

AVANT-PROPOS

1 ■ LA DÉFINITION DE LA GESTION DU RISQUE

La gestion du risque 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 »⁽¹⁾. Elle intègre la maîtrise médicalisée des dépenses de santé qui vise à rechercher des gains de productivité dans le système de soins, par l'évolution des comportements en matière de prescriptions et de consommation.

Selon la loi HPST du 21 juillet 2009, 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 ».

2 ■ LES GRANDS AXES DE LA GESTION DU RISQUE

Les actions de GDR sont regroupées en programmes thématiques et visent à :

- Identifier les populations pertinentes au regard de caractéristiques prédéfinies, connaître leur risque « santé », leurs besoins et savoir anticiper leur évolution,
- Prévenir les maladies en agissant sur le comportement des assurés (information, prévention, éducation pour la santé) et limiter leur aggravation (prévention secondaire),
- Informer, sensibiliser et accompagner les professionnels de santé pour promouvoir la qualité des pratiques (diffusion de supports, soutien de projets...),

■ Optimiser le coût des dépenses de soins par :

- la promotion d'un recours aux soins plus pertinent (chirurgie ambulatoire, Maisons Médicales de Garde et Urgence, Soins de Suite et Réadaptation, etc.),
- la maîtrise des coûts de production des soins (formation des professionnels et pratiques soignantes, organisation des établissements de santé...),
- l'organisation d'une offre de soins ajustée aux besoins (planification, processus de soins et modes d'organisation efficaces, contractualisation...),
- Contrôler et sanctionner les prestataires de soins et les assurés déviants (contrôle individuel des droits, contrôle de la justification des soins, fraudes, profils de prescription « atypiques »).

3 ■ DEUX OBJECTIFS PRIORITAIRES DU PROGRAMME RÉGIONAL DE GESTION DU RISQUE

Le Programme Régional de Gestion Du Risque (PR GDR) présente des actions s'inscrivant dans deux objectifs du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) :

- «Garantir le juste Soins»,
- «Responsabiliser les usagers dans leur recours au système de santé».

4 ■ LE PROGRAMME RÉGIONAL DE GESTION DU RISQUE, LE CADRE RÉGLEMENTAIRE

Le Programme Pluriannuel Régional de Gestion Du Risque est arrêté par le directeur général de l'agence pour une durée de quatre ans. Il est **intégré au projet régional de santé (PRS) et en constitue un levier**. Il fait l'objet **chaque année d'une révision** par avenants préparés, soumis à l'avis de la commission régionale de gestion du risque et arrêtés dans les mêmes conditions que le programme (articles L.1431-2 et Art. L.1434-14 du Code de la Santé Publique et le Décret n°2010-515 du 18 mai 2010).

Par ailleurs, il constitue un support privilégié du partenariat avec l'Assurance maladie décliné par le biais de contrats entre l'Agence et les organismes d'Assurance Maladie : Régime Général, Régime Agricole et RSI.

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

(1) 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)

5 ■ L'ORGANISATION ET LES ACTEURS DE LA GESTION DU RISQUE

Le pilotage national



Le pilotage régional

Le réseau de l'assurance maladie est l'opérateur historique de la gestion du risque, en particulier dans le cadre des soins ambulatoires. Les évolutions récentes de l'organisation du système de santé (hospitalisation à domicile, réseaux de santé, chirurgie ambulatoire, etc.) et de sa gouvernance, nécessitent un partenariat entre les ARS et les organismes et services de l'Assurance maladie.

La coordination entre l'ARS et l'assurance maladie est assurée formellement au sein de la commission régionale de gestion du risque présidée par le directeur général de l'ARS associant pleinement les services de l'ARS et de l'assurance maladie dans l'atteinte des objectifs de gestion du risque. Ces actions doivent permettre de renforcer l'efficacité du système de santé et ainsi contribuer au respect de l'ONDAM voté par le Parlement dans le cadre des lois de financements de la sécurité sociale. La commission associe les organismes complémentaires d'assurance maladie, un représentant participant aux travaux de celle-ci (art. 1434-12 du CSP).

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

Elle se réunit en **formation restreinte** au moins une fois par trimestre civil. Elle propose le contenu du PRGDR, et ses avenants annuels, à la Commission réunie en formation plénière ; elle valide les plans d'actions ; elle assure le suivi des projets ; elle décide, si nécessaire, de la mise en place de groupes de travail spécifiques.

Les instances régionales de l'Assurance maladie

Suite à la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires prévoit, l'Assurance maladie s'est organisée au niveau régional pour la déclinaison des programmes de gestion du risque.

L'ARS a un interlocuteur régional pour chaque régime. Le représentant régional est :

- pour le Régime Général : le Directeur Coordonnateur de la gestion du risque (DC-GDR), nommé par le Directeur général de la CNAMTS ;
- pour le Régime Agricole : le Directeur de l'AROMSA ;
- pour le Régime Social des Indépendants : le Directeur Régional.

La coordination entre les régimes se fait au sein du collège régional de l'Assurance maladie (CORDAM), animé par le DC-GDR. Ce comité décline la stratégie nationale sur les programmes nationaux de gestion du risque pilotés par les caisses nationales et les priorités nationales pilotées par les ARS, propose des options d'organisation pour leur mise en œuvre locale, s'assure de la mise à disposition des expertises et des moyens, par chaque acteur. Ce comité assure la cohérence des actions et suit le déroulement des interventions.

Au sein du Régime Général, le Directeur Coordonnateur de la gestion du risque organise la concertation au sein d'un comité des directeurs des organismes de la région (CPAM - CARSAT) et du service médical régional, le COREDIR. Au sein du Régime agricole, ce rôle est assuré par le Directeur de l'AROMSA.

ORIENTATION STRATEGIQUE N°1 : LA PERSONNE AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n° 1 : Garantir une prise en charge de qualité de l'insuffisance rénale chronique la plus efficace possible **544**

Action n°2 : Développer la chirurgie ambulatoire **546**

ORIENTATION STRATEGIQUE N°2 : LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°3 : Maîtriser l'évolution des dépenses de transports sanitaires prescrits à l'hôpital **548**

Action n°4 : Maîtriser la dynamique des prescriptions de médicaments et dispositifs de la liste en sus **550**

Action n°5 : Maîtriser la dynamique des prescriptions hospitalières médicamenteuses délivrées en ville **552**

Action n°6 : Garantir une offre en imagerie médicale efficace **554**

Action n°7 : Mettre en place une politique efficace et maîtrisée des Soins de Suite et de Réadaptation **556**

Action n°8 : Assurer la permanence des soins en ambulatoire et les urgences **558**

ORIENTATION STRATEGIQUE N°3 : LA MAÎTRISE DES RISQUES CONCERNANT LA SANTÉ DES POPULATIONS

Action n°9 : Favoriser une organisation et une utilisation des ressources efficaces en EHPAD **560**

Action n°10 : Maîtriser la dynamique des prescriptions dans les EHPAD **562**

Action n°11 : Améliorer les dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal **564**

Action n°12 : Améliorer la couverture vaccinale de la population ligérienne **566**

2 - LES PROGRAMMES NATIONAUX DE GDR PILOTÉS PAR LES RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE

2.1 Les programmes de maîtrise médicalisée en ville	568
2.2 Les programmes de renforcement de l'efficacité de l'offre de soins dans les établissements de santé et médico-sociaux	573
2.3 Les plans de prévention et d'accompagnement des patients	574
Glossaire	576



1 - LES 12 ACTIONS DU PROGRAMME RÉGIONAL DE GESTION DU RISQUE PILOTÉES PAR L'ARS

Action n° 1 ■ **Prise en charge de l'Insuffisance rénale chronique**

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Promouvoir le dépistage et la prévention de l'IRC

Développer des stratégies de traitement efficaces

Garantir une prise en charge de qualité, la plus efficace possible

Action n° 2 ■ **Chirurgie ambulatoire**

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Développer la chirurgie ambulatoire sur 17 actes marqueurs

Développer des centres de chirurgie ambulatoire exclusive

Action n° 3 ■ **Transports sanitaires**

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Maîtriser l'évolution des dépenses de transport prescrits à l'hôpital

Expérimenter de nouvelles modalités d'organisation et de régulation

Action n° 4 ■ **Prescription des médicaments et des dispositifs de la liste en sus**

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Maîtriser les volumes au travers d'une contractualisation avec les établissements de santé ciblés

Action n° 5 ■ **Les prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville**

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Identifier les prescripteurs hospitaliers

Maîtriser les volumes au travers d'une contractualisation avec les établissements de santé ciblés

Action n° 6 ■ **Imagerie Médicale**

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Réguler les dépenses d'imagerie conventionnelle

Favoriser un développement soutenable des équipements lourds

Action n° 7 ■ Soins de Suite et de Réadaptation

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Mettre en œuvre la réforme réglementaire Soins de Suite et Réadaptation (SSR), dans un cadre budgétaire contraint

Mettre en œuvre une politique efficiente et maîtrisée du SSR

Action n° 8 ■ Permanence des Soins ambulatoire et urgences

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Assurer une permanence des soins ambulatoire et des urgences hospitalières

Action n° 9 ■ Efficience des EHPAD

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Améliorer la coordination des PS intervenant en EHPAD / Diffuser les bonnes pratiques

Développer les systèmes d'information / Construire un dispositif d'évaluation

Action n° 10 ■ Prescription dans les EHPAD

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Elaborer une liste préférentielle des médicaments, concertée avec les médecins

Renforcer et diffuser les bonnes pratiques professionnelles en EHPAD

Action n° 11 ■ La prévention du cancer

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Améliorer les dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal

Action n° 12 ■ La vaccination

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Améliorer la couverture vaccinale de la population ligérienne

* L'enquête ES 2010 permettra d'identifier les agréments des établissements pour enfants et adultes handicapés ne correspondant pas à la réalité du public reçu.

