



—
**Projet régional de
santé d'Alsace**

— **2011 - 2015**



**Programme régional de
gestion du risque 2011**

(PRGDR)

Mars 2011

Sommaire

| | | |
|------------|---|-----------|
| I- | ORGANISATION REGIONALE DE LA GESTION DU RISQUE (GDR)..... | 4 |
| A/ | LES ACTEURS DE LA GESTION DU RISQUE..... | 4 |
| B/ | PRESENTATION DES INSTANCES | 4 |
| | <i>B.1/ La commission régionale de gestion du risque</i> | <i>4</i> |
| | <i>B.2/ La cellule technique des référents GdR et des référents thématiques (ARS).....</i> | <i>6</i> |
| | <i>B.3/ Les Instances régionales de l'Assurance maladie.....</i> | <i>8</i> |
| II- | LES ACTIONS PREVUES PAR LES PROGRAMMES NATIONAUX DE GESTION DU RISQUE..... | 9 |
| A/ | LES PROGRAMMES NATIONAUX UNCAM..... | 9 |
| | <i>A.1/ Le développement de l'efficience de l'offre de soins.....</i> | <i>9</i> |
| B/ | LES ACTIONS NATIONALES PILOTEES PAR L'ARS | 25 |
| | <i>B.1/ Les prescriptions hospitalières de transports sanitaires exécutés en ville.....</i> | <i>25</i> |
| | <i>B.2/ Prescriptions Hospitalières de Médicaments Exécutées en Ville (PHMEV).....</i> | <i>28</i> |
| | <i>B.3/ Prescriptions des médicaments et des dispositifs médicaux de la liste en sus.....</i> | <i>30</i> |
| | <i>B.4/ Permanence des soins ambulatoire.....</i> | <i>34</i> |
| | <i>B.5/ Qualité des soins et des prescriptions en EHPAD</i> | <i>36</i> |
| | <i>B.6/ Efficience des EHPAD</i> | <i>39</i> |
| | <i>B.7/ Insuffisance rénale chronique</i> | <i>41</i> |
| | <i>B.8/ Imagerie médicale.....</i> | <i>46</i> |
| | CALENDRIER PREVISIONNEL DES ACTIONS REGIONALES POUR 2011 | 49 |
| | <i>B.9/ Chirurgie ambulatoire.....</i> | <i>50</i> |
| | <i>B.10/ Soins de suite et de réadaptation.....</i> | <i>53</i> |

Avant-propos

La Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a créé les Agences régionales de la santé (ARS) pour notamment 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* ».

Ces 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* ».

De manière plus générale, 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 d'efficacité dans le système de soins, par l'évolution des comportements en matière de prescriptions et de consommation.

Le programme pluriannuel régional de gestion du risque (PRGDR), prévu par le décret du 18 mai 2010, 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).

Le PRGDR est constitué de deux parties :

1. Les programmes nationaux de gestion du risque élaborés conformément aux objectifs du contrat État/ union nationale des caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), déclinés en :
 - Programmes nationaux pilotés par les trois régimes d'Assurance Maladie de l'UNCAM ;
 - Priorités fixées aux ARS en matière de gestion du risque (programmes d'actions destinés à être pilotés par les ARS avec le concours des organismes d'Assurance Maladie).
2. Les actions complémentaires régionales de la responsabilité directe de l'Agence régionale de santé.

¹ Rapport IGAS RM2010-163P « Mission sur la gestion du risque », décembre 2010.

I- Organisation régionale de la Gestion du Risque (GdR)

A/ Les acteurs de la gestion du risque

La gestion du risque est au cœur de la stratégie d'action de l'Assurance Maladie depuis la loi de 2004. De nouveaux outils et méthodes ont été déployés ces dernières années : renforcement de l'expertise sur les dépenses, développement de programmes nationaux de GdR instrumentés grâce à la mobilisation de la Haute autorité de santé (HAS), lutte contre la fraude, contractualisation avec les professionnels de santé et les établissements. Des délégués d'assurance maladie ont aussi été formés pour promouvoir les outils contractuels, les programmes de maîtrise médicalisée, avec la diffusion des recommandations de bonnes pratiques, et les actions de prévention.

La loi HPST conforte cette stratégie, en faisant de la GdR un domaine désormais partagé à la fois entre l'Etat et l'assurance maladie, entre le niveau national et le niveau régional.

Le décret n°2010-515 du 18 mai 2010 fixe le nouveau cadre du schéma organisationnel et précise la gouvernance de la GdR au niveau régional, le rôle du directeur général de l'Agence régionale de santé et le contenu du programme régional de gestion du risque.

Le programme régional de gestion du risque organise la complémentarité sectorielle et opérationnelle entre les interventions et les ressources de l'Etat et de l'Assurance Maladie.

Le programme régional de gestion du risque :

- Arrête la stratégie de gestion du risque commune à l'ARS et à l'Assurance Maladie ;
- Définit les actions.

B/ Présentation des instances

B.1/ La commission régionale de gestion du risque

« Art.R. 1434-9.-Le directeur général de l'Agence régionale de santé prépare, arrête et évalue le programme prévu aux articles L. 1431-2 et L. 1431-14 du code de la santé publique et à l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale dans les conditions prévues à la présente section. Il le met en œuvre dans les conditions prévues par les articles R. 1434-18 à R. 1434-20. »

« Art.R. 1434-12.-La préparation, le suivi et l'évaluation du programme pluriannuel régional de gestion du risque sont effectués au sein d'une commission régionale de gestion du risque »

« Cette commission, présidée par le directeur général de l'Agence régionale de santé, comprend, outre son président, le directeur d'organisme ou de service, représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, ainsi que les directeurs des organismes et services d'assurance maladie du ressort de la région et signataires du contrat prévu à l'article L. 1434-14. »²

Cette commission est l'instance régionale au sein de laquelle sont discutées les orientations stratégiques et les priorités d'actions régionales en matière de gestion du risque.

² Décret n° 2010-515 du 18 mai 2010 relatif au programme pluriannuel régional de gestion du risque.

La commission régionale de gestion du risque d'Alsace a été installée le 22 juillet 2010. Elle s'est immédiatement dotée d'un règlement intérieur qui l'organise. Elle se réunit au moins trois fois par an.

Son rôle

Concernant le programme pluriannuel de gestion du risque :

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

La commission :

- Emet un avis sur le programme pluriannuel régional de gestion du risque³ ;
- Emet un avis sur les avenants annuels du programme régional de gestion du risque ;
- Se concerte pour le choix des actions régionales qui seront arrêtées dans le programme de gestion du risque par le directeur général de l'ARS⁴.

Concernant les contrats passés entre l'ARS et les organismes et services d'assurance maladie :

La commission :

- Evalue les contrats passés entre l'Agence régionale de santé et les organismes et services d'assurance maladie⁵.

La commission émet également un avis sur les conventions signées entre les organismes complémentaires et le directeur général de l'Agence régionale de santé fixant leurs engagements en matière de gestion du risque⁶.

Sa composition

Comme l'Alsace ne compte que deux départements, la commission régionale de gestion du risque ne se réunit ordinairement qu'en formation plénière.

En fonction de l'ordre du jour, la commission de gestion du risque peut associer à ses travaux un représentant des organismes complémentaires désigné par l'UNOCAM.

³ Art R 1434-14 du CSP

⁴ Art R 1434-13 du CSP

⁵ Art R 1434-18 du CSP

⁶ Art R 1434-20 du CSP

La composition nominative de la CRGDR d'Alsace en janvier 2011 est :

| NOM | FONCTION | ORGANISME |
|------------------------|---|---|
| M. Laurent Habert | Directeur Général | ARS Alsace |
| M. Joseph Losson | Directeur Directeur de la Coordination Régionale | CPAM Bas-Rhin |
| M. Christophe Lagadec | Directeur | CPAM Haut-Rhin |
| M. Gérard Escano | Médecin Conseil Régional | DRSM Alsace |
| M. René Marbach | Directeur | CRAM / CRAV Alsace Régime local Alsace-Moselle |
| Mme Christelle Jamot | Directrice | MSA Alsace Régime local agricole |
| M. Lionel Koenig | Directeur | RSI Alsace |
| M. François Kusswieder | Président | Mutuelle française d'Alsace |

B.2/ La cellule technique des référents GdR et des référents thématiques (ARS)

Rôle des référents GdR du pôle APGDR

Au sein de la direction de la stratégie, de la qualité et de la performance de l'ARS, le pôle « appui à la performance et gestion du risque » (APGDR) mobilise deux référents en gestion du risque : un médecin (0,5 ETP) et un chargé de mission (0,9 ETP).

Ils concourent par leur expertise à la définition, au suivi, à l'évaluation des actions de gestion du risque menées en région qui contribuent à la conciliation des objectifs de qualité des soins et de maîtrise des dépenses de santé. Ils proposent au sein du programme pluri-annuel régional de gestion du risque des actions complémentaires aux actions nationales.

Ils participent à la mise en œuvre des conventions avec les organismes de sécurité sociale, à la coordination et à l'évaluation des actions de gestion du risque menées.

Ils participent, le cas échéant, à des groupes projet et peuvent être désignés comme référents d'une thématique régionale.

Les référents GdR sont garants de la coordination des programmes de gestion du risque déployés aussi bien en interne à l'ARS que par les partenaires institutionnels (organismes et services d'Assurance Maladie).

Leurs missions couvrent :

- L'organisation des commissions régionales de gestion du risque ;
- L'élaboration d'une méthode et d'un projet de programme pluriannuel régional de GdR et ses avenants annuels - en concertation avec l'assurance maladie - soumis à la commission régionale de gestion du risque ;
- La coordination des actions déclinées en région ;
- Suivi des instructions nationales du CNP (veille et diffusion) ;
- Suivi de la mise en œuvre des priorités nationales fixées par le CNP ;
- Articulation avec les programmes pilotés par l'assurance maladie ;
- L'élaboration d'un cadre méthodologique régional pour l'élaboration des contrats entre l'ARS et les organismes d'assurance maladie sur la base des instructions nationales ;
- Les relations avec les organismes d'assurance maladie ;
- Le lien entre les référents thématiques et les instances décisionnelles de l'ARS.

En outre, ils participent à la mise en œuvre d'actions régionales et/ou pilotent les groupes de travail régionaux pour certaines thématiques.

Ils participent aux réunions et aux travaux du groupe national des référents GdR piloté par le CNP.

Ils mettent en place et animent une cellule technique associant les référents GdR et les référents thématiques.

Rôle des référents thématiques GdR

Un récent rapport Igas⁷ préconise de diffuser "l'esprit de la gestion du risque" afin que toutes les actions de l'ARS - planification, autorisation et allocation budgétaire - intègrent l'amélioration de l'efficacité du système de santé.

Pour assurer un maximum de transversalité dans les travaux et réflexions, des référents thématiques ont été désignés pour les prendre en charge et les conduire, en synergie avec d'autres projets de l'ARS, notamment le programme régional de santé et ses déclinaisons dans les schémas d'organisation par exemple.

La mission du référent thématique GdR est celle d'un chef de projet qui :

- Constitue le groupe de travail le cas échéant ;
- Anime et coordonne 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...);
- Veille au respect des objectifs fixés ;
- Communiquer sur l'avancement des travaux et les éventuels problèmes rencontrés.

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

Un référent GdR du pôle APGDR est également désigné pour participer aux travaux afin d'assurer la cohérence de l'ensemble des actions de GdR menées en région.

| Thématique | Référent thématique | Référent GdR |
|--|---|---|
| Transports | Alexandrine Koenig | Alexandrine Koenig |
| PHMEV | Alexandrine Koenig | Alexandrine Koenig |
| Liste en SUS | Dr Marie Christine Rybarczyk Dr Bruno Michel | Alexandrine Koenig |
| Permanence des soins ambulatoire et hospitalière | Dr Odile Montalvo | Alexandrine Koenig |
| Ehpad : Qualité des soins et prescriptions en EHPAD Efficacité des Ehpad | Dr Christine Pillay | Alexandrine Koenig Dr Nathalie Hamburger |
| Chirurgie ambulatoire | Dr Claire Tricot | Dr Nathalie Hamburger |
| IRCT | Dr Brigitte Hoelt Dr Marie Christine Rybarczyk | Dr Nathalie Hamburger |
| Imagerie médicale | Dr Brigitte Hoelt | Dr Nathalie Hamburger |
| SSR | Dr Sylvie Gossel | Dr Nathalie Hamburger |

Liste des référents thématiques au 1^{er} mars 2011.

⁷ Mission sur la gestion du risque – décembre 2010

B.3/ Les Instances régionales de l'Assurance maladie

Dans le cadre de la déclinaison du PRGDR, le Directeur Coordonnateur de la gestion du risque du régime général, organise la concertation au sein d'un **comité des directeurs** d'organismes (CPAM – CARSAT) et du service médical du régime général de la région.

Ce comité contribue à la déclinaison de la stratégie nationale, propose des options d'organisation pour la mise en œuvre des programmes de gestion du risque, s'assure de la mise à disposition des expertises et des moyens, par chaque acteur.

Ce comité assure la cohérence des plannings et suit le déroulement des interventions auprès des professionnels de santé (Délégués de l'Assurance maladie, échanges confraternels, autres modes de communication), des assurés et des entreprises.

Par ailleurs, le DCGDR rencontre régulièrement les Directeurs régionaux de la MSA et du RSI pour préparer, au sein du collège régional de l'Assurance maladie, les travaux avec le directeur de l'ARS.

Pour l'appuyer dans sa mission, le Directeur coordonnateur est assisté d'une cellule placée sous l'autorité d'un agent de direction. La cellule est notamment chargée de préparer les comités des directeurs. Elle assure un suivi transversal sur tous les programmes menés en région.

//-Les actions prévues par les programmes nationaux de gestion du risque

Exercice 2011

A/ Les programmes nationaux UNCAM

A.1/ Le développement de l'efficience de l'offre de soins

A.1.a/Médecins

A.1.a/i Les arrêts de travail

Les dépenses cumulées liées à la prise en charge des arrêts de travail représentent 15% des dépenses de soins de ville pour le régime général. Depuis 2008, les dépenses d'arrêts de travail (tous prescripteurs confondus) sont en progression, au niveau national (+ 4,3% à fin décembre 2010 par rapport à fin décembre 2009⁸), comme au niveau régional (+ 6,6% à fin décembre 2010 par rapport à fin décembre 2009⁹).

