

Programme régional de gestion du risque (PRGDR) 2010/2013

*Arrêté par le Directeur Général de l'ARS Poitou-Charentes le 30 juin 2011
(arrêté n° 2011/ 515-1)*

Révisé en date du 20/12/2012 (arrêté n°2012/2266)

SOMMAIRE

SOMMAIRE	3
AVANT-PROPOS	4
CONTEXTE REGIONAL	6
A. Données démographiques et sociales	6
B. Indicateurs de santé	10
C. Offre sanitaire et médico-sociale	16
D. Evolution des dépenses de santé au niveau régional	22
METHODOLOGIE ET ORGANISATION DE TRAVAIL	25
A. Présentation des instances	25
1. La commission régionale de gestion du risque	25
2. L'équipe projet régionale de gestion du risque	26
B. Coordination des instances	27
1. Schéma du pilotage régional de la gestion du risque	27
2. Procédure d'élaboration et de suivi du PRGDR	28
C. Modalités opérationnelles de gestion de projet	28
1. Missions de l'équipe projet	28
2. Missions du groupe de travail	29
3. Les outils	29
LES ACTIONS PREVUES PAR LES PROGRAMMES NATIONAUX DE GESTION DU RISQUE	33
A. Les actions pilotées par l'Assurance maladie	33
1. Les programmes de maîtrise médicalisée en ville	33
2. Les programmes de renforcement de l'efficacité de l'offre de soins dans les établissements de santé	34
3. Les plans de prévention et d'accompagnement des patients	34
B. Les actions pilotées par l'ARS	35
1. Transports sanitaires	35
2. Insuffisance rénale chronique	37
3. Prescriptions des médicaments et des dispositifs médicaux de la liste en sus	39
4. Prescriptions hospitalières de médicaments et de la LPP exécutées en ville	39
5. Imagerie médicale	40
6. Chirurgie ambulatoire	41
7. Efficacité des EHPAD	42
8. Permanence des soins ambulatoire et hospitalière	43
9. Soins de suite et de réadaptation	43
10. Hospitalisation à domicile	44
ACTION REGIONALE COMPLEMENTAIRE SPECIFIQUE	46
Promotion de l'usage de la prescription en dénomination commune	46

AVANT-PROPOS

La loi HPST du 21 juillet 2009¹ a créé les Agences régionales de santé (ARS) afin d'assurer un pilotage unifié du système de santé en région. Dans cet objectif, elle prévoit que les ARS « *définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et avec la CNSA, les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires* ».

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

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

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

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

En 1999, l'Assurance Maladie définissait les trois dimensions de la gestion du risque : « *optimiser la réponse du système de soins aux besoins de santé* », « *inciter la population à recourir de manière pertinente à la prévention et aux soins* » et « *amener les professionnels à respecter les critères d'utilité et de qualité des soins ainsi que de modérations des coûts dans le cadre financier voté par le Parlement* ».

Dans son rapport de juillet 2008, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie précise que la gestion du risque regroupe différentes actions :

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

Selon la loi HPST, les actions de gestion du risque portent sur « *le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux* ».

Le programme régional de gestion du risque (PRGDR), prévu par le décret du 18 mai 2010³, est arrêté pour quatre ans par le Directeur général de l'ARS et actualisé chaque année. Il fait partie intégrante du projet régional de santé (PRS).

La composition du PRGDR a été précisée par une instruction en date du 19 juillet 2010⁴. Cette directive rappelle que le PRGDR est constitué de deux parties :

¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

² Rapport IGAS RM2010-163P « *Mission sur la gestion du risque* », décembre 2010, P-Y. BOCQUET et M. PELTIER.

³ Décret n° 2010-515 du 18 mai 2010 relatif au programme pluriannuel régional de gestion du risque (art. R 1434-9 à 18 du CSP).

⁴ Directive aux ARS relative aux priorités sur la gestion du risque en 2010 (instruction validée par le CNP le 9 juillet 2010).

- 1/ « Les programmes nationaux de gestion du risque élaborés conformément aux objectifs du contrat État/UNCAM », cette partie étant elle-même divisée en deux sous-parties :
 - « les programmes nationaux pilotés par les trois régimes d'assurance maladie de l'UNCAM » ;
 - « les priorités 2010 des ARS en matière de gestion du risque » (« programmes d'action destinés à être pilotés par les ARS avec le concours des organismes d'assurance maladie ») ;
- 2/ « Les actions complémentaires régionales qui sont de la responsabilité directe des ARS et qui sont élaborées en tenant compte des spécificités régionales ».

Ce premier programme régional de gestion du risque comporte, en outre, une partie introductive relative au contexte régional, ainsi qu'une partie relative à la méthodologie et l'organisation de travail.

CONTEXTE REGIONAL

A. Données démographiques et sociales

- **Démographie**

Évolution de la population

Au 1^{er} janvier 2010, la région Poitou-Charentes compte 1 774 000 habitants, soit 2,8 % de la population française (métropole + DOM).

Depuis 1999, le rythme de croissance de la population (+ 0,74 % en moyenne par an) est légèrement supérieur à la moyenne nationale (+ 0,70 %). La Charente-Maritime contribue fortement à cette progression (avec une progression annuelle de + 1,05 %).

Structure de la population

En Poitou-Charentes, les personnes âgées de 60 ans et plus représentent plus du quart de la population totale (26 %), contre 22 % au niveau national :

Répartition de la population âgée de 60 ans et plus dans l'ensemble de la population :

Territoires de santé (plateaux techniques)	Population au 1er janvier 2007	Part (en %) des personnes âgées de :				
		60 à 64 ans	65 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans et plus	60 ans et plus
Charente	349 535	5.7	9.8	8.2	2.9	26.6
Charente-Maritime Nord	325 399	6.0	9.6	7.6	2.7	25.8
Charente-Maritime Sud et Est	280 011	6.5	11.6	9.5	3.2	30.8
Deux-Sèvres	362 944	5.2	9.4	7.9	2.7	25.2
Vienne	421 891	5.0	8.6	7.2	2.6	23.4
Poitou-Charentes	1 739 780	5.6	9.7	8.0	2.8	26.1
France métropolitaine	61 795 007	5.0	8.2	6.4	2.1	21.7

Source : Insee, RP 2007 - Réalisation : ARS Poitou-Charentes, COSA

Natalité, mortalité et espérance de vie à la naissance

En Poitou-Charentes, le taux de natalité (10,5 ‰ en 2007) est inférieur au taux constaté au niveau national (12,8 ‰) :

Taux de natalité en ‰ (2007)	
Charente	10,3
Charente-Maritime	9,7
Deux-Sèvres	11,1
Vienne	11,2
Poitou-Charentes	10,5
France (métropole + DOM)	12,8

Source : Insee - Etat civil (données domiciliées), Estimations de population.

En revanche, le taux de mortalité (9,9 ‰) est supérieur au taux national (8,3 ‰) :

Taux de mortalité en ‰ (2007)	
Charente	10,0
Charente-Maritime	10,8
Deux-Sèvres	9,5
Vienne	9,0
Poitou-Charentes	9,9
France (métropole + DOM)	8,3

Source : Insee - Etat civil (données domiciliées), Estimations de population.

Le taux de mortalité infantile (3,20 ‰) est légèrement inférieur au taux national (3,76 ‰) mais il existe des disparités entre les départements :

Taux de mortalité infantile en ‰ (2008)	
Charente	2,73
Charente-Maritime	3,42
Deux-Sèvres	3,69
Vienne	2,85
Poitou-Charentes	3,20
France (métropole + DOM)	3,76

Source : Insee - Etat civil (données domiciliées), Estimations de population.

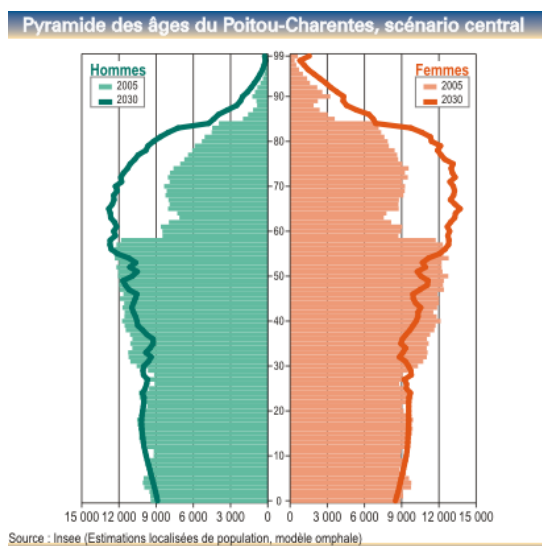
L'espérance de vie à la naissance est comparable à celle constatée au niveau national.

	Espérance de vie à la naissance (2007)	
	Hommes	Femmes
Charente	78,1	85,0
Charente-Maritime	76,9	84,5
Deux-Sèvres	78,0	85,3
Vienne	77,4	85,6
Poitou-Charentes	77,5	85,0
France métropolitaine	77,5	84,3

Source : Insee, fichier Etat civil (données domiciliées), Estimations localisées de population.

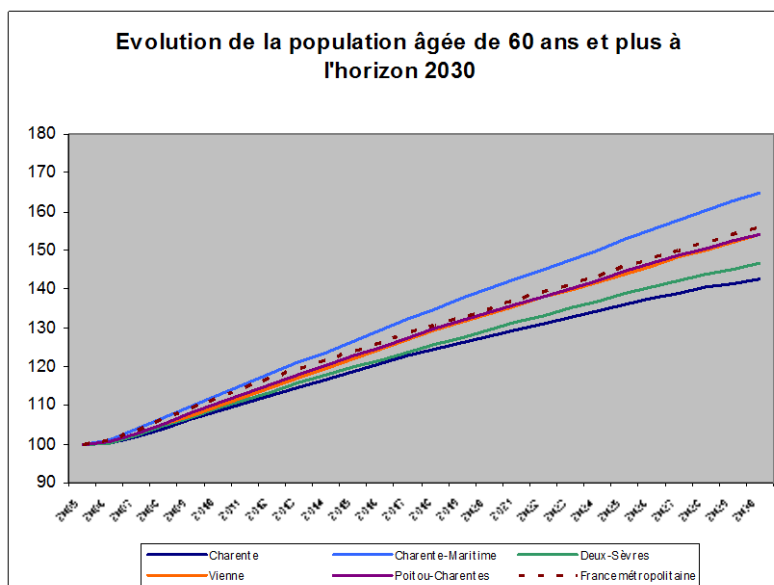
Projections de population

Selon les projections de l'INSEE, la région devrait compter 1 870 000 habitants en 2030. Cette croissance démographique résulterait d'un excédent migratoire dans la mesure où, dès la fin des années 2010, le nombre de décès deviendrait supérieur au nombre de naissances. En 2030, plus de 1 habitant sur 3 aurait plus de 60 ans et près de 1 habitant sur 10 aurait plus de 80 ans.



La courbe d'évolution des plus de 60 ans confirme le vieillissement prévisible de la population, en lien avec

la baisse de la natalité, l'arrivée des générations issues du « baby boom » à l'âge de la retraite et l'allongement de l'espérance de vie :



- **Indicateurs de pauvreté et de précarité**

Taux de pauvreté

Le taux de pauvreté en Poitou-Charentes est comparable à celui de la France métropolitaine. La pauvreté touche davantage le milieu rural que le milieu urbain : 16,6 % des ruraux vivent sous le seuil de pauvreté (908 € par mois) contre 12,2 % des urbains :

	Taux de pauvreté en % (2007)
Charente	14,7
Charente-Maritime	14,1
Deux-Sèvres	13,1
Vienne	13,5
Poitou-Charentes	13,9
- Espace urbain	12,2
- Espace rural	16,6
France métropolitaine	13,4

Source : INSEE (RDL 2007, DADS 2007, RP 2006)

En Poitou-Charentes, la pauvreté touche plus particulièrement les femmes. En effet, les femmes seules et les familles monoparentales, constituées dans 85 % des cas d'une femme seule avec enfant(s), sont plus exposées à la pauvreté qu'au niveau national.

	Taux de pauvreté en % (2007)	
	Poitou-Charentes	France métropolitaine
Familles monoparentales	32,6	29,9
Femmes seules	21,0	16,3
Hommes seuls	19,6	16,6
Couple avec enfants	11,7	12,2
Couple sans enfants	8,9	6,7

Sources : INSEE (RDL 2007, RP 2007 - exploitation complémentaire)

Minima sociaux

En Poitou-Charentes, plus de 81 000 personnes bénéficient, fin 2009, d'au moins un des minima sociaux, soit 9,1 % des adultes âgés de 20 à 59 ans.

On peut constater, entre 2008 et 2009, une nette augmentation du nombre de bénéficiaires du Revenu de solidarité active (RSA) socle et de l'Allocation adulte handicapé (AAH). Par ailleurs, on peut noter que les situations de surendettement progressent fortement dans la région.

Indicateurs de précarité						
	Charente	Charente-Maritime	Deux-Sèvres	Vienne	Poitou-Charentes	France métrop.
RSA	9 804	17 959	6 496	12 214	46 473	1 697 357
RSA socle	7 543	12 892	4 502	9 208	34 145	1 295 493
Evolution 2008-2009	+ 11,5 %	+ 6,4 %	+ 16,3 %	+ 8,6 %	+ 9,4 %	+10,1 %
ASS	1 681	2 775	1 131	1 285	6 872	321 000
Evolution 2008-2009	- 7,7 %	- 13,0 %	- 3,6 %	- 7,1 %	- 9,2 %	+7,0 %
AAH	6 786	9 210	5 671	+ 5861	27 528	853 950
Evolution 2008-2009	+ 5,7 %	+ 8,5 %	+ 8,9 %	+ 4,4 %	+ 7,0 %	+ 5,3 %
Dossiers de surendettement	1 473	1 958	1 313	1 372	6 116	216 400
Evolution 2008-2009	+ 22,0 %	+ 21,1 %	+ 15,3 %	+ 17,5 %	+ 17,5 %	+ 14,8 %

Sources : DRASS - CAF - MSA-Pôle emploi - Unistatis - Banque de France

Couverture maladie

Dans la région Poitou-Charentes, 94 317 personnes bénéficient de la CMU-C en 2009, soit 5,3 % de la population totale, un taux proche du taux national (5,7 %).

Bénéficiaires de la CMU-C (2009)			
	Bénéficiaires CMU (dont ayants droit)	Population	Part bénéficiaires CMU / population
Poitou-Charentes	94 317	1 778 856	5,3 %
France métropolitaine	3 579 141	62 817 120	5,7 %

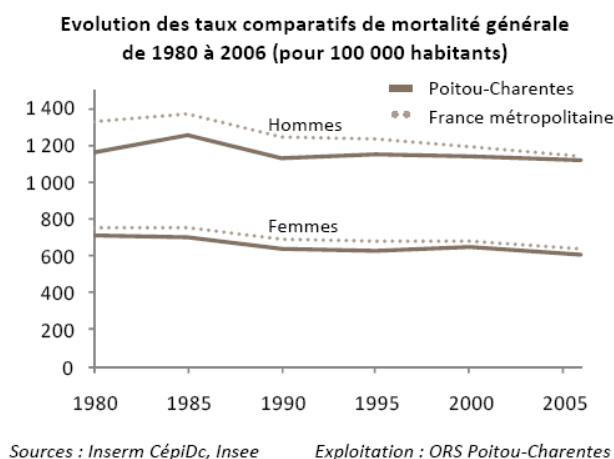
Sources : CNAMTS, MSA, RSI

B. Indicateurs de santé

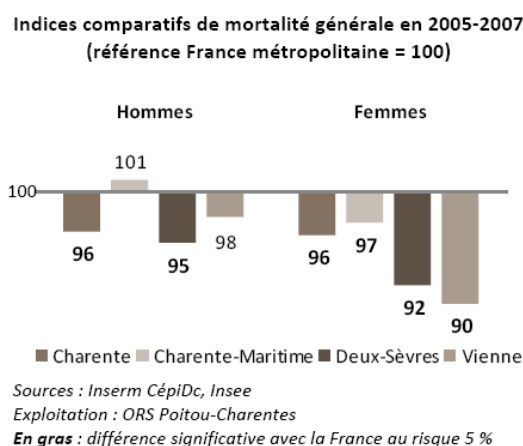
Mortalité générale

L'écart de mortalité observé depuis plus de 20 ans entre la région Poitou-Charentes et la France se réduit, les taux de la région devenant comparables à ceux observés au niveau national.