ORIENTATION STRATEGIQUE N°1 : LA PERSONNE AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n° 1 ■ Garantir une prise en charge de qualité de l'insuffisance rénale chronique la plus efficiente possible



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectif 18 du Schéma Organisation des Soins : «Garantir le juste soin»

Objectif 2 du Schéma de Prévention : «Garantir l'accès à un programme d'éducation thérapeutique à chaque patient le nécessitant»

Objectif 7 du Schéma de Prévention : «Engager les acteurs de santé du premier recours dans des actions de prévention de proximité»

■ Contexte et enjeux

L'insuffisance Rénale chronique (IRC) est une maladie progressive et longtemps silencieuse dont l'évolution peut-être freinée, voire stoppée, par un traitement médical. 1,8 à 3 millions de personnes en France ont une IRC non terminale et 68000 une IRC terminale (dont 55% traités en dialyse et 45% ayant un greffon rénal). L'hypertension artérielle et le diabète sont les principales causes d'insuffisance rénale terminale, responsables à elles seules de 47% des nouveaux cas.

Les experts estiment que 10% des IRC terminales pourraient être évitées et que 30% d'entre-elles pourraient être retardées de nombreuses années sous réserve d'une détection précoce et d'une prise en charge adaptée. Le coût de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale, 4 milliards d'euros en 2007, devrait atteindre 5 milliards d'euros en 2025.

■ Etat des lieux régional

Au 1^{er} janvier 2010, le registre REIN dénombre en Pays de la Loire, 1.501 patients pris en charge en dialyse et 1.957 porteurs d'un greffon rénal fonctionnel.

Les Pays de Loire comptent en février 2011, 62 médecins spécialistes exerçant en néphrologie (densité régionale de 1,74 contre 2,05 pour 100.000 hab. au niveau national). Il n'existe pas, en Pays de la Loire, d'offre de soins par des néphrologues libéraux en dehors des structures de dialyse.

On constate le déclin de la dialyse autonome au profit de la dialyse en centre et le faible développement de l'activité en unité de dialyse médicalisée.

La proportion de patients pris en charge en dialyse péritonéale (DP) reste stable depuis bientôt une décennie. En 2009, sur les 403 nouveaux patients pris

en charge en Pays de la Loire, 5,2% l'ont été en DP. Ce taux reste très faible en comparaison d'autres régions françaises.

La prise en charge en hémodialyse de ces nouveaux patients s'est faite dans plus de 50% des cas en urgence (33,5% en moyenne sur 23 régions).

En Pays de la Loire en 2009, 220 transplantations rénales ont été réalisées. Le centre de Nantes est parmi les tous premiers centres européens de transplantation rénale.

■ Leviers

- Le renforcement des actions de prévention auprès des médecins généralistes
- Le développement d'une prise en charge précoce et de proximité
- Le développement du don d'organes, notamment sur le vivant
- Le recours à la télémédecine pour la prise en charge et/ou le suivi des patients

■ Points de vigilance

- La démographie médicale des néphrologues
- Les freins à la pratique de la dialyse péritonéale
- La pénurie d'organe

■ Indicateurs et Résultats attendus

- Part des patients en ALD diabète ayant bénéficié d'un suivi de la fonction rénale
- Part des patients traités par dialyse péritonéale sur patients dialysés
- Part de patients pris en charge hors centre d'hémodialyse
- Délais sur la liste d'attente de greffe

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs	
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
A	Promouvoir le dépistage et la prévention de l'IRC			
	Mobiliser les médecins généralistes sur l'enjeu du dépistage.	2011	CPAM	ARS
	Favoriser l'accès aux consultations de néphrologues	2012	ARS	
B	Développer les stratégies de traitement efficaces			
	Renforcer la prise en charge précoce de l'IRC	2011	ARS	CPAM
	Faciliter l'accès à la dialyse péritonéale (DP)	2012	ARS	
	Sensibiliser les professionnels de santé au développement de la dialyse péritonéale (formation)	2011	ARS	
	Développer la dialyse hors centre	2012	ARS	
C	Soutenir la transplantation rénale			
	Agir sur les leviers de lutte contre la pénurie d'organes	2012	ARS	
	Sensibiliser les professionnels de santé au développement de la transplantation rénale à partir de donneurs vivant	2012	ARS	
	Optimiser le suivi des patients greffés	2012	ARS	
D	Garantir une prise en charge de qualité, la plus efficace possible			
	Favoriser la prise en charge de proximité	2012	ARS	
	Développer le recours à la télémédecine	2012	ARS	

ORIENTATION STRATEGIQUE N°1 : LA PERSONNE AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n° 2 ■ Développer la chirurgie ambulatoire



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectif 18 du Schéma Organisation des Soins : «Garantir le juste soin»

Objectif 5 du Schéma Organisation des Soins : «Responsabiliser les usagers dans leur recours au système de santé»

■ Contexte et enjeux

La chirurgie ambulatoire, hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit, est une priorité nationale et constitue un levier majeur d'amélioration et de structuration de l'offre de soins. Elle s'inscrit dans les enjeux organisationnels des SROS-PRS en tant qu'alternative à l'hospitalisation complète.

Pratique centrée sur le patient, la chirurgie ambulatoire représente un véritable saut qualitatif de la prise en charge. Son bénéfice n'est plus à démontrer : d'abord pour le patient, mais aussi en termes de qualité des soins, d'efficacité de l'organisation et des ressources des plateaux techniques de chirurgie, ainsi que satisfaction des personnels.

Les politiques mises en œuvre depuis 2003 ont, certes, abouti à des résultats encourageants. Toutefois, la chirurgie ambulatoire continue d'accuser un retard en France par rapport aux autres pays de l'OCDE, et l'on observe d'importantes disparités entre les secteurs, les régions et selon les gestes

■ Etat des lieux régional

Le taux de chirurgie ambulatoire régional a progressé de 5,6 points de 2007 à 2010 pour s'établir à 37,3 %, avec un rythme de progression proche du niveau national de 3,7 points contre 3,9 points, de 2007 à 2009.

En 2009, la région affichait un léger retard sur le niveau national (0,8 points) qui tend à diminuer en 2010 (0,4 points).

Cette situation est étroitement liée au taux de chirurgie ambulatoire constaté sur les 17 gestes marqueurs, qui représentent à eux seuls 33 % de l'activité régionale de chirurgie. En 2010, le taux de chirurgie ambulatoire sur ces gestes marqueurs était de 74,1 % pour une moyenne nationale de 78,3 %. Il passe à 78,8 % sur la période janvier – juillet 2011.

■ Leviers

- Schéma régional d'organisation sanitaire - PRS
- Politique d'incitation tarifaire
- Dispositif de mise sous accord préalable
- Contractualisation dans le cadre des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
- Outils d'analyse et organisationnels via les démarches Qualité Efficience et de Benchmark

■ Points de vigilance

- Mobilisation des acteurs du terrain
- Fluidité des parcours, et notamment, gestion de l'aval (médecin traitant, acteurs médico-sociaux)

■ Indicateurs et Résultats attendus

- Taux de chirurgie ambulatoire global
- Taux de chirurgie ambulatoire sur les gestes marqueurs par établissement, par territoire et pour la région

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs	
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
A	Développer la chirurgie ambulatoire dans son ensemble			
	Réaliser un état des lieux et diagnostic partagés régional en articulation avec l'élaboration du SROS et le partager avec les professionnels	2011	ARS	CPAM
	Définir des objectifs sur la thématique de la chirurgie ambulatoire dans le cadre des CPOM	2012	ARS	
	Mettre sous accord préalable des actes de chirurgie avec potentiel de développement de l'ambulatoire	2011	ARS	CPAM MSA - RSI
B	Développer la qualité et l'efficacité des soins de chirurgie ambulatoire			
	Elaborer et diffuser des recommandations	2011	ARS	CPAM
	Former et diffuser des outils sur le Benchmark des blocs opératoires et l'Unité Chirurgie Ambulatoire	2011	ARS	
	Partager les pratiques de développement de la chirurgie ambulatoire	2011	ARS	

ORIENTATION STRATEGIQUE N°2 : LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n° 3 ■ Maîtriser l'évolution des dépenses de transports sanitaires prescrits à l'hôpital



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectif 18 du Schéma Organisation des Soins : «Garantir le juste soin»

Objectif 5 du Schéma Organisation des Soins : «Responsabiliser les usagers dans leur recours au système de santé»

■ Contexte et enjeux

Au niveau national, 67 millions de transports sont prescrits chaque année à 63% par les établissements de santé, sanitaires et médico-sociaux pour 5,1 millions de personnes transportées en 2009 (tous régimes confondus). Ces transports sont répartis à 42% d'ambulance, 23% de VSL et 31% de taxis (4% autres) ce qui représente au niveau national plus de 3,2 milliards d'euros de dépenses remboursables, tous régimes confondus pour 2009.

L'analyse des dépenses de transport montre une augmentation de 7,2% en valeur pour l'année 2009 s'expliquant à 4,2% par des hausses tarifaires et 3% d'évolution en volume.

Le programme « Transports Sanitaires» a un double objectif :

- la régulation de la progression des dépenses de transports sanitaires prescrits en établissement ;
- la redéfinition du modèle d'organisation et de régulation des transports, notamment par le développement d'expérimentations locales.

