coordination gériatrique
- Taux de participation des EHPAD aux réunions locales sur les bonnes pratiques
- % d'EHPAD sans PUI ayant élaboré une liste préférentielle de médicaments.

4.8 Le programme SSR

4.8.1 Rappel des objectifs du programme

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

4.8.2 Etat des lieux régional

Éléments permettant de réaliser le ciblage des établissements à mettre sous accord préalable : tableau des établissements à fournir par AM

Soins de suite et de réadaptation (moyen séjour)

Lits et places publics et privés installés au 1.01.2010 - Taux d'équipement -

Source : DREES - ARS - SAE

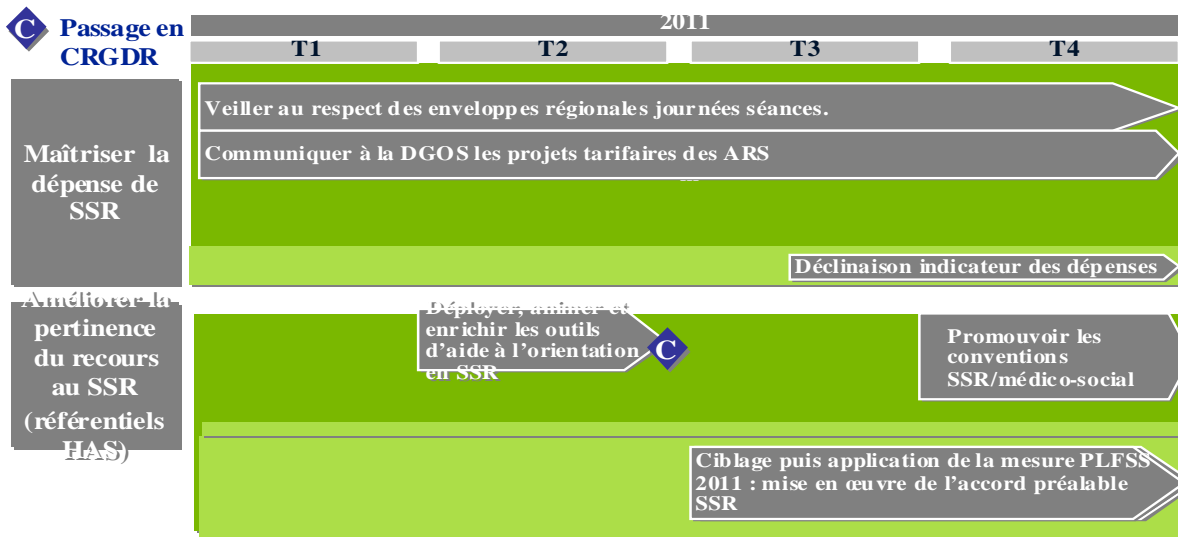
Disciplines soins de suite	Picardie	Aisne	Oise	Somme	France Métropolitaine
Hospitalisation complète (lits)					
Sect public: Réadapt fonctionnelle	301	210	10	81	8 763
Autres soins de suite	1 160	405	368	387	31 299
Sect privé: Réadapt fonctionnelle	713	233	430	50	21 066
Autres soins de suite	680	182	413	85	36 192
Hospitalisation de jour, nuit (places)					
Sect public: Réadapt fonctionnelle	35	24	0	11	1 401
Autres soins de suite	27	0	12	15	624
Sect privé: Réadapt fonctionnelle	151	11	130	10	4 972
Autres soins de suite	0	0	0	0	533
Ensemble hospitalisation (lits et places)					
Réadaptation fonctionnelle	1 200	478	570	152	36 202
Autres soins de suite	1 867	587	793	487	68 648
Total soins de suite et réadaptation	3 067	1 065	363	639	104 850
Taux d'équipement pour 1 000 hbts	Picardie	France Métropolitaine			
Réadaptation fonctionnelle	0,63 lit et place	0,57 lit et place			
Equipement global	1,61 lit et place	1,64 lit et place			

4.8.3 Calendrier



SSR Rappel du calendrier

7



4.8.4 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 :

- Taux d'établissements mis sous accord préalable par rapport à la cible (4 établissements)
- Durée de prise en charge, taux d'attractivité, taux de fuite, taux de retour précoce en MCO, modes de sortie du SSR, taux d'orientation en SSR, taux d'entrée directe en SSR.