De fait, la réduction du nombre d'arrêts de travail non médicalement justifiés et la diminution du nombre et de la durée des indemnités journalières s'inscrivent comme une priorité. Les actions menées, en collaboration avec le Service médical et dans le cadre de la coordination, prolongeront celles mises en œuvre depuis 2005. Elles reposeront sur :

- L'accompagnement des médecins libéraux et hospitaliers afin de réguler médicalement les arrêts de travail ;
- La mise sous accord préalable des prescripteurs excessifs d'indemnités ;
- La poursuite des mesures de contrôles systématiques (contrôle des arrêts de travail de courte et de longue durée en maladie et en accident de travail) ;
- La promotion, en collaboration avec la DRSM et la CARSAT, d'actions conjointes Maladie et Santé-Sécurité au Travail dans les entreprises à fort taux d'absentéisme.

A.1.a/ii Les prescriptions de médicaments et d'actes

Les programmes consisteront à favoriser les pratiques de prescriptions utiles et efficaces.

Le bon usage du médicament

- Les antibiotiques

La France se caractérise par une consommation élevée d'antibiotiques (3ème position en termes de consommation européenne).

Le montant des remboursements au titre des antibiotiques (tous prescripteurs confondus) est - fin décembre 2010 (en France métropolitaine) et hors SLM - de 538 millions d'euros (pour globalement 97 millions de boîtes délivrées)¹⁰.

⁸ Données disponibles sur Mediam, rubrique « Etudes et statistiques - Maîtrise médicalisée » - données corrigées en fonction des jours ouvrés.

⁹ Données disponibles sur Mediam, rubrique « Etudes et statistiques - Maîtrise médicalisée » - données corrigées en fonction des jours ouvrés.

¹⁰ Données disponibles sur Mediam, rubrique « Etudes et statistiques - Maîtrise médicalisée ».

La maîtrise de la consommation des antibiotiques constitue une priorité de santé publique : une surconsommation ou une consommation excessive et injustifiée favorise en effet l'émergence de souches bactériennes résistantes aux antibiotiques susceptibles de compromettre l'efficacité des médicaments.

Les dépenses liées aux prescriptions d'antibiotiques ont globalement diminué en Alsace entre décembre 2009 et décembre 2010 (- 1%)¹¹. Cette diminution devra se poursuivre. Elle passe par :

- L'accompagnement des médecins libéraux par les médecins conseils et / ou par les délégués de l'Assurance maladie ;
- L'accompagnement des établissements hospitaliers (mise en place de stratégies d'antibiothérapie pour améliorer les pratiques de prescription d'antibiotiques et réduire l'utilisation inappropriée de ces médicaments) ;
- La poursuite de l'incitation à l'utilisation du test de diagnostic rapide de l'angine (TDR),
- La promotion des recommandations de la Haute Autorité de Santé relatives au bon usage des antibiotiques.
-

- Les statines

Les statines sont des médicaments qui ont pour finalité de traiter l'excès de cholestérol. En inhibant spécifiquement et de façon réversible l'activité d'une enzyme déterminée, les statines sont susceptibles de faire diminuer la concentration de cholestérol total, la concentration du LDL cholestérol (« mauvais cholestérol ») et la concentration des triglycérides et d'augmenter la concentration du HDL cholestérol (« bon cholestérol »).

L'utilisation à bon escient des statines et la stabilisation des dépenses de ce poste constituent une priorité pour l'Assurance maladie car la France occupe depuis 2006 le 1^{er} rang en Europe des dépenses de statines par habitant et le 2^{ème} pour les volumes consommés.

Les dépenses liées aux statines dans la région ont augmenté entre décembre 2009 et décembre 2010 (+ 4%)¹². Globalement, les CPAM de la région ont dépensé, sur la période cumulée de janvier à décembre 2010, au titre du remboursement des traitements à base de statines, 32 105 897 euros contre 30 787 684 euros sur la même période en 2009¹³.

Il s'agira de stabiliser, puis de diminuer le montant des dépenses liées aux prescriptions de statines, par l'accompagnement des médecins libéraux et hospitaliers par les médecins conseils et / ou par les délégués de l'Assurance maladie, autour de trois recommandations :

- la promotion, lorsque les patients ont un faible taux de LDL cholestérol et / ou un risque cardiovasculaire modéré, de règles hygiéno-diététiques, pour éviter la prescription systématique de statines ;
- la prescription de dosages appropriés aux besoins des patients, selon les recommandations de la HAS ;
- la prescription dans le répertoire des génériques.
-

- Les génériques

La promotion du recours aux génériques est l'un des principaux thèmes de la politique de maîtrise médicalisée des dépenses de santé, compte tenu du potentiel d'économies qu'ils représentent. En effet, le développement du recours aux génériques génère chaque année plus d'un milliard d'euros d'économies pour l'Assurance maladie (tous régimes confondus).

L'élargissement du répertoire des génériques à de nouvelles molécules nécessitera (pour maintenir un taux de pénétration des génériques élevé) une mobilisation supplémentaire de l'ensemble des professionnels de santé, notamment sur l'incitation à la substitution des molécules nouvellement inscrites.

¹¹ Données disponibles sur Mediam, rubrique « Etudes et statistiques - Maîtrise médicalisée » - données corrigées en fonction des jours ouvrés.

¹² Données disponibles sur Mediam, rubrique « Etudes et statistiques - Maîtrise médicalisée » - données corrigées en fonction des jours ouvrés.

¹³ Données disponibles sur Mediam, rubrique « Etudes et statistiques - Maîtrise médicalisée ».

Ceci passera par l'accompagnement de ces derniers par les médecins conseils et / ou par les délégués de l'Assurance maladie.

- Les antihypertenseurs

L'hypertension artérielle (HTA) est une maladie qui touche, en France, une part importante de la population. 31% des 18 à 74 ans présentent des valeurs anormalement élevées de pression artérielle ou sont traités par médicaments antihypertenseurs¹⁴. Cette pathologie est à l'origine de possibles et graves complications sur l'état de santé des personnes concernées (risques élevés de complications vasculaires et de mortalité).

En France, le nombre de patients augmente, ceci étant lié à la combinaison de multiples facteurs : vieillissement de la population, allongement de l'espérance de vie (l'hypertension artérielle est d'autant plus fréquente que l'âge des patients avance), progression de l'obésité, progression du diabète, notamment.

L'hypertension artérielle sévère fait l'objet d'une prise en charge à 100% par l'Assurance maladie.

Les dépenses liées à la prise en charge de l'hypertension artérielle sont en hausse.

La correction de la pression artérielle peut cependant être suffisante par de simples mesures hygiéno-diététiques.

Toutefois l'Assurance maladie poursuivra, lorsque les mesures hygiéno-diététiques ne sont pas suffisantes, ses actions de sensibilisation à l'égard des professionnels de santé pour que ces derniers privilégient, comme le préconise la Haute Autorité de Santé (HAS), le meilleur rapport coût / efficacité dans la prescription des traitements médicamenteux (recours aux Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion plutôt qu'aux « Sartans » dont le coût pour une efficacité antihypertensive identique est beaucoup plus élevé).

Ceci passera par l'accompagnement des médecins libéraux et hospitaliers par les médecins conseils et / ou par les délégués de l'Assurance maladie.

- Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont des médicaments utilisés dans le traitement de l'ulcère gastro-duodénal, du reflux gastro-œsophagien et des œsophagites.

Les dépenses liées à la prise en charge de ces médicaments s'élèvent à fin décembre 2010 à 581 millions d'euros en France métropolitaine. Elles diminuent de 6,8%¹⁵ par rapport à 2009.

L'Assurance maladie poursuivra toutefois ses actions : promotion des recommandations médicales et indications thérapeutiques, tout en favorisant la prescription de médicaments à faible coût et à efficacité thérapeutique identique.

Ceci passera par l'accompagnement des médecins libéraux et hospitaliers par les médecins conseils et / ou par les délégués de l'Assurance maladie.

- Les antidiabétiques oraux

En France, le diabète est la deuxième cause de mise en ALD. Globalement, les remboursements de soins pour les personnes diabétiques progressent d'un milliard d'euros.

Cette hausse des dépenses se poursuivra : progression du nombre de personnes en surpoids et / ou obèses, vieillissement de la population, allongement de la durée de vie des patients, etc.

Plusieurs études¹⁶ démontrent que c'est surtout le diabète de « type 2 » (diabète non insulino-dépendant) qui prédomine dans les pays développés¹⁷.

¹⁴ Points clés - CNAMTS - 2009.

¹⁵ Données disponibles sur Mediam, rubrique « Etudes et statistiques - Maîtrise médicalisée » - données corrigées en fonction des jours ouvrés.

¹⁶ Point d'information CNAMTS – 22 octobre 2009.

¹⁷ Le diabète de « type 2 » représente 90% des cas de diabète en France. Il débute généralement sous l'influence de facteurs favorisants comme une surcharge pondérale à dominante abdominale et la sédentarité. Il peut aussi être diagnostiqué à l'occasion de

De fait, l'Assurance maladie développera, en lien avec les priorités fixées aux ARS sur le volet de l'insuffisance rénale chronique, des actions pour :

- Prévenir la maladie,
- Contribuer à l'amélioration de la prise en charge des personnes diabétiques¹⁸ (promotion des dispositifs d'autocontrôles, rappel des modalités de prise en charge des bandelettes lecteurs de glycémie pour les patients DT2 non insulino traités),
- Optimiser les prescriptions de médicaments (campagne d'échanges confraternels, campagne de visites des délégués de l'Assurance maladie pour promouvoir les recommandations de la HAS sur les instaurations de traitement, les traitements moins coûteux et à efficacité thérapeutique équivalente).

- Les anxiolytiques et hypnotiques

La France est au premier rang mondial dans le domaine de la consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques. Les risques liés à une surconsommation sont pourtant multiples : dépendance, iatrogénie, accidents de la route ou du travail.

Globalement, les dépenses liées aux traitements à base d'anxiolytiques et d'hypnotiques sont stables dans la région, entre 2009 et 2010, sur la période cumulée de janvier à décembre (+ 0,8%)¹⁹.

Elles devront néanmoins diminuer par l'accompagnement, principalement, des médecins libéraux et hospitaliers par les délégués de l'Assurance maladie.

- Les antiagrégants plaquettaires

5% de la population couverte par l'Assurance maladie est concernée par la prescription d'un médicament de la classe des antiagrégants plaquettaires (AAP). Le nombre de patients susceptibles de relever chaque année de ces thérapeutiques est estimé à 300 000 personnes²⁰.

La prévention des accidents thrombotiques des artères cérébrales, coronaires ou des membres inférieurs par la prescription d'AAP est aujourd'hui largement développée²¹.

Il est toutefois nécessaire de privilégier, dans un but d'efficience et selon les recommandations de la HAS, la prescription de l'aspirine dans la classe des AAP²².

Ceci passera par un accompagnement des médecins libéraux et hospitaliers et la sensibilisation des prescripteurs sur la place de l'aspirine.

- Les antalgiques

Les antalgiques (paracétamol, aspirine, codéine, morphine) sont des médicaments destinés à réduire la douleur du patient (maux de tête, douleurs chroniques, douleurs dues à une opération chirurgicale). Ils ont généralement vocation à améliorer le confort du malade.

Il s'agira, dans le cadre des recommandations de la HAS, d'optimiser, par l'accompagnement des médecins libéraux et hospitaliers, la prescription des médicaments à visée antalgique :

- Informer sur les modalités de substitution du dextropropoxyphène chez les patients traités pour des douleurs chroniques,

la prise en compte d'antécédents familiaux ou d'une autre pathologie comme l'hypertension artérielle, par exemple. En l'absence de traitement adapté, les complications sont potentiellement nombreuses et graves : problèmes oculaires et rénaux, complications cardiovasculaires - infarctus, maladie coronaire, accident vasculaire cérébral).

¹⁸ Particulièrement celle des diabétiques de « type 2 ».

¹⁹ Données disponibles sur Mediam, rubrique « Etudes et statistiques - Maîtrise médicalisée » - données corrigées en fonction des jours ouvrés.

²⁰ Données CNAMTS.

²¹ Ces traitements font appel, pour l'essentiel, à l'aspirine et au clopidogrel, les prescriptions de dipyridamole et de ticlopidine étant aujourd'hui largement minoritaires.

²² 65% des dépenses liées à la prescription d'un médicament de la classe des AAP étant générées par les 25% de patients qui ne sont pas traités par aspirine.

- Améliorer le recours aux antalgiques selon l'intensité de la douleur lors des initiations de traitement,
- Optimiser la prescription des antalgiques de palier ii (opioïdes faibles).

- Les anti-TNF alpha

Ces traitements ont révolutionné la prise en charge des affections inflammatoires chroniques sévères du tube digestif et rhumatologiques et ont transformé la qualité de vie des patients.

Cependant, ils doivent être prescrits en deuxième intention et pour des formes sévères et résistantes aux traitements de fond habituels.

En effet, ils ne sont pas dénués de risques, en particulier le développement de maladies infectieuses, notamment la tuberculose, en raison de la diminution des défenses immunitaires.

Les conditions de prise en charge seront donc rappelées dans le but de diminuer les traitements non justifiés, dangereux et coûteux.

- Les EPO

Ces traitements stimulent la production de globules rouges et sont utilisés pour :

- Traiter les anémies sévères liées à l'insuffisance rénale chronique sévère ou à des traitements par chimiothérapie en évitant de recourir à des transfusions sanguines ;
- Les transfusions autologues différées ;
- La chirurgie orthopédique majeure programmée.

Il s'agira, dans l'attente de la mise à jour des recommandations de bonnes pratiques, de rappeler les précautions de suivi afin d'améliorer la prise en charge et de contribuer à la diminution des prescriptions hors autorisation de mise sur le marché.

- Les Associations Formellement Contre Indiquées

Le régime agricole poursuivra la surveillance des Associations Formellement Contre Indiquées (AFCI) débutée en 2006, et dont la liste est régulièrement actualisée. Ces AFCI feront l'objet d'un envoi de courrier d'alerte aux prescripteurs.