■ Etat des lieux régional

Avec un taux annuel d'évolution de 5,9 % des dépenses de transports sanitaires sur l'année 2010 dont le montant est de plus de 167 millions d'euros, la région Pays de la Loire connaît une augmentation supérieure de 0,8 points par rapport à la moyenne nationale (5,1 % entre 2010 et 2009).

Cependant, les dépenses de transports engagées par les seuls établissements de santé progressent plus rapidement, avec un taux de 7,5 % au plan régional.

■ Leviers

- Plus forte sensibilisation des prescripteurs
- Démarche de contractualisation avec les établissements de santé
- Mise en place du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) qui permettra une meilleure analyse du poste de dépense
- Meilleure maîtrise de l'agrément des véhicules sanitaires (Délégation Territoriale)

■ Points de vigilance

- Un cadre de maîtrise qui dépend des négociations nationales, notamment pour la partie liée à la hausse des tarifs.
- Le développement de nouveaux modes de prise en charge, ambulatoires, qui tendent à solliciter encore plus fortement les transports sanitaires.

■ Indicateurs et Résultats attendus

- Taux d'évolution des dépenses régionales de transports prescrits à l'hôpital
- Nombre d'établissements ciblés et taux de contractualisation avec ces établissements
- Taux d'évolution des dépenses de transports prescrits par les établissements ciblés
- Nombre d'expérimentations lancées par l'ARS

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs	
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
A	Renforcer les outils de suivi et sensibiliser les acteurs			
	Développer un tableau de bord de suivi par établissement et pour la région. Cet outil permettra de suivre les dépenses par mode de transport et, dès que possible, par prescripteur.	2011 Mise à jour annuelle	CPAM	ARS – MSA - RSI
	Communiquer périodiquement sur l'évolution du montant des dépenses auprès des établissements de la région.	2011 Périodicité annuelle	CPAM	ARS – MSA - RSI
	Renforcer les actions de sensibilisation des acteurs (patients / prescripteurs / responsables)	2011 Périodicité annuelle	CPAM patients prescripteurs ARS responsables	MSA-RSI
B	Mettre en œuvre un programme d'actions auprès des établissements de santé ciblés			
	Identifier annuellement les établissements dont le taux d'évolution des dépenses est supérieur au taux cible	2011 Périodicité annuelle	CPAM	ARS
	Définir les établissements rentrant dans le champ de la contractualisation et assurer la négociation contractuelle, arrêter et suivre un programme d'actions avec chacun d'eux	2011	ARS	CPAM
	Développer les outils d'appui au niveau régional	2012	ARS	
C	Expérimenter de nouvelles modalités d'organisation des transports auprès des établissements de santé			
	Expérimenter de nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports	2012	ARS	
	Partager les pratiques	2012	ARS	
D	Améliorer la gestion des transports sur le champ médico-social			
	Réaliser un état des lieux sur les modalités de transport dans le secteur médico-social	2012	ARS	
	Expérimenter de nouvelles modalités d'organisation des transports	2013	ARS	

ORIENTATION STRATEGIQUE N°2 : LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n° 4 ■ **Maîtriser la dynamique des prescriptions de médicaments et dispositifs de la liste en sus**



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectif 18 du Schéma Organisation des Soins : «Garantir le juste soin»

■ Contexte et enjeux

Les dépenses de produits de santé – spécialités pharmaceutiques, produits et prestations - financés en sus des prestations d'hospitalisation, se sont élevées en 2009 à plus de 4 Md (toutes catégories d'établissements confondues) : 2,5Md pour les médicaments, 1,5Md pour les dispositifs médicaux implantables (DMI). L'évolution globale est de 5,2% par rapport à 2008, les DMI ayant un taux de progression supérieur à celui des médicaments.

Un plan a été mis en œuvre en 2009, comportant une forte dimension locale au travers de la conduite d'actions de contrôle des contrats de bon usage et de la régulation au titre de l'article L.162-22-7-2 du code de la sécurité sociale. Ce plan est destiné à favoriser un usage efficient des dispositifs en sus et aussi à prévenir une croissance des dépenses supérieure à un taux national dans les établissements de santé et dont l'origine résiderait dans des pratiques de prescriptions non conformes aux référentiels et recommandations de la HAS, de l'Inca et de l'AFSSAPS (notamment les Référentiels de Bon Usage).

■ Etat des lieux régional

56 établissements de la région sont concernés par la liste en sus en 2009, 13 établissements avaient un taux d'évolution des dépenses supérieur à 10%.

Le volume annuel des dépenses «liste en sus» en Pays de la Loire est de 196 M€ en 2009, en progression de 4,3% par rapport à 2008 dont 3,3 % pour les médicaments et 5,7 % pour les dispositifs médicaux.

■ Leviers

- Les référentiels et recommandations de la HAS, de l'Inca et de l'AFSSAPS
- Le développement d'un processus interne à l'hôpital d'amélioration des pratiques de prescriptions hospitalières dont l'évaluation des pratiques professionnelles

■ Points de vigilance

- Réintégration de certains produits de santé dans les GHS
- Effets retard de transmission des fichiers de produits facturés en sus par les établissements
- Evolution des modalités de prise en charge des patients

■ Indicateurs et Résultats attendus

- Taux d'évolution des dépenses régionales de médicaments et DMI de la liste en sus
- Nombre d'établissements ciblés et taux de contractualisation avec ces établissements
- Taux d'évolution des dépenses de la liste en sus pour les établissements ciblés

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs	
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
A	Opérer un suivi préventif, destiné à identifier en amont les établissements gros prescripteurs – Renforcer les outils de suivi et analyser, en lien avec l'établissement, les évolutions constatées			
	Développer un tableau de bord de suivi par établissement et pour la région	2011 Mise à jour annuelle	ARS	
	Analyser périodiquement les dépenses des médicaments et dispositifs de la liste en sus par établissement et évolution.	Dès 2011 Périodicité annuelle	ARS	
	Rencontrer les établissements ciblés et conduire une analyse conjointe des évolutions constatées	Dès 2011 Périodicité annuelle	ARS	
	Coordonner une analyse régionale pour identifier les classes thérapeutiques concernées	2012	ARS	OMEDIT
B	Identifier les causes des progressions constatées avec des actions de contrôle – Veiller au respect des référentiels de bon usage du médicament			
	Contrôler la bonne application des référentiels de Bon Usage sur la base de dossiers patients	Dès 2011 Périodicité annuelle	ARS	CPAM DRSM OMEDIT
	Relier les contrats de bon usage du médicament avec les travaux menés par l'OMEDIT et les observatoires dédiés	2012	ARS	OMEDIT
C	Elaborer avec les établissements ciblés un plan d'actions comportant des objectifs de dépenses et d'amélioration de la qualité de prescription			
	Contractualiser avec les établissements ciblés sur la base d'un plan d'actions	Dès 2011 Périodicité annuelle	ARS	CPAM DRSM
	Suivre les contrats signés et les plans d'actions associés	Dès 2012	ARS	CPAM DRSM

ORIENTATION STRATEGIQUE N°2 : LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n° 5 ■ **Maîtriser la dynamique des prescriptions hospitalières médicamenteuses délivrées en ville**



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectif 18 du Schéma Organisation des Soins : «Garantir le juste soin»

■ Contexte et enjeux

Les prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville (PHMEV) représentent un enjeu financier de 6 Md€, avec une progression rapide puisque les 2/3 de la croissance de toutes les dépenses médicamenteuses délivrées en officine de ville sont liés à ces prescriptions.

Plusieurs facteurs expliquent cette évolution : classes de médicaments prescrits associés à des pathologies lourdes VIH, Cancer, Hépatite et nouvelles modalités de prise en charge en ambulatoire (chimiothérapie orale).

■ Etat des lieux régional

Les Pays de la Loire présente un moindre niveau de dépenses de médicaments, délivrée en officines de ville (inférieur de 14% à la moyenne nationale). Pour autant, la croissance des dépenses de PHMEV est de 10 % en 2010 avec un montant de presque de 190 Millions d'euros (données CPAM).

En 2010, 37 établissements de santé ligériens ont un taux de croissance des dépenses de pharmacie de ville supérieur à 6 %. Parmi ceux-ci, 10 dépassent en 2009 et 2010 les 3 millions d'euros avec un maximum à 57,3 millions pour le plus important d'entre eux en 2010.

■ Leviers

- Plus forte sensibilisation des prescripteurs
- Mise en place du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) qui permettra une meilleure analyse du poste de dépense
- Respect des référentiels et recommandations de la HAS, de l'Inca et de l'AFSSAPS

■ Points de vigilance

- Le développement de nouveaux modes de prise en charge, notamment en ambulatoire
- Evolution de facteurs structurels et réglementaires : nouvelles molécules en officine de ville, évolution de traitements entraînant une baisse des durées de séjours et une augmentation des besoins de soins prescrits

■ Indicateurs et Résultats attendus

- Taux d'évolution des dépenses régionales de PHMEV
- Nombre d'établissements ciblés et taux de contractualisation avec ces établissements
- Taux d'évolution des dépenses de PHMEV pour les établissements ciblés

