

Le Directeur général de l'Agence régionale de santé du Limousin

Arrête

Article 1^{er} : Le programme pluriannuel de gestion du risque de la région Limousin pour la période 2010-2013, est arrêté tel que figurant en annexe du présent acte.

Article 2 : Le programme pluriannuel régional de gestion du risque sera intégré au projet régional de santé, à la publication de ce dernier.

Ce programme 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.

Article 3 : Un recours contre la présente décision peut être formé auprès du Tribunal administratif de Limoges dans un délai de deux mois à compter de la notification du présent arrêté. A l'égard des tiers, ces délais courent à compter de la date de publication de la décision au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Limousin.

Article d'exécution.

Fait à Limoges le 19 décembre 2011

Le Directeur Général,
Michel LAFORCADE

Programme Régional de Gestion du Risque (PRGDR) du LIMOUSIN 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	5
2	Contexte régional	5
2.1	Proposition : Evolution des dépenses au niveau régional	5
2.2	Analyse de l'état de santé de la population, de la demande et de l'offre de soins dans la région	9
2.3	Description des caractéristiques de la demande et de l'offre de soins relevant des actions du PRGDR	14
3	Méthodologie et Organisation du travail en Région Limousin	14
3.1	Schéma régional d'organisation de la Gestion du risque	14
3.2	La Commission Régionale de Gestion du Risque	14
4	Les programmes nationaux de Gestion Du Risque	17
4.1	La déclinaison des programmes nationaux de gestion du risque de l'assurance maladie	17
4.1.1	Les programmes de maîtrise médicalisée en ville	17
4.1.2	Les programmes de renforcement de l'efficacité de l'offre de soins dans les établissements de santé	18
4.1.3	Les plans de prévention et d'accompagnement des patients	19
4.2.1	Les dix programmes prioritaires de gestion du risque de l'ARS.....	20
4.2.2	Le programme Transports sanitaires	21
4.2.3	Le programme Prise en charge IRC.....	22
4.2.4	Le programme Liste en sus	24
4.2.5	Le programme Prescription hospitalières Médicamenteuses exécutées en ville.....	25
4.2.6	Le programme Imagerie médicale.....	27
4.2.7	Le programme Chirurgie ambulatoire.....	28
4.2.8	Les 2 programmes EHPAD : Efficacité et Prescription	29
4.2.9	Le programme SSR.....	30
4.2.10	Le programme PDS ambulatoire et urgences	31
5	Les actions régionales complémentaires spécifiques.....	33
5.2	Présentation des objectifs des programmes spécifiques	33

Annexe

Fiches actions relatives aux 10 priorités de gestion du risque de l'ARS

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, médico-social et hospitalier.

« Dans les conditions prévues à l'article L. 1434-14, (les ARS) définissent et mettent en œuvre avec les services d'assurance maladie 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 Etat-UNCAM 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 PRGDR (art. R1434-9 à R 1434-18 du CSP) apporte des précisions :

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

- « 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 programme pluriannuel régional de gestion du risque n'est pas soumis aux dispositions de la section 1².
- Le PRGDR est composé de deux parties :
 - 1° Une première partie reprenant les programmes nationaux de gestion du risque élaborés conformément aux objectifs définis par le (contrat Etat-UNCAM). Elle en précise, s'il y a lieu, les conditions de mise en œuvre, dans le respect des objectifs fixés à chaque agence dans son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens par le conseil national de pilotage des ARS;
 - 2° Une deuxième partie comprenant les actions régionales complémentaires spécifiques prévues à l'article L. 1434-14.

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

Le PRGDR est ainsi arrêté par le directeur de l'agence pour une durée de **quatre ans**. Il est **intégré au projet régional de santé**. Il fait l'objet **chaque année d'une révision** par avenants préparés, soumis à l'avis de la commission régionale de gestion du risque et arrêtés dans les mêmes conditions que le programme.

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

1.3 Définition de la gestion du risque

La gestion du risque est un concept dérivé de l'assurance. Appliqué au monde de la santé et à l'assurance maladie obligatoire, le « risque » correspond aux dépenses remboursées par l'assureur public et sa « gestion » désigne les actions mises en œuvre. Cette notion peut être définie comme « l'ensemble des actions mises en œuvre pour améliorer l'efficacité du système de santé, c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût »³.

En 1999, la circulaire interrégimes 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 2008⁴, 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. »

Pour atteindre cet objectif la gestion du risque s'appuie sur la méthode suivante :

² Article R1434-1 CSP : Le projet régional de santé est arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis du préfet de région, du conseil régional, des conseils généraux, des conseils municipaux, ainsi que de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Celle-ci est informée chaque année de la mise en œuvre du projet.

³ Mission sur la Gestion du risque, Rapport IGAS, Décembre 2010, P-Y Bocquet et Michel Peltier.

⁴ HCAAM, Rapport 2008, p. 27.

- Une analyse des dépenses sur des postes présentant une forte évolution et une analyse des pratiques à l'origine de ces évolutions.
- La recherche d'une validation scientifique des bonnes pratiques ou des référentiels permettant d'améliorer l'efficience
- Le développement d'outils et de programmes

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 (CR-GDR) associant pleinement les services de l'ARS et de l'assurance maladie dans l'atteinte des objectifs de gestion du risque. Ces actions doivent permettre de renforcer l'efficience du système de soins et ainsi contribuer au respect de l'ONDAM voté par le Parlement dans le cadre des lois de financements de la sécurité sociale :

« La préparation, le suivi et l'évaluation du programme pluriannuel régional de gestion du risque sont effectués au sein d'une commission régionale de gestion du risque.

- *Cette commission, présidée par le directeur général de l'ARS, comprend, outre son président, le directeur d'organisme ou de service, représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, ainsi que les directeurs des organismes et services d'assurance maladie du ressort de la région et signataires du contrat prévu à l'article L. 1434-14.*
- *Sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 1434-13, elle siège, en fonction de l'ordre du jour, en formation restreinte aux directeurs d'organisme ou de service, représentants, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'UNOCAM 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 »⁵.

2 Contexte régional

2.1 Proposition : Evolution des dépenses au niveau régional

La maîtrise médicalisée des dépenses de santé représente « l'ensemble des moyens mis en œuvre pour contenir les dépenses de santé sans nuire à la qualité des soins ».

Dans le cadre de ses missions de GDR, l'Assurance Maladie, en lien avec ses partenaires conventionnels, assure le suivi et la régulation des dépenses de santé dans le but de contribuer au respect de l'ONDAM voté par le Parlement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS).

Les dépenses de l'assurance maladie pour le Limousin représentent 1,6 Milliards d'euros en 2010 pour le régime Général, soit 1,11% des dépenses nationales.

Le tableau ci-dessous de suivi de l'ONDAM détaille ces dépenses par nature de prestations et présente les tendances d'évolution sur l'année 2010 :

⁵ Décret n° 2010-515 du 18 mai 2010 relatif au PRGDR (Art. R.1434-12 du CSP)

SUIVI DES DEPENSES DE L'ONDAM - REGION LIMOUSIN - REGIME GENERAL
(Source CNAMTS) - Période du 1/1/2010 au 31/12/2010

	Haute Vienne		Creuse		Corrèze		LIMOUSIN		France (en milliers d'euros)	
Prestations	Montants	Tx d'Evol	Montants	Tx d'Evol	Montants	Tx d'Evol	Montants	Tx d'Evol	Montants	Tx d'Evol
Soins de Ville	298 145 824	3,14%	92 894 078	2,98%	191 983 333	3,35%	583 023 235	3,2%	60 554 769	4,0%
Etablissements publics et privés	422 956 860	-1,32%	99 963 372	5,03%	182 604 986	2,22%	705 525 218	0,4%	57 994 786	1,3%
Etablissements Médico-sociaux	86 386 186	8,83%	47 396 210	6,49%	75 940 175	7,01%	209 722 571	7,6%	14 015 650	7,1%
Total ONDAM	807 488 870	1,31%	240 253 660	4,51%	450 528 494	3,48%	1 498 271 024	2,5%	132 565 205	3,1%
Autres (Maternité, AT, Invalidité, Décès)	53 895 368	1,76%	17 387 609	0,00%	34 075 833	1,36%	105 358 810	1,34%	11 206 875	/
Total des Dépenses	861 384 238	1,34%	257 641 269	4,19%	484 604 327	3,33%	1 603 629 834	2,4%	143 772 080	2,9%

SUIVI DES DEPENSES DE L'ONDAM - REGION LIMOUSIN - REGIME GENERAL + MSA + RSI
(Source CNAMTS/MSA/RSI) - Période du 1/1/2010 au 31/12/2010 -

	Haute Vienne		Creuse		Corrèze		LIMOUSIN	
Prestations	Montants	Tx d'Evol	Montants	Tx d'Evol	Montants	Tx d'Evol	Montants	Tx d'Evol
Soins de Ville	361 051 805	2,5%	132 522 102	1,3%	257 176 135	2,4%	750 750 041	2,2%
Etablissements publics et privés	426 892 360	-1,2%	101 440 436	4,9%	185 586 585	2,2%	713 919 381	0,5%
Etablissements Medico-sociaux	808 061 357	1,3%	47 693 236	6,1%	76 293 657	6,9%	932 048 250	2,0%
Total ONDAM	874 902 639	1,2%	281 655 774	3,4%	519 056 377	3,0%	1 675 614 989	2,1%

En complément, les tableaux ci-dessus présentent un focus sur certains postes de dépenses régionales : 3 classes pharmaceutiques du poste médicaments (antibiotiques, IPP, satines), transports, indemnités journalières.

Antibiotiques :

Le montant remboursé des antibiotiques en Limousin a diminué de - 9.9% à fin 2008 et de - 0.6% à fin décembre 2009 (alors que France Entière l'évolution était positive à +2.5%).

Fin 2010, le montant remboursé des antibiotiques en Limousin a diminué de - 3,5 % (versus -3,3 % en France). Néanmoins, cette amélioration reste insuffisante au regard des résultats des autres régions.

Evolution Antibiotiques	Omnipraticiens *		Spécialistes libéraux		Etablissements		Tous prescripteurs	
Montant dépenses / évolutions	Montant 2010	Evol 10/09	Montant 2010	Evol 10/09	Montant 2010	Evol 10/09	Montant 2010	Evol 10 / 09
Corrèze 19	2 122 887	-6,3 %	199 942	-1,6 %	138 481	1,0%	2 555 392	-4,9%
Creuse 23	1 117 552	-2,0%	94 575	-9,0%	93 315	4,0%	1 324 185	-1,2%
Haute-Vienne 87	2 897 374	-3,0%	269 60	-4,1%	377 972	-6,5%	3 504 724	-3,4%
LIMOUSIN	6 137 814	-4,0%	564 207	-4,1%	793 107	-2,2%	7 384 301	-3,5%
France Métropole	457 675 655	-5,3%	61 616 30	-0,9%	89 861 346	3,4%	603 454 674	-3,3%

Sources : CNAMTS / MSA / RSI

* Omnipraticien + autres PS prescripteurs

Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) :

Les IPP sont indiqués dans le traitement des affections liées à une hypersécrétion acide gastrique. Les IPP sont les molécules les plus puissantes et constituent actuellement les molécules de choix pour traiter les pathologies liées à l'acide.

Ce sont des anti-sécrétoires efficaces, bien tolérés, d'action rapide et prolongée mais coûteux.

Fin 2010, le montant remboursé des inhibiteurs de la pompe à protons en Limousin a diminué de - 4.8 % (versus -5.7 % en France).

Evolution IPP	Omnipraticiens *		Spécialistes libéraux		Etablissements		Tous prescripteurs	
Montant dépenses / évolutions	Montant 2010	Evol 10/09	Montant 2010	Evol 10/09	Montant 2010	Evol 10/09	Montant 2010	Evol 10 / 09
Corrèze 19	3 478 719	-6,2%	145 012	-3,5%	229 421	-1,8%	3 854 723	-5,8%
Creuse 23	2 170 160	-6,9%	72 352	-11,1%	149 424	-1,0%	2 392 589	-6,6%
Haute-Vienne 87	4 706 305	-3,4%	222 085	-0,4%	376 211	-1,2%	5 307 500	-3,1%
LIMOUSIN	10 355 184	-5,1%	439 448	-3,4%	755 056	-1,3%	11 554 811	-4,8%
France Métropole	624 499 035	-6,2%	56 718 052	-5,5%	67 641 834	-0,9%	749 638 108	- 5.7%

Sources : CNAMTS / MSA / RSI - Omnipraticien + autres PS prescripteurs

Statines :

Les statines interviennent dans le traitement de patients dyslipidémiques.

En 2010, le montant des remboursements liés aux statines en Limousin a augmenté de 3,5% (versus 3,3% en France – sources CNAMTS)

Evolution Statines	Omnipraticiens *		Spécialistes libéraux		Etablissements		Tous prescripteurs	
Montant dépenses évolutions /	Montant 2010	Evol 10/09	Montant 2010	Evol 10/09	Montant 2010	Evol 10/09	Montant 2010	Evol 10 / 09
Corrèze 19	4 771 884	3,2%	88 728	4,7%	157 189	14,2%	5 018 540	3,5%
Creuse 23	2 511 780	1,9%	40 301	-2,1%	93 315	3,5%	2 645 497	1,9%
Haute-Vienne 87	6 381 647	4,0%	112 850	0,5%	257 841	7,4%	6 753 765	4,0%
LIMOUSIN	13 665 312	3,3%	241 878	1,5%	508 345	8,7%	14 417 802	3,5%
France Métropole	944 363 864	3,1%	54 718 272	1,8%	59 737 491	8,2%	1 059 331 313	3,3%

Sources : CNAMTS / MSA / RSI

* Omnipraticien + autres PS prescripteurs

Transports :

En 2010, le montant des remboursements de transports en Limousin a augmenté de 3,8% (versus 6 % en France – sources CNAMTS)

Evolution transport	Omnipraticiens *		Spécialistes libéraux		Etablissements		Tous prescripteurs	
Montant dépenses évolutions /	Montant 2010	Evol 10/09	Montant 2010	Evol 10/09	Montant 2010	Evol 10/09	Montant 2010	Evol 10 / 09
Corrèze 19	3 472 766	-0,5%	1 542 385	-0,5%	12 600 676	4,9%	17 628 988	3,3%
Creuse 23	1 435 107	0,8%	1 948 084	2,3%	9 916 149	7,8%	13 308 981	6,1%
Haute-Vienne 87	3 006 347	3,7%	2 391 487	-0,3%	11 751 043	2,8%	17 158 809	2,5%
LIMOUSIN	7 914 220	1,3%	5 881 955	0,5%	34 267 869	5,0%	48 096 778	3,8%
France Métropole	499 437 898	6,5%	512 090 714	3,9%	1 898 493 503	6,4%	2 913 089 270	6,0%

Sources : CNAMTS / MSA / RSI

* Omnipraticien + autres PS prescripteurs

Indemnités journalières (IJ) :

En 2010, le montant des remboursements liés aux IJ en Limousin a augmenté de 2,3 % (versus 5,1 % en France – sources CNAMTS)

Evolution IJ	Omnipraticiens *		Spécialistes libéraux		Etablissements		Tous prescripteurs	
Montant dépenses / évolutions	Montant 2010	Evol 10/09	Montant 2010	Evol 10/09	Montant 2010	Evol 10/09	Montant 2010	Evol 10 / 09
Corrèze 19	18 237 749	3,3%	4 514 098	-0,3%	5 780 440	7,8%	28 553 082	3,6%
Creuse 23	6 475 864	-4,8%	2 496 671	3,5%	2 454 868	-9,6%	11 428 199	-4,2%
Haute-Vienne 87	32 199 094	4,6%	7 219 966	-2,5%	8 684 042	3,5%	48 105 382	3,3%
LIMOUSIN	56 912 708	3,1%	14 230 735	-0,8%	16 919 349	2,7%	88 086 663	2,3%
France Métropole	5 931 925 619	5,6%	1 620 360 283	5,5%	1 658 707 381	3,0%	9 212 874 149	5,1%

Sources : CNAMTS / MSA / RSI

* Omnipraticien + autres PS prescripteurs

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

Les éléments du diagnostic régional issu du PSRS :

Cette partie n'a pas vocation à présenter un diagnostic exhaustif de la région. Il s'agit plutôt, au regard du modèle de santé pluri dimensionnel (qui inclut les déterminants macro sociaux) de faire apparaître les traits caractéristiques de la région qu'il est indispensable de prendre en compte pour concevoir des orientations régionales adaptées.

Un document complet et approfondi est disponible à l'adresse suivante :

http://www.ors-limousin.org/publications/rapport/2011/Version-integrale_definitive.pdf

Le Limousin est une région :

. Petite

Avec ses 3 départements, à l'échelle de la France métropolitaine elle représente 3% du territoire national et 1,2% de la population nationale.

. Qui s'insère dans sa totalité au sein du territoire Massif Central.

22 départements appartenant à 6 régions constituent le Massif Central. Ces territoires présentent une homogénéité de caractéristiques défavorables et doivent faire face à des problématiques communes qui ont conduit les 6 Conseils Régionaux concernés à signer, avec l'Etat en 2007, une Convention Interrégionale Massif Central (CIMAC) et un Programme Opérationnel Plurirégional FEDER (POMAC) visant le développement de ces territoires par la mise en place d'actions adaptées.

. A forte dominance rurale

Selon l'INSEE 74% des communes Limousines sont rurales. 38% des habitants de la région sont domiciliés dans l'espace rural.

. Avec peu de pôles urbains

Limoges et Brive puis Tulle, Guéret, Ussel et Saint-Junien.

. Dont la population est âgée

La plus vieille de France et la seconde d'Europe.

. Peu densément peuplée

Une densité de 43 habitants au Km² contre 114 au niveau national

. Au faible niveau économique

Une des régions de métropole au taux de pauvreté monétaire parmi les plus élevés (5ème rang).

. Dont la densité de médecins généralistes est plus élevée que la densité moyenne nationale

125 en Limousin contre 110 en France.

. Dont la densité de médecins spécialistes est pour les principales spécialités faible

Pédiatrie (France : 53,9 – Limousin 39,6 pour 100 000 enfants de moins de 16 ans).

. Dont l'âge élevé de la population impacte fortement les indicateurs de santé...

Compte tenu de sa structure démographique elle se caractérise naturellement par des indicateurs plus péjoratifs qu'au niveau national : les taux bruts de mortalité et de morbidité y sont franchement plus élevés pour toutes les affections liées à l'âge : les affections cardio-vasculaires, de nombreux cancers, en particulier celui de la prostate, la maladie d'Alzheimer, le diabète de type 2, les affections rhumatismales, et, d'une manière générale, toutes les maladies chroniques ou dégénératives.

...mais qui une fois neutralisé l'effet de l'âge se distingue peu de la moyenne nationale à l'exception du taux de suicide. Que ce soit en matière de mortalité générale ou prématurée, d'espérance de vie à la naissance ou de déterminants de santé. Sur quelques éléments toutefois, des spécificités régionales se font jour avec, chez les hommes, une surmortalité évitable (liée aux comportements) et une surmortalité, relativement modérée, par affections cardio-vasculaires et cancer de la prostate et, dans les deux sexes, une surmortalité par cancer colorectal. Enfin, les indicateurs traitant de la santé mentale laisseraient penser à une prévalence plus importante des troubles psychiatriques de longue durée, tandis que le taux de suicide est nettement supérieur au niveau national.

. Caractérisée par de forts contrastes au sein de son territoire.

Cet aspect est un trait dominant de la région qui fait l'objet d'un développement spécifique ci-dessous.

. Avec des contrastes infra régionaux

Ils sont plus particulièrement visibles **entre l'Est et l'Ouest** de la région ainsi **qu'entre le milieu rural et les zones urbaines**.

Géographiques

La zone à l'Est de la région Limousin qui épouse les contreforts du Massif Central (Plateau de Millevaches) est considérée comme un territoire de moyenne montagne avec des altitudes avoisinant les 1000m. Le reste du territoire Limousin est constitué de faibles altitudes.

Les 2 principaux pôles urbains se situent à l'Ouest de la région.

Liés à l'accessibilité des services

Le temps moyen d'accessibilité aux services de la gamme intermédiaire (dentiste, kiné, banque...) est globalement plus important à l'Est de la région et plus encore dans la zone du Plateau de Millevaches.

Démographiques liés à la population

Les densités de population sont plus faibles dans les zones rurales en particulier celle de la partie Est de la région et Nord de la Haute-Vienne avec une très nette sur représentation de personnes âgées. Les jeunes sont concentrés dans les zones urbaines.

L'indice de vieillissement (nombre de personnes âgées de 65 ans ou + pour 100 personnes de – de 20 ans) est moins important en ville et dans la périphérie des villes qu'en milieu rural plus "reculé".

Le regain de population dont bénéficie le Limousin (+0,5%) profite aux zones urbaines et péri urbaines de l'Ouest. Le milieu rural continue pour une large part à perdre des habitants.

Socio – économiques

Les emplois sont concentrés à l'Ouest, avec des actifs qui s'étalent largement autour des centres urbains. Le chômage touche essentiellement les zones de faible densité.

La part des foyers fiscaux imposés en Creuse dépasse à peine 40 %. Le département est celui où le revenu net imposable moyen, est le plus faible de France métropolitaine (16 500 € par foyer en 2006).

Le taux de pauvreté 2004 dans les espaces à dominante rurale est plus élevé en Limousin que la moyenne nationale pour ce même type de territoires (France rurale : 13,7%) et il est nettement plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (cf ci-dessous)

Département	Espace à dominante urbaine	Espace à dominante rurale
Corrèze	10,2	15,5
Creuse	11,5	19,5
Haute-Vienne	10,3	16,1

Moyenne France rurale : 13,7%

Liés à la démographie des professionnels de santé

Un déficit dès à présent dans de nombreux secteurs ruraux, en kinésithérapeutes et dentistes.

Un déficit global en spécialistes, en particulier libéraux, de plus très concentrés sur quelques sites (avec une moyenne d'âge élevée).

A priori, moins de problèmes attendus en matière d'infirmiers et de pharmacies.

Les Médecins Généralistes Limousins sont essentiellement concentrés en zones urbaines et périurbaines alors que les populations âgées de 75 ans et plus représentent jusqu'à 24 % de la population dans certains cantons ruraux.

Selon l'ORS, l'évolution annuelle prévue du nombre de médecins généralistes libéraux jusqu'en 2017 en Limousin pourrait être de + 7% en milieu urbain alors qu'elle serait de -21% en milieu rural.

Au total concernant les médecins généralistes il peut être relevé :

- la répartition très inégale sur le territoire,
- les départs massifs attendus à moyen terme,
- un non renouvellement, en particulier en milieu rural,

- une situation problématique à court terme dans certains secteurs, à moyen terme (<10 ans) dans de nombreux autres.

Du point de vue des données épidémiologiques

Des territoires urbains présentant des indicateurs plutôt favorables, la plupart des territoires ruraux sont en situation défavorable.

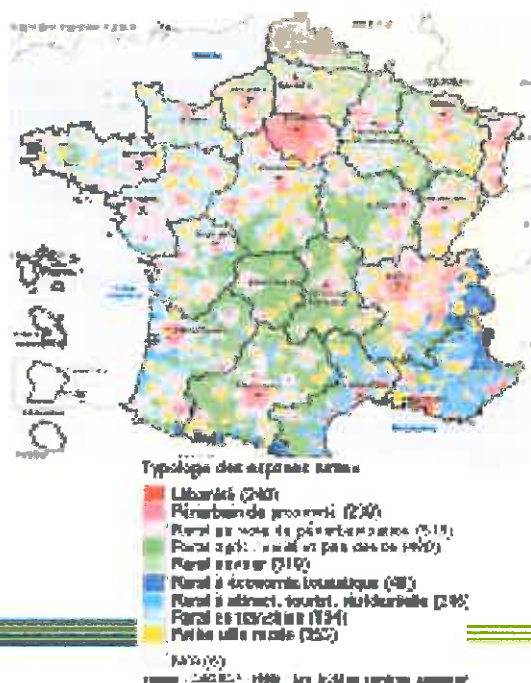
On constate que les territoires les plus urbanisés font partie de la moitié "favorisée" de la région.

L'analyse de la mortalité prématurée et de la mortalité évitable selon le territoire montre une très grande hétérogénéité entre les différents territoires.

— Le poids d'une ruralité fragile

Une France rurale à trois visages :

- les "campagnes proches des villes" (en voie de périurbanisation) / **Rose**
- les "nouvelles campagnes" qui développent à la fois des fonctions résidentielles, touristiques et "de nature" (lieux de ressources en eau, de maintien de la biodiversité...). Elles présentent le plus fort poids migratoire du territoire rural et bénéficient d'une dynamique de l'emploi très positive / **Bleu**.
- les "campagnes fragiles" constituées de territoires vieillissants et peu densément peuplés. Ces territoires sont caractérisés par un espace rural à dominante agricole (vert foncé) ou bien à dominante ouvrière dont le tissu industriel (vert clair) connaît un déclin marqué. Ils cumulent les handicaps d'un niveau de revenus modestes et d'un déclin démographique.

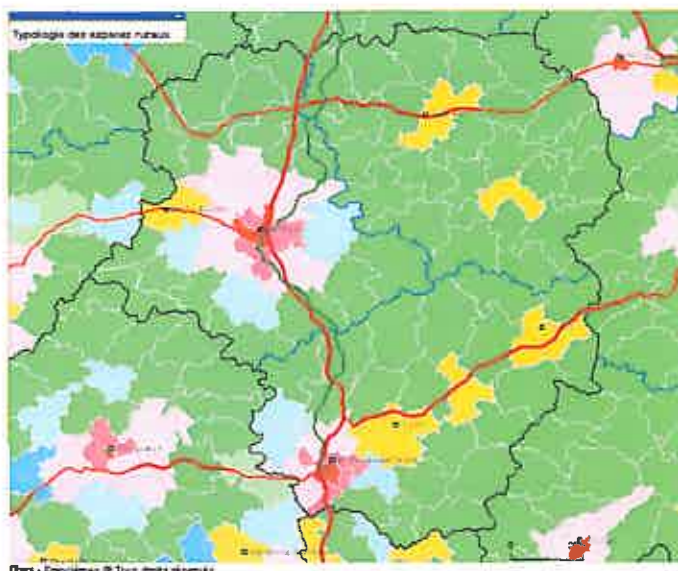


**Zoom sur la ruralité
en Limousin**

Typologie des espaces ruraux

- Urbanisé (240)
- Périurbain de proximité (239)
- Rural en voie de périurbanisation (515)
- Rural agric. vieilli et peu dense (480)
- Rural ouvrier (319)
- Rural à économie touristique (40)
- Rural à attract. tourist. résidentielle (245)
- Rural en transition (334)
- Petite ville rurale (353)
- N/A (5)

Source : CDEBGA, 1999. Le 1001 ne sont pas concernés



**Un double clivage : EST/OUEST
RURAL/URBAIN**



Source : Fnors
Exploitation et cartographie : ORS du Limousin - 2007

**Analyse multidimensionnelle des inégalités
socio-santitaires par canton en Limousin**

> ORS Limousin - 2007 <

Cantons plutôt défavorisés

- D1 : Des cantons âgés, peu peuplés et très agricoles. De faibles revenus. Une mortalité générale importante mais pas de surmortalité précoce.
- D2 : Des cantons âgés, peu peuplés et très agricoles. De faibles revenus. Une mortalité générale légèrement supérieure à la moyenne mais une forte mortalité précoce.
- D3 : Petites villes ou bourgs. Forte proportion d'ouvriers et d'employés. Chômage plus élevé. Une surmortalité générale et précoce.

Cantons plutôt favorisés

- D4 : Cantons à dominante rurale, relativement favorisés, taux de chômage et de RMI faibles. Offre de soins satisfaisante. Mortalité générale et précoce inférieure à la moyenne.
- D5 : Cantons urbains. Population relativement jeune. Forte proportion de cadres et d'employés. Offre de soins satisfaisante. Faible mortalité générale.
- D6 : Cantons péri-urbains. Revenus élevés, population relativement jeune, cadres et employés. Faible mortalité générale et surtout faible mortalité précoce.

Les contrastes infra régionaux constatés placent les personnes qui vivent dans les territoires Limousins dans des situations d'inégalités face à la santé. Les dispositions à venir du PRS devront donc en priorité être conçues dans l'optique de réduire ces inégalités de santé.

2.3 Description des caractéristiques de la demande et de l'offre de soins relevant des actions du PRGDR

Vous trouverez en annexe les états des lieux relatifs aux thématiques suivantes :

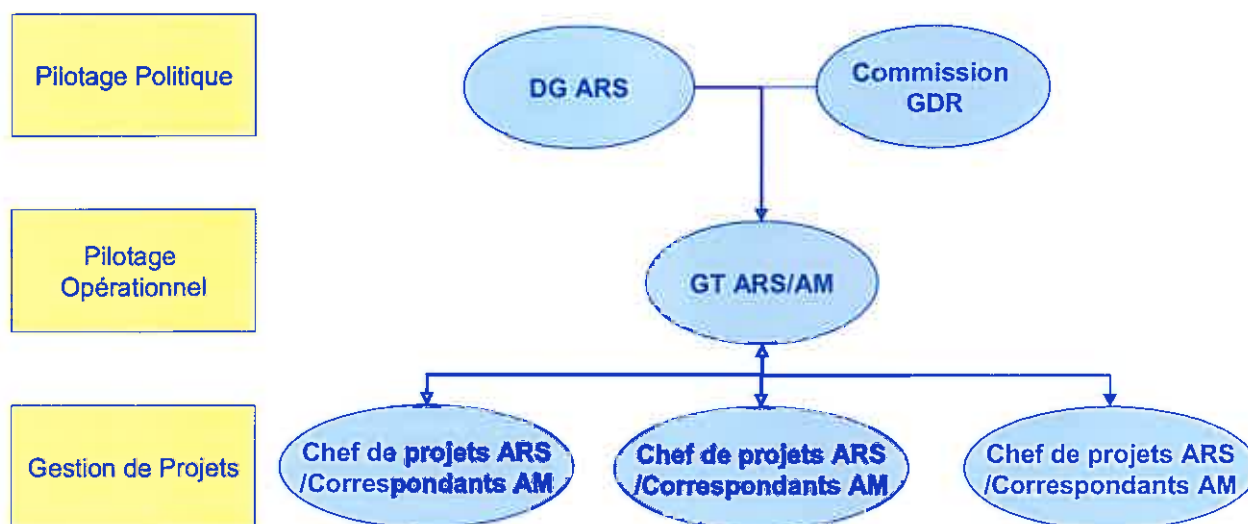
- chirurgie ambulatoire
- Insuffisance rénale Chronique
- Imagerie médicale
- Permanence des soins ambulatoires (Résultats de l'Observatoire Régional de la permanence des soins)
- Liste en sus.
- Soins de Suite et de Réadaptation

3 Méthodologie et Organisation du travail en Région Limousin

3.1 Schéma régional d'organisation de la Gestion du risque

L'organisation régionale de la Gestion du Risque comprend :

- le pilotage politique dans le cadre de la Commission Régionale de Gestion du Risque, tel que prévu par les textes (**Commission Régionale GDR**).
- le pilotage opérationnel dans le cadre d'un groupe technique ARS/AM (**GT ARS/AM**)
- la gestion de projets par un chef de projet ARS en lien avec des correspondants de l'Assurance Maladie selon les sujets.



3.2 La Commission Régionale de Gestion du Risque

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.

3.2.1 Rôle de la Commission régionale de gestion du risque du Limousin

La Commission régionale de gestion du risque se réunit :

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

L'ARS assure le secrétariat des commissions (convocation, relevé de décisions...).

La Commission se réunit au moins une fois par trimestre civil :

- elle donne un avis sur le PRGDR et ses avenants annuels, et entérine le bilan annuel de mise en œuvre des contrats signés avec chaque organisme d'Assurance Maladie.
- elle valide les plans d'actions ; elle assure le suivi des projets ; elle décide, si nécessaire, de la mise en place de groupes de travail spécifiques.

3.1.2 Composition de la Commission régionale de gestion du risque

Nom / Prénom	Fonction	Organisme
Monsieur Laforcade Michel	Directeur Général	ARS Limousin
Monsieur Herbuel-Lepage Jacky	Directeur de l'Offre de Soins et de la Gestion du Risque	ARS Limousin
Monsieur Ponticaud Anthony	Responsable Pôle "Organisation et Régulation de l'Offre"	ARS Limousin
Madame Pelletier Catherine	Directeur	Régime Général - CPAM de la Corrèze
Monsieur Orliac Paul	Directeur	Régime Général - CPAM de la Haute Vienne
Monsieur Rétaux Franck-Etienne	Directeur	Régime Général - CPAM de la Creuse
Docteur Tilly Bruno	Directeur de la coordination GDR et Médecin Conseil Régional	Régime Général - DRSM Limousin
Madame Gassimbala Sophie	Sous Directeur	Régime Général - DRSM Limousin - Coordination régionale GDR
Monsieur Martin Ludovic	Directeur de la MSA	MSA du Limousin
Madame Salé Françoise	Directeur du RSI	RSI du Limousin
Monsieur Jean-Claude BOYER	Représentant UNOCAM	UNOCAM

3.3 Le Groupe technique ARS/ AM de gestion du risque du Limousin

3.3.1 Rôle du groupe technique ARS/AM

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

A ce titre, son activité intègre :

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

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

3.1.2 Composition du groupe technique de gestion du risque

Le groupe technique est composé de :

Nom / Prénom	Fonction	Organisme
Monsieur Herbuel-Lepage Jacky	Directeur de l'offre de soins et de la gestion du risque	ARS Limousin
Monsieur Ponticaud Anthony	Responsable Pôle "Organisation et Régulation de l'Offre"	ARS Limousin
Madame Piquerez Delphine	Chargée d'études médico-économiques	ARS Limousin
Madame Darchy Sandrine	Responsable Adjoint Santé	MSA du Limousin
Madame Cosse Sylvie	Responsable Santé	RSI du Limousin
Madame Gassimbala Sophie	Sous Directeur	Régime Général -DRSM Limousin - Coordination régionale GDR
Monsieur Paineau Guillaume	Coordonnateur de projet	Régime Général -DRSM Limousin - Coordination régionale GDR
Monsieur Marcou Philippe	Coordonnateur de projet	Régime Général -DRSM Limousin - Coordination régionale GDR

3.4 La gestion des projets

L'ARS a désigné des chefs de projets pour chacune des priorités de GDR. Pour le régime général, un représentant de la coordination régionale de GDR est le correspondant de l'Assurance Maladie vis-à-vis de l'ARS.

Chefs de projet PRGDR		
ARS LIMOUSIN		
Coordination du PRGDR : Jacky HERBUEL-LEPAGE - Anthony PONTICAUD		
Programmes	Chef de projet ARS	Correspondant Régime Général - Cellule GDR
Transports	Anthony PONTICAUD	Philippe MARCOU
Insuffisance Rénale Chronique	Dr Gille AUZEMERY	Guillaume PAINEAU
Liste en sus	Anthony PONTICAUD / OMEDIT	Philippe MARCOU
PHMEV	Anthony PONTICAUD	Philippe MARCOU
Imagerie	Dr Evelyne MILOR	Sophie GASSIMBALA
Chirurgie Ambulatoire	Dr Gérard SOFIO	Philippe MARCOU
Efficience des EHPAD (2 programmes.)	Françoise LASCAUX	Sophie GASSIMBALA
PDSA et urgences hospitalières	Jacky HERBUEL-LEPAGE	Sophie GASSIMBALA
Soins de Suite et de Réadaptation	Dr Gérard SOFIO	Guillaume PAINEAU

4 Les programme nationaux de Gestion Du Risque

4.1 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 :

4.1.1 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 dont notamment :

- o **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.
- 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.

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 notamment :

- 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.

4.1.2 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 ambulatoire⁶**. 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.

⁶ cf. mesure prévue par la LFSS pour 2011

- **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.

4.1.3 Les plans de prévention et d'accompagnement des patients

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

Au-delà de la sensibilisation des professionnels et des assurés, et notamment de ceux qui sont le plus éloignés du système de santé, à la nécessité de recourir aux actions qui leur sont proposés, les régimes d'assurance maladie développeront, en application des stipulations du contrat d'objectifs Etat-UNCAM et de leurs conventions d'objectifs et de gestion, des politiques d'information des assurés et d'éducation thérapeutique et d'accompagnement des patients (exemple : Sophia, service d'accompagnement de l'Assurance Maladie pour les personnes atteintes de maladies chroniques,...)

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

4.2.1 Les dix programmes prioritaires de gestion du risque de l'ARS

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
- Les molécules onéreuses et les dispositifs implantables de la « liste en sus » des prestations d'hospitalisation.
- 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

4.2.2 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.

4.2.2.1 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 3 258 millions d'euros de dépenses remboursables, tous régimes pour 2009.
- L'analyse des dépenses de transport a montré une augmentation de 7,2 % en valeur pour l'année 2009. Elle s'explique 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,

4.2.2.2 Etat des lieux régional et diagnostic (Synthèse)

Les dépenses de transports ont progressé en 2009 de + 7,6 % (en valeur) contre + 4,4 % en 2008. Même si cette évolution s'explique en partie (pour 4,1 %) par les évolutions de tarifs intervenues en 2009, une telle évolution n'est pas compatible avec l'évolution de l'ONDAM pluriannuelle.

En Limousin :

En 2010, le montant des remboursements de transports en Limousin a augmenté de 3,8% (versus 6 % en France – sources CNAMTS)

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

Evolution transport	Omnipraticiens *		Specialistes libéraux		Etablissements		Tous prescripteurs	
Montant dépenses évolutions /	Montant 2010	Evol 10/09	Montant 2010	Evol 10/09	Montant 2010	Evol 10/09	Montant 2010	Evol 10 / 09
Corrèze 19	3 472 766	-0,5%	1 542 385	-0,5%	12 600 676	4,9%	17 628 988	3,3%
Creuse 23	1 435 107	0,8%	1 948 084	2,3%	9 916 149	7,8%	13 308 981	6,1%
Haute-Vienne 87	3 006 347	3,7%	2 391 487	-0,3%	11 751 043	2,8%	17 158 809	2,5%
LIMOUSIN	7 914 220	1,3%	5 881 955	0,5%	34 267 869	5,0%	48 096 778	3,8%
France Métropole	499 437 898	6,5%	512 090 714	3,9%	1 898 493 503	6,4%	2 913 089 270	6,0%

Sources : CNAMTS / MSA / RSI

* Omnipraticien + autres PS prescripteurs

4.2.2.3 Calendrier et suivi de l'avancement

Se reporter à l'annexe générale de suivi des programmes (annexe 8).

4.2.2.4 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.

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

L'indicateur suivi régionalement est le taux d'établissements cibles ayant signé un contrat

4.2.3 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.

4.2.3.1 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.

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

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 au développement de la dialyse, notamment hors centre de dialyse péritonéale
- Le développement de la greffe rénale

4.2.3.2 Etat des lieux régional et diagnostic (Synthèse)

Cf. Annexe 3 : Etat des lieux relatif à l'insuffisance rénale chronique

4.2.3.3 Calendrier et suivi de l'avancement

Se reporter à l'annexe générale de suivi des programmes (annexe 8).

4.2.3.4 Evaluation des actions

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

L'indicateur retenu pour 2011 est la « Part des patients traités par dialyse péritonéale sur patients dialysés ».

Les indicateurs qui sont suivis régionalement sont les suivants :

- Part de patients pris en charge hors centre d'hémodialyse
- Part des patients en ALD diabète ayant bénéficié d'un dosage créatinine et d'une albuminurie
- Délais sur la liste d'attente de greffe

4.2.4 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).

4.2.4.1 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 oeuvre du contrôle du respect des référentiels.

Un plan national a été mis en oeuvre 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 oeuvre 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 »)

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

4.2.4.2 Etat des lieux régional et diagnostic (Synthèse)

Cf. Annexe 6 : Bilan du programme Liste en sus 2009.

4.2.4.3 Calendrier et suivi de l'avancement

Se reporter à l'annexe générale de suivi des programmes (annexe 8).

4.2.4.4 Evaluation des actions

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

Deux indicateurs ont été retenus pour 2011 :

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

Les indicateurs qui sont suivis régionalement sont les suivants :

- Taux d'établissements ciblés ayant fait l'objet d'un contrôle

4.2.5 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.