- La liste des produits et des prestations remboursables

Le régime agricole poursuivra son engagement dans le contrôle des produits remboursables pour le traitement de l'insuffisance respiratoire.

La justification médicale de la facturation du forfait 6 de ventilation assistée sera poursuivie et comparée à celle du forfait 9, dispositif pour le traitement de l'apnée du sommeil.

Les actes diagnostiques et thérapeutiques

- La prise en charge de la dépression

Les troubles dépressifs et anxieux²³ se caractérisent par la présence d'un ou plusieurs épisodes dépressifs²⁴ et par une souffrance émotionnelle et un retentissement marqués sur la vie des patients²⁵.

La France est actuellement le premier pays au monde dans la consommation des antidépresseurs.

Selon la Haute Autorité de Santé, le bon usage des antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte constitue une priorité nationale de santé publique²⁶.

²³ Troubles qui constitueront, à l'horizon 2030, selon l'OMS, la première cause de handicap en France - Revue « Le concours médical », tome 129, avril 2007.

²⁴ Humeur dépressive persistante et quotidienne, insomnie ou hypersomnie quotidienne, sentiment de dévalorisation excessive ou inappropriée, diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour toutes les activités, etc.

²⁵ Trouble obsessionnel compulsif, trouble panique, phobie sociale, etc.

En ce qui concerne la prescription des antidépresseurs, les recommandations de la HAS sont les suivantes :

- Examen clinique préalable à toute prescription d'antidépresseurs (examen pré-thérapeutique pour dissocier les troubles dépressifs et anxieux des symptômes dépressifs et anxieux) ;
- Durée de traitement limitée dans le temps mais adaptée pour éviter tout risque de rechute ;
- Information des patients (modalités de prise des médicaments, délais avant l'apparition des effets bénéfiques, effets indésirables) ;
- Evaluation périodique de l'efficacité et de la tolérance des traitements, promotion de mesures non pharmacologiques en cas d'épisode dépressif d'intensité légère (pratique d'une activité physique, d'une méthode de relaxation, d'une méthode de méditation, arrêt de l'alcool).

L'objectif sera, par l'accompagnement des médecins libéraux et hospitaliers par les médecins conseils, de rappeler, selon les recommandations de la HAS, les points forts du diagnostic et de la prise en charge de l'épisode dépressif.

- L'ostéoporose

Les objectifs consisteront à :

- Améliorer la prise en charge diagnostique, thérapeutique et le suivi des patients atteints d'ostéoporose en vue de limiter les complications et les risques liés aux fractures vertébrales, en particulier celles du col du fémur ;
- Promouvoir les recommandations de bonne pratique émises par la HAS tant en matière de prescription de l'ostéodensitométrie que dans le choix thérapeutique ;
- Promouvoir dans leurs indications les formes génériques (optimiser la prescription médicamenteuse) ;
- Sensibiliser les prescripteurs au problème de l'observance du traitement.

Les médecins libéraux et hospitaliers feront l'objet, à ce titre, d'un accompagnement spécifique par les médecins conseils.

- Le bon usage de la radiographie

Il s'agira, en complément des actions mises en œuvre par l'ARS, de diffuser les référentiels de la HAS, pour :

- réguler les dépenses d'imagerie médicale ;
- diminuer les irradiations inutiles.

Trois types de radiographie sont concernés :

- crâne ;
- abdomen ;
- thorax.

Les médecins libéraux et hospitaliers feront l'objet, à ce titre, d'un accompagnement spécifique.

²⁶ La prévalence à l'heure actuelle en France des troubles de l'humeur est de 9% et de 12% pour les troubles anxieux, c'est-à-dire l'une des plus élevées d'Europe occidentale.

A.1.a/iii Les transports

Les frais de transports sont pris en charge par l'Assurance maladie dans des situations limitativement énumérées (entrée ou sortie d'hospitalisation, transport nécessitant que la personne soit allongée ou surveillée constamment, transport lié à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, convocation par le Service médical ou par un médecin expert).

Les prescriptions relatives aux modes de transport (véhicule personnel, transports en commun, véhicule sanitaire léger, taxi conventionné ou ambulance) sont des décisions médicales qui dépendent de l'état de santé et du degré d'autonomie du patient.

Les modalités de prise en charge par l'Assurance maladie des frais de transports sanitaires sont régies par une convention nationale signée entre les transporteurs sanitaires privés et l'Assurance maladie.

La prise en charge des frais de transports effectués par des entreprises de taxis est réglementée par une convention nationale type établie par le Directeur général de l'UNCAM et les organisations professionnelles nationales et conditionnée²⁷ à la signature d'une convention locale fixant - conformément à la convention nationale type - les conditions de prise en charge des prestations de transport, les modalités de remboursement de celles-ci et les tarifs applicables par les entreprises signataires.

Les dépenses liées à la prise en charge par l'Assurance maladie des frais de transport sont de 62 millions d'euros dans la région (données à fin décembre 2010²⁸). Ce poste de dépenses est en constante progression depuis de nombreuses années (+ 5,4% au niveau régional entre décembre 2009 et décembre 2010²⁹).

La réduction - par la mobilisation de tous les acteurs (médecins libéraux, médecins hospitaliers, assurés, transporteurs sanitaires et taxis conventionnés) - des dépenses liées à la prise en charge des transports constitue donc une priorité. Ceci passe par :

- L'accompagnement des médecins libéraux et hospitaliers par les médecins conseils et / ou par les délégués de l'Assurance maladie (rappel des règles de prescription relatives aux modes de transport³⁰) ;
- L'accompagnement des assurés (information et sensibilisation) ;
- L'accompagnement et le contrôle des transporteurs sanitaires et des entreprises de taxis.

L'Assurance maladie sensibilisera également, dans le prolongement des actions menées par l'ARS sur les prescriptions hospitalières de transports sanitaires exécutées en ville, les établissements éligibles au Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Organisation des Soins (CAQOS) portant sur les transports, prévu par l'article L.322-5-5 du Code de la Sécurité sociale.

Dans ce cadre, elle contribuera et participera, en collaboration avec l'ARS :

- Aux travaux relatifs à l'identification des établissements susceptibles de se voir proposer un contrat ;
- Aux actions mises en œuvre pour accompagner les établissements signataires ;
- Au suivi de l'évolution des dépenses de transports.

A.1.a/iv Le CAPI

Créé par l'article L.162-12-21 du Code de la Sécurité sociale, le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) est un contrat individuel signé entre le Directeur de la CPAM et un médecin traitant conventionné exerçant à titre libéral, sur la base du volontariat et pour une durée de trois ans.

Ce contrat comporte, en cohérence avec les objectifs fixés par la loi de santé publique, et selon les avis et référentiels émis par la Haute Autorité de Santé, des engagements individualisés sur :

- La prescription (optimiser la prescription de certains médicaments par rapport aux données de la science) ;

²⁷ Article 38 de la LFSS pour 2008.

²⁸ Données disponibles sur Mediam, rubrique « Etudes et statistiques - Maîtrise médicalisée ».

²⁹ Données disponibles sur Mediam, rubrique « Etudes et statistiques - Maîtrise médicalisée » - données corrigées en fonction des jours ouvrés.

³⁰ Véhicule personnel, transports en commun, véhicule sanitaire léger, taxi conventionné ou ambulance.

- La participation à des actions de dépistage (atteindre un taux de dépistage donné pour le cancer du sein chez la femme de 50 à 74 ans par exemple) ;
- La participation à des actions de prévention (atteindre un taux de couverture vaccinale donné pour les groupes à risques, etc.) ;
- La participation à des actions susceptibles de favoriser la continuité et la coordination des soins et à toute autre action susceptible d'améliorer les pratiques.

Le CAPI détermine également les contreparties financières qui sont liées à l'atteinte des objectifs par le professionnel.

Il s'inscrit de façon cohérente avec un ensemble d'autres démarches de qualité et d'efficience.

Il s'agira notamment d'augmenter le taux de réalisation des objectifs des médecins signataires.

A.1.a/v Pharmaciens

Des actions seront mises en œuvre en Alsace pour augmenter la part des génériques délivrés par les pharmaciens, notamment à l'égard des pharmaciens pour lesquels la part des génériques délivrés se situe en dessous des moyennes nationales et locales.

Par ailleurs, l'élargissement récent³¹ du répertoire des génériques à de nouvelles molécules nécessitera une mobilisation supplémentaire des pharmaciens, sur l'incitation à la substitution des molécules nouvellement inscrites.

Les pharmaciens feront donc l'objet d'un accompagnement par les délégués de l'Assurance maladie.

A.1.a/vi Chirurgiens-dentistes

De nombreuses actions de communication et d'accompagnement mises en œuvre dans le cadre de la prévention bucco-dentaire³² seront prorogées.

Par ailleurs, le contrôle de la facturation des reconstitutions prothétiques dentaires par bridge, assuré par le régime agricole, permettra de vérifier la conformité des actes et traitements entrant dans la réalisation des bridges. Il s'agira :

- De rechercher les actes acquittés lors de la réalisation de bridges et non justifiés,
- D'obtenir le respect des référentiels en vigueur,
- D'informer les professionnels de santé des anomalies détectées,
- De procéder, le cas échéant, à une récupération des sommes indûment versées.

Enfin, le RSI mettra en œuvre une action de contrôle des actes dentaires.

A.1.a/vii Masseurs kinésithérapeutes

Les soins de masso-kinésithérapie sont des actes prescrits.

Ils sont généralement réalisés en série, de façon manuelle ou instrumentale, à des fins de rééducation.

Ils ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer.

Initialement, la quasi-totalité des actes de masso-kinésithérapie devait faire l'objet d'une demande d'entente préalable³³.

Depuis le 9 mars 2008³⁴, la procédure de l'entente préalable est limitée aux patients qui nécessitent plus de 30 séances sur la période des 12 mois précédents, quel que soit le motif de prescription de la rééducation.

³¹ Cf. supra.

³² Diffusion d'informations sur Ameli.fr, diffusion de spots télévisés, etc.

³³ Les demandes d'entente préalable sont effectuées par le professionnel de santé réalisant les soins, et pour le masseur-kinésithérapeute dans le cadre de la prescription médicale établie par le médecin.

³⁴ Au lendemain de la publication au Journal Officiel de la décision de l'UNCAM du 13 décembre 2007.

L'article 42 de la LFSS pour 2009, qui modifie l'article L.162-1-7 du Code de la Sécurité sociale, franchit une nouvelle étape et introduit - pour des pathologies limitativement énumérées³⁵ et pour des prescriptions d'actes réalisés en série - des seuils³⁶ au-delà desquels la poursuite de la prise en charge du traitement par l'Assurance maladie est subordonnée à l'accord préalable du Service médical.

Ces évolutions répondent à des préoccupations d'amélioration de l'efficacité de ce type de soins et ont vocation à limiter l'évolution des dépenses de masso-kinésithérapie.

De fait, les masseurs kinésithérapeutes et les professionnels prescripteurs de rééducation (médecin traitant, médecin spécialiste, professionnels des établissements de santé, etc.) feront l'objet d'actions d'accompagnement par les médecins conseils et / ou par les délégués de l'Assurance maladie sur l'ensemble des dispositifs d'entente préalable.

La mise en œuvre des référentiels fera également l'objet d'un suivi spécifique.

A.1.a/viii Soins infirmiers

En raison du dynamisme de ces dépenses pour le régime agricole, le contrôle sur les cumuls d'actes infirmiers non-conformes à la NGAP sera poursuivi.

La bonne application des règles de facturation par les infirmiers libéraux ou centres de santé infirmiers intervenant auprès des individus pris en charge par les SSIAD sera également contrôlée, et les sommes indues récupérées, si des anomalies sont détectées.

Par ailleurs, le RSI poursuivra son action de contrôle des soins infirmiers (respect du plafond journalier sur les AIS et du plan annuel de la DSI, cumul entre AIS ou entre AIS et AMI).

A.1.a/ix Etablissements hospitaliers et médico-sociaux

Depuis la loi du 13 août 2004, l'Assurance maladie est légitime à intégrer les établissements de santé dans ses actions de maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Les actions d'information et de sensibilisation des établissements hospitaliers et médico-sociaux sur leur situation en termes de maîtrise médicalisée des dépenses de santé seront poursuivies.

L'optimisation des prescriptions hospitalières exécutées en ville

L'hôpital est à l'origine de prescriptions délivrées en ville.

Partant de ce constat, l'Assurance maladie a fait de la maîtrise médicalisée des prescriptions hospitalières exécutées en ville une priorité.

Celle-ci touche de nombreuses thématiques (statines, antibiotiques, génériques, ordonnancier bizonne, transports sanitaires et arrêts de travail) et s'appuie sur l'organisation de visites dans les établissements auprès des directions, des professionnels de santé et des services (présentation de profils par établissement, par thème, remise de mémos, etc.).

Ces visites spécifiques seront organisées pour sensibiliser, dans le prolongement des actions menées par l'ARS sur les prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville, les établissements éligibles au Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Organisation des Soins (CAQOS) portant sur le médicament, prévu par l'article 47 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2010.

Dans ce cadre, l'Assurance maladie participera, en collaboration avec l'ARS :

- Aux travaux relatifs à l'identification des établissements susceptibles de se voir proposer un contrat ;

³⁵ Rééducation de l'entorse externe récente de cheville, rééducation après reconstruction du ligament croisé antérieur du genou, rééducation après arthroplastie du genou par prothèse totale du genou, etc.

³⁶ Ces seuils sont fondés sur des référentiels élaborés par la Haute Autorité de Santé (HAS) ou validés par celle-ci sur proposition de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM). Ils ne sont ni des recommandations de bonne pratique, ni des nombres standard de séances, ni des nombres de séances maxima au-delà desquels la prise en charge par l'Assurance maladie n'est plus possible.

- Aux actions mises en œuvre pour accompagner les établissements signataires ;
- Au suivi de l'évolution des dépenses de prescriptions médicamenteuses.

Ces visites spécifiques porteront également sur le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Organisation des Soins (CAQOS) transports (cf. paragraphe A.1.a/vi).