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs	
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
A	Cibler, sensibiliser et initier un dialogue avec les établissements de santé			
	Développer un tableau de bord de suivi par établissement et pour la région. Cet outil permettra de suivre les dépenses par classe thérapeutique, et dès que possible, par prescripteur	2011 Mise à jour annuelle	CPAM	
	Communiquer périodiquement sur l'évolution du montant des dépenses.	Dès 2011 Périodicité annuelle	CPAM	ARS – MSA - RSI
	Renforcer les actions de sensibilisation des acteurs (patients / prescripteurs / responsables)	Dès 2011 Périodicité annuelle	CPAM patients prescripteurs ARS responsables	MSA-RSI
B	Mettre en œuvre une démarche contractuelle avec les établissements «forts prescripteurs» avec fixation d'objectifs de régulation des dépenses et d'optimisation des bonnes pratiques			
	Identifier annuellement les établissements dont le taux d'évolution des dépenses PHMEV est supérieur au taux cible	2011 Périodicité annuelle	CPAM	ARS
	Définir les établissements rentrant dans le champ de la contractualisation et assurer la négociation contractuelle, arrêter et suivre un programme d'actions avec chacun d'eux	2011	ARS	CPAM
C	Développer les outils d'appui et partager les bonnes pratiques			
	Développer les outils d'appui au niveau régional Tableau de comparaison des coûts, etc.	2012	CPAM	ARS
	Partager dans le cadre de l'OMEDIT les initiatives et les pratiques	2012	ARS	

ORIENTATION STRATEGIQUE N°2 : LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n° 6 ■ Garantir une offre en imagerie médicale efficiente

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectif 18 du Schéma Organisation des Soins : «Garantir le juste soin»

Objectif 17 du Schéma Organisation des Soins : «Organiser un parcours fluide, adapté et efficient des patients entre les pôles d'activité au sein des établissements de santé et entre les établissements de santé»

Objectif 23 du Schéma Organisation des Soins : «Déployer les infrastructures et les outils nécessaires à la coopération des acteurs»



■ Contexte et enjeux

L'imagerie médicale présente des enjeux majeurs compte tenu de sa place prépondérante et croissante dans les stratégies thérapeutiques, des progrès technologiques et des coûts correspondants aux examens.

Les enjeux sont l'amélioration de l'accès à l'imagerie en coupe (notamment IRM), une offre répondant aux besoins liés aux problématiques de santé publique (cancer, AVC, neurologie), des examens pertinents et efficients et une diminution de l'exposition des patients aux rayonnements ionisants.

■ Etat des lieux régional

La région se place dans une situation très spécifique avec un taux d'équipement en IRM (et dans une moindre mesure en scanner) très faible au regard de la moyenne nationale (au 31/12/2009, taux régional d'IRM par million d'habitant = 7,25 pour un taux national de 10,63 et taux régional de Scanner par million d'habitant = 11,88 pour un taux national de 14,41).

Avec 9,1 radiologues pour 100.000 habitants, les Pays de la Loire présente un déficit démographique important (au niveau national, le taux est 13 pour 100 000 h.).

■ Leviers

- Une dynamique de coopération entre acteurs publics et privés
- Une sensibilisation des professionnels de santé au bon usage des examens de radiologie, dont ceux dits «conventionnels»
- Une offre structurée et des acteurs très impliqués

■ Points de vigilance

Une démographie des professionnels d'imagerie défavorable en Pays de la Loire.

■ Indicateurs et Résultats attendus

- Taux de réalisation de la baisse des examens de radiologie conventionnelle sur 3 topographies pour les examens réalisés en consultations externes
- Données sur le parc des équipements lourds

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs	
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
A	Favoriser un égal accès à l'imagerie médicale de la population			
	Améliorer l'accès à l'imagerie en coupe et mettre en œuvre un plan volontariste de développement soutenable de l'offre en équipements matériels lourds	2011	ARS	
	Assurer une répartition juste et équilibrée de l'offre d'imagerie en renforçant les coopérations et mutualisations	2012	ARS	
	Veiller au maintien, au sein des territoires et en proximité d'une offre de radiologie conventionnelle.	2011	ARS	
	Accompagner le progrès médical et le soutien à l'innovation.	2012	ARS	
B	S'assurer de l'efficience de fonctionnement des équipements, de la pertinence des actes et de la maîtrise des risques associés			
	Diffuser les recommandations HAS de bon usage des examens d'imagerie médicale (pertinence des examens et réduction des clichés conventionnels)	2011	CPAM	
	Veiller à l'efficience de l'utilisation des plateaux techniques en renforçant les dynamiques de mutualisation et le déploiement d'appareils plus efficaces	2012	ARS	
	Mieux maîtriser la gestion des risques spécifiques de l'imagerie médicale (diminution de l'exposition des patients aux rayonnements ionisants)	2012	ARS	
C	Accompagner l'optimisation des organisations en imagerie médicale			
	Développer une permanence des soins mutualisée associant l'ensemble des acteurs publics et privés au sein des territoires de santé	2012	ARS	
	S'assurer de filières d'expertise clairement définies et opérationnelles (AVC, ...) prenant appui sur des protocoles validés et des centres ressources identifiés	2012	ARS	
	Déployer une infrastructure technique régionale permettant un réel partage de l'information, un accès assuré aux images et un développement régional harmonisé des PACS.	2012	ARS	
	Optimiser la performance des offreurs de soins dans l'utilisation des plateaux techniques d'imagerie médicale (en lien ANAP)	2012	ARS	

ORIENTATION STRATEGIQUE N°2 : LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n° 7 ■ **Mettre en place une politique efficiente et maîtrisée des Soins de Suite et de Réadaptation**

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectif 18 du Schéma Organisation des Soins : «Garantir le juste soin»

Objectif 5 du Schéma Organisation des Soins : «Responsabiliser les usagers dans leur recours au système de santé»

Objectif 17 du Schéma Organisation des Soins : «Organiser un parcours fluide, adapté et efficient des patients entre les pôles d'activité au sein des établissements de santé et entre les établissements de santé»



■ Contexte et enjeux

Entre 2007 et 2009, l'activité de SSR mesurée en nombre de journées en hospitalisation complète a augmenté de 2,53% (dont + 6,68% pour le secteur hors dotation globale). Sur la même période, les dépenses ont cru de 4,1%

Sur ce secteur les enjeux sont multiples : il s'agit de (1) Harmoniser la qualité et le positionnement de l'offre de soins SSR dans l'offre de soins globale sur l'ensemble du territoire, (2) Renforcer la fluidité du parcours des patients entre MCO SSR et domicile (dont médico-social et social), (3) Améliorer la connaissance de l'activité et des coûts du secteur SSR via la création ou l'amélioration de tous les outils nécessaires à la mise en œuvre de la T2A (systèmes d'information par ex.).

■ Etat des lieux régional

Le secteur des SSR s'est développé ces dernières années en raison du vieillissement de la population, des besoins liés aux maladies chroniques et aux handicaps et à la diminution des durées moyennes de séjours de séjour en MCO. La région Pays de la Loire ne se différencie pas globalement de ces évolutions.

En taux d'équipement SSR, la région a un taux inférieur à celui de la France (149 pour 100 000 habitants versus 161).

Le volume d'activité produit en soins de suite et de réadaptation (journées + venues) est en progression continue sur la période 2002-2009 (en moyenne 1,5% par an). L'hospitalisation à temps partiel concerne essentiellement la médecine physique de réadaptation (Rééducation fonctionnelle).

Elle est en forte progression depuis plusieurs années (en moyenne 3,6% par an entre 2002 et 2009), mais son impact sur l'ensemble de l'activité reste marginal. La moyenne d'âge des patients pris en charge en SSR en 2010 est de 66,4 légèrement supérieur à la moyenne nationale qui est de 66,04 et augmentant de 0,4 % par rapport à 2010. Enfin, le nombre de points IVA augmente de 5,4 % entre 2009 et 2010 alors que le nombre de patients pris en charge n'augmente que de 3,5 % sur la même période.

■ Leviers

- Programme Régional de Santé
- Dispositifs d'orientation
- Mise sous accord préalable des admissions
- Déploiement de l'outil «Trajectoire»

■ Points de vigilance

Le passage à la tarification à l'activité

■ Indicateurs et Résultats attendus

- Taux d'établissements mis sous accord préalable par rapport à la cible
- Nombre/Evolution de journées en hospitalisation complète / de jour
- Taux dévolution des dépenses.
- Nombre de conventions SSR / EHPAD signées

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs	
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
A	Maîtriser l'évolution des dépenses dans le respect des taux d'évolution de l'ONDAM			
	Mettre en place des indicateurs d'efficience des SSR et de suivi des dépenses	2012	ARS	
	Mettre en œuvre la procédure de mise sous accord préalable de prestations d'hospitalisation en SSR	2011	ARS	CPAM
B	Adapter l'Offre SSR au besoin dans le respect des référentiels HAS et s'assurer de la pertinence des séjours			
	Renforcer les dispositifs d'orientation en SSR	2011	ARS	
	Déployer l'outil "trajectoire" auprès de l'ensemble des acteurs de la région	2011	ARS	
	Diffuser les recommandations/référentiels de la HAS	2011	ARS	CPAM
	Développer l'hospitalisation de jour par rapport à l'hospitalisation complète	2012	ARS	
	Promouvoir le recours à des conventions entre les SSR et le secteur médico-social (hébergement temporaire)	2012	ARS	
	Soutenir le retour à domicile dès que possible	2012	ARS	
	Développer en partenariat avec les organismes complémentaires la prise en charge des frais d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation avant un retour à domicile	2012	ARS	

ORIENTATION STRATEGIQUE N°2 : LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n° 8 ■ Assurer la permanence des soins en ambulatoire et les urgences



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectif 18 du Schéma Organisation des Soins : «Garantir le juste soin»

Objectif 11 du Schéma Organisation des Soins : «Assurer une permanence des soins ambulatoires adaptée pour les 5 territoires de santé»

Objectif 5 du Schéma Organisation des Soins : «Responsabiliser les usagers dans leur recours au système de santé»

Objectif 14 du Schéma Organisation des Soins : «Sécuriser et optimiser l'organisation de la prise en charge des urgences»

● Contexte et enjeux

Les enjeux sont les suivants :

- Garantir la permanence des soins ambulatoire (PDSA) tout en maîtrisant son coût,
- Favoriser les nouveaux modes d'organisation de la PDSA
- Articuler avec efficacité la PDSA et la prise en charge des urgences hospitalières et pré-hospitalières.