4.9 Le programme PDS 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.

4.9.1 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 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'efficacité du dispositif global dans un contexte de maîtrise de l'ONDAM, via des dispositifs plus adaptés aux spécificités territoriales.

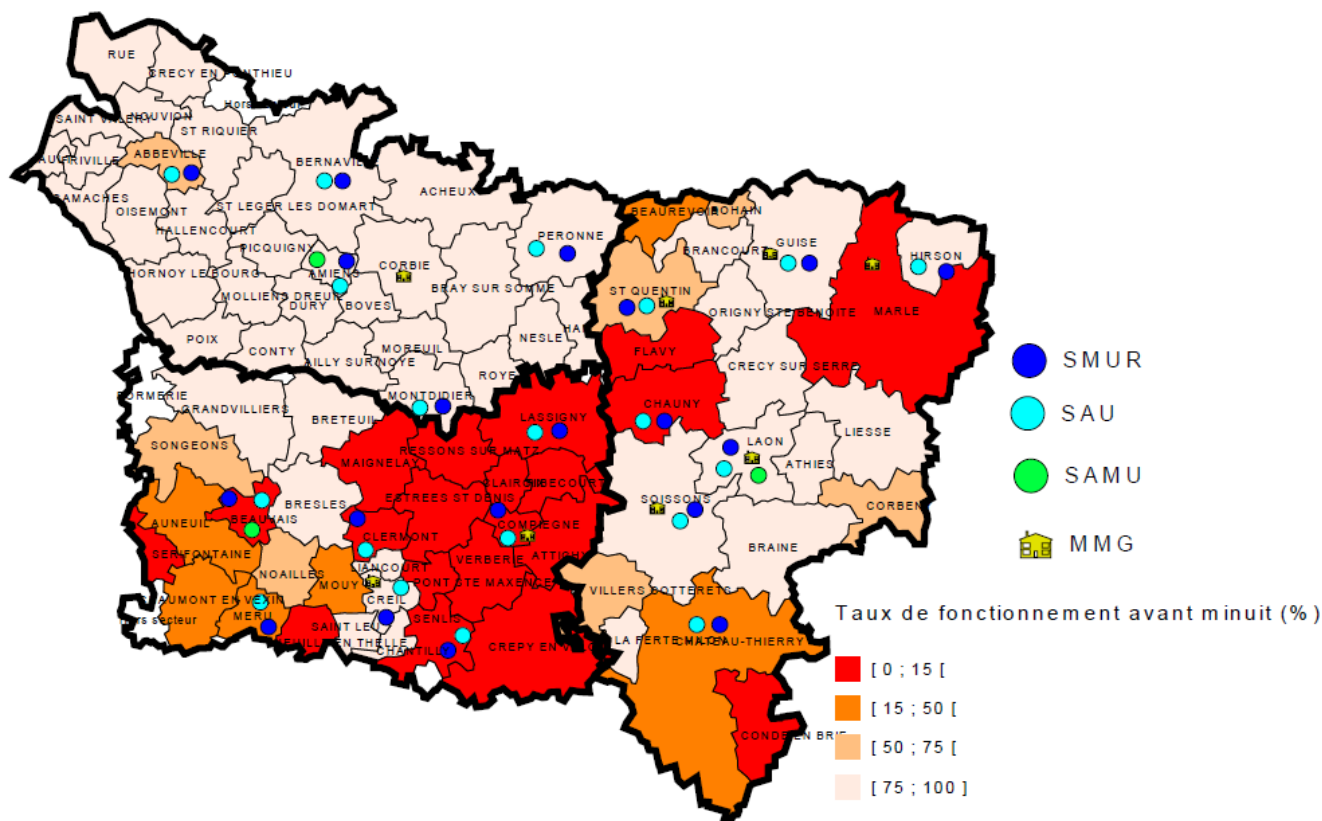
Pour mémoire, les principes du nouveau dispositif sont les suivants :

- Renforcement de la régulation médicale: orienter le patient vers le médecin, la structure, la prise en charge adaptée à sa demande
- Adaptation des modalités d'effecton – 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 (effecton – 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.