4.2.5.1 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

¹⁰ Instruction relative à la mise en œuvre des prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en Ville du XX/XX/2010

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)

4.2.5.2 Etat des lieux régional et diagnostic (Synthèse)

Cf. Paragraphe 2 relatif au contexte régional et plus précisément les données relatives aux médicaments.

4.2.5.3 Calendrier et suivi de l'avancement

Se reporter à l'annexe générale de suivi des programmes (annexe 8).

4.2.5.4 Evaluation des actions

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

L'indicateur retenu pour 2011 est le « Taux d'évolution des dépenses de PHMEV ».

Les indicateurs qui sont suivis régionalement sont les suivants :

- Taux d'établissements cibles ayant signé un contrat

4.2.6 Le programme Imagerie médicale

4.2.6.1 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 majeur 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

4.2.6.2 Etat des lieux régional et diagnostic (Synthèse)

Cf. Annexe 4 : Etat des lieux relatif à l'imagerie médicale

4.2.6.3 Calendrier et suivi de l'avancement

Se reporter à l'annexe générale de suivi des programmes (annexe 8).

4.2.6.4 Evaluation des actions

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

L'indicateur retenu pour 2011 est le « Taux de réalisation des économies attendues sur les actes inutiles ».

Les indicateurs qui sont suivis régionalement sont les suivants :

- Remontée avant le 1er septembre 2011 des niveaux d'objectifs en terme de diversification du parc.
- Inscription de ces objectifs dans le SROS PRS.

4.2.7 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.

4.2.7.1 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'efficience de l'organisation et des ressources des plateaux techniques de chirurgie, ainsi que satisfaction des personnels.

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

Les objectifs du programme au niveau régional sont donc :

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

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.

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

4.2.7.2 Etat des lieux régional et diagnostic (Synthèse)

Cf. Annexe 2 : Etat de lieux relatif à la chirurgie ambulatoire

4.2.7.3 Calendrier et suivi de l'avancement

Se reporter à l'annexe générale de suivi des programmes (annexe 8).

4.2.7.4 Evaluation des actions

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

L'indicateur retenu pour 2011 est le « Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (17 gestes marqueurs)».

Les indicateurs qui sont suivis régionalement sont les suivants :

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

4.2.8 Les 2 programmes EHPAD : Efficience et Prescription

4.2.8.1 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.

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

L'Assurance maladie est concernée par :

- les réunions locales avec les EHPAD sur les thématiques de Gestion du Risque
- le déploiement auprès des EHPAD du traitement électronique de la liste des résidents
- les actions de contrôles destinées à repérer des indus.

4.2.8.2 Etat des lieux régional et diagnostic (Synthèse)

Cf. Schéma Régional d'Organisation de l'Offre Médico-Sociale

4.2.8.3 Calendrier et suivi de l'avancement

Se reporter à l'annexe générale de suivi des programmes (annexe 8).

4.2.8.4 Evaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet, 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 »

Les indicateurs qui sont suivis régionalement sont les suivants :

- Taux de PS libéraux médecins intervenant en EHPAD avec contrat
- % de médecins libéraux intervenant en EHPAD indemnisés pour avoir participé à une réunion annuelle 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

4.2.9 Le programme SSR

4.2.9.1 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.

4.2.9.2 Etat des lieux régional et diagnostic (Synthèse)

Cf. Annexe 7 : Eléments de bilan de l'activité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

4.2.9.3 Calendrier et suivi de l'avancement

Se reporter à l'annexe générale de suivi des programmes (annexe 8).

4.2.9.4 Evaluation des actions

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

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

Les indicateurs qui sont suivis régionalement sont les suivants :

- 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

4.2.10 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.

4.2.10.1 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'effectif – notamment coordination avec les établissements de santé en deuxième partie de nuit
- Modification des règles de rémunération de la PDSA

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

- 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 (effectif – 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.

Le paiement des forfaits et des honoraires reste de la compétence de l'Assurance Maladie.

4.2.10.2 Etat des lieux régional et diagnostic (Synthèse)

Cf. Annexe 5 : Etat des lieux en matière de Permanence des soins ambulatoires

4.2.10.3 Calendrier et suivi de l'avancement

Se reporter à l'annexe générale de suivi des programmes (annexe 8).

4.2.10.4 Evaluation des actions

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

L'indicateur retenu pour 2011 est la « Part des actes régulés ».

Les indicateurs qui sont suivis régionalement sont les suivants :

- Taux de respect de l'enveloppe des rémunérations forfaitaires PDSA

5 Les actions régionales complémentaires spécifiques

5.2 Présentation des objectifs des programmes spécifiques

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

« Les actions régionales complémentaires spécifiques qui composent la deuxième partie du PRGDR font l'objet, avant d'être arrêtées par le directeur de l'ARS et à son initiative, de réunions de concertation au sein de la commission régionale de gestion du risque réunie en formation restreinte aux directeurs d'organismes ou de services, représentants, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'UNCAM, et au représentant des organismes complémentaires d'assurance maladie désigné par l'UNOCAM. »¹⁵

Les actions spécifiques régionales doivent prendre en compte¹⁶ les éléments suivants:

- « la nécessaire complémentarité avec les programmes nationaux
- une définition fondée sur des référentiels scientifiquement validés (ex : recommandations de la Haute Autorité de santé notamment)

La contribution de l'AM à ces actions est arrêtée par le DCGDR en fonction de l'opportunité et des ressources disponibles au niveau de l'AM.

¹⁵ Décret n° 2010-515 du 18 mai 2010 relatif au PRGDR (Art. R.1434-18 du CSP)

¹⁶ Circulaire du 19 juillet 2010 relative aux priorités sur la gestion du risque en 2010

ANNEXES

TABLE DES MATIERES DES ANNEXES

Annexe 1 : Fiches actions relatives aux 10 priorités de gestion du risque de l'ARS

Annexe 2 : Etat de lieux relatif à la chirurgie ambulatoire

Annexe 3 : Etat des lieux relatif à l'insuffisance rénale chronique

Annexe 4 : Etat des lieux relatif à l'imagerie médicale

Annexe 5 : Etat des lieux en matière de Permanence des soins ambulatoires

Annexe 6 : Eléments de bilan du programme Liste en sus 2009

Annexe 7 : Eléments de bilan de l'activité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

Annexe 8 : Tableau de suivi des 10 programmes de GDR

ANNEXE 2 : FICHES ACTIONS RELATIVES AUX 10 PRIORITÉS DE GESTION DU RISQUE DE L'ARS

Fiche n° 1	Contractualisation sur les transports sanitaires avec les établissements sanitaires (action 1/2)
Objectif(s)	Maîtriser les dépenses liées aux prescriptions hospitalières de transport exécutées sur l'enveloppe soins de ville en lien avec le taux national d'évolution des dépenses.
Action 1	Contractualiser avec les établissements sanitaires et mettre en œuvre un plan d'action sur le thématique transport.
Référence(s)	- Article 45 de la LFSS 2010 et le décret d'application ; - Arrêté du 12 octobre 2010 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transports remboursées sur l'enveloppe soins de ville. - Décret du 21 mars 2011 (contrat type) - Décision du 8 juin 2011 modifiant par avenant le contrat type
Contexte / Enjeux	Au plan national : en 2009, 5,1 millions de personnes ont eu recours à un transport remboursé par l'Assurance Maladie, ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL) ou taxi, totalisant 67 millions de transports. Les dépenses correspondantes s'élèvent à 3,2 milliards d'euros. Ce sont les transports réalisés en ambulance qui représentent la part la plus importante de ces dépenses : 1,34 milliard d'euros, soit 42% du montant total. Les transports effectués en taxi correspondent à 31% des dépenses, et ceux réalisés en véhicules sanitaires légers (VSL) à 23%. Les dépenses de transports ont progressé en 2009 de + 7,6 % (en valeur) contre + 4,4 % en 2008. Même si cette évolution s'explique en partie (pour 4,1 %) par les évolutions de tarifs intervenues en 2009, une telle évolution n'est pas compatible avec l'évolution de l'ONDAM pluriannuelle.
État des lieux régional	En Limousin, une modération de l'évolution des dépenses de transports a été constatée entre 2009 et 2010 (3,8 % tous régimes et tous prescripteurs confondus) pour des dépenses qui s'élèvent à 47,9 Millions d'euros. Ce sont les établissements qui ont été le moteur de cette hausse (+ 5 %) en 2010. Le Limousin se trouve pour 2010 en dessous du taux d'évolution France Métropolitaine. Plusieurs initiatives ont déjà été menées afin de sensibiliser les établissements de santé sur la nécessité de maîtriser l'évolution des dépenses de prescriptions de transports sanitaires. On peut ainsi citer la mise en œuvre des programmes de maîtrise médicalisée à l'hôpital (MMH), l'intervention des DAM auprès des prescripteurs ou encore la signature d'accords d'initiative locale relatifs aux transports et basé sur le respect d'un référentiel médical.
Actions à mener au niveau régional	Contractualisation et accompagnement d'Etablissements de Santé - Suivre trimestriellement l'évolution des dépenses de transport sanitaire ; - Cibler les établissements ayant un taux d'évolution supérieur au taux national pris par décret sur la <i>base des données inter-régimes</i> sur les prescriptions de transport en tenant compte de l'évolution de leur activité; - Envoyer un courrier à chacun des établissements ciblés les informant de leur profil et de la démarche ; - Visiter et contractualiser avec les établissements ciblés ; - Suivre les CAQOS trimestriellement + bilan annuel - Modification par avenant des CAQOS chaque année
Chef de projet ARS	Anthony Ponticaud
Correspondant AM - RG	Philippe Marcou
Compétences concernées	Echange de données AM/ARS pour le ciblage et le suivi de l'action. Le ciblage est réalisé conjointement par l'AM et l'ARS

	Les actions de sensibilisation et de contractualisation impliqueront l'ARS et l'Assurance Maladie. Les contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS) seront conclus entre l'établissement de santé ciblé, l'ARS et l'organisme local d'Assurance Maladie (CPAM)
Cible	Les établissements de santé publics (hors médico-sociaux) et ESPIC dont le taux d'évolution des dépenses de transports sanitaires est au-dessus du taux annuel fixé par arrêté.
Indicateur(s) de suivi	- Taux d'établissements ciblés ayant signé un contrat.
Indicateur(s) de résultat	- Taux d'évolution des dépenses de transports prescrites à l'hôpital
Calendrier prévisionnel	2011 T1 T2 T3 T4 Validation des établissements éligibles à une contractualisation Contractualisation avec les établissements (ARS / CPAM / établissement) Poursuite de la MMPH avec visite de tout établissement MCO avec taux d'évolution des dépenses > 4%. Diffusion de bonnes pratiques de prescription ARS Assurance Maladie

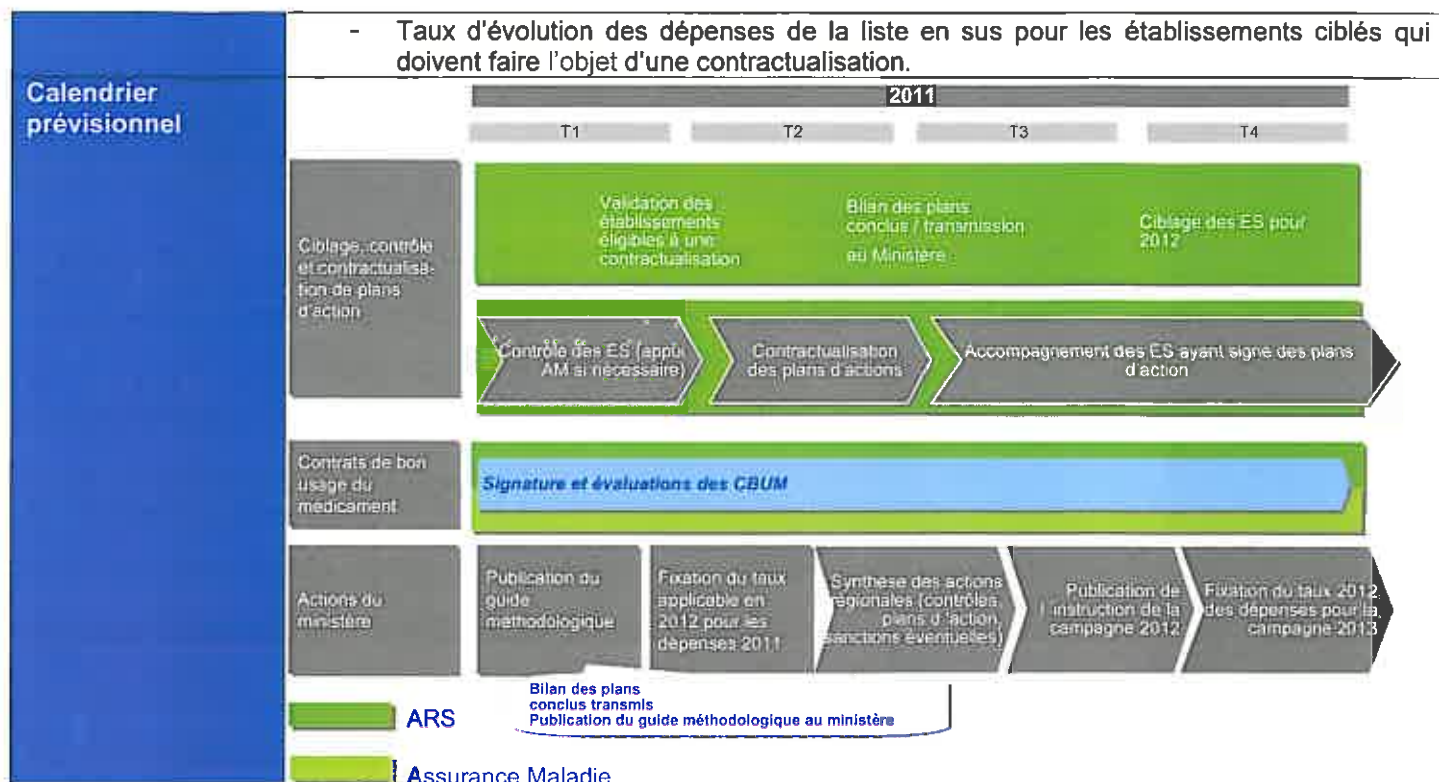
Fiche n° 2	Expérimentation portant sur les modalités d'organisation et de régulation des transports (action 2/2)
Objectif(s)	Réguler les dépenses liées aux prescriptions de transport sanitaire, notamment à l'hôpital, par des expérimentations locales permettant le développement de modes de transports sanitaires partagés et plus économes.
Action 2	Développer des organisations sur la base d'une méthodologie nationale avec les établissements sanitaires.
Référence(s)	- Article 45 de la LFSS 2010 ; - le référentiel commun intitulé « Organisation des transports sanitaires primaires non urgents, des transferts inter-hospitaliers et du retour à domicile » daté du 27 mai 2010, - le référentiel commun intitulé « Organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière » daté du 09 avril 2009, - le rapport intitulé « Rénovation du modèle économique pour le transport terrestre » daté de septembre 2010.
Contexte / Enjeux	Il s'agit, pour une maîtrise durable des dépenses, de favoriser les démarches visant à optimiser l'organisation de l'urgence pré-hospitalière, l'organisation des transports non-urgents en privilégiant le partage du transport si cela est compatible avec l'état du patient dans le cadre des transports prescrits par les établissements de santé.
Etat des lieux régional	
Pré-requis (actions relevant du niveau national)	- Elaborer un cahier des charges national reprenant les préconisations du référentiel issu du comité des transports sanitaires et destiné à encadrer les expérimentations ; - Identifier les régions dans lesquelles seront conduites les expérimentations.
Actions à mener au niveau régional	- Elaborer un cahier des charges régional, Dans le cadre de l'urgence pré-hospitalière : - accompagner les acteurs dans la mise en œuvre de l'expérimentation, Dans le cadre des transports primaires non-urgents (hors marché public) : - Favoriser le lancement des expérimentations en identifiant les établissements volontaires ; - Accompagner les acteurs de l'expérimentation, - Agir, à travers les autorisations délivrées aux transporteurs, afin de respecter le ratio 1 ambulance pour 2 VSL.
Chef de projet	Anthony Ponticaud
Correspondant AM - RG	Philippe Marcou
Compétences concernées	Echange de données AM/ARS pour le ciblage et le suivi de l'action. Les actions à mener concernent principalement l'ARS, dans la mesure où il s'agit d'accompagner les établissements de santé concernés par l'expérimentation et d'agir sur les autorisations délivrées aux transporteurs sanitaires.
Cible	L'ensemble des établissements de santé.
Indicateur(s) de suivi	- Nombre d'expérimentations lancées par l'ARS.
Indicateur(s) de résultat	- Pourcentage d'établissements expérimentateurs ayant mis en place une gestion centralisée des demandes de transports. - Taux d'évolution des dépenses de transports (globale et par type de véhicules) pour les établissements expérimentateurs.
Calendrier prévisionnel	2011 T1 T2 T3 T4 Identification des établissements pouvant faire l'objet d'expérimentations Validation des expérimentations à lancer. ARS Assurance Maladie

--	--

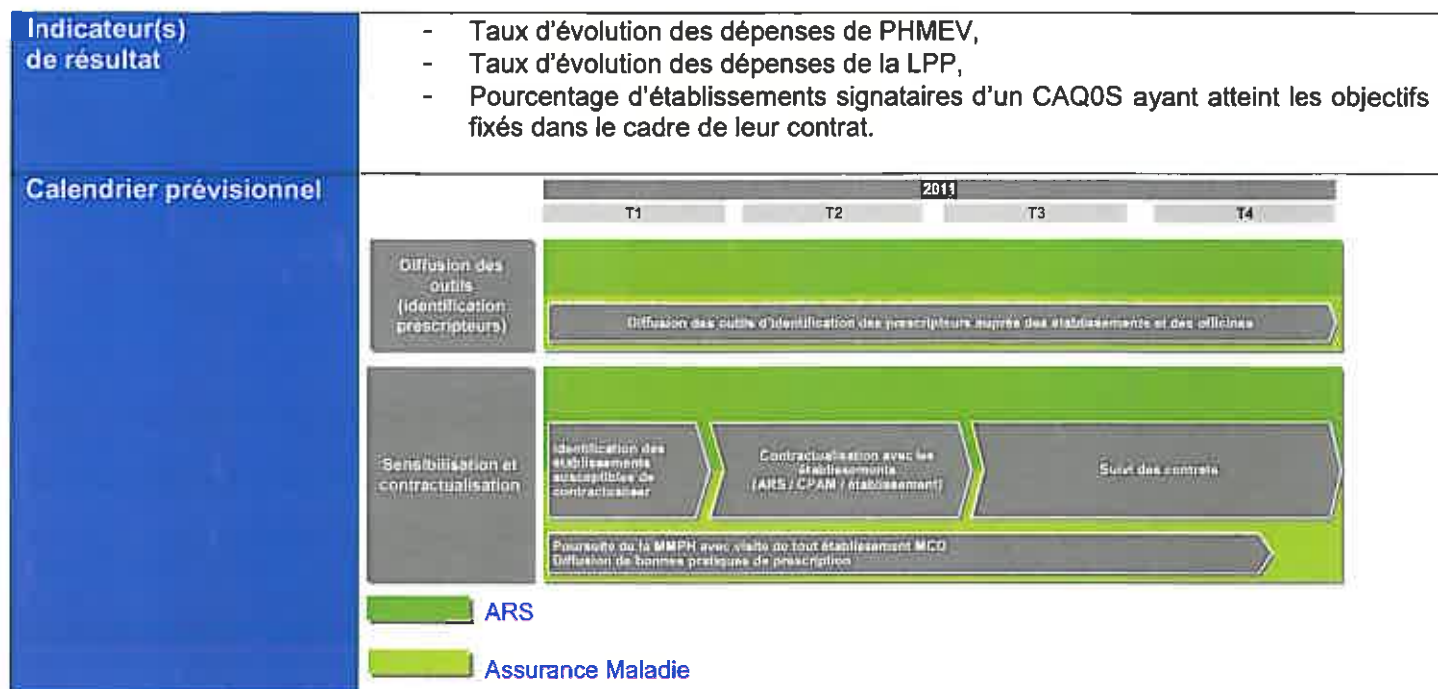
Fiche n° 3	Promotion du dépistage, de la prévention et prise en charge de l'insuffisance rénale chronique
Objectif(s)	Améliorer l'efficience de la prise en charge de l'IRC.
Action	Promouvoir le dépistage et la prévention de l'IRC, encourager les méthodes permettant de ralentir la progression de la maladie rénale. Organiser la prise en charge de l'IRC (promotion de la DP et de la greffe)
Référence(s)	- Référentiels ANAES, recommandations HAS ; - Données épidémiologiques du Registre du REIN ;
Contexte / Enjeux	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 % traitées 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. Via le service d'accompagnement Sophia, l'Assurance Maladie met en œuvre des actions d'information et d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques.
Etat des lieux régional	Au 31/12/2009, le nombre de patients en IRCT s'élève à 734 en Limousin (données issue du diagnostic ARS à partir des données du REIN). En 2009, 10,4 des patients dialysés étaient traités par Dialyse Péritonéale. La cible du Limousin est de 12% en 2010 et 13% en 2011. Le réseau Nephrolim mène des actions locales autour de la prévention (dépistage, formation, communication,...). Cf. Etat des lieux en annexe 3
Actions à mener au niveau régional	Recommandations sur la prévention et la prise en charge de l'IRC : - Relayer auprès des établissements de santé les recommandations scientifiques et les données épidémiologiques disponibles [Cohortes, Registre du REIN] ; - Assurer la diffusion des recommandations auprès des médecins et des assurés. Organisation de la prise en charge : - Mettre en place un plan d'action « IRCT » visant à promouvoir, en lien avec l'ABM, l'organisation des soins la plus efficiente en matière de dialyse rénale) : - o développer des structures adaptées à la DP (réseaux de prise en charge, urgences, EHPAD...) ; - o développer la dialyse à domicile ; - o favoriser et coordonner les coopérations entre structures autorisées et IDEL ; - o faciliter le maintien ou la restauration d'une activité professionnelle pour les malades concernés ; agir sur les déterminants de la qualité de vie. Promotion de la réalisation de greffes rénales Réflexion à mener sur le recours à la télémedecine (en lien avec le Projet Régional Telemedecine) en lien avec la problématique des Transports
Pré-requis (actions relevant du niveau national)	- Promouvoir la formation des PS à la DP ; - Promouvoir la diffusion des recommandations HAS de Juin 2007 concernant les indications et non indications de la DP- CNAMTS ; - Promouvoir la bonne utilisation des données épidémiologiques du REIN pour le suivi et l'aide à la planification sanitaire –ABM ; - Modifier le décret autorisation du 23/09/2002 – DGOS ; - Mettre en œuvre un plan de formation à la DP à l'intention des structures autorisées à la dialyse en centre ; Ajuster la tarification des différents types de dialyse en ville et à l'hôpital-CNAMTS/DGOS

Chef de projet	Dr Gilles Auzémery
Correspondant AM – RG	Guillaume Paineau
Compétences concernées	Echange de données AM/ARS pour l'état des lieux et le suivi de l'action. Les recommandations scientifiques et les données épidémiologiques en termes de stratégie de dépistage seront diffusées auprès des établissements de santé par l'ARS. Les recommandations médicales seront diffusées auprès des médecins et des assurés par l'Assurance Maladie.
Cible	L'ensemble des établissements de santé, médecins généralistes et assurés suivis pour diabète et/ou hypertension artérielle.
Indicateur(s) de suivi	Recommandation : ⇒ Nombre de patients en ALD diabète ayant bénéficié d'un dosage de créatinine et d'une albuminurie / nombre de patients en ALD diabète. Prise en charge : ⇒ Nombre de patients traités par dialyse péritonéale / Nombre de patients traités en dialyse ; ⇒ Taux de développement de la DP pour les nouveaux patients en dialyse (Nb de nouveaux patients traités en DP / Nb de nouveaux patients traités en dialyse) ; Nombre de patients pris en charge en dehors des centres d'hémodialyse / nombre total de patients dialysés.
Indicateur(s) de résultat	Évolution de l'incidence des patients en IRC terminale. Atteinte du taux de dialyse fixé dans le cadre du CPOM de l'ARS (13% en 2011).
Calendrier prévisionnel	2011 T1 T2 T3 T4 Recommandations médicales concernant prévention et prise en charge de l'IRC du diabétique Elaboration d'un support pour les visites DAM Validation de recommandations concernant la prévention et la prise en charge de l'IRC chez le patient diabétique puis diffusion aux médecins généralistes ciblés au decours de visites DAM Organisation de la prise en charge Réalisation d'un état des lieux régional Elaboration puis mise en œuvre du plan d'action IRC (organisation des soins et promotion de la greffe rénale) En 2012, sortie parution du rapport HAS, rétroaction des recommandations aux médecins de la DP après date reportage ARS Assurance Maladie

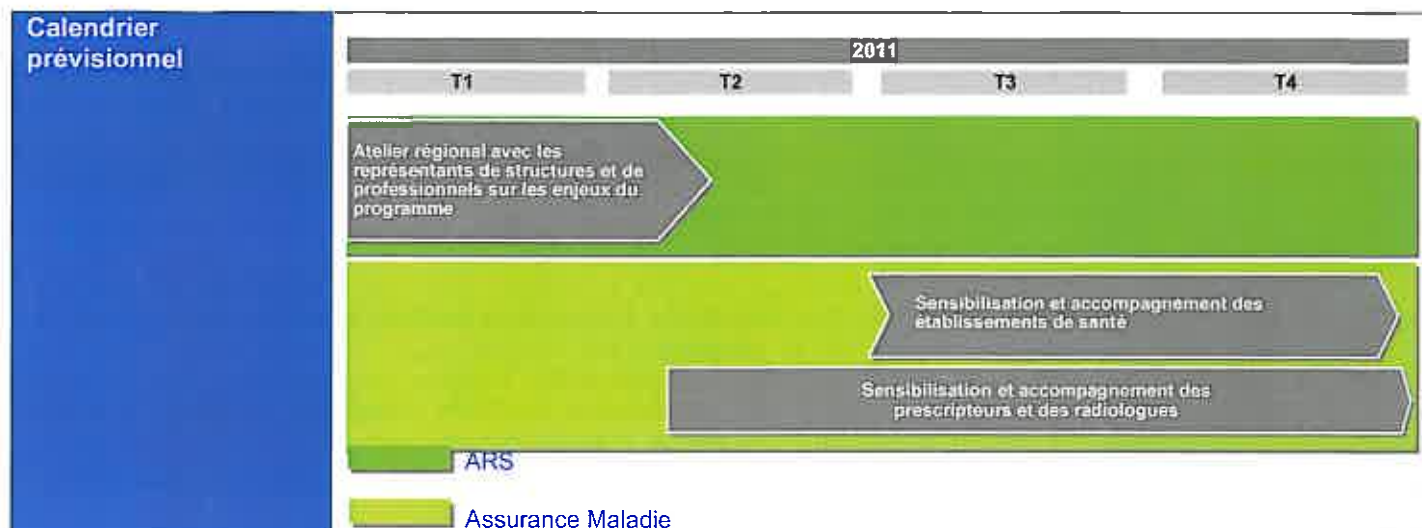
Fiche n° 4	Maîtrise des médicaments et des dispositifs médicaux de la liste en sus
Objectif(s)	Maîtriser les dépenses de médicaments et des dispositifs médicaux de la liste en sus.
Actions	⇒ Évaluer l'impact des actions locales lancées en 2009 suite à la circulaire du 16 juin 2009 et faire un retour d'expérience ⇒ Poursuivre l'action de 2009 : identifier les établissements gros prescripteurs, améliorer leurs pratiques de prescription de médicaments inscrits sur la liste en sus, prévenir, le cas échéant, sanctionner les dérives, et consolider la démarche en l'adaptant en tant que de besoin.
Référence(s)	- Article 47 de la loi de financement de la Sécurité Sociale 2009 - Arrêté du 18 février 2009 pris pour l'application de l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale - Circulaire N°DSS/FSS/DHOS/E2/SG/2009/180 du 16 juin 2009 relative aux actions locales à conduire (contrôle des contrats de bon usage, application du dispositif de régulation) pour la maîtrise des produits de santé des listes en sus. - Arrêté du 8 mars 2010 pris pour l'application de l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale, - Taux d'évolution annuel des dépenses de santé des médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus. - Circulaire CNP du 12 novembre 2010 - Instruction CNP 28 janvier 2011
Contexte / Enjeux	Les dépenses de médicaments financés en sus des tarifs, connaissent depuis plusieurs années une croissance annuelle très importante, parfois largement supérieure à 15%, pesant lourdement sur le déficit de l'assurance maladie. Les dépenses de dispositifs médicaux, même si leur taux de croissance est plus faible que celui des médicaments, représentent un enjeu important avec près de 40% des dépenses de cette liste en sus. La régulation des dépenses est essentielle pour ne pas nuire à la pérennité du dispositif, ne pas concentrer l'augmentation des dépenses sur ce seul poste et pouvoir assurer une revalorisation des forfaits de GHS (Groupe Homogène de Séjour). Une mesure d'encadrement de ces évolutions a été votée dans le cadre de la LFSS pour 2010.
Etat des lieux régional	Cf. Etat des lieux en annexe 6.
Actions à mener au niveau régional	Phase 1 ciblage des établissements (20 % de la dépense de médicaments en sus et 10 % des établissements) en GT ARS/AM Phase 2 Détection des pratiques de prescription non conformes aux référentiel de bon usage (RBU) – contrôle in situ des agents de l'ARS (avec l'expertise technique en soutien de l'OMEDIT et la participation éventuelle des pharmaciens conseils de l'AM) reposant sur la vérification des dossiers patients. Phase 2 bis La phase 2 peut donner lieu à des récupérations d'indus (si importantes anomalies de prescriptions) Phase 3 Conclusion d'un plan d'action dès lors que la progression des dépenses résulte de pratique de prescriptions non conformes aux RBU
Chef de projet	Anthony Ponticaud / OMEDIT
Correspondant AM – RG	Philippe Marcou
Compétences concernées	Les données seront fournies par l'OMEDIT, partagées avec l'AM, et analysées conjointement par l'OMEDIT, l'AM et l'ARS. La contractualisation relève de l'ARS et la définition des plans d'actions sera réalisée conjointement entre l'établissement, l'AM et l'ARS.
Cible	Ensemble des établissements de santé du Limousin relevant de l'ARS
Indicateur(s) de suivi	- Nombre d'établissements dépassant le taux annuel fixé, - Taux d'établissements ciblés ayant fait l'objet d'un contrôle.
Indicateur(s) de résultats	- Taux de contractualisation avec les établissements ciblés qui doivent faire l'objet d'une contractualisation,



Fiche n° 5	Contractualisation « Prescriptions hospitalières de médicaments et de la liste des produits et prestations (LPP) exécutées en ville »
Objectif(s)	Maîtriser les dépenses des prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville.
Action 1	Réguler les dépenses des prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville, en lien avec le taux national d'évolution des dépenses.
Référence(s)	- Article 47 de la LFSS 2010 ; - Taux national annuel d'évolution des dépenses de médicaments exécutées en ville (Arrêté avril 2011 – 6 %) - Instruction CNP 8 avril 2011 - Codification Décret du 22 avril 2011
Contexte / Enjeux	Les prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville représentent 1/5^{ème} des dépenses de médicaments. Leur croissance est supérieure à l'évolution moyenne de l'ensemble des dépenses de médicaments. Entre 2007 et 2008, elles ont augmenté de 7% et contribuent pour 68% à la croissance du poste. Cette croissance est liée à des facteurs structurels : type de molécules prescrites, baisse de prix concentrée sur des classes peu prescrites à l'hôpital, évolution des techniques de traitements entraînant une baisse des durées de séjours et une augmentation des besoins de soins prescrits.
Etat des lieux régional	En Limousin, les dépenses issues des prescriptions hospitalières exécutées en ville prescrites par les établissements publics représentent 52 millions d'euros en 2010, soit en progression de 10,7 % de croissance par rapport à 2009. (sources : CNAMT – hors retrocession – Regime General y compris SLM). Les délégués de l'Assurance Maladie interviennent dans les établissements de santé de la région sur le thème des prescriptions de médicaments.
Actions à mener au niveau régional	Le travaux à mener consistent à : - Suivre, en lien avec l'AM, l'évolution des dépenses des prescriptions médicamenteuses et les dépenses de LPP par établissement remboursés sur l'enveloppe des soins de ville, - Cibler les établissements gros prescripteurs sur la base du taux d'évolution des dépenses arrêtés au niveau national En 2011, le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Organisation des Soins porte uniquement sur les prescriptions de médicaments (hors rétrocession et hors activité libérale des praticiens hospitaliers temps plein). En 2012, le champ de la contractualisation concernera l'ensemble du champ prévu par l'article L.162-30-2 du code de la sécurité sociale. - Envoyer un courrier à chacun des établissements ciblés les informant de leur profil et de la démarche ; - Visiter et contractualiser un CAQOS avec les établissements ciblés.
Chef de projet	Anthony Ponticaud
Correspondant AM - RG	Philippe Marcou
Compétences concernées	Les données nécessaires au suivi de l'évolution des dépenses des prescriptions de médicaments, par établissement de santé, seront fournies par la CNAMTS analysées conjointement par l'AM, l'OMEDIT et l'ARS. Les actions de sensibilisation et de contractualisation impliqueront l'ARS et l'Assurance maladie. Les contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS) seront conclus entre l'établissement de santé « ciblé », l'ARS et l'organisme local d'assurance maladie (CPAM).
Cible	L'ensemble des établissements de santé dont le taux d'évolution des dépenses de médicaments est au-dessus du taux fixé annuellement par arrêté.
Indicateur(s) de suivi	- Taux d'établissements ayant signé un contrat



Fiche n° 6	Sensibilisation et accompagnement sur l'imagerie médicale (action 1/2)
Objectif(s)	Maîtriser les dépenses liées à l'imagerie médicale et favoriser un développement soutenable des équipements lourds.
Action 1	Réguler les dépenses d'imagerie conventionnelle.
Contexte / enjeux	Les dépenses de radiologie sont les principales dépenses d'honoraires de médecins libéraux après celles des généralistes. Les volumes évoluent à un taux de 4 à 5 % par an essentiellement du fait du développement des techniques nouvelles. Néanmoins, il ne semble pas y avoir de forte substitution avec l'imagerie conventionnelle. Ces dernières années ont été marquées par une réduction des tarifs : baisse de certains d'entre eux, suppression du supplément archivage, modification des règles de facturation notamment.
Référence(s)	Guide du bon usage des examens d'imagerie de l' HAS Référentiels des sociétés savantes.
Etat des lieux régional	En 2010, les dépenses liées aux forfaits Scanner et IRM en Limousin s'élèvent à 3,9 millions d'euros soit une évolution de 8,8% (PCAP – ONDAM – Régime Général hors SLM). Par comparaison, les dépenses « forfaits Scanner et IRM » en France ont évolué de 11,8%. Cf. Etat des lieux en annexe 4.
Actions à mener au niveau régional	- Identifier la pratique des établissements forts prescripteurs, - Sensibiliser les établissements, les prescripteurs, les radiologues, - Diffuser les référentiels HAS et des sociétés savantes
Chef de projet	Dr Evelyne Milor et Aurélie Lacroix
Correspondant AM - RG	Sophie Gassimbala
Compétences concernées	L'identification des gros prescripteurs sera réalisée conjointement par l'ARS et l'Assurance Maladie, selon des modalités à définir. Les actions de sensibilisation des prescripteurs et radiologues seront réalisées par l'ARS et l'AM.
Cible	Etablissements de santé, prescripteurs, radiologues.
Indicateur(s) de suivi	- Nombre de prescripteurs et de radiologues sensibilisés ; - Pourcentage des établissements de santé disposant de l'accès immédiat à l'IRM en particulier pour la prise en charge pédiatrique et la prise en charge des AVC ; - Délais de RV scanner et IRM en tenant compte notamment des données suivantes : - RV programmés hospitalisés et externes : SAE, ANAP, observatoire régional, - RV programmés externes / IRM : enquête INCa pour 3 types de cancer, - Nombre de coopérations utilisant la télémédecine en imagerie médicale par territoire de santé.
Indicateur(s) de résultat	- Taux de réalisation de la baisse des actes de radiologie conventionnelle sur 3 topographies par rapport aux actes réalisées en consultation externe.



