



PPRGDRESS  
Nouvelle-Aquitaine

**Plan Pluriannuel Régional de  
Gestion du Risque et d'Efficiencie  
du Système de Soins**

2018-2019



## Editorial

La transformation du système de santé portant ambition d'améliorer l'accès et la qualité des soins pour tous a été lancée le 18 septembre dernier par le Président de la République.

La pertinence et la qualité des actes, des prescriptions et des parcours, la structuration de l'offre, l'accélération du virage numérique sont des vecteurs forts de la stratégie quinquennale 2018-2022.

Le plan ONDAM 2, plan de régulation des dépenses de santé, vient garantir la soutenabilité financière de la stratégie de transformation voulue par les pouvoirs publics et assurer la pérennité de notre système de santé.

Les équilibres financiers macro-économiques s'améliorent, les comptes de l'assurance maladie se redressant depuis 2010 pour converger vers un équilibre annuel en 2019.

Toutefois, cette embellie ne doit pas occulter l'impérieuse nécessité d'engager des actions pour optimiser l'efficacité de notre système de santé et sa réponse aux besoins de la population.

Nous sommes collectivement confrontés à des défis structurels – le vieillissement de la population, le développement de pathologies chroniques, l'innovation thérapeutique parfois onéreuse – sur lesquels nous identifions et déploierons les leviers adéquats, des actions de prévention, d'organisation de l'offre, d'accompagnement et de contractualisation, sans oublier un domaine inhérent à la gestion des fonds publics, celui du contrôle et de la lutte contre la fraude.

En région, le plan ONDAM s'incarne dans le Plan Pluriannuel Régional de Gestion Du Risque et d'Efficiences du Système de Soins (PPRGDRESS), document pluriannuel sur 2 ans, co-construit par l'agence régionale de santé et la Direction de Coordination de la Gestion Du Risque, représentant les différentes Caisses et régimes de l'assurance maladie au plan régional.

Le PPRGDRESS rassemble l'ensemble des actions et leviers qui permettront aux acteurs en région – administrations de la santé, professionnels et établissements de la santé, assurés et aussi entreprises – de contribuer à l'évolution maîtrisée des dépenses.

Le PPRGDRESS n'est pas un nouveau plan, il existe déjà, il s'établit en cohérence avec les instruments de la politique régionale de santé (PRS, CAQES, CPOM...). Sa mise en œuvre nécessite l'implication de tous, acteurs du système de santé et citoyens.

Nous savons pouvoir compter sur votre engagement.

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé  
Nouvelle-Aquitaine  
Michel Laforcade

Le Directeur Coordonnateur Gestion du Risque  
Assurance Maladie de la Nouvelle-Aquitaine  
Philippe Claussin





# Sommaire

---

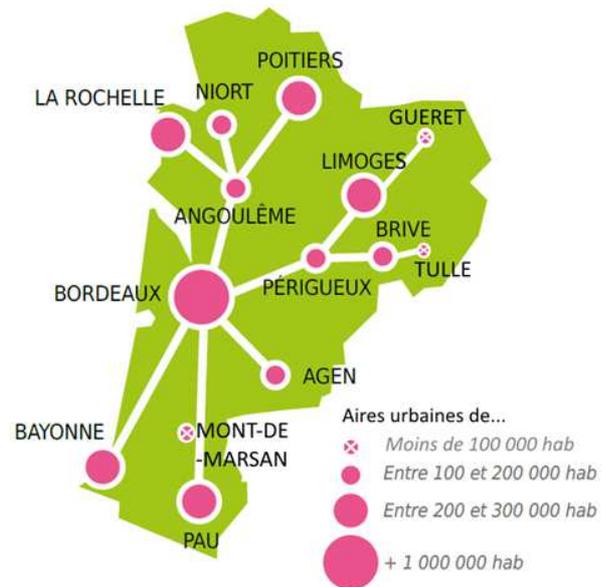
<b>Principales caractéristiques de la Nouvelle-Aquitaine .....</b>	<b>6</b>
<b>Thématique 1 : La prévention .....</b>	<b>9</b>
Les enjeux.....	9
1.1. Axe 1 : Eviter l'apparition de maladies génératrices de dépenses dynamiques .....	10
1.2. Axe 2 : Limiter l'augmentation de la consommation de soins en renforçant la prévention secondaire et tertiaire .....	13
Les indicateurs.....	15
<b>Thématique 2 : La structuration de l'offre de soins .....</b>	<b>16</b>
Les enjeux.....	16
2.1 Axe 1 : Renforcer la structuration des soins primaires.....	18
2.2 Axe 2 : Renforcer la pertinence des prises en charge.....	20
2.3 Axe 3 : Assurer la continuité des parcours de santé en structurant l'offre dans les territoires de façon transversale .....	22
2.4 Axe 4 : Renforcer le pilotage financier et améliorer la performance du cycle d'exploitation des établissements .....	24
2.5 Axe 5 : Favoriser la performance interne via la coopération, la mutualisation ou le regroupement des structures.....	26
2.6 Axe 6 : Renforcer l'efficacité des processus d'achats hospitaliers et mettre en œuvre de nouveaux leviers de performance économique des achats.....	27
Les indicateurs.....	29
<b>Thématique 3 : Pertinence et efficacité des produits de santé .....</b>	<b>30</b>
Les enjeux.....	30
3.1 Axe 1 : Assurer la cohérence et continuité des prescriptions à l'hôpital, en ESMS et en ville.....	34
3.2 Axe 2 : Agir pour une structure de prescription plus responsable (ville, ES, ESMS).....	35
3.3 Axe 3 : Mieux connaître l'usage des produits en vie réelle pour mieux accompagner les professionnels.....	39
3.4 Axe 4 : Renforcer les interactions entre professionnels de santé et patients .....	40
Les indicateurs.....	42



<b>Thématique 4 : Pertinence et qualité des actes.....</b>	<b>43</b>
Les enjeux.....	43
4.1. Axe 1 : Réduire les événements indésirables graves.....	44
4.2. Axe 2 : Limiter la variabilité des pratiques et éviter les actes inutiles ou redondants dans le domaine des actes chirurgicaux, de médecine interventionnelle et des actes paramédicaux.....	47
4.3. Axe 3 : Limiter la variabilité des pratiques et éviter les actes inutiles ou redondants dans le domaine des examens paracliniques.....	49
4.4. Axe 4 : Informer les publics.....	51
Les indicateurs.....	52
<b>Thématique 5 : Pertinence et efficacité des arrêts de travail .....</b>	<b>53</b>
Les enjeux.....	53
5.1. Axe 1 : Accompagner et aider à la prescription d'un arrêt de travail (PS et établissements).....	54
5.2. Axe 2 : Améliorer la stratégie et les moyens de contrôle et de suivi de l'arrêt de travail.....	55
Les indicateurs.....	56
<b>Thématique 6 : Pertinence et efficacité des prescriptions de transports.....</b>	<b>57</b>
Les enjeux.....	57
6.1. Axe 1 : Améliorer l'offre et la tarification.....	59
6.2. Axe 2 : Favoriser l'accompagnement des professionnels et des établissements dans la prescription de transports.....	60
6.3. Axe 3 : Développer la prescription dématérialisée et fiabiliser les bases de données.....	63
Les indicateurs.....	65
<b>Thématique 7 : Contrôle et lutte contre la fraude.....</b>	<b>66</b>
Les enjeux.....	66
7.1. Axe 1 : Contrôler les professionnels de santé libéraux, prestataires et fournisseurs, établissements, centres de santé.....	67
7.2. Axe 2 : Contrôler les assurés et les entreprises.....	67
Les indicateurs.....	68
<b>Glossaire.....</b>	<b>69</b>

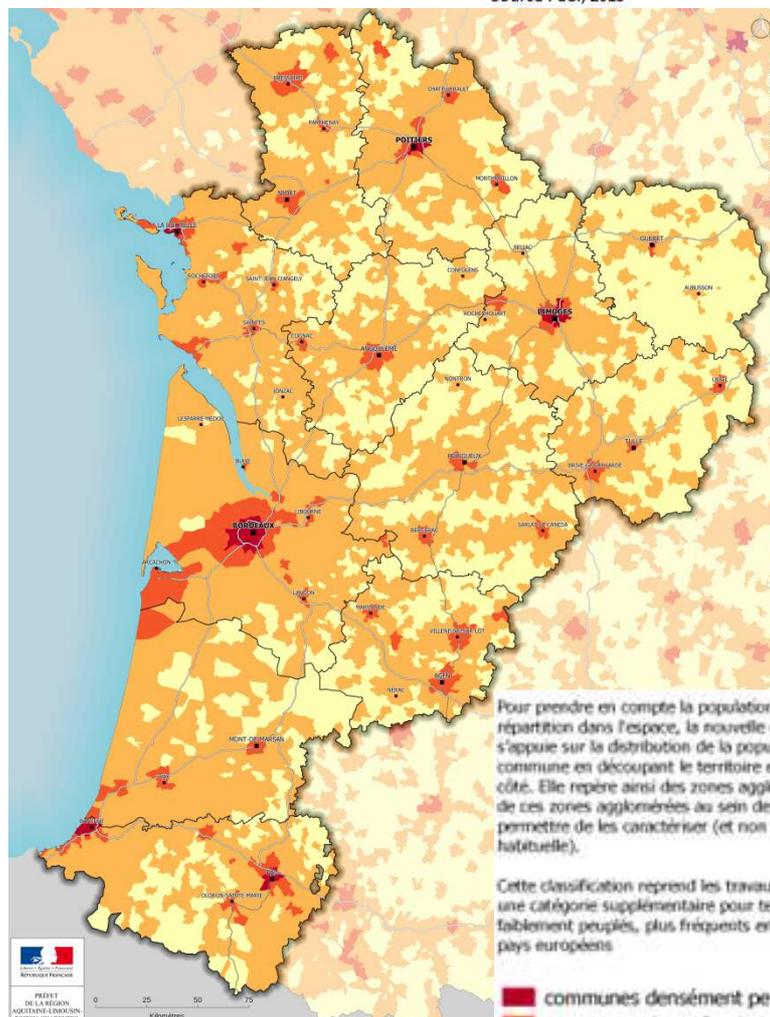
# Principales caractéristiques de la Nouvelle-Aquitaine

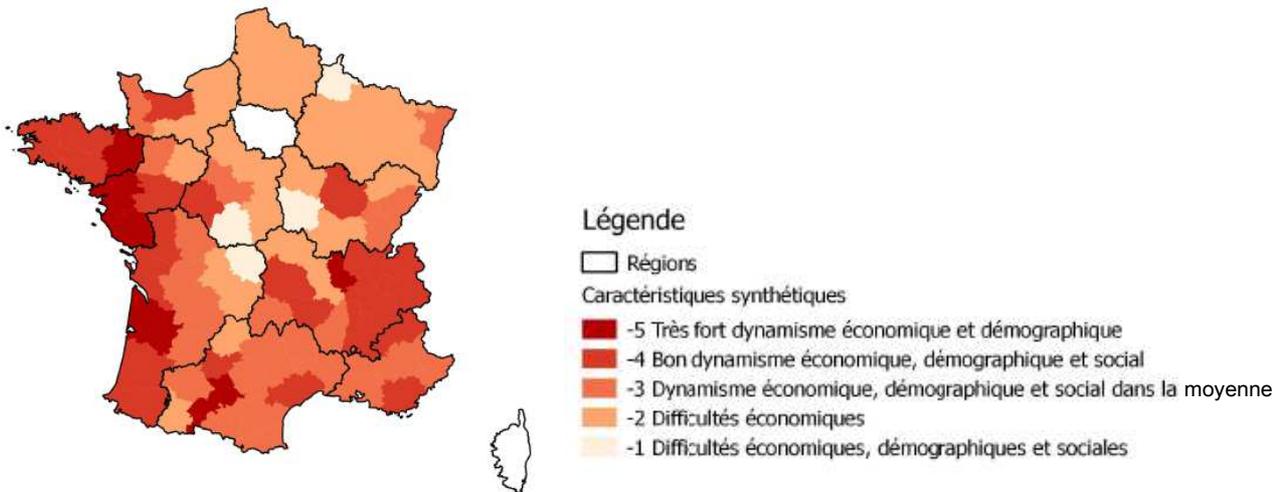
- ☞ Une population de 5,99 millions estimée au 1er janvier 2018, en augmentation régulière avec un solde migratoire important, alors que la région marque un déficit naturel élevé
- ☞ 10 agglomérations de + de 100 000 habitants, la métropole bordelaise de plus de 700 000 habitants
- ☞ une région peu dense et plutôt rurale : 70 habitants au km<sup>2</sup> (118 en moyenne métropolitaine)
- ☞ 720 km de littoral, 2,8 millions d'hectares de forêts



## >> Nouvelle-Aquitaine géographie & démographie

Densité démographique  
(source INSEE)





84 100 km<sup>2</sup>

© IGN - Insee

- ☞ 1/7<sup>ème</sup> du territoire national, la plus grande région de France
- ☞ Les trois premiers départements les plus étendus de métropole : Gironde, Landes et Dordogne

#### 4<sup>ème</sup> région la plus peuplée de Métropole

- ☞ 5,99 millions d'habitants (estimation INSEE au 1er jan. 2018), soit 9,2% de la population métropolitaine
- ☞ Creuse : le 2<sup>ème</sup> département le moins peuplé de Métropole ↔ Gironde : 7<sup>ème</sup> département le plus peuplé.
- ☞ 1,2% de la population de l'UE : parmi les 30 régions européennes les plus peuplées, mais une des régions les plus âgées également
- ☞ Un solde migratoire important entre 2010 et 2015, très marqué sur la façade atlantique, moins important sur le département de la Haute-Vienne. L'attractivité marque une inflexion sur les départements intérieurs de Nouvelle-Aquitaine.
- ☞ Un déficit naturel important, le plus important des régions françaises, accentué depuis 2015 : seules la Gironde et la Vienne bénéficient encore d'un excédent naturel
- ☞ Une population âgée :
  - en 2015, 29% de la population a 60 ans ou plus (vs 25% en métropole)
  - 11% a 75 ans et plus (vs 9% en métropole)

## >> Nouvelle-Aquitaine économie

**3<sup>ème</sup> région économique de France avec un PIB de 158 milliards d'euros**

**Agriculture : 1<sup>ère</sup> région agricole de France, 1<sup>ère</sup> région pour les surfaces boisées de Métropole → 85 000 exploitations agricoles, 180 000 emplois : 5% de l'emploi total régional (2,5 % en métropole)**

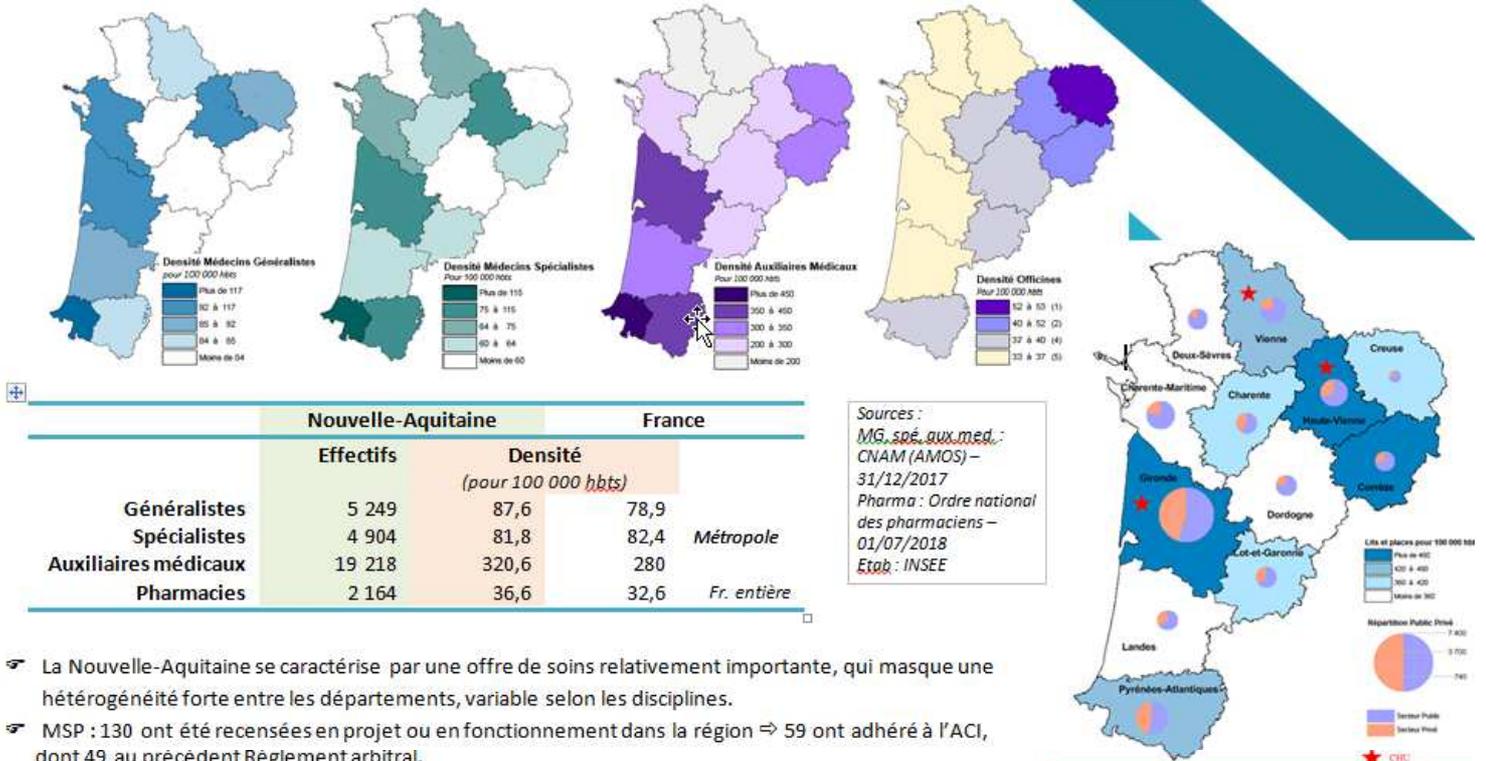
**Taux de chômage : 8,4% (8,6% en France métropolitaine) (données INSEE –CVS 4<sup>ème</sup> trimestre 2017)**

- ☞ Une diminution d'un point entre 2016 et 2017 : tous les départements de Nouvelle-Aquitaine enregistrent une baisse du taux de chômage (moins importante sur la Creuse, les Pyrénées-Atlantiques et les Landes)
- ☞ Dynamisme de l'emploi dans le tertiaire, mais également reprise dans la construction et l'industrie

#### Niveau de vie

- ☞ En 2015 (source INSEE), le revenu disponible par unité de consommation médian pour les ménages de la région est inférieur à celui observé en métropole, mais l'écart entre le 1er et le 9<sup>ème</sup> décile est moindre.
- ☞ Part de personnes vivant sous le seuil de pauvreté plus faible qu'en France métropolitaine (13,3 % contre 14,3 % en 2012)

>> Nouvelle-Aquitaine offre de soins très contrastée

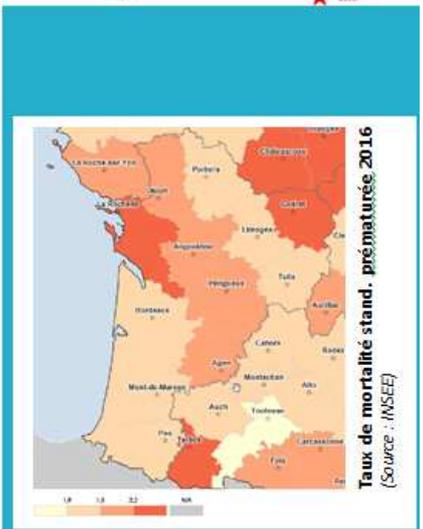


- ☞ La Nouvelle-Aquitaine se caractérise par une offre de soins relativement importante, qui masque une hétérogénéité forte entre les départements, variable selon les disciplines.
- ☞ MSP : 130 ont été recensées en projet ou en fonctionnement dans la région ⇒ 59 ont adhéré à l'ACI, dont 49 au précédent Règlement arbitral.
- ☞ L'offre de soins en établissements est également très variable, qu'il s'agisse de la densité de lits et places pour 100 000 habitants ou de la répartition de l'offre entre le public et le privé.