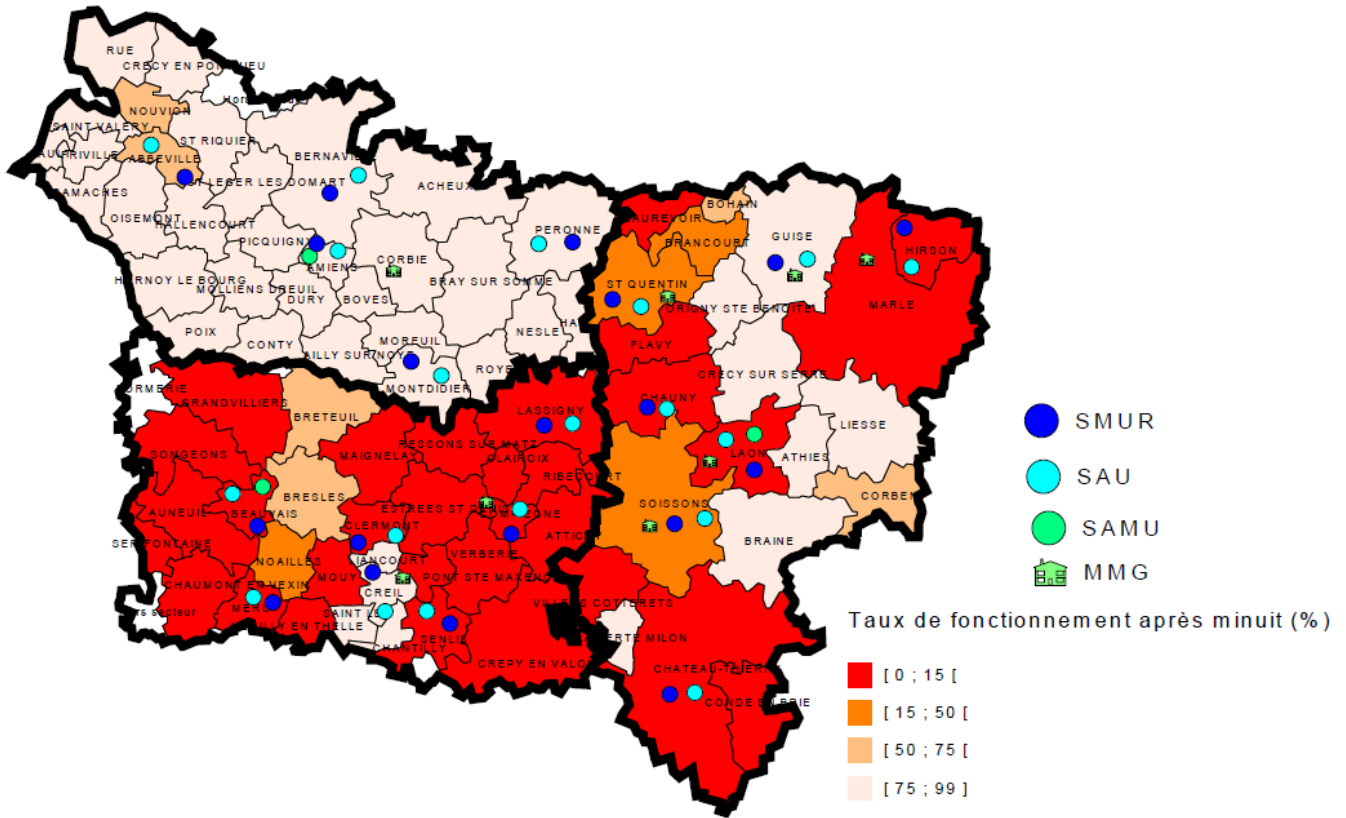
4.9.2 Etat des lieux régional

Taux de fonctionnement de la PDSA avant minuit (selon astreintes versées), 1er semestre 2010