En Poitou-Charentes, comme dans l'ensemble de la France métropolitaine, le taux de mortalité des hommes reste près de deux fois supérieur au taux de mortalité des femmes.

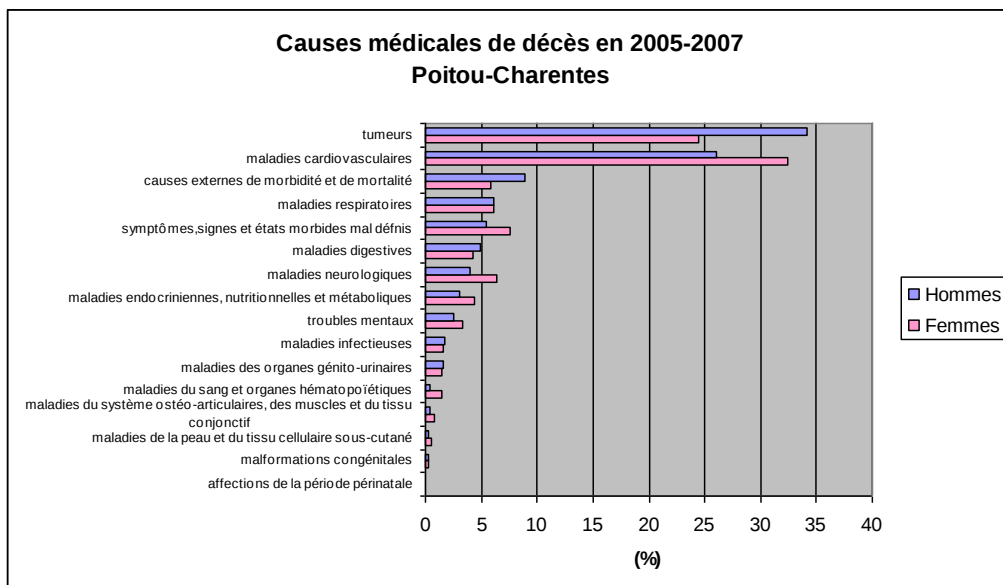


Au sein de la région, il existe des différences notables entre les départements :



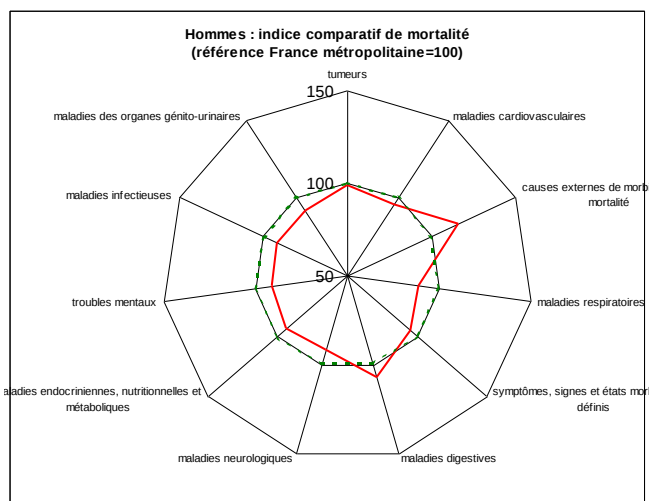
Causes médicales de décès

Les trois principales causes médicales de décès, dans la région, sont les tumeurs malignes, les maladies cardiovasculaires et les causes externes de morbidité et de mortalité (accidents, suicides). Le classement, par ordre d'importance, de ces trois principales causes diffère selon le sexe.



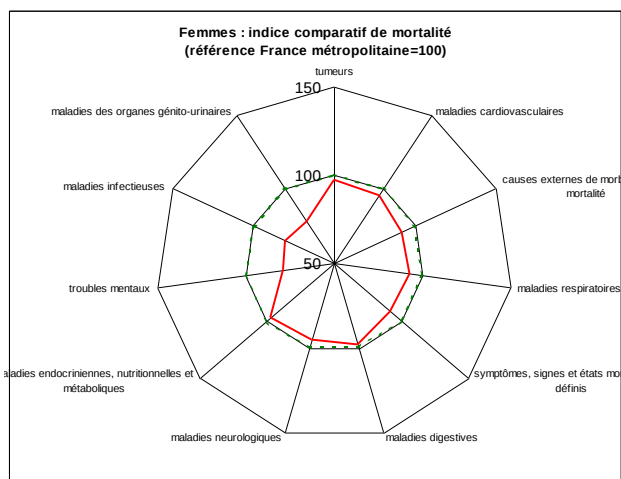
Source : Inserm Cépidc, exploitation Ars Poitou-Charentes

Si l'on compare les indices de mortalité par cause de décès du Poitou-Charentes à ceux de la France métropolitaine, on constate, chez les hommes, une surmortalité liée aux causes externes de morbidité et de mortalité ainsi qu'aux maladies digestives :



Source : Inserm Cépidc, exploitation Ars Poitou-Charentes

Pour les femmes, en revanche, les indices de mortalité par causes de décès restent comparables ou inférieurs à ceux de la France métropolitaine :

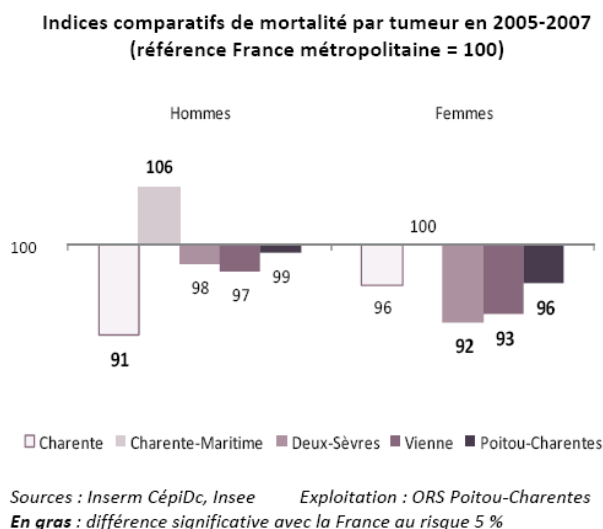


Source : Inserm Cépidc, exploitation Ars Poitou-Charentes

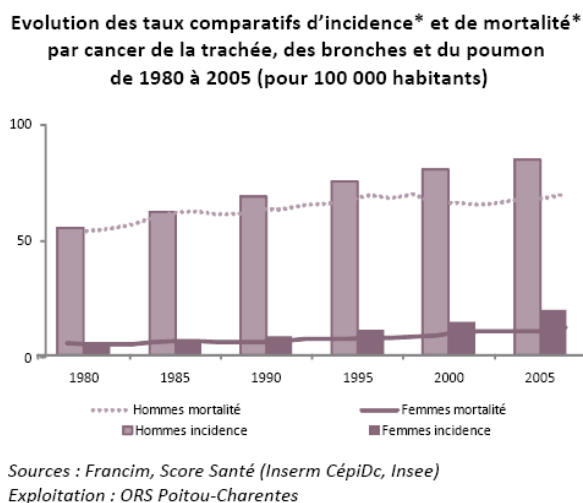
Focus sur les 3 principales causes médicales de décès dans la région

• Les tumeurs malignes

Concernant la mortalité par tumeur, la région Poitou-Charentes se situe à un niveau comparable à la France. On peut noter, cependant, une surmortalité chez les hommes en Charente-Maritime.



Le cancer du poumon est le cancer le plus meurtrier. 79 % des décès sont masculins mais le taux de mortalité par cancer du poumon augmente plus fortement chez les femmes (11 % par an) que chez les hommes (3 % par an).



Le cancer des intestins constitue la deuxième cause de mortalité par cancer dans la région. Les décès sont majoritairement masculins (56 %). On peut noter une surmortalité de 8 % chez les hommes par rapport à la France (17 % dans les Deux-Sèvres).

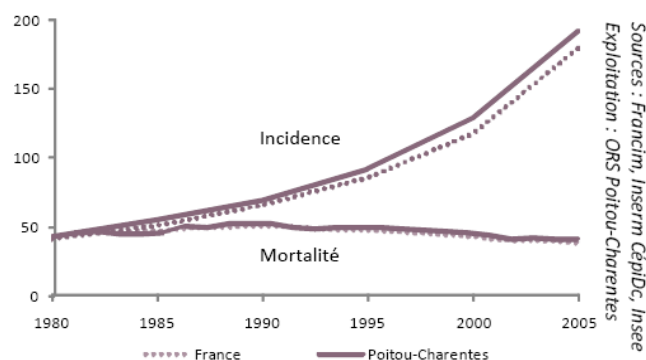
**Evolution des taux comparatifs d'incidence* et de mortalité*
par cancer colorectal de 1980 à 2005
(pour 100 000 habitants)**



Sources : Francim, Score Santé (Inserm CépiDc, Insee)
Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Le cancer de la prostate est le plus fréquent des cancers dans la région et représente la deuxième cause de décès par cancer chez les hommes. C'est le cancer dont l'incidence a le plus augmenté ces dernières années.

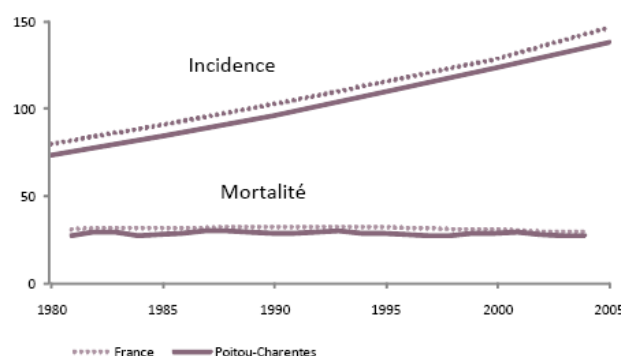
**Evolution des taux comparatifs d'incidence* et de mortalité*
par cancer de la prostate de 1980 à 2005 (pour 100 000 habitants)**



Sources : Francim, Inserm CépiDc, Insee
Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers chez les femmes. Comme pour le cancer de la prostate, son incidence est en forte et constante augmentation depuis 25 ans.

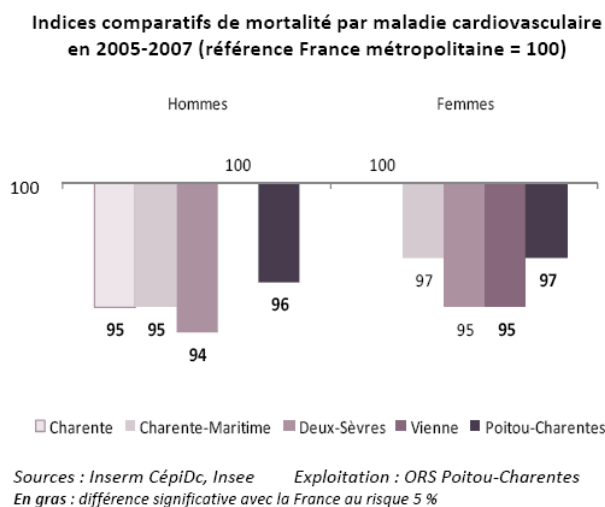
**Evolution des taux comparatifs d'incidence* et de mortalité*
par cancer du sein chez les femmes de 1980 à 2005
(pour 100 000 habitants)**



Sources : Francim, Inserm CépiDc, Insee
Exploitation : ORS Poitou-Charentes

- **Les maladies cardio-vasculaires**

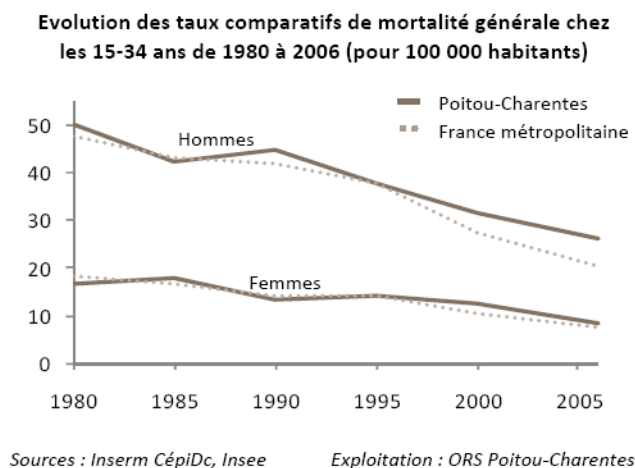
Les maladies cardiovasculaires constituent la deuxième cause médicale de décès dans la région. On observe cependant une sous-mortalité par rapport à la France :



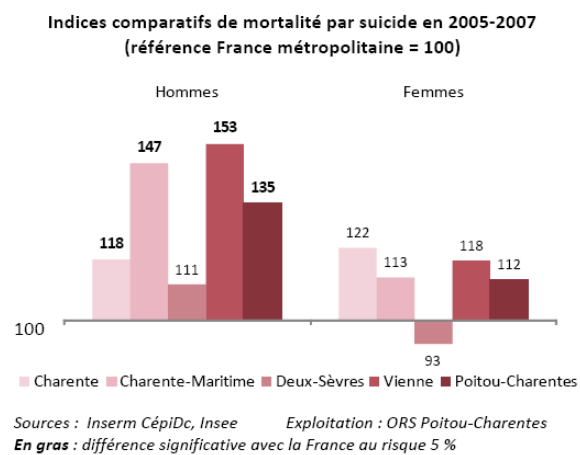
- **Les causes externes de mortalité et de morbidité**

Le Poitou-Charentes connaît une situation de surmortalité prématurée liée aux morts violentes, de l'ordre de 26 % pour les hommes et de 16 % pour les femmes.

La région Poitou-Charentes connaît une situation de surmortalité liée aux morts violentes (accidents, suicide) chez les hommes âgés de 15 à 34 ans, même si le taux de mortalité générale de cette catégorie de la population a diminué depuis les années 80.



On observe, plus particulièrement, une surmortalité liée aux suicides dans la région avec plus d'un suicide par jour. Cette surmortalité par rapport à la France métropolitaine est de + 35 % pour les hommes et + 12 % pour les femmes.



Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans, la première chez les 25-34 ans et la deuxième chez les 35-44 ans.

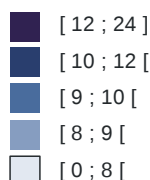
C. Offre sanitaire et médico-sociale

Médecine générale

En Poitou-Charentes, on recense près de 1 775 médecins généralistes libéraux au 31/12/2007.