>> Facteurs locaux données de mortalité et de morbidité

**Mortalité**

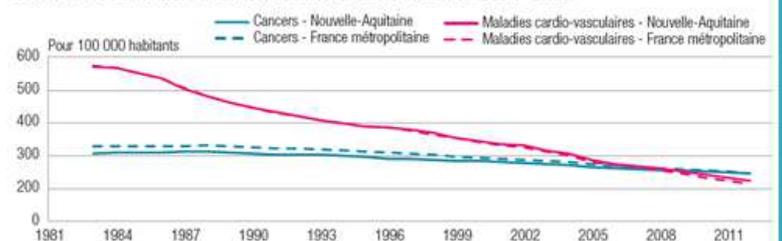
- ☞ Le taux brut de mortalité en Nouvelle-Aquitaine, de 10,5 ‰ en 2016 (source : INSEE) est supérieur de 1,6 point à celui observé en France métropolitaine.
- ☞ Le taux de mortalité standardisé des 65 ans ou plus est de 37,0 ‰ en région, soit 0,7 point inférieur à celui observé en France métropolitaine.
- ☞ Un taux standardisé de mortalité prématurée toutes causes (avant 65 ans) à 1,8 ‰ en 2016, équivalent à celui observé en France métropolitaine. Seuls les départements de la Charente et de la Charente-Maritime ont des taux standardisés de mortalité prématurée supérieurs à 2 ‰.
- ☞ Les causes de décès prématurés les plus fréquentes sont les tumeurs, avec une mortalité comparable à celle observée au niveau métropolitaine.



**Morbidité**

- ☞ 37,5 % de la population souffre d'une pathologie chronique (34,6 % en France) et 17 % bénéficie du dispositif des affections de longue durée ; en 2016 :
  - diabète : 3,96 ‰ inscrits en ALD (taux stand. pop. RG – 4,21 ‰ RG France)
  - tumeurs : 3,60 ‰ (3,36 ‰ RG France)
  - affections psychiatriques : 2,68 ‰ (2,20 ‰ RG France)
- ☞ Tabac et Alcool : des situations plus défavorables dans les départements de la Creuse, des Landes et des deux Charentes.

Évolution des taux standardisés\* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 1982-1984 et 2011-2013



\* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).  
 Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.



## Thématique 1

# La prévention



Le développement de la prévention est un nouvel axe du plan ONDAM 2, dont l'un des enjeux est de favoriser un comportement favorable à la santé et d'éviter par la suite des maladies génératrices de dépense d'assurance maladie et de limiter l'augmentation de la consommation de soins.

### Les enjeux

La promotion de la santé, incluant la prévention, est un axe majeur de la Stratégie Nationale de Santé (SNS) et en Nouvelle-Aquitaine elle est également une priorité du Projet Régional de Santé 2018-2022 (PRS) et du Projet Régional Santé Environnement 2017-2021 (PRSE).

Les actions de prévention, qu'elles soient primaires, secondaires, tertiaires ou quaternaires, conduisent à une meilleure santé pour tous. Elles concernent toutes les tranches d'âges : des premières années aux âges les plus avancés. Elles amènent à prévenir une maladie, à réduire le recours aux soins et à diminuer la prise de médicaments.

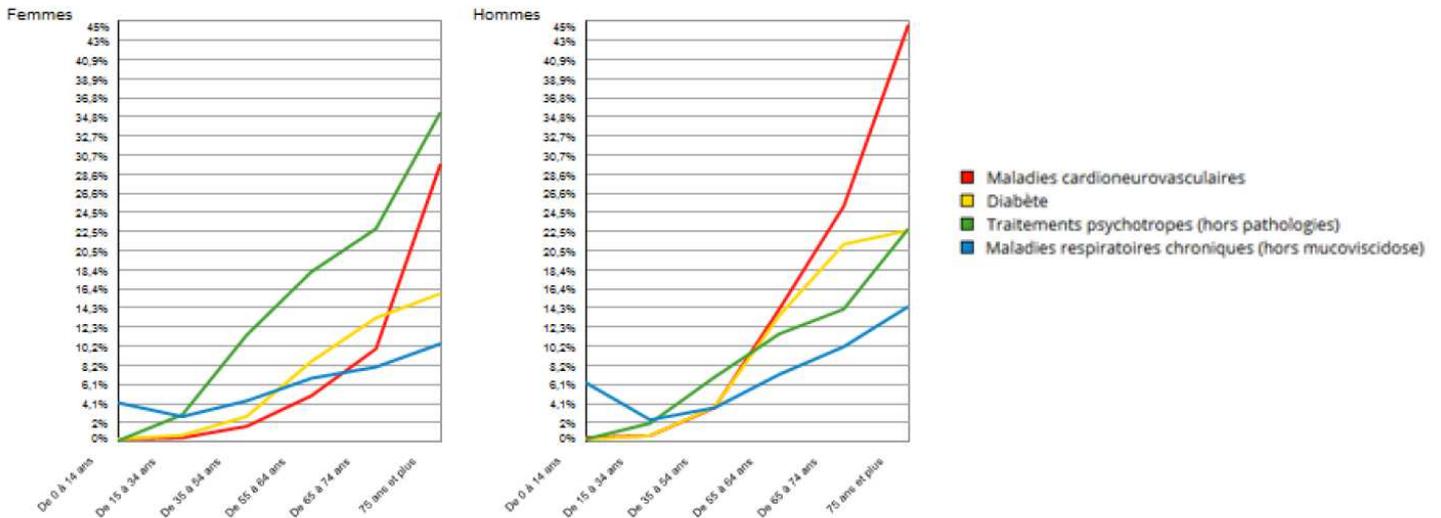
Touchant près de 20 millions de français, les maladies chroniques constituent un défi pour le système de santé tant pour son financement que pour l'organisation des soins. Plus de 10 millions de français sont atteints d'une affection de longue durée (ALD), au premier rang desquelles les pathologies chroniques, qu'elles soient liées au cancer, aux pathologies cardio-vasculaires et psychiatriques ou aux maladies respiratoires. Le coût de prise en charge de ces pathologies représente plus de 50% de la dépense annuelle de la branche maladie.

Au regard de la projection démographique, le nombre de personnes atteintes d'une maladie chronique va augmenter dans les années à venir, c'est pourquoi le développement d'actions de prévention et de promotion de la santé en amont est indispensable afin de favoriser, d'une part, une meilleure qualité de vie aux néo-aquitains et, d'autre part, de limiter la dynamique d'évolution des dépenses de santé dans ce domaine.

Le renforcement des actions visant à promouvoir en particulier la prévention secondaire et tertiaire doit permettre de limiter l'évolution de maladies chroniques.



## Affectation des effectifs sur 4 pathologies ou traitement par âge et par sexe



Source : assurance maladie- cartographie médicalisée des dépenses de santé – mai 2017

Le développement d’actions de prévention peut également contribuer à diminuer la progression des pathologies contagieuses et leur impact sur le système de soins. Il en est de même des pathologies vectorielles pour lesquelles une attention particulière doit être accordée dans un contexte d’évolution de notre environnement et de l’apparition et la propagation rapide sur le territoire néo-aquitain de vecteurs de pathologies émergentes tel que le moustique *Aedes albopictus* (moustique tigre).

**Au regard de ces enjeux, les axes prioritaires du plan ONDAM et leur déclinaison en région dans le PPRGDRESS sont les suivants :**

### 1.1. Axe 1 : Eviter l’apparition de maladies génératrices de dépenses dynamiques

#### Les axes de travail

##### **La lutte contre la grippe saisonnière**

La grippe est une maladie virale très courante. Souvent bénigne, elle peut cependant entraîner des complications graves voire des décès. La grippe saisonnière entraîne en moyenne près de 2 millions de consultations, 40 000 passages aux urgences et 6 300 hospitalisations. En Nouvelle-Aquitaine, l’épidémie de grippe pour la saison 2016-2017 a perduré 11 semaines ; elle a touché près de 3 000 personnes. La gravité de l’épidémie a été importante avec un taux d’hospitalisation de 24% dont 85 cas hospitalisés en réanimation. L’épidémie a touché principalement les personnes de plus de 75 ans et a entraîné une surmortalité de 1 770 décès dans la région. Il est donc important d’améliorer la couverture vaccinale contre la grippe pour faire baisser son coût sanitaire élevé et évitable.

#### Déclinaison régionale

Face à cette situation, l’accroissement de la couverture vaccinale, la mobilisation des professionnels de santé, la communication sur les gestes barrières constituent autant d’actions favorisant la diminution de la propagation de l’épidémie. Priorité est donnée en Nouvelle-Aquitaine au renforcement de la couverture vaccinale pour les personnes fragiles et les professionnels de santé. La Nouvelle-Aquitaine expérimente également, dans le cadre de la simplification des parcours, la réalisation de la vaccination antigrippale par les pharmaciens d’officine et les infirmier(e)s. A ce jour, 57% des pharmacies sont autorisées à réaliser cette vaccination.



### ***La lutte contre l'Hépatite C***

Depuis 2011, le traitement de l'hépatite C connaît un profond changement. En effet, longtemps basé sur une bithérapie, ce traitement était lourd (une injection par semaine), long (de 24 à 48 semaines), avec des effets indésirables nombreux, et relativement peu efficace. L'arrivée des anti-protéases en 2011, puis des antiviraux d'action directe (AAD) depuis 2013, a révolutionné la prise en charge thérapeutique des patients par des associations plus efficaces (taux de guérison >90%), mieux tolérées et dont la durée de traitement (12 à 24 semaines) est raccourcie. L'incidence en France de cette maladie est faible, l'objectif est donc de tendre à son élimination par la mise à disposition de ce traitement pour tous les patients.

### ***La lutte contre l'apparition des troubles anxio-dépressifs et la consommation de psychotropes***

En 2015, les maladies psychiatriques ont touché 1,8 millions de personnes et 5,3 millions de personnes (hors maladies psychiatriques reconnues) ont pris des traitements psychotropes, ce qui fait de la France un des premiers consommateurs au monde. La dépression légère à modérée, les troubles anxio-dépressifs concentrent la majorité de ces patients qui sont pris en charge par le médecin généraliste seul, et avec lequel il est nécessaire de collaborer afin de limiter le recours systématique aux psychotropes.

### ***La prévention des maladies vectorielles, lutte contre les Infections à transmission vectorielles***

Le moustique *Aedes albopictus* est depuis quelques années en expansion en France comme en Nouvelle-Aquitaine. Ce moustique peut, dans des conditions particulières, être vecteur des virus du chikungunya, de la dengue et du zika. Il est à ce jour implanté dans 6 départements de la région Nouvelle-Aquitaine.

Afin de mettre à disposition de tous les patients le traitement adéquat, il est nécessaire de renforcer le dépistage, notamment par la mise à disposition hors centre hospitalier des TROD VHC (test rapide d'orientation diagnostique) et de renforcer le soutien aux associations qui interviennent auprès des publics prioritaires et éloignés du système de soins.

Afin de lutter contre l'apparition des troubles anxio-dépressifs et la consommation de psychotropes, l'assurance maladie va expérimenter, en collaboration avec les patients et professionnels de santé volontaires dans le département des Landes, une prise en charge de la psychothérapie, afin de favoriser les thérapies non médicamenteuses en médecine de ville pour les troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée.

Au-delà de la surveillance des zones infestées par les moustiques, il est nécessaire de développer l'information des collectivités et de la population générale et de les accompagner à accomplir des gestes simples de surveillance et d'élimination qui permettent de réduire de 80% la densité du moustique et par conséquent le risque d'épidémie. Il est également important d'informer les professionnels de santé sur ces pathologies potentiellement émergentes afin de mettre en place rapidement le système de déclaration et les actions nécessaires en cas de cas confirmé.



### La lutte contre le tabagisme

Selon les données du Baromètre santé 2017 de Santé publique France, la prévalence du tabagisme quotidien est de 26,9% en 2017 et de 28,1% en Nouvelle-Aquitaine. En région, 36% des jeunes de 17 ans fument quotidiennement. Or, la consommation de tabac reste la première cause de mortalité évitable : 73 000 décès par an, soit 13% de la mortalité française. La région est caractérisée par une surmortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon. Les dépenses de santé engendrées par le tabac représentent plus de 12 Mds d'euros par an. La mobilisation de tous contre le tabagisme doit donc se poursuivre.

Dans le cadre du « Moi(s) sans tabac », mobiliser l'ensemble des acteurs du territoire et notamment les professionnels de santé est prioritaire, afin de favoriser toutes les actions visant à aider les fumeurs, en particulier les jeunes, à s'arrêter, et de soutenir toutes les actions visant à éviter l'entrée dans le tabac.

### Lutte contre la grippe saisonnière



Améliorer le taux de couverture vaccinale des professionnels de santé en établissements de santé et au sein des EHPAD



Améliorer le taux de couverture vaccinale des personnes de plus de 65 ans



Mener une expérimentation pour favoriser la vaccination par les pharmaciens d'officine

### Lutte contre l'hépatite C



Renforcer les actions de promotion du dépistage du VHC, dont les TROD.

### Lutte contre l'apparition des troubles anxio-dépressifs et la consommation de psychotropes



Expérimenter la prise en charge de consultations de psychothérapie pour réduire la consommation de psychotropes.



## Prévention des maladies vectorielles, lutte contre les infections à transmission vectorielle

Action

Mettre en place une offre de formation homogène sur tous les départements de la région, former des personnes référentes dans les collectivités pour limiter le développement du moustique tigre.

Action

Informier le **grand public** sur la **prolifération du moustique tigre** et sur les mesures de prévention.

Action

Informier les **professionnels de santé** sur la **prolifération du moustique tigre** et les pathologies émergentes.

Action

Protocoliser les **actions d'intervention rapides** autour **des cas importés ou autochtones**

## Lutte contre le tabagisme

Action

Aider les fumeurs à arrêter de fumer en amplifiant les actions du Moi(s) sans tabac

## 1.2. Axe 2 : Limiter l'augmentation de la consommation de soins en renforçant la prévention secondaire et tertiaire

Le renforcement des actions visant à promouvoir la prévention secondaire et tertiaire doit permettre de limiter l'évolution de maladies chroniques et de limiter la prévalence d'une maladie dans les populations cibles. A ce titre, les actions de renforcement de dépistage sont essentielles.

### Les axes de travail

#### **La lutte contre le cancer**

Le cancer reste la première cause de mortalité en France et représente 14 milliards d'euros de dépenses pour l'assurance maladie. Le renforcement du dépistage est un enjeu majeur en Nouvelle-Aquitaine. En effet, si la participation régionale est supérieure au niveau national pour les dépistages organisés des cancers du sein (NA : 55,5%/ France : 51,1%) et colorectal (NA : 29,4%/ France : 29,3%), cette participation présente des disparités départementales (source Santé publique France, années 2015-2016).

### Déclinaison régionale

Afin d'améliorer la prise en charge des patients, il est nécessaire de détecter au plus tôt les cancers et en conséquence d'améliorer en particulier les taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus. Dans chaque territoire de la Nouvelle-Aquitaine, un plan d'action territorial sera mis en place en s'appuyant sur l'ensemble des partenaires locaux et ciblant en particulier les personnes les plus éloignées du système de soins.



### La santé de la population jeune

En matière de santé, les jeunes, enfants et adolescents, présentent des besoins particuliers et appellent des actions adaptées. Ils présentent notamment la particularité d'être en bonne santé mais de développer des comportements à risques. En France, le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes.

L'état bucco-dentaire de certains enfants ou adolescents peut être très dégradé.

L'éducation à la santé et le renforcement des compétences psychosociales ont donc un rôle déterminant pour l'acquisition des connaissances et favoriser ainsi des comportements favorables à la santé.

Au titre de la prévention secondaire, le renforcement des dépistages sur deux thématiques est particulièrement ciblé : la santé bucco-dentaire et la santé psychique avec la prévention du mal-être.

En Nouvelle-Aquitaine, en parallèle aux actions portées par le PRS, une action spécifique de prévention du mal-être chez les jeunes va être expérimentée par la MSA avec le soutien financier de l'ARS pour les jeunes en maisons familiales rurales (6 départements concernés).

L'assurance maladie va renforcer les mesures de dépistage en milieu scolaire, avec le programme M'T dents au niveau des classes de CP en zone d'éducation prioritaire. Par ailleurs, l'ARS Nouvelle-Aquitaine développe en lien avec les professionnels (URPS chirurgiens dentiste et odontologues) un plan d'accès aux soins bucco-dentaires pour les personnes fragiles et/ou précaires.

### Lutte contre les cancers avec un dépistage renforcé



Améliorer les **taux de participation aux dépistages** organisés des cancers

### Dépistage en milieu scolaire et hors milieu scolaire



Développer le programme **M'T dents** en classes de CP (milieu scolaire).



Favoriser l'accès **aux soins bucco-dentaires des publics précaires** dans les quartiers prioritaires (hors milieu scolaire).



Mettre en œuvre un programme de prévention du **mal être chez les jeunes** (tout public).



## Leviers

- Etablissements de santé et établissements médico-sociaux : communication, information, échanges de bonnes pratiques, formations, contractualisation, appel à projets
- Professionnels de santé : communication, information, échanges de bonnes pratiques, formations
- Acteurs de prévention : communication, information, formations, appels à projets
- Collectivité territoriales : communication, information, formations, co-financement d'actions
- Population générale : communication, information

## Les indicateurs

Taux annuel de vaccination des professionnels de santé contre la grippe

Taux annuel de vaccination des personnes de plus de 65 ans contre la grippe

Taux de pharmaciens autorisés à vacciner contre la grippe (dans le cadre de l'expérimentation)

Prévalence du VHC en population adulte

Taux de prévalence du tabagisme en Nouvelle-Aquitaine (NB : Indicateur suivi tous les 3 ou 4 ans)

Prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes de 17-18 ans (NB : Indicateur suivi tous les 3 ou 4 ans)

Nombre d'actions mises en œuvre dans le cadre du « Moi(s) sans Tabac »

Taux de participation aux dépistages organisés (cancer du sein, cancer colorectal, cancer du col de l'utérus)

Taux de dépistage bucco-dentaire chez les enfants des classes de CP en quartiers politique de la ville



## Thématique 2 La structuration de l'offre de soins



La thématique structuration de l'offre de soins s'inscrit dans la continuité des plans d'actions précédemment mis en œuvre (axes virage ambulatoire et masse salariale/suivi des établissements en difficultés), élargie au renforcement des soins primaires, à l'efficacité dans le champ médico-social et à la coopération ville-hôpital.