Fiche n° 7	Gestion des autorisations des équipements d'imagerie médicale (action 2/2)
Objectif(s)	Maîtriser les dépenses liées à l'imagerie médicale et favoriser un développement soutenable des équipements lourds.
Action 2	Favoriser un développement soutenable des équipements lourds.
Référence(s)	Référentiels HAS.
Contexte/enjeux	Le parc français d'équipement lourd est caractérisé par une présence quasi exclusive d'équipements de très haut de gamme dont l'avantage est de couvrir l'ensemble du champ des examens possibles mais dont l'inconvénient est leur coût unitaire tant à l'investissement qu'au fonctionnement. L'exemple le plus notable est l'absence d'IRM à bas champ magnétique (<0,5 Tesla) qui représente 30 % de l'équipement de certains pays comparable. Un mixte d'équipement répond mieux en effet à un souci d'efficience.
État des lieux régional	En Limousin, la carte sanitaire fait état de 5 appareils IRM autorisés en 2007, et 8 en 2011 pour la région. Afin de mieux réguler les flux et de réduire certains délais de prise en charge, le SROS-PRS envisage des appareils dédiés (IRM à bas champ et ouverts) pour les examens IRM ostéo-articulaires des membres et du rachis.
Pré-requis (actions relevant du niveau national)	- Proposer des référentiels de composition des parcs suite aux recommandations de l'HAS - Adapter les tarifs
Actions à mener au niveau régional	- Evaluation par les ARS des objectifs de diversification du parc des IRM (via le SROS-PRS) - Faire évoluer le parc des IRM en intégrant l'implantation de nouveaux appareils dans le cadre du SROS-PRS et en remplaçant les appareils existants via la procédure de renouvellement des autorisations.
Chef de projet	Dr Evelynne Milor et Anthony PONTICAUD
Compétences concernées	L'acquisition d'IRM relève du plan des équipements matériels lourds du SROS-PRS. L'action de promouvoir l'installation d'appareils les plus efficaces en agissant sur les autorisations délivrées concernera essentiellement de l'ARS.
Cible	Ensemble du parc hospitalier de la région
Indicateur(s) de suivi	- Nombre d'autorisations d'appareils IRM ouverts à bas ou moyen champ en complément des appareils déjà installés ; - Nombre d'autorisations par EML (IRM, scanner, TEP) au regard des OQOS en nombre d'appareils et en nombre d'implantations par territoire de santé (bilan au 31 décembre N-1) ; - Pourcentage des établissements de santé disposant de l'accès immédiat à l'IRM en particulier pour la prise en charge pédiatrique et la prise en charge des AVC ; - Pourcentage des nouveaux appareils d'IRM substitutifs à la radiologie conventionnelle, à la mammographie, au scanner ; - Nombre de coopérations utilisant la télémédecine en imagerie médicale par territoire de santé.
Indicateur(s) de résultat	- Evolution de l'activité des IRM à bas champ
Calendrier prévisionnel	

Fiche n° 8	Promotion et développement de la Chirurgie ambulatoire
Objectif(s)	Développer la chirurgie ambulatoire en tant que chirurgie « qualifiée et substitutive », structurer une offre de chirurgie ambulatoire cohérente au niveau des territoires de santé, développer la qualité et l'efficacité des soins de chirurgie ambulatoire.
Action	Développer une chirurgie ambulatoire efficiente et de qualité dans le cadre d'une offre territoriale cohérente.
Référence(s)	- Étude « Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire (enquête Assurance maladie, PNIR, septembre 2003) - Bréviaire de la chirurgie ambulatoire (MEAH - AFCA, octobre 2007) - Abécédaire Chirurgie ambulatoire (Ministère de la santé – CNAMTS, janvier 2009) - Lettres-réseau de l'Assurance Maladie relative à la MSAP 2008/2009/2010 - Documents issus du colloque organisé par l'ANAP le 23 novembre 2010 - Instruction DGOS/R3/2010/457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche de gestion du risque. - Décret du 4 octobre 2010 - Instruction CNP du 10 décembre 2010
Contexte / Enjeux	Plusieurs leviers ont été mobilisés, ces dernières années, pour développer la chirurgie ambulatoire : procédure de mise sous accord préalable (MSAP), politique d'incitation tarifaire développée par la DGOS, objectifs inscrits dans les CPOM des établissements. Ainsi, le taux de chirurgie ambulatoire a progressé, en particulier sur les 17 gestes marqueurs de la MSAP et sur les 18 GHM à tarif unique. Cependant, l'activité de chirurgie ambulatoire ne représente, en France, que 36,2 %, en 2009, de l'activité de chirurgie. Or, selon l'ANAP, 80 % des actes chirurgicaux pourraient être réalisés en ambulatoire et 90 % des patients seraient éligibles à ce type de prise en charge. Dans ce contexte, il s'agit de : - développer la chirurgie ambulatoire sur l'ensemble de la chirurgie ; - structurer une offre de chirurgie ambulatoire cohérente au niveau des territoires de santé, en anticipant les réorganisations de l'offre globale de soins de chirurgie qui en découlent ; - développer la qualité et l'efficacité des soins de chirurgie ambulatoire.
État des lieux régional	En 2009, le taux de chirurgie ambulatoire, en Limousin, est de 73,0 % sur les 18 GHM à tarif unique (pour un taux national de 74 % en 2009 - source Chirurgie ambulatoire en Limousin – avril 2011). Le taux global de chirurgie ambulatoire (activité de chirurgie ambulatoire rapportée à l'ensemble de l'activité de chirurgie) est 23 % (soit 5,8 points de moins que le taux national – 28,8 - source Chirurgie ambulatoire en Limousin – avril 2011).
Actions à mener au niveau régional	- Poursuivre la mise sous accord préalable sur les 17 actes marqueurs ; - Élaborer un état des lieux régional (pour le 30 avril 2011) en s'appuyant sur la maquette transmise par la DGOS et réaliser une analyse quantitative et qualitative, à partir des indicateurs proposés ; - Réaliser un diagnostic partagé avec l'ensemble des acteurs concernés, et mener, de façon concertée avec l'ensemble des partenaires, une réflexion sur les points forts et les points faibles de la région, les éventuels points de blocage existants et les leviers susceptibles d'être mobilisés pour développer l'offre de chirurgie ambulatoire ; - Élaborer et mettre en œuvre un plan d'action régional visant à promouvoir la chirurgie ambulatoire au niveau régional
Chef de projet	Dr Gérard Sofio
Correspondant AM – RG	Philippe Marcou
Compétences	Le développement d'une chirurgie ambulatoire de qualité et efficiente, qui passe par la

concernées	poursuite de la MSAP, par la réalisation d'un état des lieux et l'élaboration d'un plan d'action régional nécessite des compétences médicales ainsi que des compétences en matière de gestion du risque, d'organisation de l'offre, et de contractualisation.
Cible	Etablissements de santé ayant une activité de chirurgie et acteurs concernés.
Indicateur(s) de suivi	- Taux de chirurgie ambulatoire sur les 17 gestes marqueurs de la MSAP ; - Taux global de chirurgie ambulatoire.
Indicateur(s) de résultat	- Atteinte de l'objectif CPOM ARS : 85% de chirurgie ambulatoire sur les 17 gestes marqueurs de la MSAP à horizon 2013. (cet indicateur est susceptible d'être complété par un objectif portant sur l'évolution de la part de chirurgie ambulatoire dans l'ensemble de l'activité de chirurgie).
Calendrier prévisionnel	2011 T1 T2 T3 T4 Assurer une offre cohérente et optimisée de chirurgie ambulatoire - Conception et mise en œuvre d'un plan d'action de promotion de la ChirAmbu en région et fixation d'indicateurs - Accompagnement des ARS par l'ANAP - En articulation avec les travaux préparatoires du BRUS-PRS : Conception d'un état des lieux en région + diagnostic partagé et synthèse ; maquette d'élaboration d'un plan d'action régional r216 - Préparation de la contractualisation CPOM avec les établissements - Poursuite de la mise sous accord préalable - Conception du plan d'action - Appui à la mise en œuvre de la chirurgie ambulatoire et accompagnement des ARS - Organisation de la chirurgie ambulatoire dans le cadre du BRUS-PRS - Développement d'un état des lieux en région et de synthèse - Préparation de la contractualisation CPOM avec les établissements et accompagnement des établissements ARS Assurance Maladie

Fiche n° 9	Efficiencia des EHPAD
Objectif(s)	Améliorer l'efficiencia générale des EHPAD
Action	Renforcer l'efficiencia des EHPAD et améliorer la coordination des professionnels de santé et la qualité de la prise en charge.
Référence(s)	- Article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2009 du 17 décembre 2008 concernant l'expérimentation relative à la réintroduction des médicaments dans le forfait soins des EHPAD ; - Rapport LANCERY « Mission préparatoire à l'expérimentation de la réintégration du budget médicaments dans le forfait soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » (août 2009) ; - Décret n° 2010-621 du 7 juin 2010 instituant le traitement électronique de la liste des résidents (article R.314-169 du code de l'action sociale de et des familles) ; - Instruction DSS du 09 novembre 2010 (validée par le CNP le 22/10/10) relative aux priorités de gestion du risque portant sur les EHPAD ; - Décret n° 2010-1731 du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les établissements pour personnes âgées dépendantes ; - Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. - Instruction CNP du 13/3/2011
Contexte / Enjeux	Le sous objectif ONDAM médico-social (personnes âgées et personnes handicapées) connaît une progression supérieure à celle de l'ONDAM global. Ainsi, le taux d'évolution de l'ONDAM personnes âgées est de 5,6 % en 2009 contre 3,6 % pour l'ONDAM global, 10,9 % en 2010 contre 3,0 % et de 4,4 % contre 2,9 % en 2011. Dans ce contexte, les enjeux sont les suivants : - Améliorer la coordination des professionnels de santé et la qualité de la prise en charge en EHPAD ; - Mettre en place un suivi et une analyse des dépenses de soins des EHPAD ; - Inciter à une gestion et une organisation plus efficaces de l'EHPAD ; - Évaluer la qualité de la prise en charge et des soins.
État des lieux régional	La région compte 124 EHPAD, 49 en Corrèze, 35 en Creuse et 40 en Haute-Vienne. La capacité globale est de 8 852 lits installés dont 149 lits d'hébergements temporaires, soit 64,5 % des places en structures pour personnes âgées de 75 ans ou plus.
Actions à mener au niveau régional	- Dès la parution des textes réglementaires concernant la coordination des professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD, suivre le déploiement des contrats de coordination ; - Mettre en place un suivi et une analyse des dépenses de soins en EHPAD permettant d'effectuer des comparaisons entre les établissements et de repérer des comportements atypiques appelant des actions ciblées à conduire, le cas échéant, en lien avec l'Assurance maladie ; - Suivre les dépenses lors du passage des EHPAD au tarif global ; - Collecter, en lien avec les Conseils généraux, des indicateurs de qualité et d'efficacité, dès que ceux-ci seront généralisés (2012). - Mettre en place une coordination avec l'AM, en lien avec son programme d'accompagnement (visites DAM)
Chef de projet	Françoise Lascaux
Correspondant AM – RG	Sophie Gassimbala
Compétences concernées	Le suivi du déploiement des contrats de coordination des professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD, la mise en œuvre d'un suivi et d'une analyse des dépenses de soins en EHPAD et le suivi des dépenses des EHPAD lors du passage au tarif global concerne principalement l'ARS. Cela nécessite des compétences en matière de gestion du risque, d'organisation de l'offre médico-sociale, d'allocation de ressources, de contrôle de gestion et de contractualisation.

	L'Assurance maladie est concernée par le déploiement auprès des EHPAD du traitement électronique de la liste des résidents, ainsi que par les actions de contrôles destinées à repérer des indus.
Cible	Ensemble des EHPAD
Indicateur(s) de suivi	- % de professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD ayant signé un contrat de coordination en EHPAD ; - % de professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD participant à chaque réunion de la commission de coordination gériatrique ;
Indicateur(s) de résultats	- Taux de professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD ayant signé un contrat de coordination en EHPAD. - Taux de mise en œuvre par l'ARS pour un échantillon d'EHPAD de 3 indicateurs d'efficience.
Calendrier prévisionnel	2011 T1 T2 T3 T4 Suivi et calibrage des dépenses de soins en EHPAD Sensibilisation aux bonnes pratiques de soins Suivi coordination des libéraux Méthodologie liste préférentielle médicaments ARS Assurance Maladie Préparation de la phase de test et exploitation de l'exploitation des données AM et du ciblage EHPAD Test sur 5 ARS de la faisabilité du recueil des données et de la pertinence des ratios Généralisation de la grille d'analyse avec mise en œuvre sur trois ratios Transmission par CPAM choisies des données de soins de ville des résidents en EHPAD Suivi du passage au tarif global Animation des réunions infrarégionales (1 par an) Suivi du déploiement des contrats de coordination EHPAD en vue d'un bilan au 30 juin Diffusion méthodologie liste préférentielle médicaments

Fiche n° 10	Qualité et efficience de la prescription dans les EHPAD
Objectif(s)	Améliorer l'efficience de la prescription dans les EHPAD.
Action	Améliorer la qualité et l'efficience des pratiques liées aux soins et des prescriptions en EHPAD.
Référence(s)	- Article 118 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (article L.1435-4 du code de la santé publique relatif aux contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins) ; - Instruction DSS du 09 novembre 2010 (validée par le CNP le 22/10/10) relative aux priorités de gestion du risque portant sur les EHPAD ; - Recommandations (HAS et autres) relatives aux bonnes pratiques de soins et de prescriptions en EHPAD ;
Contexte / Enjeux	L'entrée en EHPAD est de plus en plus tardive et souvent motivée par les difficultés à assurer seul les gestes du quotidien. La qualité et l'efficience des soins en EHPAD constituent donc une préoccupation majeure pour les pouvoirs publics et un enjeu de santé publique. La coordination des soins au sein des EHPAD doit notamment être renforcée pour une meilleure qualité de la prise en charge. À titre d'illustration, la polymédication, fréquente chez les sujets âgés polypathologiques, constitue un facteur de risque en termes d'iatrogénie médicamenteuse. Or, selon la Haute autorité de santé (HAS), cette dernière serait responsable de plus de 10 % des hospitalisations chez les plus de 65 ans et de près de 20 % chez les octogénaires. Dans ce contexte, les enjeux sont donc les suivants : - Renforcer et diffuser les bonnes pratiques professionnelles en EHPAD ; - Inciter les EHPAD à contractualiser sur des objectifs d'amélioration de la prescription et de la coordination des soins ; - Aider les EHPAD à élaborer une liste préférentielle de médicaments efficiente.
Etat des lieux régional	La région compte 124 EHPAD, 49 en Corrèze, 35 en Creuse et 40 en Haute-Vienne. La capacité globale est de 8 852 lits installés dont 149 lits d'hébergements temporaires. Compte tenu de la structure d'âge de sa population, le Limousin est particulièrement concerné par la maladie d'Alzheimer. D'après une étude menée par l'ORS, en 2006 on estime à près de 16.400 le nombre de personnes de 65 ans ou plus atteintes de démence dans notre région (9,7 % de cette tranche d'âge et 2,2 % de l'ensemble de la population). Sources – SROMS (projet) 2012 – 2016
Actions à mener au niveau régional	- Organiser annuellement, en lien avec l'Assurance maladie, des réunions locales avec les EHPAD permettant une information et des échanges sur les bonnes pratiques liées aux prescriptions et aux soins ; - Dès la diffusion par le niveau national du contrat-type d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQS) et de la méthodologie de ciblage des établissements concernés, contractualiser avec les EHPAD, dans une logique d'efficience de la prescription et des soins, et suivre la montée en charge des CAQS ; - Diffuser auprès des EHPAD la méthodologie d'élaboration de la liste préférentielle des médicaments ; - Vérifier l'existence d'une liste préférentielle de médicaments au sein des EHPAD et la pertinence de son contenu. - Mettre en place une coordination avec l'AM, en lien avec son programme d'accompagnement (visites DAM)
Chef de projet	Françoise Lascaux
Correspondant AM – RG	Sophie Gassimbala
Compétences concernées	L'action de gestion du risque relative à la qualité et l'efficience des soins en EHPAD nécessite des compétences médicales, pharmaceutiques ainsi que des compétences en matière de gestion du risque, d'organisation de l'offre médico-sociale et de contractualisation. L'organisation et l'animation des réunions locales avec les EHPAD impliquent

	conjointement l'ARS et l'Assurance Maladie. Le déploiement et le suivi de la montée en charge des CAQCS relève principalement de l'ARS. La place de l'Assurance maladie dans cette démarche de contractualisation doit être définie au niveau national. La diffusion aux EHPAD de la méthodologie d'élaboration de la liste préférentielle de médicaments sera assurée par l'ARS.
Cible	Ensemble des EHPAD
Indicateur(s) de suivi	- Taux de participation des EHPAD aux réunions locales sur les bonnes pratiques ; - % d'EHPAD visités ; - Nombre d'EHPAD ayant signé un CAQCS ; - % d'EHPAD sans PUI ayant élaboré une liste préférentielle de médicaments.
Indicateur(s) de résultats	- % de réunions locales lancées fin 2010 (les réunions pouvant se tenir tout début 2011) ; - % d'établissements ciblés ayant mis en œuvre un plan d'action à la suite de leur participation aux réunions locales d'information ;
Calendrier prévisionnel	2011 T1 T2 T3 T4 ARS Assurance Maladie

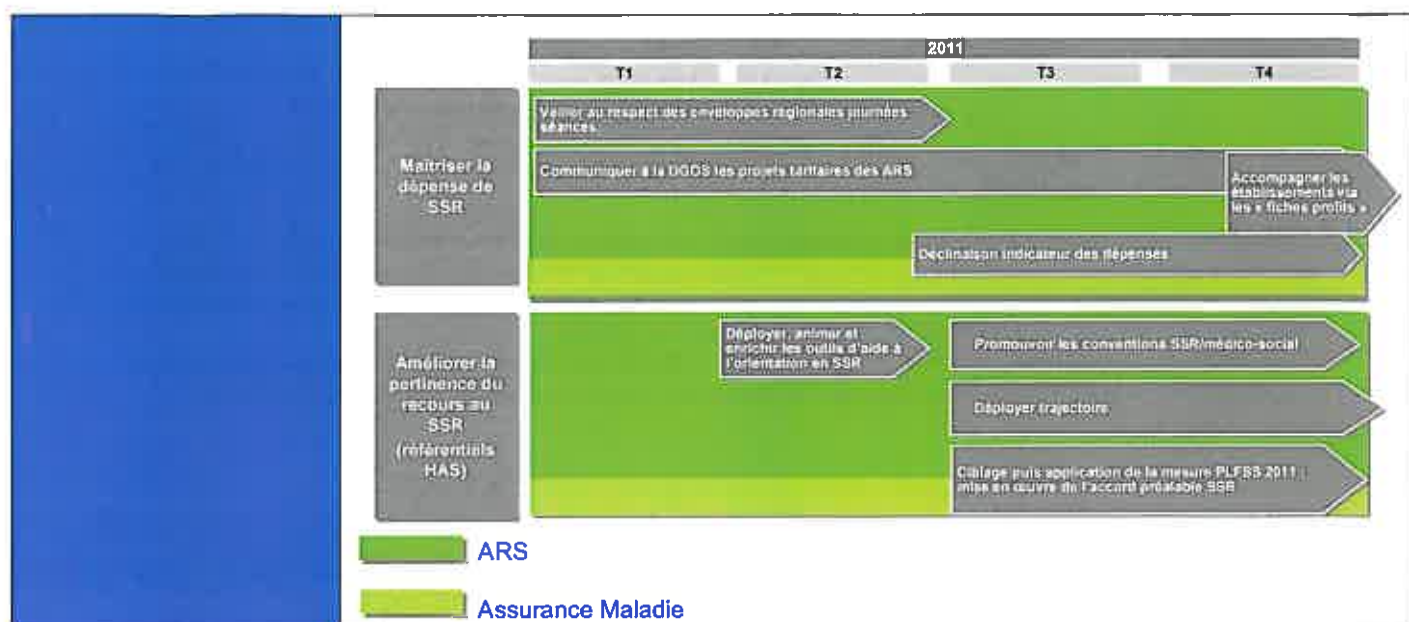
Fiche n° 11	Permanence des soins ambulatoires et urgences hospitalières
Objectif(s)	Garantir la permanence des soins tout en maîtrisant son coût en visant une articulation efficiente de la PDSA et des urgences.
Action 1	- Mettre en place un dispositif de permanence des soins fiable, pérenne et lisible ; - Définir les modalités de gestion des rémunérations spécifiques par les ARS ; - Favoriser une meilleure articulation des acteurs de PDSA et d'urgences pour une prise en charge plus efficiente des demandes de soins non programmées aux horaires de la PDSA.
Référence(s)	- Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins - <i>Arrêté définissant le cahier des charges</i>
Contexte / Enjeux	- Garantir la permanence des soins ambulatoire tout en maîtrisant son coût - Favoriser les nouveaux modes d'organisation de la PDS - Articuler avec efficience la permanence des soins ambulatoire et la prise en charge des urgences hospitalières et pré hospitalières (orientations dans le cadre du volet ambulatoire du SROS)
Etat des lieux régional	Organisations départementales : La PDS est différente dans les trois départements du Limousin. Elle a fortement progressé en Haute-Vienne grâce à une importante concertation depuis 2008 entre le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, les associations de médecins libéraux, le SAMU, les transports, l'Assurance Maladie et les établissements de santé et du secteur médico-social. Zoom sur la situation de la Haute-Vienne : → Un cahier des charges applicable depuis le 1er septembre 2010 : la Haute-Vienne est le seul département en France à avoir refondu totalement, en 2010, le cahier des charges de la PDS. → Mise en place du nouveau dispositif et faits marquants : - Une communication auprès de tous les médecins généralistes de Haute-Vienne et une communication destinée aux assurés - Un renforcement prévu des effectifs et des secteurs de visite si la situation sanitaire ou sociale le justifiait - Une double sectorisation médicale (consultations / visites au domicile du patient) afin de répondre au mieux aux demandes après régulation médicale par le SAMU – Centre 15. - La sectorisation de la garde pharmaceutique (13 secteurs dont 2 secteurs sur Limoges et son agglomération) est en cohérence avec la sectorisation des médecins d'astreinte (12 secteurs) - La garde ambulancière est divisée en 6 secteurs (avec un véhicule stationné avec son équipage / pendant la garde, l'ambulance ne peut être mobilisée qu'à la demande du médecin régulateur et seulement pour effectuer des transports du domicile du patient vers une structure d'urgence) - Les médecins d'astreinte dans les 5 secteurs ruraux sont hébergés dans un point fixe d'hébergement prévu à cet effet. - Rémunération spécifique : le montant forfaitaire de rémunération des plages d'astreinte tant sur les secteurs de consultations que sur les grands secteurs de visites est établi en utilisant comme base le tarif conventionnel de la rémunération forfaitaire des astreintes (50 € pour 4 heures d'astreinte). En fonction des plages horaires, un coefficient multiplicateur allant de 1 à 3 est appliqué. La réorganisation de la PDSA sera étendue aux départements de la Creuse et de la Corrèze.

Actions à mener au niveau régional	Dès que le cahier des charges élaboré au niveau national sera terminé, mettre en place le cahier des charges régional d'organisation de la PDS et de ses déclinaisons territoriales précisant : - la définition des territoires de PDSA - l'organisation de la régulation des appels d'urgence et des appels de permanence des soins - les réponses apportées en termes d'effectif et la coordination des acteurs (effecteurs, associations de permanence des soins, points fixes de gardes, structures de médecine d'urgence, transporteurs sanitaires, SDIS...) - les modalités de rémunération de la PDS. Le paiement des forfaits et des honoraires reste de la compétence de l'Assurance Maladie.
Chef de projet	Jacky Herbuel-Lepage
Correspondant AM – RG	Sophie Gassimbala
Compétences concernées	La mise en place du cahier des charges régional d'organisation de la PDS et ses déclinaisons territoriales, la campagne de communication, la généralisation de l'informatisation concernera l'ARS.
Cible	- Etablissements de santé disposant d'un service d'urgences, - Médecins, - Assurés.
Indicateur(s) de suivi	- Part des actes régulés pour les médecins d'astreinte, - Nombre de territoires de PDS, - Part des patients relevant du niveau 1 de la CCMU (classification clinique des malades en urgence) dans les passages aux urgences pendant la permanence de soins ambulatoire (indicateur CPOM), - Taux de passage aux urgences hospitalières en première partie et en deuxième partie de nuit ne donnant pas lieu à hospitalisation (indicateur CPOM), - Taux de respect de l'enveloppe des rémunérations forfaitaires PDSA.
Indicateur(s) de résultats	- 9% des patients relevant du niveau 1 de la CCMU dans les passages aux urgences à l'horizon 2013 - Taux d'évolution de la part des actes régulés
Calendrier prévisionnel	Diffusion des instructions nationales sur la PDSA 2011 T1 T2 T3 T4 Mettre en place un dispositif de PDSA efficient Réalisation des cahiers des charges régionaux de PDSA permettant de structurer l'offre et déterminer les rémunérations forfaitaires Animation des CODAMUPS en association avec les préfets Examen national des CDC régionaux Inventorier les leviers de mutualisation et de coordination ville/hôpital Paiements par les CPAM (modalités à valider) Suivi des dépenses de PDSA et des urgences hospitalières Suivi des dépenses (à partir de publication de l'arrêté fixant le CDC régional pour chaque ARS) ARS Assurance Maladie

Fiche n° 12	Réforme de l'activité des SSR
Objectif(s)	Améliorer le recours aux SSR, maîtriser leur développement et améliorer leur efficience.
Action	Mettre en œuvre la réforme réglementaire SSR, dans un cadre budgétaire contraint.
Référence(s)	- Recommandations HAS « portant sur les actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas, pour un patient justifiant des soins de masso-kinésithérapie, de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation » (mars 2006) ; - Recommandations HAS sur les « Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en soins de suite ou de réadaptation après ligamentoplastie du croisé antérieur du genou » (janvier 2008) - Décrets n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation (article D.6124-177-1 et suivants du code de la santé publique) - Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation (article R.6123-118 et suivants du code de la santé publique) ; - Circulaire DGOS N°DHOS/O1/2008/305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation. - Article 63 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de sécurité sociale pour 2011 (article L.162-1-17 du Code de la sécurité sociale relatif à la procédure de MSAP)
Contexte / Enjeux	Dans l'attribution des autorisations : - Promouvoir le développement de l'hospitalisation de jour par rapport à l'hospitalisation complète - Limiter les autorisations en SSR qui entraîneraient des coûts importants (créations ex-nihilo, extensions d'activité) Dans l'organisation du secteur SSR : - Améliorer la connaissance des missions du SSR par le MCO - Développer la complémentarité entre l'offre de soins SSR et le secteur ambulatoire - Favoriser la fluidité des parcours du SSR vers le médico-social
Etat des lieux régional	Le secteur des SSR s'est développé, ces dernières années, sous l'effet de plusieurs facteurs : le vieillissement de la population, la croissance des besoins liés aux maladies chroniques et aux handicaps, la diminution des durées moyennes de séjour en MCO. Sur les 20 ES SSR de la région, 6 établissements ont été préciblés selon les critères nationaux suivants et dans le cadre de la préparation d'une MSAP : - les 25% des établissements accueillant le plus de rééducation après prothèse totale du genou, chirurgie du ligament croisé antérieur ou de la coiffe des rotateurs - et les 10% des établissements réduisant le plus après une prothèse totale de la hanche Cf. Etat des lieux en annexe 6
Actions à mener au niveau régional	- Mettre en œuvre tous les outils prévus par la réglementation SSR pour améliorer la fluidité du parcours de soins : - o systématiser l'utilisation de fiche préalable à l'admission en SSR - o déployer un outil régional d'aide à l'orientation en SSR - o promouvoir les conventions entre les structures SSR et le secteur médico-social - Mettre en œuvre la mise sous accord préalable pour les admissions en SSR peu adéquates.
Chef de projet	Dr Gérard Sofio
Correspondant AM – RG	Guillaume Paineau
Compétences concernées	L'action de gestion du risque relative aux SSR nécessite des compétences en termes d'organisation de l'offre de soins (autorisations, allocations de ressources), de pilotage, de gestion du risque et de système d'information (outil trajectoire).

Cible	Services de soins de suite et de réadaptation, MCO, établissements médico-sociaux.
Indicateur(s) de suivi	- Suivi de la montée en charge de l'outil « Trajectoire » - Nombre de séjours en SSR dans les 30 jours suivants une hospitalisation pour AVC (ind. CPOM) - Nombre de conventions de coopération signées avec les établissements et services médico-sociaux (EHPAD, SSIAD) ; - Taux d'orientation en SSR, taux d'entrée directe en SSR, durée de prise en charge, taux d'attractivité, taux de fuite, taux de retour précoce en MCO, modes de sortie du SSR (indicateurs renseignés par l'ATIH) ; - Taux standardisé de recours au SSR ; - Nombre d'établissements mis sous accord préalable.
Indicateur(s) de résultats	- Atteinte de l'objectif de généralisation de l'outil trajectoire à l'ensemble de la région ; - Nombre de venue en hospitalisation de jour SSR ; - Taux d'établissements mis sous accord préalable par rapport à la cible.
Calendrier prévisionnel	2011 T1 T2 T3 T4 Maîtriser la dépense de SSR - Veiller au respect des enveloppes régionales journalières - Communiquer à la DGOS les projets tarifaires des ARS - Accompagner les établissements via les « fiches profil » - Déclinaison indicateur des dépenses Améliorer la pertinence du recours au SSR (référentiels HAS) - Déployer, animer et enrichir les outils d'aide à l'orientation en SSR - Promouvoir les conventions SSR/médico-social - Déployer trajectoire - Ciblage puis application de la mesure PLFSS 2011 mise en œuvre de l'accord préalable SSR ARS (vert) Assurance Maladie (orange)

Fiche n° 13	Efficiencia y maestría del SSR
Objectif(s)	Améliorer le recours aux SSR, maîtriser leur développement et améliorer leur efficacité.
Action	Mettre en œuvre une politique maîtrisée et efficace du SSR.
Référence(s)	- Décrets n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation (article D.6124-177-1 et suivants du code de la santé publique) ; - Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation (article R.6123-118 et suivants du code de la santé publique) ; - Circulaire DGOS N°DHOS/O1/2008/305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation ; - Instruction DGOS du 19 mai 2010 relative à la mise en œuvre du SROS SSR.
Contexte / Enjeux	Limitar la progresión de actividad de establecimientos por el sesgo de CPOM ; Garantir el no-exceso de l'objetivo cuantificado nacional (OQN) ; Promover el modelo objetivo de tarificación a la actividad.
Etat des lieux régional	En 2009, le Limousin disposait de 1 142 lits et places installés en soins de suite et de réadaptation fonctionnelle, soit 843 en équipements de soins de suite et 299 en réadaptation fonctionnelle. Ces capacités se répartissaient sur 15 établissements publics et 5 établissements privés. Le taux d'équipement total s'élevait à 1,56 lits et places pour 1 000 habitants, soit un taux légèrement inférieur à la moyenne nationale (1,59) : - La Creuse possédait un fort taux d'équipement : 341 lits et places, soit un taux de 2,8 pour 1 000 habitants - La Haute-Vienne se situait au même niveau que les moyennes nationale et régionale - La Corrèze ayant le taux le plus bas de la région (0,88 pour 1 000). (sources – Atlas Santé de l'ORS – Décembre 2010).
Pre-requis (actions relevant du niveau national)	- Instruction validée en CNP aux ARS sur les autorisations SSR ; - Elaborer d'un cadrage national sur le volume d'OQOS (Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins) régional « disponible » en SSR ; - Elaborer un modèle objectif de T2A donc maintien du modèle transitoire sans évolution jusqu'à là ; - Développer l'utilisation par les ARS des données « taux de recours en SSR » ; - Mettre en place d'une politique d'harmonisation sur les projets tarifaires ; - Elaborer des fiches « profils d'établissements SSR » pour permettre des comparaisons entre établissements.
Actions à mener au niveau régional	
Chef de projet	Dr Gérard SOFIO
Compétences concernées	L'action de gestion du risque relative aux SSR nécessite des compétences en termes d'organisation de l'offre de soins (autorisations, allocations de ressources), de pilotage, de gestion du risque et de système d'information (outil trajectoire).
Cible	Etablissements ayant une activité de soins de suite et de réadaptation.
Indicateur(s) de suivi	- Taux d'orientation en SSR, taux d'entrée directe en SSR, durée de prise en charge, taux d'attractivité, taux de fuite, taux de retour précoce en MCO, modes de sortie du SSR (indicateurs renseignés par l'ATIH) ; - Nombre de journées et de séances ; - Taux d'évolution des dépenses ;
Indicateur(s) de résultats	- Respect du volume d'OQOS attribués aux établissements
Calendrier prévisionnel	



Annexe 2 : Etat de lieux relatif à la chirurgie ambulatoire

LA CHIRURGIE ET LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EN LIMOUSIN Etat des lieux - perspectives

A partir des indicateurs définis par la circulaire du 27 décembre 2010, cette analyse dresse un état des lieux régional sur la pratique globale de la chirurgie tout en mettant en perspective l'activité de chirurgie ambulatoire, sachant que l'activité en ambulatoire ne peut se développer que si l'activité de base chirurgicale est déjà bien organisée et suffisante en volume. Cette analyse a pour objet essentiel d'apporter à la réflexion un certain nombre d'éléments objectifs à même d'éclairer les choix du directeur de l'ARS sur les options possibles en matière d'activité chirurgicale.

LES AUTORISATIONS

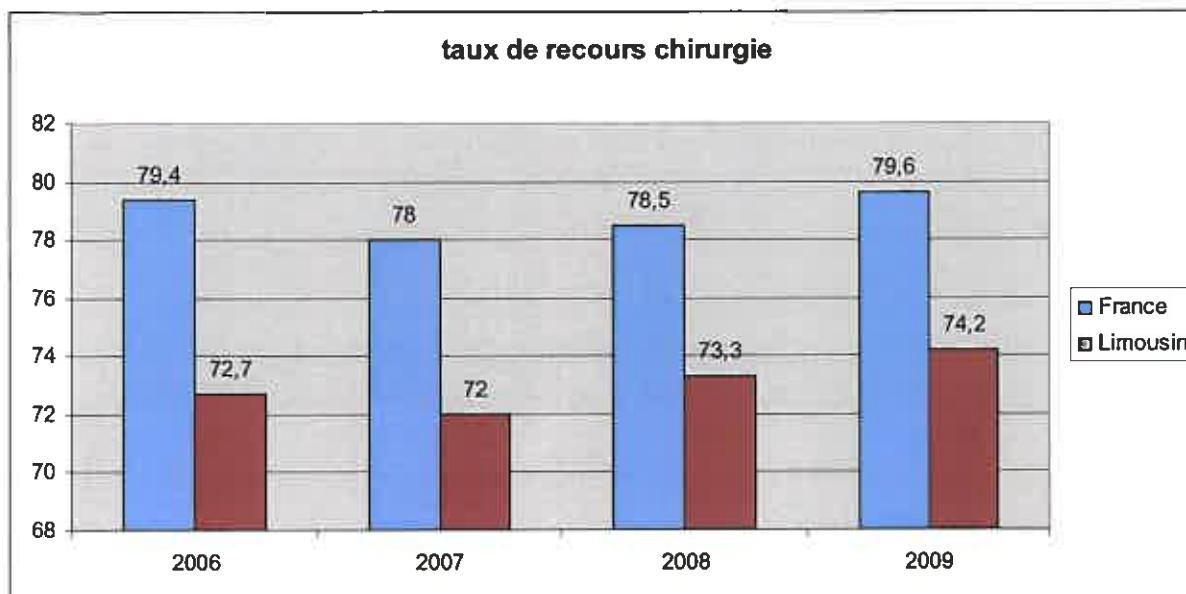
Le Limousin compte 13 établissements autorisés à pratiquer l'activité de chirurgie -

	Date d'autorisation en	
	Hospitalisation complète avant 2006	Chirurgie ambulatoire avant 2006
CHU de Limoges (Dupuytren + HME)		
Total CHU (nb d'autorisations)	1	1
CH de Brive-la-Gaillarde	23/01/2001	28/03/2007
CH de Tulle	23/01/2001	17/03/2003
CH d'Ussel	23/01/2001	03/04/2001
CH de Guéret	23/01/2001	17/03/2003
CH de St-Junien	23/01/2001	14/12/2004
CH St Yrieix ¹	non	2003 à 2011
Total CH (nb d'autorisations)	5	5
Clinique de la Croix Blanche	23/01/2001	20/12/2010
Total ESPIC (nb d'autorisations)	1	1
Clinique Les Cèdres	23/01/2001	10/07/2001
Clinique St-Germain	23/01/2001	13/04/2004
Clinique de La Marche	23/01/2001	12/10/2004
Clinique François Chénieux	avant 2004	avant 2004
Clinique Emailleurs-Colombier : site clinique des Emailleurs	14/10/1996	13/04/2004
Clinique Emailleurs-Colombier : site clinique du Colombier	23/01/2001	08/10/2002
Total ex-OQN (nb d'autorisations)	6	6

¹ CH de St Yrieix l'autorisation de chirurgie ambulatoire du CH de Saint Yrieix a été cédée au CHU (Décision ARS N° 2011/159 du 2 mars 2011 portant confirmation de l'autorisation d'activité de soins de chirurgie ambulatoire, sur le site du centre hospitalier Jacques Boutard de Saint-Yrieix-la-Perche, au profit du centre hospitalier universitaire de Limoges)

1 Le recours populationnel à la chirurgie et à la chirurgie ambulatoire en Limousin

1.1 Taux de recours à la chirurgie dans son ensemble



Globalement, le taux de recours standardisé à la chirurgie est plus faible en Limousin comparé à la France, avec un écart qui se maintient (5 à 6 points environ)

Cette « sous consommation » de soins chirurgicaux pose plusieurs questions

- Démographie chirurgicale ?
- Distance et moyen de transport ?
- Besoin réel et besoin ressenti différents ?
- Accès au secteur 1 ?

L'ensemble de ces hypothèses ont été abordées lors des travaux du SROS et vont nécessiter des informations complémentaires.

:

Cependant, au sein de cet ensemble global, on retrouve à la fois :

→ Des sur consommations :

- chirurgie gynécologique
- chirurgie urologique
- chirurgie viscérale

→ Des sous consommations :

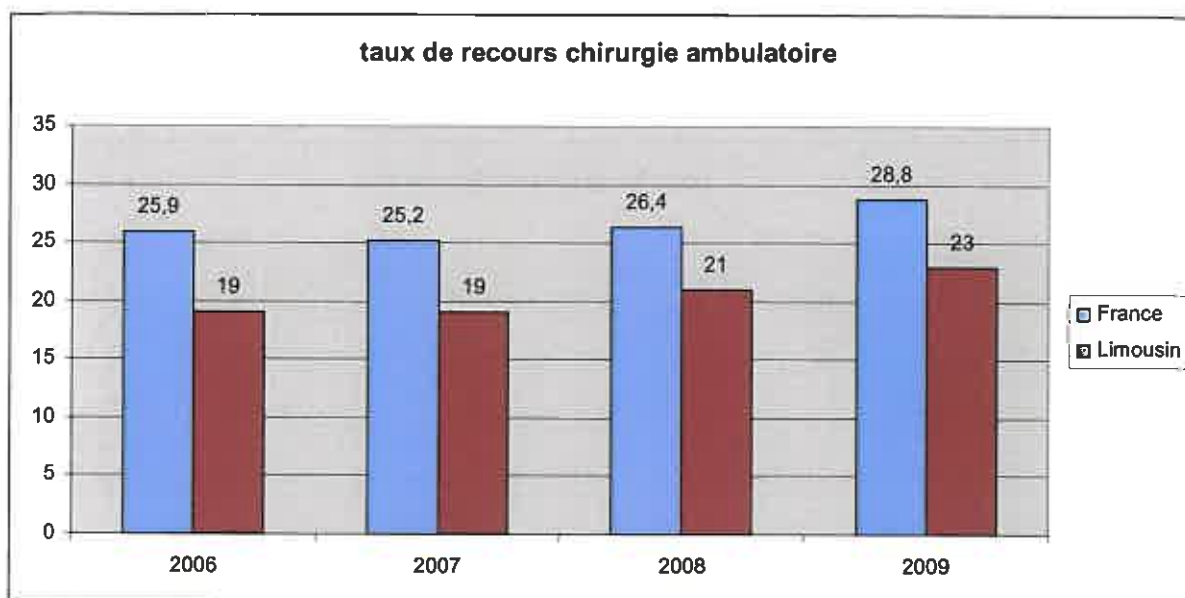
- chirurgie ORL
- chirurgie orthopédique

Propositions :

- affiner les recherches par GHM et par établissement
- informer les établissements et les chirurgiens des écarts observés
- contractualisation avec les établissements (CPOM)
- pour des pathologies/actes précis bien documentés au niveau des références, étudier les dossiers de patients dans les établissements

LES VOLUMES D'ACTIVITE CHIRURGIE GLOBALE

1.2 Taux de recours à la chirurgie ambulatoire



→ **Un taux de recours plus faible**

Le taux de recours standardisé à la chirurgie ambulatoire est plus faible en Limousin comparé à la France avec un écart qui se maintient de 5 points environ (même évolution que le taux de chirurgie globale)

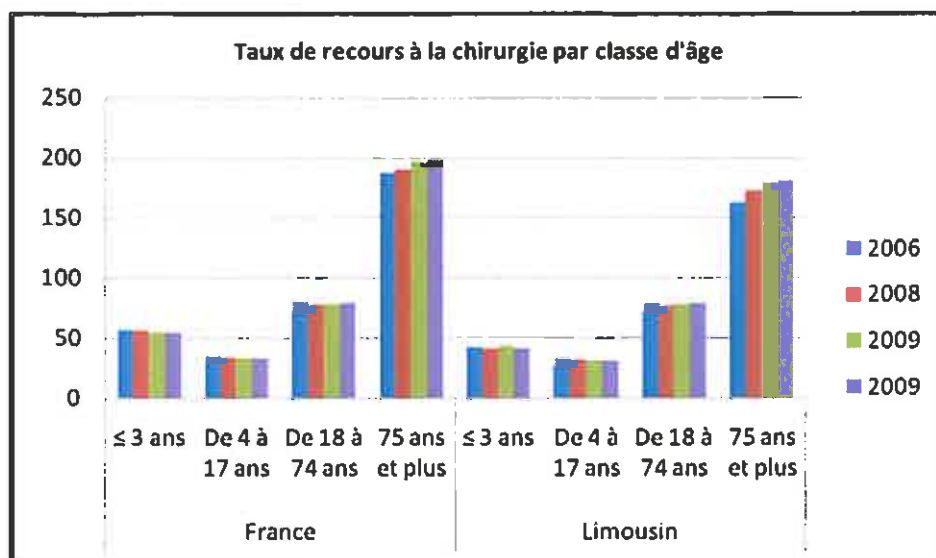
- ⇒ L'accès à la chirurgie ambulatoire pose les mêmes questions que celles posées par le déficit d'accès à la chirurgie globalement
- ⇒ Cependant, l'offre et la pratique de chirurgie ambulatoire sont encore insuffisamment développées en Limousin

A noter, un fait positif : France entière, le recours a augmenté de 3 points environ alors qu'en Limousin, le recours à l'ambulatoire est légèrement supérieur (4 points); bien qu'encore en dessous du taux de recours national, la région montre une tendance au rattrapage de ce retard.