La densité moyenne de médecins généralistes libéraux se situe au niveau de la moyenne nationale (11 médecins pour 10 000 habitants). Il existe, cependant des disparités, entre bassins de vie, et notamment entre espaces urbains et espaces ruraux :

Nombre de généralistes
Pour 10 000 habitants
(bassins de vie)

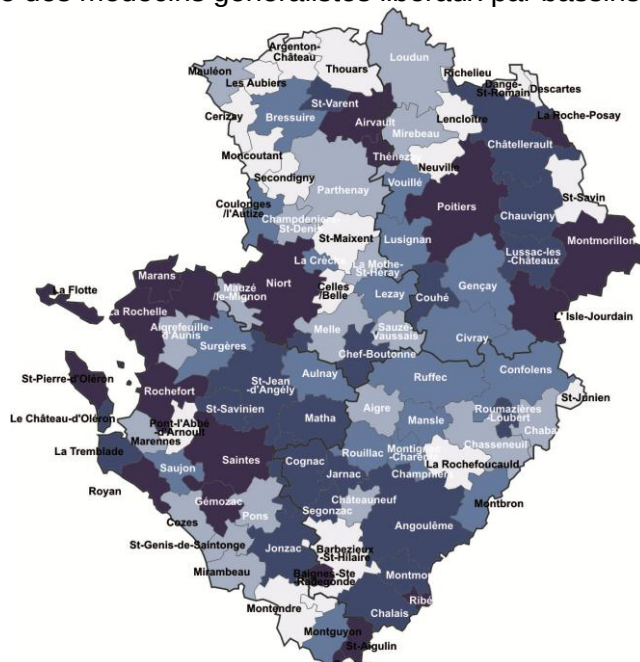


Moyenne régionale :
11 généralistes libéraux pour 10 000
habitants

Moyenne nationale :
11 généralistes libéraux pour 10 000
habitants

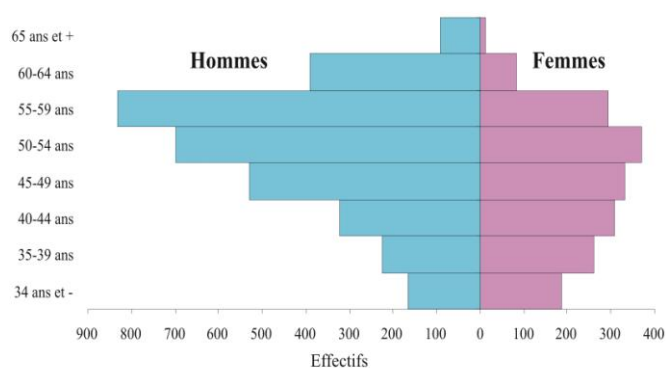
Source : Adeli 1^{er} janvier 2009, Insee RP
2007, Arctique

Densité des médecins généralistes libéraux par bassins de vie :



On assiste à un vieillissement de la profession : plus de 6 médecins généralistes libéraux sur 10 sont âgés de 50 ans et plus. Par ailleurs, on peut noter que la proportion de femmes est passée de 23 % en 2003 à un peu plus de 26 % en 2007.

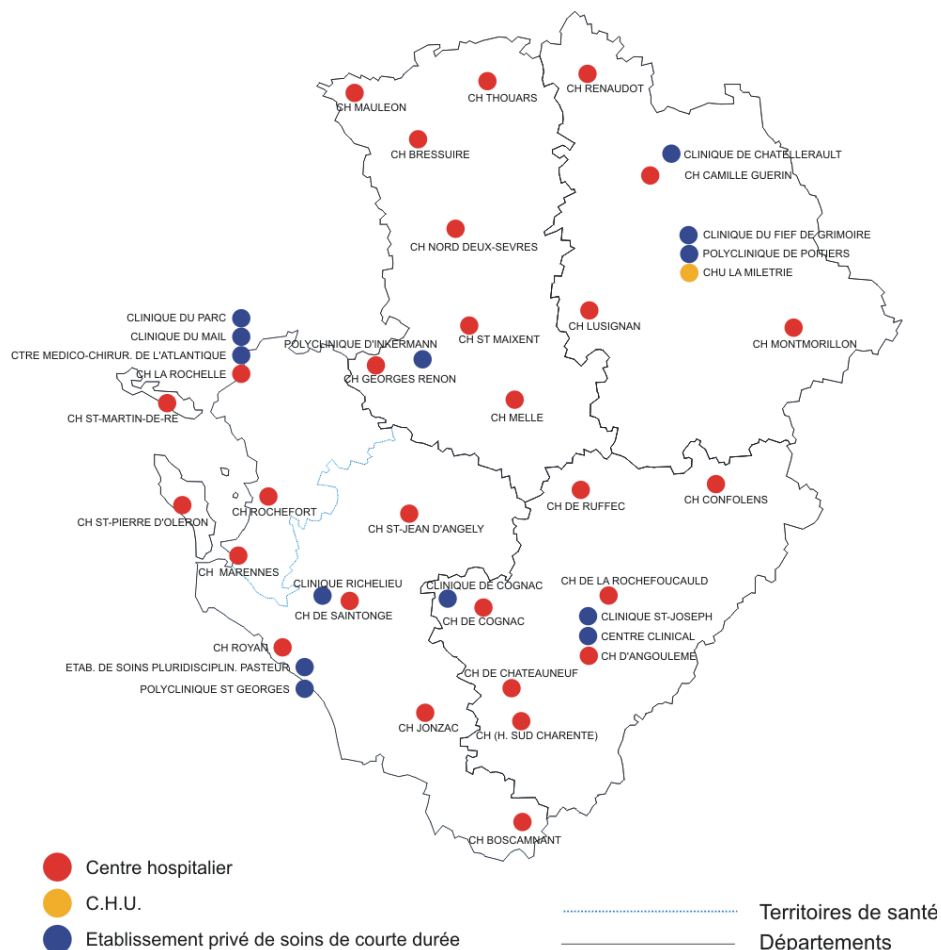
Pyramide des âges des médecins actifs
du Poitou-Charentes, au 01/01/2008



Source : ADELI

- Les établissements hospitaliers

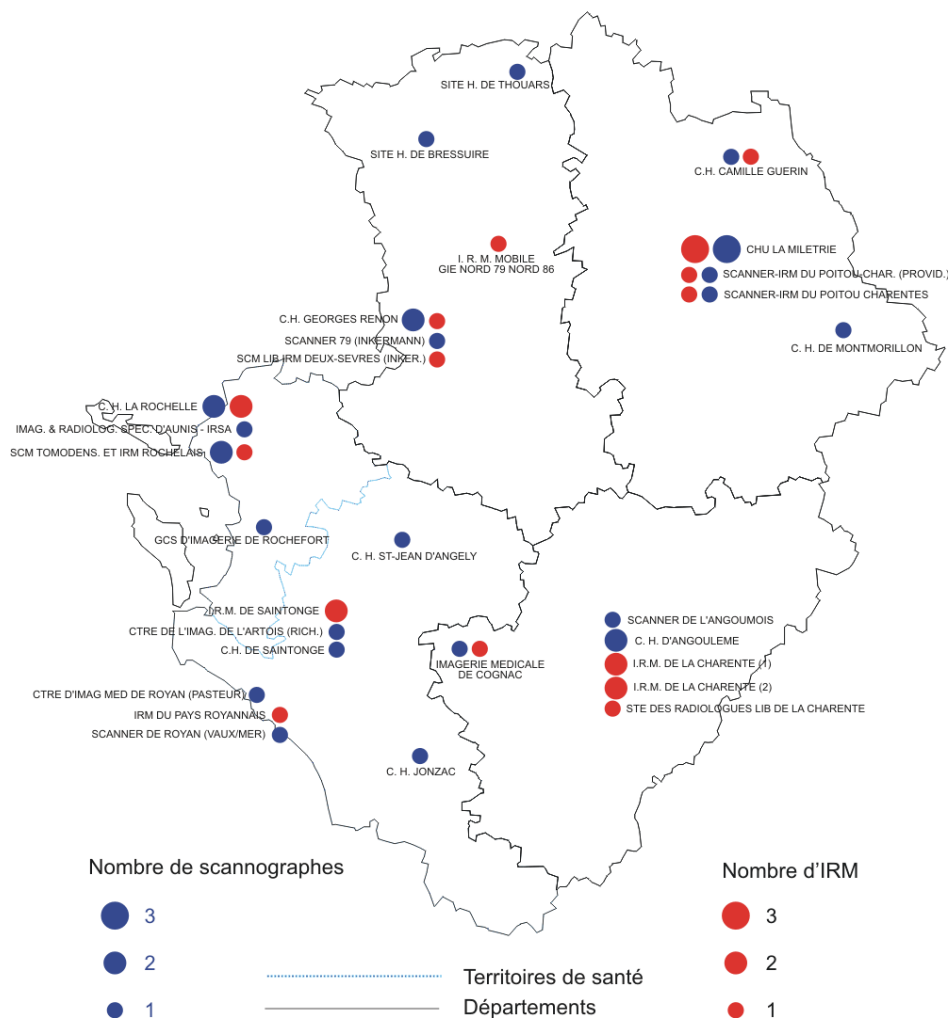
En Poitou-Charentes, les établissements hospitaliers offrent une capacité d'accueil installée de 10 649 lits en hospitalisation complète, 1 662 places en hospitalisation partielle et 320 en hospitalisation à domicile.



Source : FINESS, avril 2011
Réalisation ARS Poitou-Charentes, COSA

- **Les équipements lourds**

Concernant les équipements lourds, on peut noter que l'imagerie constitue une activité en progression constante. Ces dernières années ont ainsi été marquées, sous l'impulsion du SROS, à une extension du parc en matière de scanographes et d'IRM.



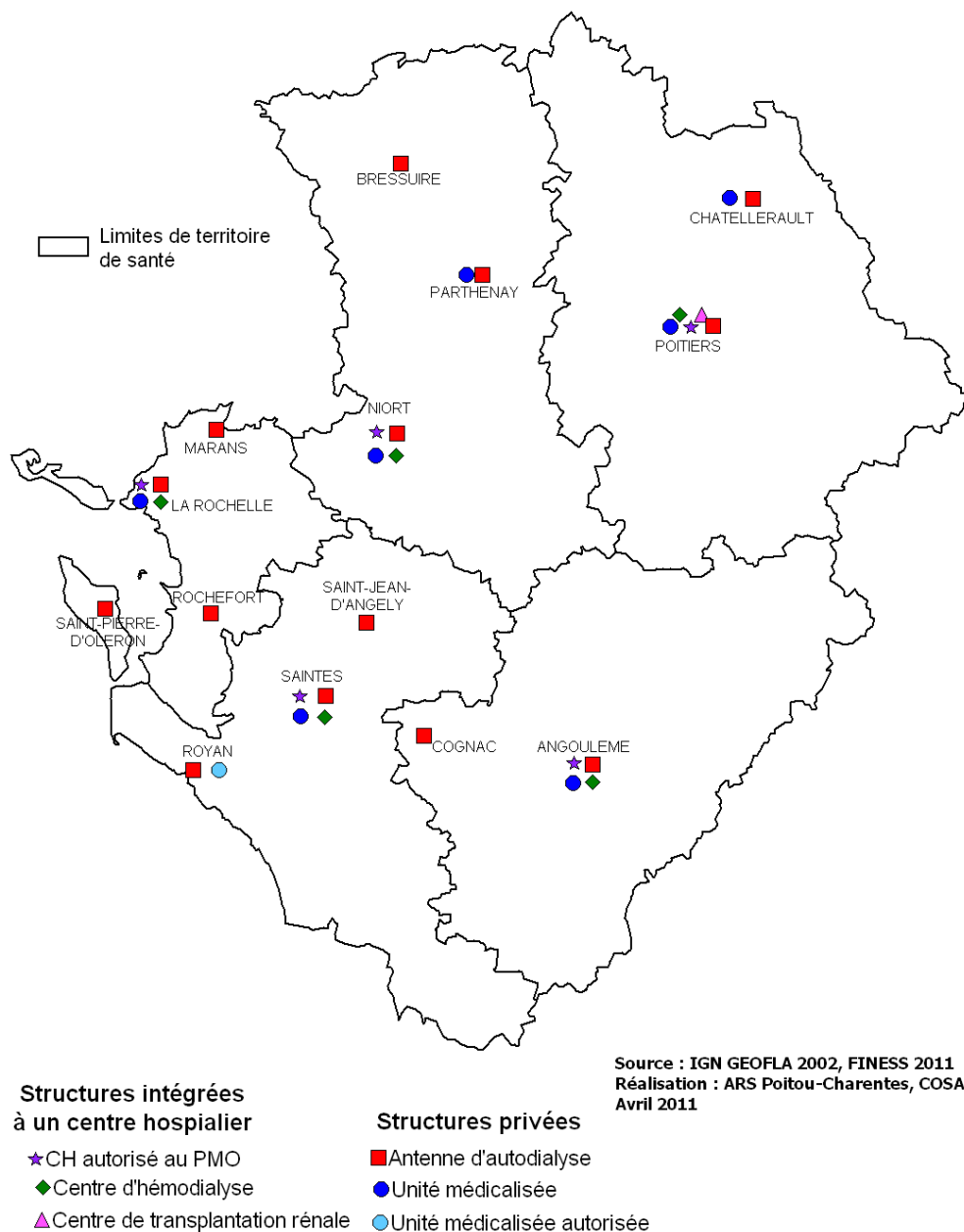
Source : FINESS, avril 2011
 Réalisation ARS Poitou-Charentes, COSA

- **Les structures de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale**

Le CHU de Poitiers est le seul centre hospitalier autorisé à la greffe rénale.

La région Poitou-Charentes comporte 5 centres d'hémodialyse, soit 1 dans chaque territoire de santé.

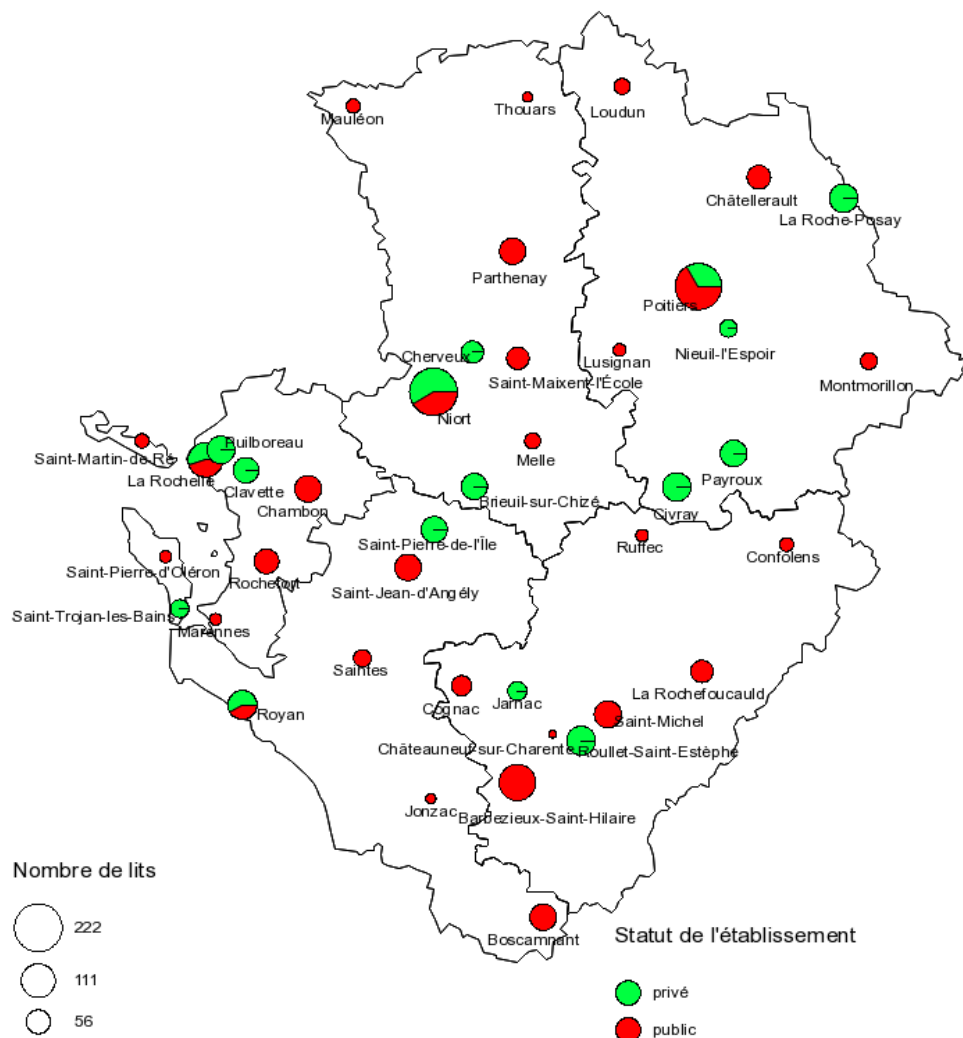
Le dispositif d'hémodialyse « hors centre » repose sur 2 associations : AURA Poitou-Charentes et ADA 17. Ces associations assurent l'hémodialyse en Unité de dialyse médicalisée (UDM), en auto-dialyse simple et assistée (UAD), l'hémodialyse à domicile et la dialyse péritonéale.