### Les enjeux

Les évolutions démographiques, épidémiologiques (poids des maladies chroniques), technologiques et scientifiques (précocité et rapidité des diagnostics, techniques chirurgicales moins invasives, révolution numérique, développement de la télémédecine), ont pour conséquences des hospitalisations plus courtes concentrées sur la prise en charge d'épisodes aigus. Les évolutions sociétales imposent également que l'offre de soins se restructure pour favoriser des prises en charge réalisées autant que possible en ambulatoire selon le souhait des patients.

Parallèlement, les attentes vis-à-vis du secteur médico-social évoluent dans un sens similaire. Il s'agit donc à la fois de confirmer et d'amplifier le virage inclusif, les possibilités de vie et de maintien à domicile, et de renforcer la capacité des opérateurs sanitaires et médico-sociaux à améliorer la qualité des interventions et à mieux faire face aux situations complexes.

**Le développement de la structuration de l'offre de soins repose sur :**

#### **1. Le développement des prises en charge les plus efficaces et innovantes**

L'adaptation au virage ambulatoire concerne toutes les spécialités et les prises en charge : tant la chirurgie, la médecine, les soins de suite et de réadaptation (SSR) que la santé mentale et l'offre médico-sociale. Elle doit irriguer les pratiques de l'ensemble des professionnels.

Le renforcement de ces prises en charge ambulatoires est gagé par :

- La mise en œuvre de groupes de pairs concernant les gestes chirurgicaux ambulatoires émergents, la promotion des parangonnages, l'élaboration par les établissements d'un plan « virage ambulatoire » ;
- Le développement des équipes mobiles SSR en particulier pour les accidents vasculaires cérébraux (AVC) ; le développement du traitement en cure ambulatoire (TCA) notamment pour les plaies/cicatrisations et l'injection de toxine botulique ; le développement des consultations externes ;
- L'identification des centres médico-psychologiques (CMP), la réduction des hospitalisations pour les situations dites inadéquates, l'accompagnement de la transformation de places en structures médico-sociales pour les patients hospitalisés au long cours sans autre solution alternative, la création de services adaptés, etc. ;
- L'optimisation des durées moyennes de séjours (de 3 jours et plus) en impulsant des actions limitant les journées inadaptées à l'hôpital, telles que l'amélioration des organisations d'aval, le développement des programmes d'accompagnement du retour à domicile (PRADO), la promotion de techniques de réhabilitation précoce après chirurgie (RAAC).

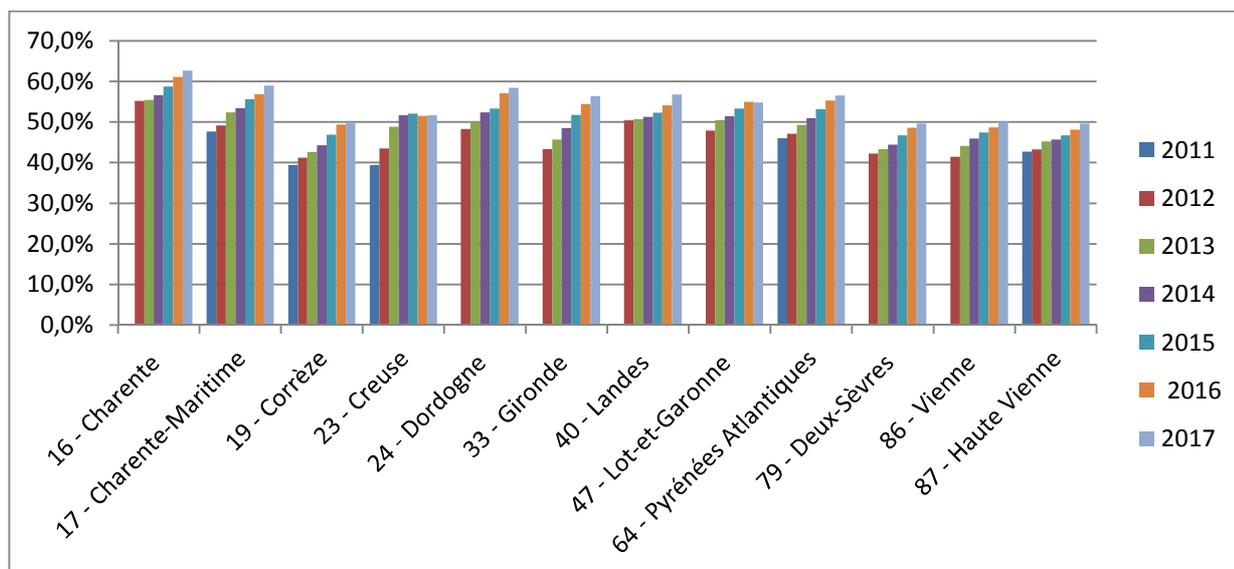


L'extension et la sécurisation des prises en charge à domicile sont une nécessité pour répondre aux évolutions sociétales et construire des modes de prise en charge ayant pour fondement l'autonomie de la personne. Le développement des prescriptions en hospitalisation à domicile (HAD) doit donc être accéléré, les compétences renforcées et les prises en charge diversifiées (en pédiatrie et néonatalogie par exemple, dans le cadre d'un cahier des charges régional). L'amélioration de l'accès à l'HAD pour les personnes atteintes de maladies neurodégénératives et pour les personnes âgées et en situation de handicap prises en charge en établissements et services médico-sociaux (ESMS) constitue dans ce cadre une priorité.

En Nouvelle-Aquitaine, le taux de chirurgie ambulatoire est de 55,4 % en 2017.

Il est constaté une progression de la chirurgie ambulatoire sur les dernières années avec toutefois des disparités entre les territoires avec :

- des progressions plus marquées dans certains départements notamment en Pyrénées-Atlantiques (+ 10 points en 6 ans) et la Charente qui dépasse les 60 % de taux de prise en charge en ambulatoire en 2017 ;
- des départements encore en dessous des 50% de taux de prise en charge en ambulatoire en 2017 (la Corrèze, les Deux-Sèvres, la Vienne et la Haute-Vienne).



Cette conversion de l'hospitalisation conventionnelle vers l'ambulatoire passe par l'adaptation de l'organisation des structures en chirurgie (afin de tendre vers un taux de réalisation des actes en ambulatoire à l'horizon 2022 de 70%), l'évolution des pratiques, le développement des hôpitaux de jour en médecine, pour chacune des spécialités de SSR par substitution aux capacités existantes en hospitalisation complète et par l'intermédiaire des consultations et la mise en place de prestations intermédiaires.

En psychiatrie, ce pivotement doit s'opérer par une réduction des capacités d'hospitalisation à temps plein et un redéploiement des ressources humaines en priorité vers le « hors les murs » (centres médico-psychologiques (CMP), équipes mobiles, etc.).

Pour ce faire, le développement de la télémédecine va jouer un rôle majeur dans cette transformation de l'offre en permettant la réalisation d'actes de soins à distance et ainsi réduire les inégalités d'accès aux soins, notamment pour les personnes fragiles ou en situation d'isolement : diagnostic, suivi d'un patient à risque (dans le cadre de la prévention ou d'un suivi post thérapeutique), recours à un avis spécialisé, assistance d'un professionnel dans la réalisation d'actes, etc.



## 2. La performance des établissements de santé et médico-sociaux

La dégradation des déficits des établissements de santé en 2017 impose des actions volontaires et immédiates visant une amélioration de leurs situations financières. Les leviers identifiés reposent sur :

- Les actions de coopération et de mutualisation favorisant le regroupement des ES et des ESMS à travers la dynamique des GHT, la mise en place de directions communes et les négociations CPOM.
- L'amélioration du pilotage financier par la maîtrise des dépenses de personnel - notamment les dépenses de personnels extérieurs aux établissements (contractuel et intérim) -, l'amélioration de la durée moyenne de séjour (DMS) et des Indices de performance de la DMS (IP DMS), l'adaptation des maquettes organisationnelles en découlant, etc.

**Evolution et comparaison des IP DMS en médecine et en chirurgie sur 2016 et 2017**

	Résultats 2016		Résultats 2017		Cibles nationales
	ARS NA	National	ARS NA	National	2023
IP DMS M	0,993	1	0,984	1	0,94
IP DMS C	0,989	1	0,974	1	0,94

La mise en œuvre de nouveaux gisements de performance sur les achats hospitaliers par la poursuite du programme PHARE et la mise en place de la fonction achat au sein des GHT et le développement de l'efficience des achats des ESMS.

**Au regard de ces enjeux, les axes prioritaires du plan ONDAM et leur déclinaison en région dans le PPRGDRESS sont les suivants :**

### 2.1 Axe 1 : Renforcer la structuration des soins primaires

#### Les axes de travail

##### Le déploiement des structures d'exercice coordonné

Le développement des structures d'exercice coordonné (maisons de santé et centres de santé, notamment) constitue une priorité nationale et régionale, dans le cadre du Plan national pour un égal accès aux soins. Ces structures, qui réunissent des professions médicales et paramédicales, reposent sur une coordination des soins. Elles contribuent à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients, grâce à des modalités de travail en équipe pluriprofessionnelle (réunions de concertations sur les cas complexes, protocoles de soins pluriprofessionnels, système d'information partagé...). En outre, elles contribuent à l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé et constituent ainsi un atout pour l'attractivité des territoires dans la lutte contre la désertification médicale.

#### Déclinaison régionale

Le soutien au développement des structures coordonnées repose sur plusieurs axes :

- Le soutien financier aux maisons de santé dans le cadre du fonds d'intervention régional de l'ARS (étude de faisabilité, ingénierie, aide à la conception du projet de santé, financement d'équipements collectifs contribuant à la coordination des soins, aux pratiques coopératives ou à l'accueil de stagiaire, recours à un accompagnement juridique, versement d'un forfait de coordination).
- La poursuite des actions de facilitations (accompagnement par les pairs), via la fédération régionale des maisons de santé ;
- L'organisation d'une formation-action des coordinateurs de maison de santé ;
- Un Comité d'adhésion à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) ARS/assurance maladie : promotion de l'ACI qui permet aux maisons de santé de bénéficier d'une rémunération forfaitaire



d'équipe pour la coordination ; lancement d'appels à candidatures annuels sur le soutien au démarrage des centres de santé médicaux ou polyvalents.

- L'élaboration d'une doctrine régionale concernant le déploiement des CPTS (transformation des pôles de santé en CPTS, accompagnement des nouveaux projets avec soutien financier pour le temps passé à la formalisation du projet de santé, financement d'actions répondant à des besoins de santé identifiés et possibilité de financement d'un coordinateur dans les zones déficitaires en offre de soins).

**Le développement des collaborations entre professionnels de santé en facilitant les modes d'exercice partagé et les protocoles de coopération**

Cet axe se concrétise par :

- La poursuite du déploiement des cabinets ASALEE (infirmiers délégués à la santé publique menant des actions de prévention en coordination avec des médecins généralistes, principalement auprès de patients atteints de maladies chroniques),
- L'accompagnement des demandes d'autorisation des protocoles de coopération en privilégiant ceux fixés par les priorités nationales et ceux transférables sur l'ensemble du territoire,
- Le soutien de la formation d'infirmiers en pratique avancée et de leur installation en ambulatoire dans les territoires de santé.

**L'aide à l'installation et à l'exercice des médecins dans les zones en tension**

Cette aide se traduit par :

- La publication en juillet 2018 de l'arrêté régional fixant, pour les médecins, les zones éligibles aux aides de l'Etat, des collectivités territoriales, et conventionnelles.
- L'actualisation de l'arrêté régional fixant les contrats-type régionaux pour l'octroi des aides conventionnelles, suite à la parution de l'arrêté relatif au zonage médecin.
- Le déploiement du guichet unique à la fin du premier semestre (offre de service conjointe ARS et assurance maladie à destination des médecins libéraux), puis l'extension à l'ensemble des partenaires et des professions de santé fin 2018.

**Déploiement des structures d'exercice coordonné**



Développer les modes d'exercices coordonnés intégrés de type MSP/CDS et moins intégrés de type ESP/CPTS



## Développer les coopérations entre professionnels de santé



Faciliter les modes d'exercice partagé (exercice multi-site et exercice mixte ville-hôpital) et les protocoles de coopération.

## Aider à l'installation et à l'exercice des médecins dans les zones en tension



Publier l'arrêté régional fixant le zonage



Publier l'arrêté régional fixant les contrats-type régionaux pour l'octroi des aides conventionnelles



Déployer le guichet unique

## 2.2 Axe 2 : Renforcer la pertinence des prises en charge

### Les axes de travail

**Le développement des prises en charge ambulatoires et/ou alternatives**, en rééquilibrant l'offre entre l'hospitalisation conventionnelle et l'hospitalisation de jour en lien avec l'hospitalisation de ville.

La réduction des hospitalisations en ES et ESMS et la diminution des DMS en renforçant la pertinence des hospitalisations en SSR par la mise en place de PRADO / MSAP, la réduction des séjours longs et la poursuite du développement de l'HAD en substitution de l'HC.

### Déclinaison régionale

Afin de favoriser le développement des prises en charge ambulatoires en chirurgie en Nouvelle-Aquitaine, des actions sont mises en place afin de tendre vers un taux de réalisation des actes en ambulatoire à l'horizon 2022 de 70% à savoir :

- Le lancement en 2017 d'un appel à candidature sur la RAAC (Récupération Améliorée Après Chirurgie) ;
- La promotion de la chirurgie ambulatoire par des actions de sensibilisation auprès du grand public par le biais des professionnels de santé (médecins généralistes, chirurgiens, anesthésistes, etc...)
- La contractualisation par le biais des CPOM sur un taux de chirurgie ambulatoire global.
- La poursuite des démarches régionales de parangonnages destinées à améliorer la performance interne.
- La poursuite des campagnes annuelles de MSAP sur la chirurgie ambulatoire et sur les hospitalisations en SSR.
- La promotion de l'offre PRADO pathologies chroniques et PRADO toutes chirurgies dans les services concernés.



L'ARS poursuit ses actions concernant le développement de l'HAD par l'analyse de l'activité des établissements HAD en lien avec leurs prescripteurs MCO et leur territoire via l'outil ORFEE HAD. Cet outil fournit notamment l'indicateur IP Transfert, qui a été intégré dans les CPOM des établissements de santé.

### L'organisation de la gradation de l'offre

L'objectif est de définir une stratégie collective de santé au sein des territoires de Nouvelle-Aquitaine afin de garantir pour les patients des parcours plus lisibles, sans redondance et plus efficaces.

Il s'agit de mettre en œuvre les collaborations médicales attendues.

Une des réponses, non exclusive, posée par la loi de modernisation de notre système de santé à la question de la gradation de l'offre, en proximité, réside dans l'instauration des groupements hospitaliers de territoires (GHT). Les GHT ont pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie territoriale de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Pour répondre à cet objectif, un projet médical partagé (PMP) et un projet de soins partagé doivent être élaborés entre les établissements parties. Ils sont conçus pour garantir un accès à une offre de proximité, de référence et de recours. La filière s'inscrit dans un parcours de soin plus global imposant de recentrer l'hôpital sur son plateau technique, sur son expertise en matière de pathologies complexes et/ou aiguës et de mieux maîtriser l'amont et l'aval de l'hospitalisation en lien avec tous les acteurs dont la médecine de ville.

Les deux principaux indicateurs suivis pour ce faire par l'ARS Nouvelle-Aquitaine et contractualisés avec les établissements de santé sont les suivants :

- Nombre de filières graduées entre tous les établissements du groupement hospitalier de territoire (GHT) concertées et validées. Il convient de vérifier que, à terme, le PMP du GHT décrit toutes les filières graduées, en cohérence avec les enjeux de chaque territoire.
- Nombre d'équipes médicales communes mises en place ou fédérations médicales inter-hospitalières (FMIH) car elles constituent une des réponses aux difficultés de démographie médicale. Les établissements d'un même territoire doivent donc y recourir sur les spécialités en tension (urgences, radiologie...).

## Développer les prises en charge ambulatoires et /ou alternatives à l'hospitalisation au sein des établissements de santé



Poursuivre la politique régionale de **développement de la chirurgie ambulatoire**



Développer la **médecine ambulatoire programmée**



Mettre en œuvre la **campagne annuelle MSAP** sur la chirurgie ambulatoire



### Réduire les hospitalisations en ES et ESMS et diminuer les DMS



Renforcer la pertinence des hospitalisations en SSR par la mise en place de PRADO / MSAP



Réduire les séjours longs



Poursuivre le développement de l'hospitalisation à domicile en substitution à l'hospitalisation conventionnelle

### Organiser la gradation de l'offre



Mettre en œuvre la gradation de l'offre de soins hospitalière elle-même par la mise en œuvre, d'une part, de la planification des implantations OQOS et, d'autre part, la mise en œuvre des PMP des GHT



Mettre en place un véritable virage ambulatoire « extra-hospitalier » (renvoi à l'axe 1 « renforcer la structuration des soins primaires »)

## 2.3 Axe 3 : Assurer la continuité des parcours de santé en structurant l'offre dans les territoires de façon transversale

#### Les axes de travail

**Le déploiement d'organisations de coordination sur les territoires** associant acteurs hospitaliers, acteurs de ville et médico-sociaux en mobilisant l'ensemble des dispositifs et outils visant à combattre les cloisonnements actuels, pour garantir la cohérence des prises en charge et fluidifier tous types de parcours de santé.

Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire à la fois de valoriser toutes formes d'organisation entre acteurs de santé permettant de structurer leur relation comme de favoriser leur coordination autour des patients et des populations d'un territoire. Il s'agit aussi de repositionner les services de santé sur leur territoire en encourageant le « hors les murs » afin notamment de favoriser le maintien à domicile des usagers.

#### Déclinaison régionale

L'ARS Nouvelle-Aquitaine s'appuie sur le déploiement des plateformes territoriales d'appui (1 PTA par département) dont l'objectif est d'organiser et de mettre en œuvre des fonctions d'appui aux professionnels de santé, acteurs sociaux et médico-sociaux pour la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes, quel que soit leur âge, leur pathologie ou leur handicap. Elles facilitent ainsi l'organisation des parcours complexes et améliorent la lisibilité et l'accès aux fonctions d'appui. Il s'agit d'amener les différents acteurs de la coordination existants (CLIC, réseaux de santé, MAIA...) à adopter un mode d'organisation territoriale plus intégré, permettant d'offrir un service global, articulé et facilement identifiable par les professionnels de santé et les usagers du territoire.



Par ailleurs, l'ARS s'attache à renforcer la structuration du lien ville/hôpital dont l'un des meilleurs indicateurs est le taux d'adressage direct de patients dans les services d'hospitalisation sans passage par les urgences. La réduction du taux d'entrée par les urgences est un objectif en soi car il atteste, quand il progresse, d'une coordination entre médecins libéraux et hospitaliers et d'une volonté d'éviter un passage par les urgences non qualitatif pour l'utilisateur bien que plus simple pour les services d'hospitalisation, les patients étant hospitalisés une fois tous les bilans effectués aux urgences. Un taux d'entrées directes important témoigne donc simultanément d'une coordination ville/hôpital réelle et du choix de parcours qualitatifs pour les usagers. Cette coordination permet également d'aboutir à éviter les plus mauvaises prises en charge telles que les décès de patients en fin de vie aux urgences alors même que ceux-ci sont évitables si les professionnels travaillent de concert pour l'éviter. Enfin, la coordination ville/hôpital progresse au fur et à mesure de l'évolution des usages d'où l'intérêt de mesurer finement l'augmentation des flux de communication et d'échanges via la messagerie sécurisée (MSS), le dossier médical partagé (DMP)...