→ **La dynamique du recours à la chirurgie ambulatoire est donc légèrement plus forte en Limousin comparée au niveau national**

1.3 Taux de recours à l'ensemble de la chirurgie par tranche d'âge

- ⇒ **Un recours moindre aux 2 extrémités de la vie**

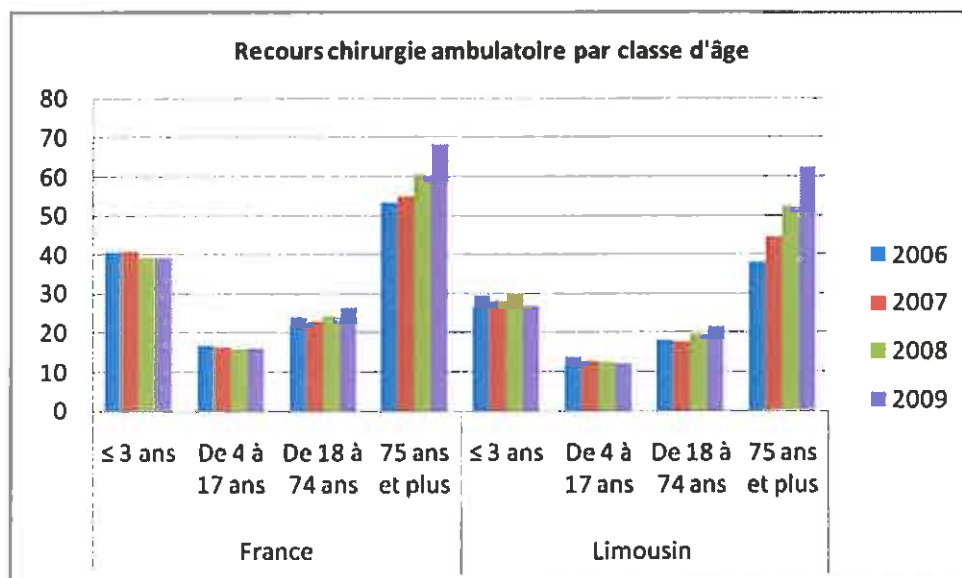


Globalement en limousin, le taux de recours à la chirurgie est moindre pour les enfants de moins de 3 ans ainsi que pour les personnes âgées

Par contre, pour les classes de 18 à 74 ans le taux de recours est identique à celui de la France

1.4 Taux de recours à la chirurgie ambulatoire par tranche d'âge

⇒ Un recours moindre à la chirurgie ambulatoire



Globalement en limousin, le taux de recours à la chirurgie est moindre quelles que soient les classes d'âge, mais un différentiel qui diminue chez les personnes âgées

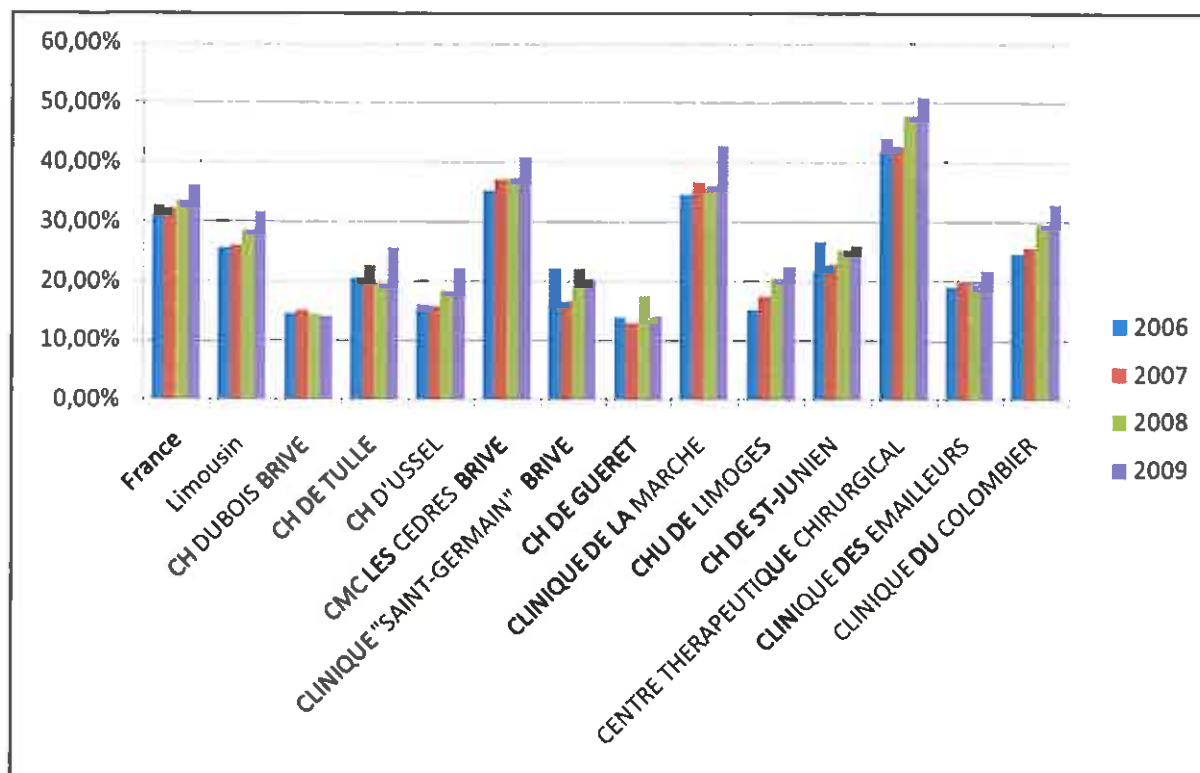
Le taux de recours augmente pour les personnes de 18 à 74 ans et augmente franchement chez les personnes âgées de plus de 75 ans

Contrairement aux idées reçues, on observe que le « décollage » de la chirurgie ambulatoire est plus le fait des classes d'âge supérieures à 75 ans que celles des moins de 74 ans (et encore moins des classes d'âge plus jeunes dont les évolutions stagnent)
Ceci confirme le fait que l'âge en lui-même n'est pas une contre-indication à la chirurgie ambulatoire.

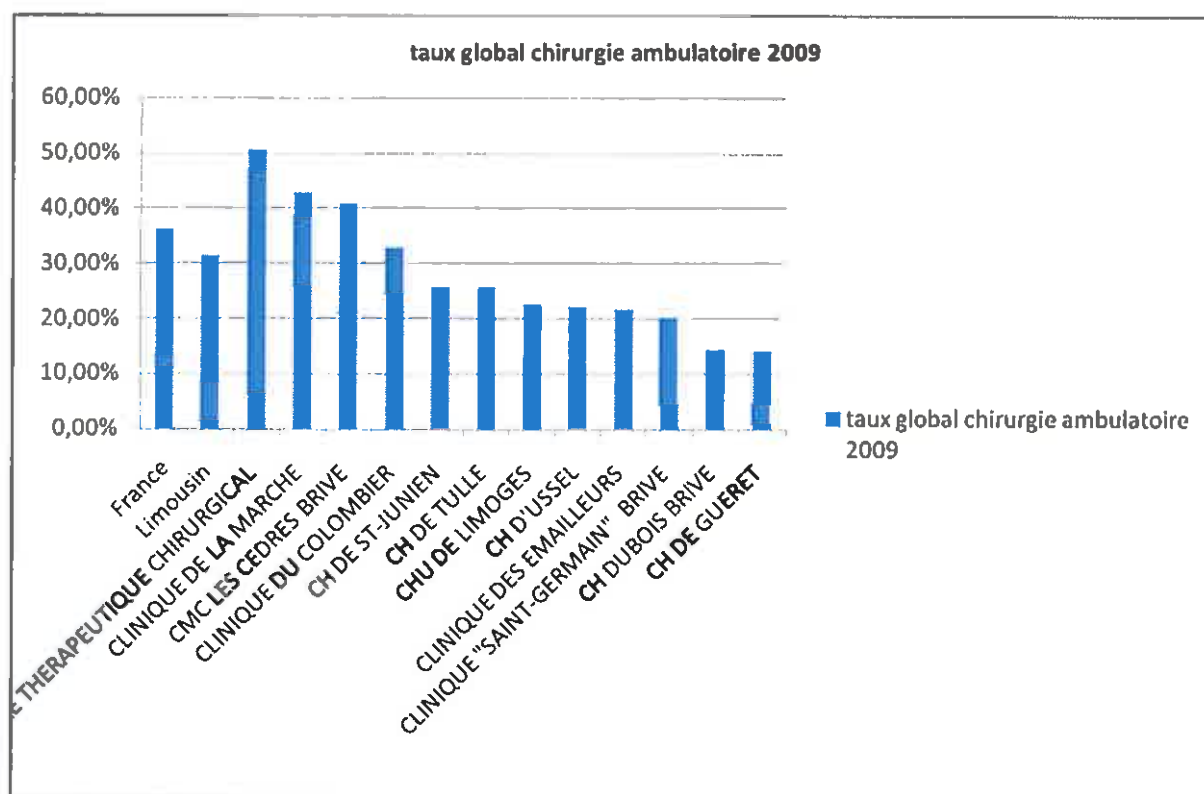
2 Taux de chirurgie ambulatoire

2.1 Taux global de chirurgie ambulatoire

Des différences importantes selon les établissements :



*le CH de St Yrieix ayant une autorisation exclusive en ambulatoire ne figure pas sur ce graphique

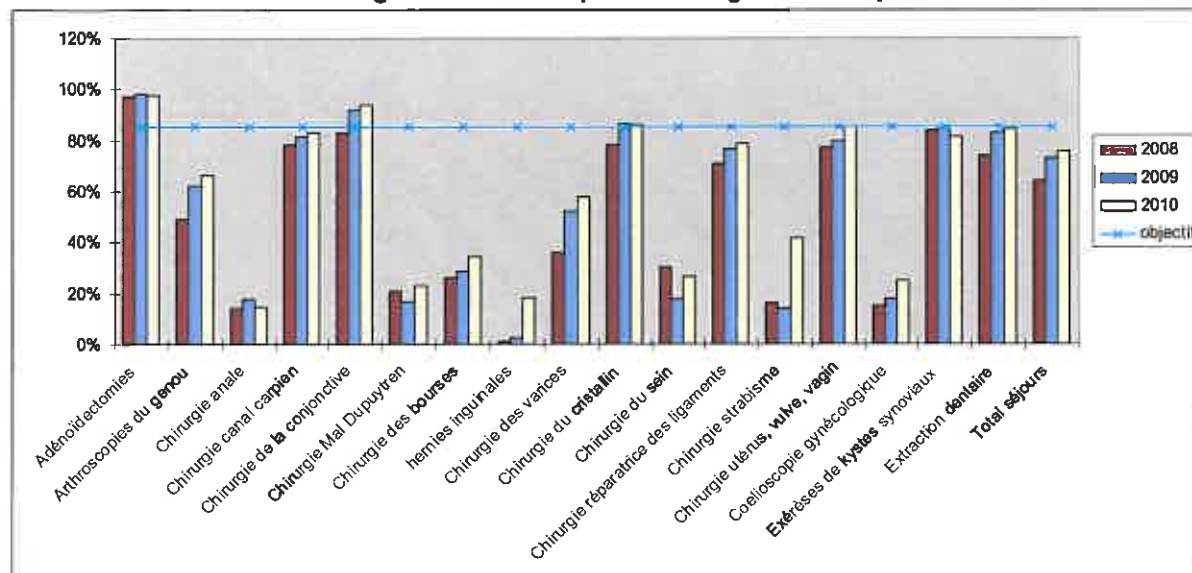


Quand on observe la pratique de la chirurgie ambulatoire en Limousin, quel que soit le geste, on voit que la plus grande majorité des établissements sont largement au dessous des moyennes nationales ou régionales.

Seuls 4 établissements privés sont au dessus de la moyenne nationale

→ La dynamique de la chirurgie ambulatoire n'est pas partagée par tous les établissements, notamment les établissements publics.

2.2 Taux de chirurgie ambulatoire pour les 17 gestes marqueurs de la MSAP



Globalement, en 2009, la région atteint 73% de réalisation de chirurgie ambulatoire pour 74% en France.

Sur les 17 gestes marqueurs, 7 gestes atteignent l'objectif de 85%

On observe un démarrage marqué sur le geste chirurgie des hernies (ainsi que la chirurgie du strabisme mais sur un très petit volume)

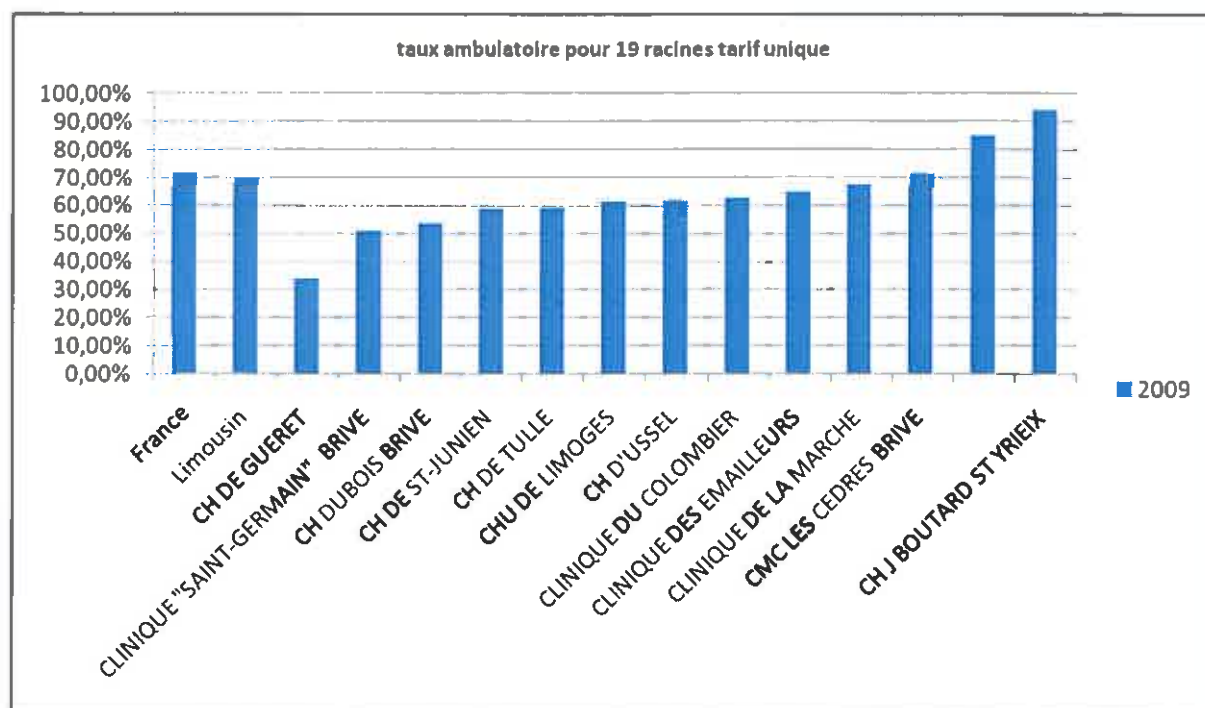
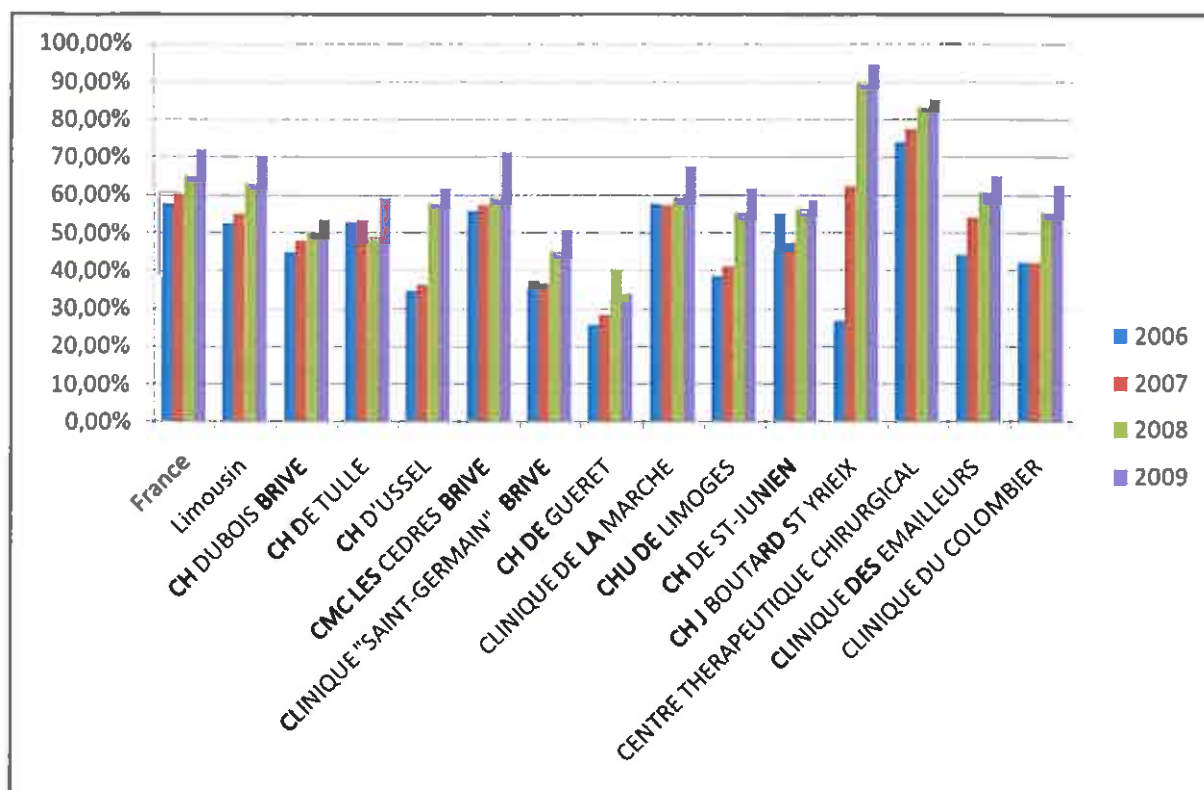
A noter que le cumul de 3 gestes (Chirurgie du cristallin, chirurgie gynéco et extractions dentaires) atteint 65% du total de l'activité

La politique de mise sous accord préalable a eu un impact positif sur le développement de la chirurgie ambulatoire et doit être poursuivie

Compte tenu des volumes d'activité et du potentiel restant, les actes préférentiels à cibler devraient être :

- la chirurgie des hernies
- les arthroscopies
- la chirurgie des varices
- la chirurgie gynécologique

2.3 Taux de chirurgie ambulatoire pour les 19 GHM à tarif unique



Le taux de chirurgie ambulatoire (GHM en C et J) pour les 18 racines à tarif unique, avec comme périmètre du dénominateur les GHM en C au global pour les 18 racines est passé de 53.7% (2007) à 68.5% (2009)

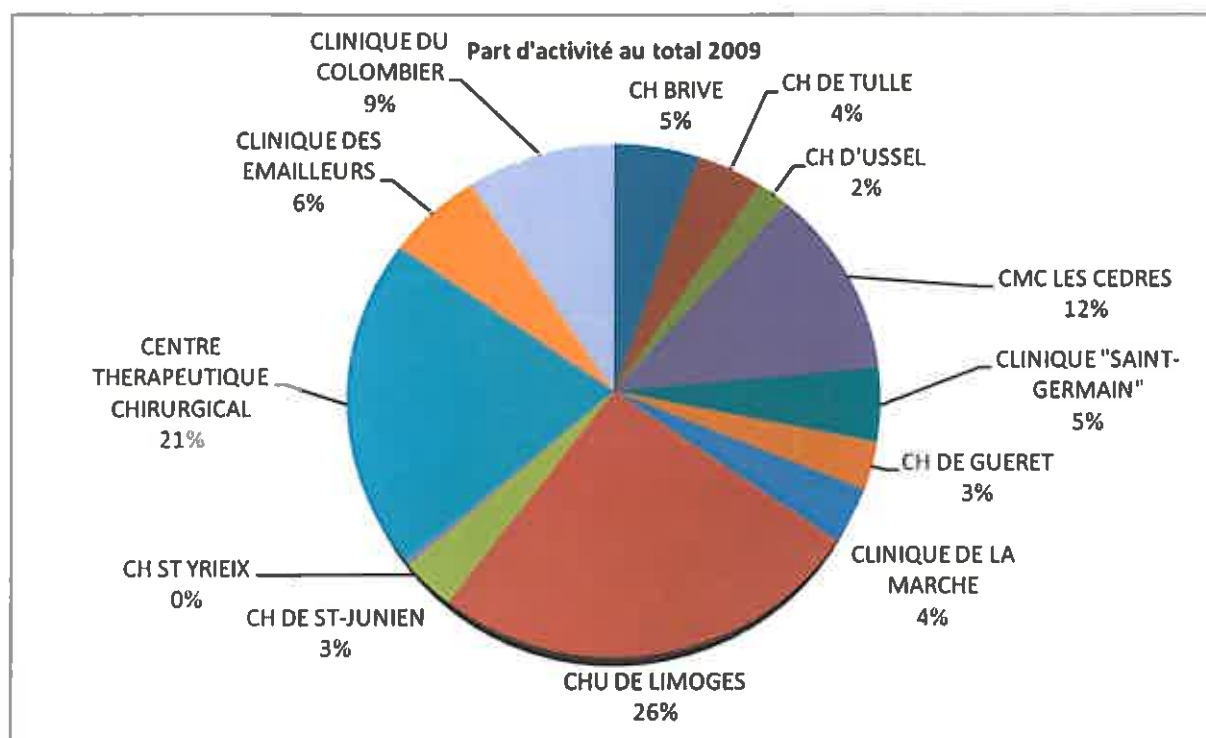
Le taux de chirurgie ambulatoire (GHM en C et J) pour les 18 racines à tarif unique, avec comme périmètre du dénominateur les GHM en C de niveau 1 et J est passé de 55% (2007) à 70% (2009)

⇒ **Le Limousin montre une dynamique intéressante sur ces racines à tarif unique ; la courbe de progression est plus forte en région (presque 20 points en 4 ans) comparée au niveau national et globalement le Limousin rejoint le taux national en 2009.**

- ⇒ Hors le CH de St Yrieix (autorisation exclusive en ambulatoire), on observe que 2 établissements, les clinique CTC Chénieux et les Cèdres dépassent les 70% ; **les plus forts taux de réalisation sont effectués en secteur ex OQN**
- ⇒ Contrairement aux autres établissements ex OQN, la clinique St Germain a un taux faible de réalisation en ambulatoire (progrès à faire notamment sur racine extractions dentaires et chirurgie des varices)

→ Quand on compare les racines avec, soit le total des séjours, soit le total des séjours de niveau 1, pour quelques établissements (notamment les CH de Brive et d'Ussel), on observe que l'écart entre est plus fort qu'au niveau national, ce qui peut indiquer que les patients corréziens ont une fréquence de comorbidités plus importante comparé au niveau national (recrutement de patients plus âgés).

2.5 Volume d'activité de chirurgie en nombre de séjours en C, au total



A noter que plus de la moitié de la chirurgie se pratique sur 3 établissements et presque 80% sur 6 établissements

	Part activité régionale	Cumul
CHU DE LIMOGES	25%	25%
CLINIQUE CHENIEUX	21%	46%
CMC LES CEDRES BRIVE	12%	58%
CLINIQUE DU COLOMBIER	9%	67%

CLINIQUE DES EMAILLEURS	6%	73%
CH DUBOIS BRIVE	3%	79%

Cette répartition nécessite une réflexion régionale sur le plan stratégique :

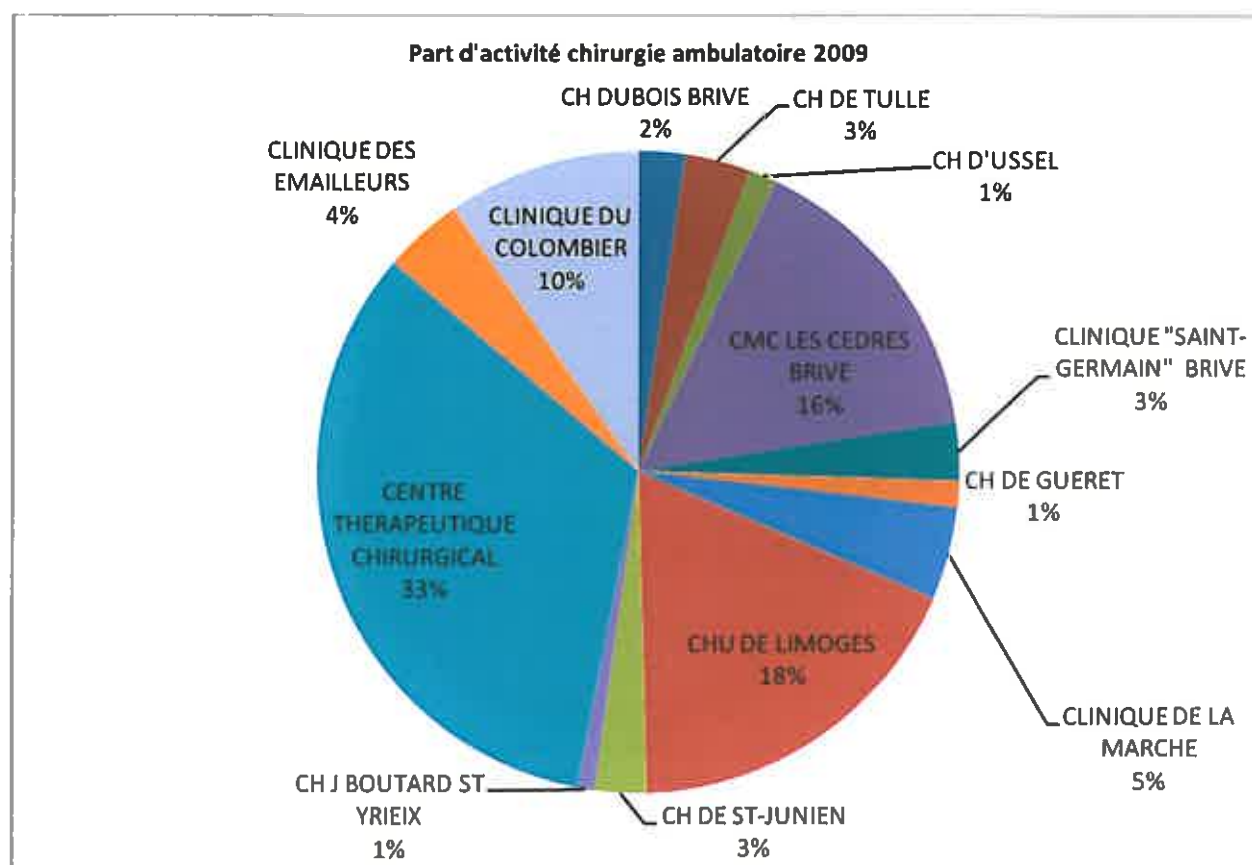
- sur 13 établissements pratiquant la chirurgie, 6 d'entre eux réalisent 80% du volume chirurgical.
- **La difficulté de conciliation entre logique de regroupement et celle du maintien d'une offre de soins en proximité est particulièrement prégnante**

On observe que 56% de la chirurgie se pratique en secteur privé en région

- 59 % en Corrèze (3 publics, 2 privés)
- 47% en Creuse (1 privé, 1 public, 1 ESPIC)
- 55% en Haute Vienne (3 privés, 3 publics)

Si l'on s'en réfère au secteur 2, l'accès aux soins pose question, notamment en Corrèze, et plus particulièrement sur le secteur de Brive, où le secteur privé est fortement majoritaire.

2.6 volume d'activité en chirurgie ambulatoire



Nom	part d'activité 2007	part d'activité 2008	part d'activité 2009	cumul 2009
CLINIQUE CHENIEUX	28%	31%	33%	33%
CHU DE LIMOGES	17%	18%	18%	51%

CMC LES CEDRES BRIVE	18%	16%	16%	67%
CLINIQUE DU COLOMBIER	10%	10%	10%	77%
CLINIQUE DE LA MARCHE	5%	4%	5%	82%
CLINIQUE DES EMAILLEURS	5%	4%	4%	86%
CH DE TULLE	3%	3%	3%	89%
CLINIQUE "SAINT-GERMAIN" BRIVE	3%	4%	3%	92%
CH DE ST-JUNIEN	2%	3%	3%	95%
CH DUBOIS BRIVE	3%	3%	2%	97%
CH D'USSEL	1%	1%	1%	98%
CH DE GUERET	2%	2%	1%	99%
CH J BOUTARD ST YRIEIX	1%	1%	1%	100%
Total	100%	100%	100%	

→ 80% de la chirurgie ambulatoire se pratique sur 5 établissements et la moitié sur les 2 premiers
→ A l'exception de la clinique Chénieux, on observe plutôt une stagnation des parts de marché pour la chirurgie ambulatoire.

→ Hors le CHU, les parts de marché sont distribuées largement sur le secteur privé

→ Pour ce qui concerne le secteur ex DGF, hormis le CH de St Yrieix dont l'activité est strictement ambulatoire, on n'observe aucune évolution positive (voire une baisse sur le CH de Guéret) avec des taux d'ambulatoire de moins de 30%.

Jusqu'en 2009, le secteur public n'avait pas passé le cap de l'ambulatoire contrairement au secteur privé

→ Pour ce qui concerne le secteur ex OQN, l'évolution est plutôt à la hausse (sauf St Germain et Emailleurs stables avec un taux global compris entre 20 et 50% des séjours)

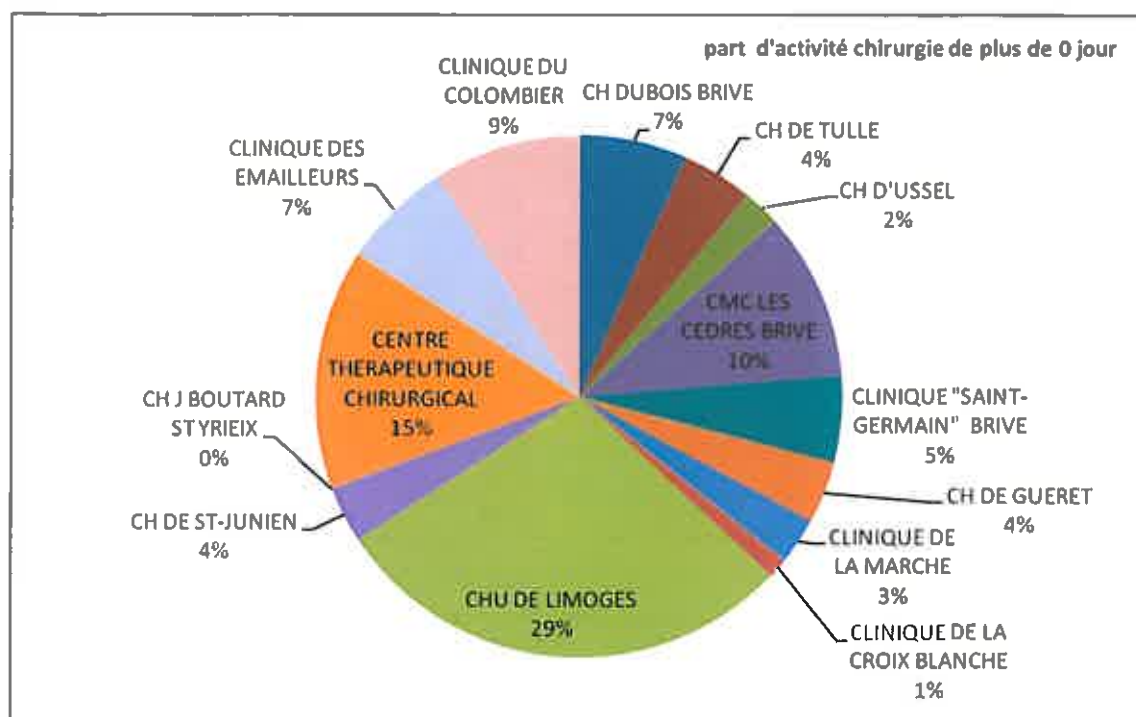
On observe que 70% de la chirurgie ambulatoire se pratique en secteur privé en région

- 72 % en Corrèze (3 publics, 2 privés)
- 78 % en Creuse (1 privé, 2 publics)
- 68 % en Haute Vienne (3 privés, 3 publics)

Tant pour la chirurgie que surtout pour l'ambulatoire, le secteur privé a pris l'essentiel des parts de marché, en raison notamment de la chirurgie de la cataracte, forte pourvoyeuse d'ambulatoire

→ L'effort le plus important est donc à porter sur les établissements publics pour les inciter à développer des circuits de prise en charge en ambulatoire

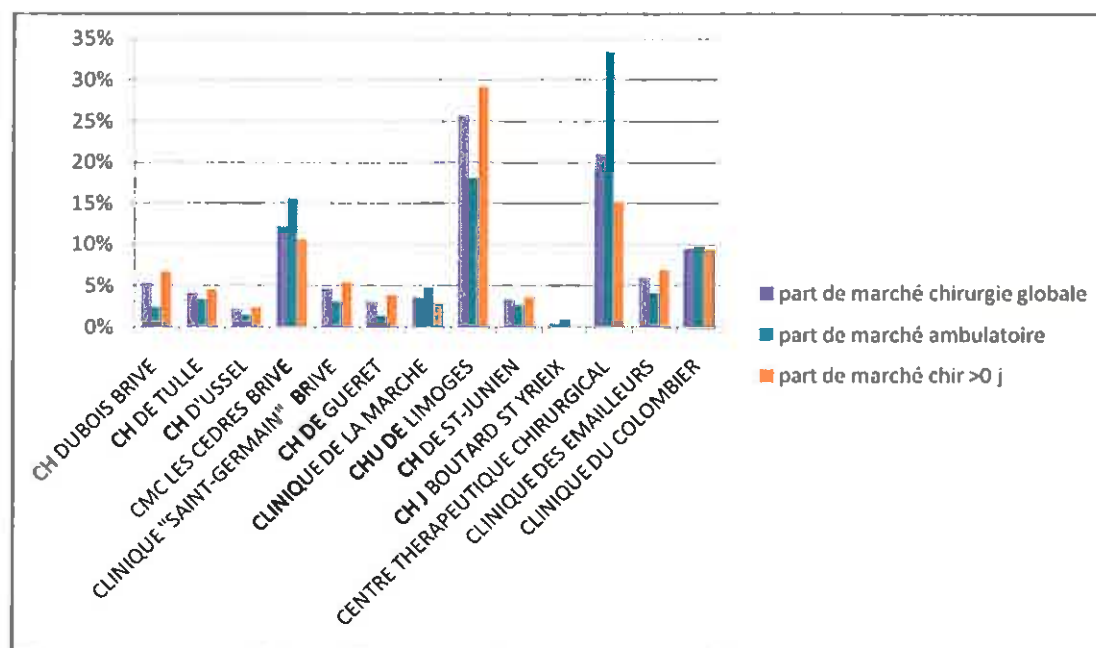
2.7 Volume d'activité en chirurgie complète de plus de 0 jour



50% de la chirurgie de plus de 0 jour se pratique sur 3 établissements : le CHU, la clinique chénieux, la clinique des Cèdres.

Au total, quand on observe la répartition de la chirurgie en Limousin :

- 3 établissements se détachent en volume total : CTC Chénieux, CHU, Cèdres
 - En ambulatoire : Chénieux et les Cèdres
 - En chirurgie « classique » plus de 0 jour : CH Brive et CHU
- ⇒ Ces éléments permettent de cibler les établissements ayant un potentiel de développement en chirurgie ambulatoire



3 OFFRE DE SOINS EN CHIRURGIE AMBULATOIRE

3.1 Part des établissements autorisés à l'activité de soins de chirurgie sous la forme d'alternative à l'hospitalisation en chirurgie ambulatoire sur le total d'établissements autorisés à la chirurgie

3.2 Nombre d'établissements autorisés à l'activité de soins de chirurgie sous la forme d'alternative à l'hospitalisation en chirurgie ambulatoire

Source des données : FINESS et DOSGDR	Date d'autorisation	
	Hospitalisation complète en chirurgie	Anesthésie ou chirurgie ambulatoire
CHU de Limoges (Dupuytren + HME)	avant 2006	avant 2006
Total CHU (nb d'autorisations)	1	1
CH de Brive-la-Gaillarde	23/01/2001	28/03/2007
CH de Tulle	23/01/2001	17/03/2003
CH d'Ussel	23/01/2001	03/04/2001
CH de Guéret	23/01/2001	17/03/2003
CH de St-Junien	23/01/2001	14/12/2004
CH St Yrieix*	non	2003 à 2011
Total CH (nb d'autorisations)		
Clinique de la Croix Blanche	23/01/2001	20/12/2010
Total ESPIC (nb d'autorisations)	1	1
Clinique Les Cèdres	23/01/2001	10/07/2001
Clinique St-Germain	23/01/2001	13/04/2004
Clinique de La Marche	23/01/2001	12/10/2004
Clinique François Chénieux	avant 2004	avant 2004
Clinique Emailleurs-Colombier : site clinique des Emailleurs	14/10/1996	13/04/2004
Clinique Emailleurs-Colombier : site clinique du Colombier	23/01/2001	08/10/2002
Total ex-OQN (nb d'autorisations)	6	6

* Depuis 2011, le CHU est autorisé à pratiquer l'activité d'anesthésie ou chirurgie ambulatoire sur le site du CH de Saint-Yrieix-la-Perche. Auparavant, le CH de Saint-Yrieix-la-Perche détenait l'autorisation en propre.

3.3 Nombre d'établissements autorisés à l'activité de soins de chirurgie sous la forme d'alternative à l'hospitalisation en chirurgie ambulatoire ayant moins de 1500 séjours chirurgicaux par an (hospitalisation complète + chirurgie ambulatoire)

En entités juridiques Au 31/12	2006	2007	2008	2009
LIMOUSIN				
Ex-DG				
Public				
CHU				
CH*	2	2	2	2
ESPIC	1	1	1	1
Ex-OQN				
CENTRE HOSPITALIER USSEL	1415	1349	1419	1376
CENTRE HOSPITALIER ST YRIEIX	242	175	146	198

* Depuis 2011, le CHU est autorisé à pratiquer l'activité d'anesthésie ou chirurgie ambulatoire sur le site du CH de Saint-Yrieix-la-Perche. Auparavant, le CH de Saint-Yrieix-la-Perche détenait l'autorisation en propre.

NB : à noter que ne figure pas dans ce tableau, la **clinique de la Croix Blanche**, autorisée depuis 2010 pour la chirurgie ambulatoire et dont l'activité totale est inférieure à 1500 séjours (652 séjours en 2007, 588 séjours en 2008 et 559 séjours en 2009)

3.4 à 3.7 Fuites et attractivité

Globalement, le Limousin a une attractivité supérieure aux fuites pour les séjours de chirurgie:

- en chirurgie complète, le solde positif est de 4 000 séjours (2009)
- en chirurgie ambulatoire, le solde positif est de 2 500 séjours (2009)
- la région « exporte » 6300 séjours et « importe » 13000 séjours : **la région est attractive.**

Pour ce qui concerne les résidents de :

Corrèze :

Sur 100 séjours chirurgicaux

- 74% se déroulent en Corrèze
- 15% en Hte Vienne
- 11% hors région (puy de Dôme, Haute Garonne)

Creuse

Sur 100 séjours chirurgicaux :

- 46% se déroulent en Creuse
- 28% en Hte Vienne
- 1% en Corrèze
- 25% hors région
 - o Dont 15% en Allier
 - o 6% en puy de Dôme
 - o 4% autres départements

Haute vienne

Sur 100 séjours chirurgicaux

- 96% se déroulent en Hte vienne
- 4% hors région → ce qui représente 1 500 séjours

Il est confirmé que la Haute Vienne a une forte attractivité sur la Corrèze et surtout la Creuse ; mais il est confirmé aussi que la Creuse a un fort taux de fuites et voit partir hors région 25% des séjours chirurgicaux, notamment vers l'Allier

Propositions :

- **conforter l'offre de soins des établissements de la région afin de renforcer l'attractivité régionale en optimisant les moyens (regroupements, mutualisations, travail en réseau)**
 - o **sur des plateaux techniques et avec des professionnels garantissant qualité et sécurité des soins**
 - o **sur des volumes d'activité suffisants**

4 Qualité de la prise en charge en chirurgie et chirurgie ambulatoire

4.1 Aspects quantitatifs/indicateurs

- Indice SURVISO

Un établissement n'a pas de surveillance des infections des sites opératoires en 2009 : clinique des Emailleurs

Un établissement a un seul service sur 6 sous surveillance ISO : CH Brive

- Tenue du dossier d'anesthésie

Année 2009	Score/100
CH DE ST-JUNIEN	98
CENTRE THERAPEUTIQUE	90

CHIRURGICAL	
CH DUBOIS BRIVE	88
CHU DE LIMOGES	83
CLINIQUE DE LA MARCHE	79
CH J BOUTARD ST YRIEIX	73
CLINIQUE "SAINT-GERMAIN" BRIVE	72
CH DE TULLE	71
CH D'USSEL	66
CMC LES CEDRES BRIVE	66
CLINIQUE DU COLOMBIER	63
CLINIQUE DE LA CROIX BLANCHE	61
CH DE GUERET	57
CLINIQUE DES EMAILLEURS	56

La médiane du score est à 72 ; il existe une marge de progrès certaine pour les 4 derniers établissements (dernier quartile)

- Traçabilité de l'évaluation de la douleur

Année 2009	% de dossiers conformes
CLINIQUE DES EMAILLEURS	91%
CLINIQUE "SAINT-GERMAIN" BRIVE	83%
CMC LES CEDRES BRIVE	74%
CENTRE THERAPEUTIQUE CHIRURGICAL	74%
CLINIQUE DE LA MARCHE	60%
CH DUBOIS BRIVE	57%
CH J BOUTARD ST YRIEIX	54%
CH DE ST-JUNIEN	51%
CH DE TULLE	45%
CLINIQUE DE LA CROIX BLANCHE	45%
CH DE GUERET	38%
CLINIQUE DU COLOMBIER	30%
CHU DE LIMOGES	29%
CH D'USSEL	24%

La médiane est à 53% ; pour les établissements au pourcentage le plus faible, des progrès doivent impérativement être fait

- Projet CLARTE
2 établissements en Limousin : le CH d'Ussel et la clinique CTC F. Chénieux

4.2 Aspects qualitatifs non spécifiques à la chirurgie ambulatoire

Campagne benchmark blocs opératoires effectuée en 2009 et 2010

5 Organisation de la prise en charge en chirurgie ambulatoire

- 5.1 Evaluation des circuits spécifiques dédiés à la chirurgie ambulatoire
- 5.2 Evaluation de la pratique de chirurgie ambulatoire « foraine »
- 5.3 Organisation de la continuité de la prise en charge post chirurgie ambulatoire
- 5.4 Existence de coopérations formalisées avec les soins de ville pour le pré et post opératoire
- 5.5 Coopérations inter établissements pour organiser l'activité de chirurgie ambulatoire de la région
- 5.6 Informations/communication avec les médecins de ville
- 5.7 Information/communication avec les patients

Tous les établissements de la région ont un service dédié à la chirurgie ambulatoire répondant aux critères réglementaires.