- **Les soins de suite et de réadaptation**

Les activités de SSR se situent à l'interface entre les services de médecine et de chirurgie et les services ambulatoires, sociaux et médico-sociaux

Le taux d'équipement régional en lits et places installées pour 1 000 habitants est de 1,42. Ce taux est de 1,64 pour les places autorisées (290 lits et 94 places sont en attente d'installation).



Champ : Etablissements hospitaliers publics et privés Poitou-Charentes, Hospitalisation complète

Source : SAE 2009, exploitation ARS Poitou-Charentes, COSA

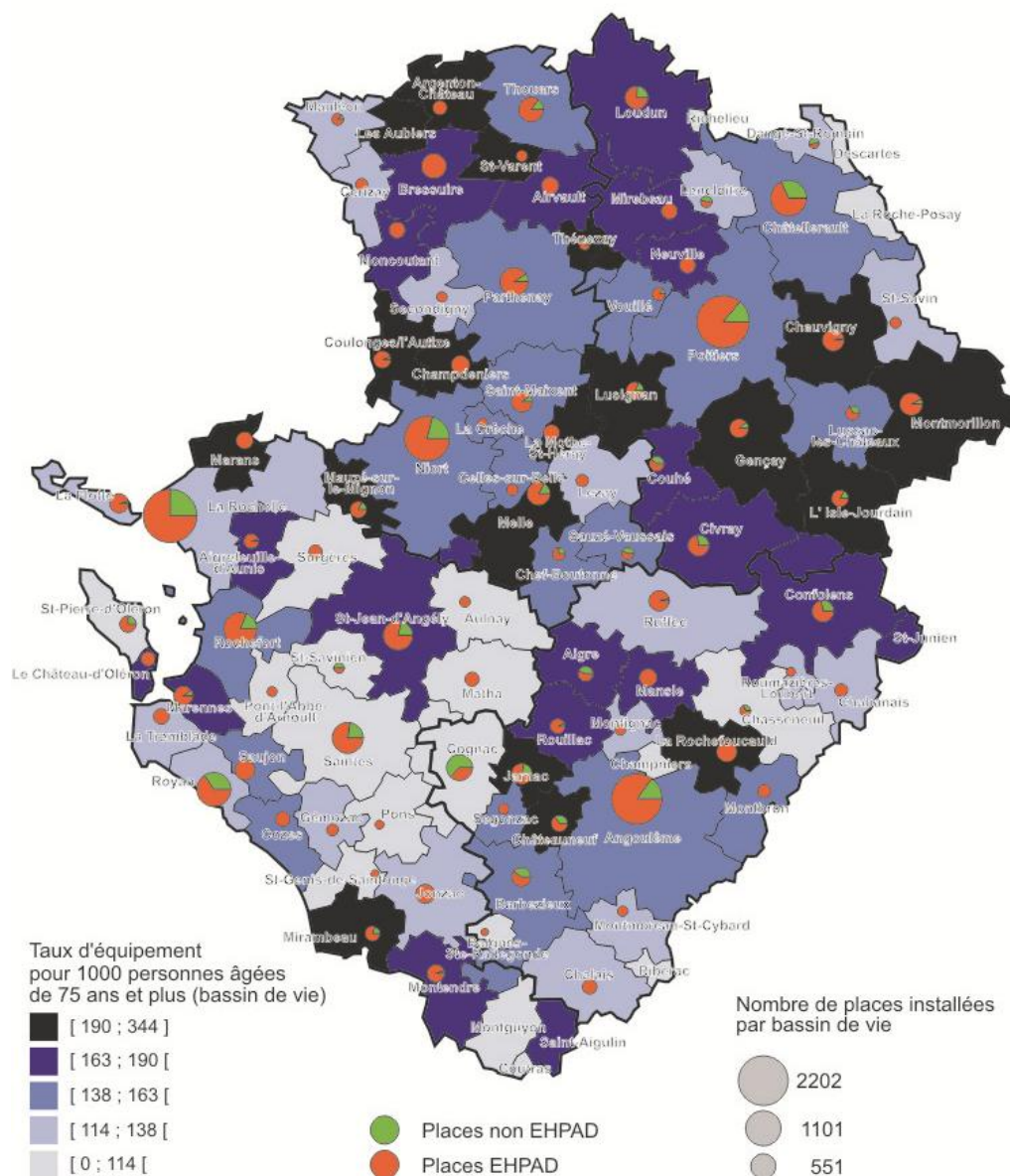
Offre d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

En Poitou-Charentes, on recense 321 EHPAD, début 2011, soit une capacité d'accueil de 22 400 places d'hébergement permanent ou temporaire.

Au niveau de la région, le taux d'équipements en lits autorisés rapporté à la population âgée de 75 ans et plus est de 121 ‰. Ce taux d'équipement varie cependant selon les territoires de santé :

- 123 ‰ en Charente-Maritime Nord ;
- 104 ‰ en Charente-Maritime Sud et Est ;
- 118 ‰ en Charente ;
- 123 ‰ dans la Vienne ;
- 137 ‰ en Deux-Sèvres.

On observe également des disparités entre les bassins de vie :



Source : ARS Poitou-Charentes (Finess 2010), Insee (RP2006), Artigue

Selon les résultats de l'enquête EHPA 2007, les résidents des EHPAD sont âgés en moyenne de 85 ans et sont majoritairement des femmes. 76 % d'entre eux sont dépendants (appartenance aux GIR 1 à 4). La durée moyenne de séjour est de 3 ans et 4 mois.

D. Evolution des dépenses de santé au niveau régional

La maîtrise médicalisée des dépenses de santé représente « l'ensemble des moyens mis en œuvre pour contenir les dépenses de santé sans nuire à la qualité des soins »⁵.

Dans le cadre de ses missions, l'Assurance Maladie, en lien avec ses partenaires conventionnels, assure le suivi et la régulation des dépenses de santé dans le but de contribuer au respect de l'ONDAM voté par le Parlement dans le cadre des Lois de Financement de la Sécurité Sociale.

Focus sur 3 postes de dépenses régionales : 3 classes pharmaceutiques du poste médicaments (statines, IPP, antibiotiques), les transports des assurés, les indemnités journalières.

Statines

En 2010, le montant des remboursements liés aux statines a augmenté moins fortement que l'année précédente : + 2,6 % pour les prescripteurs libéraux contre + 3,4 % en 2009 et + 2,3 % pour l'ensemble des prescripteurs contre 3,9 % en 2009.

Evolution des montants remboursés de statines (1)				
Niveau géographique	Taux d'évolution naturelle	Objectifs prescripteurs libéraux	Résultats prescripteurs libéraux	Résultats tous prescripteurs
Charente			1,4 %	3,7 %
Charente-Maritime			3,2 %	2,6 %
Deux-Sèvres			0,7 %	0,9 %
Vienne			2,0 %	-0,3 %
Poitou-Charentes			2,6 %	2,3 %
France métropolitaine	13,5 %	7,0 %	2,8 %	3,1 %

Données : RG (hors SLM), MSA, RSI
Période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2010
Source : CNAMTS/CCMSA/caisse nationale RSI

Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)

Les prescriptions liées aux IPP sont à nouveau en baisse en 2010 (- 7,7 % pour les prescripteurs libéraux ; - 7,9 % pour l'ensemble des prescripteurs), mais celle-ci est moins forte qu'en 2009 (- 2,6 % pour les libéraux ; - 3,7 % pour l'ensemble des prescripteurs).

Evolution des montants remboursés d'inhibiteurs de la pompe à protons				
Niveau géographique	Taux d'évolution naturelle	Objectifs prescripteurs libéraux	Résultats prescripteurs libéraux	Résultats tous prescripteurs
Charente			-7,2 %	-6,3 %
Charente-Maritime			-7,0 %	-6,8 %
Deux-Sèvres			-9,1 %	-8,7 %
Vienne			-7,8 %	-7,8 %
Poitou-Charentes			-7,7 %	-7,9 %
France métropolitaine	4,2 %	0,1 %	-7,2 %	-6,7 %

Données : RG (hors SLM), MSA, RSI
Période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2010
Source : CNAMTS/CCMSA/caisse nationale RSI

⁵ Définition de A. GRAND et S. KOPEL (« La santé dans l'économie nationale » dans Sciences humaines et sociales, abrégés PCEM1, ouvrage collectif, édition Masson, 2006).

Antibiotiques

Après la hausse significative constatée en 2009 (1,9 % pour l'ensemble des prescripteurs ; 1,3 % pour les prescripteurs libéraux), les dépenses relatives aux antibiotiques diminuent en 2010 pour les libéraux comme l'ensemble des prescripteurs :

Evolution des montants remboursés d'antibiotiques			
Niveau géographique	Objectifs	Résultats prescripteurs libéraux	Résultats tous prescripteurs
Charente		-6,1 %	-3,7 %
Charente-Maritime		-3,2 %	-1,7 %
Deux-Sèvres		-6,3 %	-3,1 %
Vienne		-4,2 %	-3,1 %
Poitou-Charentes		-4,5 %	-3,4 %
France métropolitaine	-3,0 %	-5,1 %	-3,3 %

Données : RG (hors SLM), MSA, RSI
Période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2010
Source : CNAMTS/CCMSA/caisse nationale RSI

Transports

Après la modération de l'augmentation des dépenses de transports constatée ces dernières années (+ 3,5 % en 2007 et + 2,5 % en 2008 tous prescripteurs confondus), on constate, depuis 2009, une accélération du rythme de croissance de ces dépenses.

Evolution des prescriptions de transports (avant déduction des franchises)				
Niveau géographique	Taux d'évolution naturelle	Objectifs tous prescripteurs	Résultats prescripteurs libéraux	Résultats tous prescripteurs
Charente			5,5 %	2,2 %
Charente-Maritime			6,7 %	5,4 %
Deux-Sèvres			0,5 %	1,8 %
Vienne			5,9 %	0,5 %
Poitou-Charentes			4,2 %	2,7 %
France métropolitaine	8,1 %	4,5 %	4,9 %	4,4 %

Données : RG (hors SLM), MSA, RSI
Période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2010
Source : CNAMTS/CCMSA/caisse nationale RSI

Indemnités journalières (IJ)

En 2010, les dépenses d'IJ ont augmenté moins fortement que l'année précédente : 6,7 % pour les prescripteurs libéraux contre 6,4 % en 2009 et 6,6 % pour l'ensemble des prescripteurs contre 5,5 % en 2009.

Evolution des dépenses d'indemnités journalières (1)				
Niveau géographique	Taux d'évolution naturelle	Objectifs tous prescripteurs	Résultats prescripteurs libéraux	Résultats tous prescripteurs
Charente			7,0 %	6,0 %
Charente-Maritime			7,8 %	8,2 %
Deux-Sèvres			5,5 %	6,4 %
Vienne			8,3 %	7,3 %
Poitou-Charentes			6,7 %	6,6 %
France métropolitaine	3,6 %	1,7 %	4,7 %	4,2 %

Données : RG (hors SLM), MSA, RSI
Période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2010
Source : CNAMTS/CCMSA/caisse nationale RSI

Chirurgie ambulatoire

A fin juin 2010, après quatre phases de mise en œuvre du dispositif de mise sous accord préalable par les organismes d'Assurance Maladie, portant sur 17 gestes marqueurs, le taux de recours à la chirurgie ambulatoire a progressé en région, avec des disparités entre départements et entre secteurs public et privé.

Sur les 17 gestes marqueurs, les séjours en établissements privés représentent 74,1% de la totalité des séjours dans la région, la part du privé étant toutefois variable à l'intérieur de la région.

Le taux de recours à la chirurgie ambulatoire est plus faible en établissement public, ceci quel que soit le département de la région.

Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire par département (établissements publics et privés distingués) à fin juin 2010							
	Établissements publics			Établissements privés			Part du privé pour l'ensemble des hospitalisations
	Séjours en hospitalisation ambulatoire	Nombre total de séjours	Taux de chirurgie ambulatoire	Séjours en hospitalisation ambulatoire	Nombre total de séjours	Taux de chirurgie ambulatoire	
Charente	810	988	82,0%	6 396	7 076	90,4%	87,7%
Charente-Maritime	2 823	3 564	79,2%	7 526	9 440	79,7%	72,6%
Deux-Sèvres	1 420	2 124	66,9%	2 564	3 349	76,6%	61,2%
Vienne	1 762	2 529	69,7%	5 056	6 408	78,9%	71,7%
Poitou-Charentes	6 815	9 205	74,0%	21 542	26 273	82,0%	74,1%

Source : CARSAT-PMSI – données inter régimes

METHODOLOGIE ET ORGANISATION DE TRAVAIL

Le programme régional de gestion du risque représente à la fois :

- la stratégie de gestion du risque commune à l'ARS et à l'Assurance Maladie,
- un outil de travail permettant de définir les actions et la méthodologie.

A. Présentation des instances

1. La commission régionale de gestion du risque

➤ *Son rôle*

L'élaboration, le suivi et l'évaluation du PRGDR sont effectués au sein de la commission régionale de gestion du risque.

En formation restreinte, la commission examine la méthodologie d'élaboration du PRGDR proposée par l'équipe projet. Les actions régionales complémentaires spécifiques font également l'objet d'une concertation au sein de la commission restreinte.

En formation plénière, la commission examine le cadre méthodologique proposé par l'équipe projet pour l'élaboration du PRGDR et des contrats. Elle émet un avis sur le PRGDR, avant qu'il ne soit arrêté par le directeur général de l'ARS et elle est informée des signatures de contrats liant l'ARS aux organismes et services d'assurance maladie.

Pour assurer ses missions, la commission dispose d'outils de suivi et d'évaluation (cf. partie 2.3).

➤ *Sa composition*

La commission régionale de gestion du risque siège en formation plénière et en formation restreinte.

En formation plénière, elle comprend :

- le directeur général de l'ARS qui préside la commission ;
- le directeur d'organisme ou de service représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'UNCAM ;
- les directeurs des organismes et services d'assurance maladie du ressort de la région.

En formation restreinte, elle comprend le directeur général de l'ARS et les directeurs d'organisme ou de service représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'UNCAM.

La commission de gestion du risque associe à ces travaux des représentants des organismes complémentaires désignés par l'UNOCAM.

La composition de la formation plénière et de la formation restreinte a été arrêtée conformément au décret du 18 mai 2010 (voir tableaux suivants).