**Le développement des fonctions d'appui, la convergence des dispositifs de coordination territoriale et le déploiement des services numériques d'appui à la coordination**

L'enjeu est de moderniser l'offre de soins à la faveur d'organisations associant la ville et l'hôpital dans une logique de complémentarité et de décloisonnement des professionnels pour un parcours de soins sans rupture favorisant le retour et le maintien à domicile des patients.

L'objectif de la région Nouvelle-Aquitaine est de développer les usages du numérique en santé au service de l'accès à une offre de santé coordonnée dans les territoires :

- l'ARS a lancé un déploiement massif d'outils d'échange et de partage d'information (DMP, Messagerie Sécurisée de Santé dite « MSS », Dossier Communicant de Cancérologie dit « K-Process », ViaTrajectoire, ROR, Outil de parcours numérique « PAACO », service d'échange et de partage d'images « Krypton », ...).
- La télésurveillance des patients porteurs de dispositifs médicaux implantés communicants en cardiologie (pacemaker, défibrillateur, holter) : activité lancée en 2012 qui aboutit à fin 2017 à plus de 4000 patients télé-suivis par un centre expert au CHU de Bordeaux, implantés par le CHU et 18 autres centres
- Les téléconsultations spécialisées en EHPAD (gériatrie, psychiatrie, dermatologie ...)
- Le « téléAVC » (connexion de tous les services d'urgence de NA avec leur UNV de territoire).



### Permettre le déploiement d'organisations de coordination associant acteurs hospitaliers, acteur de ville et médico sociaux



Déployer les CPTS



Faciliter les **modes d'exercice partagé** : exercice multi-site et exercice mixte ville-hôpital



Améliorer la **coordination ville-hôpital** autour des résidents en EHPAD



Anticiper et accompagner la **sortie de l'hôpital** et le retour à domicile : **PRADO**

### Développer les fonctions d'appui, convergence des dispositifs de coordination territoriale et déploiement des services numériques d'appui à la coordination



Accompagner le développement des **fonctions d'appui à la coordination** (PTA, CTA, PAERPA...) et favoriser la convergence des dispositifs de coordination



Développer les **services numériques d'appui** à la coordination en lien avec la convergence des dispositifs de coordination et en capitalisant sur le programme **Territoire de Soins Numériques**

## 2.4 Axe 4 : Renforcer le pilotage financier et améliorer la performance du cycle d'exploitation des établissements

#### Les axes de travail

**Le renforcement du pilotage de la performance des établissements de santé pour améliorer leur situation financière.**

#### Déclinaison régionale

L'ARS Nouvelle-Aquitaine mène une veille mensuelle permettant d'identifier les dégradations budgétaires sur l'exercice en cours et de mettre en œuvre les solutions adaptées le plus rapidement possible.

Un suivi rapproché est mis en place pour les ES les plus en difficultés.

L'ARS s'assure de la maîtrise de la masse salariale et plus spécifiquement du personnel extérieur à l'établissement (coût d'intérim) en s'appuyant notamment sur les GHT afin de trouver des alternatives à l'intérim (équipe médicale de territoire, etc).



La poursuite des démarches régionales de parangonnages et le lancement en 2018, conjointement avec l'ANAP, d'un parangonnage sur la synchronisation des temps médicaux et non-médicaux sont des leviers supplémentaires destinés à améliorer la performance interne des établissements.

L'ARS a engagé un travail avec chaque ES public sur un capacitaire cible au regard de son casemix. Un travail a également été engagé sur l'intérim médical afin de diminuer le niveau de ces dépenses « évitables » notamment via la constitution d'équipes médicales communes. Ces dépenses et la montée en charge des équipes communes sont suivies dans les CPOM.

L'ARS suit de manière régulière et rapprochée les évolutions capacitaires dans le cadre des CREF, du suivi des ES par l'ANAP et du COPERMO. Par ailleurs, l'ARS a recours à la mission d'appui à la performance (équipe pluridisciplinaire ARS) qui intervient durant un ou deux jours au sein de l'ES dans l'objectif d'interroger les organisations, de faire des préconisations et de mettre en œuvre des actions spécifiques.

**L'amélioration du pilotage financier des ESMS dans l'objectif d'une amélioration du résultat régional et l'appréciation de l'évolution annuelle du déficit cumulé régionale sur les secteurs des personnes âgées et des personnes handicapées (objectif d'une tendance à la baisse)**

L'ARS Nouvelle-Aquitaine a initié plusieurs actions, à savoir :

- Mettre en place une veille financière spécifique permettant d'identifier et de cartographier la santé financière des ESMS (outillage en amont des négociations CPOM).
- Améliorer la fonction achat des ESMS
- Contractualiser par le biais des CPOM sur une annexe Performance médico-sociale.
- Poursuivre le déploiement du tableau de bord médico-social.

**Le développement et la rationalisation des SI utilisés sur le champ médico-social**

**La poursuite de l'amélioration de la qualité des prises en charge et du pilotage interne des établissements.**

- Télémédecine : les EHPAD sont incités à s'équiper dans le cadre d'une organisation territoriale des soins :
  - o 2018 : dans le cadre d'un AAC, objectif de 450 EHPAD supplémentaires pour un déploiement fin 2018-2019
  - o 2019 : compléter le plan d'actions pour aboutir à un taux de 100% des EHPAD équipés en zones sous-denses à fin 2020
- SI internes : en 2019, il est prévu de réaliser un état des lieux du déploiement des SI internes en EHPAD puis, sur cette base,



- d'élaborer des préconisations en termes de fonctionnalités minimales à couvrir.
- Les EHPAD sont accompagnés financièrement au déploiement du DMP
  - o 2018 : lancement d'une aide pour 300 EHPAD maximum
  - o 2019 : poursuite sous réserve de la disponibilité des crédits

### Renforcer le pilotage de la performance des établissements de santé pour améliorer leur situation financière



Renforcer le **pilotage infra-annuel des ES** par une gouvernance régionale



**Maîtriser les dépenses des personnels extérieurs** à l'établissement (intérim médical et contrats de remplacement équivalents)



Améliorer le **pilotage financier des ESMS**

### Développer et rationaliser les SI utilisés sur le champ médico-social



Equiper les **EHPAD** de la région en outil / **solution de Télémédecine**

## 2.5 Axe 5 : Favoriser la performance interne via la coopération, la mutualisation ou le regroupement des structures

#### Les axes de travail

**Le regroupement des établissements et services médico-sociaux (ESMS), les coopérations et la mutualisation dans le cadre des CPOM** afin de garantir la qualité de la prise en charge des personnes et la prise en compte de leur besoin ainsi que l'efficacité de la dépense.

#### Déclinaison régionale

En région, une cartographie de l'offre médico-sociale par le croisement et l'analyse de certains indicateurs du tableau de bord de la performance des ESMS est réalisée afin de poser un diagnostic départemental et d'identifier des axes de travail pour régulariser l'offre médico-sociale sur le territoire. Ce travail permet ainsi d'engager des discussions avec les conseils départementaux et les établissements, notamment sur d'éventuels rapprochements et/ou de coopérations à développer.



## Favoriser le regroupement des établissements et services médico-sociaux



Procéder au rééquilibrage et à la diversification de l'offre en s'appuyant sur une cartographie territorialisée de l'offre médico-sociale

## 2.6 Axe 6 : Renforcer l'efficacité des processus d'achats hospitaliers et mettre en œuvre de nouveaux leviers de performance économique des achats

### Les axes de travail

**La montée en efficacité opérationnelle de la fonction achat des GHT** implique d'une part, de la doter d'outils permettant le pilotage des processus d'achat et d'autre part, de contribuer à la cohésion des acheteurs du GHT en formalisant les pratiques harmonisées au niveau du GHT.

Pour cela, il faut optimiser l'organisation et le processus de la fonction achat des GHT en accompagnant la diffusion des SI d'achat pour atteindre un taux d'équipements des GHT en SI de pilotage et gestion des achats à 100% en 2020. A ce jour, aucun GHT n'a de SI achat.

En 2017, le niveau de service des opérateurs nationaux et régionaux d'achat mutualisés était encore très hétérogène.

Il faut donc optimiser le dispositif et le recours des opérateurs d'achat mutualisés nationaux et régionaux sur la base des recommandations nationales de la DGOS (différenciation des segments d'achat et opérateurs pertinents), récemment publiés fin 2017.

Il est attendu un taux de recours à des opérateurs d'achat mutualisés à hauteur de 70% en 2022.

### Déclinaison régionale

Un réseau régional des directeurs achats des 12 GHT mis en place depuis 2017 permet notamment de diffuser les bonnes pratiques

4 GHT de la région bénéficient d'un accompagnement et d'un financement pour la mise en place de leur système d'information « achat » suite à l'appel à projet national lancé en début d'année 2018 et relayé par l'ARS en région.

Une démarche régionale d'accompagnement auprès de 8 GHT sur l'équipement et le déploiement de systèmes d'information « ACHAT » est lancée, en cohérence avec les travaux en cours suite à l'appel à projet GHT pour lequel 4 GHT sont déjà accompagnés.

L'ARS co-rédige avec les acteurs de terrain et les fédérations une feuille de route régionale concernant la mutualisation des achats en Nouvelle-Aquitaine afin de cadrer les travaux des années à venir, notamment par la réflexion de la création d'une structure de coopération multi-segment d'achat en Nouvelle-Aquitaine (groupes de travail avec les acteurs). La mise en œuvre d'une structure de coopération multi-segment d'achat sera effective sur plusieurs années.

Les CPOM des établissements intègrent un indicateur de suivi « *Taux de recours à des opérateurs d'achat mutualisés* ».

Un annuaire permet la mise en place d'un réseau achat par métier.



**L'optimisation de la fonction achat en ESMS** en les incitant à mettre en place une stratégie d'achat et engager des mutualisations sur les achats suite à l'expérience positive du programme PHARE auprès des établissements de santé.

Le degré de maturité de la fonction au sein des ESMS est évalué par une enquête flash. Un plan d'action régional est mis en place, intégrant la diffusion de bonnes pratiques, la coordination avec les travaux de la fonction achat hospitalière et la contractualisation d'un indicateur pertinent.

### Optimiser l'organisation et les processus de la fonction achat des GHT



Accompagner la diffusion des SI d'achat (notamment de planification des achats et de pilotage des processus d'achat)

### Optimiser le dispositif des opérateurs d'achat mutualisés nationaux et régionaux



Avoir recours aux opérateurs d'achat mutualisés nationaux et régionaux

### Optimiser la fonction achat



Inciter les ESMS à mettre en place **une stratégie d'achat** et engager des mutualisations sur les achats

## Leviers

- Appel à candidature centre de santé polyvalents
- Soutien au développement des MSP (aide au démarrage, investissement, formation des leaders...)
- Labellisation des PTA et accompagnement au déploiement
- Appel à candidature équipe médicale commune
- Contractualisation avec les établissement (virage ambulatoire, consultations avancées, etc...), via la fixation d'indicateurs dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ou les contrats de retour à l'équilibre financiers (CREF)
- Outils de description de la gradation des filières des PMP des GHT
- Objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) du schéma régional de santé (SRS)
- Poursuite des démarches régionales de parangonnages destinées à améliorer la performance interne des établissements
- Accompagnement de l'équipement des EHPAD de la région en outil / solution de Télémédecine



## Les indicateurs

Nombre de MSP et centre de santé

Taux de médecine ambulatoire programmée

Indice de Performane du transfert MCO-HAD (IP Transfert)

Taux de chirurgie ambulatoire

Taux de recours au SSR pour la rééducation relative aux 6 interventions orthopédiques couvertes par les recommandations HAS

IPDMS chirurgie et médecine

% d'OQOS réalisés

Nombre de CPTS

Nombre d'inclusion dans les PRADO

Nombre d'actes de télémedecine réalisés via les outils régionaux mis en œuvre

Taux dévolution de la masse salariale

Taux de marge brute

Niveau déficit cumulé régional annuel secteur personnes âgées et personnes handicapées

Nombre d'opérations de fusion / regroupement par secteur, et par groupe homogène de structure

Taux de recours à des opérateurs d'achat mutualisés



### Thématique 3

# Pertinence et efficacité des produits de santé



Le Plan ONDAM 2018-2022 s'inscrit dans la continuité des actions précédemment mises en œuvre et renforce l'approche parcours de soins « ville - Etablissements de santé – Etablissements médico-sociaux » et les objectifs de pertinence des prescriptions de produits de santé.

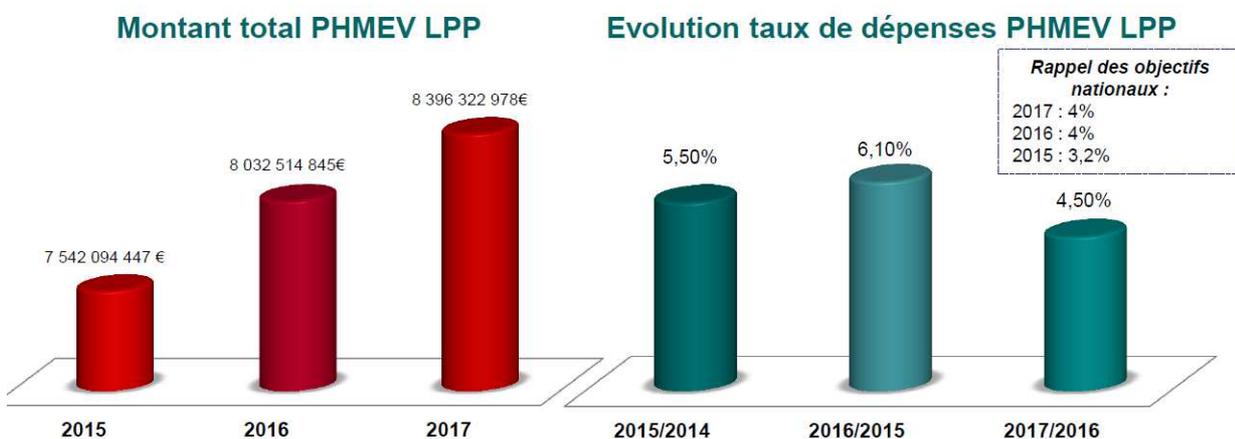
## Les enjeux

Pour permettre de disposer des financements nécessaires à la diffusion des innovations en matière de produits de santé, des marges d'efficacité existent et doivent être mobilisées.

La maîtrise médicalisée des dépenses sur les prescriptions issues des établissements de santé et délivrées en ville reste une forte priorité car les dépenses de PHMEV s'élèvent à plus de 8 milliard d'euros France entière (dont 80% concernent les médicaments (hors rétrocession et hépatite C), ce qui représente 25% de l'enveloppe de ville. L'évolution de dépenses PHMEV France entière a été de +4.5% en 2017 pour un taux d'évolution fixé à 4%.

Ces **dépenses PHEV** (médicaments et LPP) représentent 675,7 millions d'euros en Nouvelle-Aquitaine, dont 518 millions d'euros uniquement sur la pharmacie. La LPP (157,7 millions d'euros) est un secteur mal connu, peu régulé et en forte croissance chaque année.

### EVOLUTION DES DONNÉES PHMEV-LPP 2017/2016/2015



Graphique LPP – source sn

En ce qui concerne les médicaments, dix surclasses représentent près de 70% du total des dépenses.

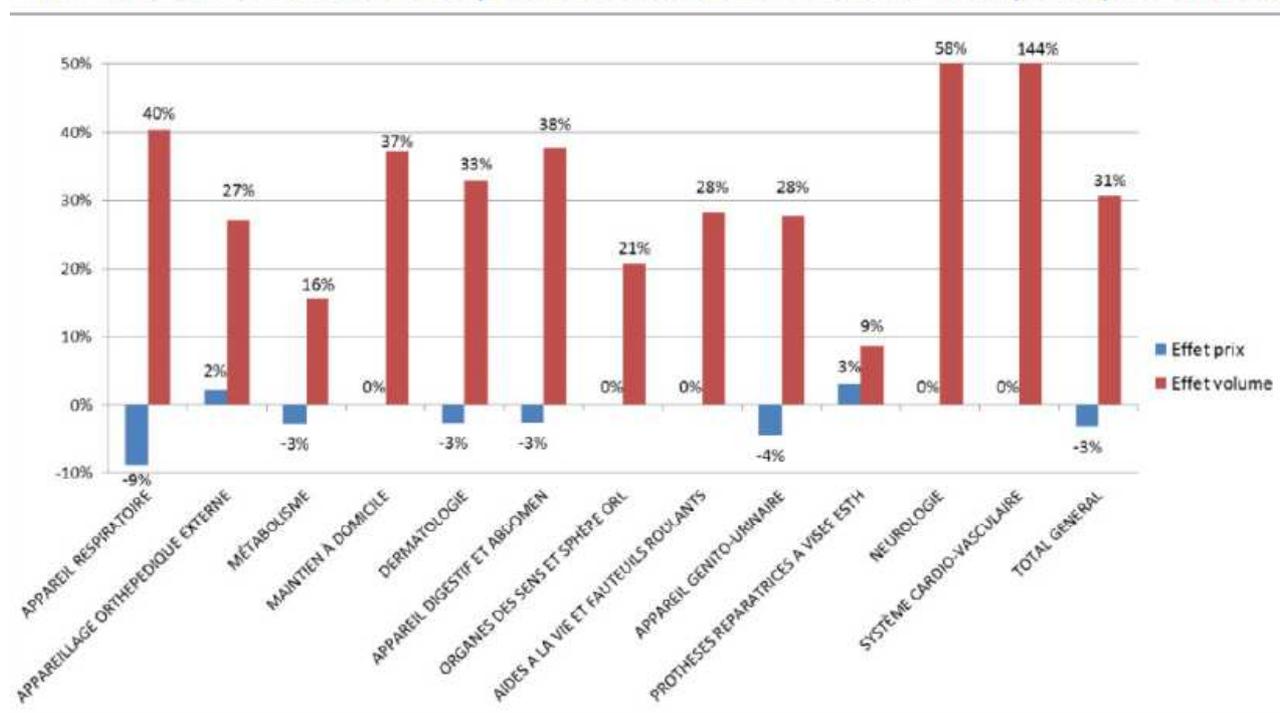


ANALYSES DES DEPENSES 2017 PAR SURCLASSE / LES 10 PREMIERES SURCLASSES EN MONTANTS REMBOURSES FRANCE ENTIERE

Surclasse	Montants remboursés		Taux de répartition	
	2017	Taux d'évolution	2017	2016
Traitement du cancer	1 386 235 307 €	8,2%	22,9%	22,0%
Traitements du VIH et des hépatites	761 271 862 €	-1,8%	12,6%	13,3%
Antirhumatismaux spécifiques (polyarthrite rhumatoïde,...)	527 447 844 €	4,2%	8,7%	8,7%
Sclérose en plaques	291 349 479 €	2,8%	4,8%	4,9%
Immunosuppresseurs	291 179 298 €	21,9%	4,8%	4,1%
Antipsychotiques	253 323 270 €	-1,7%	4,2%	4,4%
EPO	205 679 630 €	-0,7%	3,4%	3,6%
Antiagrégants, Antithrombotiques	203 605 154 €	6,0%	3,4%	3,3%
Anti-infectieux	194 368 280 €	-1,2%	3,2%	3,4%
Produits de la DMLA	179 965 826 €	9,7%	3,0%	2,8%

Concernant la LPP, les évolutions des dépenses sont les suivantes :

Structure de l'évolution des dépenses des 12 classes technico-thérapeutiques entre 2010 et 2014



Concernant **les dépenses de la liste en sus** (médicaments et dispositifs médicaux), les cibles fixées pour la région ont été respectées, ainsi qu'en France entière, en 2017. L'évolution de dépenses constaté est de -0,75% sur les médicaments versus une cible fixé à 4.1%, et de +3.09% sur les dispositifs médicaux contre une cible fixée à 5,8%. En Nouvelle-Aquitaine, ces dépenses représentent un total de **287 millions d'euros** en 2017.