● Etat des lieux régional

Permanence des soins des médecins généralistes

La région des Pays de la Loire a intégré une démarche d'expérimentation concernant la permanence des soins, dans le cadre de l'article 44 de la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2008. Depuis début 2009, des négociations ont été menées plus spécifiquement avec trois départements : Loire Atlantique, Mayenne et Maine et Loire.

Principes de l'expérimentation régionale :

1. ● organisation régionale cible, prenant en compte la territorialisation des soins de premier recours et une cible économique équitable sur l'ensemble du territoire,
2. ● des «opérateurs» PDS placés en situation de responsabilité sur la base d'une délégation de gestion via une convention passée avec l'ARS,
3. ● une incitation à converger vers la cible régionale,
4. ● des valorisations de rémunérations laissées au choix des opérateurs, mais, plafonnées.

● Leviers

- Un cadre réglementaire de la permanence des soins ambulatoire permettant la mise en place de dispositifs adaptés aux spécificités territoriales.
- L'adaptation des modalités d'effectif, notamment avec les établissements de santé.

● Points de vigilance

- L'articulation entre les acteurs de la PDSA et des urgences
- La définition des territoires de la PDSA
- L'enveloppe régionale pour la PDSA

● Indicateurs et Résultats attendus

- Part des actes régulés
- Montant total des forfaits de régulation, d'astreintes, des actes et des majorations d'actes

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs	
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
A	Garantir la permanence des soins ambulatoires dans un contexte de maîtrise des coûts			
	Réaliser un état des lieux sur la PDSA	2011	ARS	CPAM
	Définir les territoires de PDSA	2011	ARS	
	Organiser la régulation des appels d'urgence et des appels de la PDSA	2012	ARS	
	Définir les modalités de rémunération de la Permanence des Soins	2011	ARS	
B	Développer de nouveaux modes d'organisation de la Permanence des Soins			
	Mettre en place et suivre l'expérimentation de la PDSA sur les territoires	2011	ARS	CPAM
	Favoriser les liens PDSA et centre 15	2011	ARS	
	Déployer le répertoire opérationnel des ressources	2011	ARS	
C	Favoriser une meilleure articulation des acteurs de la PDSA et d'urgences pour une prise en charge plus efficiente des demandes de soins non programmées aux horaires de la PDSA			
	Adapter les modalités d'effecton et coordonner les différents acteurs de la Permanence des Soins, notamment avec les établissements de santé	2012	ARS	
	Analyser les bonnes pratiques et points de blocage de la coordination ville-urgences dans le cadre de la réponse aux demandes de soins non programmées	2012	ARS	

ORIENTATION STRATEGIQUE N°3 :

LA MAÎTRISE DES RISQUES CONCERNANT LA SANTÉ DES POPULATIONS

Action n° 9 ■ Favoriser une organisation et une utilisation des ressources efficaces en EHPAD



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectif n°18 du Schéma Organisation des Soins : « Garantir le juste soin »

Objectif n°17 du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale : « Promouvoir la culture de la qualité et de la gestion des risques dans les structures médico-sociales »

Objectif n° 7 du Schéma de Prévention : « Engager les acteurs de santé du premier recours dans des actions de prévention de proximité »

■ Contexte et enjeux

Le secteur de la prise en charge des personnes âgées en EHPAD a connu de fortes évolutions depuis dix ans avec l'accroissement des places et la médicalisation de celles-ci. Près de 6 Mds d'euros sont consacrés au financement des EHPAD et, à la fin de la deuxième vague de médicalisation, 1,3 Mds seront alloués à renforcer les ressources des établissements afin de mieux prendre en compte l'évolution des besoins en soins de la population âgée (notamment les besoins en soins techniques liés à l'accroissement du caractère polyopathologique du grand âge).

L'enjeu est aujourd'hui d'améliorer la coordination des professionnels de santé intervenants et l'organisation des établissements en vue d'une qualité de la prise en charge des résidents.

■ Etat des lieux régional

Les dépenses EHPAD 2010 en région Pays de la Loire se montent à plus de 451 millions d'euros, en augmentation de 8,2 % par rapport à 2009.

La région présente une situation particulière avec d'importantes capacités d'accueil et une grande dispersion des structures sur l'espace régional. En effet, le taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées en 2010 est de 159,7 lits pour 1000 habitants de plus de 75 ans en Pays de la Loire pour une moyenne nationale de 121,7. Au 01/01/2010, on dénombre 550 EHPAD (source statistis 2010).

Un retard relatif est observé au niveau de la coordination des professionnels de santé intervenant

en EHPAD, notamment en l'absence de formalisation des modalités de coordination par territoire de santé. En effet, suite à une enquête réalisée en 2011 à laquelle 50 % des EHPAD ont répondu, 21 % des masseurs-kinésithérapeutes et 12 % des médecins ont signé le contrat. Par ailleurs, selon une enquête de l'ANESM 2009, un médecin coordonateur est présent dans 82 % des EHPAD.

Selon cette même enquête, le GMP moyen en région Pays de la Loire est inférieur au GMP moyen national (compris entre 591 et 663 contre une moyenne nationale de 671).

En 2010, le PMP moyen est inférieur au PMP national : 139 versus 180.

Enfin, il est à noter une absence de contrat sur des objectifs d'amélioration de la coordination des soins.

■ Leviers

- Le développement des contrats de coordination entre les professionnels de santé et l'EHPAD
- Les conventions tripartites aujourd'hui régionales intégrant des indicateurs de qualité et d'efficience
- Le développement des systèmes d'information (liste informatisée des résidents)

■ Points de vigilance

- L'adhésion des professionnels de santé au contrat de coordination
- La présence et le rôle du médecin coordonateur au sein des EHPAD
- Les contraintes tarifaires et la fongibilité des financements alloués

■ Indicateurs et résultats attendus

- Taux de mise en œuvre par l'ARS pour un échantillon d'EHPAD de trois taux d'analyse (indicateurs d'efficience)
- % de professionnels de santé (médecins/MK) intervenant en EHPAD ayant signé un contrat de coordination
- % de professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD participant à chaque réunion de la commission de coordination gériatrique

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs	
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
A	Améliorer la coordination des professionnels de santé et la qualité de la prise en charge en EHPAD			
	Développer la prévention et la prise en charge de la dénutrition en EHPAD, notamment en intégrant celles des problèmes bucco-dentaires	2012	ARS	CPAM – MSA RSI
	Développer au sein des EHPAD les "Projets de vie individualisés"	2012	ARS	
	S'assurer de l'application du document d'analyse des Risques infectieux en EHPAD	2012	ARS	OMEDIT et observatoire dédié
	Continuer à promouvoir la bientraitance en EHPAD	2012	ARS	
B	Inciter à une gestion et une organisation efficaces de l'EHPAD et évaluer la qualité de la prise en charge et des soins			
	Intégrer des indicateurs de qualité et d'efficience dans les conventions tripartites	2012	ARS	
	Déployer auprès des EHPAD la gestion électronique des listes des résidents	2012	CPAM	ARS
	Suivre les dépenses de soins au sein des EHPAD	2013	ARS	CPAM – MSA RSI
	Estimer le montant des dépenses réelles de soins lors du passage de l'EHPAD en tarif global	2012	ARS	CPAM – MSA RSI
	Organiser des réunions périodiques "Qualité/efficience" à destination des EHPAD	2011	ARS	CPAM – MSA RSI
	Conduire l'expérimentation du tableau de bord efficience en lien avec l'ANAP	2012	ARS	
	Organiser un dialogue de gestion périodique avec les EHPAD intégrant les enjeux "Efficience et Qualité"	2012	ARS	
	Expérimenter une modulation du forfait global relatif aux soins des EHPAD en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficience	2012	ARS	

ORIENTATION STRATEGIQUE N°3 : LA MAÎTRISE DES RISQUES CONCERNANT LA SANTÉ DES POPULATIONS

Action n° 10 ■ Maîtriser la dynamique des prescriptions dans les EHPAD



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectif n°18 du Schéma Organisation des Soins : « Garantir le juste soin »

Objectif n°17 du Schéma Organisation Médico-Sociale : « Promouvoir la culture de la qualité et de la gestion des risques dans les structures médico-sociales »

Objectif n°2 du Schéma de Prévention : « Garantir l'accès à un programme d'éducation thérapeutique à chaque patient le nécessitant »

Objectif n° 7 du Schéma de Prévention : « Engager les acteurs de santé du premier recours dans des actions de prévention de proximité »



● Contexte et enjeux

L'enjeu est de doter les EHPAD d'outils de suivi de leurs dépenses et de leurs résidents, de poursuivre l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le forfait de soins et de diffuser les règles de bonnes pratiques en soins.

● Etat des lieux régional

Une enquête réalisée en août 2010 sur le circuit du médicament et le bon usage des antibiotiques en EHPAD, auprès de 475 EHPAD des Pays de la Loire, montre que :

- très peu d'EHPAD sont équipées d'un logiciel de prescription et qu'il y a une quasi absence de conventions EHPAD / Officines
- le manque de traçabilité dans l'administration des médicaments concerne 70 % des EHPAD.
- les personnels des EHPAD ne sont pas bien formés en matière de bon usage des antibiotiques chez la personne âgée.
- les prescripteurs souhaitent disposer d'outils d'aide à la prescription d'antibiotiques : synthèse de référentiels, validation de protocoles et accès à un référent.