A noter que le CHU a ouvert une unité de 12 places en janvier 2011

Les éléments liés à l'organisation de la chirurgie ambulatoire ont été abordés par le groupe SROS chirurgie :

- La chirurgie ambulatoire se prévoit et s'organise : le chemin clinique du patient est un élément majeur de la prise en charge (depuis la date du RV jusqu'à la sortie – importance du rappel téléphonique au patient la veille ainsi que du rappel du lendemain)
- importance de l'information du patient avant – pendant - après
- organisation spécifique interne à l'établissement (service ou unité dédiée)
- importance de l'analgésie post opératoire jusqu'à et y compris au domicile par des professionnels formés
- importance de la possibilité d'appel du patient (ou du médecin traitant ou de l'infirmière) auprès du centre si besoin (N° d'appel pré défini)
- la limite de la chirurgie ambulatoire reste l'environnement socio environnemental
- des réflexions complémentaires sont à mener sur la complémentarité de l'HAD et chirurgie ambulatoire et hébergement type Hospitel®

Par ailleurs, le principe et la mise en place d'un livret et « d'éléments types » pour un dossier médical commun à tous les établissements de la région en matière de chirurgie ambulatoire doivent être développés pour assurer et conforter une harmonisation régionale

6 Accessibilité financière

→ Voir paragraphe 2.5

7 Actions entreprises en région afin de promouvoir la chirurgie ambulatoire

Actions réglementaires :

- Campagnes itératives depuis 2008 de mise sous accord préalable des établissements
- Dialogue de gestion annuel : suivi des CPOM et point sur le développement de la chirurgie ambulatoire

Actions de formation - information:

- En 2010, organisation d'un colloque sur la chirurgie ambulatoire des hernies inguinales (action à renouveler en 2011)
- Information du COTRIM : suivi des indicateurs de pratique de chirurgie ambulatoire (2011)
- Campagne « benchmark » blocs opératoires

Actions d'incitation :

- A l'occasion de chaque contrat de retour à l'équilibre, le développement de la chirurgie ambulatoire est inscrit comme une action prioritaire
- Contrat performance CHU : objectif spécifique « constitution d'un circuit patient ambulatoire »
- Visites des délégués Assurance Maladie (DAM) intégrant la chirurgie ambulatoire

Actions intra ARS :

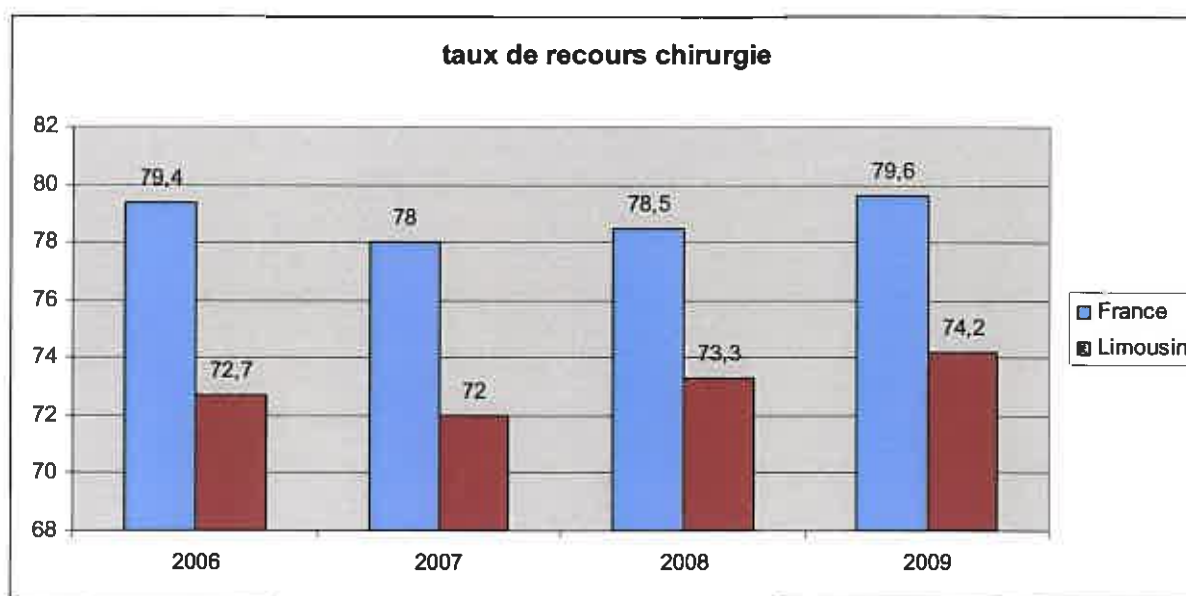
- Contrat Etat-ARS : la chirurgie ambulatoire fait partie des indicateurs du contrat
- Rédaction du SROS /PRS – volet chirurgie : la chirurgie ambulatoire sera un des éléments structurants du document

ANNEXE : DONNEES GRAPHIQUES

1 Le recours populationnel à la chirurgie

1.1 Taux de recours à la chirurgie dans son ensemble (=séjours en C) de la population domiciliée

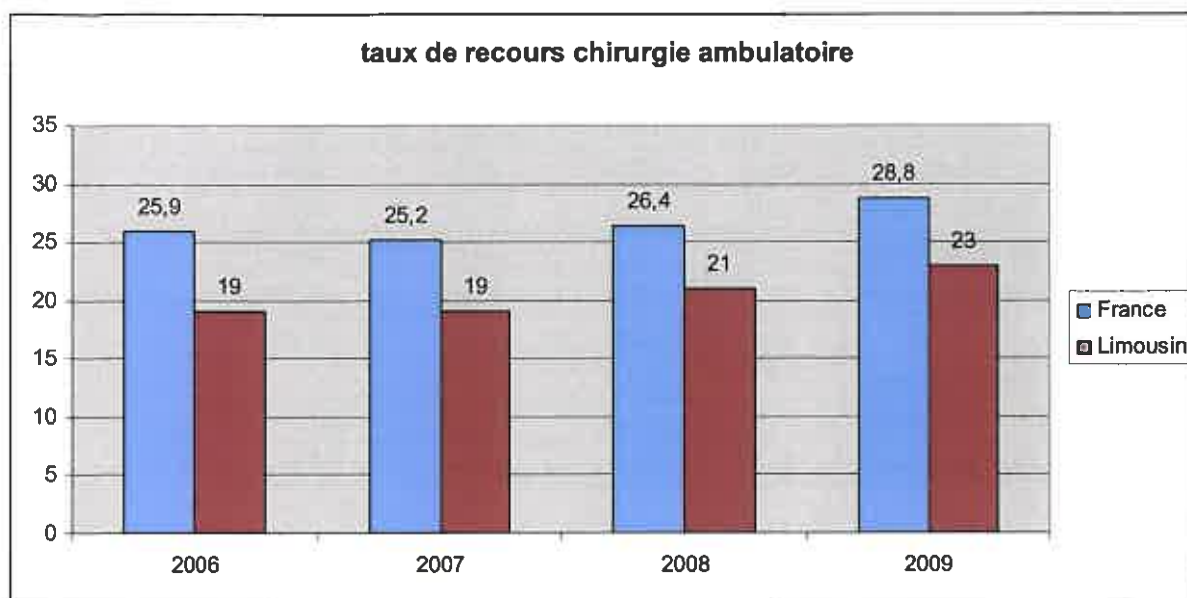
Nom	2006 (*)		2007		2008		2009	
	Taux brut	Taux stand.	Taux brut	Taux stand.	Taux brut	Taux stand.	Taux brut	Taux stand.
France	79,4	79,4	78,0	78,0	78,5	78,5	79,6	79,6
Limousin	81,0	72,7	80,9	72,0	82,4	73,3	83,5	74,2



Globalement, le taux de recours standardisé à la chirurgie est plus faible en Limousin comparé à la France, avec un écart qui se maintient (5 points environ)
On observe par ailleurs un effet âge/sexe important (effet âge surtout dû à la structure démographique de la région)

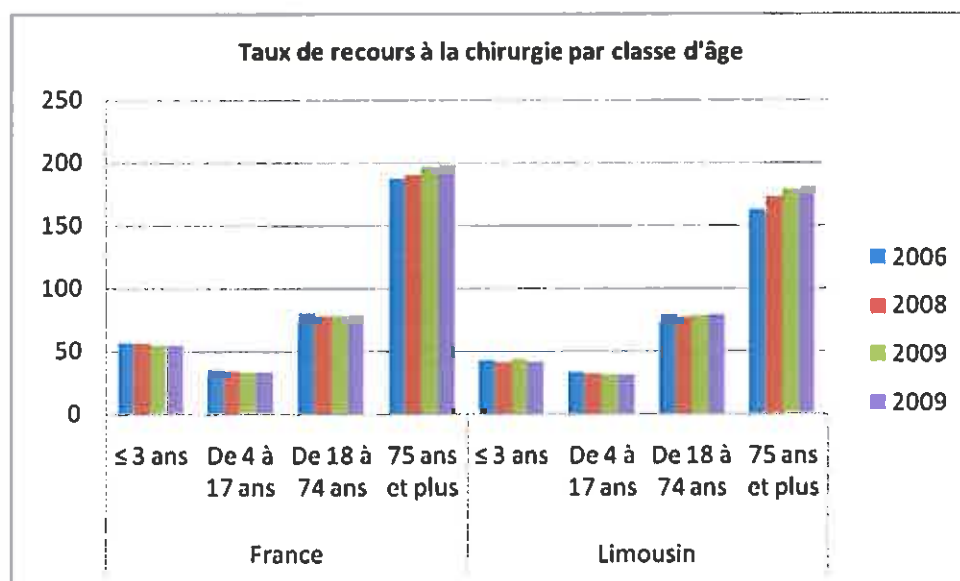
1.2 Taux de recours à la chirurgie ambulatoire (=séjours en C réalisés en 0 j) de la population domiciliée

Nom	2006		2007		2008		2009	
	Taux brut	Taux stand.	Taux brut	Taux stand.	Taux brut	Taux stand.	Taux brut	Taux stand.
France	25,9	25,9	25,2	25,2	26,4	26,4	28,8	28,8
Limousin	20,4	19,0	20,7	19,0	23,1	21,0	25,7	23,0



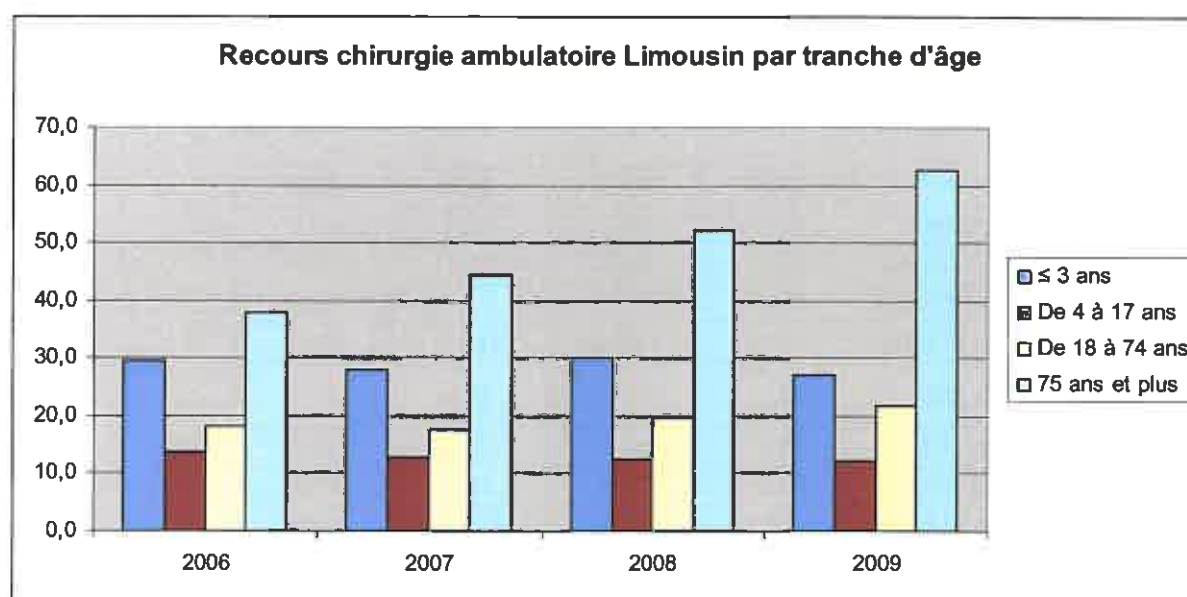
1.3 Taux de recours à l'ensemble de la chirurgie par tranche d'âge

		2006	2008	2009	2009
France	≤ 3 ans	56,6	56,6	54,6	53,8
	De 4 à 17 ans	35,2	34,3	33,1	32,5
	De 18 à 74 ans	79,3	77,3	77,7	78,9
	75 ans et plus	187,2	190,0	195,7	197,8
Limousin	≤ 3 ans	42,5	40,5	43,4	41,5
	De 4 à 17 ans	33,0	31,4	30,5	30,4
	De 18 à 74 ans	78,3	76,6	77,7	78,9
	75 ans et plus	162,3	172,9	178,9	180,8



1.4 Taux de recours à la chirurgie ambulatoire par tranche d'âge

Nom	Classe d'âge	Taux de recours			
		2006	2007	2008	2009
France	≤ 3 ans	40,6	40,9	39,3	39,4
	De 4 à 17 ans	16,6	16,3	15,7	16,0
	De 18 à 74 ans	24,0	22,8	24,1	26,5
	75 ans et plus	53,4	55,0	60,5	68,2
Limousin	≤ 3 ans	29,5	28,0	30,2	27,0
	De 4 à 17 ans	13,7	12,8	12,4	12,3
	De 18 à 74 ans	18,1	17,6	19,6	21,7
	75 ans et plus	38,0	44,5	52,2	62,5

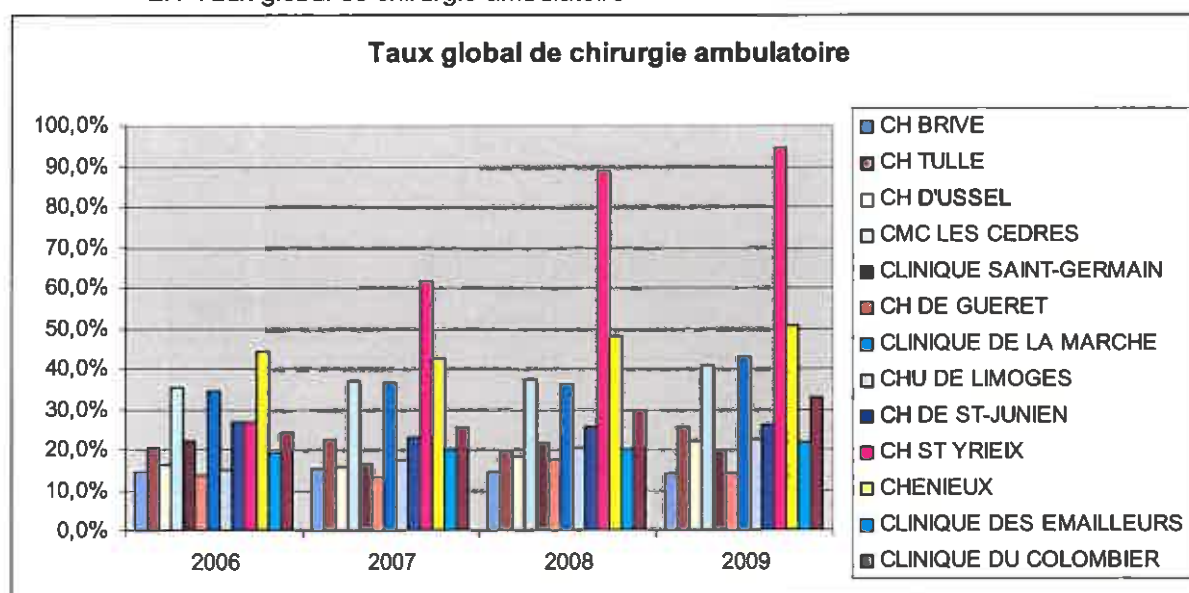


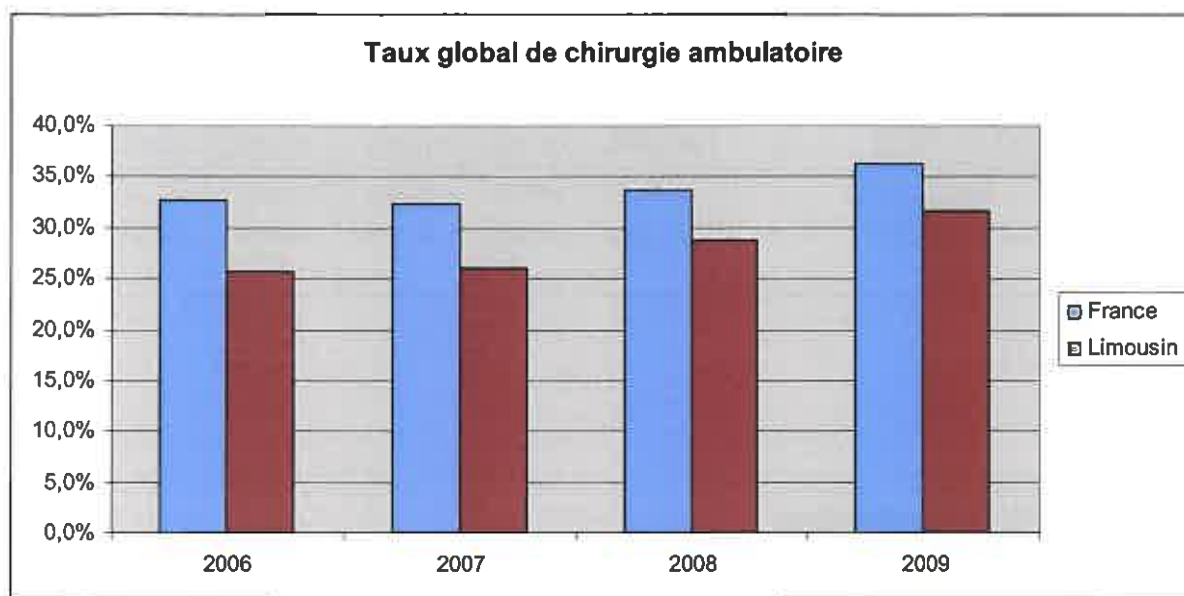
Nom	Secteur	2006	2007	2008	2009
France		32,7%	32,3%	33,6%	36,2%
Limousin		25,6%	26,1%	28,7%	31,6%
CH DUBOIS BRIVE	ex DGF	14,5%	15,2%	14,5%	14,2%
CH DE TULLE	ex DGF	20,5%	22,7%	19,7%	25,6%
CH D'USSEL	ex DGF	16,1%	15,8%	18,4%	22,2%
CMC LES CEDRES BRIVE	ex OQN	35,2%	37,2%	37,3%	40,9%
CLINIQUE "SAINT-GERMAIN" BRIVE	ex OQN	22,3%	16,6%	21,9%	20,2%
CH DE GUERET	ex DGF	13,8%	13,1%	17,5%	14,0%
CLINIQUE DE LA MARCHE	ex OQN	34,6%	36,8%	36,1%	42,8%
CHU DE LIMOGES	ex DGF	15,1%	17,6%	20,6%	22,5%
CH DE ST-JUNIEN	ex DGF	26,7%	22,9%	25,3%	25,8%

CH J BOUTARD ST YRIEIX	ex DGF	26,9%	61,7%	89,0%	94,4%
CENTRE THERAPEUTIQUE CHIRURGICAL	ex OQN	44,1%	42,8%	47,9%	50,8%
CLINIQUE DES EMAILLEURS	ex OQN	19,0%	19,9%	19,9%	21,7%
CLINIQUE DU COLOMBIER	ex OQN	24,5%	25,6%	29,6%	32,9%

2 Taux de chirurgie ambulatoire

2.1 Taux global de chirurgie ambulatoire





2.2 Taux de chirurgie ambulatoire et par geste marqueur

gestes 2009 LIMOUSIN	nombre séjours	nbre ambu	% ambu Limousin	France
Adénoïdectomies	645	633	98%	97%
Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties	1505	935	62%	72%
Chirurgie anale	167	29	17%	26%
Chirurgie canal carpien et autres libérations nerveuses	2053	1659	81%	87%
Chirurgie de la conjonctive (ptérygion)	147	133	90%	91%
Chirurgie de la maladie de Dupuytren	189	34	18%	68%
Chirurgie des bourses	280	109	39%	50%
Chirurgie des hernies inguinales	1842	52	3%	18%
Chirurgie des varices	1717	891	52%	55%
Chirurgie du cristallin	10381	8983	87%	78%
Chirurgie du sein/tumorectomie	186	33	18%	27%
Chirurgie réparatrice des ligaments et tendons (main)	198	151	76%	86%
Chirurgie strabisme	61	10	16%	36%
Chirurgie utérus, vulve, vagin et AMP	3275	2604	80%	82%
Coelioscopie gynécologique	176	27	15%	16%
Exérèses de kystes synoviaux	158	130	82%	93%
Extraction dentaire	3997	3305	83%	85%
TOTAL	26977	19718	73%	74%

	2008	2009	2010
Adénoïdectomies	97%	98%	98%
Arthroscopies du genou	49%	62%	66%
Chirurgie anale	14%	18%	14%

Chirurgie canal carpien	78%	81%	83%
Chirurgie de la conjonctive	83%	92%	94%
Chirurgie Mal Dupuytren	21%	17%	23%
Chirurgie des bourses	26%	29%	34%
hernies inguinales	1%	3%	18%
Chirurgie des varices	36%	52%	58%
Chirurgie du cristallin	78%	87%	86%
Chirurgie du sein	30%	18%	27%
Chirurgie réparatrice des ligaments	71%	77%	79%
Chirurgie strabisme	16%	14%	42%
Chirurgie utérus, vulve, vagin	77%	80%	85%
Coelioscopie gynécologique	15%	18%	25%
Exérèses de kystes synoviaux	84%	85%	81%
Extraction dentaire	74%	83%	84%
Total séjours	64%	73%	76%

2.3 Taux de chirurgie ambulatoire au global et par GHM pour les 19 GHM à tarif unique

Nom	Catégorie	Secteur	2006	2007	2008	2009
France			57,0%	59,5%	64,2%	70,9%
Limousin			51,2%	53,7%	61,7%	68,5%
CH DUBOIS BRIVE	CH	ex DGF	42,5%	45,3%	47,6%	50,6%
CH DE TULLE	CH	ex DGF	50,4%	51,7%	48,1%	56,8%
CH D'USSEL	CH	ex DGF	33,4%	35,0%	54,8%	56,9%
CMC LES CEDRES BRIVE	ex OQN	ex OQN	54,5%	55,9%	58,3%	70,3%
CLINIQUE "SAINT-GERMAIN" BRIVE	ex OQN	ex OQN	36,6%	35,4%	43,3%	48,6%
CH DE GUERET	CH	ex DGF	23,0%	26,4%	38,5%	32,1%
CLINIQUE DE LA MARCHE	ex OQN	ex OQN	56,8%	56,7%	58,6%	66,9%
CHU DE LIMOGES	CHR	ex DGF	37,4%	40,2%	53,9%	60,1%
CH DE ST-JUNIEN	CH	ex DGF	52,9%	45,9%	55,3%	57,4%
CH J BOUTARD ST YRIEX	CH	ex DGF	26,5%	62,1%	89,5%	94,4%
CENTRE THERAPEUTIQUE CHIRURGICAL	ex OQN	ex OQN	73,1%	76,8%	82,3%	84,3%
CLINIQUE DES EMAILLEURS	ex OQN	ex OQN	42,2%	52,1%	56,5%	63,1%
CLINIQUE DU COLOMBIER	ex OQN	ex OQN	41,6%	41,8%	54,5%	61,8%

2.3 bis Taux de chirurgie ambulatoire (GHM en C et J) pour les 18 racines à tarif unique, avec comme périmètre du dénominateur les GHM en C de niveau 1 et J

Nom	Catégorie	Secteur	2006	2007	2008	2009
France			57,9%	60,3%	65,1%	71,9%
Limousin			52,6%	55,0%	63,2%	70,0%
CH DUBOIS BRIVE	CH	ex DGF	44,9%	47,7%	49,9%	53,6%
CH DE TULLE	CH	ex DGF	52,7%	53,4%	49,3%	59,2%
CH D'USSEL	CH	ex DGF	34,7%	36,4%	57,8%	61,8%

CMC LES CEDRES BRIVE	ex OQN	ex OQN	55,8%	57,3%	59,4%	71,4%
CLINIQUE "SAINT-GERMAIN" BRIVE	ex OQN	ex OQN	37,4%	36,5%	45,2%	50,8%
CH DE GUERET	CH	ex DGF	25,7%	28,5%	40,6%	34,1%
CLINIQUE DE LA MARCHE	ex OQN	ex OQN	57,9%	57,5%	59,3%	67,7%
CHU DE LIMOGES	CHR	ex DGF	38,7%	41,3%	55,6%	61,6%
CH DE ST-JUNIEN	CH	ex DGF	55,0%	47,5%	56,4%	58,6%
CH J BOUTARD ST YRIEIX	CH	ex DGF	26,7%	62,5%	89,5%	94,4%
CENTRE THERAPEUTIQUE CHIRURGICAL	ex OQN	ex OQN	73,9%	77,7%	83,1%	85,2%
CLINIQUE DES EMAILLEURS	ex OQN	ex OQN	44,3%	54,2%	60,8%	65,1%
CLINIQUE DU COLOMBIER	ex OQN	ex OQN	42,4%	42,4%	55,3%	62,7%

2.4 Nombre de séjours chirurgicaux réalisés en 0 jour et non classés dans des GHM en J
⇒ Indicateur non fourni SNATIH

2.5 Volume d'activité de chirurgie en nombre de séjours en C, au total

Nom	Catégorie	Secteur	2006	2007	2008	2009
France			5 038 492	4 966 993	4 974 172	5 073 643
Limousin			64 868	65 068	66 224	68 285
CH DUBOIS BRIVE	CH	ex DGF	3 270	405 3	565 3	602 3
CH DE TULLE	CH	ex DGF	2 459	349 2	534 2	759 2
CH D'USSEL	CH	ex DGF	1 394	343 1	421 1	376 1
CMC LES CEDRES BRIVE	ex OQN	ex OQN	7 504	441 8	214 8	196 8
CLINIQUE "SAINT-GERMAIN" BRIVE	ex OQN	ex OQN	3 908	542 3	472 3	152 3
CH DE GUERET	CH	ex DGF	2 517	481 2	463 2	062 2
CLINIQUE DE LA MARCHE	ex OQN	ex OQN	2 435	470 2	316 2	356 2
CHU DE LIMOGES	CHR	ex DGF	15 716	265 16	894 16	356 17
CH DE ST-JUNIEN	CH	ex DGF	1 800	835 1	009 2	169 2
CH J BOUTARD ST YRIEIX	CH	ex DGF	242	175	146	198
CENTRE THERAPEUTIQUE CHIRURGICAL	ex OQN	ex OQN	12 136	312 11	258 12	141 14
CLINIQUE DES EMAILLEURS	ex OQN	ex OQN	3 556	008 4	960 3	003 4
CLINIQUE DU COLOMBIER	ex OQN	ex OQN	7 111	767 6	384 6	354 6

2.6 Volume d'activité de chirurgie ambulatoire en nombre de séjours en C réalisé 0 jour
au total

Nom	Catégorie	Secteur	2006	2007	2008	2009
France			1 648 644	1 604 088	1 672 800	1 836 962
74 - Limousin			16 628	16 998	19 034	21 607
CH DUBOIS BRIVE	CH	ex DGF	475	517	518	510
CH DE TULLE	CH	ex DGF	505	534	499	706
CH D'USSEL	CH	ex DGF	224	212	261	305
CMC LES CEDRES BRIVE	ex OQN	ex OQN	2 645	3 139	3 067	3 349
CLINIQUE "SAINT-GERMAIN" BRIVE	ex OQN	ex OQN	870	587	760	636
CH DE GUERET	CH	ex DGF	348	325	432	289
CLINIQUE DE LA MARCHE	ex OQN	ex OQN	843	909	837	1 009
CHU DE LIMOGES	CHR	ex DGF	2 366	2 855	3 475	3 905
CH DE ST-JUNIEN	CH	ex DGF	481	421	509	560
CH J BOUTARD ST YRIEX	CH	ex DGF	65	108	130	187
CENTRE THERAPEUTIQUE CHIRURGICAL	ex OQN	ex OQN	5 346	4 837	5 869	7 188
CLINIQUE DES EMAILLEURS	ex OQN	ex OQN	674	799	788	870
CLINIQUE DU COLOMBIER	ex OQN	ex OQN	1 739	1 732	1 889	2 091

2.7 volume d'activité de chirurgie d'hospitalisation complète en nombre de séjours en C
réalisés en plus de 0 jour au total

Nom	Catégorie	Secteur	2006	2007	2008	2009
France			3 389 848	3 362 905	3 301 372	3 236 681
74 - Limousin			48 240	48 070	47 190	46 678
CH DUBOIS BRIVE	CH	ex DGF	2 795	2 888	3 047	3 092
CH DE TULLE	CH	ex DGF	1 954	1 815	2 035	2 053
CH D'USSEL	CH	ex DGF	1 170	1 131	1 160	1 071
CMC LES CEDRES BRIVE	ex OQN	ex OQN	4 859	5 302	5 147	4 847
CLINIQUE "SAINT-GERMAIN" BRIVE	ex OQN	ex OQN	3 038	2 955	2 712	2 516
CH DE GUERET	CH	ex DGF	2 169	2 156	2 031	1 773
CLINIQUE DE LA MARCHE	ex OQN	ex OQN	1 592	1 561	1 479	1 347
CLINIQUE DE LA CROIX BLANCHE		ESPIC	773	652	588	559
CHU DE LIMOGES	CHR	ex DGF	13 350	13 410	13 419	13 451

CH DE ST-JUNIEN	CH	ex DGF	1 319	1 414	1 500	1 609
CH J BOUTARD ST YRIEIX	CH	ex DGF	177	67	16	11
CENTRE THERAPEUTIQUE CHIRURGICAL	ex OQN	ex OQN	6 790	6 475	6 389	6 953
CLINIQUE DES EMAILLEURS	ex OQN	ex OQN	2 882	3 209	3 172	3 133
CLINIQUE DU COLOMBIER	ex OQN	ex OQN	5 372	5 035	4 495	4 263

2.8 Répartition des modes de sortie des séjours en C réalisé en 0 jour

⇒ Tableaux de sorties non disponibles

3 Offre de soins en chirurgie ambulatoire

3.1 Part des établissements autorisés à l'activité de soins de chirurgie sous la forme d'alternative à l'hospitalisation en chirurgie ambulatoire sur le total d'établissements autorisés à la chirurgie

3.2 Nombre d'établissements autorisés à l'activité de soins de chirurgie sous la forme d'alternative à l'hospitalisation en chirurgie ambulatoire

Source des données : FINESS et DOSGDR	Date d'autorisation	
	Hospitalisation complète en chirurgie	Anesthésie ou chirurgie ambulatoire
CHU de Limoges (Dupuytren + HME)	avant 2006	avant 2006
Total CHU (nb d'autorisations)	1	1
CH de Brive-la-Gaillarde	23/01/2001	28/03/2007
CH de Tulle	23/01/2001	17/03/2003
CH d'Ussel	23/01/2001	03/04/2001
CH de Guéret	23/01/2001	17/03/2003
CH de St-Junien	23/01/2001	14/12/2004
CH St Yrieix*	non	2003 à 2011
Total CH (nb d'autorisations)		
Clinique de la Croix Blanche	23/01/2001	20/12/2010
Total ESPIC (nb d'autorisations)	1	1
Clinique Les Cèdres	23/01/2001	10/07/2001
Clinique St-Germain	23/01/2001	13/04/2004
Clinique de La Marche	23/01/2001	12/10/2004
Clinique François Chénieux	avant 2004	avant 2004
Clinique Emailleurs-Colombier : site clinique des Emailleurs	14/10/1996	13/04/2004
Clinique Emailleurs-Colombier : site clinique du Colombier	23/01/2001	08/10/2002
Total ex-OQN (nb d'autorisations)	6	6

* Depuis 2011, le CHU est autorisé à pratiquer l'activité d'anesthésie ou chirurgie ambulatoire sur le site du CH de Saint-Yrieix-la-Perche. Auparavant, le CH de Saint-Yrieix-la-Perche détenait l'autorisation en propre.

3.3 Nombre d'établissements autorisés à l'activité de soins de chirurgie sous la forme d'alternative à l'hospitalisation en chirurgie ambulatoire ayant moins de 1500 séjours chirurgicaux par an (hospitalisation complète + chirurgie ambulatoire)

En entités juridiques Au 31/12	2006	2007	2008	2009
LIMOUSIN				

Ex-DG				
Public				
CHU				
CH*	2	2	2	2
ESPIC	1	1	1	1
Ex-OQN				
CENTRE HOSPITALIER USSEL	1415	1349	1419	1376
CENTRE HOSPITALIER ST YRIEIX	242	175	146	198

* Depuis 2011, le CHU est autorisé à pratiquer l'activité d'anesthésie ou chirurgie ambulatoire sur le site du CH de Saint-Yrieix-la-Perche. Auparavant, le CH de Saint-Yrieix-la-Perche détenait l'autorisation en propre.

Fuite et attractivité :

3.4 Taux de fuite pour la chirurgie

Nb de séjours consommés hors Limousin par des patients résidant en Limousin / Ens. des séjours consommés par les patients résidant en Limousin

	2006 (en V10)	2007 (en V10)	2008 (en V11)	2009 (en V11)
LIMOUSIN	10,4%	10,2%	10,6%	10,4%

3.5 Taux de fuite pour la chirurgie ambulatoire

Nb de séjours consommés hors Limousin par des patients résidant en Limousin / Ens. des séjours consommés par les patients résidant en Limousin

	2006 (en V10)	2007 (en V10)	2008 (en V11)	2009 (en V11)
LIMOUSIN	9,6%	8,9%	9,3%	8,9%

3.6 Taux d'attractivité pour la chirurgie

Nb de séjours réalisés en Limousin pour des patients domiciliés hors Limousin / Ens. des séjours produits par les établissements du Limousin, quel que soit le lieu de résidence des patients

	2006 (en V10)	2007 (en V10)	2008 (en V11)	2009 (en V11)
LIMOUSIN	18,3%	18,9%	18,7%	19,3%

3.7 Taux d'attractivité pour la chirurgie ambulatoire

Nb de séjours réalisés en Limousin pour des patients domiciliés hors Limousin / Ens. des séjours produits par les établissements du Limousin, quel que soit le lieu de résidence des patients

	2006 (en V10)	2007 (en V10)	2008 (en V11)	2009 (en V11)
LIMOUSIN	18,8%	18,8%	19,5%	19,9%

Partie II : ETAT DES LIEUX QUALITATIF

4 Qualité de la prise en charge en chirurgie et chirurgie ambulatoire

4.1 Aspects quantitatifs/indicateurs

- Indice SURVISO

Un établissement n'a pas de surveillance des infections des sites opératoires en 2009 : clinique des Emailleurs

Un établissement a un seul service sur 6 sous surveillance ISO : CH Brive

- Tenue du dossier d'anesthésie

Année 2009	Score/100
CH DUBOIS BRIVE	88
CH DE TULLE	71
CH D'USSEL	66
CMC LES CEDRES BRIVE	66
CLINIQUE "SAINT-GERMAIN" BRIVE	72
CH DE GUERET	57
CLINIQUE DE LA MARCHE	79
CLINIQUE DE LA CROIX BLANCHE	61
CHU DE LIMOGES	83
CH DE ST-JUNIEN	98
CH J BOUTARD ST YRIEIX	73
CENTRE THERAPEUTIQUE CHIRURGICAL	90
CLINIQUE DES EMAILLEURS	56
CLINIQUE DU COLOMBIER	63

- Traçabilité de l'évaluation de la douleur

Année 2009	% de dossiers conformes
CH DUBOIS BRIVE	57%
CH DE TULLE	45%
CH D'USSEL	24%
CMC LES CEDRES BRIVE	74%
CLINIQUE "SAINT-GERMAIN" BRIVE	83%
CH DE GUERET	38%
CLINIQUE DE LA MARCHE	60%
CLINIQUE DE LA CROIX BLANCHE	45%
CHU DE LIMOGES	29%
CH DE ST-JUNIEN	51%
CH J BOUTARD ST YRIEIX	54%
CENTRE THERAPEUTIQUE CHIRURGICAL	74%
CLINIQUE DES EMAILLEURS	91%
CLINIQUE DU COLOMBIER	30%

- Projet CLARTE

2 établissements en Limousin : LE CH d'Ussel et la clinique F. Chénieux

4.2 Aspects qualitatifs non spécifiques à la chirurgie ambulatoire

5 Organisation de la prise en charge en chirurgie ambulatoire

- 5.1 Evaluation des circuits spécifiques dédiés à la chirurgie ambulatoire
- 5.2 Evaluation de la pratique de chirurgie ambulatoire « foraine »
- 5.3 Organisation de la continuité de la prise en charge post chirurgie ambulatoire
- 5.4 Existence de coopérations formalisées avec les soins de ville pour le pré et post opératoire
- 5.5 Coopérations inter établissements pour organiser l'activité de chirurgie ambulatoire de la région
- 5.6 Informations/communication avec les médecins de ville
- 5.7 Information/communication avec les patients

6 Accessibilité financière

- 6.1 Evaluation de la part de l'offre globale de chirurgie ambulatoire prise en charge en secteur 1 dans la région

7 Actions entreprises au niveau régional afin de promouvoir la chirurgie ambulatoire

- 7.1 actions de formation des professionnels
- 7.2 Actions de sensibilisation, information, communication ciblant les établissements de santé

Annexe 3 : Etat des lieux relatif à l'Insuffisance rénale chronique

1 – Etat des lieux et Principaux résultats du diagnostic partagé

Sources :

Selon les cas, les indicateurs proviennent :

- soit directement via le registre REIN et la base de données CRISTAL, fournis par les équipes régionales de coordination de REIN et les Services de Régulation et d'Appui de l'ABM, à partir de la fin du mois de février;
- soit via la mobilisation d'informations existantes ou en cours de mise en œuvre dans d'autres bases de données qu'il conviendra de mobiliser: a) indicateurs COMPAQH/HAS relatifs aux pratiques d'hémodialyse (HD), disponibles à partir de 2011/2012 ; b) indicateurs des pratiques de DP, disponibles auprès des établissements participant au registre de DP de langue française (RDPLF) ;
- d'autres indicateurs qui concernent l'organisation des soins et la démographie des professionnels de santé recueillis par l'ARS.