D'autres dépenses concourent à la maîtrise médicalisée des dépenses :

- **la rétrocession hospitalière** pour les établissements autorisés
- **et les dépenses liées aux spécialités pharmaceutiques qui ne bénéficient pas d'une autorisation de mise sur le marché (AMM)** et qui peuvent, à titre exceptionnel, faire l'objet d'autorisations temporaires d'utilisation (ATU). Ces médicaments faisant l'objet d'une ATU sont pris en charge par l'assurance maladie à prix libre à 100 % pendant leur durée de validité.

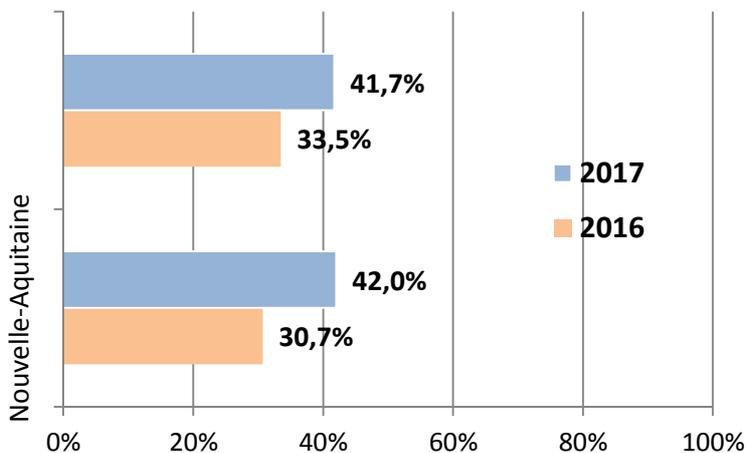
Le respect des référentiels, garant de la qualité et de la pertinence des prescriptions, l'intégration des notions de « coût » dans le choix de traitements, et la promotion des biosimilaires et des médicaments génériques sont des actions particulièrement renforcées :

- Sur les Biosimilaires, l'enjeu est d'augmenter de 20 points ces prescriptions à l'horizon 2022, et notamment sur la liste des biosimilaires disponibles (anticancéreux, Anti-TNF, DMLA, Insuline, G-CSF).

**Taux de pénétration moyen des biosimilaires par pays en 2016**

	France	Allemagne	Italie	Espagne	Royaume-Uni
Taux moyen par pays	6,2 %	13,5 %	42,5 %	13,5 %	9,1 %

**Taux de biosimilaire PHMEV**

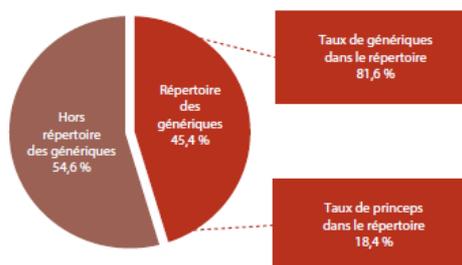


Champ : Tous régimes, prescripteurs hospitaliers (publics + ESPIC), médicaments délivrés en officine de ville

Source : assurance maladie (Open PHMEV)

- Sur les médicaments génériques, l'objectif est d'augmenter de 1,5 point par an le taux de prescription dans le répertoire par les hôpitaux pour arriver à 1 générique sur 2 en 2022.

**Poids du répertoire des génériques dans le marché remboursable, en volume, en 2016**



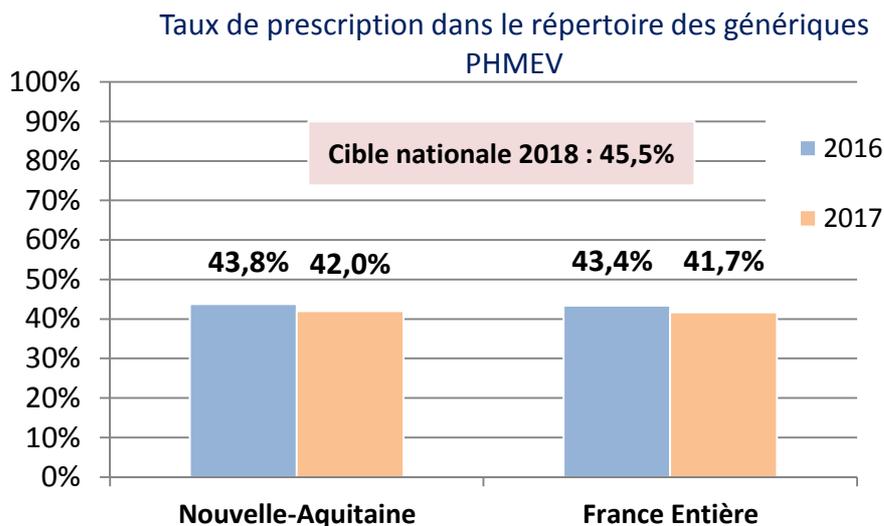
Champ : régime général hors sections locales mutualistes – France entière  
Source : Cnamts



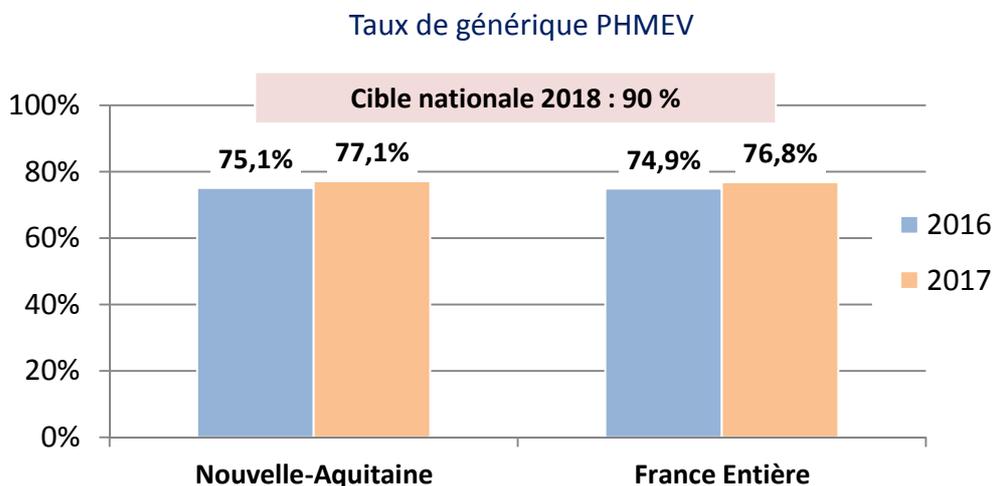
L'autre indicateur est le taux de pénétration des génériques qui combine le taux de prescriptions des prescripteurs ville et hôpital et la substitution par les pharmaciens et dont la cible 2018 est à 90%.

*Ci-dessous deux graphiques avec la situation de la région Nouvelle-Aquitaine, 2016 et 2017 v/s France entière – et la cible nationale.*

*Source : assurance maladie (Open PHMEV)*



*Champ : Tous régimes, prescripteurs hospitaliers (publics + ESPIC), médicaments délivrés en officine de ville*



*Champ : Tous régimes, prescripteurs hospitaliers (publics + ESPIC), médicaments délivrés en officine de ville*



Au regard de ces enjeux, les axes prioritaires du plan ONDAM et leur déclinaison en région dans le PPRGDRESS sont les suivants :

### 3.1 Axe 1 : Assurer la cohérence et continuité des prescriptions à l'hôpital, en ESMS et en ville

La promotion et la mise en place d'outils et de supports d'analyses de la prescription de produits de santé, incluant toute la chaîne de prescriptions, et permettant de mieux suivre les dépenses et mieux sensibiliser les professionnels sur leurs pratiques, par la mise disposition de données sur :

- les prescriptions hospitalières exécutées en ville (médicaments – LPP),
- les prescriptions intra-hospitalières hors GHS (médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus) et des prescriptions hors AMM,
- le suivi de l'antibiorésistance et de la consommation des antibiotiques
- les prescriptions qui agissent sur l'efficacité (substitutions par médicaments génériques, les biosimilaires, les achats des médicaments génériques et des biosimilaires en établissement de santé)

Un des prérequis est d'améliorer la double identification RPPS/FINESS afin de fiabiliser les données des établissements de santé en matière de prescription.

L'analyse de la pertinence de la prescription de sortie est une étape clé dans le parcours de santé.

#### Améliorer le taux de RPPS/FINESS de 60% à 100% en 2020 et contrôler sa fiabilité



Suivre la montée en charge du **taux de couplage RPPS/FINESS**



Sensibiliser les professionnels de santé sur **l'identification systématique des numéros RPPS/FINESS**



Contrôler sa fiabilité par **sondage des prescriptions des établissements**

#### Renforcer le rôle et l'incitation des prescripteurs, pour une plus juste prescription de sortie. Développer une meilleure connaissance des prescriptions à l'hôpital



Suivre le taux d'évolution des prescriptions hospitalières exécutées en ville (médicaments et LPP) et de la liste en Sus (médicaments et dispositifs médicaux) pour **accompagner et outiller les établissements de santé et professionnels de santé**



Favoriser **l'ouverture et l'enrichissement du DMP** et autres services numériques de coordination



### Prendre en compte l'impact des dépenses en ville dans la politique d'achat des produits de santé au sein des établissements de santé

Action

Promouvoir l'achat des médicaments génériques et des biosimilaires en mobilisant tous les acteurs concernés au sein des établissements de santé (prescripteurs, acheteurs, ...)

Action

Identifier et diffuser les bonnes pratiques sur le fonctionnement des achats sur les territoires.

### Responsabiliser les établissements de santé sur la maîtrise des dépenses des produits de santé. Identifier des actions transposables et favoriser les innovations organisationnelles

Action

Suivre les projets retenus dans le cadre de l'AAP ARS NA 2017 - Dispositifs de régulation PHEV (médicaments et LPP)

Action

Intégrer dans le programme d'actions sur les produits de santé des établissements à fort enjeu un programme spécifique PHEV

## 3.2 Axe 2 : Agir pour une structure de prescription plus responsable (ville, ES, ESMS)

L'objectif est de renforcer l'accompagnement personnalisé, réactif et interactif des professionnels de santé, pour l'ensemble des thématiques identifiées comme « leviers de l'efficience » et pour les actions liées à la sécurité et la qualité de la prise en charge médicamenteuse et des dispositifs médicaux.

La mobilisation de la gouvernance des établissements de santé (direction et président de CME), des professionnels de santé en ES, ESMS et de ville, et des actions de formation et de sensibilisation, sont au cœur des actions proposées dans chaque thématique abordée :

- Plan de promotion des Biosimilaires,
- Plan de promotion des médicaments génériques,
- Programme régional de lutte contre l'antibiorésistance,
- Plan de lutte contre la iatrogénie,
- Plan d'actions sur la juste prescription de dispositifs médicaux et de la LPP.



## Renforcer les actions d'accompagnement pour la promotion de la prescription des médicaments génériques

Action

Suivre la montée en charge du taux des médicaments et promouvoir le déploiement de la prescription en DCI.

Action

Mobiliser la gouvernance et l'engager dans l'inscription des objectifs dans leur politique des produits de santé.

Action

Faire vivre ces engagements via l'accompagnement et par la mise à disposition des données et des supports de communication nationaux et élaborés en région.

## Déployer les actions de promotion de la prescription des biosimilaires

Action

Suivre la montée en charge de la prescription des biosimilaires

Action

Former les professionnels de santé et évaluer l'impact des formations engagées

Action

Mobiliser les prescripteurs (CME) sur le choix de biosimilaires dans leurs pratiques de prescriptions, intra GHS, LES et particulièrement sur les prescriptions de sortie

Action

Mobiliser la gouvernance des établissements de santé / CME sur le référencement des biosimilaires, par anticipation et dès leur mise sur le marché, et promouvoir l'interchangeabilité

Action

Sensibiliser/communiquer auprès de l'ensemble des professionnels de santé (ES, ville, ESMS) et développer des actions de partage des bonnes pratiques

Action

Poursuivre la promotion du dispositif d'incitation et d'intéressement sur les PHEV (biosimilaires Anti TNF et Insuline Glargine). Assurer le suivi des données par établissement et évaluer l'impact du dispositif



## Lutter contre la sur-prescription des antibiotiques et améliorer le bon usage : Actualiser et poursuivre le programme régional

### Action

Mobiliser l'ensemble des professionnels de santé (ville, hôpital, médico-social) dans une démarche de parcours patient via :

- Des actions de sensibilisation, information, formation,
- Des évaluations de pratiques professionnelles (EPP) liées à l'usage raisonné des antibiotiques,
- La prévention pluriprofessionnelle de l'antibiorésistance,
- Le portage des "Profils antibiotiques" élaborés en région auprès des professionnels.

### Action

Mettre en œuvre des actions prioritaires en lien avec les actions de lutte contre les infections associées aux soins à partir d'un état des lieux régional (ville - hôpital):

- Suivi des consommations, suivi des résistances bactériennes,
- Suivi des certifications,
- Analyse des indicateurs qualité et sécurité des soins dont ICATB.2 et ICA-BMR, suivi de la contractualisation CAQES
- Analyse, en lien avec l'assurance maladie, des prescriptions hospitalières exécutées en ville

### Action

Garantir une mise en œuvre effective du conseil en antibiothérapie à l'attention de l'ensemble des prescripteurs de la région par le déploiement de référents régionaux et d'un réseau relais et par l'organisation de journées régionales

### Action

Développer le partage d'expérience ; restitution semestrielle des résultats régionaux et individuels à destination des établissements et des professionnels de ville en lien avec l'assurance maladie

### Action

Promouvoir une information et une implication du patient



### Définir un cadrage pour une plus juste prescription des dispositifs médicaux : Engager des actions vers les prescripteurs et vers les prestataires

Action

Encourager la signature de la Charte LPP élaborée en région NA avec les établissements MCO, afin d'encadrer les interventions des prestataires (thèmes ciblés)

Action

Evaluer la mise en œuvre de la charte et son impact sur la régulation des dépenses

Action

Suivre les indications de prescriptions de la LPP de la Liste en Sus/Intra (classes ciblées annuellement) et le partage en groupe de pairs.

Action

Identifier par établissement et par produit de la LPP, les leviers et actions à promouvoir via l'accompagnement des prescripteurs (ville - hôpital, ESMS)

### Renforcer la lutte contre la iatrogénie et promouvoir les référentiels de bon usage notamment pour les prescriptions auprès des personnes âgées

Action

Poursuivre l'accompagnement de l'assurance maladie en EHPAD (campagne de visites des délégués de l'assurance maladie en EHPAD et auprès des médecins de ville)

Action

Sensibiliser l'ensemble des professionnels de santé (ES, ville, ESMS), développer des actions de communication et diffuser des supports nationaux et élaborés en région, sur la pertinence des prescriptions et lutte contre la iatrogénie

Action

Réaliser des inspections et contrôle en EHPAD sur la prise en charge médicamenteuse

Action

Mise en place des formations pluridisciplinaires et évaluation de leurs impacts



### Systématiser l'usage des LAP (Logiciels d'Aide à la prescription) et des LAD (Logiciels d'Aide à la Délivrance) et en étendre les fonctionnalités



Systématiser le recours à la prescription informatisée



Renforcer l'accompagnement des établissements de la région sur le déploiement des logiciels d'aide à la prescription (LAP) et les logiciels d'aide à la délivrance (LAD)

### 3.3 Axe 3 : Mieux connaître l'usage des produits en vie réelle pour mieux accompagner les professionnels

L'objectif est d'évaluer l'usage des produits de santé en vie réelle pour assurer une information plus réactive et développer plus amplement les retours d'informations aux prescripteurs sur leurs pratiques.

En Nouvelle-Aquitaine, un diagnostic sur les prescriptions hospitalières exécutées en ville en comparaison avec les autres régions est réalisé afin de déterminer une potentielle variabilité dans les pratiques et d'identifier, avec l'appui de groupes de pairs, des actions ciblées auprès des prescripteurs hospitaliers. L'amélioration de pertinence des médicaments prescrits à l'hôpital et exécutés en ville est un axe prioritaire qui sera intégré au PAPRAPS lors de sa révision en 2018 (Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins).

### Mettre en place des études transversales OMEDIT/ARS/AM sur la prescription de certains produits de santé et l'étude des pratiques



Réaliser un diagnostic sur les PHEV permettant d'identifier des atypies dans les pratiques de prescriptions



Suivre les indications de prescriptions et restituer aux prescripteurs (suivi des prescriptions hors AMM, des registres des dispositifs médicaux implantables, des médicaments anti-PD1...)



Poursuivre des groupes de pairs thématiques ciblés et identifier des actions sur la pertinence des prescriptions des produits de santé (à intégrer dans le PAPRAPS)

### Renforcer la surveillance des prescriptions Hors AMM (ville / liste en sus)



Agir sur les conditions de prise en charge de l'hors AMM selon un ciblage établi annuellement. Réalisation de mailings ciblés, rappel à la règle et promotion des actions et mesures d'impact



### 3.4 Axe 4 : Renforcer les interactions entre professionnels de santé et patients

Pour faciliter les échanges et la coordination entre professionnels d'établissements et de la ville, au service du parcours des patients, des actions sont déployées pour la recherche des organisations de plus en plus innovantes et efficaces, à titre d'exemple : faire évoluer la délivrance des anticancéreux oraux délivrés en ville ou le déploiement de la conciliation médicamenteuse au sein des plateformes territoriales d'appui (PTA) via le déploiement de l'application mobile GLOBULE.

#### Faire évoluer le rôle des pharmaciens sur le respect des conditions de prise en charge, sur la promotion de l'efficacité et sur leur contributions au parcours de soins prévu dans leur convention



Dans le cadre de la convention des pharmaciens:

- Déployer le bilan partagé de médication
- Promouvoir le rôle d'aide aux patients par les pharmaciens pour certaines pathologies chroniques



Promouvoir l'outil PAACO-GLOBULE (application pour la coordination de parcours et sa fonctionnalité "conciliation médicamenteuse") et faire évoluer la collaboration pluri-professionnelle pour la sécurisation de la prise en charge de patients

#### Faire évoluer la délivrance des anticancéreux oraux délivrés en ville



Renforcer la diffusion de fiches de bon usage des anticancéreux oraux en ville et faciliter la coordination ES / Ville

## Leviers

- la contractualisation via le CAQES et les mécanismes d'intéressements ou de sanctions financières prévus par la loi
- Le financement régional des expérimentations sur la maîtrise des dépenses relatives aux prescriptions hospitalières exécutées en ville
- l'accompagnement et sensibilisation des professionnels de santé (OMEDIT, offres de service de l'assurance maladie),
- la formation (initiale et continue)
- l'évaluation et restitution des pratiques de prescriptions
- les groupes de pairs et travaux sur la pertinence de prescriptions (respect de référentiels - partage des diagnostics et des évaluations des pratiques)
- la communication (campagnes de communication nationales ou élaborées en région).