Enfin, l'accompagnement des établissements portera également sur les pratiques de codage de la Tarification à l'Activité et son contrôle.

Le bon usage de l'offre de soins en établissements de santé

- La chirurgie ambulatoire

L'utilisation à bon escient des plateaux techniques lourds, et notamment de l'environnement hospitalier, est l'une des voies d'amélioration de l'efficacité des systèmes de santé. C'est pourquoi des politiques visant à redéployer des soins de l'hôpital vers la médecine de ville se sont développées dans de nombreux pays.

La France se classe parmi les pays de l'OCDE les plus en retard dans le développement de la chirurgie ambulatoire : 30% seulement des interventions chirurgicales sont réalisées en ambulatoire, loin derrière les Etats-Unis (94%), le Danemark (78%) et l'Allemagne (61%)³⁷.

De nombreuses études démontrent cependant que 90% des patients qui subissent une intervention chirurgicale sans hospitalisation sont satisfaits et que 88% des patients opteraient plus volontiers pour ce mode d'hospitalisation³⁸.

Ce retard dissimule une grande hétérogénéité des pratiques dans le domaine de la chirurgie ambulatoire selon les régions, les établissements et les types d'actes, et renforce l'idée d'un potentiel de développement important.

Des études³⁹ (qui comparent la chirurgie ambulatoire et la chirurgie traditionnelle) démontrent d'ailleurs que les patients peuvent être pris en charge en ambulatoire avec le même degré de qualité, sans risques de complications supplémentaires et par la mobilisation de moins de ressources.

17 actes marqueurs (liste limitative d'actes chirurgicaux établie en collaboration avec l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire⁴⁰) peuvent aujourd'hui être réalisés en ambulatoire.

Les textes⁴¹ préconisent la Mise Sous Accord Préalable (MSAP) des établissements de santé en retard sur le développement de la chirurgie ambulatoire, en ce qui concerne les actes marqueurs.

La MSAP conditionne à l'avis du Service médical la capacité de l'établissement à accueillir un patient durant au moins une nuitée pour des actes couramment pratiqués en ambulatoire.

Elle s'inscrit comme une démarche pédagogique et préventive, de nature à entraîner une accélération du changement des pratiques médicales.

De fait, l'Assurance maladie poursuivra, en collaboration avec l'ARS, ses actions relatives à la mise en œuvre de la MSAP, l'objectif étant, à travers le nombre d'établissements ciblés, de développer une chirurgie ambulatoire de qualité et efficiente et d'impulser un véritable changement des pratiques.

³⁷ V. circulaire DHOS/O1/F2/F3/F1 n°2008-147 du 29 avril 2008.

³⁸ V. étude CNAMTS menée auprès de 30 000 personnes, courant 2002.

³⁹ V. circulaire DHOS/O1/F2/F3/F1 n°2008-147 du 29 avril 2008.

⁴⁰ Chirurgie de la cataracte, extractions dentaires, chirurgie des varices, arthroscopie du genou, etc.

⁴¹ Article L.162-1-17 du Code la Sécurité sociale.

- Autres actes chirurgicaux ou autres modes de prise en charge

La loi de financement de la Sécurité sociale de 2009 stipule que le dispositif de mise sous accord préalable des établissements de santé prévu à l'article L.162-1-17 du Code de la Sécurité sociale peut être étendu aux établissements présentant « une proportion élevée de prestations d'hospitalisation facturées non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de Santé ou un nombre de prestations d'hospitalisation facturées significativement supérieur aux moyennes régionales ou nationales établies à partir des données mentionnées à l'article L.6113-7 du Code de Santé publique pour une activité comparable ».

Dans ce cadre, l'action de MSAP vise à harmoniser les pratiques médicales et à faire respecter les référentiels.

Des prestations hospitalières seront, sur la base des référentiels de la HAS, sélectionnées parmi les actes chirurgicaux et les modes de prise en charge hospitalière, et feront l'objet, après décision du Directeur général de l'ARS, d'une mise sous accord préalable.

- Les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

L'Assurance maladie partage un objectif commun avec l'ARS pour améliorer le recours aux SSR, maîtriser leur développement et améliorer leur efficience.

L'action des organismes d'Assurance maladie consistera, en collaboration avec l'ARS et dans le prolongement des priorités de celle-ci sur ce sujet, à mettre en œuvre la MSAP pour l'orientation en SSR, de telle sorte que cette dernière réponde au seul besoin médical, conformément aux critères définis par la HAS.

- Accompagnement des structures d'Hospitalisation à Domicile (HAD)

Diverses actions d'accompagnement⁴² et de contrôles⁴³ ont été mises en œuvre à l'égard des structures d'Hospitalisation à Domicile (HAD). De fait, il s'agira de s'appuyer sur les résultats de celles-ci pour orienter - dans le but d'améliorer les pratiques des structures d'HAD - les actions à mener.

L'accompagnement des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

Le questionnement des EHPAD se focalise principalement, à l'heure actuelle, sur les problématiques relatives à la réintroduction des médicaments dans le forfait de soins⁴⁴.

Ce dispositif permettra, à terme, d'exonérer tous les résidents des EHPAD du reste à charge sur les médicaments.

Une évaluation quantitative et qualitative de l'activité des établissements qui participent à cette expérimentation sera à réaliser.

Par ailleurs, un objectif commun est partagé avec l'ARS pour optimiser la qualité de la prise en charge dans les EHPAD.

Dans ce cadre, l'Assurance maladie développera plusieurs actions d'accompagnement⁴⁵, sur les thématiques suivantes : antibiotiques, génériques, ALD, infections nosocomiales, iatrogénie médicamenteuse, Alzheimer, pansements, dénutrition chez les patients âgés.

Parallèlement, la liste des résidents sera informatisée, permettant un suivi plus optimisé des dépenses.

⁴² Accompagnement à l'amélioration des pratiques, etc.

⁴³ Contrôle sur le respect des règles de facturation des prestations et des soins réalisés par les structures d'HAD, etc.

⁴⁴ Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 qui prévoit la réintégration, pour les établissements ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur ou ne partageant pas de pharmacie à usage intérieur dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire, des médicaments dans les dotations ou forfaits de soins et une gestion coordonnée des médicaments au sein des EHPAD, grâce à un nouvel acteur, le pharmacien référent.

⁴⁵ Accompagnement médecins conseil - DAM, campagnes d'échanges confraternels, etc.

A.1.b/L'accompagnement des assurés

Les assurés sont les principaux acteurs du système de soins.

Cependant, leur méconnaissance des coûts, de la qualité, de l'organisation du système de soins, ne leur permet pas d'être des acteurs avisés.

De fait, l'information des assurés constitue une priorité pour :

- Leur permettre d'exercer des choix éclairés,
- Leur faciliter l'accès aux soins et à la protection sociale,
- Leur permettre de connaître les conditions dans lesquelles les actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'ils reçoivent sont pris en charge⁴⁶.

A.1.b/i Information des assurés sur les caractéristiques de l'offre de soins

L'Annuaire des professionnels de santé constitue un premier niveau de réponse aux dispositions prévues par l'article L.162-1-11 du Code de la Sécurité sociale. Il consiste à fournir des données individuelles sur les professionnels de santé libéraux : informations générales, situation conventionnelle, nature d'exercice, informations pratiques (télétransmission, etc.), compétences (spécialité, exercice particulier, etc.), tarifs de consultation, etc.

Ce dispositif est accessible aux assurés à partir des plates-formes de service (PFS) et à partir du site Internet de l'Assurance maladie (Ameli.fr). La communication autour de l'outil « Ameli.fr » pourra être relancée.

A.1.b/ii Développement des services d'aides à la sortie des établissements

Faciliter la sortie des patients des hôpitaux permet d'éviter des prolongations d'hospitalisation inutiles et d'accroître la qualité de la prise en charge.

Pour ce faire, l'Assurance maladie développe des programmes d'accompagnement de retour à domicile à destination des assurés.

Ces dispositifs ont pour but de faciliter le retour à domicile des patients lorsque l'hospitalisation n'est plus nécessaire.

Ils contribuent également à la continuité du parcours de soins entre la ville et l'hôpital et permettent d'optimiser le recours à l'hospitalisation.

Une expérimentation sera mise en œuvre dans le Bas-Rhin pour les sorties de maternité (PRADO - Programme d'Accompagnement pour le Retour à Domicile). Elle est destinée à faciliter, lors de la sortie de maternité, l'orientation des assurées dans le système de soins, tout en leur préservant leur capital santé.

Des actions d'accompagnement seront développées et pérennisées sur la base des résultats obtenus.

A.1.b/iii Faciliter l'accès aux soins

Le dispositif spécifique de protection que constitue l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) reste encore sous-utilisé au regard de la population actuellement concernée.

Toutefois, des programmes d'échanges de données (CNAF, CNAV) sont mis en œuvre par la CNAMTS afin d'identifier des bénéficiaires éventuels et de leur apporter toute information utile.

L'objectif consiste, au niveau local, à améliorer le taux de bénéficiaires d'une aide complémentaire à l'ACS. Concrètement, il s'agira d'accompagner le dispositif légal par le versement d'aides financières sur le Fonds d'Action Sanitaire et Sociale :

- Pour compléter le montant de l'ACS ;

⁴⁶ Article L.162-1-11 du Code de la Sécurité sociale.

- Pour faciliter l'accès à une couverture complémentaire des personnes dont les ressources sont situées au-dessus du seuil d'attribution de l'ACS.

La MSA, en tant que guichet unique versant les prestations maladie obligatoires, complémentaires, les prestations famille et vieillesse, poursuivra également l'information de ses adhérents sur leur droit potentiel à l'ACS.

Par ailleurs, le RSI développera, de son côté, des actions visant à informer et promouvoir le dispositif ACS auprès de ses ressortissants.

A.1.c/L'incitation à la prévention

Les objectifs poursuivis par l'Assurance maladie dans le domaine de la prévention découlent de la politique nationale de santé définie par l'Etat. Ils s'inscrivent dans le cadre :

- Des objectifs de la loi de santé publique ;
- Des plans et programmes de santé publique définis sur des thématiques spécifiques.

A.1.c/i Poursuite des programmes nationaux de prévention

Les programmes nationaux de prévention sont multiples. Ils portent sur :

- Le dépistage organisé des cancers (colorectal, sein, col de l'utérus) ;
- La prévention bucco-dentaire ;
- La vaccination contre la grippe saisonnière et la vaccination rougeole oreillons rubéole (ROR).

Les résultats montrent, s'agissant des dépistages de cancers notamment, que les taux de participation demeurent insuffisants.

De fait, l'Assurance maladie développera ses actions au niveau régional (programmes d'accompagnement des assurés) pour être plus efficace dans l'organisation des dépistages de cancers⁴⁷ (conforter le rôle du médecin traitant dans la démarche de prévention, développement des actions d'information, de communication).

L'objectif se focalisera, face à la persistance d'inégalités dans l'accès à la prévention, sur les populations fragiles et éloignées du système de soins pour obtenir, de leur part, un niveau de participation aux programmes de prévention au moins équivalent à celui de la population générale.

Par ailleurs, les actions menées dans le cadre de la prévention bucco-dentaire (mise en place le 1^{er} janvier 2007 du dispositif « Examen Bucco-dentaire »⁴⁸), même si elles font apparaître des résultats encourageants, se poursuivront et seront intensifiées (extension de la couverture MT'Dents dans les zones défavorisées).

Elles viseront, en partenariat avec les chirurgiens dentistes, à inciter un maximum de jeunes, de six à dix-huit ans, à réaliser un examen de prévention bucco-dentaire et les soins consécutifs éventuellement nécessaires. En outre, elles permettront aux professionnels de santé d'enseigner les règles d'hygiène, de prévention des caries et de sensibilisation aux méfaits du tabac et de l'alcool.

En complément, le RSI proposera un examen bucco-dentaire annuel pour les enfants et adolescents de 5 à 18 ans.

Les efforts se poursuivront également pour accompagner les politiques de vaccination définies par les Autorités de santé (grippe saisonnière, ROR).

⁴⁷ Plus particulièrement en ce qui concerne les cancers du colon et du sein.

⁴⁸ L'EBD est un examen pris en charge à 100% par l'Assurance maladie. Il permet, pour des jeunes de 6, 9, 12, 15 et 18 ans exposés aux risques carieux, de bénéficier périodiquement d'un examen de prévention bucco-dentaire chez un chirurgien-dentiste conventionné, exerçant à titre libéral, chez un médecin spécialiste en stomatologie ou dans un centre de santé.

Les Centres d'Examens de Santé (CES) de la région continueront à favoriser la réalisation d'exams périodiques de santé⁴⁹ pour les publics prioritaires⁵⁰. Des actions de promotion des CES pourront, le cas échéant, être mises en œuvre.

Le RSI proposera à ses ressortissants, dans une logique de dépistage des risques pour la santé⁵¹, un bilan de prévention réalisé par le médecin traitant.

Par ailleurs, les services d'accueil et les services sociaux des caisses d'Assurance Maladie participeront, aux côtés des services prévention, aux actions de prévention. Ils informeront les publics de l'offre de services existante dans ce domaine, notamment les publics les plus éloignés du système de santé.

A.1.c/ii Poursuite des actions de prévention vers les personnes âgées

Le partenariat inter-régimes caisses se poursuivra également s'agissant des actions de prévention en direction des personnes âgées.

Ces actions se dérouleront sous forme de conférences-débats et d'ateliers :

- Ateliers du Bien Vieillir ;
- Cycles Eureka pour l'entretien des facultés cérébrales et de la mémoire ;
- Ateliers Equilibre de prévention des chutes.

A.1.c/iii Développement de l'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique a pour but, dans le cadre de maladies chroniques, d'aider le patient à mieux appréhender sa maladie, le traitement prescrit et les soins qui lui sont prodigués.

Les régimes d'Assurance maladie s'engagent donc à favoriser les actions d'éducation thérapeutique sur le territoire alsacien.

Pour le régime général, il s'agit de promouvoir l'éducation thérapeutique par des financements dédiés sur le FNPEIS⁵², complétant les financements du FIQCS⁵³ pour des actions d'éducation thérapeutique, sur la base d'un cahier des charges national.