Les indicateurs issus de REIN :

A - Epidémiologie

Données générales sur l'épidémiologie de la région (entre régions et la référence nationale et position de la dialyse/greffe rénale) :

- a. *Prévalence de l'IRCT traitée à l'échelon régional, par tranche d'âge* (1-<=18ans ; 18-64 ; 65-74 ; >75 ans) *au 31/12 de l'année 2009* :

a) nombre de patients avec la répartition % greffés avec greffon fonctionnel et % dialysés =

- Taux brut = **484 en HD** – Taux standardisé : **386**
- Taux brut : **53 DP** – Taux standardisé : **41**
- Taux brut : **468 transplantation** – Taux standardisé : **432**

(Pages 62 et 63)

- 0 à 19 ans : 7
- 20 à 44 ans : 140
- 45 à 64 ans : 472
- 65 à 74 : 1420
- > à 75 ans : 1760 / millions d'habitants.

Dialyse : 367 résidents dialysés dans la région (93,6%) et 25 résidents dialysés hors région (6,4%) = **392 résidents dialysés**. (Page 64)

b) en taux de prévalence brut (pmh) = **Prévalence globale de l'IRCT au 31/12/2009 = 1 005** (page 61 du rapport)

c) prévalence globale standardisée à la population de référence France entière DOM compris (par M ha) = **859** (page 61)

- b. *Incidence de l'IRCT traitée à l'échelon régional, par tranche d'âge idem sur l'année 2009* :

a) en nombre de patients avec répartition % greffe préemptive et % dialysés =

94 résidents dialysés dans la région et **10** résidents dialysés hors région et **3** résidents avec greffe préemptive = **107** (page 35)

Taux brut : **123 HD** - Taux standardisé : **101**

Taux brut : **19 DP** - Taux standardisé : **15**

Taux brut : **4 transplantation** - Taux standardisé : **4**

(Pages 51 et 52)

- 0 à 19 ans : 7

- 20 à 44 ans : 51
- 45 à 64 ans : 142
- 65 à 74 : 381
- > à 75 ans : 333 / millions d'habitants.

Patients incidents : % dialysés (HD + DP) = 97,2%
% greffes préemptives = 2,8%

b) en taux brut (pmh) = 147 (page 36)

c) en taux standardisé par M Ha = 120 (page 36)

c. Incidence et prévalence des patients en IRCT traités avec diabète associé (idem) avec % greffés et dialysés =

Incidence IRCT avec diabète associé (taux standardisé) :

- diabète de type 1 : 4
- diabète de type 2 : 45 (page 47)

Prévalence IRCT avec diabète associé (taux standardisé) :

- diabète de type 1 : 8
- diabète de type 2 : 137 (page 74)

Incidence IRCT par néphropathie diabétique :

- taux brut : 45
- taux standardisé : 36 (page 46)

Prévalence IRCT par néphropathie diabétique :

- taux brut : 122
- taux standardisé : 96

B - Activité de dialyse et greffe :

a) Données de « prévalence » :

❖ Nombre total de patients en IRCT traités (pour des patients présents au 31/12 de l'année considérée) :

a) dialysés et répartition en % et en nombre par modalités de prise en charge:

	HDC	UDM	Autodialyse	HD Domicile	DP	Entraînement
Nombre	209	113	48	2	41	4
%	50,1	27,1	11,5	0,5	9,8	1

b) Prévalence au 31/12/2009 des patients porteur d'un greffon rénal fonctionnel :

- Nombre : 342
- Taux brut : 468 / millions hab.
- Taux standardisé : 432 / millions hab.

c) Données « d'incidence » :

❖ Nombre de **nouveaux patients** en IRCT traités repérés dans leur première modalité de traitement et répartition idem à indicateur (A – a.), sur l'année considérée. Par région, territoire et structure =

a) nombre de patients avec la répartition % greffés avec greffon fonctionnel et % dialysés = 107 nouveaux patients

- 94 dialysés dans la région soit 87,9% du total,

- 10 dialysés hors région soit 9,3% du total
- 3 greffes préemptives soit 2,8% du total (page 35)

- 90 en HD
- 14 en DP
- 3 en greffes préemptives

❖ Tableau des flux de patients sur la région entre les modalités de prise en charge fourni par région sur l'année considérée :

	2009	2010
Greffe	6	7
HD en centre	209	199
UDM	114	124
AD (simple ou assistée) + HDD	53	52
DP	42	53
Total	424	435

C - Indicateur de lourdeur de la comorbidité des patients traités par épuration extra-rénale

a) Indicateur de présence de comorbidité sur les patients présents en dialyse au 31/12 de l'année considérée : Nous n'avons pas les données des patients présents au 31/12/2009.
On a des indications pour les nouveaux patients pris en charge en dialyse en 2009. Pour le Limousin, il y a au moins 1 comorbidité pour 65,4% des patients (contre 57% au niveau national).

% de comorbidités cardiovasculaires parmi les nouveaux cas :

- pathologies coronariennes : 27,6% dont IDM 12,5%
- Insuff. Cardiaque : 30,5%
- Troubles du rythme cardiaque : 23,6%
- Artérite des membres inférieurs : 25% dont III et IV : 9,7%
- AVC : 19,1%

% de nouveaux cas par comorbidités non cardio vasculaires :

- Insuff. Respiratoire : 16,4%
- Cancer : 8,6%
- Cirrhose : 2,9%
- VIH, VHB, VHC : 0%

% de diabète déclaré parmi les nouveaux cas : 41,1% dont :

- type 1 : 6,8 %
- type 2 : 93,2 %

D) Indicateur concernant le mode d'entrée programmé ou non en dialyse :

a) Indicateur sur les nouveaux patients pris en dialyse sur l'année considérée: % de patients dialysés en urgence avec répartition par modalités de prise en charge

1) par région =

% de patients dialysés en urgence = 14,9% d'HD en urgence contre 33,5% au niveau national (page 105)

2) par territoires = Pas de données disponibles.

E) Indicateur d'accessibilité :

a) Indicateur pour les patients présents en dialyse au 31/12 de l'année considérée, hors domicile, résidant dans la région : % de patients ayant un temps de transport >= à 45 minutes selon les modalités de prise en charge (HD en centre, UDM, AD (simple ou assistée)).

a) par région =

% de patients ayant un temps de transport $\geq$ à 45 minutes selon les modalités de prise en charge (HD en centre, UDM, AD (simple ou assistée)) =

21 % des patients en HD (hors domicile) avaient un trajet supérieur à 45 minutes (page 130)

Nous ne disposons pas de données plus fines par modalité de dialyse.

b) par territoire = Pas de données disponibles.

F) Indicateur d'accessibilité à la liste de greffe :

❖ Indicateur de % de patients inscrits parmi les patients en dialyse au 31/12 de l'année considérée à l'échelon régional :

❖ a) % de patients < de 70 ans sans diabète sur la liste d'attente de greffe rénale = 12,1% au 31/12/2009

b) même indicateur pour les patients de < de 70 ans avec diabète = 7,1% au 31/12/2009

❖ Indicateur de cinétique d'inscription sur la liste: pour les patients de moins de 60 ans :

a) % inscrits dans un délai de 0 jours (inscription préemptive avant dialyse) = 12,8% en 2009

b) % de patients inscrits dans un délai de 1 à 12 mois après le début de leur épuration extra-rénale (EER) = 38.5 % en 2009

c) % de patients non inscrits à 12 mois de début de leur EER = 14.3% en 2009

(Données sur les nouveaux patients pris en dialyse sur l'année antérieure à l'année considérée pour disposer d'un recul de un an).

G) Attractivité/fuite :

a) Indicateur d'attractivité de la région :

❖ nombre de nouveaux patients de l'année considérée ayant démarré leur traitement dans la région mais résidant hors région/nombre total de nouveaux patients ayant démarré leur traitement dans la région, selon la modalité de traitement (dialyse ou greffe) =

En 2009

	Patients résidant hors région	Nombre total de nouveaux patients
Dialyse	14	108
Greffe	23	40

❖ nombre de patients traités dans la région au 31/12 de l'année considérée, résidant hors région/nombre total de patients traités de la région, selon la modalité de traitement (dialyse ou greffe) =

En 2009

	Patients résidant hors région	Nombre total des patients traités
Dialyse	53	418
Greffe (suivis)	175	477

b) Indicateur de taux de fuite de la région :

❖ nombre de nouveaux patients de l'année considérée résidents dans la région, ayant démarré leur traitement hors région/nombre total de patients résidant dans la région, selon la modalité de traitement (dialyse ou greffe) =

10 cas incidents dialysés hors région / 104 cas incidents dialysés (ou sur 107 patients incidents) = 9,62 % (ou 9,35%) (Page 35)
 3 cas incidents greffés de manière préemptive / 107 patients incidents = 2,8%

- ❖ nombre de patients résidents dans la région au 31/12 de l'année considérée, traités hors région/nombre total de patients résidant de la région, selon la modalité de traitement (dialyse ou greffe) =

25 patients traités par dialyse hors région / 392 patients prévalents = 420 patients dialysés dans la région. (Page 114)

Les indicateurs issus de la base de données des greffes de l'ABM (CRISTAL) :

A - Accessibilité :

- a) Durée médiane de séjour sur la liste d'attente de greffe rénale (avec réf. nationale) : **8,3 mois** (contre 18,9 mois au niveau national)

B – Activité :

- a) Nombre de greffes de rein réalisées, nombre de greffes sur donneurs vivants, sur donneur décédés, nombre de greffes sur cœur arrêté :
 2009 : 40 greffes (dont 2 donneurs vivants)
 2010 : 49 greffes (dont 2 donneurs vivants)
- b) Nombre de patients suivis dans les centres de greffes/an (file active des patients greffés suivis en centre de greffe) : **477 patients greffés suivis en 2009**
- c) Nombre de prélèvements de rein pratiqués dans la région

	2009	2010
Brive la Gaillard	2	8
Limoges	50	35
Total	52	43

C - Indicateurs de qualité :

- a) Taux d'échec ajusté de l'équipe (avec réf. nationale)

	Taux d'échec à 1 an	Taux d'échec à 3 ou 5 ans
Taux d'échec ajusté de l'équipe	9,2%(différence non significative)	22,2%(différence non significative)
Taux d'échec France	7,2%	19,5%
Cohorte étudiée (Taux)	2003-2007 (1 an)	2000-2004 (5 ans)

Les indicateurs relatifs à l'observation des pratiques, à mobiliser sur des données existantes (ou en cours d'élaboration) :

A - **Pour l'hémodialyse : les indicateurs COMPAQH** seront recueillis en 2011 au niveau national, par région, par établissements et **disponibles en 2012**. Ils pourront constituer des éléments d'information en 2012 en complément des autres indicateurs

B - **Pour la dialyse péritonéale : des données sont recueillies par les établissements participant au RDPLF** (85% des structures de DP). Ces données peuvent être transmises aux ARS par les établissements qui le souhaitent et sous leur responsabilité.

Taux d'infection péritonéale (nombre moyen d'épisodes par an ou durée moyenne, exprimée en mois entre 2 épisodes) => **fréquence des péritonites du 18/11/2009 au 18/11/2010 : 9 péritonites observées sur la période, taux de péritonite (mois x patients / péritonites) = 41.05 ;**
 Nombre de patients formés à la DP par an => **2006 : 30 ; 2007 : 47 ; 2008 : 49 ; 2009 : 89 ; 2010 : 62 ;**
 % d'IDE dédiés uniquement à la DP => **sur le secteur Corrèze : 0,5 ETP/14,82 = 0,034 % ; sur le secteur Haute-Vienne/Creuse : 0 % ;**
 % d'IDE ayant une activité mixte (DP+ HD) => **sur le secteur Corrèze : 0 ; sur le secteur Haute-Vienne/Creuse : 3 ETP/34,19 =0,09%,**
 Nombre moyen de visites réalisées par les IDE de la structure de DP, par patient et par an ... => **1/an/patient – impossibilité de faire plus de visites par manque de temps et de personnel dans les services.**

Les indicateurs à mobiliser par les ARS :

A - Indicateurs de l'épuration extra-rénale :

a) Relatifs à la mise en œuvre des autorisations :

- ❖ Bilan des structures autorisées et installées avec mention des différents sites géographiques :

au 15/03/2011

**Traitement de
l'Insuffisance Rénale
Chronique**

Traitement de l'Insuffisance Rénale Chronique		PROCEDURE DE CREATION					RECAP AUTORISATIONS				
		Nature de l'autorisation : (création alternatives / remplacement autorisation...)	Date de réception du dossier de création	Date CROS	Date délibération ComEx	Date de notification	Date + décision (fav, défav, réserves) Visite de conformité	Échéance de l'autorisation	Date de dépôt du dossier d'évaluation (date d'échéance de l'autorisation - 14 mois soit 427 jrs)		
Région											
Hémodialyse en centre pour adultes											
870 000 080	ALURAD Limoges - Buisson	07-déc-06	01-juin-07	25-juin-07	26-juin-07	03/09/2007 favorable chu va faire dds VC-octobre 2010 - report VC délai ? Voir	28-sept-12	29-juil-11	2011		
870 000 015	CHU Limoges	26-déc-06	01-juin-07	25-juin-07	25-juin-07	néant		#VALEUR!	#VALEUR!		
190 000 042	CH Brive	31-déc-06	01-juin-07	25-juin-07	25-juin-07	25/06/2010 avis favorable	24-juin-15	23-avr-14	2014		
Hémodialyse en unité médicalisée											
870 014 792	Alurad Limoges Schoelcher	07-déc-06	01-juin-07	25-juin-07	26-juin-07	03/09/2007 favorable	28-sept-12	29-juil-11	2011		
190 010 553	Alurad Brive Triangle	07-déc-06	01-juin-07	25-juin-07	26-juin-07	28/09/2007 favorable	28-sept-12	29-juil-11	2011		
230 003 576	Alurad Guéret	07-déc-06	01-juin-07	25-juin-07	26-juin-07	14/09/2007 favorable	14-sept-12	15-juil-11	2011		
Hémodialyse en unité d'auto dialyse assistée											
190 010 512	Alurad Meymac	07-déc-06	01-juin-07	25-juin-07	26-juin-07	28/09/2007 favorable	28-sept-12	29-juil-11	2011		
190 010 504	Alurad Brive Triangle	07-déc-06	01-juin-07	25-juin-07	26-juin-07	28/09/2007 favorable	28-sept-12	29-juil-11	2011		
190 010 520	Alurad Brive Triangle (Tulle)	07-déc-06	01-juin-07	25-juin-07	26-juin-07	28/09/2007 favorable	28-sept-12	29-juil-11	2011		
Alurad site hospitalier Ussel											
870 000 080	Alurad Limoges Schoelcher	27-juin-08	20-nov-08	08-déc-08	12-déc-08	25/10/2010 favorable	28-sept-12	29-juil-11	2011		
Hémodialyse en unité d'auto dialyse simple											
190 010 504	Alurad Brive Triangle	07-déc-06	01-juin-07	25-juin-07	26-juin-07	03/09/2007 favorable	28-sept-12	29-juil-11	2011		
870 014 792	Alurad Schoelcher Limoges	07-déc-06	01-juin-07	25-juin-07	26-juin-07	03/09/2007 favorable	28-sept-12	29-juil-11	2011		
Dialyse péritonéale		Délibération n°2008-021 du 08/12/08 portant autorisation pour le transfert de l'unité				1-07	26-juin-07	03/09/2007 favorable	28-sept-12	29-juil-11	2011

b) Relatifs à l'activité :

❖ Nombre de séances par modalité de prise en charge (données de facturation, PMSI) :

FINESS	Libelle de l'etablissement	Annee	Nombre de séances de dialyse	Nombre de séances d'entraînement à la dialyse (HD et DP)	Nombre de séances d'hémodialyse	Nombre d'actes de dialyse en sus	Nombre d'actes d'entraînement en sus	Nombre d'actes d'hémodialyse en sus
190000042	CENTRE HOSPITALIER BRIVE	2010	8 834	0	8 834	827	60	767
190000059	CENTRE HOSPITALIER TULLE	2010	0	0	0	0	0	0
190000067	HOPITAL LOCAL BORT LES ORGUES	2010	0	0	0	0	0	0
190000075	CENTRE HOSPITALIER USSEL	2010	0	0	0	0	0	0
190010116	SYNDICAT INTERHOSP BRIVE TULLE USSEL	2010	0	0	0	0	0	0
230780041	CENTRE HOSPITALIER GUERET	2010	0	0	0	0	0	0
230780058	CENTRE HOSPITALIER AUBUSSON	2010	0	0	0	0	0	0
230780066	CENTRE HOSPITALIER BOURGANEUF	2010	0	0	0	0	0	0
230780082	CTRE MEDICAL NATIONAL STE FEYRE	2010	0	0	0	0	0	0
230780199	CLINIQUE CROIX BLANCHE AUBUSSON	2010	0	0	0	0	0	0
870000015	CHU LIMOGES	2010	14 675	0	14 675	2 128	0	1 716
870000023	CENTRE HOSPITALIER ST JUNIEN	2010	0	0	0	0	0	0
870000031	CENTRE HOSPITALIER ST YRIEIX (plus de psy,repr	2010	0	0	0	0	0	0
870014248	HL INTERCOMMUNAL MONTS ET BARRAGES	2010	0	0	0	0	0	0
870014503	HOPITAL INTERCOMMUNAL DU HAUT-LIMOUSIN	2010	0	0	0	0	0	0
TOTAL PUBLIC			23 509			2 955		

FINESS	Libelle de l'etablissement	Annee	Nombre de séances de dialyse	Nombre de séances d'entraînement à la dialyse (HD et DP)	Nombre de séances d'hémodialyse	Nombre d'actes de dialyse en sus	Nombre d'actes d'entraînement en sus	Nombre d'actes d'hémodialyse en sus
190010512	UNITE D'AUTODIALYSE DE MEYMAC	2010	1 278			0		
190010553	CENTRE DE DIALYSE BRIVE TRIANGLE (regroupé	2010	11 147			0		
230003576	UNITE D'AUTODIALYSE DE GUERET	2010	3 472			0		
870000080	ALURAD	2010	15 111			0		
870014792	UNITE D'AUTODIALYSE SCHOELCHER	2010	10 948			0		
TOTAL PRIVE			41 956			0		
REGION			65 465			2 955		

c) Relatifs à l'organisation de la prise en charge:

- ❖ Organisation de la permanence des soins : nombre de lignes de gardes et astreintes (néphrologues et IDE) : 1 astreinte médicale 24h/24h 365j jours/an avec transformation en demi-garde le samedi et le dimanche (la présence médicale sert également pour le centre d'hémodialyse).
- ❖ Organisation du repli :

Nombre de conventions signées inter établissements = 2 (1 avec le CHU Limoges et 1 avec le CH Brive),

Nombre de postes de repli disponibles en centre d'HD et en UDM = 4 sur Limoges et 0 sur Brive UDM,

Nombre de patients dialysés hors centre et référencés dans un centre pour un éventuel repli = 8 patients d'UADA Ussel + 47 patients d'UDM et 18 d'UAD de Brive pouvant être reliés sur le Centre Hospitalier de Brive si problèmes

- ❖ Pour les centres accueillant des enfants : % de centres d'HD disposant d'enseignants de l'Education Nationale sur place (centres pédiatriques et centres d'adultes accueillant des > de 8 ans) : aucun enfant pris en charge sur la région.
- ❖ Pour les régions frontalières : Nombre de patients de la région pris en charge hors de France pour l'épuration extra-rénale : région non concernée.

Cette donnée n'est pas directement accessible. Elle peut être recueillie via les bases de liquidation de l'Assurance maladie et par enquête des ARS en interrogeant les professionnels de santé des régions frontalières.

B - Indicateurs greffes :

a) Organisation de la prise en charge :

- ❖ Greffe : nombre de lignes de gardes et astreintes médicales greffe.
- ❖ Suivi post-greffe en dehors des centres de greffe :
 - nombre de conventions conclues entre les établissements de santé greffeur et les filières de suivi :
 - nombre de lieu disposant de consultations (hors centre de greffe) organisées pour le suivi partagé de greffe rénale par région/territoire : 5 centres (Brive, Périgueux, Aurillac, Châteauroux, Angoulême)

C - Relatifs à la démographie des professionnels de santé :

a) Démographie des néphrologues :

- ❖ démographie médicale (néphrologues, PH ou praticien ayant une compétence en néphrologie) (nombre, âge, mode d'exercice) :

17 néphrologues + 3 de plus de 65 ans = 20 praticiens.
5 entre 25 et 39 ans
4 de 40 à 49 ans
3 de 50 à 54 ans
1 de 55 à 59 ans
2 de 60 à 64 ans
3 de plus de 65 ans
CHU : 3 PU-PH, 5 PH, 1 ACC
Brive : 3 PH
ALURAD : 8 praticiens pas tous à temps complet.

- ❖ nombre de nouvelles inscriptions à l'Ordre des médecins : 1 en 2009 et 1 en 2010
- ❖ éventuellement, enquête de démographie relative aux internes en cours de formation de néphrologie : 4 internes actuellement dont 1 qui sort en 2012, 2 en 2013 et 1 en 2014.

b) Démographie IDE :

- ❖ Nombre d'IDEL formés à la DP : = 2006 : 51 ; 2007 : 52 ; 2008 : 72 ; 2009 : 49 ; 2010 : 46

c) Formation :

- ❖ Nombre de formations réalisées auprès des professionnels de santé sur la DP (IDE, néphrologues) : = 58 IDE sur les EHPAD de la région Limousin.

D - Relatifs à la démarche de suivi du SROS volet IRCT et de concertation en région avec les professionnels de santé :

- a) Nombre de réunions organisées par l'ARS avec les professionnels de santé dans le cadre du suivi des SROS, chapitre IRCT : trois réunions de travail ont été organisées pour ce groupe SROS conformément à la méthodologie régionale arrêtée par l'ARS.

2 – Principaux points résultants du diagnostic partagé

OFFRE DE PRISE EN CHARGE

La prise en charge de l'IRC est assurée par 4 institutions :

- le CHU de Limoges avec un centre de 26 postes.
- le C.H. de Brive avec un centre de 16 postes.
- l'Association Limousine pour l'Utilisation du Rein Artificiel à Domicile (ALURAD) qui gère :
 - un centre sur Limoges, à proximité du CHU, de 12 postes
 - et réparties sur les trois départements de la région :
 - 3 unités médicalisées d'hémodialyse (UDM)
 - 3 unités d'autodialyse
 - la dialyse péritonéale
 - l'entraînement à la dialyse
 - l'hémodialyse à domicile, tout à fait marginale en Limousin comme sur l'ensemble du territoire national : 2 patients au 31/12/2008.
- Un réseau de santé (Néphrolim) spécialisé dont la mission est de faciliter et de coordonner les actions des professionnels de santé intervenant dans la prise en charge des patients atteints d'IRC.

Ce réseau a été constitué autour de 4 objectifs principaux :

- organiser le dépistage de la maladie rénale puis des populations à risque.
- Maîtriser la progression de la maladie rénale chronique pour les populations à risque.
- Améliorer la prise en charge de proximité des insuffisants rénaux traités.
- Améliorer la préparation et l'orientation des patients vers les méthodes de suppléance.

La cohérence du dispositif est assurée d'une part par les conventions prévues par la réglementation et par le fait que le Président de l'ALURAD est le PU-PH, chef de service de Néphrologie et responsable du centre d'hémodialyse du CHU et que la Présidente du réseau Néphrolim est son adjointe, également PU-PH au CHU.

- Une activité de prélèvements et de greffes d'organes, en particulier de rein, est également autorisée au CHU de Limoges.

CONTEXTE EN TERMES DE PLANIFICATION SANITAIRE

1. SROS Limousin 2006 - 2011 :

En matière d'IRC, les axes d'amélioration concernent :

- la prise en charge des personnes âgées avec deux objectifs :
 - la poursuite et le développement de la politique de formation en direction des personnels des EHPAD, pour prendre en compte la spécificité des patients dialysés.
 - l'étude de nouvelles modalités de "renforcement" des équipes soignantes en EHPAD.
- l'évolution et l'organisation des moyens hospitaliers, avec là aussi deux objectifs :
 - la création d'une unité de transplantation rénale au sein du service de néphrologie du CHU.

- la mise en place d'une fédération de transplantation, regroupant toutes les composantes présentes, au CHU de Limoges.

2. SIOS greffes d'organes et CSH du Sud-Ouest (2007 - 2012) :

8 recommandations concernant la greffe rénale y ont été formulées :

- intégrer la greffe rénale comme une priorité dans les établissements de santé.
- augmenter le nombre de prélèvements chez les donneurs en état de mort encéphalique
- développer le prélèvement sur les donneurs cœur arrêté (Aquitaine et Midi Pyrénées ++)
- développer la greffe à partir du donneur vivant (objectif 20-30%)
- adapter les moyens humains à l'activité des équipes définies par le nombre de greffes réalisées et les besoins des patients en termes de suivi.
- mettre en place un suivi partagé des patients greffés dans le cadre des réseaux régionaux.
- doter le bloc opératoire d'une salle opératoire opérationnelle, dédiée à l'activité non programmée et en particulier à la greffe rénale.
- utiliser des machines à perfusion avec pour objectif de diminuer les altérations liées à la période de d'ischémie froide.

LA SITUATION DE LA REGION LIMOUSIN PAR RAPPORT A LA FRANCE

Les données sont issues des rapports officiels de l'Agence de la Biomédecine (ABM) et du registre REIN.

1. En matière de traitement de suppléance de l'IRC :

La référence "nationale" est constituée par 20 régions françaises – dont le Limousin, couvrant 86 % de la population pour lesquelles on dispose de données exhaustives.

Les taux sont donnés par million d'habitants (Pmh).

- Le taux d'incidence standardisé global en 2008 est significativement inférieur en Limousin : 119 vs 147 avec un indice comparatif d'incidence de 0,81.

A l'instauration de traitement, les patients avaient un âge médian de 70,2 ans, étaient diabétiques dans 40% des cas, ce qui sont des données sensiblement identiques à l'ensemble des régions.

Cependant, le pourcentage des malades de plus de 65 ans était supérieur en Limousin de 3 points et davantage de patients étaient porteurs d'au moins une co-morbidité cardiovasculaire (69,1% vs 55,2%).

Si on exclut l'année 2002 où le taux d'incidence standardisée apparaît anormalement élevé (environ 160) et même s'il y a eu des fluctuations, la tendance ces dernières années est plutôt à une augmentation de l'incidence.

La greffe préemptive et la dialyse péritonéale (DP) représentaient respectivement 2,8 % et 16,8% des premiers traitements de l'IRC chez l'ensemble des patients incidents (Vs respectivement 3,2% et 11,5% dans les 20 régions).

- Au 31 décembre 2008, 730 patients résidant en Limousin étaient en dialyse. Leur âge médian était de 72,9 ans, soit 3 ans de plus que la médiane nationale et près de 70% étaient âgés de plus de 65 ans (vs 60%). 348 patients étaient porteurs d'un greffon rénal fonctionnel (dont 2,3% à partir d'un donneur vivant [vs 6,7%]). Leur âge médian était de 57,5 ans, supérieur de plus de 3 ans là aussi à la médiane nationale.

Le taux de prévalence standardisé global de l'IRC était significativement inférieur (849 vs 1060), soit un indice comparatif de prévalence de 0,80. Le taux de prévalence standardisé de l'IRC, **traitée par dialyse**, est lui aussi significativement inférieur (409 vs 577), soit un indice comparatif de prévalence de 0,71. Là aussi, comme pour

l'incidence, on constate une légère tendance à l'augmentation entre 2003 et 2008, du taux de prévalence standardisé de l'IRC, traitée par dialyse.

Les modalités de traitement, pour ces cas prévalents se répartissaient de la façon suivante:

- hémodialyse 47% (vs 50,3%)
- dialyse péritonéale 5,3% (vs 4,1%)
- transplantation 47,7% (vs 45,7%)

En 2008, parmi les 111 nouveaux malades traités par dialyse en Limousin, 2,9% (vs 5,1%) avait eu un IMC inférieur à 18,5kg/m² et 9,6% (vs 18,9%) avait un IMC supérieur à 30Kg/m².

A l'instauration du traitement de suppléance 51,3% avait un taux d'hémoglobine inférieur à 10g/dl (vs 63,5%) et 6,5% une albuminémie inférieure à 25g/l (vs 10,9%).

La première hémodialyse a été effectuée en urgence pour 24,2% des patients (vs 31,3%).

- Parmi les 413 patients présents en dialyse au 31 décembre 2008, 89,6% étaient en hémodialyse (vs 92,8%) et 10,4% en dialyse péritonéale (vs 7,2%).

Les répartitions par modalité de dialyse sont les suivantes :

Modalités de dialyse		Limousin en %	20 régions en %
Hémodialyse (n=364)	Centre	53	65,5
	UDM	29,9	9,6
	Autodialyse	15,7	22,8
	Domicile	0,5	0,8
	entraînement	0,8	1,3
Dialyse péritonéale (n=43)	DP automatisée	44,2	40,2
	DP continue ambulatoire	55,8	59,7
	DP intermittente	0	0,1

2. En matière de greffes rénales

La région a toujours fait preuve d'un certain dynamisme en matière de greffe rénale.

Cependant le taux d'inscriptions en matière de greffe rénale en 2008 se situait au dessous du taux national (42,6 Pmh vs 56,9). Il est remonté en 2009 à 50,8 Pmh mais reste inférieur au niveau national (58,4 Pmh).

Le taux de greffe était en 2008 supérieur au niveau national (49,5 Pmh vs 45,5). Il s'est effondré à 26,1 Pmh en 2009.

Le taux d'accès à la greffe rénale en Limousin était en 2008 près de deux fois supérieur à ce qui était observé en France (54,8% vs 28,9%). C'était le meilleur taux de France. Là aussi le taux s'est effondré en 2009, n'étant que supérieur d'à peine 2 points au niveau national (29,7% vs 26,5%).

La durée médiane d'attente en Limousin était extrêmement brève en 2008 (7,6 mois vs 18,4 mois) mais à tendance à augmenter en 2009 (8,3 mois vs 18,9 mois). Le Limousin reste la deuxième meilleure région de France de ce point de vue là, bien que cet indicateur, comme d'autres, ait une tendance à la dégradation en 2009.

Le Limousin apparaît comme une région où, par rapport à une moyenne nationale,

- les taux globaux standardisés d'incidence et de prévalence de l'IRC sont inférieurs. On note cependant une tendance à une augmentation de l'incidence au cours des 5-6 dernières années.
- les patients sont plus âgés, avec une comorbidité cardiovasculaire plus fréquente.
- l'utilisation de la dialyse péritonéale (DP) est plus marquée, de même que celle de la dialyse en UDM avec par contre une moindre utilisation de la dialyse en centre. En Limousin, la DP est utilisée non seulement chez les personnes âgées mais aussi chez les jeunes. Il existe donc un turn over important des malades jeunes traités en DP, compte tenu de l'accès rapide à la greffe rénale dans la région, d'où des chiffres de DP apparaissant plus bas qu'ils ne le seraient si l'accès à la greffe était plus difficile.

- le recours à la dialyse en urgence est moindre, ce qui paraît témoigner d'une meilleure préparation des patients à l'entrée dans le traitement de suppléance.
- l'activité de greffe jusqu'alors plus importante qu'au niveau national avec des taux d'accès deux fois supérieurs a subi une cassure très marquée en 2009, le taux d'accès ne dépassant le taux national que de 3 points. La durée d'attente médiane est toujours excellente, et plus de deux fois moindre que la durée nationale mais a tendance à augmenter légèrement en 2009.

Il n'y a pas, au CHU de Limoges, de salle d'intervention dédiée à la greffe rénale, ce qui a tendance à augmenter les durées d'ischémie froide. Le CHU va prochainement acquérir des machines à perfusion pour justement limiter les altérations des greffes liées à la période d'ischémie froide. La greffe à partir du donneur vivant est peu utilisée (environ 10%) mais la facilité d'obtention de greffons (comme en témoigne le très court délai d'attente) limite le recours à cette nécessité.

Les perspectives

L'objectif est bien d'augmenter la proportion des malades traités en DP. Les avantages en sont multiples :

- pouvoir être réalisée au domicile et éviter ainsi des transports itératifs fatigants pour le patient et coûteux pour la société.
- être particulièrement adapté à certains patients, notamment aux patients âgés et/ou à ceux ayant une pathologie cardiaque associée (dont on a vu qu'ils étaient en proportion importante en Limousin).

Cependant le développement de cette technique se heurte à des difficultés :

- celle de trouver une infirmière proche du domicile ; certains patients ou leur entourage n'ont pas l'autonomie nécessaire pour assurer les gestes simples exigés par ce traitement.
- celle du nombre limité d'infirmières en EHPAD quand les patients sont institutionnalisés et il peut y avoir des réticences à faire appel au concours d'une infirmière libérale, pour autant qu'il y en ait de disponibles sur le secteur.
- celle liée au statut même de certains services : les services de soins de suite et de réadaptation ne peuvent bénéficier d'une double prise en charge (celle du séjour en SSR et celle de la DP) et cela empêche en pratique la prise en charge de ces patients. D'autres pays comme la Grande Bretagne, la Suède ou le Danemark ont deux à trois fois plus recours à la DP que la France. Même si le Limousin est en avance par rapport à la France, il reste en deçà de ces pays.

On l'a vu, le Limousin est la région qui a le moins recours à la dialyse en centre et qui a recours fortement à l'UDM, concept très ancien que la région avait expérimenté de longue date avant son intégration dans les textes réglementaires.

Les responsables du centre du CHU plaident pour une augmentation de sa capacité sur deux arguments :

- l'impossibilité de création d'un centre sur Guéret qui pourrait se partager compte tenu du nombre de patients actuellement traités en centre et habitant dans un rayon de 45 km autour de Guéret. Le recrutement de néphrologues, indispensables à son fonctionnement, y paraît totalement illusoire.
- la quasi saturation de l'activité des 26 postes du CHU ouverts sur deux séances quotidiennes, 6 jours sur 7. La capacité peut être augmentée grâce à l'instauration de séances nocturnes (mais c'est un dispositif qui a été abandonné il y a une dizaine d'années) ou par une augmentation du nombre de postes. A noter qu'il existe des séances nocturnes au niveau du centre de l'ALURAD pour notamment les patients qui ont une activité professionnelle.

L'activité de greffe rénale a subi en 2009 les contre coups de deux phénomènes : une moindre activité de prélèvement et une modification de la politique d'attribution des greffons, qui a défavorisé le Limousin. Un centre de l'inter région prélève assez peu mais est fortement consommateur de greffons.

L'année 2010 se révèle nettement plus dynamique avec une accentuation du nombre de prélèvements, d'où un nombre de greffes supérieur à 40 au 10 décembre (soit supérieur à 50 Pmh).

En conclusion

L'activité de transplantation rénale, après une année 2009 en demi-teinte, a repris en 2010 sa dynamique antérieure.

La dialyse péritonéale est une modalité d'épuration extra rénale bien utilisée en Limousin. Son développement se heurte à la pénurie d'infirmières que ce soit à domicile ou en EHPAD.

Le Limousin est la région qui utilise le moins la dialyse en centre, au profit notamment de l'UDM.

Néanmoins la saturation d'un des deux centres de Limoges imposera probablement d'en redéfinir la capacité ou les modalités de fonctionnement (réouverture de séances de nuit ?).

Annexe 4 : Etat des lieux relatif à l'imagerie médicale

1. État des lieux

Diagnostic régional succinct :

- Le taux de scanners installés au 31/12/2008 pour un million d'habitants est, en Limousin, de 13,8 contre 11,8 France entière.

Taux de scanners installés au 31/12/2008 :

	Nombre de scanners	Pour 1 million d'hts
Corrèze	4	16,8
Creuse	1	8,1
Haute Vienne	5	13,7
Limousin	10	13,8

- Le taux d'appareils IRM installés au 31/12/2008 pour un million d'habitants est, en Limousin, de 8 contre 6,63 France entière.

Taux d'IRM installés au 31/12/2008 :

	Nombre d'IRM	Pour 1 million d'hts
Corrèze	1,6	6,7
Creuse	0,4	3,3
Haute Vienne	4	10,9
Limousin	6	8,3

- Le taux de caméras à scintillation installées au 31/12/2008 est, en Limousin, de 6,9 contre 5,33 France entière.

Taux de caméras à scintillations installés au 31/12/2008 :

	Pour 1 million d'hts
Limousin	6,9

- Le Limousin dispose d'un PET installé sur le site de Limoges.
- Les actes interventionnels thérapeutiques utilisant les équipements matériels lourds en imagerie sont réalisés en grande majorité au CHU de Limoges.

IRM part des actes du membre supérieur, du membre inférieur et du rachis sans injection :

En les plages d'ouverture étendues, il		Limousin		France		moyenne horaires sont n'y a
		nbr	% sur total IRM	nbr	% sur total IRM	
	Membre inférieur	7340		930923		
	Membre supérieur	1375		236610		
	Rachis sans injection	7641		644742		
	Total membres et rachis	16356	46,2		53,2	
	Total tous IRM	35381				

pratiquement plus de marge de progrès. Selon les résultats de la démarche comparative faite en 2010, les temps d'ouverture moyenne hebdomadaire de 110 heures situent la région parmi les plus performantes.

En Limousin le parc de 9 machines autorisées permet de répondre à l'objectif du plan cancer.

Le CHU de Limoges qui prend en charge les urgences pédiatriques et qui dispose d'une unité neurovasculaire assure l'accès permanent 24H/24 à l'IRM.

A noter que sur le site de Chénieux à Limoges une astreinte IRM 24H/24 est aussi assurée.

Objectifs régionaux spécifiques :

Le précédent schéma "imagerie médicale" a été arrêté en 2010.

Au regard du bilan du SROS en cours, la région bénéficie d'une marge de manœuvre importante avec :

- TEP Scan : 1 possibilité d'installation (autorisation délivrée).
- Scanner : 2 possibilités d'autorisation et d'installation.
- IRM : 3 possibilités d'installation (les autorisations ont été délivrées).

Au regard du bilan du SROS en cours, la région bénéficie d'une marge de manœuvre importante avec 3 nouvelles IRM autorisées qui peuvent être installées (CHU, CH Guéret, les Cèdres à Brive) A priori ces installations seront effectives courant 2012.

Malgré cette perspective, du fait de la rapidité de l'évolution des indications de l'IRM, il est proposé de procéder à une révision de ce schéma 2011-2016 à mi-parcours, afin d'évaluer l'impact des IRM nouvellement installées et la satisfaction des besoins.

Ce diagnostic évaluera la potentialité de diversification de l'offre d'IRM avec notamment la réalisation d'une fraction des actes de remnographies sur des appareils permettant de réaliser dans le domaine de l'ostéo-articulaire et du rachis des examens plus efficaces pour ces indications.

Des indicateurs seront mis en place pour suivre ces évolutions :

Indicateurs sur l'activité annuelle :

- nombre d'examens par IRM
- répartition par organes
- heures d'ouverture

Indicateurs par enquête :

Enquête annuelle à partir de 2011 sur la première semaine du mois d'octobre, portant sur les délais de rendez-vous pour les situations suivantes :

- - bilan d'extension d'un cancer pelvien
- - exploration d'un déficit neurologique aigu
- - exploration d'un blocage du genou à répétition
- - caractérisation d'un nodule hépatique diagnostiqué à l'échographie

Un indicateur pour quantifier les examens non programmés

- - IRM réalisés au jour J mais non programmés au jour J-1

Ces indicateurs saisis par enquête seront recueillis pour les patients externes d'une part et pour les patients hospitalisés d'autre part.