- l'élaboration et diffusion des outils d'aide à la décision, des synthèses individualisées, des profils des données de prescriptions et des moyens pour faciliter les échanges entre professionnels et vers les institutions (Cf. plateforme e-médite).
- L'organisation de réunions territoriales et régionales.

### **Le CAQES Nouvelle-Aquitaine**

Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES), créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, fusionne dans un contrat « unique », à partir du 1er janvier 2018, l'ensemble des contrats proposés antérieurement aux établissements de santé sur les produits de santé (CBUMPP, CAQOS, CAPES..). Il lie l'ARS, les CPAM et l'ensemble des établissements de santé de la région.

Contrat à durée indéterminée, le « volet Socle » sur les produits de santé engage les établissements dans une démarche globale d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des soins.

En Nouvelle-Aquitaine, des objectifs et des indicateurs précis sont fixés pour 3 ans à l'ensemble des établissements de santé de la région (255 contrats ont été signés).

### **L'appel à projet régional pour la régulation de prescriptions hospitalières exécutées en ville**

L'appel à projet régional sur régulation des dépenses PHEV (médicaments et LPP) implique 13 établissements de santé dans 7 départements ; 9 projets ont été retenus dans la région en 2017.

Le déploiement des actions se déroulera sur 3 ans, en fonction des résultats et de leur réel impact sur la maîtrise des dépenses, et permettra l'identification des innovations organisationnelles, la promotion de la pharmacie clinique, la valorisation du rôle de pharmacien sur la politique du médicament et l'implication constructive des CME dans le travail pluri-professionnel et transverse sur la maîtrise médicalisée des dépenses et la coordination hôpital-ville.

Il s'agit d'un vivier d'actions et d'initiatives qui pourront être transposables dans la région.

### **La plateforme E-MEDITE**

La plateforme E-MEDITE est un espace web créée par l'OMEDIT Nouvelle-Aquitaine de mise à disposition et de partage d'information sur les produits de santé avec les établissements de santé, via un accès sécurisé (assuré par un hébergeur de santé agréé).

Les établissements de santé bénéficient d'un espace dédié (accès à leurs documents contractuels [CAQES], aux données sur les produits de santé, aux informations régionales, à une veille scientifique et réglementaire, à des modules de formation e-learning...). Elle possède notamment une fonctionnalité spécifique pour le « suivi de la contractualisation en ligne » qui permet de faciliter les échanges entre les signataires du contrat et de centraliser l'évaluation dans un espace unique.



## Les indicateurs

Taux de prescription PHEV incluant le numéro RPPS du prescripteur et le numéro FINESS de l'établissement

CAQES : Taux de signature de contrats (ou avenants)

Taux d'évolution des dépenses (médicaments et LPP) prescrits en établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe de soins de ville

Taux d'évolution des dépenses (Médicaments et Dispositifs médicaux) inscrits sur la liste en Sus

Nombre de DMP créés / Nombre de DMP alimentés, et par profession

Taux de prescription des biosimilaires pour les PHEV

Taux de prescription dans le répertoire des génériques pour les PHEV

Taux d'évolution de la consommation totale d'antibiotiques

Lutte contre la iatrogenie : nombre de lignes (molécules) par patients âgés de plus de 65 ans

Taux Hors AMM argumenté



## Thématique 4 Pertinence et qualité des actes



Dans la continuité du plan précédent, la pertinence et la qualité des actes est une thématique intégrée au plan ONDAM 2018-2022 d'appui à la transformation du système de santé. L'enjeu est de réduire les actes, prescriptions et hospitalisations redondants ou inutiles qui présentent de forts volumes à l'échelle de la population et qui ont des implications en termes de dépenses et d'effets indésirables.

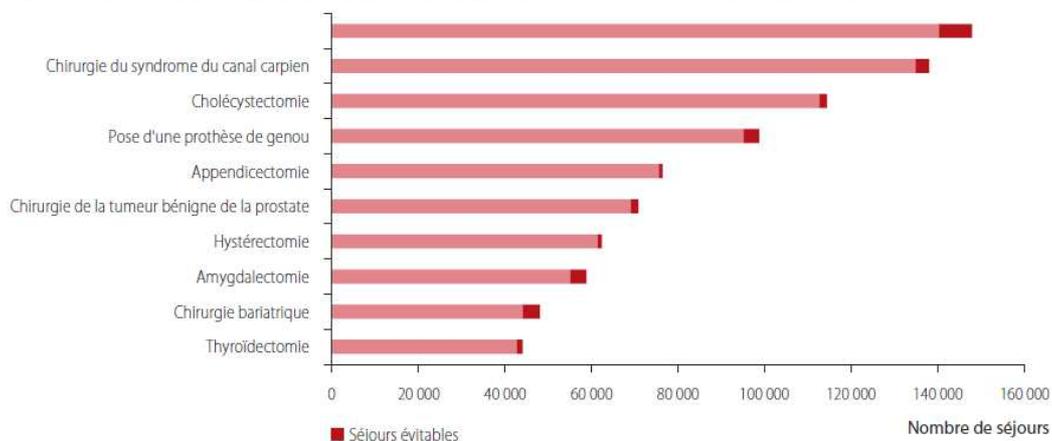
### Les enjeux

#### 1. Réduire les variations des taux de recours à certains actes hospitaliers

En France, il existe d'importantes variations de taux de recours à certains actes hospitaliers. Au plan national, les travaux réalisés par l'IRDES sur les variations des pratiques médicales ont mis en évidence que la part des séjours évitables pour 10 actes\* varie entre 1% à 18% en 2015. Le nombre de séjours évitables pour ces thématiques est estimé à 34 000, générant une économie potentielle de 101 millions d'euros.

\**amygdalectomie, appendicectomie, césarienne, chirurgie bariatrique, chirurgie de la tumeur bénigne de la prostate, chirurgie du canal carpien, cholécystectomie, hystérectomie, pose d'une prothèse de genou, thyroïdectomie*

Nombre total de séjours par activité pour l'année 2015 avec estimation du nombre de séjours évitables (taux cible correspondant au troisième quartile des taux départementaux)



Champ : tous régimes – France entière  
Source : PMSI (2010-2015)

En Nouvelle Aquitaine, le ciblage des thématiques qui feront l'objet d'actions visant à améliorer la pertinence des soins est basé sur plusieurs critères :

- Analyse des taux de recours afin d'identifier les thématiques et territoires pour lesquels le recours à l'acte est atypique
- Existence de recommandations de bonnes pratiques formulées par la HAS ou les sociétés savantes
- Existence d'initiatives portées par les acteurs du territoire



Ainsi la liste des thématiques retenues en région est revue dans le cadre d'un diagnostic régional réalisé annuellement.

Les thématiques prioritaires et le plan d'actions relatif à l'amélioration de la pertinence des actes qui en découlent sont inscrits dans le PAPRAPS (Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins) arrêté par le Directeur Général ARS et publié sur le site de l'ARS Nouvelle Aquitaine.

L'ARS et l'assurance maladie attendent des établissements la réalisation de démarches d'EPP en rapport avec la pertinence des actes ou des prescriptions quels que soient les actes (chirurgicaux, médicaux, paramédicaux) ou le type de prescriptions (biologie, imagerie, produits de santé...). L'ambition est de favoriser des pratiques médicales conformes aux recommandations, d'améliorer la qualité des soins et de contribuer à la maîtrise des dépenses de santé.

## 2. Réduire les événements indésirables graves

En France, l'enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS), destinée à évaluer l'importance des événements indésirables graves rencontrés dans les établissements de santé et à repérer la part des événements jugés évitables a été menée en 2004 et rééditée en 2010. Elle estime que le nombre d'EIGS par an en France se situe entre 275 000 et 395 000. Parmi eux, 48% seraient considérés comme « évitables ».

Le surcoût lié aux événements indésirables (EI) liés aux soins est important. Des estimations ont été réalisées (l'IRDES en 2011 : 700 millions d'€ pour 9 types d'EI pour l'année 2007 par exemple. Le rapport de l'OCDE en 2017 : entre 13 et 16% le surcoût lié aux EI en milieu hospitalier).

La réduction des EI passe par une démarche préventive de gestion des risques et une démarche réactive suite à la survenue d'EI.

**Au regard de ces enjeux, les axes prioritaires du plan ONDAM et leur déclinaison en région dans le PPRGDRESS sont les suivants :**

### 4.1. Axe 1 : Réduire les événements indésirables graves

La réforme des vigilances et les décrets d'application parus en 2016 ont renforcé le rôle central des ARS dans la gestion des signalements des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS). Leur définition a été précisée : il s'agit d'un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale. Les obligations de signalement ont été étendues à l'ensemble des professionnels de santé, quels que soient leur secteur d'intervention : hospitalier, médico-social ou médecine de proximité.



### Les axes de travail

#### ***La connaissance sur la survenue des événements indésirables (EIGS)***

Réduire la survenue d'EIGS passe d'abord par une meilleure connaissance de la survenue de ces EIGS et une analyse de leurs causes.

#### ***La mise en place d'une démarche préventive de gestion des risques dans le système de santé***

Les démarches dites de gestion des risques a priori permettent de limiter la survenue des EIGS.

Ces démarches sont intégrées au sein des établissements de santé mais doivent être développées plus fortement au sein des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS).

#### ***La mise en place d'une démarche réactive de lutte contre les événements indésirables associés aux soins (EIAS)***

Une fois un EIGS survenu au sein d'un établissement, celui-ci a l'obligation d'en faire l'analyse pour en déterminer les causes et si nécessaire mettre en place les mesures pour éviter qu'il ne se reproduise.

#### ***L'incitation des équipes pluri-professionnelles à prioriser les EIAS dans les démarches d'amélioration continue du travail en équipe lors d'analyses collectives***

Lors de l'analyse d'un EIGS, parmi les causes, on retrouve fréquemment la question du travail en équipe au sein de l'établissement et entre établissements ou services. Une des méthodes retenue pour améliorer cette analyse collective est la méthode de la HAS du « patient traceur ».

### Déclinaison régionale

Depuis avril 2017, l'ARS reçoit les déclarations d'EIGS via le portail national des signalements, ce qui permet de faire un bilan annuel des catégories d'EIGS reçus dans tous les secteurs de soin.

Ce bilan permettra de développer des réflexions ou analyses partagées d'EIGS pour identifier les actions de gestion des risques à développer dans le cadre du RREVA (réseau régional de vigilance et d'appui).

Cette analyse permettra de communiquer sur les risques les plus prégnants et renforcer l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles des professionnels de santé.

Poursuivre la sensibilisation des ESMS à la gestion des risques a priori via les actions menées par la structure régionale d'appui à la qualité d'Aquitaine (le CCECQA).

Parmi les démarches de gestion des risques à développer sur l'ensemble du parcours du patient, les bonnes pratiques d'identification des usagers seront priorisées.

Au-delà de l'action directe de l'ARS, les établissements peuvent faire appel à des structures d'appui (OMEDIT PRAGE et CPIAS) pour effectuer les analyses approfondies des causes des EIGS.

L'ARS va inciter le déploiement de la méthode des patients traceurs inter établissements et intersecteurs.

Un projet (COSMOS) mené par le CCECQA a pour enjeu de proposer aux équipes de structures différentes, médico-sociales ou sanitaires, d'évaluer collectivement la qualité d'un parcours de soins d'une personne ayant recours à une hospitalisation pour un épisode aigu.



### Améliorer la connaissance sur la survenue des événements indésirables (EIGS)

Action

Faire un **bilan annuel des catégories d'EIGS reçus** via le portail des signalements dans tous les secteurs de soin

Action

Favoriser la **réalisation d'analyses partagées d'EIGS** pour identifier les actions de gestion des risques à développer

Action

**Communiquer sur les risques les plus prégnants** et renforcer l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles

### Mettre en place une démarche préventive de gestion des risques dans le système de santé

Action

Poursuivre la sensibilisation des ESMS à la **gestion des risques à priori**.

Action

Promouvoir les **bonnes pratiques d'identification des usagers** pour sécuriser les parcours.

### Mettre en place une démarche réactive de lutte contre les événements indésirables associés aux soins (EIAS) dans les trois secteurs (sanitaire, médico-social, ville)

Action

Interventions des structures d'appui (OMEDIT PRAGE et CPIAS) auprès des établissements et ESMS pour effectuer les **analyses approfondies des causes des EIGS**

### Inciter les équipes pluri-professionnelles à prioriser les EIAS dans les démarches d'amélioration continue du travail en équipe lors d'analyses collectives

Action

Déploiement de la **méthode des patients traceurs** inter-établissements et intersecteurs (projet COSMOS)



## 4.2. Axe 2 : Limiter la variabilité des pratiques et éviter les actes inutiles ou redondants dans le domaine des actes chirurgicaux, de médecine interventionnelle et des actes paramédicaux

### Les axes de travail

#### ***La définition des priorités en région***

Dans le cadre du PAPRAPS, un diagnostic régional est mené pour identifier d'une part, les thématiques prioritaires en région parmi les 33 définies au niveau national et d'autre part, les départements présentant un enjeu en termes de recours atypiques aux actes.

#### ***La diffusion des recommandations de bonnes pratiques***

Il s'agit d'engager les professionnels dans une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles.

#### ***L'engagement dans une démarche d'EPP***

Il s'agit de proposer un volet additionnel CAQES aux établissements identifiés sur la base des critères de ciblage du PAPRAPS pour engager les professionnels dans une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles.

Pour avoir une action de plus grande portée, il est proposé un objectif en matière de pertinence des actes dans le CPOM ARS-Etablissement incitant à la réalisation d'une démarche d'amélioration de la pertinence des actes ou des prescriptions, pour les thématiques hors PAPRAPS, quel que soit les actes (chirurgicaux, médicaux, paramédicaux) ou le type de prescriptions (biologie, imagerie, produits de santé...).

### Déclinaison régionale

Ce diagnostic est mis à jour chaque année dans le cadre de la révision annuelle du PAPRAPS ; pour 2019, la mise à jour est réalisée pour les 33 thématiques définies au niveau national

Via le réseau de l'assurance maladie, des échanges confraternels (entretiens individuels) et des campagnes régionales de sensibilisation sont réalisés auprès des médecins libéraux (ex: rééducation de l'épaule).

Au-delà de ces accompagnements, l'ARS et l'assurance maladie s'appuient sur des initiatives régionales ou sur des sujets à enjeu pour développer le DPC auprès des professionnels dans les établissements de santé (ex: angioplasties coronaires / périnatalité).

Réalisation de dialogues par les médecins de l'ARS et de l'assurance maladie avec les chirurgiens des établissements ciblés au sein des départements présentant un recours atypique à l'acte.

Proposition d'un volet additionnel du CAQES à 2 établissements en 2018 (8 en 2017).

Proposition d'un objectif pour tous les établissements



### Identifier et prioriser les thématiques en région



Mettre à jour annuellement le diagnostic régional sur les 33 thématiques prioritaires identifiées par le niveau national



Intégrer au PAPRAPS des nouvelles thématiques prioritaires

### Favoriser la diffusion des recommandations de bonnes pratiques



Réaliser des **échanges confraternels** sur des thématiques ciblées



Réaliser une campagne régionale de **sensibilisation des médecins aux bonnes pratiques**



Développer le **DPC** (développement professionnel continu) **auprès des professionnels des établissements** de santé sur les thématiques à enjeu en termes de pertinence

### Mettre en place des actions pour inciter les établissements de santé à s'engager dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles



Réaliser **des dialogues avec les médecins ARS et AM** auprès des chirurgiens dans les établissements ciblés sur les thématiques prioritaires du PAPRAPS



**Contractualiser** avec les **établissements ciblés** sur les thématiques prioritaires du PAPRAPS : CAQES - volet additionnel pertinence



**Contractualiser via le CPOM ARS/ES** pour tous les établissements sur les thématiques non intégrées au PAPRAPS



Accompagner tous les établissements de la région par des **structures d'appui et réseaux**



### 4.3. Axe 3 : Limiter la variabilité des pratiques et éviter les actes inutiles ou redondants dans le domaine des examens paracliniques

#### Les axes de travail

##### ***La définition des priorités en région***

Il s'agit de réaliser un diagnostic régional sur l'imagerie et la biologie médicale.

##### ***La diffusion des recommandations de bonnes pratiques***

Il s'agit d'engager les professionnels dans une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles.

##### ***L'engagement dans une démarche d'EPP***

Il s'agit de proposer un objectif en matière de pertinence des actes dans le CPOM ARS-Etablissement incitant à la réalisation d'une démarche d'amélioration de la pertinence des actes ou des prescriptions, pour les thématiques hors PAPRAPS, quel que soit les actes (chirurgicaux, médicaux, paramédicaux) ou le type de prescriptions (biologie, imagerie, produits de santé...).

##### ***L'utilisation d'outils numériques en santé à valeur ajoutée***

Il s'agit à la fois de faciliter l'exercice des professionnels en termes de prescription, de partager et d'échanger des données médicales entre professionnels pour éviter les actes redondants et améliorer les pratiques.

#### Déclinaison régionale

Les travaux permettront d'identifier les actions prioritaires.

Via le réseau de l'assurance maladie, des échanges confraternels (entretiens individuels) sont réalisés auprès des médecins libéraux (ex: rééducation de l'épaule).

Au-delà de ces accompagnements, l'ARS et l'assurance maladie vont développer des actions de formation auprès des urgentistes sur la pertinence des actes d'imagerie.

Un objectif est proposé pour tous les établissements via le CPOM.

Par ailleurs, l'ARS et l'assurance maladie vont lancer en 2019 un AAP auprès des établissements de santé pour la mise en place d'actions d'amélioration de la pertinence en imagerie.

L'ARS et l'assurance maladie vont promouvoir des outils d'aide à la prescription par le biais de campagnes d'information (ex : guide de bon usage des examens d'imagerie médicale).

Par ailleurs, l'ARS propose des outils d'échanges des résultats d'imagerie via la plateforme régionale KRYPTON.

L'assurance maladie va réaliser des campagnes d'accompagnement pour la promotion du DMP.



## Identifier et prioriser les thématiques en région



Réaliser le **diagnostic régional sur l'imagerie et la biologie médicale** et mise à jour annuelle

## Favoriser la diffusion des recommandations de bonnes pratiques



Réaliser les **échanges confraternels en imagerie** (radios du crâne, thorax, abdomen sans préparation, echo thyroïde et radio rachis dans la lombalgie)



Réaliser les **échanges confraternels en biologie** (1er dosage PSA)



Mener des actions de **formation auprès des urgentistes** sur la pertinence des actes d'imagerie

## Mettre en place des actions pour inciter les établissements de santé à s'engager dans une démarche d'évaluation et d'amélioration des pratiques



**Contractualiser via le CPOM ARS/ES** pour tous les établissements de santé sur les thématiques non intégrées au PAPRAPS



Lancer un AAP auprès des établissements de santé pour la **mise en place d'actions d'amélioration de la pertinence en imagerie**

## Développer l'utilisation des outils numériques en santé à valeur ajoutée



**Promouvoir les outils d'aide à la prescription** par le biais de campagnes d'information (guide de bon usage des examens d'imagerie médicale)



Mettre en place **des outils d'échanges des résultats d'imagerie** via la plateforme régionale **KRYPTON**



Réaliser des campagnes d'accompagnement pour la **promotion du DMP**



## 4.4. Axe 4 : Informer les publics

### Les axes de travail

#### ***La diffusion de la culture pertinence auprès des usagers***

Pour faciliter la réussite de cette démarche, il s'agit de communiquer auprès des usagers et de renforcer leur capacité de décision dans les choix thérapeutiques les concernant.