Commission Plénière :

NOM	FONCTION	ORGANISME
Monsieur BLANC	Directeur Général	ARS Poitou-Charentes
Monsieur FLAMENT	Directeur de la Stratégie	ARS Poitou-Charentes
Madame AMENDOLA	Responsable du service GDR	ARS Poitou-Charentes
Madame ETCHEVERRIA	Directrice	CPAM Charente
Monsieur MONTIER	Directeur	CPAM Charente-Maritime
Monsieur LEFEVRE	Directeur	CPAM Deux-Sèvres
Monsieur TROTABAS	Directeur Directeur de la Coordination Régionale	CPAM Vienne
Monsieur TILLY	Médecin Conseil Régional	DRSM Poitou-Charentes
Monsieur CLOEREC	Directeur	MSA des Charentes
Monsieur BENOIT	Directeur Délégué	ARCMSA
Monsieur LEON	Directeur	MSA Sèvres-Vienne
Monsieur PERROT	Directeur	RSI Poitou-Charentes
Monsieur PELLETIER	Directeur	MGEN 86
Monsieur DEVERRIERE	Directeur	Mutuelle de Poitiers Assurance

Commission Restreinte :

NOM	FONCTION	ORGANISME
Monsieur BLANC	Directeur Général	ARS Poitou-Charentes
Monsieur FLAMENT	Directeur de la Stratégie	ARS Poitou-Charentes
Madame AMENDOLA	Responsable du service gestion du risque	ARS Poitou-Charentes
Monsieur TROTABAS	Directeur Directeur de la Coordination Régionale	CPAM Vienne
Monsieur BENOIT	Directeur Délégué	ARCMSA
Monsieur PERROT	Directeur	RSI Poitou-Charentes
Monsieur PELLETIER	Directeur	MGEN
Monsieur DEVERRIERE	Directeur	Mutuelle de Poitiers Assurance

2. L'équipe projet régionale de gestion du risque

➤ Son rôle

Concernant le PRGDR, l'équipe projet régionale est chargée de proposer à la commission de gestion du risque une méthode d'élaboration et un projet de programme.

Pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des actions de gestion du risque, elle propose à la commission des outils et une méthodologie de travail en gestion de projet (cf. partie 2.3).

Pour les contrats, elle propose également à la commission de gestion du risque un cadre méthodologique régional pour leur élaboration sur la base des instructions nationales. Elle veille à la cohérence d'ensemble des contrats avant de les soumettre à la signature du DGARS et des organismes et services d'assurance maladie.

➤ Sa composition

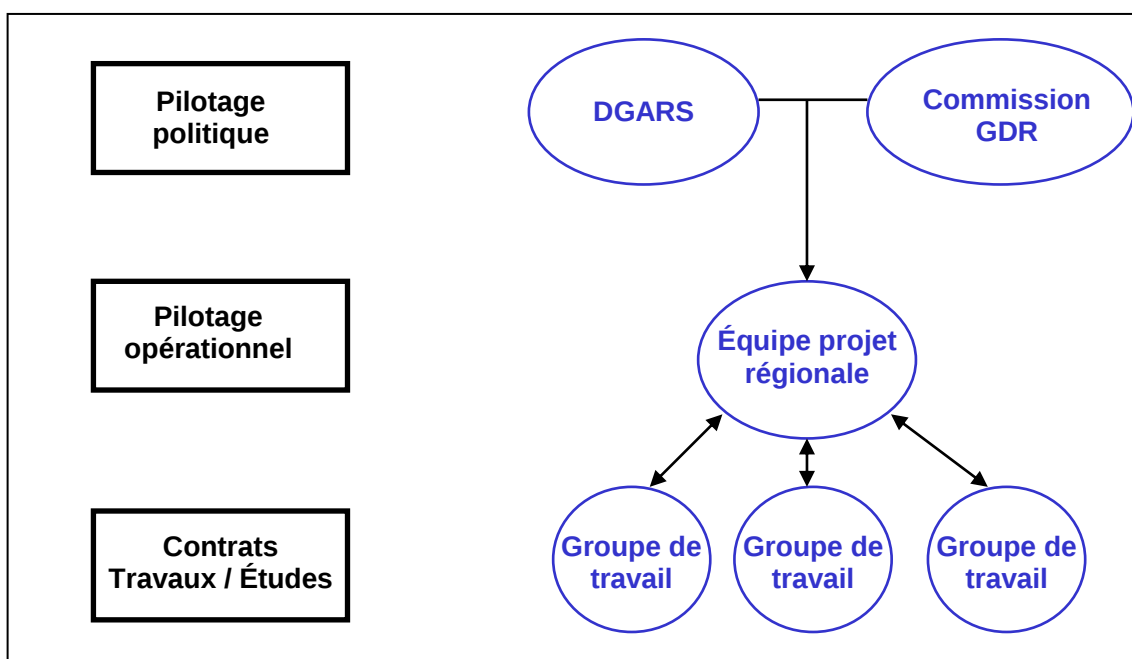
L'équipe projet régionale comprend des représentants de l'Assurance Maladie et de l'ARS. Les premiers sont désignés par les représentants, au niveau régional, de chaque régime d'Assurance Maladie dont la caisse nationale est membre de l'UNCAM. Les seconds sont désignés par le directeur général de l'ARS.

Les membres de l'équipe projet sont les suivants :

NOM	FONCTION	ORGANISME
Madame AMENDOLA	Responsable service GDR	ARS
Madame DESSIOUX	Médecin de l'ARS -service GDR	ARS
Madame GERMON	Responsable du Pôle santé	RSI
Madame ALCARAS	Chargée de mission	ARCMSA
Madame GORSE	Sous-Directeur Cellule de Coordination Régionale	Cellule de Coordination Régionale GDR

B. Coordination des instances

1. Schéma du pilotage régional de la gestion du risque



Source : Préparation du programme régional de gestion du risque (PRGDR) et des contrats liant l'ARS aux organismes et services de l'assurance maladie de son ressort (éléments de méthodologie issus du CNP du 16 avril)

2. Procédure d'élaboration et de suivi du PRGDR

L'élaboration, le suivi et l'évaluation du PRGDR repose sur les étapes suivantes :

- A. Constitution de l'équipe projet régionale ;
- B. Proposition par l'équipe projet d'une méthode d'élaboration du PRGDR ;
- C. Discussion de la méthode au sein de la commission régionale de gestion du risque, en formation restreinte ;
- D. Présentation en formation plénière de la commission régionale de gestion du risque et arrêt de la méthode par le DGARS ;
- E. Élaboration du projet de PRGDR ;
- F. Discussion au sein de la commission restreinte, et présentation au sein de la commission plénière, du projet de PRGDR ;
- G. Arrêt du PRGDR par le DGARS ;
- H. Déroulé des travaux par les groupes de travail ;
- I. Synthèse des travaux par l'équipe projet et présentation en commission de gestion du risque ;
- J. Bilan annuel de la mise en œuvre des actions de gestion risque par l'équipe projet et évaluation du PRGDR en commission de gestion du risque.

C. Modalités opérationnelles de gestion de projet

La gestion de projet consiste à mettre en place une organisation et une planification de l'ensemble des activités, afin d'assurer l'atteinte des objectifs, d'effectuer leur suivi, d'anticiper les changements à mettre en œuvre et les risques, de décider et de communiquer.

La méthodologie développée ci-après ne s'applique pas systématiquement à l'ensemble des actions de gestion du risque. Pour celles dont la méthodologie de mise en œuvre est déterminée précisément par le niveau national, sans nécessité de l'adapter au niveau régional, l'opportunité de constituer un groupe de travail est laissée à l'appréciation de la commission de gestion du risque.

Toutefois, en vue d'assurer le suivi et l'évaluation du PRGDR au sein de l'équipe projet régionale et de la commission de gestion du risque, il est nécessaire que les outils de remontée d'information et les « livrables » soient harmonisés.

1. Missions de l'équipe projet

L'équipe projet régionale élabore les fiches actions intégrées dans le PRGDR et les soumet à validation de la commission de gestion du risque. Elle propose à la commission la désignation des chefs de projet, pour chaque action de gestion du risque.

L'équipe projet, le chef de projet et les organismes partenaires déterminent la composition du groupe de travail réunissant les compétences nécessaires pour la réalisation de chaque action.

L'équipe projet assure le suivi des travaux, en lien avec les chefs de projets, la coordination des différents groupes de travail et met à leur disposition les outils prévus dans le PRGDR.

Sur la base des remontées d'informations des différents groupes de travail, elle assure l'actualisation des outils de pilotage pour permettre à la commission de suivre la mise en œuvre du PRGDR et effectue un bilan annuel sur la réalisation et l'évaluation des actions.

2. Missions du groupe de travail

➤ *Le chef de projet*

Le chef de projet est chargé :

- de participer aux travaux du groupe ;
- d'animer les travaux (organisation des réunions, orientation de la réflexion du groupe, rédaction des comptes-rendus, fixation d'un calendrier de travail, diffusion de l'information et participation à l'évaluation...) ;
- de veiller au respect des objectifs fixés ;
- de communiquer sur l'avancement des travaux avant chaque réunion de l'équipe projet.

Il peut faire appel à des compétences hors du groupe de travail pour des points très spécifiques.

➤ *Le groupe de travail*

Le groupe de travail (incluant le chef de projet) a la charge de compléter la fiche opérationnelle de l'action.

Il participe à la définition des étapes de mises en œuvre et à l'évaluation de l'action. Selon l'action, il peut être un acteur à part entière ou seulement initiateur de l'action.

Le groupe de travail est chargé de construire un rapport annuel pour l'action concernée.

L'ensemble des rapports des différents groupes de travail constitue une base pour la synthèse annuelle et l'évaluation des actions.

3. Les outils

1) *Les outils de pilotage de la gestion du risque*

Les outils de pilotage de la gestion du risque sont créés par l'équipe projet et permettent à la commission de gestion du risque de réaliser ses missions. Ils sont également accessibles aux groupes de travail.

Les outils de pilotage sont :

- le tableau de suivi des dépenses ;
- le tableau de bord du PRGDR ;
- le bilan annuel du PRGDR (synthèse et évaluation des actions de gestion du risque) ;
- le rétro-planning par action.

➤ *Tableau de suivi des dépenses*

Le tableau de suivi des dépenses est un tableau agrémenté par les données de l'Assurance Maladie, de l'ARS et des partenaires extérieurs (ex : ORMEDIMS). Il permet de suivre les dépenses concernant les thématiques de gestion du risque.

➤ *Tableau de bord du PRGDR*

Le tableau de bord du PRGDR est composé de trois parties :

- Le « tableau de suivi du PRGDR » qui permet de suivre en parallèle les échéances prévues par les instances nationales (date de signature du PRGDR, préparation des avenants...) et l'état d'avancement en Poitou-Charentes ;
- le « tableau de suivi des actions du PRGDR » qui permet de suivre, de manière détaillée, la réalisation de chaque action ainsi que les indicateurs de suivi et de résultats ;
- le « tableau de suivi des contrats » qui permet de suivre en parallèle les échéances prévues par les instances nationales (date de signature du contrat, préparation des avenants...) et l'état d'avancement en Poitou-Charentes.

➤ **Bilan annuel du PRGDR**

La commission de gestion du risque évalue chaque année le PRGDR. Dans cet objectif, l'équipe projet réalise un bilan annuel de la mise en œuvre et de l'évaluation des actions de gestion du risque. Ce bilan s'appuie sur les rapports annuels communiqués par chaque groupe de travail.

➤ **Le rétro-planning par action**

L'équipe projet réalise un rétro-planning par action, afin de suivre la réalisation des différentes étapes.

2) Les outils de gestion de projet opérationnelle

Ces outils de gestion de projet opérationnelle des actions mises en œuvre dans le cadre du programme sont :

- la fiche « action » ;
- la lettre de mission ;
- la fiche opérationnelle ;
- le guide à l'attention des chefs de projets ;
- le modèle-type de compte-rendu de réunion ;
- le rapport annuel par action.

➤ **La fiche « action »**

La fiche « action » est un des éléments composant le PRGDR : chaque action est décrite par une fiche « action ». Elle est définie par l'équipe projet et validée par la commission de gestion du risque.

Les éléments composant la fiche « action » sont : l'objectif de l'action, les références, le contexte, l'état des lieux régional, les pré-requis nationaux, les actions à mener au niveau régional, le nom du chef de projet, les compétences concernées, la cible, les indicateurs de suivi, les indicateurs de résultats et le calendrier prévisionnel.

➤ **La lettre de mission**

Chaque chef de projet et membre du groupe de travail dispose d'une lettre de mission. La lettre de mission est déterminée par l'équipe projet et validée par la commission de gestion du risque.

La lettre de mission est composée de plusieurs éléments : l'analyse de la situation (contexte national, régional, enjeux), la description de la mission (objectifs, interactions avec d'autres activités, cible), la définition du groupe de projet (nom et rôle du chef de projet, compétences nécessaires au sein du groupe de travail), le calendrier prévisionnel, les moyens mis à disposition, le suivi et l'évaluation de l'action (indicateurs de résultats et de suivi).

➤ **La fiche opérationnelle**

La fiche opérationnelle est un outil de travail évolutif qui est alimenté par le groupe de travail (incluant le chef de projet) au fur et à mesure du déroulement de l'action. Elle permet de suivre l'action selon trois axes : le coût, le calendrier, le temps de travail nécessaire à la réalisation de l'action.

La fiche opérationnelle précise la composition du groupe de travail, les objectifs, les étapes de réalisation de l'action, la décomposition des tâches, la contribution des différents acteurs, la charge de travail évaluée, le coût de réalisation par étape et par financeur, le calendrier et la définition des indicateurs de suivi et de résultats.

Les fiches opérationnelles actualisées sont communiquées régulièrement à l'équipe projet pour le suivi des actions.

➤ **Le guide méthodologique et les outils standardisés**

Le chef de projet dispose plus spécifiquement de deux outils :

- un guide à l'attention des chefs de projets réalisé par l'équipe projet et validé par la commission ;
- des outils types de gestion de projet réalisés par l'équipe projet tels que les modèles standardisés de compte-rendu de réunion.

➤ **Le rapport annuel par action**

Le rapport annuel de l'action est composé de la fiche opérationnelle, des comptes-rendus de réunions, des livrables réalisés et du bilan sur l'action.

3) Les outils de travail collaboratifs

Les membres du groupe de travail (incluant le chef de projet) disposent des outils de travail collaboratifs. Ces outils de travail collaboratifs sont accessibles depuis le portail intranet régional : la conférence web, l'espace d'échanges de fichiers FTP, l'espace collaboratif « Sharepoint ».

- l'espace d'échanges de fichiers FTP permet d'échanger des fichiers lourds qui sont longs ou impossibles à transmettre par courriel.
- L'espace collaboratif « Sharepoint » permet de créer des espaces de partage adaptés aux besoins des différents groupes de travail.

Tableau récapitulatif des outils					
Outils	Finalité	Utilisateur			
		Commission de GDR	Equipe projet	Chef de projet	Groupe de travail
Outils de pilotage de la gestion du risque					
Tableau de suivi des dépenses	Suivi des dépenses liées aux thématiques de GDR	Validation et suivi	Remplissage	Consultation	Consultation
Tableau de bord du PRGDR	Suivi des échéances liées au PRGDR, aux actions thématiques et aux contrats	Validation et suivi	Remplissage	Consultation	Consultation
Bilan annuel du PRGDR	Evaluation annuelle des actions du PRGDR	Validation et suivi	Remplissage	Consultation	Consultation
Rétro-planning par action	Suivi des différentes étapes des actions	Validation et suivi	Remplissage	Consultation	Consultation
Outils de gestion de projet opérationnelle des actions					
Fiche « action »	Description générale de l'action	Validation et suivi	Remplissage	Consultation	Consultation
Lettre de mission	Description de la mission	Validation et suivi	Remplissage	Consultation	Consultation
Fiche opérationnelle	Description opérationnelle de l'action	Validation et suivi	Consultation	Remplissage	Remplissage
Guide à l'attention des chefs de projets	/	Validation	Remplissage	Consultation	Consultation
Modèle-type de compte-rendu	/	Validation	Remplissage	Consultation	Consultation
Rapport annuel par action	Document de synthèse composé de la fiche opérationnelle, des comptes-rendus de réunions, des livrables réalisés et du bilan sur l'action	Validation et suivi	Consultation	Remplissage	Remplissage
Outils de travail collaboratifs					
Logiciel de conférence téléphonique	Organisation de réunions à distance	/	Utilisation	Utilisation	Utilisation
FTP	Echange des fichiers lourds	/	Utilisation	Utilisation	Utilisation
Sharepoint	Création des espaces de partage	/	Utilisation	Utilisation	Utilisation

LES ACTIONS PREVUES PAR LES PROGRAMMES NATIONAUX DE GESTION DU RISQUE

A. Les actions pilotées par l'Assurance maladie⁶

Conformément au contrat d'objectifs Etat-UNCAM, le Plan National de Gestion du Risque de l'UNCAM détermine un programme d'actions, mises en œuvre par l'Assurance Maladie, en trois axes :

1. Les programmes de maîtrise médicalisée en ville

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

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

Les Caisses d'Assurance Maladie et le Service Médical poursuivent leur travail de sensibilisation des prescripteurs en matière de **médicaments**. L'objectif consiste en un meilleur respect des recommandations scientifiques avec à la clé une diminution des traitements inutiles et l'optimisation du soin et de la dépense.