● Leviers

- Diffusion des recommandations et bonnes pratiques de prescription chez la personne âgée
- Volet médicaments dans les conventions tripartites
- Mise à disposition d'une grille d'auto-évaluation du circuit du médicament (guide)
- Enquête sur la latrogénie médicamenteuse en EHPAD (en cours par l'OMEDIT)

● Points de vigilance

- Adhésion des pharmacies de ville à la convention EHPAD-officine (pharmacien référent)
- Adhésion des médecins libéraux
- Développement des listes informatisées des résidents
- Informatisation de la prescription

● Indicateurs et résultats attendus

- % d'EHPAD ciblés ayant mis en œuvre un plan d'action à la suite de leur participation aux réunions d'information organisées par les ARS
- % d'EHPAD sans PUI ayant une liste préférentielle de médicaments

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs	
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
A	Elaborer et déployer des systèmes d'information pour permettre le suivi et l'analyse des dépenses de soins des EHPAD			
	Déployer auprès des EHPAD la gestion électronique des listes des résidents	2011	CPAM	ARSI
B	Renforcer et diffuser les bonnes pratiques professionnelles en EHPAD			
	Diffuser les référentiels de bonne pratique et des recommandations HAS (benzodiazépines à demi-vie longue, psychotropes, pansements primaires)	2011	CPAM	ARS
	Organiser des réunions locales avec les EHPAD sur le principe des rencontres "Qualité / Efficience"	2011	ARS	CPAM - MSA RSI
	Réaliser des retours sur les travaux de l'OMEDIT (ex.: latrogénie Médicamenteuse en EHPAD)	2012	ARS	OMEDIT
C	Inciter les EHPAD à contractualiser sur des objectifs d'amélioration de la prescription et de la coordination des soins			
	Intégrer la sécurisation du circuit du médicament dans les conventions tripartites version régionale	2012	ARS	
	Suivre la montée en charge des Conventions EHPAD sans PUI / Pharmacie(s) de ville	2012	ARS	
D	Accompagner les EHPAD dans l'élaboration d'une liste préférentielle de médicaments efficiente			
	Diffuser la méthodologie d'élaboration de la liste préférentielle des médicaments	2012	ARS	
	S'assurer du suivi de l'élaboration de la liste préférentielle dans les Conventions Tripartites version régionale	2012	ARS	

ORIENTATION STRATEGIQUE N°3 : LA MAÎTRISE DES RISQUES CONCERNANT LA SANTÉ DES POPULATIONS

Action n° 11 ■ Améliorer les dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectif n°4 du Schéma Prévention : « Prévenir la perte d'autonomie, son aggravation et ses conséquences »

Objectif n°7 du Schéma Prévention : « Engager les acteurs de santé du 1er recours dans des actions de prévention de proximité »

Objectif n°13 du Schéma Prévention : « Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité »

■ Contexte et enjeux

Le dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal co-financé par l'Etat et l'Assurance constituent les principales mesures de prévention pour lutter contre ces pathologies qui ont un impact important sur la santé publique. Ce dispositif vient en complémentarité avec les actions de prévention universelles prévues dans le schéma de prévention du PRS, en agissant notamment sur des déterminants importants comme la nutrition et de l'activité physique.

Si les résultats en taux de dépistage global de la région sont favorables, on observe cependant une stagnation voire une faible décroissance, observée également au niveau national. Par ailleurs, il est constaté au niveau national un plus faible accès au dépistage des personnes éloignées du système de santé, notamment les précaires.

Pour améliorer cette situation, les enjeux consistent à agir sur l'information des publics et des professionnels de santé et réduire les inégalités d'accès à ce dispositif notamment des personnes en situation de précarité sociale.

■ Etat des lieux régional

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers chez la femme et constitue dans cette population la 1ère cause de mortalité prématurée (avant 65 ans) en Pays de la Loire. Depuis le début des années 90, le taux de mortalité et les taux d'incidence estimés régionaux sont légèrement supérieurs à la moyenne nationale.

En ce qui concerne le cancer colorectal, il constitue dans la région comme en France la seconde cause de mortalité par cancer et la troisième chez les hommes.

La situation de la région par rapport à la France est différente selon le sexe. Les taux de mortalité, d'incidence estimée et d'admission en ALD restent légèrement supérieurs à la moyenne nationale chez les hommes et proches de cette moyenne chez la femme.

Les Pays de la Loire sont classés au premier rang des régions françaises pour le dépistage du cancer du sein et au second rang pour le dépistage du cancer colorectal.

- Sein : taux de dépistage régional : 63,7% pour la période 2009-2010 (national 52,1%)

- Colorectal : taux régional : 43,3% pour la période 2009 - 2010 (national 34%) (sources InVS 2011)

Levers

- Plan cancer 2009-2013
- Commission de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la PMI.
- Financements Etat et Assurance Maladie.

Points de vigilance

- Absence de données précises sur les disparités infra-départementales du taux de dépistage
- Absence de données régionales et départementales des taux d'accès des personnes en situation de précarité sociale,

Indicateurs et résultats attendus

- Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein (Objectif : 70% en 2013)
- Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal (Objectif : 50% en 2013)
- Augmentation du pourcentage de personnes bénéficiant de la CMUC et/ou de la CMU-C participant aux programmes de dépistage organisé des cancers de médicaments

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs	
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
A	Actions de prévention sur le champ libéral et sanitaire			
	Mobiliser les structures de gestion des dépistages des cancers du sein et colorectal pour réduire les inégalités d'accès et de recours au dépistage	2012	Co-pilotage ARS - CPAM	Structures de gestion de dépistage
	Inciter les médecins traitants à avoir une démarche proactive vers le dépistage de leurs patients	2012	Copilotage ARS - CPAM	URPS Médecins libéraux
B	Action de prévention sur le champ médico-social			
	Inciter les résidents concernés des établissements médico-sociaux à une participation au dépistage organisé des cancers du sein et colorectal	2012	ARS	CPAM

ORIENTATION STRATEGIQUE N°3 :

LA MAÎTRISE DES RISQUES CONCERNANT LA SANTÉ DES POPULATIONS

Action n° 12 ■ Améliorer la couverture vaccinale de la population ligérienne



OBJECTIFS DE RÉFÉRENCE DU SCHÉMA

Objectif n° 5 du Schéma Prévention : « Améliorer la couverture vaccinale de la population ligérienne »

Objectif n°7 du Schéma Prévention : « Engager les acteurs de santé du 1er recours dans des actions de prévention de proximité »

■ Contexte et enjeux

Suite à une couverture vaccinale régionale insuffisante contre la rougeole, en particulier en Vendée, Loire-Atlantique et Maine et Loire, et suite à différentes alertes de recrudescence de cas, notamment en collectivité, il apparaît nécessaire de revisiter la politique vaccinale régionale en s'appuyant sur la commission de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile.

Pour ce faire, des pistes doivent être explorées pour faire de l'amélioration de la couverture vaccinale un enjeu pour l'ensemble des acteurs de santé et des établissements sanitaires et médico-sociaux.

■ Etat des lieux régional

La couverture vaccinale anti-rougeoleuse avec au moins une dose à l'âge de 24 mois a été estimée par département à partir des certificats de santé sur les années 2003-2007 (CIRE 2011). Si les départements de la Loire Atlantique, Maine et Loire et Vendée ont un taux de couverture entre 85 et 90%, les départements de la Sarthe et Mayenne enregistrent les meilleurs taux de la région. Avec un taux à 96%, la Mayenne est le seul département français à avoir atteint les objectifs de vaccination vis-à-vis de la rougeole (au moins 95%).

Comme en France, la région est touchée par une augmentation des cas de rougeole : 111 en 2008, 147 en 2009, 359 en 2010 et déjà 207 fin avril 2011.

■ Leviers

- Recentralisation des actions de santé publique (loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales)
- Commission de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la PMI.

■ Points de vigilance

- Représentations négatives par rapport à la vaccination
- Insuffisante lisibilité du calendrier vaccinal

■ Indicateurs et résultats attendus

- Augmenter le taux de couverture vaccinal des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole
- Nombre de professionnels de santé ayant bénéficié d'actions d'information par les centres de vaccination

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs	
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
A	Actions de prévention sur les champs libéraux, médico-sociaux et sanitaires			
	Sensibiliser le public et les professionnels de santé sur les bénéfices apportés par les vaccins, notamment contre la rougeole et la coqueluche	2012 -2013	ARS	CPAM - MSA - RSI Centres de vaccination URPS PMI Santé scolaire et universitaire
	Promouvoir la vaccination auprès des professionnels de santé, notamment ceux qui interviennent dans les établissements accueillant des personnes vulnérables	2012 -2013	ARS	CPAM - MSA - RSI Centres de vaccination Etablissements de santé et médico-sociaux URPS
	Permettre un meilleur suivi du calendrier vaccinal par les usagers et par les professionnels du 1er recours par la diffusion d'outils adaptés	2012 -2013	ARS	CPAM - MSA - RSI URPS

LES PROGRAMMES NATIONAUX DE GDR PILOTÉS PAR LES RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE

Développées à partir de la fin des années 1990, les politiques de gestion du risque menées par les régimes d'assurance maladie ont fixé pour objectif d'améliorer l'état de santé de la population et d'accroître l'efficacité du système de santé. Elles ont contribué à permettre à la France d'enregistrer ces six dernières années une croissance maîtrisée de ses dépenses de santé. Améliorer l'efficacité du système de santé, c'est en effet permettre un accès équitable à des services adaptés et de qualité, tout en assurant la soutenabilité financière de l'assurance maladie qui s'impose comme une condition indispensable de pérennisation d'un haut niveau de protection sociale, dans un contexte de dégradation des comptes publics.