#### ***L'information des professionnels de santé et des établissements de santé sur les pratiques***

En complément de la démarche d'accompagnement des professionnels et des établissements, il est nécessaire de les informer et de leur fournir des données objectives en termes de pertinence des actes pour faciliter la mise en œuvre du « bon acte, pour le bon patient, au bon moment ».

### Déclinaison régionale

L'ARS et l'assurance maladie vont élaborer des outils d'information (flyer, guide patients...) pour communiquer auprès des patients sur la démarche de pertinence des actes.

L'ARS et l'assurance maladie vont développer une expérimentation d'un projet visant à renforcer les décisions partagées entre les professionnels et les patients « Choisir avec soins », à partir de 2020.

Le PAPRAPS est révisé annuellement et mis en ligne sur le site Internet de l'ARS.

Des outils d'information vont être élaborés et diffusés en établissements. En 2018/2019, l'ARS et l'assurance maladie vont notamment élaborer une fiche d'identité pertinence avec des « données clés » sur la situation de chaque établissement. L'assurance maladie diffuse des fiches profils.

L'Atlas de variations des pratiques médicales réalisés par l'IRDES est diffusé auprès des établissements.

### Diffuser la culture pertinence auprès des usagers



Mettre en place des **outils d'information des patients** (plateforme, guide patients, flyer...)



**Renforcer les décisions partagées** entre les professionnels et les patients : "Choisir avec soins"/  
Inciter les professionnels de santé à **associer le patient aux décisions thérapeutiques**



## Mettre en place des actions d'information des professionnels de santé et des établissements de santé sur leurs pratiques

Action

Réviser annuellement le PAPERAPS et le diffuser en région

Action

Elaborer et diffuser les outils à destination des établissements (fiche identité sur la pertinence, profils AM)

Action

Diffuser l'Atlas de variations des pratiques médicales auprès des acteurs régionaux et participer au retour d'expérience sur la mise en œuvre d'actions d'amélioration de la pertinence des actes destiné à être diffusé dans l'Atlas de variation des pratiques

### Leviers

- La formation continue des professionnels de santé
- L'information des professionnels et du grand public
- La promotion de l'évaluation des pratiques professionnelles
- La contractualisation via le volet pertinence du CAQES et via le CPOM
- Le développement des outils numériques
- Le financement d'expérimentations sur la pertinence de l'imagerie aux urgences

### Les indicateurs

Nombre de signalement d'événements indésirables graves associés aux soins (EIGS)

Indice national des départements ciblés : Rapport entre le taux standardisé de recours à l'hospitalisation des départements et le taux de recours standardisé national pour les thématiques prioritaires en région

Nombre d'ES rencontrés pour les dialogues / ciblés

Nombre d'ES ayant signé un CAQES - volet additionnel pertinence des actes / ciblés



## Thématique 5

## Pertinence et efficacité des arrêts de travail

Dans la continuité des années antérieures, les actions engagées par l'assurance maladie visent à maîtriser l'évolution des indemnités journalières Maladie et Accident du Travail Maladie Professionnelle par une meilleure sensibilisation, responsabilisation et contrôle des différents acteurs concernés par la dépense (prescripteurs, assurés sociaux, employeurs).

### Les enjeux

Au plan national, en 2016, 9,9 milliards d'euros ont été remboursés par l'assurance maladie au titre des indemnités journalières pour maladie ou accidents du travail/maladies professionnelles, ce qui représente 53,3 % de la dépense totale des prestations en espèce (18,6 milliards d'euros).

Le taux d'évolution des dépenses d'indemnités journalières AT/MP entre 2015 et 2016 de +4.6% est supérieur à celui observé sur la période 2012-2015 (+2,7 % /an en moyenne) ce qui traduit une accélération des dépenses de ce poste.

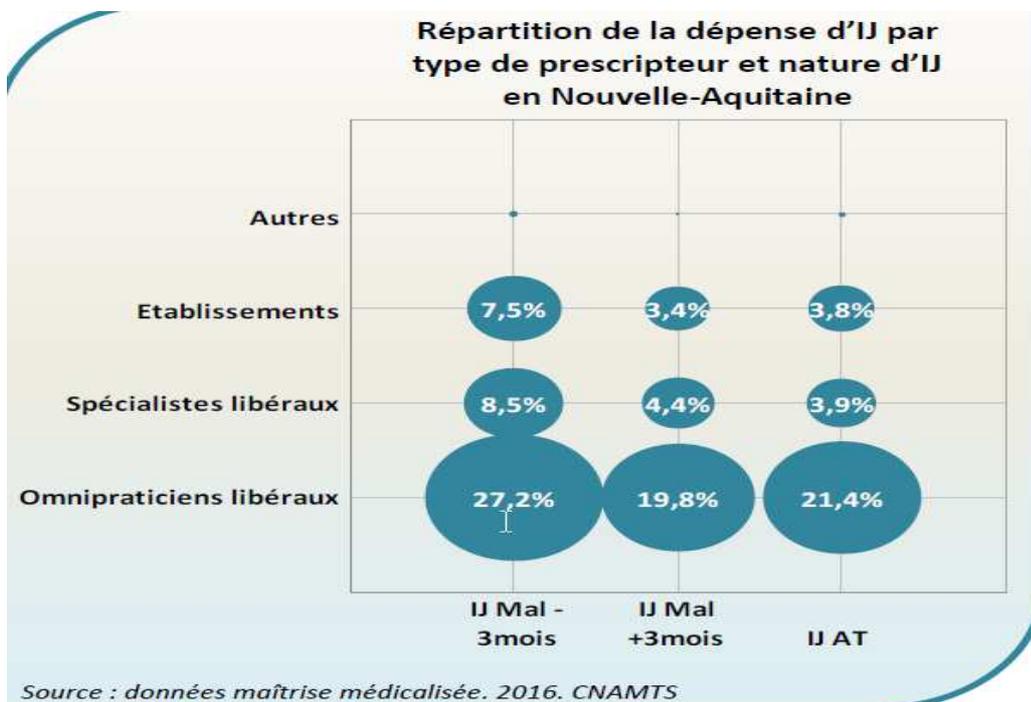
En 2017, la Nouvelle-Aquitaine compte près de 480 000 bénéficiaires d'indemnités journalières (assurés consommateurs) ayant eu au moins 1 jour d'arrêt de travail indemnisé. Ce sont ainsi 862,2 millions d'euros qui ont été versés, pour un total de 25,3 millions de jours indemnisés.

En Nouvelle-Aquitaine, la consommation unitaire s'élève à 52,7 IJ par patient.

Selon la circonscription, elle oscille entre 47 IJ par bénéficiaire (Tulle) et 58 IJ par bénéficiaire (Bayonne).

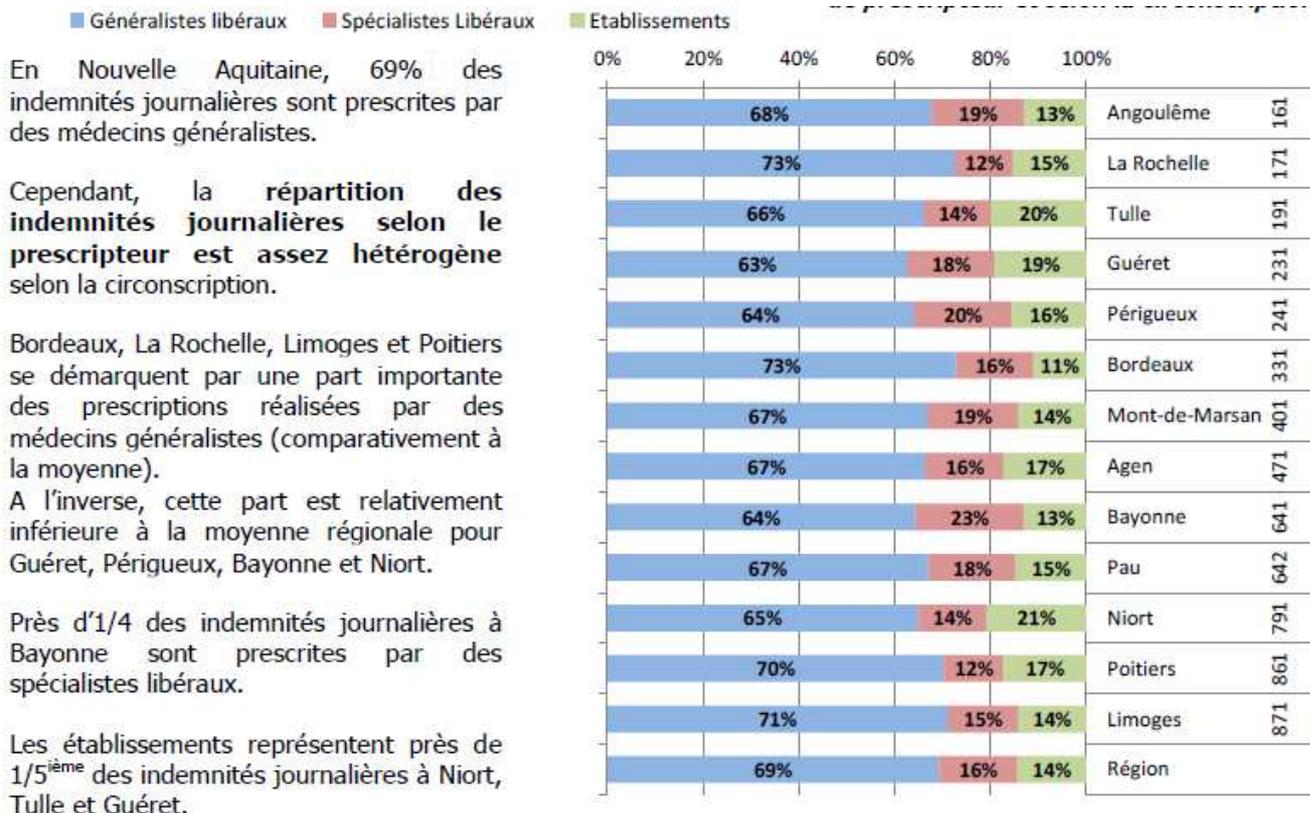
La consommation unitaire est plus conséquente sur le littoral de la Nouvelle Aquitaine.

Les 4 circonscriptions avec un nombre d'IJ par bénéficiaire supérieur à 55 IJ sont ainsi les CPAM de Bayonne, la Rochelle, Bordeaux et Mont-de-Marsan.





**Répartition du nombre d'indemnités journalières en 2017 en Nouvelle Aquitaine selon le type de prescripteur et selon la circonscription**



**Au regard de ces enjeux, les axes prioritaires du plan ONDAM et leur déclinaison en région dans le PPRGDRESS sont les suivants :**

**5.1. Axe 1 : Accompagner et aider à la prescription d'un arrêt de travail (PS et établissements)**

De manière générale, il s'agit de porter auprès de prescripteurs de ville (médecin traitant ou spécialiste) et des établissements des données statistiques (profils de prescriptions) et recommandations leur permettant de se situer par rapport à leurs confrères et au regard des référentiels de durée d'arrêt validés par la HAS.

Pour ce faire, des campagnes régulières d'initiative nationales sont déclinées en région par les délégués de l'assurance maladie et les médecins-conseils auprès des professionnels de santé prescripteurs. Afin d'améliorer le parcours des assurés dont l'état de santé est stabilisé et qui ne relèvent plus médicalement d'un arrêt de travail, les organismes de sécurité sociale de Nouvelle-Aquitaine ont construit un plan d'action spécifique sur la gestion de ces arrêts qui impliquent médecin traitant et entreprise du bénéficiaire.



***Mettre en place une aide opérationnelle pour les médecins traitants leur permettant de mettre fin à la prescription de l'arrêt de travail lors d'une inaptitude au travail***



*Fournir aux médecins traitants des outils opérationnels leur permettant **de passer la main au médecin du travail et à l'employeur au plus vite** à l'issue de la stabilisation de l'état du patient*

**5.2. Axe 2 : Améliorer la stratégie et les moyens de contrôle et de suivi de l'arrêt de travail**

Les actions de maîtrise des dépenses d'indemnités journalières sont nécessairement multi directionnelles du fait des 3 acteurs concernés (assurés, prescripteurs, entreprises).

Les leviers sont aussi multiples : contrôle, sensibilisation, contractualisation, accompagnement, et sont déployés au fil de l'eau.

Afin d'intensifier et de médiatiser les actions conduites, l'assurance maladie en Nouvelle-Aquitaine a expérimenté des opérations dites territoriales. Ce programme vise à concentrer sur une période de temps précise et sur un territoire identifié en sur recours toutes les actions précitées en articulant l'ensemble des moyens du service médical et des CPAM. Les évaluations faites a posteriori sont toutes concluantes.

***Poursuivre et généraliser dans le cadre de la priorisation territoriale au sein de la région, les campagnes globales, coordonnées sectorisées***



*Mobiliser et rendre visible un maximum de moyens pour obtenir une réaction collective sur un territoire*



## Leviers

- En direction des assurés : des contrôles administratifs et des contrôles médicaux sur personnes convoquées
- En direction des assurés : des interventions du service social pour la prévention de la désinsertion professionnelle
- En direction des prescripteurs de ville et hospitalier : des campagnes d'accompagnement individuel
- En direction des prescripteurs de ville : des échanges confraternels gradués
- En direction des entreprises : en lien avec la CARSAT des actions de prévention des risques professionnels
- En direction des entreprises : le programme absentéisme en entreprise sur les troubles musculo-squelettiques, la lombalgie et les risques psycho-sociaux
- En direction des assurés, des prescripteurs et des entreprises : des actions territoriales ciblées en fonction des taux de recours
- Des campagnes de prévention ciblées ou grand public (exemple : lombalgie et mal de dos),
- Des expérimentations sur la réduction des délais de recours aux actes techniques

## Les indicateurs

Part des assurés pris en charge au titre de la prévention de la désinsertion professionnelle

Montant d'économies € (respect du taux d'évolution sur les indemnités journalières remboursées)

Taux de réduction du nombre d'indemnités journalières en écart au référentiel HAS (sur les arrêts de travail liés à des actes chirurgicaux)

Taux d'arrêts de travail contrôlés sur personnes convoquées et sur dossier

## Thématique 6

Pertinence et efficacité  
des prescriptions  
de transports

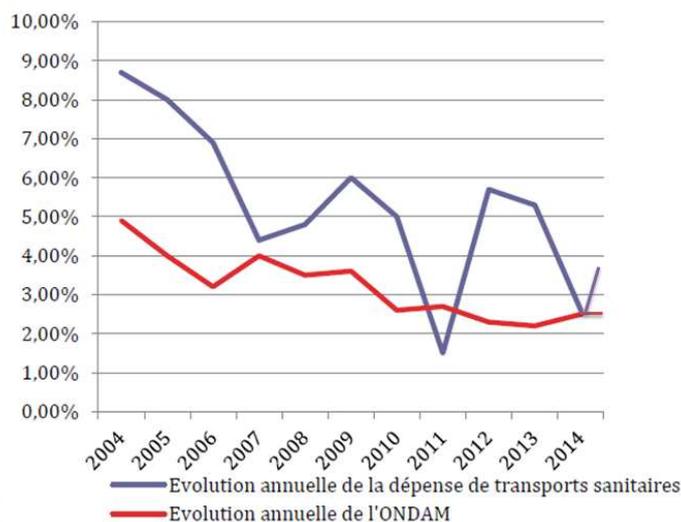
Dans la continuité du plan précédent, la pertinence et l'efficacité des prescriptions de transports est une thématique intégrée au plan ONDAM 2018-2022. En effet, l'évolution des dépenses mais aussi les marges de progrès existantes en matière de transports justifient une attention particulière des pouvoirs publics sur ce sujet.

## Les enjeux

L'enjeu de cette thématique est de freiner le rythme trop élevé de progression des dépenses de transports.

En France, les dépenses consacrées au transport des malades ont progressé significativement ces dernières années et représentent désormais près de 3% de la consommation de soins. Les dépenses de transport sont passées de 2,12 à 3,1 milliards d'euros entre 2007 et 2014, soit une progression annuelle moyenne de +5,7% (Données du régime général, hors sections locales mutualistes).

Evolution comparée de l'évolution des dépenses de transports sanitaires  
et de l'ONDAM



Les dépenses de transports augmentent plus vite que l'ONDAM avec une progression de 3,7 % entre 2014 et 2015, contre 2,5 % pour l'ONDAM soins de ville.

Le rapport charges et produits 2017<sup>1</sup> pointe des économies potentielles sur 3 axes :

- Diminution du recours à l'ambulance
- Substitution du TAP (transport assis professionnel) par le véhicule personnel
- Développement des transports partagés

<sup>1</sup> Document présenté par l'assurance maladie au Gouvernement et au Parlement contenant des propositions pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie.



### Hypothèses d'économies sur les transports sanitaires

Thèmes	Hypothèses	Économies en ville (millions d'euros)	Économies en établissements (millions d'euros)
Ambulance	1 % des trajets en ambulance évités	6,2	10,6
	10 % des trajets en ambulance substitués par des trajets en VSL et taxis	18,4	31,4
TAP (VSL et taxis)	2,5 % des trajets TAP évités ou substitués par le véhicule personnel	28,0	47,5
Transport partagé	10 % des trajets en VSL prescrits par des établissements de santé réalisés en transport partagé		12,0
<b>Total</b>		<b>52,6</b>	<b>101,5</b>

Source : Cnamts

Près des deux tiers des dépenses de transports émanent des établissements de santé avec un volume de prescription qui augmente plus rapidement que celui de la médecine de ville. Une des sources de maîtrise du poste transports réside dans la capacité des établissements à organiser et optimiser la commande des transports qu'ils prescrivent.

Il faut noter que l'objectif n'est pas de diminuer les dépenses, mais de limiter leur progression compte-tenu de deux facteurs :

- L'augmentation structurelle de la demande
- Les stratégies d'adaptation au marché des transporteurs sanitaires

L'augmentation structurelle de la dépense est liée à plusieurs facteurs :

- Le vieillissement de la population
- Le poids croissant des affections de longue durée (ALD)
- La concentration géographique des plateaux techniques
- Les liaisons plus fréquentes entre centres hospitaliers et EHPAD ou SSR

D'autre part, il faut souligner une évolution forte sur le « marché » des transports sanitaires tendant à l'émergence de grands groupes.

En Nouvelle-Aquitaine, 296 millions d'euros ont été remboursés pour un transport en 2016. Ces dépenses de transports (y compris les indemnités de garde ambulancière) ont progressé de + 4,4% sur 2016 par rapport à l'année 2015 et de 3.1% en 2017 par rapport à 2016. L'évolution des dépenses de transports (tout mode confondu) s'explique par l'action cumulée de 2 effets : la hausse du nombre de consommateurs de transports (+ 1,8%) et l'augmentation du nombre de transports par consommant (+ 2,1%).

Il faut noter que 6 transports sur 10 sont prescrits par des médecins exerçant dans un établissement de santé public. Notre région est confrontée à une variabilité des pratiques de prescriptions en termes de taux de recours aux transports. Parmi les transports prescrits par les établissements, les séances de soins génèrent des transports itératifs dont le poids se trouve confirmé par une analyse régionale sur 3 pathologies traceuses : les transports pour les patients avec une ALD psy, IRC ou cancer. Les transports pour les patients avec une de ces 3 ALD représentent 57% des dépenses en 2016.