Dans ce cadre, le « Programme d'actions d'éducation thérapeutique du patient en Alsace » a été mis en place récemment pour favoriser une approche globale de la prise en charge du patient, sur les pathologies suivantes :

- Le diabète ;
- L'asthme ;
- L'insuffisance cardiaque.

Ce programme a vocation à sensibiliser les professionnels de santé sur la thématique de l'éducation thérapeutique du patient. Il vise :

- A développer la formation des professionnels dans le domaine de l'éducation thérapeutique ;
- A augmenter le nombre de professionnels de santé qui pratiquent l'éducation thérapeutique ;
- A augmenter le nombre de patients atteints de maladies chroniques susceptibles de bénéficier de l'offre d'éducation thérapeutique.

Par ailleurs, une offre d'éducation thérapeutique pour les patients diabétiques de type 2 est proposée par les Centres d'Examen de Santé afin de leur permettre de bénéficier d'une prise en charge globale et personnalisée.

⁴⁹ Diagnostic santé, dépistage de pathologies, etc.

⁵⁰ Publics en situation de précarité, identifiés à partir de critères et facteurs multiples.

⁵¹ Risques liés à la profession exercée, aux habitudes de vie ou aux antécédents médicaux personnels et familiaux.

⁵² Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaires.

⁵³ Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins.

S'agissant du régime agricole, l'engagement a été pris de développer les ateliers d'éducation thérapeutique destinés aux malades atteints :

- D'hypertension artérielle ;
- Ou de maladie coronaire ;
- Ou d'insuffisance cardiaque ;
- Qu'ils soient reconnus en ald ou non.

L'objectif est d'augmenter le nombre de sessions déclinées, prioritairement en zone rurale. Sont abordées les thématiques suivantes :

- Le vécu de la maladie ;
- Les facteurs de risques ;
- La nutrition - la diététique ;
- L'activité physique ;
- Les signes d'alerte vigilance / auto-surveillance ;
- Le traitement.

Le programme d'ETP de la MSA a été conçu avec la collaboration de deux partenaires, experts reconnus en éducation thérapeutique : le laboratoire de pédagogie de la santé de l'université Paris XIII et l'Institut de perfectionnement en communication et en éducation médicale (IPCCEM).

Une formation spécifique assurée par l'IPCCEM est délivrée de façon identique à tous les soignants éducateurs animant les ateliers.

Pour le RSI, il s'agira de développer les actions d'éducation thérapeutique du patient par l'intermédiaire des médecins traitants, de spécialistes (pédicures-podologues) et en partenariat avec les réseaux d'éducation thérapeutique du patient intervenant sur ces thématiques dans la région.

Ces actions porteront sur le diabète et l'asthme.

A.1.c/iv Prévention de la désinsertion professionnelle

La prévention de la désinsertion professionnelle pour raison de santé ou de handicap constitue un enjeu majeur des politiques en faveur des personnes handicapées mais aussi des politiques de gestion des risques maladie et risques professionnels.

Chaque année, 700 000 salariés font l'objet d'un avis d'aptitude avec réserves ou d'un avis d'inaptitude définitive, soit 5 % de la population active. 54% des dépenses de l'Assurance maladie concernent les arrêts de plus de trois mois. En 2004, les AT-MP ont entraîné la perte de 48 millions de journées de travail, ce qui représente la fermeture d'une entreprise de 130 000 salariés pendant un an.

Un nouveau dispositif institutionnel de prévention de la désinsertion professionnelle a été initié par la CNAMTS. Il repose sur la mise en place de cellules de coordination dans chaque département et au niveau régional.

L'objectif sera de coordonner les actions des services de l'Assurance maladie, pour une offre de service efficiente, harmonisée et la plus précoce possible.

Dans le régime agricole, la Cellule Emploi Santé poursuivra sa mission d'accompagnement des adhérents en longue maladie.

Cette cellule rassemble depuis 2005 une équipe pluridisciplinaire provenant de différents services de la MSA (Santé au travail, Contrôle médical, Action sanitaire et sociale), des Caisses d'assurance accidents du travail agricoles et de l'association Action et compétence. Elle traite les situations des assurés en arrêt de travail de plus de 4 mois, pour maladie grave, accident du travail ou maladie professionnelle, avec cumul de difficultés sociales, familiales et / ou de retour à l'emploi. La cellule vise un traitement social et global de la maladie.

Elle met également en œuvre des actions collectives :

- Réunions d'information à destination des personnes invalides ou ayant la qualité de travailleurs handicapés ;
- Ateliers, groupes de parole autour de l'estime de soi, de la mobilisation des ressources personnelles, et de la construction de projet individuel.

A.1.c/v Promotion d'actions de prévention dans le domaine de la santé au travail

Les priorités fixées à la CRAM Alsace-Moselle portent notamment sur :

- Les Cancérogènes, Mutagènes, Reprotoxiques (CMR) ;
- Les Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) ;
- Le risque routier ;
- Les risques psychosociaux.

et sur 3 branches professionnelles particulières :

- Le bâtiment et travaux publics ;
- L'intérim ;
- La grande distribution ;

Ces priorités seront également déclinées dans le cadre du Plan Santé et sécurité au Travail en Agriculture 2011-2015. En outre, en partenariat avec les Caisses d'assurance accidents agricoles, le service de Médecine du Travail de la MSA ciblera son action en direction des risques et publics suivants :

- Les risques liés aux animaux et les zoonoses ;
- Les risques liés aux équipements de travail agricoles ;
- Le risque routier professionnel (rrp) ;
- Les très petites entreprises agricoles ;
- L'enseignement agricole ;
- Les nouveaux installés ;
- Les saisonniers ;
- Les travailleurs vieillissants.

Les actions prévues auront pour objet :

- De sensibiliser les responsables d'entreprises, les branches professionnelles et les salariés sur les risques techniques voire organisationnels ;
- De faire prendre les mesures de prévention nécessaires permettant de limiter le nombre et la gravité des accidents du travail et maladies professionnelles.

Le RSI mettra en œuvre, de son côté, un programme de réduction des risques professionnels, axé sur :

- L'information et la sensibilisation aux risques professionnels (diffusion de brochures adaptées aux métiers) ;
- La réalisation, pour des professions ciblées, d'un examen de dépistage des risques professionnels, en collaboration avec le service de pathologie professionnelle des hôpitaux universitaires de Strasbourg.

B/ Les actions nationales pilotées par l'ARS

B.1/ Les prescriptions hospitalières de transports sanitaires exécutés en ville

OBJECTIF : Maîtriser les dépenses de transport sanitaire

Enjeux financier national du secteur : 3,6 Mds

Objectif d'économie : 90 M€ (objectif d'économie commun avec le plan d'action UNCAM)

PILOTES DU PROGRAMME :

National : DSS ; Directions et caisses associées - DGOS - UNCAM

Régional: ARS – Alexandrine Koenig ; AM - DCGDR

REFERENCES :

Article 45 de la LFSS 2010 et le décret d'application ;

Arrêté du 12 octobre 2010 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transports remboursées sur l'enveloppe soins de ville à + 4%

Instruction CNP 2010-294 du 17 décembre 2010

AXES DU PROGRAMME :

1- Réguler les dépenses liées aux prescriptions de transports sanitaires à l'hôpital par la contractualisation avec les établissements forts prescripteurs

2- Mettre en place des expérimentations portant sur de nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports en développant notamment le transport partagé

INDICATEURS DE SUIVI :

National :

↳ Montant d'économies réalisées

Régional :

↳ Nombre d'établissements visités en 2010 en préparation de la contractualisation

↳ Nombre de contrats signés avec les établissements dont le taux d'évolution des prescriptions hospitalières est supérieur au taux défini nationalement (+ 4% en 2010)

↳ Nombre d'expérimentations de pôles de régulation transports hospitaliers

↳ Taux d'évolution du poste de transports

AXE 1

Réguler les dépenses liées aux prescriptions de transports sanitaires à l'hôpital par la contractualisation avec les établissements forts prescripteurs

ENJEUX ET CONTEXTE :

Les dépenses de transports ont progressé en 2009 de +7,6% (en valeur) contre + 4,4% en 2008.

Même si cette évolution s'explique en partie par les évolutions de tarifs intervenues en 2009

(4,1% sont directement dus à l'augmentation des tarifs), une telle évolution n'est pas compatible avec l'évolution de l'ONDAM pluriannuelle.

Au niveau régional, les dépenses de transports (remboursées par le régime général) ont évolué fortement de 2007 à 2009 (+8,4% en 2007, +5,9% en 2008, +8,1% en 2009).

Les CPAM ont entrepris d'importantes actions de sensibilisation par les DAM auprès des prescripteurs et des transporteurs sanitaires. Ce programme s'est accompagné d'actions de contrôles a priori et a posteriori de la facturation, mais également d'interventions « sur place » organisées avec la gendarmerie et la DCCRF.

A fin novembre 2010, le taux d'évolution régional des dépenses de transports s'élevait à +4,7% (+6,2% au niveau national).

Néanmoins, des disparités émergent :

Par département, les taux d'évolution atteignent +3% sur le Bas-Rhin et +7,5% sur le Haut-Rhin.

Par mode de transports, les tendances observées dans la région depuis 2009 se confirment : les postes « ambulances » et « taxis » progressent de manière dynamique (respectivement +5,5% et +6,5%), alors que le poste « VSL » est quasiment stable (+0,8%)

Par catégorie de prescripteurs, les prescriptions des médecins libéraux progressent plus rapidement que celles des établissements (+6,1% contre +4,4%).

Sur la région, les établissements prescrivent 4 transports sur 5.

ACTIONS A MENER AU NIVEAU NATIONAL

↳ Arrêter chaque année un taux national prévisionnel d'évolution des dépenses de transports des établissements de santé (4% en 2010) assorti d'un mécanisme d'intéressement et de sanction

↳ Elaborer un cahier des charges/CAQCOS-type

ACTIONS A MENER AU NIVEAU REGIONAL

↳ Suivre régulièrement l'évolution des dépenses des prescriptions de transport

↳ Identifier les établissements ayant un taux d'évolution des prescriptions de transports > 4%

↳ Sensibiliser les établissements susceptibles de se voir proposer un contrat

↳ Cibler les établissements les plus déviants et leur proposer la signature d'un CAQOS

↳ Accompagner, en lien avec l'assurance maladie, les établissements signataires

↳ Diffuser les bonnes pratiques de prescriptions dans les établissements

CALENDRIER PREVISIONNEL DES ACTIONS REGIONALES POUR 2011

Cibler les établissements fortement prescripteurs

Contractualiser avec les établissements ciblés

Diffuser les profils individualisés (4x par an)

Diffuser les profils individualisés (4x par an)

Informers les établissements sur la contractualisation

Dénoncer les contrats AIL en cours

Accompagner les établissements signataires en lien avec l'AM

T1

T2

T3

T4

AXE 2

Mettre en place des expérimentations portant sur de nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports en développant notamment le transport partagé

ENJEUX ET CONTEXTE :

- ↳ Favoriser les démarches visant à centraliser les demandes de transports au niveau de l'établissement de santé et de permettre ainsi une meilleure traçabilité des demandes de transport et des réponses à apporter
- ↳ Favoriser le partage du transport, si cela est compatible avec l'état du patient

En Alsace, l'Assurance maladie est volontaire pour expérimenter la mise en place d'un centre de régulation des transports et les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg sont a priori intéressés par la démarche.

ACTIONS A MENER AU NIVEAU NATIONAL

- ↳ Elaborer un cahier des charges qui reprend les préconisations du référentiel issu du comité des transports sanitaires encadrant les expérimentations visant à :
 - Assurer une gestion centralisée des besoins hospitaliers de transports sanitaires réalisée sous la responsabilité des établissements, en interne, ou déléguée à une plate forme extérieure ;
 - Anticiper du transport de sortie du patient dès son hospitalisation ;
 - Améliorer l'organisation du transport (horaires de sorties, possibilités de réaliser des transports partagés, prise en compte des spécificités du patient ayant une incidence sur son transport) ;
- ↳ Identifier les régions dans lesquelles seront conduites les expérimentations.

ACTIONS A MENER AU NIVEAU REGIONAL

- ↳ Favoriser le lancement des expérimentations en identifiant les établissements candidats
- ↳ Accompagner les établissements de santé expérimentateurs et leur donner en retour des informations sur l'évolution des dépenses de transports
- ↳ Agir, à travers les autorisations délivrées aux transporteurs, afin de respecter le ratio préconisé de 1 ambulance pour 2 VSL

B.2/ Prescriptions Hospitalières de Médicaments Exécutées en Ville (PHMEV)

OBJECTIF : Maîtriser les dépenses des prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville

Enjeux financier national du secteur : 5,6 Mds

Objectif d'économie : 60 M€ en 2011 (Ralentissement d'un point du taux de progression)

PILOTES DU PROGRAMME :

National : CNAMTS ; Directions et caisses associées : DSS - DGOS - UNCAM

Régional : ARS – Alexandrine Koenig ; AM - DCGDR

REFERENCES :

Article 47 de la LFSS 2010 et le décret d'application ;

Arrêté du 12 octobre 2010 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments remboursés sur l'enveloppe soins de ville à +6%

INDICATEURS DE SUIVI :

National :

↳ Montant d'économies réalisées et évolution des dépenses de prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville.

Régional :

↳ Nombre d'établissements visités en 2010 par ARS en préparation de la contractualisation

↳ Nombre de contrats signés en 2011 avec les établissements dont le taux d'évolution des prescriptions hospitalières est supérieur au taux défini nationalement.

ENJEUX ET CONTEXTE :

Les prescriptions en ville des salariés hospitaliers représentent de l'ordre d'un cinquième des prestations délivrées en ville. Leur croissance est supérieure à l'évolution moyenne des dépenses concernées notamment du fait de facteurs structurels : type de molécules prescrites, baisse de prix concentrée sur des classes peu prescrites à l'hôpital, évolution des techniques de traitements entraînant une baisse des durées de séjours et une augmentation des besoins de soins prescrits.