A ce titre plusieurs actions récurrentes d'accompagnement des professionnels de santé sont reconduites :

- Antiagrégants plaquettaires : l'objectif est d'encourager l'utilisation de l'aspirine à faible dose lorsque le choix thérapeutique de ce principe actif est possible, dans le plus strict respect des recommandations de la HAS.
- Antibiotiques : l'objectif est de limiter les traitements inappropriés en promouvant les recommandations relatives à l'antibiothérapie en pratique courante notamment dans les infections respiratoires en incitant les prescripteurs à identifier les situations relevant d'une antibiothérapie (grâce au TDR) et la nature de l'antibiothérapie recommandée.
- Statines, inhibiteurs de la pompe à protons, antihypertenseurs : s'agissant de ces traitements, l'objectif est d'aider les médecins traitants à mieux adapter leur prescription à la situation du patient sur la base des recommandations de la HAS (rappel des AMM, dosages, équivalence des produits...).

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

- des indemnités journalières : des actions sont menées auprès des professionnels de santé pour améliorer la prescription d'arrêt de travail grâce à des fiches repères (validées par la HAS) donnant, par situation, des durées indicatives d'arrêt de travail.
- des frais de transports : l'objectif est d'informer les professionnels de santé sur le bon usage des transports et de leur prescription : mode de transport adapté à l'état de santé du patient.
- des affections de longue durée : l'objectif est de rappeler les règles de bon usage de l'ordonnancier bi zone.
- des actes de masso-kinésithérapie : l'objectif est d'optimiser le recours à la kinésithérapie en s'appuyant sur des mémos indicatifs quant au nombre de séances requises en fonction de l'état du patient.

De **nouvelles actions d'accompagnement**, construites sur les mêmes fondements de recherche d'efficacité des prescriptions, sont prévues en 2011 et concernent les antalgiques, les antidépresseurs, les antidiabétiques, l'érythropoïétine, l'anti-TNF Alpha, la radiologie, la liste des produits et prestations (LPP), et la Pression Positive continue.

Certaines thématiques pouvant aussi concerner les prescripteurs exerçant en établissements de santé, le planning des actions devra tenir compte, autant que possible, du calendrier de mise en œuvre des dix priorités de gestion du risque.

⁶ Cf. en annexe le Plan national UNCAM 2011.

2. Les programmes de renforcement de l'efficience de l'offre de soins dans les établissements de santé

Ils comprennent quatre volets.

- **Poursuite de la maîtrise médicalisée dans les établissements** : à l'hôpital, notamment en matière de prescriptions hospitalières exécutées en ville pour les produits de santé et les transports, et en EHPAD avec des visites d'établissements et la diffusion de recommandations de bonne pratique, en lien avec les actions GDR ARS développées sur ces thèmes.
- **Poursuite du programme de mise sous accord préalable (MSAP) en chirurgie ambulatoire et en hors ambulatoire** (chirurgie bariatrique et plastique, hospitalisations de jour pour le diabète, actes soumis à forfait sécurité environnement (SE) en consultation externe et séjours hospitaliers classés en CM23).
- **Développement des MSAP pour les prestations d'hospitalisation en soins de suite ou de réadaptation (SSR) pour un patient justifiant de soins de masso-kinésithérapie ambulatoire⁷**. L'objectif de cette action est d'assurer l'harmonisation des pratiques médicales par le respect des recommandations médicales de la HAS et de diminuer des hospitalisations non justifiées, par une meilleure adéquation de l'état du patient à sa prise en charge. L'ARS notifiera la MSAP à l'établissement exécutant la prestation, après ciblage par l'Assurance Maladie.
- **Développement de la prévention, du dépistage et de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique**, en complément des actions menées par les ARS en vue de l'élaboration d'un état des lieux et d'une stratégie régionale en ce domaine.

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

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

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

○ Prévention bucco-dentaire

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

○ Dépistage organisé des cancers (sein, colorectal)

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

○ Vaccinations

Concernant les campagnes de vaccination contre la grippe saisonnière ou contre la rougeole, oreillons, rubéole (ROR), les régimes poursuivront leurs actions de sensibilisation des populations prioritaires en vue d'augmenter le taux de participation aux campagnes et la couverture vaccinale de la population.

○ Prise en charge et prévention de l'obésité

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

Conformément au contrat d'objectifs Etat-UNCAM, le plan national de gestion du risque UNCAM intègre également les dix programmes prioritaires de gestion du risque pilotés par les ARS.

⁷ cf. mesure prévue par la LFSS pour 2011

B. Les actions pilotées par l'ARS

1. Transports sanitaires

Le montant remboursé pour le transport de patients s'élève à 2,8 milliards d'euros ce qui représente 5% des dépenses de soins de ville pour le régime général en 2010⁸.

En 2009, 5.1 millions de personnes ont eu recours à un transport remboursé par l'Assurance maladie soit 66.8 millions de transports tous régimes confondus. Le montant des dépenses de transports s'élevait, en France, à plus de 3,2 milliards d'euros⁹, les transports sanitaires constituent un poste de dépense très dynamique pour l'Assurance maladie.

Les dépenses de transports progressent de 5.4% (régime général) en 2010 contre 7.7% en 2009, cette évolution s'explique en partie par les évolutions de tarifs intervenues en 2009.

En Poitou-Charentes, on observe, en moyenne annuelle depuis 2005, une forte croissance des dépenses de transport de l'ordre de 5%¹⁰.

Entre 2009 et 2010, la tendance de transports s'infléchit en région à l'exception d'un département¹¹.

Depuis 2006, de nombreuses actions ont été déployées par l'Assurance maladie auprès des prescripteurs hospitaliers et libéraux (action de sensibilisation), des entreprises de transports (action conventionnelle).

Cependant, des marges de manœuvre existent encore pour optimiser le recours au transport.

Compte tenu de ces éléments, un objectif d'économie de 90 millions d'euros a été fixé au niveau national (objectif commun avec le plan d'action UNCAM), la régulation des dépenses de transports et la redéfinition du transport de malades apparaissent comme des enjeux prioritaires. Deux actions sont prévues dans cet objectif.

➤ **Réguler les dépenses de transports sanitaires, notamment à l'hôpital, en lien avec le taux national d'évolution des dépenses :**

L'action de régulation des dépenses de transport introduite par les articles 45 ~~et 47~~ de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2010 permet de contractualiser avec les établissements de santé en lien avec l'Assurance Maladie.

Cette première action consiste à :

- suivre l'évolution des dépenses liées aux prescriptions de transports sanitaires,
- identifier les établissements qui se situent au-delà du taux national d'évolution des dépenses fixé par arrêté annuellement,
- sensibiliser les établissements,
- contractualiser avec les établissements les plus déviants.

Le taux national d'évolution des dépenses est assorti d'un mécanisme d'intéressement pour les établissements les plus vertueux et de sanction pour les moins investis.

Lorsque l'ARS, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les dépenses de transports ont connu une progression supérieure au taux fixé et que ce dépassement résulte de pratiques de prescriptions non conformes à l'exigence de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire, elle peut proposer de conclure avec l'établissement de santé et l'organisme local d'assurance maladie, un contrat d'amélioration de la qualité et de coordination des soins d'une durée de trois ans.

➔ **Voir fiche action n° 1 en annexe.**

⁸ Source : Point d'information intitulé « Une croissance des dépenses de soins de ville très maîtrisée en 2010 »_10 mars 2011

⁹ Source : Point d'information de l'Assurance maladie intitulé « Transports de malades : évolution des dépenses en 2009 »_ 21/10/2010.

¹⁰ Source : Statistiques et analyses des dépenses de santé - URCAM, CPAM, ARCMSA, RSI, DRSM, CRAMCO Novembre 2010.

¹¹ Source : Statistiques et analyses des dépenses de santé - URCAM, CPAM, ARCMSA, RSI, DRSM, CRAMCO Novembre 2010.

➤ **Réguler les dépenses de transports sanitaires, notamment à l'hôpital, par des expérimentations locales :**

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2010 permet également d'expérimenter de nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports (Article 45 de la LFSS 2010).

À travers des expérimentations locales réalisées dans certaines régions, il s'agit de favoriser les démarches visant à :

- optimiser l'organisation de la réponse à l'urgence pré-hospitalière,
- optimiser l'organisation des transports primaires non-urgents,
- centraliser les demandes de transport au niveau de l'établissement de santé ;
- privilégier le partage du transport si cela est compatible avec l'état du patient.

En Poitou-Charentes, cette action se traduit par la création d'un groupe de travail régional réunissant l'ensemble des acteurs concernés sur le champ du transport de patient.

Ce groupe de travail a la charge de rédiger et mettre en œuvre un cahier des charges régional relatif aux champs cités ci-dessus conformément à la réglementation en vigueur.

→ **Voir fiche action n° 2 en annexe.**

➤ **Réguler les dépenses de transports sanitaires par la contractualisation avec les entreprises:**

Les dépenses d'Assurance Maladie consacrées au transport de patients continuent de présenter une forte dynamique avec des évolutions contrastées selon le mode de transport, au détriment du mode de transport le moins onéreux, le véhicule sanitaire léger (VSL).

Ainsi en 2011, les dépenses de transports prescrites pour les ressortissants du régime général progressent globalement de 3,4% mais selon la répartition suivante : + 1,9% pour les ambulances, -1.9% pour les VSL, + 9,2% pour les taxis et + 1,4% pour les autres modes de transport¹².

Au regard de ces évolutions, et afin de compléter la palette des leviers visant à maîtriser et à améliorer l'offre de transport, un contrat type d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS) portant sur le développement des véhicules sanitaires légers (VSL) a été adopté par décision entre l'Etat et l'UNCAM datée du 27 mars 2012.

Ce contrat a deux objectifs :

- le déploiement du transport le moins onéreux compatible avec l'état du patient tout en favorisant l'équilibre économique des entreprises sanitaires pour les prestations de transport assis professionnalisé (TAP),
- la contribution à la régulation de l'offre de transport sanitaire grâce à l'augmentation de la part de VSL au sein de ce champ.

Plus précisément, le CAQCS VSL prévoit des objectifs individuels applicables au transporteur sanitaire conventionné et définit la contrepartie financière dont ce dernier peut bénéficier en fonction de l'atteinte des objectifs portés au contrat.

Les CPAM gèrent les demandes des transporteurs sanitaires sur le contrat et sur les procédures à suivre pour en bénéficier. Elles adresseront à l'ARS les contrats ainsi que les annexes visés pour les transporteurs signataires.

Les ARS signent les contrats préparés par les CPAM et les envoient aux transporteurs signataires.

Les bilans de situation nécessaires à l'évaluation des entreprises de transports sanitaires et le montant de la contrepartie financière à échéances semestrielles sont transmis par la CNAMTS aux CPAM et aux ARS.

L'ARS notifie le bilan de situation et le montant de la contrepartie financière éventuellement due au transporteur, en lui transmettant une copie du bilan.

→ **Voir fiche action n° 3 en annexe.**

¹² CIRCULAIRE N°DSS/SGMCAS/DGOS/2012/237 du 15 juin 2012 relative au contrat-type pour l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins portant sur les véhicules sanitaires légers.

2. Insuffisance rénale chronique

En France, entre 1,8 et 3 millions de personnes ont une IRC non terminale et 68 000 ont une IRC terminale¹³ (55 % sont traitées en dialyse et 45 % ont un greffon rénal).

La maladie rénale doit être dépistée car elle est silencieuse et un traitement précoce retarde ou évite la mise en œuvre des traitements substitutifs.

Le dépistage doit cibler la population à risque, notamment les diabétiques et les hypertendus qui représentent 47 % des nouveaux cas.

Au 31 décembre 2009, le nombre de patients en IRC terminale (IRCT) résidant en Poitou-Charentes s'élève à 1568. 766 patients sont traités par dialyse et 802 patients sont porteurs d'un greffon rénal fonctionnel.

Globalement, le coût de la prise en charge de l'IRC a représenté plus de 4 milliards d'euros en 2007. Il devrait atteindre 5 milliards d'euros à horizon 2025.

Trois actions sont envisagées pour améliorer l'efficacité de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique.

➤ **Promouvoir le dépistage et la prévention de l'IRC, encourager les méthodes permettant de ralentir la progression de la maladie rénale :**

Selon les experts, 10 % des IRC terminales pourraient être évitées et 30 % pourraient être retardées par une détection précoce et une prise en charge adaptée, d'où l'intérêt de promouvoir le dépistage et la prévention de l'IRC et d'encourager les méthodes permettant de ralentir la progression de la maladie.

En Poitou-Charentes, le taux de recours à l'hémodialyse en urgence est de 40,3%, révélant une prise en charge insuffisante en amont et un recours tardif au néphrologue. Parallèlement, les données relatives au dépistage de l'IRC montrent que la marge de progrès est importante au regard des recommandations des sociétés savantes : seulement 16,7 à 31,3% des patients diabétiques (selon les régimes d'assurance maladie) ont bénéficié d'une albuminurie annuelle.

En premier lieu, il s'agit de relayer auprès des établissements de santé les recommandations scientifiques et les données épidémiologiques disponibles (Cohortes, Registre du REIN¹⁴...).

Afin de faciliter le suivi et l'évaluation de l'évolution des pratiques de prise en charge de l'IRC, des cohortes devraient être mises en place au niveau national, en amont du stade terminal.

En complément, la MSA déploie un plan d'action intitulé « insuffisance rénale chronique : Accompagnement des professionnels de santé et des patients diabétiques ».

Pour 2012, l'axe mis en œuvre porte sur le dépistage précoce de l'IRC et le retour d'information sur l'insuffisance rénale.

Il a pour objectif de retarder et même éviter la mise sous dialyse par des mesures de prises en charge conformes aux recommandations de bonnes pratiques.

Les patients ciblés sont des personnes en ALD8 ou ayant eu une délivrance d'antidiabétiques datant de plus de 12 mois.

Selon la méthodologie préconisée, le médecin-conseil adresse un courrier aux médecins traitants l'informant sur sa pratique au regard du suivi de la fonction rénale de ses patients diabétiques.

En second lieu, il s'agit d'assurer la diffusion des recommandations auprès des médecins et des assurés sociaux.

→ Voir fiche action n° 4 en annexe.

➤ **Promouvoir le développement de stratégies de traitement coût-efficace :**

Au-delà des actions de prévention et de dépistage, améliorer l'efficacité de la prise en charge de l'IRC suppose le développement de stratégies de traitement coût-efficace.

Sur ce point, on note une sous-utilisation de la dialyse péritonéale¹⁵ en France : en 2008, elle concerne 7,2 % des dialysés contre 15 % pour les autres pays de l'OCDE. Or, la dialyse péritonéale offre la meilleure autonomie au patient et présente des avantages en termes de coût.

¹³ IRC terminale : insuffisance rénale chronique nécessitant un traitement de suppléance (dialyse ou greffe du rein)

¹⁴ Réseau épidémiologie et information en néphrologie.