La mise en œuvre de ces politiques doit donc permettre de concilier la qualité des soins et le respect des contraintes financières. A cet effet, elles visent à inciter la population à recourir de manière pertinente à l'offre de soins et de prévention et, les professionnels, à renforcer l'efficacité et la qualité

des soins dans le cadre de leur activité ; elles entendent d'autre part favoriser l'accès aux soins et à la prévention, notamment pour les populations fragiles ou éloignées du système de santé, et aider les assurés à devenir des acteurs informés de leur santé.

Partageant une même ambition pour leurs assurés, le régime général, le régime agricole et le régime social des indépendants ont progressivement mieux articulé leurs actions en ce domaine et renforcé la coordination de leurs démarches, tant au plan national qu'aux plans régional et local.

Conformément au contrat d'objectifs Etat-UNCAM 2010-2013, les actions des programmes nationaux de GDR pilotés par les régimes d'Assurance Maladie comportent trois axes :

- 1) les programmes de maîtrise médicalisée en ville,
- 2) les programmes de renforcement de l'efficacité de l'offre de soins dans les établissements de santé,
- 3) les plans de prévention et d'accompagnement des patients.

2.1 ■ LES PROGRAMMES DE MAÎTRISE MÉDICALE EN VILLE

Dans son rôle de gestionnaire des dépenses, et en particulier dans le cadre des accords conventionnels avec les différentes professions médicales, l'Assurance maladie a développé des actions dites de maîtrise médicalisée des dépenses de santé (MMDS).

MODALITÉS D'ACTION DE L'ASSURANCE MALADIE

- Les programmes permettant de poursuivre et développer la maîtrise médicalisée reposent sur des actions d'information et de sensibilisation auprès des médecins et la remise d'outils, de mémos et de recommandations, ainsi que de relevés de situation des prescriptions du praticien :
- visites des Délégués de l'Assurance Maladie, échanges confraternels auprès des professionnels de santé et dans les établissements,
- mises sous accord préalable de prescripteurs,
- promotion des référentiels et des nouvelles technologies dans une finalité d'efficacité,
- contrôles ciblés des prestations ou des professionnels au regard du respect de la réglementation,

- contractualisation avec les professionnels sur les pratiques,
- déclinaison des négociations conventionnelles nationales,
- promotion des modifications réglementaires,
- informations ciblées,
- visites en entreprises.

Pour chaque programme d'action, plusieurs modalités complémentaires peuvent être combinées et adaptées par chaque régime.

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.

POURSUITE DES THÈMES RÉCURRENTS VISANT À LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE ET À L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES

● Les Anti-agrégants plaquettaires

L'objectif est d'encourager l'utilisation de l'aspirine lorsque le choix thérapeutique est possible entre ce principe actif et le clopidogrel, dans le plus strict respect des recommandations internationales.

Objectif national 2011 : + 3,4 % des montants remboursés des médecins libéraux.

● Antibiotiques

L'objectif est de promouvoir les recommandations relatives à l'antibiothérapie par voie générale en pratique courante notamment dans les infections respiratoires en incitant les prescripteurs à identifier les situations relevant d'une antibiothérapie et la nature de l'antibiothérapie recommandée.

Objectif national 2011 : -2,6 % des montants remboursés des médecins libéraux.

● Statines, inhibiteurs de la pompe à proton, antihypertenseurs

S'agissant de traitements prescrits à une population importante et pour de longues années pour certains traitements, il importe, tant pour les patients eux-mêmes que pour la collectivité, que les médecins traitants prennent en considération dans leur choix le critère du coût des traitements qu'ils instaurent, dès lors bien sûr que l'efficacité et la sécurité en sont comparables et que l'indication et l'état de leurs patients le permettent.

Evolution des montants remboursés	2011	2012 et 2013
Objectif régional ²	Statines : +2,9% IEC sartans : -10% IPP : -1,3%	A fixer par voie d'avenant

● Indemnités journalières

De nombreuses actions sont menées auprès des assurés (contrôles, communication), des professionnels de santé (place du repos dans la prise en charge thérapeutique, outils d'aide sur des durées de référence d'arrêts de travail par pathologies, contrôles) et entreprises pour améliorer la prescription d'arrêt de travail.

Evolution des montants remboursés	2011	2012 et 2013
Objectif régional ²	4,4%	A fixer par voie d'avenant
Evolution du nombre de jours arrêts de travail remboursés	2011	2012 et 2013
Objectif régional ²	1,9%	A fixer par voie d'avenant

La maîtrise médicalisée en entreprise est une activité en phase de montée en charge. Il est nécessaire de poursuivre les efforts sur cette activité partagée avec la CARSAT, afin de mesurer les impacts en matière d'évolution des arrêts de travail dans les secteurs visités.

Visites en entreprises	2011	2012 et 2013
Objectif régional (Régime Général)	30 visites	A fixer par voie d'avenant

LES PROGRAMMES NATIONAUX DE GDR PILOTÉS PAR LES RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE

● Frais de transports

L'objectif est d'informer et de sensibiliser les assurés et les professionnels de santé au bon usage des transports : adapter le type de transport en fonction de l'état d'autonomie et de santé du patient et rappeler que la prescription de transport relève d'une décision médicale.

Evolution des montants remboursés, tous prescripteurs	2011	2012 et 2013
Objectif régional ²	3,1%	A fixer par voie d'avenant

● Ordonnancier bi zone

L'objectif est de rappeler les règles de bon usage de l'ordonnancier bi zone.

Objectif national : médecins libéraux (différence du ratio bizonne- 2011/2010) : -0,1 point.

● Actes de masso-kinésithérapie

L'objectif est d'optimiser la prise en charge de l'activité de kinésithérapie libérale à travers plusieurs axes d'évolution : amélioration de la répartition démographique des kinésithérapeutes, poursuite des démarches de simplification administrative, amélioration de l'efficacité de la prise en charge avec référentiels de nombre de séances selon le type de rééducation.

Evolution des montants remboursés	2011	2012 et 2013
Objectif régional ²	3,2%	A fixer par voie d'avenant

² Objectif du Régime général sachant que les objectifs régionaux peuvent varier de quelques dixièmes selon les spécificités des régimes

LES NOUVEAUX THÈMES 2011 VISANT À LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE ET À L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES

En complément des thèmes développés depuis plusieurs années dans le cadre de la convention médicale, de nouvelles thématiques sont développées en 2011.

● Antalgiques

Les objectifs sont :

- Informer les PS des modalités de substitution du dextropropoxyphène chez les patients traités pour douleur chronique,
- Améliorer le recours aux antalgiques selon l'intensité de la douleur,
- Optimiser la prescription des antalgiques de palier II.

Objectif national 2011 : médecins libéraux : évolution des montants remboursés PCAP-CJO-CVS : -0,7 %.

● Anti-dépresseurs

Les objectifs sont :

- Rappeler aux généralistes les points forts du diagnostic et ceux de la prise en charge de l'épisode dépressif afin d'améliorer l'identification et la prise en charge globale de cette maladie,
- Améliorer l'efficacité de la prise en charge par, notamment une meilleure utilisation des antidépresseurs.

Objectif national 2011 : médecins libéraux : évolution des montants remboursés PCAP-CJO-CVS : + 3 %

Anti-diabétiques

Les objectifs sont :

- Augmenter le suivi des recommandations de la HAS (instauration de traitements et stratégie de prise en charge).

Evolution des montants remboursés	2011	2012 et 2013
Objectif régional ¹	12,8%	A fixer par voie d'avenant

● Anti-ostéoporotiques

Les objectifs de santé publique sont :

- Améliorer la prise en charge diagnostique, thérapeutique et le suivi des patients pour limiter les complications,
- Promouvoir les recommandations de la HAS (ostéodensitométrie - choix thérapeutique),
- Sensibiliser les prescripteurs à l'observance du traitement.

Les enjeux économiques sont :

- Optimisation des prescriptions (ostéodensitométrie et médicaments).

Objectif national 2011 : médecins libéraux : évolution des montants remboursés PCAP-CJO-CVS : +4,4 %.

● Erythropoïétine

Les objectifs sont :

- Rappeler les précautions de suivi,
- Diminuer les prescriptions hors AMM,
- Maîtriser les coûts.

Objectif national 2011 : médecins libéraux : évolution des montants remboursés PCAP-CJO-CVS : -3 %.

● Anti-TNF Alpha

Les objectifs sont :

- Rappeler les conditions de prise en charge,
- Diminuer les traitements non justifiés.

Objectif national 2011 : médecins libéraux : évolution des montants remboursés PCAP-CJO-CVS : +6,4 %.

● Radiologie

Les objectifs sont :

- Diffuser auprès des PS les fiches de bon usage de la HAS sur les radios du crâne, de l'abdomen et du thorax.

● La liste des produits et prestations, les bandelettes d'auto surveillance de la glycémie pour les patients diabétiques

Les objectifs sont :

- Mettre en œuvre le forfait de 200 bandelettes par an.

● Pression Positive continue

Les objectifs sont :

- Mieux faire gérer leur traitement par les patients sous PPC,
- Favoriser le retour des équipements non utilisés chez le prestataire.

LES PROGRAMMES NATIONAUX DE GDR PILOTÉS PAR LES RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE

L'ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

L'accompagnement des professionnels de santé libéraux et hospitaliers par les visites et contacts des délégués de l'Assurance Maladie (DAM) et des praticiens conseils du Régime Général est l'un des leviers puissants de la politique de gestion du risque de l'Assurance Maladie et dans les actions d'accompagnement prévues dans les priorités de gestion du risque de l'ARS.