Plan d'action par rapport aux orientations nationales et régionales :

- Les orientations du SROS en matière d'organisation des soins :
 - Anticiper l'organisation de l'offre de soins au regard de la démographie médicale.
 - Assurer par les coopérations et les mutualisations, le fonctionnement de plateaux d'imagerie complets et diversifiés, de taille suffisante, tout en assurant la radiologie de proximité,
 - Répondre par un outil régional voire inter régional aux besoins de téléradiologie identifiés par tous les partenaires: télé expertise en urgence et hors urgence, RCP...
 - Le Pôle Sectoriel d'Imagerie Médicale (POSIM) paraît être une structure adaptée pour répondre aux deux orientations précédentes,
 - Maintenir un parc régional d'appareils à un bon niveau de technologie.
- Les orientations du SROS en matière de qualité et de sécurité des soins :
 - Promouvoir la dimension clinique de la radiologie, et notamment le bien prescrire dans un dialogue entre médecins.
 - Informer la population sur les risques des radiations ionisantes,
 - Utiliser dans un premier temps la marge de manoeuvre régionale d'IRM autorisées et non installées, pour développer cette technique non irradiante,
 - Poursuivre l'implication des médecins radiologues dans le dépistage organisé du cancer du sein.
- Les orientations du SROS en matière de prévention :
 - Réévaluer les besoins en IRM à mi-parcours de ce schéma.

2. Conclusions

Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité :

- Les scanners :

Au regard des possibilités d'installation prévues dans le SROS en cours, le taux d'équipement atteindra en région 17,9.

- En Corrèze : 16,8
- En Creuse : 16,3
- En Haute Vienne : 19,2

- Les IRM :

Au regard des possibilités d'installation prévues dans le SROS en cours, le taux d'équipement atteindra en région 12,4.

- En Corrèze : 12,6
- En Creuse : 8,2
- En Haute Vienne : 13,7

- Les caméras à scintillation :

Pas de possibilités nouvelles en termes d'installation

- Les PET SCAN :

Le Limousin dispose d'un appareil installé sur le site de Limoges, le SROS en cours prévoit l'ouverture d'un deuxième appareil sur le site de Brive en 2012. Un troisième appareil pourra être autorisé (sur le site de Limoges) si un cyclotron est installé en région.

3. Perspectives

Cf. Fichier Excel

Annexe 1 - Axe 1 : Objectifs 2012 - 2015 de diversification des Parcs régionaux d'appareils IRM

Contre-proposition ARS

REGIONS	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
LIMOUSIN									
- nombre total d'appareils autorisés	5	7	7	8	8	9			12
dont :									
- appareils Polyvalents	5	7	7	8	8	9			12
- appareils "plus efficaces"	0	0	0	0	0	0			0
- Part d'autorisations diversifiées	0%	0%	0%	0%	0%	0%	30%	27%	33%

2013	2014
9	10
8	7
1	3
11%	30%

DEPARTEMENT STRATEGIE

Observatoire de la permanence des soins

Résultats des régimes général, agricole et social des indépendants Année 2009



Le contexte

Par une circulaire du 3 mai 2002, la CNAMTS précise que « le médecin généraliste assure la fonction d'astreinte lorsque d'une part, il figure sur la liste établie par son conseil départemental de l'ordre et d'autre part, lorsque cette fonction est effectuée la nuit de 20h à 8h, et les dimanches ou jours fériés entre 8h et 20h. Elle peut donc être assurée aux heures de fermeture des cabinets libéraux. Le médecin d'astreinte doit être disponible et joignable par tous moyens, car il doit être en mesure d'intervenir auprès du patient dans les meilleurs délais. »

Les médecins sont volontaires pour participer à cette permanence des soins mais peuvent être réquisitionnés en cas d'absence ou insuffisance de médecins volontaires constatés par le conseil départemental de l'ordre.

Les contenus issus de l'arrêté du 26 mai 2005 publié au JO du 1er juin 2005 portant approbation de l'avenant n°4 et ceux de l'arrêté du 21 décembre 2007 publié au JO du 27 décembre 2007 portant approbation de l'avenant n°27 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes sont joints en annexes 1 et 2.

De plus, un arrêté préfectoral de sectorisation (Annexe 3) ayant été publié, l'avenant N°27 (JO du 27/12/2007) est appliqué en Corrèze depuis le 1^{er} janvier 2009. Les majorations suivantes sont donc prises en compte :

- Permanence rémunérée de 8h à 12h lorsqu'un samedi suit un jour férié, de 50€.
- Permanence rémunérée le samedi de 12 heures à 20 heures de 100 € ;
- Permanence pour lundi ouvré de 8 heures à 20 heures, lorsqu'il précède un jour férié, et vendredi de 8 heures à 20 heures, lorsqu'il suit un jour férié, de 150 €.

Les astreintes de l'année 2009

En Limousin, **27 604 astreintes ont été rémunérées au cours de l'année 2009 (soit une baisse de 5 104 astreintes par rapport à l'année 2008) à 606 médecins généralistes volontaires.**

En 2009, le nombre de secteurs en Corrèze a diminué de 10 suite à l'arrêté préfectoral du 31 décembre 2008 relatif à la permanence des soins puis à partir du 1^{er} juillet 2009 (Annexe 4), un secteur a fusionné ce qui entraîne que :

- le nombre de secteurs du Limousin passe à 68 (contre 83 en 2006) ;
- le nombre d'astreintes en Corrèze a diminué de plus de 27% par rapport à l'année 2008 et globalement pour le Limousin de 16%.

Nombre de médecins généralistes assurant la permanence des soins
Année 2009

	Nombre de secteurs de garde	Médecins généralistes		Nombre d'astreintes	Part des astreintes sans actes
		Nombre	%*		
Corrèze	21	186	70%	9 700	53,6%
Creuse	15	112	84%	5 853	46,3%
Haute-Vienne	32	308	64%	12 051	49,7%
Limousin	68	606	69%	27 604	50,2%

* pourcentage calculé en fonction du nombre de médecins généralistes en exercice libéral au cours de l'année 2009

Sources : ERASME - 3 CPAM - Paiements des astreintes

3 CPAM - MSA Limousin - RSI Limousin - Sections Locales Mutualistes (MFP Services, MGP et MGEN) pour déterminer les astreintes avec actes

Sur l'année 2009, 606 médecins ont participé à la permanence des soins, soit 69% de l'ensemble des médecins généralistes de la région (comme lors des dernières années étudiées).

En Limousin, **une astreinte sur deux réalisées au cours de l'année 2009 n'a donné lieu à aucun remboursement d'acte au professionnel de santé concerné** (50,2% d'astreintes sans acte contre 52% en 2008) :

- 9% d'astreintes de dimanche et jour férié sans acte,
- 59% d'astreintes de milieu de nuit (de 0h à 8h) sans acte,
- 45% d'astreintes de nuit (de 20h à minuit) sans acte,
- 59% d'astreintes totales (de 20h à 8h) sans acte,
- 23% de permanences rémunérées de 8h à 12h lorsqu'un samedi suit un jour férié sans acte
- 18% de permanences rémunérées le samedi de 12 heures à 20 heures sans acte.

La diminution du nombre d'astreintes sans acte en 2009 par rapport à 2008 s'explique par l'apparition des permanences les samedis en Corrèze avec une faible proportion sans acte.

NB : seul le régime général est en possession de la liste des médecins d'astreinte et cette liste est souvent modifiée sans être réactualisée. Les astreintes sont payées 2 à 3 mois après leur réalisation, suite à la demande des médecins. Le dénombrement peut donc de ne pas être exhaustif.

Les astreintes rémunérées se répartissent de la manière suivante :

- **3 915 PRD** (Permanence Régulée de Dimanche et jour férié, de 150€ pour les dimanches et jours fériés), contre 4 681 en 2008 ;
- **64 PRM** (Permanence Régulée de Milieu de nuit, de 100€ pour la période de 0h à 8h) contre 510 en 2008 ;
- **977 PRN** (Permanence Régulée de Nuit, de 50€ pour la période de 20h à 0h) contre seulement 511 en 2008 ;
- **21 661 PRT** (Permanence Régulée Totale, de 150€ par période de 12h (20h à 8h)), soit une baisse de 5 345 PRT en 2008.

De plus, suite à la publication d'un arrêté préfectoral de sectorisation en Corrèze, l'avenant N°27 à la convention nationale des médecins (JO du 27/12/2007) - dont les dispositions sont maintenues à titre transitoire dans la convention nationale des médecins approuvée par arrêté du 22/09/2011 - est appliqué et les majorations suivantes sont donc prises en compte :

- **26 RSA** : Permanence rémunérée de 8h à 12h lorsqu'un samedi suit un jour férié, de 50€. Seuls les samedis 2 mai, 9 mai et 26 décembre 2009 étaient concernés en 2009.
- **961 RSP** : Permanence rémunérée le samedi de 12 heures à 20 heures de 100 € ;
- **PRD ou PRT** : Permanence pour lundi ouvré de 8 heures à 20 heures, lorsqu'il précède un jour férié, et vendredi de 8 heures à 20 heures, lorsqu'il suit un jour férié, de 150 € ;

La diminution du nombre d'astreintes en 2009 par rapport à 2008 s'explique par un découpage en un nombre inférieur de secteurs en Corrèze puisque l'essentiel de cette baisse est concentrée en Corrèze.

Le détail par semestre et par département est décrit dans le tableau suivant :

**Répartition des astreintes dans les départements de la région Limousin
Année 2009**

	Corrèze			Creuse			Haute-Vienne			Limousin		
	1er semestre 2009	2ème semestre 2009	Année 2009	1er semestre 2009	2ème semestre 2009	Année 2009	1er semestre 2009	2ème semestre 2009	Année 2009	1er semestre 2009	2ème semestre 2009	Année 2009
Permanence Régulée de Dimanche et jour férié, de 150€ pour les dimanches et jours fériés (PRD)	691	620	1 311	441	418	859	914	831	1 745	2 046	1 869	3 915
Permanence Régulée de milieu de nuit, de 100€ pour la période de 0h à 8h (PRM)	41	21	62	1	1	2			-	42	22	64
Permanence Régulée de Nuit, de 50€ pour la période de 20h à 0h (PRN)	434	490	924	27	26	53			-	461	516	977
Permanence Régulée Totale, de 150€ par période de 12h (PRT)	3 287	3 129	6 416	2 447	2 492	4 939	5 139	5 167	10 306	10 873	10 788	21 661
Astreinte de 8h à 12h lorsqu'un samedi suit un jour férié (RSA)	21	5	26							21	5	26
Astreinte du samedi après-midi (RSP)	495	466	961							495	466	961
CUMUL DES ASTREINTES	4 869	4 731	9 700	2 916	2 937	5 853	6 053	5 998	12 051	13 938	13 666	27 604

Source : ERASME - 3 CPAM

La comparaison annuelle est présentée ci-dessous :

**Répartition des astreintes dans les départements de la région Limousin
Années 2006, 2007, 2008 et 2009**

	Corrèze				Creuse				Haute-Vienne				Limousin			
	Année 2006	Année 2007	Année 2008	Année 2009	Année 2006	Année 2007	Année 2008	Année 2009	Année 2006	Année 2007	Année 2008	Année 2009	Année 2006	Année 2007	Année 2008	Année 2009
Permanence Régulée de Dimanche et jour férié, de 150€ pour les dimanches et jours fériés (PRD)	1 946	1 930	1 919	1 311	885	887	860	859	1 995	1 935	1 902	1 745	4 826	4 752	4 681	
Permanence Régulée de milieu de nuit, de 100€ pour la période de 0h à 8h (PRM)	6	202	228	62	-	3	1	2	-	-	281	-	6	205	510	
Permanence Régulée de Nuit, de 50€ pour la période de 20h à 0h (PRN)	6	211	230	924	-	3	1	53	-	-	280	-	6	214	511	
Permanence Régulée Totale, de 150€ par période de 12h (PRT)	11 214	10 802	10 923	6 416	5 087	5 064	5 071	4 939	11 565	11 127	11 012	10 306	27 866	26 993	27 006	
Astreinte de 8h à 12h lorsqu'un samedi suit un jour férié (RSA)	-	-	-	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Astreinte du samedi après-midi (RSP)	-	-	-	961	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
CUMUL DES ASTREINTES	13 172	13 145	13 300	9 700	5 972	6 957	5 933	5 853	13 560	13 062	13 475	12 051	32 704	32 164	32 708	

Source : ERASME - 3 CPAM

NB : En 2009, les codes PRM et PRN ne sont plus utilisés en Haute-Vienne alors qu'ils l'étaient en 2008. En Corrèze, l'utilisation de ces deux codes est habituelle mais le nombre d'astreintes de 20h à 0h a fortement progressé par rapport à 2008 contrairement à celui des astreintes de nuit de 0h à 8h.

Chaque médecin de la région Limousin participant à la permanence des soins, a effectué en moyenne **45.6 astreintes** sur l'année 2009.

Nombre d'astreintes moyen
Années 2006, 2007, 2008 et 2009

	Année 2009	Année 2008	Année 2007	Année 2006
Corrèze	52,2	68,9	68,8	74,0
Creuse	52,3	53,0	51,4	51,9
Haute-Vienne	39,1	47,3	43,5	48,8
Limousin	45,6	55,4	53,0	57,3

Sources : ERASME - 3 CPAM - Paiements des astreintes

Cette moyenne a diminué par rapport à 2008 : en 2009, 16 médecins de plus qu'en 2008 ont participé à la permanence des soins pour un nombre d'astreintes rémunérées inférieur.

En Limousin, sur les 606 médecins volontaires ayant effectué des astreintes en 2009 :

- 86% ont effectué moins de 80 astreintes (contre 77% en 2008),
- 38 ont effectué une seule astreinte (contre 15 en 2008),
- aucun médecin n'a réalisé plus de 200 astreintes (2 en Creuse en 2008).

Implication des médecins généralistes dans la permanence des soins
Année 2009

Nombre d'astreintes		1 à 39	40 à 79	80 à 119	120 à 199
Nombre de médecins impliqués	Corrèze	77	68	29	12
	Creuse	48	51	5	8
	Haute-Vienne	181	100	20	7
	Limousin	306	219	54	27
% de médecins impliqués	Corrèze	41%	37%	16%	6%
	Creuse	43%	46%	4%	7%
	Haute-Vienne	59%	32%	6%	2%
	Limousin	50%	36%	9%	4%

Source : ERASME - 3 CPAM - Paiements des astreintes

La distribution des astreintes sur les jours de la semaine donne également des indications sur le fonctionnement de la permanence des soins :

**Répartition journalière des astreintes dans les départements
Année 2009**

	Corrèze		Creuse		Haute-Vienne		Limousin	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Dimanche et jour férié	2 552	26%	1 694	29%	3 453	29%	7 699	28%
Samedi	2 018	21%	716	12%	1 455	12%	4 189	15%
Lundi, Mardi, Mercredi, Jeudi, Vendredi	5 130	53%	3 443	59%	7 143	59%	15 716	57%

Source : ERASME - 3 CPAM - Paiements des astreintes

Pour la Creuse et la Haute-Vienne, la répartition des astreintes est sensiblement identique : 40% week-ends et jours fériés (samedis, dimanches et jours fériés) et 60% en semaine.

Par contre, pour la Corrèze, la proportion des astreintes le samedi est plus importante que dans les deux autres départements de la région. C'est une conséquence de la mise en place des rémunérations du samedi après-midi suite à la publication d'un arrêté préfectoral de sectorisation et à l'application de l'avenant N°27 à la convention nationale des médecins (dont les dispositions sont maintenues à titre transitoire dans la convention nationale des médecins approuvée par arrêté du 22/09/2011).

Les caractéristiques des bénéficiaires ayant eu recours à des soins dispensés par un médecin inscrit sur les tableaux de la permanence des soins

NB : les caractéristiques des bénéficiaires et les données d'activité concernent le régime général (y compris les sections locales mutualistes (MFP Services, MGP et MGEN)), le régime agricole et le régime social des indépendants.

Sur l'année 2009, **27 322 bénéficiaires** (soit une baisse de 12% par rapport à l'année 2008) ont eu un acte délivré par un médecin inscrit sur les tableaux de permanence des soins, le jour de l'astreinte :

- 12 155 de sexe masculin (44%)
- 15 167 de sexe féminin (56%).

NB : la répartition de la population de la région Limousin est 48% d'hommes et 52% de femmes.

La quasi-totalité des bénéficiaires (27 047, soit 99%) habitent en Limousin.

Seuls 82 sont des bénéficiaires des départements limitrophes (Indre, Cher, Allier, Puy de Dôme, Cantal, Lot, Dordogne, Charente) sur un total de 275 personnes habitant hors région.

NB : Les personnes hors région non affiliées à l'un des organismes de la région Limousin ne sont pas dénombrées. De plus, le nombre de bénéficiaires hors région est à exploiter avec précaution car au cours d'une année, certains bénéficiaires changent d'adresse.

Répartition des bénéficiaires du Limousin ayant eu recours à des soins dispensés par un médecin inscrit sur les tableaux de permanence des soins
Année 2009

	Nombre de bénéficiaires	Répartition des bénéficiaires de soins	Répartition de la population totale*
Corrèze	9 240	34%	33%
Creuse	5 989	22%	17%
Haute-Vienne	11 818	44%	50%
Limousin	27 047	100%	100%

* *pourcentage calculé en fonction de l'estimation de la population au 01/01/2008 (INSEE)*

Sources : 3 CPAM - MSA Limousin - RSI Limousin - Sections Locales Mutualistes (MFP Services, MGP et MGEN)

La répartition par classe d'âge et par sexe des bénéficiaires de la région Limousin est la suivante :

Répartition par sexe et âge des bénéficiaires du Limousin ayant eu recours aux médecins inscrits sur les tableaux de permanence des soins - Année 2009

Classes d'âge	Bénéficiaires Limousin PDS				Population LIMOUSIN*	
	Hommes	Femmes	Ensemble	% H+F	Nombre	%
0-4 ans	2 525	2 217	4 742	17,4%	36 058	4,9%
5-9 ans	1 229	1 077	2 306	8,4%	37 594	5,1%
10-14 ans	618	549	1 167	4,3%	36 720	5,0%
15-19 ans	443	553	996	3,6%	40 476	5,5%
20-24 ans	341	576	917	3,4%	40 800	5,5%
25-54 ans	3 117	4 328	7 445	27,2%	278 603	37,7%
55-59 ans	531	631	1 162	4,3%	56 179	7,6%
60-64 ans	469	512	981	3,6%	45 399	6,1%
65-74 ans	792	925	1 717	6,3%	73 464	9,9%
75-84 ans	1 240	1 826	3 066	11,2%	67 612	9,1%
85 ans et +	850	1 973	2 823	10,3%	26 095	3,5%
Ensemble	12 155	15 167	27 322	100,0%	739 000	100,0%

* INSEE : Effectifs par classe d'âge au 1er janvier 2008

Sources : 3 CPAM - MSA Limousin - RSI Limousin - Sections locales mutualistes (MFPS-MGP-MGEN)

Un patient sur six ayant consulté un médecin de permanence est âgé de moins de 5 ans (5% de la population totale) et un patient sur 3 est âgé de plus de 65 ans.

Les différents codes majorations existant :

L'avenant n°4 à la convention des médecins ² relatif à la PDS a nécessité la création de **nouvelles majorations pour les actes régulés** (appel au centre 15):

- VRN et CRN pour les majorations de 20h à 0h et de 6h à 8h
- VRM et CRM pour les majorations de 0h à 6h
- VRD et CRD pour les majorations de dimanches et jours fériés.

L'avenant n°27 à la convention des médecins relatif à la PDS a engendré la création de **nouvelles majorations** :

- VRS et CRS pour les majorations des samedis de 12h à 20h.

Les majorations de déplacement pour visite justifiée :

- MDN (Majoration de déplacement Nuit de 20H00/00H00 et 06H00/08H00)
- MDD Majoration de déplacement dimanche et jour férié),
- MDI (Majoration de déplacement Nuit de 00H00/06H00),

ne peuvent pas se cumuler avec les nouvelles majorations (VRN, VRM ...) et sont utilisées en l'absence de régulation.

Le tarif de la **majoration de dimanche et jour férié F** (19,06 euros) est applicable à partir du samedi midi uniquement pour les consultations au cabinet réalisées par le médecin généraliste de garde.

Les deux tarifs de **majoration de nuit** sont :

- MN (20h à 0h et 6h à 8h)
- MM (0h à 6h)

NB : l'ensemble des actes majorés ont été retenus, qu'ils soient effectués par des médecins des 3 départements inscrits sur les tableaux de garde ou pas.

Pour plus de lisibilité du tableau, la correspondance des autres actes est la suivante :

- ADC : actes de chirurgie – CCAM
- ADE : actes d'échographie – CCAM
- ATM : actes techniques médicaux (hors imagerie) – CCAM
- K : actes de spécialité

² Convention medecins de 2007 dont les dispositions sont maintenues à titre transitoire dans la convention nationale des medecins approuvée par arrêté du 22/09/2011.

L'ensemble des actes majorés de l'année 2009 se répartit de la manière suivante, par département :

**Nombre d'actes majorés réalisés par les médecins généralistes
pour les bénéficiaires de la région Limousin
Année 2009**

Actes majorés	Département du médecin				
	Corrèze	Creuse	Haute-Vienne	Limousin	Hors région
ADC de jour férié	1	2	-	3	1
ADE de jour férié	-	-	-	-	1
ATM de jour férié	-	-	2	2	11
C de nuit	194	128	4 635	4 957	244
C de jour férié	1 003	448	10 314	11 765	790
CRD	3 459	3 324	2 390	9 173	950
CRM	52	205	309	566	20
CRN	479	643	453	1 575	280
CRS	11	3	-	14	2
K de jour férié	-	-	3	3	1
MDD	980	205	5 814	6 999	202
MDI	93	36	1 316	1 445	53
MDN	677	154	4 719	5 550	102
MM	6	8	399	413	45
N de nuit	47	80	106	233	29
N de jour férié	206	96	417	719	50
VRD	4 007	1 669	5 346	11 022	423
VRM	630	661	2 136	3 427	142
VRN	2 105	1 012	3 453	6 570	380
VRS	4	-	1	5	-
Total actes majorés	13 954	8 674	41 813	64 441	3 726

Sources : 3 CPAM - MSA Limousin - RSI Limousin - Sections Locales Mutualistes (MFP Services, MGP et MGEN)

Compte tenu de l'utilisation résidente des codes N (nuit), il est difficile de déterminer précisément l'activité entre 0h et 6h du matin.

NB : le nombre élevé de consultations de nuit ou de jour férié en Haute-Vienne est une incidence de l'activité de la maison médicale de garde et de SOS Médecins qui dispose d'un cabinet.

Les codes CRS et VRS sont à utiliser dans le cadre de la permanence des soins en Corrèze suite à l'arrêté sur la sectorisation mais certains de ces actes sont réalisés par des médecins de Creuse ou de Haute-Vienne.

**Répartition des actes majorés réalisés par les médecins généralistes
pour les bénéficiaires de la région Limousin
Année 2009**

Actes majorés	Département du médecin				
	Corrèze	Creuse	Haute-Vienne	Limousin	Hors région
Dimanches et jours fériés (VRD, CRD, F, MDD)	69,2%	66,2%	58,1%	61,6%	65,2%
Majorations de 0h à 6h (VRM, CRM, MDI, MM)	5,6%	10,5%	9,9%	9,1%	7,0%
Majorations de 20h-0h et 6h-8h (VRN, CRN, MDN, MN)	23,4%	20,9%	20,6%	21,3%	20,5%
Majorations de 12h à 20h le samedi (VRS, CRS)	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Nuits	1,7%	2,4%	11,3%	8,1%	7,3%

Sources : 3 CPAM - MSA Limousin - RSI Limousin - Sections Locales Mutualistes (MFP Services, MGP et MGEN)

**Part des nouvelles majorations dans les actes majorés réalisés par les
médecins généralistes pour les bénéficiaires de la région Limousin
Année 2009**

Actes majorés	Département du médecin				
	Corrèze	Creuse	Haute-Vienne	Limousin	Hors région
Nouvelles majorations pour actes régulés (VRD, CRD, VRM, CRM, VRN, CRN, VRS, CRS)	10 747	7 517	14 088	32 352	2 197
Total actes majorés	13 954	8 674	41 813	64 441	3 726
% nouvelles majorations	77%	87%	34%	50%	59%

Sources : 3 CPAM - MSA Limousin - RSI Limousin - Sections Locales Mutualistes (MFP Services, MGP et MGEN)

En Limousin, en 2009, 50% des actes majorés sont facturés avec les nouvelles majorations pour actes régulés définis dans l'avenant N°4 de la convention des médecins. En Haute-Vienne, seulement 1 acte sur 3 est remboursé avec une nouvelle majoration alors que pour la Creuse le taux est estimé à 87%.

Au sein de la région, les médecins d'un département assurent la permanence pour certains bénéficiaires des autres départements de la région. Plus particulièrement, en Creuse, 3,5% des actes majorés des médecins creusois sont réalisés pour des bénéficiaires habitant soit en Corrèze soit en Haute-Vienne. Les actes réalisés par des médecins hors région pour des bénéficiaires de la région se répartissent de la manière suivante : 48% pour les bénéficiaires de la Haute-Vienne, 34% pour ceux de la Corrèze et 18% pour ceux de la Creuse.

**Part d'actes majorés réalisés par les médecins généralistes pour les bénéficiaires de la région Limousin
selon le département
Année 2009**

		Département du médecin				
		Corrèze	Creuse	Haute-Vienne	Limousin	Hors région
Département du bénéficiaire	Corrèze	97,5%	1,0%	0,7%	21,8%	34,4%
	Creuse	0,7%	96,5%	0,5%	13,5%	18,1%
	Haute-Vienne	1,8%	2,5%	98,8%	64,7%	47,5%

Sources : 3 CPAM - MSA Limousin - RSI Limousin - Sections Locales Mutualistes (MFP Services, MGP et MGEN)

NB : Les actes majorés réalisés par les médecins de la région pour des bénéficiaires hors région ne sont pas dénombrés.

**Nombre de médecins généralistes assurant la permanence des soins
Année 2009**

	Nombre de secteurs de garde	Médecins généralistes ayant au moins un acte majoré		Médecins généralistes volontaires
		Nombre	%*	
Corrèze	21	214	80%	186
Creuse	15	122	92%	112
Haute-Vienne	32	378	78%	308
Limousin	68	714	81%	606

* pourcentage calculé en fonction du nombre de médecins généralistes en exercice libéral au cours de l'année 2009

Sources : 3 CPAM - MSA Limousin - RSI Limousin - Sections Locales Mutualistes (MFP Services, MGP et MGEN)

Au cours de l'année 2009, 714 médecins (11 de moins qu'en 2008) de la région ont réalisé des actes majorés alors que 606 médecins sont volontaires (inscrits aux tableaux de permanence). Dans les faits, 81% des médecins généralistes participent à la permanence des soins alors que seuls 69% sont volontaires. En Creuse, la quasi-totalité des médecins contribuent à la permanence des soins.

Le coût de la permanence des soins en Limousin

Les coûts se répartissent en deux parties :

- l'effectif : coût des astreintes et des montants remboursables des actes réalisés pendant la permanence des soins
- la régulation : indemnités des médecins régulateurs financées :
 - o pour les nuits, les dimanches et jours fériés sur le risque
 - o pour les samedis après-midi sur le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) et sur le risque.

NB : les actes pris en compte sont les visites et les consultations majorées qu'elles soient réalisées ou non par un médecin inscrit au tableau de la permanence des soins, qu'il soit d'un des trois départements de la région ou pas. Les frais de transports ne sont pas comptabilisés.

Coût de la permanence des soins en Limousin Dimanches, jours fériés et samedis après-midi Année 2009

	Effectif		Régulation		Total des dépenses
Département du médecin	Astreintes des médecins généralistes	Montants remboursables de l'activité *	Indemnisation des médecins régulateurs		
			Financée sur le risque	Financée sur le FIQCS	
Corrèze	294 050 €	470 217 €	111 012 €		875 279 €
Creuse	128 850 €	279 627 €	46 068 €	6 000 €	460 545 €
Haute-Vienne	261 750 €	1 093 878 €	149 424 €	55 968 €	1 561 020 €
Limousin	884 650 €	1 843 722 €	306 504 €	61 968 €	2 896 844 €
Hors région		111 667 €			3 008 511 €

* seules sont prises en compte les consultations, les visites et les majorations associées réalisées par un médecin de la région ou non pendant la permanence des soins pour les bénéficiaires du Limousin

Sources : 3 CPAM - MSA Limousin - RSI Limousin - Sections Locales Mutualistes (MFP Services, MGP et MGEN)

Coût de la permanence des soins en Limousin - Nuits de semaine Année 2009

	Effectif		Régulation		Total des dépenses
Département du médecin	Astreintes des médecins généralistes	Montants remboursables de l'activité *	Indemnisation des médecins régulateurs		
			Financée sur le risque	Financée sur le FIQCS	
Corrèze	1 014 800 €	287 527 €	285 978 €		1 588 305 €
Creuse	743 700 €	200 281 €	75 009 €		1 018 990 €
Haute-Vienne	1 545 900 €	1 117 879 €	247 302 €		2 911 081 €
Limousin	3 304 400 €	1 605 686 €	608 289 €		5 518 375 €
Hors région		84 298 €			5 602 673 €

* seules sont prises en compte les consultations, les visites et les majorations associées réalisées par un médecin de la région ou non pendant la permanence des soins pour les bénéficiaires du Limousin

Sources : 3 CPAM - MSA Limousin - RSI Limousin - Sections Locales Mutualistes (MFP Services, MGP et MGEN)

Le coût total de la permanence des soins sur l'année 2009 s'élève à :
8 611 184 €

De plus, dans le cadre du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), les financements suivants ont été octroyés pour 2009 dans le cadre de la permanence des soins :

Nom du projet	Thème	Montants accordés
Domus Médica	MMG Limoges	56 900 €
KRB 87	Association bronchiolite	27 120 €
URN 23	Association bronchiolite	12 187 €
URML	Groupe analyse de pratiques (formation destinée aux médecins régulateurs libéraux)	36 520 €
CPAM 87	Taxi de substitution (expérimentation)	5 000 €
CPAM 19	Taxi de substitution (expérimentation)	5 000 €
TOTAL		142 727 €

Source : Versements FIQCS 2009 - URCAM Limousin

Le recours aux soins pendant la permanence des soins

La répartition des actes majorés par secteur de garde se base sur le recours aux soins des bénéficiaires (prise en compte de la commune du bénéficiaire). Certains actes peuvent être réalisés par des médecins hors région.

Suite à la parution de l'arrêté préfectoral de sectorisation dans le cadre de la permanence des soins en Corrèze, les secteurs de garde sont clairement définis et le problème d'appartenance de plusieurs communes à plusieurs secteurs de garde en Corrèze est levé. La distinction est dorénavant réalisée pour les secteurs de garde des trois départements de la région Limousin.

En Corrèze, depuis le 1^{er} juillet 2009, les secteurs N°9 et N°19 ont fusionné en un seul secteur N°9 – Meymac Sornac Bugeat. De plus, le secteur N°21 – Ussel englobe les communes du secteur N°9 de Creuse : les actes associés à des bénéficiaires de ces deux secteurs sont donc comptabilisés.

Pour la Creuse, dans le secteur N°13, les actes des bénéficiaires des communes corréziennes de Peyrelevade et Millevaches sont également ajoutés.

Depuis février 2007, en Haute-Vienne, les secteurs 36 – Magnac Laval et 37-38 – Lussac-les-Eglises – Arnac la Poste – St Sulpice les Feuilles ont fusionné : 32 secteurs sont comptabilisés sur le département depuis 2007.

Répartition par secteur de garde des actes majorés réalisés pour les bénéficiaires de la région Limousin
Année 2009

Département	Secteurs PDS	Nom du secteur	Dimanches et jours fériés (VRD, CRD, F, MDD, CRS, VRS)	Majorations de 0h à 6h (VRM, CRM, MDI, MM)	Majorations de 0h et 6h-6h (VRN, CRN, MDN, NN)	Nuits	Ensemble des actes majorés
Corrèze	1	Alassac - Donzac - St Féréol - Persac le Noir	572	45	203	6	826
	2	Argentat - St Chamont - Moncoeur	658	52	171	6	887
	3	Arnac Pompadour - Lubersac	365	58	138	30	591
	4	Beynat - Aubazine - Cornil - Lezarde Enval - St Fortunade	365	41	96	5	507
	5	Objat - Ayen - St Avicla	534	59	203	14	810
	6	Beaulieu - Meyssac	367	64	143	4	578
	7	Bort les Orgues	459	56	206	50	771
	8	Brive la Gaillarde - Malesmort sur Corrèze - Ussac	1 990	65	883	48	2 986
	9	Meymac - Somerc - Bugesat	400	24	92	17	533
	10	Treignac - Chamberet	204	28	85	22	339
	11	Uzerche - Vigecis - Sellnac - Masseret - Le Lonzac	589	79	202	22	892
	12	Marcillac La Croisille - La Roche Canillac	195	12	52	5	264
	13	Corrèze - St Augustin	280	24	55	14	373
	14	Cosnac - Turenne - Jupéac Nazareth	275	36	66	5	382
	15	Egletons - Rosiers d'Egletons	413	51	104	17	585
	16	Merlines - Eygurande	132	8	25	6	171
	17	Tulle - Naves - Leguenna - St Maxant - St Germain Les Vergnes	961	38	364	39	1 402
	18	Larche - Mansac - Varetz - St Pantaléon	578	66	175	16	835
	20	St Privat - Servières le Château	450	62	85	15	612
	21*	Ussel	559	14	110	17	700
	22	Neuvic - Souillac - Ussel	301	15	61	15	392
	Ensemble des secteurs		10 847	897	3 519	373	15 436
Creuse	1	Ahun - Laveyssière les Cinqs	381	47	93	13	534
	2	Ajain - Gouzon	559	59	151	22	791
	3	Aubousson - Falletin	594	55	153	96	898
	4	Auzances - Mainzat	238	32	57	16	343
	5	Bonnat	363	64	134	6	567
	6	Bourgnan - Pontarion	449	92	184	16	741
	7	Boussac	291	54	126	24	495
	8	Chambon sur Vouelle - Evaux les Bains	288	50	118	36	492
	10	Dun le Palestel	369	76	123	16	584
	11	Le Grand-Bourg	358	51	114	14	537
	12	Guéret - Saint Vaur	1 355	194	403	44	1 996
	13*	Royère de Vassivière - Faux la Montagne	124	30	49	9	212
	14	La Souterraine	596	132	183	17	928
	15	Mérinchal - Crecoq	160	17	37	9	223
	Ensemble des secteurs		6 125	953	1 925	338	9 341
Haute-Vienne	1	Aixe sur Vienne - Saint Priest sous Aixe	476	58	129	63	725
	2	Verneuil sur Vienne	246	19	52	34	351
	3	Cognac la Forêt - St Laurent le Gerre - St Gildard	323	40	81	32	478
	4	Condat sur Vienne - Isle	844	102	229	141	1 316
	5 - 5 bis	La Vigen	495	58	86	90	729
	6 - 8	Bosmie l'Aiguière	1 735	208	420	421	2 784
	7	Fançois - Feyt	689	70	221	121	1 101
	9	Le Palais sur Vienne - Rilhac Rancou - St Priest Taution	769	104	184	191	1 248
	10	Nisul - Peyrilliac - St Jouvent - Veyrac	285	31	54	34	404
	11 - 15	Ambsac	668	97	197	116	1 078
	12	Bersac et Rivalier - La Jonchère - St Sulpice Laurière	379	33	107	39	559
	13	Cleux - Compeignac - Nantlat	184	19	55	18	276
	14	Chateauponsac - St Sornin Leulac	149	20	33	16	218
	16	Bellac	473	33	141	48	695
	17	St Brice sur Vienne - St Julien	410	21	108	36	575
	18	Oradour s/ Glane - St Gence - St Victorien	302	21	56	37	416
	19	Rochechouart - Saillat sur Vienne	114	7	10	11	142
	20	Cussac - Oradour sur Vayres - St Mathieu - Vayres	330	35	68	57	490
	21	Bussière Galant - Chalus - Doumazac - Flavignac	313	32	81	48	474
	22	Nexon - St Maurice les Brousses	287	33	80	37	437
	23	Ladignac - La Meyze	92	20	37	16	165
	24	Coussac Bonneval - Glandon - St Yrieix la Perche	351	41	86	25	503
	25 - 26	Pierre Buffière	417	75	114	93	699
	27	Magnac Bourg	37	4	10	11	62
	28 - 30	Meuzac (actes réalisés alternativement par les médecins des secteurs 25-26 et 29-30)	286	29	68	53	436
	29 - 31	St Germain les Bâilles La Croisille sur Brionne	490	51	96	103	740
	32	St Paul - St Bonnet Brionne - Linards	242	22	74	58	396
	33	Chateauponsac - Peyrat le Château	550	90	140	124	904
	34	St Léonard de Noblat - Sauvignat sur Vige	113	35	48	20	216
	35	Bussière Pottier - Mazières sur Issoire	137	21	53	9	220
	36 - 37 - 38	Le Dorat Magnac Laval Lussac les Eglises Arnac la Poste - St Sulpice les Feuilles	254	28	56	49	387
	39	Limoges	12 899	2 801	5 838	2 600	24 138
	Ensemble des secteurs		25 338	4 258	9 012	4 751	43 359
LIMOUSIN	Ensemble des communes de la région		42 110	6 108	14 456	5 462	68 136

En Creuse : Les communes St Mard La Breuille et Flayat sont rattachées à des secteurs du Puy de Dôme : 37 actes recensés

* : en Creuse, le dénombrement d'actes effectués pour les bénéficiaires de la Creuse du secteur 9 est cumulé à celui du secteur 21 de la Corrèze pour le secteur 13, les actes réalisés pour des bénéficiaires de Payreleval ou Milleval

NB : les actes ont été réalisés par des médecins de la région ou hors région

Sources : 3 CPAM - MSA Limousin - RSI Limousin - Sections Locales Mutualistes (MFP Services, MOP et NGEM)

Remarques générales :

- Pour ces résultats sur le second semestre 2009, sont exploitées les données :
 - o du **régime général** (y compris les sections locales mutualistes pour MFP Services, MGP et MGEN)
 - o du **régime agricole**.
 - o du **régime social des indépendants**.
- **Les médecins transfrontaliers** : certains médecins interviennent sur plusieurs départements. L'ensemble des actes majorés y compris ceux des médecins hors département est extrait du système d'information pour avoir l'exhaustivité des patients de la région ayant eu recours aux soins pendant la permanence des soins
- **Affectation de la date des actes à celle de l'astreinte** : les systèmes d'information ne permettent pas de différencier, pour une date donnée, notamment pour les astreintes de nuit réalisées en semaine, les actes relevant de la période d'astreinte ou de la journée précédant ou suivant celle-ci : le choix fait est de lier tous les actes réalisés à la date de l'astreinte à celle-ci. Le biais y sera constant.
 - o **Exemple** : une astreinte avec une date du 2 juillet 2009 est considérée avec acte si au moins un acte a été réalisé le 2 juillet 2009 par le médecin à qui a été payée l'astreinte.

* : en Corrèze, les actes ne peuvent pas être dénombrés par secteur compte tenu de l'appartenance des communes à plusieurs secteurs de garde.

NB : les actes ont été réalisés par des médecins de la région ou hors région

Sources : 3 CPAM - MSA Limousin - RSI Limousin - Sections Locales Mutualistes (MFP Services, MGP et MGEN)

ANNEXE 1 :

Arrêté du 26 mai 2005 portant approbation de l'avenant n°4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes publié au JO du 1er juin 2005.

A V E N A N T N°4 À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE :

Les parties signataires à la convention nationale conviennent de ce qui suit :

Article 1^{er} : Cadre réglementaire renouvelé

Le décret no 2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins prévoit à cet égard une définition des secteurs d'astreinte adaptable en fonction des horaires et des périodes de l'année.

La mise en oeuvre de la nouvelle organisation de la permanence des soins ambulatoire, fondée sur le volontariat du médecin, repose notamment sur :

L'obligation d'une régulation préalable des demandes de soins non programmés aux heures de permanence organisée par le SAMU, cette régulation pouvant également être assurée par le centre d'appel d'une association de permanence des soins dès lors que ce centre est interconnecté avec le SAMU. Le décret du 7 avril 2005 prévoit que les modalités de l'interconnexion doivent être définies par une convention conclue entre l'établissement hospitalier où est situé le SAMU et l'association de permanence de soins [...]