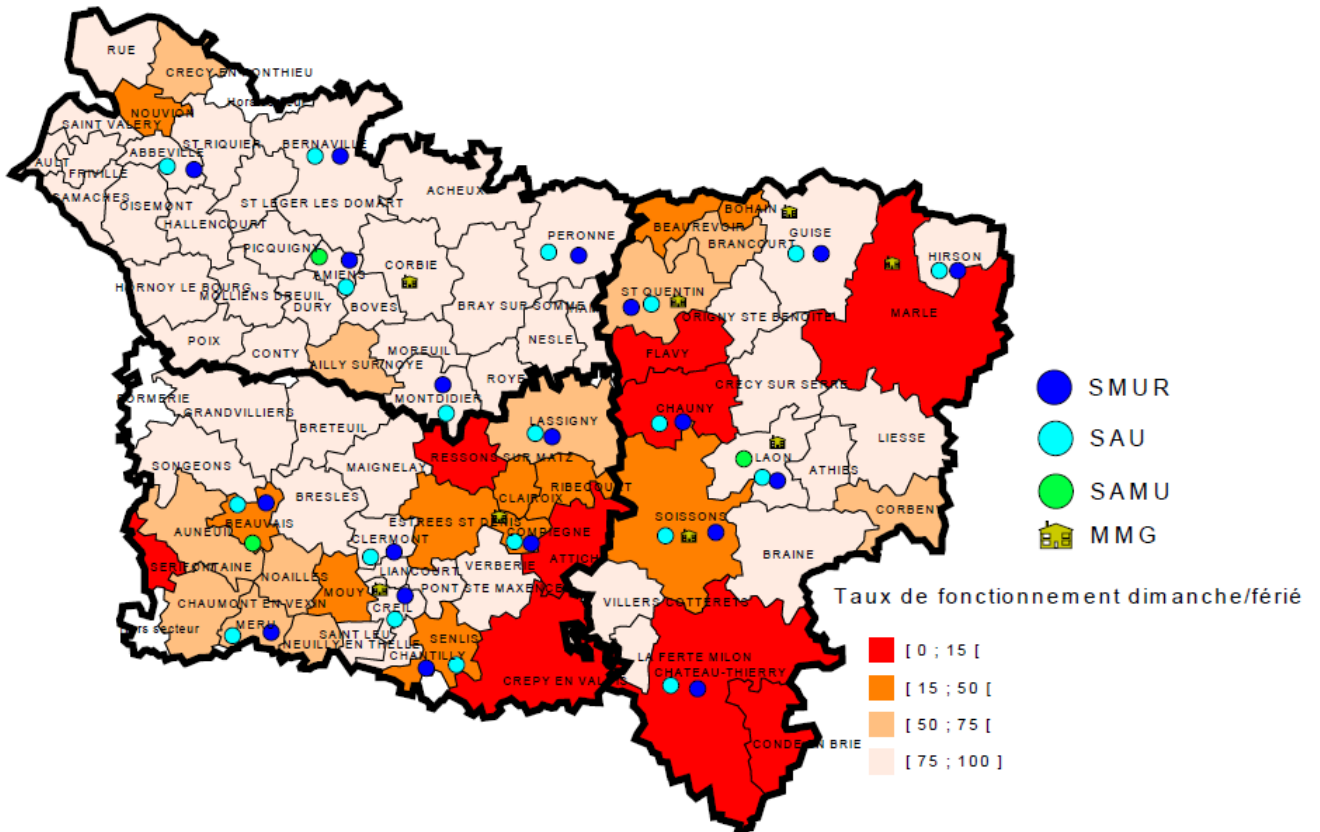
¹⁴ Instruction relative à la Permanence des soins ambulatoire du 13 juillet 2011

Taux de fonctionnement de la PDSA après minuit (selon astreintes versées), 1er semestre 2010



ARS Picardie.OSA (avril 2011). Sources ERASME (Février 2011). « Fonds de cartes Arctique © Tous droits réservés »

Taux de fonctionnement de la PDSA les dimanches et jours fériés (selon astreintes versées), 1er semestre 2010