Accompagnement des professionnels de santé	2011	2012 et 2013
Objectif régional (Régime Général)	21 870 visites	A fixer par voie d'avenant
Dont visites DAM	18 950	
Dont Echanges Confraternels	2 920	

PLAN D'ÉCONOMIES NATIONAL

Au total et conformément à l'ONDAM 2011 arrêté par la LFSS 2011, l'ensemble des actions de maîtrise médicalisée doivent permettre d'atteindre, au plan national en interrégimes, 551 millions € d'économies telles que décrites dans le tableau ci-après.

Objectifs de maîtrise médicalisée 2011	
Thèmes	Économie attendue (M€)
Thèmes récurrents Antibiotiques, Statines, IPP, Anti hypertenseurs...	181
Nouveaux thèmes Antalgiques, Antidépresseurs, EPO, anti TNF alpha, Antidiabétiques...	75
Sous Total Médicaments	256
LPP	10
Masso-Kinésithérapie	50
IJ	75
Transports	90*
ALD	40
Actes	30
Total	551

* commun avec le programme des 10 priorités GDR de l'ARS

Les objectifs sont définis par la Commission Paritaire nationale des médecins et font l'objet d'un avenant à la convention médicale. Ce devrait être le cas notamment pour l'année 2012.

2.2 ■ LES PROGRAMMES DE RENFORCEMENT DE L'EFFICACITÉ DE L'OFFRE DE SOINS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX

De la même manière qu'avec les prescripteurs de ville, l'assurance maladie mène depuis plusieurs années des actions en direction des établissements, principalement selon les modalités suivantes :

- Visites administratives et médicales dans les établissements,
- mises sous accord préalable des acteurs,
- promotion des référentiels,
- contrôles T2A et délivrance pharmaceutique,
- promotion des modifications réglementaires (ex : N° RPPS),
- informations ciblées.

POURSUITE DE LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE EN ÉTABLISSEMENT EN LIEN AVEC LES ACTIONS GDR ARS

Visites en établissements de santé (hôpitaux, cliniques et EHPAD)	2011	2012 et 2013
Objectif régional (Régime général)	270	A fixer par voie d'avenant

La maîtrise médicalisée dans les établissements se poursuit, 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.

Les thèmes de maîtrise médicalisée prioritaires dans les Pays de la Loire en 2011 pour les établissements sanitaires sont : transports, RCT, IJ/ALD, référentiel MK, Statines, IPP.

Concernant les EHPAD, les thèmes abordés sont l'agitation aiguë, les pansements primaires, la transmission automatisée des listes de résidents et les dépenses. Une offre de service régionale est faite en plus sur une sensibilisation sur les problèmes bucco-dentaires par un chirurgien-dentiste conseil.

POURSUITE DU PROGRAMME DE MISE SOUS ACCORD PRÉALABLE (MSAP)

■ Chirurgie ambulatoire

L'Assurance Maladie propose la mise sous accord préalable des établissements de santé présentant un potentiel de développement de cette pratique à la directrice générale de l'ARS.

L'objectif recherché, par la mise sous accord préalable d'établissements de santé pour des actes ciblés, est d'impulser un vrai changement de pratiques et de poursuivre l'évolution positive constatée après la mise en œuvre de ce dispositif.

■ Hors chirurgie ambulatoire

Le dispositif de mise sous accord préalable (MSAP) des établissements de santé a été étendu par l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale 2009 aux établissements présentant une proportion élevée de prestations d'hospitalisation facturées non-conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de Santé ou d'un nombre de prestations d'hospitalisation facturées significativement supérieur aux moyennes régionales ou nationales.

Sont concernés prioritairement en 2011 dans la région la chirurgie bariatrique, les actes de chirurgie réparatrice et reconstructrice et les posthextomies.

■ Développement des MSAP pour les prestations d'hospitalisation en SSR

Le dispositif de mise sous accord préalable est étendu, dès 2011, aux prestations d'hospitalisation en soins de suite ou de réadaptation, en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

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.

LES PROGRAMMES NATIONAUX DE GDR PILOTÉS PAR LES RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE

2.3 ■ 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.

Membre de la Commission de Coordination des Politiques Publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile, l'Assurance Maladie participe à la mise en œuvre de la politique régionale de prévention selon une démarche participative et intersectorielle.

Par ailleurs, chaque année, chaque régime verse un financement à l'ARS dans le cadre de la politique de prévention. Ces dotations régionales sont définies par les Caisses nationales en fonction de la proportion régionale des assurés de chaque régime. Elles servent au financement des opérateurs de prévention agissant sur les thématiques prioritaires régionales.

Au-delà de la sensibilisation des professionnels et des assurés, et notamment de ceux qui sont le plus éloignés du système de santé, à la nécessité de recourir aux actions qui leur sont proposées, les régimes d'assurance maladie développent,

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. Dans chacune des actions de prévention développées par l'Assurance maladie, une attention particulière est apportée pour permettre l'accès aux soins des populations fragiles.

Enfin, l'Assurance maladie œuvre aussi dans le domaine de la prévention dans le cadre des actions définies dans les conventions avec les professionnels de santé (dépistages des cancers, vaccinations, iatrogénie médicamenteuse...), tout particulièrement sur les thèmes faisant l'objet d'un objectif de rémunération à la performance pour les médecins. Certaines actions s'intègrent dans les services que les régimes d'assurance maladie offrent à leurs assurés respectifs.

Les objectifs de prévention fixés aux organismes sont définis dans les contrats pluriannuels de gestion de chaque régime.

DÉVELOPPER LES ACTIONS DE PRÉVENTION CIBLÉES SUR DES PATHOLOGIES OU DES PUBLICS

■ Prévention bucco-dentaire

Les régimes poursuivront leurs actions visant 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 en zones défavorisées. Des actions complémentaires sont également conduites auprès d'autres tranches d'âge et des populations précaires.

■ 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.

■ Prévention et prise en charge 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).

AIDER LES PATIENTS À DEVENIR ACTEURS DE LEUR SANTÉ

Le contrat d'objectifs Etat-UNCAM fixe, parmi ses objectifs, l'utilisation de nouveaux leviers dans la prise en charge des maladies chroniques. La prévalence des maladies chroniques s'est en effet progressivement accrue au point de devenir un enjeu sanitaire et un enjeu de société ; environ 15 millions de personnes sont actuellement atteintes de maladies chroniques en France.

Dans ce contexte, les organismes d'assurance maladie poursuivront les programmes d'éducation thérapeutique et d'accompagnement des pathologies chroniques qu'ils ont initiés. Ces actions concernent principalement le diabète et les pathologies cardio-vasculaires, avec le déploiement notamment du service d'accompagnement SOPHIA pour le Régime général et des ateliers d'éducation thérapeutique

du patient (ateliers cardio-vasculaires MSA / Régime général, ateliers RSI pour les diabétiques du RSI). Des programmes sont également développés dans le cadre des Centres d'Examens de Santé du Régime général et actions de médecine préventive du Régime agricole et du RSI.

Au-delà des actions spécifiques de prévention, les régimes d'assurance maladie développent des offres de service dédié à des publics ciblés, tels les parcours maternité, précarité, retour à domicile du patient, ateliers mémoire, du bien vieillir et nutrition.

Des actions préventives sont également développées par les régimes au niveau des risques professionnels.

AIDER LES PATIENTS À DEVENIR ACTEURS DE LEUR SANTÉ

À côté du plan d'actions Etat-UNCAM, les caisses d'assurance maladie développent une politique d'action sanitaire et sociale qui contribue à faciliter l'accès aux soins et à réduire les inégalités de santé, par le biais d'une action harmonisée en direction des populations fragilisées et une adaptation aux contextes économiques et sociaux locaux.

Outre les prestations d'action sanitaire et sociale accordées sous conditions de ressources, de façon ponctuelle et exceptionnelle aux personnes malades, les caisses d'assurance maladie facilitent l'adhésion à une complémentaire

santé dans le cadre d'aides transitoires. L'aide à la complémentaire santé (ACS) reste un dispositif encore sous-utilisé au regard de la population potentiellement concernée, alors que la non disposition d'une couverture complémentaire maladie peut constituer un frein à l'accès aux soins.

GLOSSAIRE

- AFSAPS = Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
- ALD = Affection de Longue Durée
- ARS = Agence Régionale de Santé
- CSP = Code de la Santé Publique
- CPAM = Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- DAM = Délégué de l'Assurance Maladie
- DC GDR = Directeur Coordonnateur de la Gestion du Risque
- DP = Dialyse Péritonéale
- DRSM = Direction Régionale du Service Médical
- EHPAD = Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- HAS = Haute Autorité de Santé
- GDR = Gestion du Risque
- INCa = Institut National du Cancer
- IRC = Insuffisance Rénale Chronique
- IRCT = Insuffisance Rénale Chronique Terminale
- IRM = Imagerie par Résonance Magnétique
- MCO = Médecine - Chirurgie - Obstétrique
- MSA = Mutuelle Sociale Agricole
- OMEDIT = Observatoire des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation
- ONDAM = Objectifs Nationaux des Dépenses d'Assurance Maladie
- PCAP = Période Comparable à l'Année Précédente
- PDSA = Permanence Des Soins Ambulatoires
- PHMEV = Prescriptions Hospitalières en Médecine de Ville
- PMI = Protection Maternelle Infantile
- PR GDR = Programme Pluriannuel Régional de Gestion du Risque
- PRS = Programme Régional de Santé
- PUI = Pharmacie à Usage Intérieur
- RPPS = Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
- RSI = Régime Social des Indépendants
- SSR = Soins de Suite et de Réadaptation
- URPS = Union Régionale des Professionnels de Santé
- UNCAM = Union National des Caisses d'Assurance Maladie
- VSL = Véhicule Sanitaire Léger