Si ce mode de prise en charge n'est pas adapté pour tous les patients, notamment les patients âgés, la similarité des profils des malades (âge, comorbidité) en dialyse péritonéale assistée et en hémodialyse¹⁵ laisse penser que de nombreux malades pourraient être orientés vers la dialyse péritonéale.

En Poitou-Charentes, l'activité d'hémodialyse en centre lourd représente 51% de l'activité totale de dialyse. La part des patients traités par dialyse péritonéale dans l'ensemble des patients dialysés est de 9,4 % (contre 7,2% au plan national). Un objectif de 15 % à horizon 2013 a été fixé dans le CPOM de l'ARS.

La promotion de la dialyse péritonéale et la recherche de l'organisation des soins la plus efficiente passe, notamment, par les actions suivantes :

- développer des structures adaptées à la dialyse péritonéale ;
- développer la dialyse à domicile ;
- favoriser et coordonner les coopérations entre structures et infirmiers libéraux.

Dans ce cadre, un objectif d'augmentation de la part de dialysés traités par dialyse péritonéale a été intégré dans les contrats d'objectifs et de moyens des établissements concernés et des associations de dialyse.

Parallèlement à cette politique d'organisation de l'offre de soins, il est prévu d'accompagner les établissements et d'assurer la diffusion des recommandations de la Haute autorité de santé¹⁷ auprès des médecins et des assurés sociaux.

→ Voir fiche action n° 5 en annexe.

➤ **Promouvoir la réalisation de greffes rénales :**

La transplantation rénale constitue le meilleur traitement de l'IRC terminale, tant en termes d'efficacité-coût que de qualité et d'espérance de vie (une greffe rénale permet d'éviter environ 15 années de dialyse).

Si le nombre de greffes rénales a sensiblement augmenté ces dix dernières années, passant de 1 882 greffes au niveau national en 1998 à 2 937 en 2008, il est en sensible déclin en 2009 (2 826).

En Poitou-Charentes, le même déclin est observé : 56 greffes rénales ont été réalisées en 2009, pour 65 en 2008.

La région se situe au 1^{er} rang national pour le prélèvement d'organe.

12 patients ont bénéficié d'une greffe préemptive en 2009, soit un taux de 6% par rapport à l'ensemble des malades en IRCT (contre 2,8% au plan national).

Le Poitou-Charentes se situe au 3^{ème} rang national pour la durée d'attente avant inscription sur la liste nationale (7,2 mois en moyenne) et la durée d'attente entre le premier traitement et la greffe rénale (24 mois en moyenne).

La proportion de personnes greffées chez les malades en IRC terminale n'est que de 45 % en France, contre 54 % en Suède, 56 % aux Pays-Bas, 60 % en Finlande et 70 % en Norvège.

Promouvoir la réalisation de greffes rénales suppose plusieurs actions :

- assurer l'organisation des soins la plus efficiente en matière de greffe rénale ;
- relayer les données épidémiologiques régionales (REIN) auprès des médecins ;
- développer l'information sur le don d'organes via les médecins généralistes.

Dans la région, l'organisation de la chaîne de prélèvement et de transplantation repose sur :

- 1 établissement compétent pour la réalisation des greffes rénales : le CHU de Poitiers ;
- 5 centres de prélèvements agréés : le CHU et les CH d'Angoulême, Niort, La Rochelle et Saintes ;
- une mise en réseau permettant aux centres secondaires (établissements disposant de services d'urgence ou de chirurgie) d'alerter les centres de prélèvement dès qu'ils sont confrontés à l'éventualité d'une possibilité de prélèvement.

→ Voir fiche action n° 6 en annexe.

¹⁵ Dialyse péritonéale : technique de dialyse permettant une épuration du sang à l'intérieur de l'organisme en utilisant la membrane péritonéale comme filtre.

¹⁶ Hémodialyse : technique d'épuration reposant sur la création d'un circuit de circulation sanguine extracorporelle permettant le passage du sang dans un dialyseur.

¹⁷ Recommandations HAS de juin 2007 (*Indications et non-indications de la dialyse péritonéale chronique chez l'adulte*).

3. Prescriptions des médicaments et des dispositifs médicaux de la liste en sus

Les dépenses de médicaments financés en sus des tarifs¹⁸ connaissent, depuis plusieurs années, une forte croissance, parfois supérieure à 15 %. Les dépenses liées aux dispositifs médicaux, même si leur taux de croissance est plus faible que celui des médicaments, représentent également un enjeu puisqu'elles représentent près de 40 % des dépenses de la liste en sus.

Afin de réguler ces dépenses, une mesure d'encadrement de l'évolution des dépenses relatives à la liste en sus a été votée dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 (article 47).

Les modalités de mise en œuvre de cette mesure ont été précisées par une circulaire en date du 16 juin 2009. Elles reposent sur :

- l'arrêt d'un taux national annuel d'évolution des dépenses de la liste en sus;
- le ciblage des établissements gros prescripteurs ;
- la conclusion de plans d'action avec les établissements dont le taux d'évolution annuel des dépenses de la liste en sus est supérieur au taux fixé par arrêté en cas de non-conformité des prescriptions au référentiels de bon usage.

Afin de consolider la démarche, il est prévu :

- d'évaluer l'impact des actions locales lancées en 2009 ;
- de poursuivre l'action de 2009 (identifier les établissements gros prescripteurs, améliorer leurs pratiques de prescription de médicaments inscrits sur la liste en sus, prévenir et, le cas échéant, sanctionner les dérives) afin de consolider la démarche en l'adaptant en tant que de besoin.

→ Voir fiche action n° 7 en annexe.

4. Prescriptions hospitalières de médicaments et de la LPP¹⁹ exécutées en ville

Les prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville représentent de l'ordre de 1/5^{ème} des dépenses de médicaments remboursés sur l'enveloppe des soins de ville. Elles ont augmenté de 7 % entre 2007 et 2008 et contribuent pour 68 % à l'augmentation du poste médicaments.

En Poitou-Charentes, les dépenses issues des prescriptions hospitalières exécutées en ville prescrites par les établissements publics représentent 105 millions d'euros en 2010, en 2009 ces dépenses s'élevaient à 94 millions d'euros soit 11% de croissance²⁰.

La croissance des dépenses liées aux prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville s'explique en partie par des facteurs structurels : type de molécules prescrites, baisse des prix concentrée sur des classes de médicaments peu prescrites à l'hôpital, évolution des techniques de traitement entraînant une baisse des durées de séjour et une augmentation des prescriptions de médicaments. Pour autant, d'importants efforts d'efficience restent à faire.

Un objectif national d'économie de 60 millions d'euros (équivalent au ralentissement d'un point du taux de progression) a été fixé au niveau national pour l'année 2011.

L'action de régulation des dépenses de transport introduite par les articles 47 de la loi de la LFSS pour 2010 et 72 de la LFSS pour 2011 permet de contractualiser avec les établissements de santé en lien avec l'Assurance Maladie.

Comme pour les transports sanitaires, il s'agit de réguler les dépenses, en référence à un taux national d'évolution fixé annuellement par arrêté.

Les actions à mener, dans ce cadre, consistent, en lien avec l'Assurance maladie, à :

- suivre l'évolution des dépenses liées aux prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville ;
- identifier les établissements qui se situent au-delà du taux national d'évolution des dépenses ;
- sensibiliser les établissements ;
- contractualiser avec les établissements les plus « déviants ».

¹⁸ Afin de garantir leur financement, certains médicaments et dispositifs médicaux particulièrement onéreux (ex : anticancéreux), inscrits sur une liste révisée régulièrement, sont pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation.

¹⁹ LPP : liste des produits et prestations.

²⁰ Les dépenses issues des prescriptions hospitalières exécutées en ville s'entendent par la pharmacie prescrite par l'établissement hors pharmacie hospitalière et en sus du GHS. Source : Données Régimes Général y compris SLM.

En 2011, la contractualisation porte uniquement sur les prescriptions de médicaments (hors rétrocession et hors activité libérale des praticiens hospitaliers temps plein).

En 2012, le champ de la contractualisation concernera l'ensemble du champ prévu par l'article L.162-30-2 du code de la sécurité sociale.

Le taux national d'évolution des dépenses est assorti d'un mécanisme d'intéressement pour les établissements les plus vertueux et de sanction pour les moins investis.

Lorsque l'ARS, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les dépenses liées aux prescriptions de médicaments exécutées en ville ont connu une progression supérieure au taux **annuel** fixé par arrêté, elle peut proposer de conclure avec l'établissement de santé et l'organisme local d'assurance maladie un contrat d'amélioration de la qualité et de coordination des soins.

→ Voir fiche action n° 8 en annexe.

5. Imagerie médicale

L'imagerie médicale est une activité en progression constante depuis plusieurs années. Grâce aux progrès technologiques, elle joue un rôle croissant dans le diagnostic et le traitement des pathologies. Le développement de nouvelles techniques, sans effet de substitution avec l'imagerie conventionnelle, tend, cependant, à accroître le coût de l'imagerie médicale pour la collectivité.

Un objectif d'économie de 100 millions d'euros en année pleine a été fixé au niveau national.

Les dépenses de radiologie constituent un poste de dépenses important. En 2010, les dépenses liées aux forfaits Scanner et IRM en Poitou-Charentes s'élèvent à 16,7 millions d'euros soit une évolution de 16.7% (PCAP)²¹.

Par comparaison, les dépenses « forfaits Scanner et IRM » en France ont évolué de 11,8%.

En volume, les dépenses de radiologie augmentent de 4 à 5 % par an, au niveau national (en Poitou-Charentes, elles ont augmenté de 2,2 % entre 2008 et 2009). Cette évolution à la hausse s'explique principalement par le développement de techniques nouvelles. Il semble, en effet, que le recours aux nouvelles techniques d'imagerie médicale ne se substitue mais s'ajoute au recours à l'imagerie conventionnelle.

➤ Réguler les dépenses d'imagerie conventionnelle :

La priorité de la gestion du risque concernant l'imagerie médicale en région vise à éviter la réalisation d'actes d'imagerie conventionnelle non indiqués ou redondants par la mise en œuvre d'un plan d'accompagnement des médecins généralistes prescripteurs et des radiologues en secteur libéral, des établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif, sur les actes d'imagerie conventionnelle.

→ Voir fiche action n° 9 en annexe.

➤ Favoriser un développement soutenable des équipements lourds :

En matière d'imagerie médicale, le parc français est caractérisé par une présence quasi exclusive d'équipements de très hauts de gamme qui permettent de couvrir l'ensemble du champ des examens possibles mais qui représentent un coût élevé tant à l'investissement qu'au fonctionnement.

Ainsi, on peut noter, en France, l'absence d'IRM à bas champ alors que ce type d'équipement représente 30 % du parc d'appareils d'imagerie dans certains pays comparables.

Le développement efficient et soutenable de l'offre en équipements IRM s'appuie sur :

- Les recommandations actualisées de la HAS sur le bon usage des examens d'imagerie médicale et sur les indications de ces examens (notamment des IRM) attendues en cours d'année 2011.
- Les recommandations relatives à la radioprotection préconisées par l'Autorité de sûreté nucléaire, visant à réduire les examens ionisants et à accélérer la substitution des techniques irradiantes, en priorité avec l'IRM.

²¹ Source ONDAM - Régime général y compris SLM.

- Une évaluation des besoins, de la demande satisfaite (taux de recours), de l'activité et de l'offre en imagerie, de la démographie, au regard des activités de soins concernées intégrant les thématiques de santé publique (neurologie dont AVC, cancer.), la prise en charge de populations spécifiques (femmes enceintes, enfants, personnes obèses, personnes âgées ou/et en situation de handicap...) et l'ostéo-articulaire.
- Des outils organisationnels développés par l'ANAP dans le cadre du Benchmark Imagerie, permettant d'optimiser la performance des offreurs de soins dans l'utilisation des plateaux d'imagerie.

Ainsi, l'action porte sur l'évolution du parc des IRM au travers de :

- L'implantation de nouveaux appareils dans le cadre du SROS-PRS ;
- Le remplacement des appareils existants en utilisant la possibilité offerte dans le cadre de la procédure de renouvellement des autorisations d'enjoindre aux titulaires, un an avant l'échéance de leur autorisation, de déposer un dossier de renouvellement complet.

→ Voir fiche action n° 10 en annexe.

6. Chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire²², alternative à l'hospitalisation complète, représente un saut qualitatif de prise en charge pour le patient, qui peut regagner son domicile le jour même de l'intervention et un enjeu majeur d'amélioration et de structuration de l'offre de soins. Elle présente, en outre, des avantages en termes de sécurité des soins, d'optimisation de l'organisation et des ressources des plateaux techniques et de satisfaction du personnel.

Plusieurs leviers ont été mobilisés, ces dernières années, pour développer la chirurgie ambulatoire, et notamment :

- la procédure de mise sous accord préalable (MSAP)²³ ;
- la politique d'incitation tarifaire développée par la DGOS ;
- les objectifs inscrits dans les CPOM des établissements, en lien avec le SROS.

Ces leviers ont un impact concret sur le développement de la chirurgie ambulatoire.

Si l'on rapporte l'activité de chirurgie ambulatoire à l'ensemble de l'activité de chirurgie, le taux de chirurgie ambulatoire en Poitou-Charentes n'est plus que de 38 %²⁴ en 2009 (36 % à niveau national). Il existe donc encore des marges de progrès et un potentiel important de développement de la chirurgie ambulatoire.

Selon, l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), 80 % des actes chirurgicaux pourraient être réalisés en ambulatoire et 90 % des patients seraient éligibles à ce type de prise en charge²⁵.

En conséquence, l'objectif est de poursuivre et de renforcer le développement de la chirurgie ambulatoire en tant que chirurgie « qualifiée et substitutive », ce qui passe notamment par :

- la poursuite de la mise sous accord préalable (MSAP) ;
- la réalisation d'un état des lieux et d'un diagnostic permettant, notamment, d'identifier les forces et les faiblesses de la région, ainsi que les leviers et les freins au développement de la chirurgie ambulatoire ;
- l'élaboration et mise en œuvre d'un plan d'action régional relatif au développement de la chirurgie ambulatoire dans son ensemble.

→ Voir fiche action n° 11 en annexe.

²² Définition issue de la Conférence de consensus des 22, 23 et 24 mars 1993 : « Par chirurgie sans hospitalisation, plus communément appelée chirurgie ambulatoire ou chirurgie de jour, on entend les actes chirurgicaux et/ou d'investigation, programmés et réalisés dans les conditions techniques de sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et selon les modalités permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission ».

²³ Pour certains actes chirurgicaux courants pouvant être réalisés en ambulatoire, la prise en charge des nuits d'hospitalisation peut être soumise à l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie.

²⁴ Source : ATIH- Données 2009

²⁵ Concernant le pourcentage de patients éligibles à la chirurgie ambulatoire, l'ANAP reprend en fait l'enquête PNIR 2000-2004 de l'Assurance maladie « Conditions de développement de la chirurgie ambulatoire » menée sur 34 000 patients et à partir des recommandations de la FNAR.

7. Efficience des EHPAD

L'effort de solidarité en faveur des personnes âgées s'est traduit, ces dernières années, par une progression notable de l'ONDAM « personnes âgées » : 5,6 % en 2009 (contre 3,6 % pour l'ONDAM dans son ensemble), 10,9 % en 2010 (contre 3,0 %) et 4,4 % en 2011 (contre 2,9 %).

Cet effort financier a permis de développer l'offre médico-sociale en faveur des personnes âgées, et notamment d'augmenter le nombre de places en EHPAD. En Poitou-Charentes, ces derniers représentent ainsi 84 % de la capacité totale d'accueil des structures pour personnes âgées, soit 22 920 places (comprenant l'hébergement permanent, temporaire, l'accueil de jour et de nuit)²⁶.