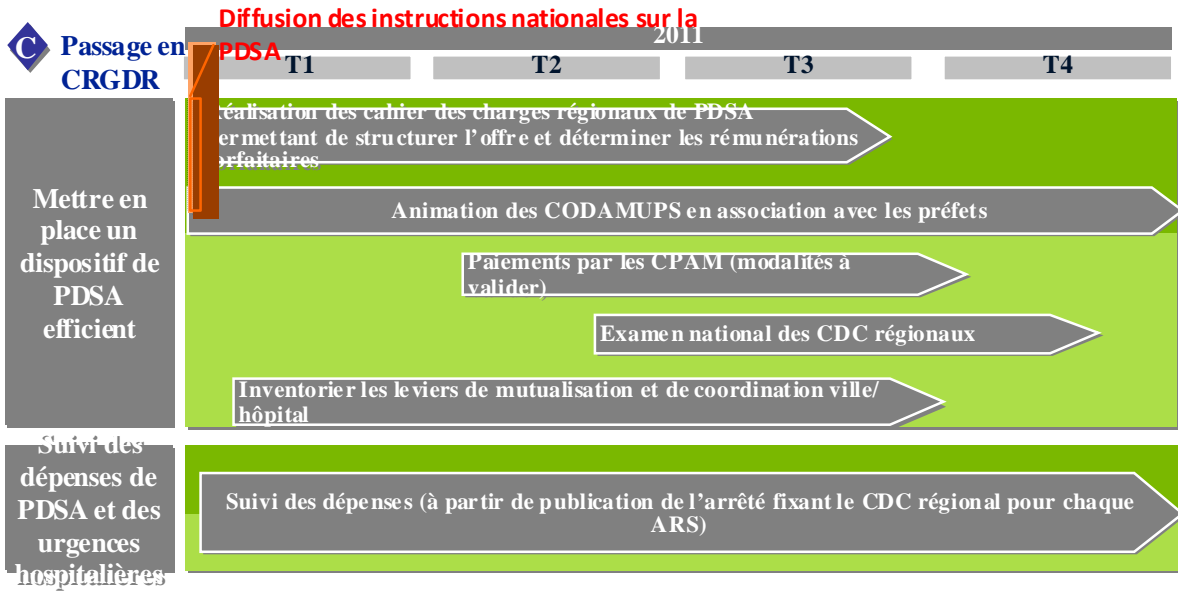
ARS Picardie.OSA (mars 2011). Sources ERASME (Février 2011). « Fonds de cartes Arctique © Tous droits réservés »

4.9.3 Calendrier



PDSA
Rappel du calendrier

6



4.9.4 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 :

- la part des actes régulés
- le taux de respect de l'enveloppe des rémunérations forfaitaires PDSA.

5 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 :

5.1 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'efficacité des prescriptions. Il s'agit :

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

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

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

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

Ils comprennent quatre volets.

- **Poursuite de la maîtrise médicalisée dans les établissements** : à l'hôpital, notamment en matière de prescriptions hospitalières exécutées en ville pour les produits de santé et les transports, et en EHPAD avec des visites d'établissements et la diffusion de recommandations de bonne pratique, en lien avec les actions GDR ARS développées sur ces thèmes.
- **Poursuite du programme de mise sous accord préalable (MSAP) en chirurgie ambulatoire et en hors ambulatoire**. Sont concernés les activités de chirurgie bariatrique et plastique, les hospitalisations de jour pour le diabète, les actes soumis à forfait sécurité environnement (SE) en consultation externe et les séjours hospitaliers classés en CM23 (lorsque les séjours sont classés dans cette catégorie on ne dispose pas d'information permettant d'identifier la pathologie).
- **Développement des MSAP pour les prestations d'hospitalisation en soins de suite ou de réadaptation (SSR) pour un patient justifiant de soins de masso-kinésithérapie ambulatoire¹⁵**. 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.

5.3 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 proposées, les régimes d'assurance maladie développeront, en application des stipulations du contrat d'objectifs Etat-UNCAM et de leurs conventions d'objectifs et de gestion, des politiques d'information des assurés et d'éducation thérapeutique et d'accompagnement des patients.

- **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 conseils nutritionnels en lien avec le médecin traitant. Un effort particulier sera mené auprès des populations défavorisées et des enfants, en complément des actions initiées par l'Etat (déploiement d'outils facilitant le dépistage du risque d'obésité) et les ARS (structuration de l'offre).

6 Les actions régionales complémentaires spécifiques

En attente du PRS

¹⁵ cf. mesure prévue par la LFSS pour 2011