L'assurance maladie a conduit depuis 2008 des actions de sensibilisation des prescripteurs autour d'un certain nombre de sujets (indemnités journalières, transports, actes de kinésithérapie, médicaments) en fournissant notamment à chaque établissement son profil de prescriptions.

Néanmoins d'importants efforts d'efficience restent à faire. L'absence de référentiel individuel par professionnel de santé dans les établissements publics est un des obstacles à une meilleure connaissance des pratiques en termes de prescriptions. Le programme "référentiel offre de soins" développé par l'Assurance-Maladie devrait permettre d'apporter des réponses. Dans l'attente des fonctionnalités du logiciel associé à ce programme, l'identification des médecins hospitaliers doit être réalisée avec leur N° RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé).

En région un contrat tripartite Urcam/ARH/établissement de 3 ans (2006/2009) portant sur l'amélioration des prescriptions d'antibiotiques avait déjà été signé par 26 établissements.

ACTIONS A MENER AU NIVEAU NATIONAL

↳ Arrêter chaque année un taux national prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments remboursés sur l'enveloppe de ville prescrit par des professionnels des établissements publics de santé (6% en 2010) assorti d'un mécanisme d'intéressement pour les plus vertueux d'entre eux et de sanction pour les moins investis

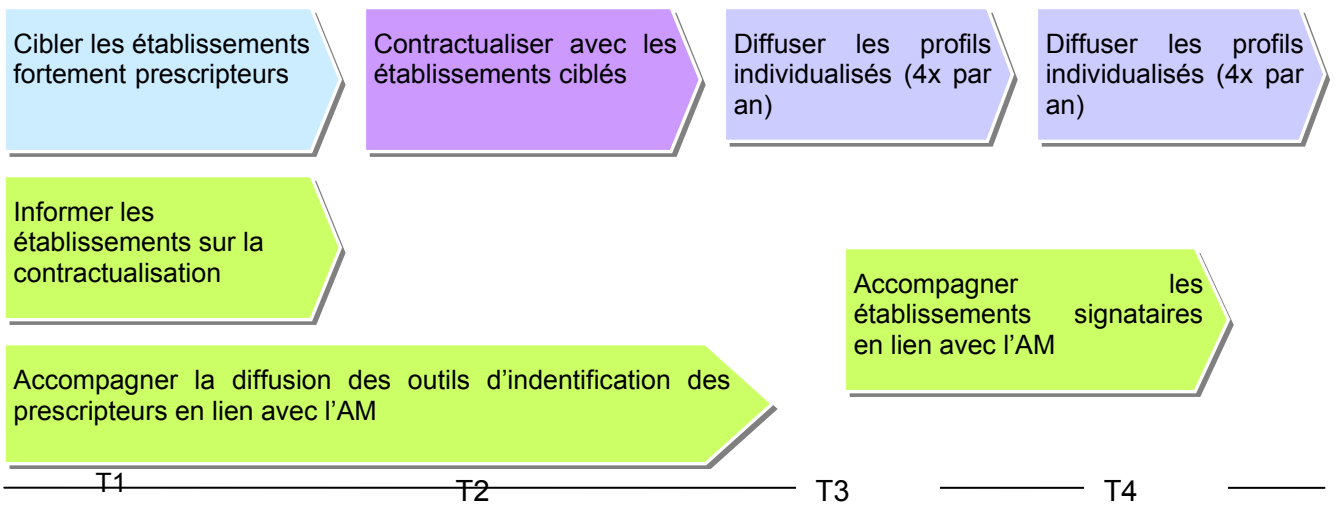
↳ Développer toute la chaîne permettant l'identification des prescripteurs hospitaliers (et rendre opposable la base du Répertoire partagé des professionnels de santé)

- ↳ Permettre l'émission de la prescription avec le numéro d'identification du prescripteur hospitalier, le traitement de cette information par les pharmacies et le suivi par l'assurance maladie
- ↳ Promouvoir la création de référentiels et d'aides à la prescription (lister et choisir les référentiels nécessaires pour l'accompagnement des établissements, définir l'accompagnement en établissement avec repérage des prescripteurs)
- ↳ Rédiger un CAQCOS type régional sur la modération de la prescription.

ACTIONS A MENER AU NIVEAU REGIONAL

- ↳ Suivre l'évolution des dépenses des prescriptions médicamenteuses
- ↳ Identifier les établissements au-delà du taux national arrêté et contractualiser des CAQCOS sur les prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville
- ↳ Effectuer des visites de sensibilisation auprès des établissements ciblés
- ↳ Diffuser les outils d'identification des prescripteurs auprès de tous les établissements et des officines.

CALENDRIER PREVISIONNEL DES ACTIONS REGIONALES POUR 2011



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

OBJECTIF : Maîtriser les dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux implantables de la liste en sus

Enjeux financier national du secteur : 4,6 Mds

Objectif d'économie : 90 M€ en année pleine (ONDAM 2010: objectif à 8% sur la liste en sus)

PILOTES DU PROGRAMME :

National : DSS ; Directions et caisses associées : DGOS - UNCAM

Régional : ARS – Dr Marie-Christine Rybarczyk et Dr Bruno Michel ; Assurance maladie : DCGDR

REFERENCES :

Article 47 de la loi de financement de la Sécurité Sociale 2009

Arrêté du 18 février 2009 pour l'application de l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale

Circulaire N°DSS/FSS/DHOS/E2/SG/2009/180 du 16 juin 2009 relative aux actions locales à conduire (contrôle des contrats de bon usage, application du dispositif de régulation) pour la maîtrise des produits de santé des listes en sus.

Arrêté du 8 mars 2010 pris pour l'application de l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale

Circulaire n° DSS/1C/DGOS/PF2/2010/389 du 12 novembre 2010 relative à la mise en œuvre des dispositions relatives à la maîtrise des produits de santé des listes en sus/actions locales à conduire en 2010 et 2011

Guide méthodologique relatif à la contractualisation en application du dispositif de régulation (maîtrise des produits de santé des listes en sus/actions locales à conduire en 2011).

AXES DU PROGRAMME :

1- Assurer un suivi préventif destiné à identifier les établissements, notamment les gros prescripteurs, dont le taux d'évolution est supérieur à celui retenu par le niveau national, puis analyser, en lien avec les établissements concernés, l'origine de cette croissance,

2- Améliorer les pratiques de prescription des médicaments et des dispositifs médicaux implantables (DMI) inscrits sur la liste en sus, le cas échéant, mettre en place des actions d'amélioration des pratiques de prescription et/ou enclencher la récupération d'indus.

INDICATEURS DE SUIVI :

National :

↳ Montant d'économies réalisées

Régional :

Pour une année n :

↳ Nombre d'établissements ayant une évolution de dépenses supérieure au taux directeur,

↳ Nombre d'établissements pour lesquels des contrôles sur sites sont organisés,

↳ Nombre de plans contractuels d'actions d'amélioration des pratiques de prescription mis en œuvre.

Bilan de la campagne 2009/2010

Actions locales lancées suite à la circulaire du 16 juin 2009 ; retour d'expérience.

ENJEUX ET CONTEXTE :

Les dépenses de médicaments financés en sus des tarifs, connaissent depuis plusieurs années une croissance annuelle très importante, parfois largement supérieure à 15%, pesant lourdement sur le déficit de l'Assurance Maladie. Les dépenses de DMI, même si leur taux de croissance est plus faible que celui des médicaments, représentent un enjeu important avec près de 40% des dépenses de cette liste en sus. La régulation des dépenses est donc essentielle pour ne pas nuire à la pérennité du dispositif et ne pas concentrer l'augmentation des dépenses sur ce seul poste et pouvoir assurer une revalorisation des forfaits de GHS.

Une mesure d'encadrement de ces évolutions a été votée dans le cadre de la LFSS pour 2009.

Pour son application, un plan d'actions complet et une circulaire d'application concernant la maîtrise des dépenses des établissements par les ARH puis les ARS ont été diffusés, le taux ciblé était de +10%.

MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF : BILAN REGIONAL DE LA CAMPAGNE 2009/2010

Quatre établissements de la région ont été choisis et contrôlés de manière à atteindre pour la région 20 % de la dépense des médicaments et DMI en sus (conformité à la Circulaire N°DSS/FSS/DHOS/E2/SG/2009/180 du 16 juin 2009).

143 dossiers ont été étudiés :

- 116 étaient conformes aux indications AMM
- 4 étaient conformes aux RBU (national)
- 15 étaient hors AMM et hors RBU argumentés
- 8 hors AMM et hors RBU non argumentés
= 6.3% des dossiers étudiés dont 1 situation non acceptable

Une réunion de restitution des résultats des contrôles a été organisée dans l'établissement qui totalisait la majorité des situations hors AMM et hors RBU non argumentés.

L'évolution constatée à fin 2009 pour la région Alsace a été inférieure au taux cible (+9.97%).

Il n'y a pas eu de mise en œuvre de plan contractuel d'amélioration des pratiques de prescription.

Actions en cours et à mener : campagne 2010/2011

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.

ENJEUX ET CONTEXTE :

Enjeux financier national du secteur : 4,6 Mds

ONDAM 2010 : taux prévisionnel d'évolution pour l'année fixé à 8 % ; objectif d'économie : 90 €

La circulaire DSS/1C/DGOS/PF2/2010/389 du 12 novembre 2010 relative à la mise en œuvre des dispositions relatives à la maîtrise des produits de santé des listes en sus présente les modalités d'application du plan national de maîtrise des dépenses d'assurance maladie au titre des produits de santé - spécialités, produits et prestations - financés en sus des prestations d'hospitalisation.

Au total, l'action de régulation portera au moins sur 20% de la dépense de médicaments en sus et 10% des établissements. Comme en 2009, il s'agit d'opérer un suivi préventif, destiné à identifier en amont les établissements gros prescripteurs et analyser, en lien avec l'établissement, l'origine de cette croissance. La récupération d'indus peut intervenir, dans le cadre de cette démarche, lorsque l'investigation menée par l'ARS conjointement avec l'Assurance Maladie met en évidence d'importantes anomalies de prescriptions. Dès lors qu'il s'avère que la progression des dépenses résulte de pratiques de prescriptions non conformes aux RBU et recommandations des agences sanitaires, un plan d'actions destiné à améliorer les pratiques de prescription doit être conclu.

En cas de refus par l'établissement de souscrire ce plan d'action, il pourra être appliqué les sanctions prévues par la réglementation en vigueur, et notamment la réduction du taux de prise en charge des produits de santé en sus.

ACTIONS A MENER AU NIVEAU NATIONAL

- ↳ Assurer la coordination, le retour d'expérience,
- ↳ Accompagner particulièrement les ARS devant conclure des plans d'action,
- ↳ Assurer un partage d'information au niveau national sur l'établissement des plans d'action,
- ↳ Identifier les réintégrations envisageables pour les DMI et les médicaments.

ACTIONS A MENER AU NIVEAU REGIONAL

- ↳ Adresser au Ministère, les éléments de bilan de la campagne 2009/2010 et les coordonnées du correspondant régional ARS pour l'action "liste en sus",
- ↳ Etablir la liste, à adresser au Ministère, des établissements de santé ayant dépassé le taux de 8%,
- ↳ Analyser les évolutions constatées en région au regard des argumentaires dressées par les établissements précités,
- ↳ Entre mars et juin 2011, engager la contractualisation sur la base d'un plan d'actions pour les établissements où l'évolution n'est pas justifiée ; restituer à l'échelon national le bilan des plans d'actions établis (fin juin 2011),
- ↳ Assurer un suivi particulier des établissements sous plan d'action en exploitant des indicateurs clés accessibles (en particulier les dépenses sur la liste en sus)
- ↳ Poursuite et renforcement des actions d'information et de sensibilisation.

Etat d'avancement des travaux au 15 mars 2011

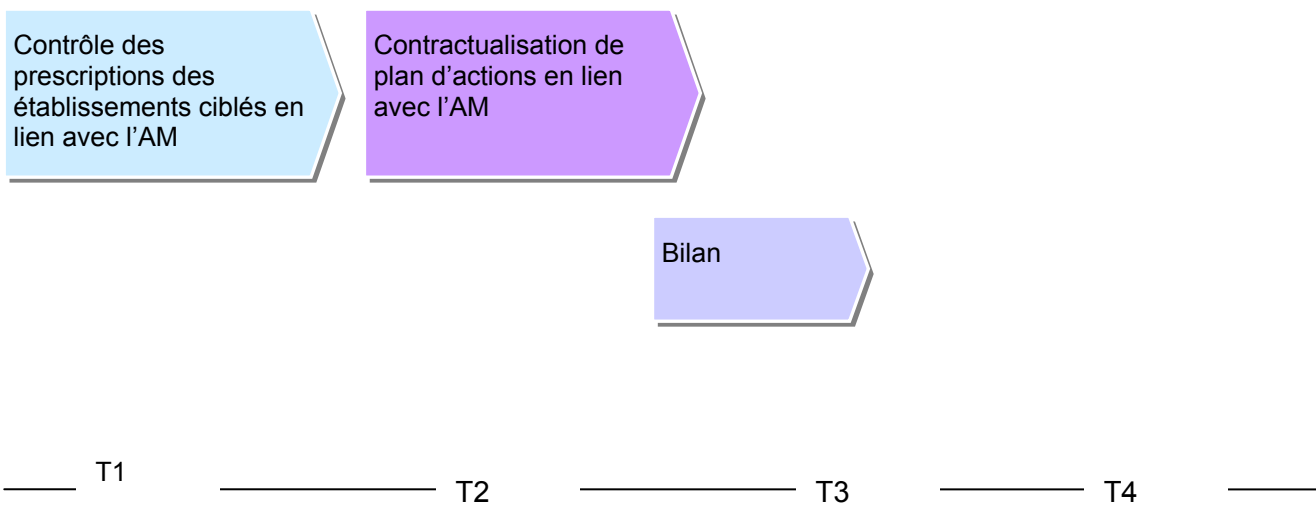
4 établissements ont été ciblés en Alsace.

Les produits ciblés sont les molécules anticancéreuses précisées par voir de circulaire et les stents coronaires.

Au regard de l'activité des établissements choisis, 200 dossiers seront contrôlés d'ici mi- avril; 80 dossiers relatifs à l'utilisation des médicaments et 120 dossiers concernant la pose de stents.