L'entrée en EHPAD est de plus en plus tardive et souvent motivée par les difficultés à assurer seul les gestes du quotidien. En Poitou-Charentes, l'âge moyen d'entrée en EHPAD est de 80 ans pour les hommes et 83 ans pour les femmes et la durée moyenne de séjours est de 3 ans et 4 mois. Les résidents sont âgés en moyenne de 85 ans, sont majoritairement des femmes et sont pour les trois quarts dépendants²⁷.

Ainsi, au-delà de l'effort financier consacré au développement de l'offre, la qualité et l'efficience des soins en EHPAD constituent une préoccupation majeure pour les pouvoirs publics et un enjeu de santé publique. La coordination des soins au sein des EHPAD doit notamment être renforcée pour une meilleure qualité de la prise en charge. À titre d'illustration, la polymédication, fréquente chez les sujets âgés polypathologiques, constitue un facteur de risque en termes d'iatrogénie médicamenteuse. Or, selon la Haute autorité de santé (HAS), cette dernière serait responsable de plus de 10 % des hospitalisations chez les plus de 65 ans et de près de 20 % chez les octogénaires.

Dans ce contexte, la mise en œuvre d'une démarche de gestion du risque, au niveau des EHPAD, repose nécessairement sur les deux axes suivants :

- améliorer l'efficience générale des EHPAD ;
- améliorer la qualité et l'efficience des soins en EHPAD.

➤ **Améliorer l'efficience générale des EHPAD**

Concernant l'efficience générale des EHPAD, les objectifs sont les suivants :

- améliorer la coordination des professionnels de santé et la qualité de la prise en charge en EHPAD ;
- mettre en place un suivi et une analyse des dépenses de soins des EHPAD ;
- inciter à une gestion et une organisation plus efficaces des EHPAD ;
- évaluer la qualité de la prise en charge et des soins.

Au niveau régional, il s'agit donc de :

- suivre le déploiement des contrats de coordination des professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD ;
- mettre en place un suivi et une analyse des dépenses de soins en EHPAD, permettant d'effectuer des comparaisons entre les établissements et de repérer des comportements atypiques appelant des actions ciblées à conduire, le cas échéant, en lien avec l'Assurance maladie ;
- suivre les dépenses lors du passage des EHPAD au tarif global ;
- collecter, en lien avec les Conseils généraux, des indicateurs de qualité et d'efficience, dès que ceux-ci seront généralisés.

➔ **Voir fiche action n° 12 en annexe.**

➤ **Améliorer la qualité et l'efficience des soins en EHPAD**

En matière de qualité et d'efficience des soins en EHPAD, il s'agit notamment de :

- renforcer et diffuser les bonnes pratiques professionnelles en EHPAD ;
- inciter les EHPAD à contractualiser sur des objectifs d'amélioration de la prescription et de la coordination des soins ;
- aider les EHPAD à élaborer une liste préférentielle de médicaments efficace.

Au niveau régional, cela suppose :

²⁶ Source : Com' Stat n° 5, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en Poitou-Charentes », novembre 2009, service statistiques de la DRASS Poitou-Charentes.

²⁷ Source : Com' Stat n° 5, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en Poitou-Charentes », novembre 2009, service statistiques de la DRASS Poitou-Charentes.

- d'organiser, en lien avec l'Assurance maladie, des réunions annuelles des EHPAD pour assurer une information et des échanges sur les bonnes pratiques liées aux soins ;
- de contractualiser avec les EHPAD, sur la base d'un contrat-type d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS), dans une logique d'efficacité de la prescription et des soins ;
- de suivre le déploiement des CAQCS ;
- de diffuser auprès des EHPAD la méthodologie d'élaboration de la liste préférentielle des médicaments ;
- de vérifier l'existence d'une liste préférentielle de médicaments dans les EHPAD et la pertinence de son contenu au regard des recommandations de bonnes pratiques.

→ Voir fiche action n° 13 en annexe.

8. Permanence des soins ambulatoire et hospitalière

La loi HPST du 21 juillet 2009 a donné compétence aux ARS pour organiser la mission de service public de permanence des soins (PDS) et déterminer la rémunération spécifique des professionnels de santé pour leur participation à la PDS.

En Poitou-Charentes, le dernier bilan de la permanence des soins réalisé par la Mission régionale de santé²⁸, concluait sur les constats suivants :

- des organisations de la permanence des soins à géométrie variable dans la région (organisation différente d'un département à l'autre) ;
- des modes organisation de la PDS pas toujours adaptés aux besoins de la population en fonction des périodes ;
- des gains d'efficacité à rechercher dans le rapport service rendu à la population / moyens mis en œuvre (5,4 millions d'euros) ;
- une organisation de la PDS qui s'organise tout de même progressivement (64 % d'actes régulés) ;
- une nécessité d'opérer une sectorisation plus resserrée, d'améliorer la lisibilité du dispositif et d'avoir une vigilance sur l'organisation de la PDS en période de nuit profonde et sur les actes hors astreintes.

Les principaux enjeux, en la matière, sont de garantir la permanence des soins ambulatoire, tout en maîtrisant son coût, de favoriser de nouveaux modes d'organisation de la PDS et d'articuler la permanence des soins ambulatoires et la prise en charge des urgences hospitalières et pré-hospitalières.

Un indicateur portant sur la part des patients relevant du niveau 1 de la classification clinique des malades des urgences (CCMU)²⁹ a été intégré dans le CPOM de l'ARS. L'objectif est de passer de 13 % à 9 % en 2013.

→ Voir fiche action n° 14 en annexe.

9. Soins de suite et de réadaptation

Les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) ont pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients, et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion³⁰.

Au sein de l'offre de soins, les SSR occupent ainsi, de par leur activité, une place particulière entre les services de médecine et de chirurgie (court séjour) et le domicile, l'EHPAD ou l'USLD (long séjour). Ils peuvent être « généralistes » ou spécialisés.

Le secteur des SSR connaît un développement lié à plusieurs facteurs : le vieillissement de la population, la croissance des besoins liés aux maladies chroniques et aux handicaps, la diminution des durées moyennes de séjour en MCO.

En 2009, le taux d'équipement en SSR, en Poitou-Charentes, est de 1,52 lits et places autorisés pour 1 000 habitants pour un taux national de 1,58. Au sein même de la région, on constate des disparités entre les territoires. Ainsi, si l'on ne tient pas compte des structures spécialisées à vocation régionale, le taux varie de 1,18 pour le territoire de Charente-Maritime Nord à 1,43 pour les Deux-Sèvres³¹.

²⁸ Bilan de la permanence des soins en Poitou-Charentes (année 2008) - MRS, juillet 2009.

²⁹ Le niveau 1 de la CCMU correspond à un état clinique jugé stable (abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique).

³⁰ Définition issue de l'article R.6123-118 du Code de la santé publique.

³¹ Source : SROS III

L'hétérogénéité des structures de SSR (diversité des types de prises en charge, notamment) et le manque de coordination peu conduire à un manque de lisibilité globale de l'offre et à un manque de fluidité dans le parcours des patients.

L'organisation de l'offre en matière de soins de suite et de réadaptation doit donc répondre aux enjeux suivants : améliorer le recours aux SSR (organisation de filières, déploiement de l'outil « Trajectoire »³²...), maîtriser le développement des SSR et améliorer leur efficience dans un cadre budgétaire contraint.

➤ **Mettre en œuvre la réforme réglementaire SSR, dans un cadre budgétaire contraint :**

Au niveau des autorisations, il s'agit de promouvoir l'hospitalisation de jour par rapport à l'hospitalisation complète et de limiter les autorisations qui entraîneraient des coûts importants (création ex-nihilo, extensions d'activités).

Dans l'organisation du secteur des soins de suite et de réadaptation, il s'agit d'améliorer la connaissance des missions des SSR par les services de MCO, de développer la complémentarité entre l'offre de soins en SSR et le secteur ambulatoire et de favoriser la fluidité des parcours du SSR vers le médico-social.

Dans la perspective d'un meilleur recours aux SSR, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a modifié l'article L.162-1-17 du Code de la sécurité sociale, afin de permettre la mise sous accord préalable (MSAP) de prestations d'hospitalisation pour les soins de suite ou de réadaptation³³.

→ Voir fiche action n° 15 en annexe.

➤ **Mettre en œuvre une politique maîtrisée et efficiente du SSR :**

Dans un cadre budgétaire contraint, il s'agit de mettre en œuvre une politique maîtrisée et efficiente du SSR.

Ainsi, il est notamment préconisé de limiter la progression d'activité des établissements, dans le cadre des CPOM et de promouvoir le modèle cible de tarification à l'activité (T2A).

→ Voir fiche action n° 16 en annexe.

10. Hospitalisation à domicile

La loi réformant l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a reconnu l'HAD comme une modalité d'hospitalisation à part entière et non plus comme simple alternative à l'hospitalisation traditionnelle.

Depuis 2009, une action de maîtrise médicalisée est développée auprès de ces structures pour favoriser la qualité de la prise en charge des patients et le respect de la réglementation. Le programme de maîtrise médicalisée des structures d'HAD a permis une stabilisation du coût moyen de la journée³⁴.

En 2011, 3 901 637 journées (+141,1% en 2011 par rapport à 2005, soit un taux de croissance annuel moyen de 17,2% depuis 6 ans) ont été réalisées en HAD en France.

Le montant de la valorisation brute, sur la même période (2005-2011), a été multiplié par 2,5, pour atteindre 771,2 millions d'euros en 2011.

En Poitou-Charentes, 92 965 journées valorisées ont été réalisées en HAD 2011. On note une évolution de 7% par rapport à l'année 2010.

Le montant de la valorisation brute augmenté de 6.7% entre 2010 et 2011³⁵.

³² Mis en œuvre, dans un premier temps, par l'ARH Rhône-Alpes, puis généralisé à d'autres régions, dont le Poitou-Charentes, l'outil « Trajectoire » est un logiciel d'aide à l'orientation, à la demande d'admission et au transfert des patients en SSR grâce à un lien internet sécurisé. Il permet une gestion centralisée des demandes d'admission en SSR et une connaissance en temps réelle des places disponibles.

³³ La MSAP peut être motivée par une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation, par une proportion élevée de prestations d'hospitalisation facturées non conformes aux référentiels établis par la HAS ou par un nombre de prestations d'hospitalisation facturées significativement supérieur aux moyennes régionales ou nationales.

³⁴ Propositions de l'Assurance Maladie sur les charges et produits de l'année 2012

³⁵ Source : ATIH

Les actions relatives à l'Hospitalisation à domicile ne sont pas intégrées aux dix priorités nationales définies par le CNP. Toutefois, certaines actions sont menées conjointement par l'ARS et les organismes d'Assurance Maladie.

➤ ***Retour Précoce à domicile après accouchement***

Dès 2009, la mission T2A s'interrogeait sur les modalités de prise en charge retour précoce à domicile après accouchement (RPDA).

Le Ministre de la Santé lors de la journée sur l'hospitalisation à domicile de 2010 a pu préciser qu'en matière de périnatalité, il était nécessaire de définir l'intervention des HAD par rapport aux professionnels libéraux.

De plus, les contrôles menés en 2009 ont décelé des inadéquations liées à la charge en soins.

Ainsi, la CNAMTS a formulé dans son rapport « charges et produits pour l'année 2012 » une proposition de mise sous accord préalable notamment sur le thème du RPDA pour les structures d'HAD.

En 2012, cette action se traduit par une mise sous observation des structures réalisant une activité notable de RPDA et de l'envoi d'un courrier pour les autres structures recevant des patientes pour ce mode de prise en charge.

→ ***Voir fiche action n° 17 en annexe.***

ACTION REGIONALE COMPLEMENTAIRE SPECIFIQUE

Outre les actions nationales, le PRGDR peut comprendre des actions complémentaires tenant compte des spécificités régionales.

Selon la directive du 19 juillet 2010³⁶ (validée par le CNP le 9 juillet), ces actions doivent répondre à certains critères. Ainsi, les actions spécifiques régionales doivent :

- être complémentarités avec les programmes nationaux pour maintenir une cohérence au sein du PRGDR ;
- reposer sur des référentiels scientifiques validés ;
- être pertinente en termes de moyens mobilisés et d'objectifs fixés (les actions avec un « *retour sur investissement mesurable* » doivent notamment être privilégiées).

Promotion de l'usage de la prescription en dénomination commune

Initié par l'OMS depuis 1950 et opérationnel depuis 1953, le système des dénominations communes internationales constitue un langage commun conçu pour être utilisé par le plus grands nombre de professionnels de santé et de patients dans le monde. La dénomination commune internationale permet ainsi de désigner un médicament non plus par un nom commercial mais par un nom scientifique en rapport avec la substance active (molécule) de ce médicament.

La prescription en DC constitue un enjeu de santé publique et s'inscrit dans une démarche globale d'efficience des dépenses de santé.

Favorisant la transparence et le partage de l'information, la prescription en DC est un élément de sécurisation pour l'ensemble des acteurs de la chaîne de santé :

→ *Pour le médecin* : elle facilite l'apprentissage du nom des médicaments, permet de mieux identifier les effets de classe des médicaments et donc les risques d'interactions médicamenteuses et favorise la sécurité et la continuité des soins entre la ville et l'hôpital ;

→ *Pour le pharmacien* : elle facilite la substitution d'un médicament princeps par un médicament générique, lorsqu'il en existe³⁷ ;

→ *Pour le patient* : elle limite les risques de mésusage, et en particulier de surdosage (prise de médicaments de marques différentes mais contenant la même substance active) et facilite la poursuite du traitement en cas de séjour à l'étranger.

En favorisant la délivrance de médicaments génériques, moins onéreux que les médicaments princeps, la prescription en DC participe, par ailleurs, à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et constitue une source d'économies potentielles pour l'Assurance maladie et les organismes complémentaires.

Malgré les avantages qu'elle procure, la DC reste peu utilisée en France. Selon le Mémento du médicament 2010 réalisé par la Mutualité française, seulement 11,3 % des lignes de prescriptions sont libellées en DC (12,3 % pour les généralistes et 5,2 % pour les spécialistes)³⁸.

En Poitou-Charentes, l'ARH, l'URCAM et la CPAM de la Vienne ont conclu, en 2009, un engagement réciproque avec un centre hospitalier afin de promouvoir la prescription en DC. La mesure d'impact de cet engagement, qui concernait quatre classes thérapeutiques (les antibiotiques, les statines, les IPP et les antalgiques de palier 1 et 2), a mis en évidence un changement de comportement en matière de prescription.

La généralisation de cette action à d'autres établissements de santé permettra d'initier un véritable changement dans les pratiques professionnelles car les traitements initiés à l'hôpital régissent les traitements prescrits en ambulatoire, dans le cadre de la continuité des soins.

³⁶ Directive aux ARS relative aux priorités sur la gestion du risque en 2010 (instruction validée par le CNP le 9 juillet 2010).

³⁷ Si la prescription libellée en dénomination commune peut être respectée par la délivrance d'une spécialité figurant dans un groupe générique mentionné au 5° de l'article L.5121-1, le pharmacien délivre une spécialité appartenant à ce groupe dans le respect des dispositions de l'article L.162-16 du code de la sécurité sociale (article L.5125-23 du code de la santé publique).

³⁸ Source : FNMF, Observatoire du médicament, à partir des données IMS Health (cumul mobile annuel - février 2010), cité dans le Mémento du médicament 2010 de la Mutualité française.

En outre, cette action régionale complémentaire spécifique permet de renforcer l'action de maîtrise des prescriptions hospitalières exécutées en ville, action prioritaire pilotée par l'ARS.

Elle devra être articulée en toute cohérence avec l'action PHMEV mais également avec les messages de l'Assurance Maladie privilégiant « la prescription dans le répertoire du générique ».

Cette action est pilotée par l'ARS sans participation des Caisses d'Assurance Maladie.

→ Voir fiche action n° AC1 en annexe.