L'ARS et l'assurance maladie attendent des établissements une appropriation et une gestion optimale du processus complet de gestion des transports de la prescription à la sortie des patients. En effet, le transport suit le soin, et organiser les transports c'est organiser au mieux la prise en charge des patients.



Au regard de ces enjeux, et des cibles fixées par le niveau national, les axes prioritaires du plan ONDAM et leur déclinaison en région dans le PPRGDRESS sont les suivants :

## 6.1. Axe 1 : Améliorer l'offre et la tarification

### Les axes de travail

#### La tarification :

De forts écarts de tarifs existent entre VSL et taxis or rien ne justifie de tels écarts. Les tarifs taxis sont parfois supérieurs de 20-30% aux VSL avec des niveaux d'obligation plus exigeants pour les VSL (formation, équipement).

#### Coût moyen d'un trajet selon le mode de transport choisi

Mode de transport	Coût moyen d'un trajet (montant remboursé en euros) [distance moyenne correspondante]
Ambulance	98 euros [16 km]
Véhicule sanitaire léger (VSL)	34 euros [22 km]
Taxi	51 euros [nombre de km inconnu]
TAP (en remplacement d'un trajet en ambulance équivalent à 16 km)	39,80 euros [16 km]

Note de lecture : un trajet en VSL, équivalent à un trajet moyen d'ambulance, coûte 24,70 euros pour 16 km.

Un trajet moyen facturé en taxi coûte 51 euros (distance non connue).

En 2015, les trajets en TAP (taxis et VSL) sont composés à 57 % de trajets en taxis et à 43 % de trajets en VSL. Sous ces hypothèses, un trajet en TAP équivalent à un trajet moyen en ambulance coûte donc en moyenne 39,80 euros pour 16 km.

Source : Cnamts

**L'offre** : Il s'agit de mieux réguler l'offre de transports sanitaires sur le territoire i.e de trouver la bonne couverture du territoire adaptée aux besoins de la population.

### Déclinaison régionale

Cet axe relève de l'assurance maladie et des négociations conventionnelles menées avec les transporteurs.

En Nouvelle-Aquitaine, une recherche est faite dans un double axe :

- Convergence tarifaire taxis et VSL
- Convergence des conventions locales taxis

En Nouvelle-Aquitaine, des travaux sont menés au sein du réseau des délégations départementales sur l'harmonisation des modes de régulation et avec l'assurance maladie sur les critères statistiques de mesure de l'adéquation entre offre et besoins de la population.

Par ailleurs concernant la garde ambulancière le département de la Charente Maritime est retenu pour l'expérimentation « article 66 » qui consiste à mettre en place une organisation et des financements dérogatoires pour améliorer l'efficacité de la garde ambulancière.

L'utilisation du véhicule personnel sera encouragée par une communication ad hoc ainsi que par des modes de remboursement favorables.



### Se doter d'outils pour réguler l'offre de transport



Etablir un diagnostic régional des besoins des patients en transports sanitaires

### Réformer la garde ambulancière



Mettre en œuvre  
**l'expérimentation article 66** en  
Charente-Maritime



Elaborer un **plan d'actions  
régional** concernant le recours à  
l'urgence pré-hospitalière



Expérimenter en Lot-et-Garonne  
avec le centre 15 les transports  
assurés par le SDIS vers les  
maisons de santé  
pluridisciplinaires

### Encourager les transports en véhicule personnel



Mettre à jour le **kit de communication**  
établissements intégrant l'utilisation du véhicule  
personnel



Mettre en place dans chaque département le  
**remboursement en 3 clics** des frais de transports  
en véhicule personnel mis en place en Haute-  
Garonne

## 6.2. Axe 2 : Favoriser l'accompagnement des professionnels et des établissements dans la prescription de transports

Un constat d'une banalisation de l'acte de prescription de transports sanitaires peut être fait, avec la considération d'un « simple bon de transports ». Il est donc nécessaire d'en réaffirmer le caractère médical. L'état de santé du patient doit être le déterminant principal du recours aux transports.

#### Les axes de travail

**La contractualisation :** Il s'agit de proposer un volet additionnel CAQES qui a pour objectif d'inciter les établissements à optimiser les prescriptions de transports

#### Déclinaison régionale

Proposition d'un volet additionnel aux établissements ciblés sur les critères du PAPRAPS (taux de recours aux transports et à l'ambulance).



**L'aide à la prescription:** Il s'agit de l'élaboration et de la diffusion de fiches repères d'aide à la prescription ayant pour objectif de faciliter la prescription du mode de transports le moins onéreux en fonction de l'état de santé du patient.

Via le réseau de l'assurance maladie et l'accompagnement proposé par ses délégués, les fiches repères sont diffusées en établissements ainsi qu'un e-mémo pour les prescripteurs.

Au-delà de cet accompagnement, il faut noter le lancement d'un appel à projet transports en 2017 pour lequel 26 dossiers ont été déposés, 12 dossiers ont été retenus et ont été financés sur les axes (reconduction annuelle sur 3 ans) : audit du processus transports, régulateur, salons de sorties.

**La plateforme de commandes de transports :** l'objectif fixé par le national est d'avoir une plateforme par GHT. Les plateformes sont considérées comme un levier pour fiabiliser la commande de transports, et améliorer le suivi des prescriptions hospitalières et rationaliser le flux des patients.

L'agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine et l'assurance maladie ont décidé de porter conjointement un projet de plateforme régionale de régulation des transports de patients accessible à tous les établissements de santé (publics et privés) et transporteurs de la région. (voir encadré sur la plateforme régionale). Le périmètre de la plateforme concerne les transports à la charge de l'assurance maladie et ceux à la charge des établissements (voir encadré sur l'article 80).

### Encourager la contractualisation avec les établissements de santé



Proposer un volet additionnel pertinence des prescriptions de transports

### Diminuer le recours des établissements aux transports sanitaires



Outiller les différents services des établissements vis-à-vis des patients et des transporteurs



Enrichir le e-mémo d'aide à la prescription de la CPAM de Toulouse et promouvoir l'application auprès des prescripteurs hospitaliers



### Déployer des plateformes de commande de transports



Choisir un éditeur de plateforme régionale pour le compte des établissements et transporteurs de la Nouvelle-Aquitaine



Inciter les établissements à utiliser la plateforme en région Nouvelle-Aquitaine

### Responsabiliser les établissements sur les prescriptions de transport



Assurer le suivi des plans d'actions validés dans le cadre de l'AAP



Former les régulateurs des établissements retenus dans le cadre de l'AAP

### Accompagner les établissements sur la réforme du financement des transports inter-établissements



Relayer la campagne de communication nationale et élaborer un mémo régional art 80



Poursuivre l'accompagnement des établissements en fonction de l'évolution de la réglementation

#### Transférer l'enveloppe budgétaire de l'assurance maladie aux établissements – art 80

Il s'agit d'une mesure visant à responsabiliser les établissements de santé sur la prescription de transports inter et intra établissements. « Les transports réalisés au sein d'un même établissement de santé ou entre deux établissements de santé **sont pris en charge par l'établissement à l'origine de la prescription de transport** ».

Les enjeux sont d'améliorer la pertinence des prescriptions de transports (mode de transport), d'optimiser l'organisation de la gestion des transports, de mettre en adéquation l'offre et la demande de transports et d'inciter à une régulation des prix.

Les conséquences pour les établissements sont l'application de la nouvelle réglementation – formation médecins/secrétariats, la nécessité de passer des appels d'offres prestations de transports: marchés publics (GHT) ou contrats (secteur privé) – négociation des lots (prix/volume).



### **Une plateforme régionale de centralisation des commandes de transports pour optimiser la commande et les prescriptions de transports.**

Les objectifs de la plateforme sont les suivants :

Concernant **les établissements de santé** il s'agit de :

- Traiter de façon dématérialisée les commandes de transports via un outil afin de disposer d'une traçabilité des commandes de transports.
- Fluidifier les sorties et gérer les relations avec les transporteurs
- Piloter le processus de transports de l'établissement

Concernant **les transporteurs**, il s'agit de :

- Pouvoir être référencés par les établissements afin de répondre de façon dématérialisée à leurs commandes de transports
- Bénéficier d'un traitement équitable dans les modes et fréquences de sollicitations pour répondre aux commandes de transports.
- Optimiser les courses via la géolocalisation et rationaliser son activité.

Concernant l'ARS et l'assurance maladie, il s'agit de :

- Optimiser le recours aux transports sanitaires, en développant le transport partagé.
- Assurer un rôle clé dans la gouvernance de la plateforme
- Accompagner les transporteurs dans la définition du tour de rôle (clés de répartition et secteurs)
- Déployer la dématérialisation des prescriptions

Le choix d'un prestataire informatique fera l'objet d'une procédure concurrentielle négociée, une notification est prévue fin 2018 pour un déploiement début 2019.

## **6.3. Axe 3 : Développer la prescription dématérialisée et fiabiliser les bases de données**

### **Les axes de travail**

#### ***La prescription électronique des transports***

SPEi est le Service de Prescription Electronique intégré. La CNAM met en place des téléservices destinés à faciliter et simplifier les relations notamment entre les professionnels de santé et l'assurance maladie. Parmi ces téléservices, la prescription de transport en ligne est proposée aux médecins généralistes et spécialistes. Concernant les établissements, ce service ne peut se déployer sans l'existence d'une plateforme de centralisation des commandes.

### **Déclinaison régionale**

Le déploiement de la prescription électronique se fera à l'appui de la plateforme régionale de centralisation de commande de transports. Ainsi, après le déploiement progressif de la plateforme suivra le déploiement progressif de la prescription électronique.

Un établissement teste le service en 2018.



### Le numéro RPPS

S'assurer de la mention du n° RPPS et du n° FINESS sur les prescriptions réalisées dans les ES publics et privés afin d'obtenir des données par prescripteur

La politique d'accompagnement des établissements intègre le volet RPPS et FINESS.

Des audits sur les prescriptions de transport et la remise de mémos aux transporteurs sur la saisie du RPPS permettront de progresser sur cet indicateur.

## Développer la prescription électronique des transports



Test de la dématérialisation dans un établissement de la région



Déployer la dématérialisation des prescriptions au sein des établissements utilisateurs de la plateforme régionale

## S'assurer de la mention du n° RPPS et du n° FINESS sur les prescriptions réalisées dans les ES publics et privé



Faire des audits sur les prescriptions de transport et remettre aux transporteurs un memo sur la saisie du RPPS

## Leviers

- La contractualisation centrée sur les taux de recours aux transports (CAQES) et l'adhésion à la plateforme (CPOM)
- Le déploiement et l'utilisation par les établissements et les transporteurs de la région d'une plateforme régionale de centralisation des commandes de transports
- L'accompagnement des établissements dans la structuration de la régulation des transports
- La communication auprès des usagers sur l'utilisation des transports adaptés à l'état de santé et la promotion du transport partagé
- Les actions de contrôle et de lutte contre la fraude



## Les indicateurs

Taux d'évolution des carences ambulancières

Taux de recours au véhicule personnel

Nombre d'établissements ciblés sur les critères du PAPRAPS

Choix d'un éditeur pour le déploiement d'une plateforme régionale

Nombre d'établissements utilisateurs de la plateforme / Nombre de transporteurs utilisateurs de la plateforme

Taux de dématérialisation : Nombre d'établissements utilisant la dématérialisation / nombre d'établissements utilisateurs de la plateforme régionale

Taux de RPPS-FINESS sur les décomptes Transport



## Thématique 7 Contrôle et lutte contre la fraude



Les actions de contrôle et de lutte contre la fraude, les activités fautives et abusives constituent désormais un des axes du plan ONDAM 2018-2022.

Ces actions ont leur place dans l'ensemble des actions de maîtrise médicalisée des dépenses en termes d'enjeux financiers, puisque les anomalies à incidence financière (qui comprennent les fraudes) sont estimées à 1,2 milliard d'euros par an. Ces actions visent à assurer le respect de la réglementation et permettent d'éviter des dépenses et, grâce aux indus détectés, de récupérer des sommes versées à tort. Elles permettent aussi d'acquérir une connaissance des anomalies utile aux actions de maîtrise médicalisée et doivent donc s'articuler avec celles-ci.

### Les enjeux

La détection et la répression des fraudes constituent l'un des objectifs prioritaires de l'assurance maladie, car elles contribuent à sauvegarder l'équilibre financier mais aussi la légitimité du système de protection sociale. L'assurance maladie poursuit donc et renforce d'une part sa politique de détection et de sanction à l'égard des comportements frauduleux, fautifs ou abusifs et d'autre part la répression contre les pratiques dangereuses.

Afin d'accroître son efficacité dans ce domaine, l'assurance maladie modernise sa stratégie nationale de programmes de contrôles contentieux en direction de l'ensemble des acteurs (assurés, fournisseurs, offreurs de soins, prestataires ...) en s'appuyant sur une meilleure identification des risques de fraudes, en se concentrant sur les actions à forts enjeux financiers et en poursuivant l'amélioration des techniques de détection de la fraude (datamining, Big Data).

L'efficacité du réseau et l'efficacité des méthodes de lutte contre la fraude se sont accrues et ont permis, au niveau national, de détecter et stopper des fraudes pour **12 milliard d'euros en 12 ans**. L'assurance maladie continue d'améliorer ses résultats en ayant détecté et stoppé, France entière, un montant de **270 millions d'euros de fraudes et d'activités fautives en 2017** (+10% par rapport à 2016).

En région Nouvelle-Aquitaine, ce sont près de **12 millions d'euros de fraudes et d'activités fautives en 2017** qui ont été détectés, tous acteurs confondus.

**Au regard de ces enjeux, et des cibles fixées par le niveau national, les axes prioritaires du plan ONDAM et leur déclinaison en région dans le PPRGDRESS sont les suivants :**



## 7.1. Axe 1 : Contrôler les professionnels de santé libéraux, prestataires et fournisseurs, établissements, centres de santé

Les contrôles sont soit d'initiative nationale, soit d'initiative régionale et visent à prévenir et lutter contre les erreurs de facturation, les fautes, abus et la fraude.

Ces contrôles s'appuient sur des éléments de repérage internes (étude de données statistiques) ou externes (signalements).

Dans tous les cas ils nécessitent des investigations médico-administratives et le respect du contradictoire afin de qualifier les faits et notifier les suites contentieuses adéquates.

En région, la recherche d'une couverture exhaustive des risques oriente les contrôles des services médicaux et administratifs de l'assurance maladie, vers les professionnels non concernés par un programme de contrôle national.

Pour le programme de contrôle T2A, arrêté en région par le Directeur général de l'ARS et qui porte sur le respect des règles de facturation et de codage, il est tenu compte des directives nationales annuelles.

### Contrôles des offreurs des soins

Action

Contrôler les fortes **atypies d'activité ou de facturation**

Action

Contrôler les **frais de déplacements des professionnels de santé libéraux**

Action

Contrôler la **facturation de certains actes CCAM**

Action

Contrôler les **facturations erronées enveloppe de ville**

Action

Mettre en œuvre les programmes de contrôle des prestations incluses dans les forfaits de structures (doubles paiements)

Action

Mettre en œuvre le programme de contrôle annuel sur les pratiques de facturation dans le cadre de la T2A

## 7.2. Axe 2 : Contrôler les assurés et les entreprises

Ces contrôles sont pour l'essentiel organisés de manière homogène sur le territoire national à partir d'outils de détection standardisés.

Le croisement de données entre services publics est autorisé, s'il poursuit un objectif de lutte contre la fraude et respecte le cadre fixé par la CNIL.



La simplification des conditions d'accès aux droits pour les assurés est corrélative, pour l'ouverture des prestations CMU-CS et PUMA, d'un programme de contrôle des éléments de ressources et de résidence des assurés concernés.

Les actions en direction des entreprises sont souvent conduites en partenariat avec les autres administrations en région, ayant intérêt à agir dans la lutte contre le travail illégal ou la détection d'entreprises dites « coquilles vides » (URSSAF, Pôle emploi, CARSAT, services fiscaux ...)

### Contrôles des assurés et entreprises



Mettre en œuvre le programme de contrôle sur les droits aux prestations en nature et en espèces



Mettre en œuvre le programme de contrôle sur les entreprises atypiques

### Leviers

- Article L 114-16-2 du code de la sécurité sociale, relatif à la fraude sociale
- Outils de détection (datamining, plan de contrôle interne, requêtes statistiques)
- Comité départemental anti-fraude (CODAF)
- Gestion des signalements
- Enquêtes et investigations
- Qualification juridique des faits et respect du contradictoire
- Notification et suites contentieuses

### Les indicateurs

Montant de préjudice détecté pour l'assurance maladie

Taux de fraude avec suites contentieuses

Nombre d'analyses d'activité avec suites contentieuses



## Glossaire

AAC : appel à candidature  
AAP : appel à projet  
ACI : accord conventionnel interprofessionnel  
ANAP : agence nationale d'appui à la performance  
CAQES : contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins  
CCAM : classification commune des actes médicaux  
CCECQA : Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine  
CDS : centre de santé  
CLIC : centre local d'information et de coordination  
CME : comité/commission médical d'établissement  
COPERMO : comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins  
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens  
CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé  
CTA : coordination territoriale d'appui  
CREF : contrat de retour à l'équilibre financier  
DCI : dénomination commune internationale  
DGOS : direction générale de l'offre de soins  
DMP : dossier médical partagé  
DMS : durée moyenne de séjour  
DPC : développement professionnel continu  
EHPAD : établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes  
EPP : évaluation des pratiques professionnelles  
ES : établissements de santé  
ESMS : établissements et services sociaux et médico-sociaux  
ESP : équipe de soins primaires  
FINESS : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux  
GHS : groupe homogène de séjours  
GHT : groupement hospitalier de territoire  
HAD : hospitalisation à domicile  
HAS : haute autorité de la santé  
HC : hospitalisation complète  
IRDES : institut de recherche et de documentation en économie de la santé  
LES : liste en sus  
LPP : liste des produits et prestations  
MAIA : maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer  
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique  
MSA : mutualité sociale agricole  
MSAP : mise sous accord préalable  
MSP : maison de santé pluridisciplinaire  
MSS : messagerie sécurisée en santé  
OCDE : organisation de coopération et de développement économiques  
ONDAM : objectif national des dépenses de l'assurance maladie  
OMEDIT : observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique  
OQOS : objectifs quantifiés de l'offre de soins  
PAERPA : personnes âgées en risque de perte d'autonomie  
PAPRAPS : plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins  
PEC : prise en charge  
PHEV : prescriptions hospitalières exécutées en ville



PMP : projet médical partagé  
PRADO : programme d'accompagnement du retour à domicile  
PRS : projet régional de santé  
PS : professionnels de santé  
PTA : plateforme territoriale d'appui  
RAAC : récupération améliorée après chirurgie  
ROR : répertoire opérationnel des ressources  
RPPS : répertoire partagé des professionnels de santé  
SI : Systèmes d'information  
SRS : schéma régional de santé  
SSR : soins de suite et de réadaptation  
T2A : tarification à l'activité  
TROD : test rapide d'orientation diagnostique  
UNV : unité neuro-vasculaire  
URPS : union régionale des professionnels de santé  
VHC : virus de l'hépatite C  
VSL : véhicule sanitaire léger