Dans le champ de la cancérologie, une présélection des dossiers potentiellement hors référentiels est réalisée. Cette présélection se fait à partir d'une extraction des bases des logiciels experts des établissements concernés par le dispositif de contrôle.

CALENDRIER PREVISIONNEL DES ACTIONS REGIONALES POUR 2011



B.4/ Permanence des soins ambulatoire

OBJECTIFS : GARANTIR LA PERMANENCE DES SOINS TOUT EN MAITRISANT SON COUT EN VISANT UNE ARTICULATION EFFICIENTE DE LA PDSA ET DES URGENCES.

Objectif d'économie : Evolution PDSA + urgences hospitalières <+3% en 2010 et 2011

PILOTES DU PROGRAMME :

National : DGOS ; directions et caisses associées : DSS – UNCAM

Régional : ARS - Dr Odile Montalvo ; Assurance maladie – à définir

REFERENCES :

Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins

INDICATEURS DE SUIVI :

National :

- ↳ Evolution des dépenses
- ↳ Part des patients relevant du niveau 1 de la CCMU (classification clinique des malades des urgences) dans les passages aux urgences pendant la PDS.

Régional :

- ↳ Evolution des dépenses
- ↳ Part des patients relevant du niveau 1 de la CCMU (classification clinique des malades des urgences) dans les passages aux urgences pendant la PDS.
- ↳ Part des actes régulés pour les médecins de garde.
- ↳ Nombre de territoires de PDS.

ENJEUX ET CONTEXTE :

Il s'agit de mettre en place un dispositif de permanence des soins fiable, pérenne et lisible, dans un contexte de maîtrise des dépenses. Les enjeux sont triples :

- Garantir la PDSA tout en maîtrisant son coût.
- Favoriser les nouveaux modes d'organisation de la PDS.
- Articuler avec efficacité la permanence des soins ambulatoire et la prise en charge des urgences hospitalières et pré hospitalières (orientations dans le cadre du volet ambulatoire du SROS).

L'état des lieux régional présenté à l'automne 2010 conclut qu'en Alsace la PDS fonctionne correctement même si certaines difficultés persistent :

- la fragilité d'un dispositif qui repose sur le volontariat des médecins et le souhait de certains médecins de se désengager de la PDS après minuit ;
- le rôle central de la régulation des appels de la PDS avec :
 - une bonne organisation dans le Bas-Rhin qui permet le renforcement du nombre des médecins régulateurs (régulateurs délocalisés) pour faire face à des pics d'activité
 - mais une régulation des appels de la PDS très fragile dans le Haut-Rhin par manque de médecins
- un dispositif très encadré réglementairement avec des horaires de régulation pour la PDS qui ne correspondent pas à la période de plus forte demande d'appels de PDS (plutôt 16h- 2H du matin où on comptabilise 70% des appels de la PDS que 20H – 8H du matin où on ne comptabilise que 50% des appels de PDS)

Les axes de progrès sont nombreux et le nouveau décret sur la PDS permet un assouplissement du dispositif, que ce soit au niveau de la régulation des appels ou au niveau de la sectorisation permettant de l'adapter à diverses contraintes. Des données complémentaires récentes par secteur de garde permettront d'appréhender de manière plus fine les problèmes liés à la PDS et au mode de fonctionnement des acteurs.

Enfin, une réflexion doit être menée avec les professionnels afin de proposer un nouveau découpage territorial de minuit à 8h (possibilité de regroupement de secteurs) mais aussi dans certains cas de 20h à minuit.

ACTIONS A MENER AU NIVEAU NATIONAL

- ↳ Publier le décret relatif à l'organisation de la PDS (publication le 13/07/2010)
- ↳ Elaborer un document d'orientations permettant de dégager des bonnes pratiques d'organisation de la PDS dans le nouveau cadre réglementaire
- ↳ Déterminer la nature des rémunérations forfaitaires et les montants des enveloppes régionales pour l'ensemble de la PDSA et fixer les limites de la rémunération de PDSA
- ↳ Identifier les points de convergence et les outils permettant d'assurer une meilleure articulation entre les acteurs et une fongibilité des enveloppes.

ACTIONS A MENER AU NIVEAU REGIONAL

- ↳ Mettre en place le cahier des charges régional d'organisation de la PDS et de ses déclinaisons territoriales précisant :
 - la définition des territoires de PDSA
 - l'organisation de la régulation des appels d'urgence et des appels de permanence des soins
 - les réponses apportées en termes d'effectif et la coordination des acteurs (effecteurs, associations de permanence des soins, points fixes de gardes, structures de médecine d'urgence, transporteurs sanitaires, SDIS...)
 - les modalités de rémunération de la PDS.
-

B.5/ Qualité des soins et des prescriptions en EHPAD

OBJECTIF : AMELIORER L'EFFICIENCE DE LA PRESCRIPTION DANS LES EHPAD.

Enjeux financier du secteur : 4,8 Mds€

PILOTES DU PROGRAMME :

National : DSS ; directions et caisses associées : DGCS - DGOS - UNCAM - CNSA - ANESM

Régional : ARS – Dr Christine Pillay

REFERENCES :

Recommandations (HAS et autres) relatives aux bonnes pratiques de soins et de prescriptions en EHPAD ; Article L.1434-5 du code de la santé publique (contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins).

Instruction 2010-259 DSS du 09/11/10 (validée par le CNP le 22/10/10) et Circulaire DSS/SD1/MCGR/DGCS/2011/68 du 11/03/2011 relatives à la mise en place par les ARS de réunions avec les EHPAD portant sur les bonnes pratiques professionnelles en 2011

INDICATEURS DE SUIVI :

National :

↳ Réalisation de l'évaluation de l'expérimentation sur l'intégration des médicaments dans les forfaits soins.

Régional :

↳ % de listes d'EHPAD sans PUI prévoyant un générique dans la liste préférentielle par classe thérapeutique (lorsqu'il en existe)

↳ % d'EHPAD visités

↳ Nombre d'EHPAD ayant signé un CAQCS

Pour 2011 :

▪ Indicateurs de suivi de mise en œuvre des actions de GDR :

↳ Tx de participation des EHPAD aux réunions locales sur les bonnes pratiques (juin, déc 2011)

↳ Tx d'EHPAD sans PUI ayant élaboré 1 liste préférentielle de médicaments (juin, déc 2011)

▪ Indicateurs GDR CPOM 2011/2013 (fév 2012):

↳ Tx d'EHPAD* ayant mis en œuvre un plan d'action GDR sur les thématiques exposées aux réunions infrarégionales (BZD et dénutrition) cible : 50%

* : EHPAD ayant participé ou non aux réunions de bonnes pratiques

AXE DU PROGRAMME

Améliorer la qualité et l'efficience des pratiques liées aux soins et des prescriptions en EHPAD

ENJEUX ET CONTEXTE :

Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 16 % de la population française mais 40 % de la consommation de médicaments de ville. La poly médication est fréquente chez le sujet âgé poly pathologique, d'où un risque d'iatrogénie. Cette dernière serait responsable de plus de 10 % des hospitalisations chez les plus de 65 ans et de près de 20 % chez les octogénaires (source : HAS). Les enjeux sont donc les suivants :

↳ Renforcer et diffuser les bonnes pratiques professionnelles en EHPAD ;

↳ Inciter les EHPAD à contractualiser sur des objectifs d'amélioration de la prescription et de la coordination des soins ;

↳ Aider les EHPAD à élaborer une liste préférentielle de médicaments efficiente.

En Alsace, 211 structures pour personnes âgées dépendantes sont recensées en 2010. Cela représente 177 maisons de retraites médicalisées (EHPAD médico-sociaux), 22 USLD (EHPAD sanitaires) et 12 Accueils de jour autonomes.

Les capacités se répartissent ainsi :

➤ En hébergement permanent :

- 14 465 lits en maisons de retraite médicalisées, soit 93,2% de la capacité totale d'accueil de la région

- 1 055 lits en USLD, soit 6,8% de la capacité totale d'accueil de la région

Sur un échantillon de 14 181 résidents en hébergement permanent (enquête ARS juin 2010), 30% ont entre 75 et 84 ans, 30% entre 85 et 89 ans et 27% ont plus de 89 ans. 19% sont en GIR 4, 14% en GIR 3, 33% en GIR 2 et 21% en GIR 1.

➤ En hébergement temporaire: 255 lits en maisons de retraite médicalisées

Sur un échantillon de 151 personnes accueillies en hébergement temporaire (enquête ARS juin 2010), 25% ont entre 75 et 84 ans, 36% entre 85 et 89 ans et 30% ont plus de 89 ans. 36% sont en GIR 4, 25% en GIR 3, 15% en GIR 2 et 3% en GIR 1.

➤ En accueil de jour:

- 148 places en maisons de retraite médicalisées, soit 42% de la capacité totale d'accueil de la région

- 204 places en Accueils de Jour autonomes, soit 58% de la capacité totale d'accueil de la région

Sur un échantillon de 774 personnes accueillies (une place peut être occupée par plusieurs personnes de manière séquentielle) en accueil de jour (enquête ARS juin 2010), 47% ont entre 75 et 84 ans, 26% entre 85 et 89 ans et 9% ont plus de 89 ans. 29% sont en GIR 4, 17% en GIR 3, 36% en GIR 2 et 4% en GIR 1.

Dans la région, 5 EHPAD participent à l'expérimentation relative à la réintégration des médicaments dans le forfait soins (1 EHPAD dans le Haut-Rhin et 4 EHPAD dans le Bas-Rhin).

ACTIONS A MENER AU NIVEAU NATIONAL

↳ Conduire l'expérimentation médicaments en vue de la généralisation

↳ Mettre en place un dispositif de suivi des dépenses de médicaments

↳ Proposer une méthodologie d'élaboration de la liste préférentielle de médicaments efficiente, en lien avec des médecins libéraux et des pharmaciens référents

↳ Déployer les visites d'accompagnement réalisées par l'Assurance Maladie sur la base d'un profil de consommation de soins pour chaque EHPAD ; choisir les thèmes de GDR et élaborer des supports en vue des réunions locales d'information et d'échanges avec les EHPAD

↳ Elaborer un CACQS portant notamment sur les prescriptions des médecins dans les EHPAD

↳ Identifier les dépenses de soins rattachables aux résidents des EHPAD en vue du calibrage du transfert de l'Ondam soins de ville vers le médico-social au fur et à mesure du basculement.

ACTIONS A MENER AU NIVEAU REGIONAL

↳ Organiser annuellement, en lien avec l'Assurance maladie, des réunions avec les EHPAD permettant une information et des échanges sur les bonnes pratiques liées aux soins.

☞ *Ces réunions d'une demi-journée, organisées dans un cadre infrarégional, doivent aborder les thèmes prioritaires retenus par le niveau national (pour les premières réunions : arrêt des benzodiazépines, prescriptions de pansements primaires pour plaie chronique et prévention ou dépistage et prise en charge de la dénutrition)*

↳ Contractualiser avec les EHPAD, dans une logique d'efficience de la prescription et des soins, et suivre la montée en charge des CAQCS (dès parution de la méthode de ciblage et du contrat type)

↳ Diffuser auprès des EHPAD la méthodologie d'élaboration de la liste préférentielle des médicaments

↳ Vérifier, dans le cadre des inspections, l'existence de cette liste, la pertinence de son contenu au regard des recommandations faites, notamment concernant l'inscription dans la liste de génériques pour chaque classe thérapeutique lorsqu'ils existent

CALENDRIER PREVISIONNEL DES ACTIONS REGIONALES POUR 2011 (en attente de compléments)

Animation des réunions infrarégionales annuelles (1 par an)

Diffuser la méthode nationale d'élaboration de la liste préférentielle médicaments

_____ T1 _____ T2 _____ T3 _____ T4 _____

B.6/ Efficience des EHPAD

OBJECTIF : AMELIORER L'EFFICIENCE GENERALE DES EHPAD

Enjeux financier national du secteur : 4,8 Mds d'€

PILOTES DU PROGRAMME :

National : DSS ; directions et caisses associées : DGCS - DGOS - UNCAM - CNSA- ANESM

Régional : ARS – Dr Christine Pillay

REFERENCES :

Textes réglementaires relatifs à la coordination des professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD

Décret n° 2010-621 du 7 juin 2010 instituant le traitement électronique de la liste des résidents

Article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2009 concernant l'expérimentation relative à la réintroduction des médicaments dans le forfait soins des EHPAD

Rapport Lancry « Mission préparatoire à l'expérimentation de la réintégration du budget médicaments dans le forfait soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Circulaire n°DGAS/2CIDSS/1C/CNSAI2009/195 du 6 août 2009 et Circulaire n°GDAS/2C/DSS/1C/CNSA/CNAMTS/2009/340 du 10 novembre 2009 relatives à l'application de l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale

Article R314-169 du code de l'action sociale de et des familles

Instruction DSS du 09/11/10 (validée par le CNP le 22/10/10)

Circulaire DSS/MCGR/2011/96 du 11/03/2011 relative à la mise en place du suivi du déploiement des contrats de coordination des PS libéraux (médecins et masseurs kinésithérapeutes) intervenant en EHPAD

INDICATEURS DE SUIVI :

National :

↳ % des libéraux ayant signé un contrat de coordination en EHPAD

↳ Nombre de CPAM intégrant dans leur Système de liquidation la liste informatisée des résidents

Régional :

Pour 2011 :

▪ Indicateurs de suivi de mise en œuvre des actions de GDR :

↳ Tx de PS libéraux médecins intervenant en EHPAD avec contrat (juin, déc 2011)

↳ Tx de médecins libéraux intervenant en EHPAD ayant participé à une réunion de commission de coordination gériatrique (juin, déc. 2011)

▪ Indicateurs GDR CPOM 2011/2013 (fév. 2012):

↳ Tx de mise en œuvre par l'ARS pour 1 échantillon d'EHPAD de 3 taux d'analyse :

-Tx d'utilisation de la dotation

-Tx d'occupation

-Tx d'encadrement du médecin coordonnateur

Cible : 100% des EHPAD au tarif global, à partir du 2nd semestre 2011

AXE DU PROGRAMME

Renforcer l'efficacité des EHPAD et améliorer la coordination des professionnels de santé et la qualité de la prise en charge.