La sectorisation, pour le dimanche, les jours fériés et la nuit.

L'organisation, sur proposition des partenaires régionaux (Missions Régionales de Santé), de cette sectorisation, notamment la mutualisation de secteurs entre 20 heures et 8 heures, doit faire l'objet d'arrêtés préfectoraux, pris après consultation des conseils départementaux de l'ordre des médecins et avis des CODAMUPS.

Par lettre en date du 11 avril 2005, le ministre des solidarités, de la santé de la famille et le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie ont informé les partenaires conventionnels de leur volonté de redéfinir dans les meilleurs délais les secteurs de permanence afin de mieux prendre en compte les besoins de la population, l'offre de soins existant ainsi que les caractéristiques propres à chaque département.

Ils ont précisé que cette redéfinition, qui sera assurée à l'issue d'une concertation menée par les préfets au sein des CODAMUPS, devrait notamment permettre, en application du décret précité, d'obtenir une mutualisation des secteurs après minuit d'environ un secteur sur deux en moyenne nationale, dès lors que cette nouvelle organisation garantisse une permanence des soins en tout point du territoire, à tout moment de la journée et de la nuit.

Article 2 : Participation de l'assurance maladie au financement de la régulation

En application des textes, la régulation doit être opérationnelle pendant les plages horaires prévues pour la permanence des soins quels que soient l'organisation et les modes de coopération retenus.

La présence des médecins libéraux pour assurer la régulation peut ne pas être systématique sur l'ensemble des plages horaires de permanence des soins. Dans ce cas, un relais doit être assuré, par exemple par le praticien hospitalier, dans le respect du cahier des charges départemental qui doit notamment préciser, conformément à l'article R. 735 du code de la santé publique, les conditions particulières d'organisation de la régulation.

L'assurance maladie participe au financement de la régulation des médecins libéraux suivant les modalités ci-dessous :

- versement de 3C, soit 60 € de l'heure, au médecin libéral régulateur pour sa participation à la régulation organisée par le SAMU, le dimanche, les jours fériés et la nuit en fonction des besoins ;
- prise en charge de la formation à la régulation des médecins dans le cadre de la formation professionnelle conventionnelle ;
- prise en charge, si besoin, de la responsabilité civile professionnelle des médecins libéraux régulateurs pour leur activité de régulation.

Article 3 : *Participation de l'assurance maladie au financement de majorations spécifiques*

La mise en place de la régulation telle que définie *supra* permet d'optimiser le recours au médecin de permanence, en distinguant les besoins de conseils ou de réorientations vers une consultation programmée, des besoins de soins nécessitant l'intervention d'un médecin de permanence.

Les partenaires conventionnels expriment leur volonté de majorer spécifiquement les actes réalisés dans ce cadre, dans un souci de qualité et d'efficacité de l'organisation des soins.

Ainsi, lorsque le médecin inscrit sur le tableau de permanence ou appartenant à une association de permanence des soins et inscrit, conformément à l'article R. 731 du code de la santé publique, auprès du conseil départemental de l'ordre intervient à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de permanence des soins, en application des dispositions de l'article R. 732 du code de la santé publique, il bénéficie de majorations spécifiques.

Le montant de ces majorations est distinct selon que le médecin de permanence reçoit le patient à son cabinet ou s'il effectue une visite à domicile justifiée :

Visite à domicile

Majoration spécifique de nuit 20 heures-0 heure/6 heures-8 heures 46,00 €

Majoration spécifique de milieu de nuit

0 heure-6 heures 55,00 €

Majoration spécifique de dimanche et jours fériés 30,00 €

Consultation

42,50 €

51,50 €

26,50 €

Ces majorations spécifiques sont également applicables par le médecin non inscrit au tableau de garde, qui intervient sur appel du médecin régulateur en remplacement du médecin de permanence indisponible.

Ces majorations spécifiques ne sont pas cumulables avec les majorations de nuit, de dimanche et jours fériés ni avec les majorations de déplacements – à l'exception des indemnités kilométriques (IK) de l'article 13 (C) des conditions générales de la NGAP –, définies dans l'annexe tarifaire de la convention nationale.

Les interventions réalisées en dehors de ce cadre par les médecins libéraux donnent lieu à l'application et la prise en charge par l'assurance maladie des majorations en vigueur, aux conditions habituelles.

Article 4 : *Participation de l'assurance maladie au financement de l'astreinte*

La participation du médecin de permanence est formalisée par une inscription nominative en tant que tel sur le tableau départemental de garde, conformément à l'article R. 731 du code de la santé publique, et par son intervention conditionnée aux appels de la régulation organisée par le SAMU.

Pour justifier du versement de la rémunération de l'astreinte, le médecin de permanence s'engage à être disponible et joignable par tous moyens afin de prendre en charge le patient dans les meilleurs délais, l'astreinte pouvant être assurée, sous ces réserves et conformément au cahier des charges départemental (art. R. 735 du code de la santé publique), en tout lieu aux heures définies de la permanence. En particulier, il répond aux sollicitations de la régulation organisée par le SAMU dans le cadre de la permanence des soins.

Sur un secteur donné, le paiement de l'astreinte s'effectue au profit du praticien libéral conventionné inscrit au tableau de permanence ou du médecin de permanence intervenant dans le cadre d'une association de médecins spécialisées dans l'intervention en dehors des heures ouvrées, sous réserve, conformément à l'article R. 731 du code de la santé publique, d'une transmission au conseil départemental de l'ordre des médecins de la liste nominative des médecins participant à cette permanence.

Les médecins de permanence remplissant les engagements ci-dessus peuvent prétendre à une rémunération :

– de 50 € pour la période de 20 heures à 0 heure ;

– de 100 € pour la période de 0 heure à 8 heures ;

– et de 150 € pour les dimanches et jours fériés pour la période de 8 heures à 20 heures.

Cette rémunération est versée dans la limite d'une astreinte par secteur de permanence, ou par ensemble de secteurs mutualisés, et de 150 € par période de 12 heures.

ANNEXE 2 :

Arrêté du 21 décembre 2007 portant approbation de l'avenant n°27 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes publié au JO du 27 décembre 2007³.

AVENANT N°27 À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE

Vu l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ;

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 12 janvier 2005, ses avenants et annexes ;

Vu le décret no 2006-1686 du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins ;

Le décret no 2006-1686 du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins étend les plages horaires du dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. Ainsi, ces dernières peuvent s'étendre désormais aux samedis à partir de midi, aux lundis ouvrés lorsqu'ils précèdent un jour férié, ainsi qu'aux vendredis et aux samedis lorsqu'ils suivent un jour férié, en fonction des besoins de la population.

Afin de prendre en compte ces modifications réglementaires, les partenaires conventionnels conviennent de compléter l'avenant no 4 à la convention nationale, signé le 22 avril 2005 et publié au Journal officiel du 1^{er} juin 2005.

A cet effet, ils réitèrent leur engagement d'apporter à la permanence des soins une réponse organisationnelle adaptée aux besoins de soins de la population, en fonction des périodes et des territoires.

Ils conviennent également d'accompagner l'extension des plages horaires d'une restructuration de l'offre de soins, en privilégiant en priorité une régulation libérale des appels.

L'avenant no 4 à la convention nationale des médecins libéraux est complété comme suit :

Article 1er

Champ d'application

En application des dispositions du décret du 22 décembre 2006, le préfet peut étendre les périodes de permanence des soins, pour tout ou partie des secteurs arrêtés dans le département :

- aux samedis à partir de 12 heures ;
- aux lundis ouvrés de 8 heures à 20 heures lorsqu'ils précèdent un jour férié ;
- aux vendredis de 8 heures à 20 heures et samedis de 8 heures à 12 heures, lorsqu'ils suivent un jour férié.

Le préfet prend cette mesure en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante et l'inscrit dans le cahier des charges départemental.

Les partenaires conventionnels définissent dans le présent avenant la participation de l'assurance maladie au financement des majorations spécifiques et de l'astreinte.

Les partenaires conventionnels précisent que ces mesures ne s'appliquent qu'aux médecins libéraux inscrits sur le tableau de garde pendant l'une ou plusieurs de ces périodes.

Les partenaires conventionnels définissent également dans le présent avenant les modalités de rémunération des médecins régulateurs libéraux pour les nouvelles périodes de permanence des soins, selon les mêmes conditions que celles déterminées dans l'avenant no 4.

Article 2

Participation de l'assurance maladie au financement de la permanence des soins

2.1. Majorations spécifiques

Les majorations spécifiques définies à l'article 3 de l'avenant no 4 sont appliquées pendant les nouvelles périodes de permanence des soins définies à l'article 1er du présent avenant au montant et dans les conditions prévues à l'article 3 de l'avenant no 4.

2.2. Astreinte

Le montant de la somme versée au médecin libéral d'astreinte sur les nouvelles périodes de permanence des soins telles que définies à l'article 1er du présent avenant est le suivant :

- samedi de 12 heures à 20 heures : 100 € ;
- lundi ouvré de 8 heures à 20 heures, lorsqu'il précède un jour férié, et vendredi de 8 heures à 20 heures, lorsqu'il suit un jour férié : 150 € ;
- samedi de 8 heures à 12 heures lorsqu'il suit un jour férié : 50 €.

L'astreinte est versée dans les conditions définies à l'article 4 de l'avenant no 4.

³ Convention medecins de 2007 dont les dispositions sont maintenues à titre transitoire dans la convention nationale des medecins approuvée par arrêté du 22/09/2011.

2.3. Régulation

Le montant versé au médecin libéral pour sa participation à la régulation organisée en lien avec le SAMU pendant les nouvelles périodes de permanence des soins telles que définies à l'article 1er du présent avenant est de 3C de l'heure.

Cette rémunération est versée dans les conditions définies à l'article 2 de l'avenant no 4.

Article 3

Mise en œuvre

Compte tenu des engagements pris par le Gouvernement dans le courrier de la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports en date du 12 décembre de poursuivre la resectorisation de la permanence des soins, les mesures définies dans le présent avenant interviendront, dans chaque département, dès qu'un arrêté préfectoral portant organisation de la permanence des soins et conforme à ces orientations a été pris. Dans l'attente, la permanence des soins sera assurée les 24 et 31 décembre 2007, d'une part, par un médecin de permanence inscrit sur le tableau tenu par l'ordre et, d'autre part, par le médecin régulateur libéral intervenant au sein du centre de régulation en lien avec le SAMU-centre 15. Elle sera rémunérée sur l'ensemble du territoire sur la base de l'avenant no 4 précité et conformément à l'article 2 du présent avenant.

Article 4

Evaluation

Les partenaires conventionnels s'entendent pour suivre et évaluer la mise en oeuvre du présent avenant. Un premier bilan d'étape sera réalisé trois mois à compter de sa date de publication.

Fait à Paris, le 19 décembre 2007.

Pour l'UNCAM :

F. VAN ROEKEGHEM,
directeur général

Au titre des généralistes :

Pour la CSMF :

DR M. CHASSANG,
président

Pour MG-France :

DR M. OLIVIER-KOEHRET,
président

Pour le SML :

DR D. CABRERA,
président

Au titre des spécialistes :

Pour Alliance :

DR F. BENOUAICH,
président

Pour la CSMF :

DR M. CHASSANG,
président

Pour la FMF :

DR J.-C. REGI,
président

Pour le SML :

DR D. CABRERA,
président

ANNEXE 3 :

Arrêté du 31 décembre 2008 sur la permanence des soins en médecine ambulatoire publié au recueil des actes administratifs de la Corrèze n° 2009-01 du 9 janvier 2009

2009-01-0007 - Permanence des soins en médecine ambulatoire (AP du 31 décembre 2008).

Le préfet de la Corrèze,
Chevalier dans l'ordre national de la légion d'honneur,
Chevalier dans l'ordre national du mérite,
.....

Arrête :

Art. 1. - L'arrêté du 28 août 2006 relatif à la permanence des soins en Corrèze est abrogé.

Art. 2. - La permanence des soins en médecine ambulatoire est assurée en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux selon les modalités définies dans le cahier des charges joint en annexe,

Art. 3. - Pour mettre en œuvre la permanence des soins, le département est divisé en **22 secteurs géographiques** dont la liste figure dans le cahier des charges.

Art. 4. - L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable définie par la convention établie entre l'AMRL et le SIBTU, relative à l'organisation et au fonctionnement du dispositif de réception et de régulation des appels de la médecine générale.

Art. 5. - La réorganisation de la permanence des soins est mise en place à titre expérimental pour une durée de six mois à compter du 02 Janvier 2009. A l'issue de cette période, il sera procédé à une évaluation qui sera soumise à l'avis du CODAMUPS.

Art. 6. - Un recours contre le présent arrêté peut être formé dans un délai de deux mois à compter de la parution au recueil des actes administratifs :

- recours gracieux auprès de M. le préfet de la Corrèze,
- recours hiérarchique auprès de Mme le ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative,
- recours contentieux auprès du tribunal administratif – 1 cours Vergniaud – Limoges.

Article d'exécution.

Tulle, le 31 décembre 2008

Alain Zabulon

ANNEXE 4 :

Arrêté du 27 mai 2009 sur la modification de la permanence des soins en Corrèze publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Corrèze n° 2009-11 du 5 juin 2009

2009-06-0425-Modification de la permanence des soins en Corrèze à compter du 1^{er} juillet 2009.

Le Préfet de la Corrèze,
Chevalier dans l'ordre national de la légion d'honneur,
Chevalier dans l'ordre national du mérite,

.....
Arrête :

Art. 1. - L'article 3 de l'arrêté préfectoral du 31 décembre 2008 relatif à la permanence des soins en Corrèze est modifié comme suit **à compter du 1^{er} juillet 2009** :

- les communes du secteur 9 : Ambrugeat, Bellechassagne, Chavanac, Combressol, Davignac, Maussac, Meymac, St Angel, St Merd les Oussines, St Setiers, St Sulpice les Bois , Sornac.
et
- les communes du secteur 19 : Bonnefond, Bugeat, Grandsaigne, Gourdon Murat, Lestard , Pérols sur Vézère, Pradines , Tarnac, Toy-Viam, Viam
sont regroupés en un seul secteur, le secteur Meymac Sornac Bugeat, secteur 9.

La liste des secteurs modifiés est jointe en annexe.

Art. 2. - Un recours contre le présent arrêté peut être formé dans un délai de deux mois à compter de la parution au recueil des actes administratifs :

- recours gracieux auprès de M. le préfet de la Corrèze,
- recours hiérarchique auprès de Mme la ministre de la santé et des sports,
- recours contentieux auprès du tribunal administratif – 1 cours Vergniaud – 87000 Limoges

Article d'exécution.

Tulle, le 27 mai 2009
Alain Zabulon

2) sectorisation et organisation de la permanence des soins à compter du 02 janvier 2009 – modifié à compter du 01 avril 2009

Le département est découpé en 22 secteurs de permanence des soins. Toutes les communes du département sont rattachées à chaque secteur selon la répartition suivante :

(il est à noter que :

- sur 2 secteurs, sont rattachées des communes hors département : creuse et puy de dôme,
- pour 2 communes corréziennes, Peyrelevade et Millevaches, la pds est assurée par la creuse.

Donnant lieu à des arrêtés conjoints}.

1 – Allasac - Donzenac - Ste Féréole - Perpezac le noir

Allasac, Donzenac, Estivaux, Orgnac sur Vézère, Perpezac le noir, Sadroc, St Bonnet l'enfantier, St Pardoux l'ortigier, St Viance, Ste Féréole, Voutezac

2 – Argentat - St Chamant - Mercoeur

Argentat, Camps St Mathurin Léobazel, Forgès, La Chapelle St Géraud, Mercoeur, Monceaux, Neuville, Reygade, St Chamant, St Hilaire Taurieux, St Martial entraygues, St Sylvain, Sexcles, St Bazile de la roche, St Bonnet Elvert.

3 – Arnac Pompadour - Lubersac

Arnac Pompadour, Beyssac, Beyssenac, Lubersac , Montgibaud, St Eloi les tuileries, St Julien le Vendomois, St Martin Sepert , St Pardoux corbier, St Sornin Lavolps, Ségur le château, Troche .

4 – Beynat - Aubazine – Cornil - Lagarde Enval - Ste Fortunade

Albignac, Albussac, Aubazine, Beynat, Cornil, Dampniat, La Chapelle aux brocs, Ladignac, Lagarde Enval , Lanteuil, Le Chastang, Le Pescher, Marc La Tour, Mémoires, Palazinges, Ste Fortunade , Sérilhac

5 – Objat - Ayen - St Aulaire

Ayen, Chabrignac, Concèze, Juillac, Lascaux, Louignac, Objat, Perpezac le blanc, Rosiers de juillac, St Aulaire, St Bonnet la rivière, St Cyprien, St Cyr la roche, St Robert, St Solve, Segonzac, Vars sur Roseix, Vignols.

6 - Beaulieu- Meyssac

Altillac, Astaillac, Bassignac le bas, Beaulieu sur Dordogne, Bilhac, Branceilles, Brivezac, Chauffour, Chenailler Mascheix, Collonges la rouge, Curemonte, La Chapelle aux Saints, Lagleygeolle, Ligneyrac, Liourdres, Lostanges, Marcillac la Croze, Meyssac, Noailhac, Nonards, Puy d'arnac, Queyssac les vignes, Saillac, St Bazile, St Julien Maumont, Sioniac, Tudeils, Vegennes

7 – Bort les orgues

Bort les orgues, Margerides, Monestier port dieu, St Julien près bort, St Victour, Sarroux,

8 – Brive la gaillarde - Malemort sur Corrèze - Ussac

Brive, Malemort sur Corrèze, Ussac, Venarsal.

9 – Meymac - Sornac - Bugeat

Ambrugeat, Bellechassagne, Bonnefond, Bugeat, Chavanac, Combressol, Davignac, Grandsaigne, Gourdon Murat, Lestard, Maussac, Meymac, Pérols sur Vézère, Pradines, St Angel, St Merd les oussines, St Setiers, St Sulpice les bois, Sornac, Tarnac, Toy-Viam, Viam.

10 – Treignac - Chamberet

Affieux, Chamberet, L'église aux Bois, La Celle, Madranges, Meilhards, Peyrissac, Rilhac-Treignac, St Hilaire les Courbes, Soudaine lavinadière, Treignac, Veix.

11- Uzerche - Vigeois - Seilhac- Masseret - Le Lonzac

Benayes, Chamboulive, Condat sur Ganaveix, Espartignac, Eyburie, Lagraulière, Lamongerie, Le Lonzac, Masseret, Pierrefitte, St Clément, St Jal, St Salvador, St Ybard, Salon la tour, Seilhac, Uzerche, Vigeois.

12 – Marcillac la Croisille - La Roche canillac

Champagnac la nouaille, Champagnac la prune, Clergoux, Espagnac, Gros Chastang, Gumont, La Roche Canillac, Lafage sur Sombre, Laval/Luzège, Le jardin, Marcillac la Croisille, Pandrignes, St Martin la méanne, St Merd de lampleau, St Pardoux la Croisille, St Paul.

13 – Corrèze - St Augustin

Bar, Beaumont, Chaumeil, Corrèze, Eyrein, Gimel, Meyrignac l'église, Orliac de bar, St Augustin, St Martial Dd gimel, St Priest de Gimel, Sarran, Vitrac

14 – Cosnac - Turenne - Jugeals Nazareth

Cosnac, Jugeals Nazareth, Nespouls, Noailles, Turenne

15 – Egletons - Rosiers d'égletons

Darnetz, Egletons, La Chapelle Spinasse, Lapeau, Montagnac St Hippolyte, Moustier Ventadour, Pérét bel air, Rosiers d'égletons, St Hilaire Foissac, St Yriex le déjalat, Soudeilles.

16 – Merlines - Eygurande

Eygurande, Feyt, Lamazière Haute, La Roche Près Feyt, Merlines, Monestier-Merlines, Herment, Bourglastic, Savennes, Messeix, St Sulpice, Briffons, Lastic, St Germain près Herment (63)

17 – Tulle - Naves - Laguenne - St Mexant - St Germain Les Vergnes

Chameyrat, Chanac Les Mines, Chanteix, Favars, Laguenne, Les angles, Naves, St Bonnet avalouze, St Germain les vergnes, St Hilaire peyrour, St Mexant, Tulle.

18 – Larche - Mansac - Varetz – St Pantaleon

Brignac la Plaine, Chartrier Ferrière, Chasteaux, Cublac, Estivals, Larche, Lissac, Mansac, St Cernin de larche, St Pantaléon de larche, Varetz, Yssandon.

19 – Secteur regroupé avec le secteur 9**20 – St Privat - Servièrès le Château**

Auriac, Bassignac le haut, Darazac, Goulles, Hautefage, Rilhac Xaintrie, St Bonnet les tours, St Cirgues la loutre, St Geniez-ô-merle, St Julien aux bois, St Julien Le pèlerin, St Privat, Servièrès le château.

21 – Ussel

Aix la marsalouse, Alleyrat, Chaveroche, Confolens port dieu, Couffy sur sarsonne, Courteix, Lignareix, Mestes, St Bonnet près bort, St Etienne aux clos, St Exupéry, St Fréjoux, St Germain lavolps, St Pardoux le neuf, St Pardoux le vieux, St Rémy, Thalamy, Ussel, Valièrgues, Veyrières , La Courtine, Le Mas d'Artige, Saint Oradoux de Chirouze, Saint Martial le Vieux (23).

22 – Neuviç - Soursac - Liginiaç

Chirac Bellevue, Lamazière basse, Latronche, Liginiaç, Neuviç, Palisse, Roche le peyrour, St Etienne la geneste, St Hilaire Luc, St Pantaléon de lapeau, Ste Marie lapanouze, Sérandon, Soursac.

ANNEXE 5 :

**Extrait de l'arrêté du 11 mai 2009 portant modification de la sectorisation de la permanence des soins
des médecins libéraux en Creuse
publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Creuse – N°5 – Edition de Mai 2009**

ARRÊTÉS CONJOINTS – PRÉFECTURE DE LA CORRÈZE – PRÉFECTURE DE LA CREUSE

Article 1 : le secteur n° 13, Royère de Vassivière – Faux la Montagne, actuellement existant, est modifié :
- à compter du 1er avril 2009, s'y ajoutent les communes de Peyrelevade et Millevaches en Corrèze.

Article 2 : la permanence des soins sur le nouveau secteur 13 est assurée par le Docteur Jean Claude ETILE exerçant à Royère de Vassivière, les docteurs Marie Elise LEYCURE et Catherine PRIoux, exerçant conjointement au cabinet multidisciplinaire de Faux La Montagne.

Article 3 : la permanence des soins sur ce secteur 13, est organisée selon les modalités définies dans le cahier des charges du département de la Creuse

Article 4 : un recours contre le présent arrêté peut être formé dans un délai de deux mois à compter de la parution au recueil des actes administratifs :

- recours gracieux auprès de M. le Préfet de la Creuse et M. le Préfet de la Corrèze ;
- recours hiérarchique auprès de Mme la Ministre de la Santé et des Sports ;
- recours contentieux auprès du tribunal administratif -1 cours Vergniaud – 87000 LIMOGES.

Le Préfet de la Corrèze,
Signé : Alain ZABULON

Le Préfet de la Creuse,
Signé : Jean FABRE

Annexe 6 : Bilan du programme Liste en sus 2009.

En raison d'une restructuration de l'OMEDIT du Limousin, aucun établissement de la région n'a fait l'objet d'un contrôle au titre de la campagne 2009.

Néanmoins, le respect des référentiels constitue un axe fort du contrat de bon usage dont l'évaluation annuelle permet, sur la base de pièces justificatives, de mesurer la conformité des prescriptions aux référentiels.

En ce qui concernent les 7 établissements ayant fait l'objet d'un suivi préventif par l'ARH, ils ont tous apporté des explications à l'évolution marquée de leurs dépenses en matière de médicaments et DMI (augmentation d'activité en volume et en nature, recrutement de nouveaux praticiens, évolution des structures hospitalières, lourdeur des patients, ...).

Annexe 7 : Eléments de bilan de l'activité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) :

1. LES PRINCIPAUX ELEMENTS DU BILAN

Le SROS SSR a été révisé et publié par Arrêté du 20 octobre 2009 (arrêté N° ARH/2009/007 du 20/10/09)

Les autorisations ont été accordées par décision de Monsieur le directeur de l'ARS en date du 16 juillet 2010.

**TABLEAU RECAPITULATIF DES AUTORISATIONS S.S.R. DEMANDEES
ET ACCORDEES EN LIMOUSIN**

AUTEUR DE LA DEMANDE	NATURE DE LA DEMANDE	Décisions du D.G. de l'A.R.S.
C.H.U. de LIMOGES	S.S.R. en H.C. et H.J. <u>avec mentions spécialisées :</u> - affections de l'appareil locomoteur H.C. et H.J. enfants adolescents à titre non exclusif segment laboratoire d'analyse du mouvement - affections du système nerveux H.C. et H.J. enfants adolescents à titre non exclusif segment laboratoire d'analyse du mouvement segment AVC avec troubles cognitifs - affections cardio-vasculaires H.J. uniquement - affections respiratoires H.J. uniquement - affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien H.C. et H.J. segment obésité sévère et morbide segment dénutrition sévère - affectations onco-hématologiques H.C. et H.J. enfants et adolescents à titre non exclusif - affections des brûlés H.C. enfants et adolescents à titre non exclusif - affections de la personne âgée polypathologique, dépendants ou à	Décision ARS n° 2010/171 du 16 juillet 2010 Autorisations accordées avec l'ensemble des modalités demandées

	risque de dépendance H.C. et H.J.	
C.H. de GUERET	S.S.R. en H.C. <u>avec mentions spécialisées :</u> - affections de la personne âgée polypathologique, dépendants ou à risque de dépendance H.C. et H.J.	Décision ARS n° 2010/172 du 16 juillet 2010 Autorisations accordées avec l'ensemble des modalités demandées
C.H. EVAUX LES BAINS	S.S.R. en H.C.	Décision ARS n° 2010/173 du 16 juillet 2010 Autorisation accordée
AUTEUR DE LA DEMANDE	NATURE DE LA DEMANDE	Décisions du D.G. de l'A.R.S.
C.R.R.F. NOTH	S.S.R. en H.C. et H.J. enfants et adolescents à titre non exclusif de plus de 6 ans <u>avec mentions spécialisées :</u> - affections de l'appareil locomoteur H.C. et H.J. enfants et adolescents à titre non exclusif de plus de 6 ans - affections du système nerveux H.C. et H.J. enfants et adolescents à titre non exclusif de plus de 6 ans segment AVC avec troubles cognitifs	Décision ARS n° 2010/174 du 16 juillet 2010 Autorisations accordées avec l'ensemble des modalités demandées
C.H. AUBUSSON	S.S.R. en H.C. <u>avec mentions spécialisées :</u> - affections de l'appareil locomoteur H.C. et H.J. - affections la personne âgée polypathologique, dépendants ou à risque de dépendance H.C. et H.J.	Décision ARS n° 2010/175 du 16 juillet 2010 Autorisations accordées avec l'ensemble des modalités demandées <i>sauf pour la modalité "hospitalisation de jour" pour la mention spécialisée "affections de l'appareil locomoteur" qui a été rejetée</i>

CENTRE MEDICAL ALFRED LEUNE SAINTE-FEYRE	S.S.R. en H.C. et H.J. <u>avec mentions spécialisées :</u> - affections cardio-vasculaires H.C. et H.J. - affections respiratoires H.C. et H.J. - affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien H.J. uniquement enfants et adolescents à titre exclusif de plus de 6 ans segment obésité sévère et morbide	Décision ARS n° 2010/176 du 16 juillet 2010 Autorisations accordées avec l'ensemble des modalités demandées
C.H. BOURGANEUF	S.S.R. en H.C. <u>avec mentions spécialisées :</u> - affections la personne âgée polypathologique, dépendants ou à risque de dépendance H.C.	Décision ARS n° 2010/177 du 16 juillet 2010 Autorisations accordées avec l'ensemble des modalités demandées
C.H. LA SOUTERRAINE	S.S.R. en H.C.	Décision ARS n° 2010/178 du 16 juillet 2010 Autorisation accordée
C.H. de BRIVE	S.S.R. en H.C. et H.J. enfants et adolescents à titre exclusif de plus de 6 ans <u>avec mentions spécialisées :</u> - affections de l'appareil locomoteur H.C. et H.J. enfants et adolescents à titre non exclusif de plus de 6 ans - affections du système nerveux H.C. et H.J. enfants et adolescents à titre non exclusif de plus de 6 ans segment AVC avec troubles cognitifs - affections la personne âgée	Décision ARS n° 2010/179 du 16 juillet 2010 Autorisations accordées avec l'ensemble des modalités demandées

	polypathologique, dépendants ou à risque de dépendance H.C. et H.J.	
C.H. BORT LES ORGUES	S.S.R. en H.C.	Décision ARS n° 2010/180 du 16 juillet 2010 Autorisation accordée
C.H. de TULLE	S.S.R. en H.C. et H.J. enfants et adolescents à titre exclusif de moins et de plus de 6 ans <u>avec mentions spécialisées :</u> - affections de l'appareil locomoteur H.C. et H.J. enfants et adolescents à titre non exclusif de moins et de plus de 6 ans - affections du système nerveux H.C. et H.J. enfants et adolescents à titre non exclusif de moins et de plus de 6 ans segment AVC avec troubles cognitifs - affections la personne âgée polypathologique, dépendants ou à risque de dépendance H.C.	Décision ARS n° 2010/181 du 16 juillet 2010 Autorisations accordées avec l'ensemble des modalités demandées
C.H. d'USSEL	S.S.R. en H.C. <u>avec mentions spécialisées :</u> - affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien H.C. - affections la personne âgée polypathologique, dépendants ou à risque de dépendance H.C.	Décision ARS n° 2010/182 du 16 juillet 2010 Autorisation accordée pour : SSR en H.C. avec la mention spécialisée "affections de la P.A. polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance" Autorisation rejetée pour : la mention spécialisée "affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien"
CLINIQUE SAINT-JEAN-LEZ-CEDRES à BRIVE	S.S.R. en H.C.	Décision ARS n° 2010/183 du 16 juillet 2010 Autorisation accordée

C.H. SAINT-JUNIEN	S.S.R. en H.C. et H.J. <u>avec mentions spécialisées :</u> - affections la personne âgée polypathologique, dépendants ou à risque de dépendance H.C. et H.J.	Décision ARS n° 2010/184 du 16 juillet 2010 Autorisations accordées avec l'ensemble des modalités demandées
H.I.MONTS ET BARRAGES à SAINT-LEONARD-DE-NOBLAT	S.S.R. en H.C.	Décision ARS n° 2010/185 du 16 juillet 2010 Autorisation accordée
C.H. SAINT-YRIEIX	S.S.R. en H.C. <u>avec mentions spécialisées :</u> - affections la personne âgée polypathologique, dépendants ou à risque de dépendance H.C.	Décision ARS n° 2010/186 du 16 juillet 2010 Autorisations accordées avec l'ensemble des modalités demandées
H.I. HAUT-LIMOUSIN à BELLAC	S.S.R. en H.C. et H.J. <u>avec mentions spécialisées :</u> - affections la personne âgée polypathologique, dépendants ou à risque de dépendance H.C. et H.J.	Décision ARS n° 2010/187 du 16 juillet 2010 Autorisations accordées avec l'ensemble des modalités demandées
CENTRE SSR LA CHENAIE à VERNEUIL SUR VIENNE	S.S.R. en H.C. <u>avec mentions spécialisées :</u> - affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien H.C. segment pré et post-intervention chirurgicale	Décision ARS n° 2010/188 du 16 juillet 2010 Autorisations accordées avec l'ensemble des modalités demandées
C.H. ESQUIROL à LIMOGES	S.S.R. en H.C. et H.J. enfants et adolescents à titre non exclusif de moins et de plus de 6 ans <u>avec mentions spécialisées :</u> - affections de l'appareil locomoteur H.C. et H.J. enfants et adolescents à titre non exclusif de moins et de plus de 6 ans segment psychoréhabilitation des cérébro-lésés - affections du système nerveux	Décision ARS n° 2010/189 du 16 juillet 2010 Autorisations accordées avec l'ensemble des modalités demandées

	H.C. et H.J. enfants et adolescents à titre non exclusif de moins et de plus de 6 ans segment psychoréhabilitation des cérébro-lésés - affections liées aux conduites addictives H.C. et H.J.	
MUTUALITE DE LA HAUTE-VIENNE pour HOPITAL DE JOUR BAUDIN	S.S.R. en H.J. uniquement <u>avec mentions spécialisées :</u> - affections de l'appareil locomoteur H.J. uniquement enfants et adolescents à titre non exclusif - affections du système nerveux H.J. uniquement segment AVC - affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien H.J. uniquement enfants et adolescents à titre exclusif de plus de 6 ans segment obésité uniquement	Décision ARS n° 2010/190 du 16 juillet 2010 Autorisations accordées avec l'ensemble des modalités demandées
MUTUALITE DE LA HAUTE-VIENNE (site Parc du Mas)	Création d'un centre de prise en charge de l'obésité en soins de suite et de réadaptation sur la commune de Saint-Yrieix-la-Perche	Décision ARH n° 2009-035 du 14 décembre 2009 Autorisation accordée

En limousin 21 établissements disposent, d'au moins une autorisation de SSR

En terme d'activité, six Catégories Majeures Cliniques cumulent environ 80% de l'activité (Post-traumatique, neuro-musculaire, rhumato orthopédique, affections de l'appareil circulatoire, viscéral, santé mentale). Les trois premiers cumulant la moitié des journées produites

Le taux de recours, standardisé sur âge et sexe, aux SSR en Limousin est inférieur au niveau national, et ce dans toutes les CMC hormis la CMC appareil circulatoire.

L'effet âge est important puisque l'on passe de 5602 journées /10000 habitants en taux brut à 4238 journées /10000 habitants (-25%) **en taux standardisé.**

Globalement, la région a un solde négatif de 5000 journées environ : elle « exporte » 54520 journées et « importe » 49067 journée.

Corrèze (119 816 journées produites pour les corrèziens en 2009 quel que soit le lieu d'hospitalisation)

- en Corrèze 67%
- en Hte Vienne 6%
- en Creuse 3%
- hors région 24% (soit 28700 j)

1. Lot (10%), Puy de Dôme (2%)

Creuse (88650 journées produites pour les creusois en 2009 quel que soit le lieu d'hospitalisation)

- en Creuse 80%
- en Hte Vienne 6%
- en Corrèze 1%
- hors région 13% (soit 12411 j)
 - 1. Allier (4%), puy de Dôme (3%), Indre (2%)

Haute Vienne (207 510 journées produites pour les Hts Viennois en 2009 quel que soit le lieu d'hospitalisation)

- en Hte Vienne 88%
- en Creuse 5%
- en Corrèze 0.2%
- hors région 7% (14500 j)
 - Vienne (1%), Indre (1%), Puy de Dôme (1%)

Contrat ARS - Organismes et services d'assurance maladie - 2010 - 2013

Version du : 29/09/2011

✕ mises à jour sur cette version

Thèmes (détails)	Engagements	Auteurs	Echéance	Indicateurs	Statut	Situation	Commentaires
Actions de GDR (article 2)							
	Elaboration du PPR GDR	ARS - AM	2011		En cours	Plan type reçu le 8/6. GT le 6/9.	Reprise des axes GDR (UNCAM, 10 priorités) et actions régionales spécifiques fixées conjointement
	Information sur les actions de sensibilisation/accompagnement GDR	AM					Dans le cadre de la Commission GDR
	Information sur le lancement des campagnes de contrôle des établissements de la région	AM					Dans le cadre de la Commission GDR (établissements, calendrier)
	Information des actions vis-à-vis des PS (PRS) et des établissements	ARS					Dans le cadre de la Commission GDR
Programmes nationaux GDR (2-1)							
	Accompagnement des PS et ES	AM			En cours		Cf annexe 1 (médicaments, IJ, Transports, ALD, Actes, LPP, Masso-Kinesithérapie)
10 priorités de GDR (2-2)							
Transports							
	Sensibilisation des ES (directions et services)	CPAM - Service Med.					Tout MCO et en particulier ceux susceptibles d'être concernés par le CAQOS
	Contractualisation avec les ES	ARS - AM	2011	ES ciblés	En cours		
PHMEV							
✕	Sensibilisation des ES (directions et services)	CPAM - Service Med.			En cours		Tout MCO et en particulier ceux susceptibles d'être concernés par le CAQOS
	Contractualisation avec les ES	ARS - AM	2011		En cours		
Imagerie médicale							
✕	Analyse des demandes d'autorisation d'équipements lourds	ARS	2011		FAIT	contreproposition ARS transmise en Sept.	

	Sensibilisation et accompagnement des Etablissements de Santé	CPAM - Service Med.	S2 2011				
	x Sensibilisation et accompagnement des Prescripteurs et radiologues	CPAM - Service Med.	T2 - T4 2011	En cours			
	Chirurgie ambulatoire						
	Poursuite de la mise en œuvre de la MSAP	AM - ARS	2011	En cours			Elargissement dès 2011 des actes marqueurs
	Mise en œuvre d'un Plan d'Action de promotion de la ChirAmbu	ARS	2011				En lien avec travaux ANAP et HAS
	Effcience de l'organisation et des prescriptions en EHPAD (2 priorités)						
	Animation de réunions infrarégionales (1 par an)	ARS	2011	En cours		GT ARS/RG le 28/6 et le 07/10	Coordination des intervenants libéraux, suivi des dépenses, réintégration des médicaments dans le forfait de soins, diffusion de bonnes pratiques.
	Sensibilisation et accompagnement des EHPAD et information de l'ARS	AM	2011	En cours			En lien avec l'outil AM sur la liste de résidents Thèmes : Alzheimer - pansements
	SSR						
	Maîtrise de la dépense de SSR	ARS	2011				Veiller au respect des enveloppes régionales- communiquer à DGOS les projets tarifaires - Accompagner les ES
	x Mise en œuvre de la MSAP	AM - ARS	2011	En cours		Notification des 4 ES SSR effectuée	Elargissement dès 2011 des actes marqueurs
	x Accompagnement des ES MCO et SSR	CPAM - Service Med.		En cours		Accompagnement AM en cours	
	PDSA						
	Mise en place d'un dispositif de PDSA	ARS	2011	En cours			Réalisation d'un CDC régional - Animation des CODAMUPS
	Paiement des gardes et astreintes	CPAM	T4 2011				Modalités à valider

		Suivi du dispositif/suivi des dépenses	ARS - CPAM	2011				
	Liste en Sus							
		Ciblage des ES à contrôler	ARS - AM	T1 2011	ES ciblés	FAIT		CHU et CI Colombier
		Contrôle des ES et contractualisation	ARS	S1 2011	Plans conclus			Appui AM (Service médical) pour le contrôle si nécessaire. Transmission des Plans au Ministère.
		Accompagnement des ES	ARS	S2 2011	Ciblage des ES pour 2012			
	IRC							
		Elaboration d'un Etat des lieux régional sur l'IRC	ARS	T1 2011		Fait		
		Elaboration puis Mise en œuvre d'une Stratégie de développement de modes alternatifs	ARS	T2 - T4 2011				Inclus un volet complémentaire de développement de la greffe rénale
		Information des PS et associations de patients	AM	2011	Support pour les visites DAM			Prévention et prise en charge de l'IRC chez le patient diabétique – Diffusion auprès des MG.
	Actions régionales spécifiques (2-3)							
		Suivi d'actions complémentaires régionales de GDR	ARS					Constitue la 2ème partie du PRGDR
		Définition de la contribution de l'AM	DCGDR					Selon l'opportunité et les ressources disponibles
	Partenariats contribuant au PRS : offre de soins et Prévention (article 3)							
	Prévention (3-1)							Actions de proximité développées en lien avec l'ARS et dans le cadre du Schéma Régional de Prévention
		Prévention Bucco-Dentaire dans les zones défavorisées	CPAM					Progression du Tx de participation à MT'Dents et recours aux soins dentaires
		Dépistage des cancers (sein, colorectal)	CPAM					Information des assurés et professionnels – Sensibilisation des personnes les plus éloignées du système de soins
		Vaccinations (gripes, ROR) - Sensibilisation	CPAM					Sensibilisation des populations prioritaires

Actions régionales spécifiques (article 4)									
A compléter (participation aux contrats locaux de santé)									