ENJEUX ET CONTEXTE :

Le sous-objectif ONDAM médico-social (personnes âgées et personnes handicapées) connaît une progression supérieure à celle de l'ONDAM global. Ainsi, le taux d'évolution de l'ONDAM personnes âgées est de 5,6 % en 2009 contre 3,6 % pour l'ONDAM global, 10,9 % en 2010 contre 3,0 % et de 4,4 % contre 2,9 % en 2011. Dans ce contexte, les enjeux sont les suivants :

- Améliorer la coordination des professionnels de santé et la qualité de la prise en charge en EHPAD ;
- Mettre en place un suivi et une analyse des dépenses de soins des EHPAD ;
- Inciter à une gestion et une organisation plus efficaces de l'EHPAD et évaluer la qualité de la prise en charge et des soins.

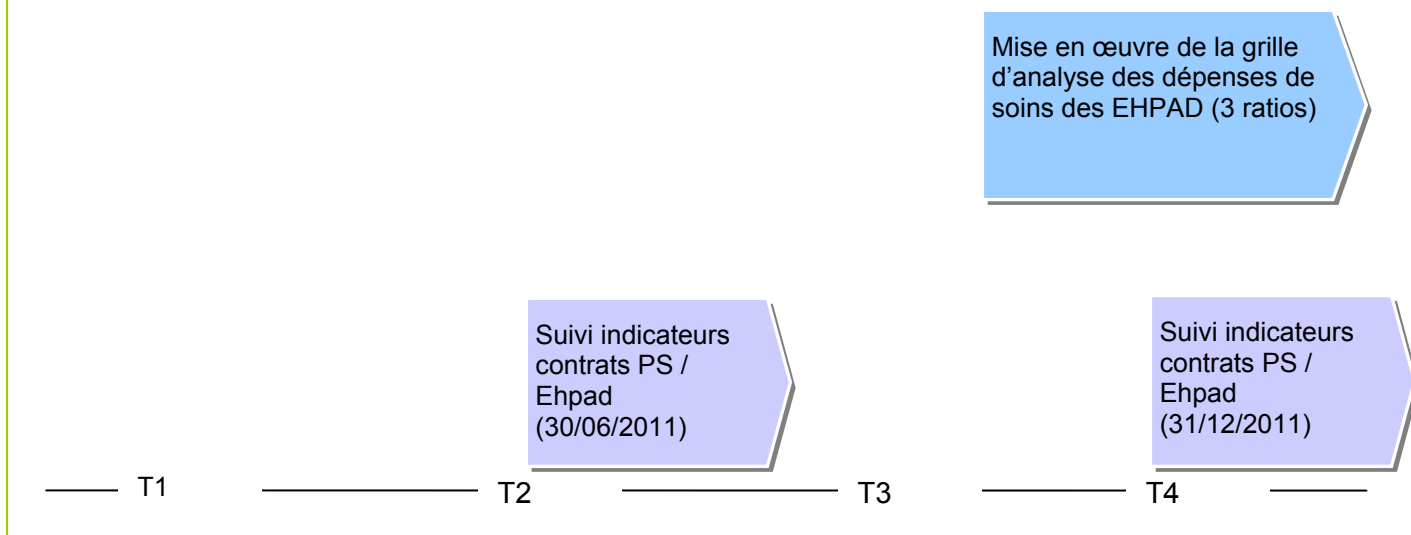
ACTIONS A MENER AU NIVEAU NATIONAL

- ↳ Publier les décrets et arrêtés relatifs aux modalités d'intervention des professionnels de santé libéraux en EHPAD et visant à renforcer le rôle du médecin coordonnateur en vue d'une qualité de la prise en charge des résidents ; accompagner la montée en charge du dispositif
- ↳ Tester et déployer dès 2010 le traitement automatisé de la liste de résidents et des données de consommation de soins des EHPAD émargeant sur leur forfait
- ↳ Elaborer des systèmes d'information pour un suivi macro des dépenses de soins et, à terme, mettre en place une échelle nationale des coûts des EHPAD et alimenter un outil partagé CNSA, UNCAM, ATIH, ARS (médico-social, ambulatoire, hospitalier) afin de construire un système d'information global, transversal et mutualisé dans un but d'amélioration du pilotage
- ↳ Publier le décret tarification et élaborer dans le cadre d'un groupe de travail associant la DGCS, DSS, la CNSA, la CNAMTS, l'ANESM et l'ANAP les indicateurs qualité de la prise en charge en EHPAD

ACTIONS A MENER AU NIVEAU REGIONAL

- ↳ Suivre la montée en charge de la signature des contrats-types de coordination par type de professionnels - centraliser les statistiques transmises par les EHPAD
- ↳ Déployer les SI permettant le suivi et l'analyse des dépenses de soins des EHPAD en vue de comparaisons entre EHPAD sur les ratios relatifs à leur fonctionnement et de disposer d'un meilleur calibrage des forfaits de soins lors du passage en tarif global.
- ↳ Collecter, en lien avec les Conseils généraux, des indicateurs de qualité et d'efficacité, dès que ceux-ci seront généralisés (2nd semestre 2012)

CALENDRIER PREVISIONNEL DES ACTIONS REGIONALES POUR 2011



B.7/ Insuffisance rénale chronique

OBJECTIF : Améliorer l'efficacité de la prise en charge de l'IRC

Enjeux financier national du secteur : 4 Mds

Objectif d'économie : 100 M€ en 2011

PILOTES DU PROGRAMME :

National : DSS ; Directions et caisses associées : DGS - DGOS - UNCAM - ABM

Régional : ARS – Dr Marie-Christine Rybarczyk; Assurance maladie – DCGDR

REFERENCES :

-Instruction N° 2010-293 du 17/12/2010 relative au programme de gestion du risque sur l'insuffisance rénale chronique terminale (GDR-IRCT)

-Fiche complémentaire de l'instruction N° 2010-293 du 17/12/2010

-Recommandations HAS 2007

-Données épidémiologiques du REIN (Réseau Epidémiologique et d'Information en Néphrologie)

AXES DU PROGRAMME :

1- Promouvoir le dépistage et la prévention de l'insuffisance rénale chronique, encourager les méthodes permettant de ralentir la progression de la maladie rénale.

2- Promouvoir le développement de stratégies de traitement / coût les plus efficaces.

3- Promouvoir la réalisation de greffes rénales: renforcer l'organisation du prélèvement, améliorer l'accès à la liste d'attente, optimiser le suivi des greffés.

INDICATEURS DE SUIVI :

National :

↳ Montant d'économies réalisées.

↳ Evolution du taux de dialyse à domicile.

↳ % de patients diabétiques ou hypertendus ayant fait l'objet d'une estimation du DFGe.

↳ Evolution du nombre de greffe

Régional (Instruction N° 2010-293 du 17/12/2010) :

↳ **Indicateurs de résultat concernant la prévention de l'IRCT chez les personnes à risque :**

-Nombre de patients avec diabète ayant eu un dosage de créatininémie dans l'année/ nombre de patients avec diabète

-Nombre de patients avec diabète ayant eu une recherche de protéinurie ou de micro albuminurie dans l'année/ nombre de patients avec diabète

↳ **Indicateurs de résultat sur la greffe rénale :**

-Part des patients ayant un traitement de suppléance par dialyse inscrits sur liste d'attente de greffe moins de 6 mois après la mise en place du traitement de suppléance

-Délai d'attente sur la liste de greffe

-Part des patients greffés sur l'ensemble des patients en IRCT traités

↳ **Indicateurs de résultat sur la prise en charge de l'IRCT par épuration extra-rénale :**

-Nombre de patients en DP/ nombre total de patients en dialyse

-Nombre de nouveaux patients en DP/ nombre total de nouveaux patients en dialyse

-Nombre de patients en dialyse hors centre (UDM, AD, DP et HD à domicile)/ nombre total de patients en dialyse

Pour 2011 :

▪ **Indicateurs de suivi de mise en œuvre des actions de GDR :**

↳ Part des patients pris en charge hors centre hémodialyse

↳ Part des patients avec diabète ayant eu un dosage de créatininémie et d'albuminurie (CNAMTS, juin, sept, déc 2011)

↳ Délai d'attente sur la liste de greffe (ABM, juin, sept, déc 2011)

▪ **Indicateurs GDR CPOM 2011/2013 (fév 2012):**

↳ Part des patients traités par DP (nbre de patients sous DP/ nbre de patients dialysés) : REIN

Cible 2011 : 20%

AXE 1

Promouvoir le dépistage et la prévention de l'insuffisance rénale chronique, encourager les méthodes permettant de ralentir la progression de la maladie rénale.

ENJEUX ET CONTEXTE :

L'IRC est une maladie progressive et longtemps silencieuse dont l'évolution peut être freinée, par un traitement médical. 1,8 à 3 millions de personnes en France ont une IRC non terminale et 68000 une IRC terminale nécessitant un traitement de suppléance (46% greffon rénal fonctionnel, 50% séances d'hémodialyse périodique, 4% dialyse péritonéale).

L'hypertension artérielle et le diabète sont les principales causes d'insuffisance rénale terminale, responsables à eux seuls de 47% des nouveaux cas. Les experts estiment que 10% des IRC terminales pourraient être évitées et que 30% d'entre elles pourraient être retardées de nombreuses années sous réserve d'une détection précoce et d'une prise en charge adaptée. Le coût de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale (4 milliards d'euros en 2007) devrait atteindre 5 milliards d'euros en 2025.

A partir des données du registre REIN renseigné en Alsace depuis 2008, le nombre des patients incidents en 2009 est de 347. 69% des nouveaux patients sont âgés de 65 ans et plus.

Concernant la maladie initiale, le diabète reste le principal pourvoyeur d'insuffisants rénaux (environ 34% des nouveaux patients).

Sur les 1223 patients traités en Alsace, 69 sont domiciliés en dehors de la région. Par ailleurs, la tendance est nettement au vieillissement de la population des patients dialysés.

La prévention secondaire doit permettre le dépistage précoce d'une IRC débutante pour ralentir son évolution et retarder le plus possible le traitement de suppléance.

Pour ce faire, il est nécessaire de développer le dépistage précoce de l'insuffisance rénale débutante par une incitation des laboratoires privés et publics à indiquer la valeur de l'indice de COCKROFT et GAULT lors de la réalisation d'un dosage de la créatinémie.

Une action a été menée dans ce sens par l'Assurance Maladie en 2006 et actuellement les laboratoires calculent cet indice.

Le développement de l'éducation thérapeutique des patients insuffisants rénaux dans un cadre structuré (hôpital, réseaux et maisons de santé...) est aussi un élément essentiel pour éviter ou retarder le passage en dialyse.

ACTIONS A MENER AU NIVEAU NATIONAL

↳ Promouvoir des stratégies ciblées de dépistage de l'IRC et de prévention de l'évolution de la maladie rénale chronique :

-Intégration d'un objectif au CAPI (estimation du DFGe chez les patients diabétiques et hypertendus ?) (CNAMTS)

-Suivi de l'évolution des méthodes d'estimation du DFGe et saisine de l'HAS si nécessaire (ABM).

↳ Promouvoir la mise en place de cohortes en amont du stade terminal pour suivre et évaluer l'évolution des pratiques de prise en charge de la maladie rénale chronique (type ENTRED, projet CKDOPPS, cohorte Nephrotest) (ABM)

↳ Promouvoir la diffusion des données épidémiologiques du REIN : diffusion d'une synthèse des rapports annuels concernant plus spécifiquement les groupes ciblés et les indicateurs dénotant la prise en charge pré-dialytique (anémie, voie d'abord) lors de l'initiation de la dialyse (ABM).

ACTIONS A MENER AU NIVEAU REGIONAL

↳ Réaliser un état des lieux des pratiques de dépistage de l'IRCT, en ciblant plus particulièrement une des populations à risque, les diabétiques

↳ Relayer auprès des établissements de santé les recommandations scientifiques et les données épidémiologiques disponibles (Cohortes, registre du REIN).

↳ Assurer la diffusion auprès des médecins généralistes des recommandations relatives à la prévention et PEC de l'IRCT chez le diabétique (assurance maladie)

AXE 2

Promouvoir le développement de stratégies de traitement coût-efficace.

ENJEUX ET CONTEXTE :

La dialyse péritonéale est sous-utilisée en France: 7,2% des dialysés (rapport REIN 2008) contre 15% pour les autres pays de l'OCDE, avec une variation très importante d'une région à l'autre (2 à 19 % selon le rapport REIN 2008), 3 à 25% selon les données 2007 de la CNAMTS, sans justification médicale évidente). Le bénéfice individuel attendu (survie, qualité de vie, insertion sociale) est le premier critère de décision. A bénéfice individuel attendu identique, le moindre coût doit être recherché.

L'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée doit continuer à se développer. La similarité des profils des malades (âge, co-morbidités) en DP assistée et en HD en centre laisse penser qu'un nombre non négligeable de malades débutant par une HD en centre pourrait être redistribué vers la DP assistée. Le développement de la DP assistée autonome et de l'auto dialyse peut être envisagé dans les régions en pénurie d'organe.

En 2008 comme en 2009, le taux de DP en Alsace est de 28%, en tête des régions françaises. L'écueil au développement pourrait être la population âgée.

L'orientation des nouveaux patients privilégie le centre avec une augmentation de 15% au niveau régional.

ACTIONS A MENER AU NIVEAU NATIONAL

↳ Inscrire la prise en charge de l'IRC dans la formation des professionnels de santé libéraux et en établissements (formation à l'éducation sanitaire précoce des patients et à la préparation aux traitements de suppléance, formation à la DP, formation spécifique à l'intention des infirmières libérales, formation à la DP à l'intention des structures autorisées à la dialyse en centre).

↳ Promouvoir la diffusion des recommandations de la HAS de Juin 2007 (indications et non-indications de la DP) et les résultats des études réalisées à partir des données de REIN en élaborant des documents de synthèse à destination des professionnels de santé-CNAMTS

↳ Promouvoir la bonne utilisation des données épidémiologiques du REIN pour le suivi et l'aide à la planification sanitaire-ABM

↳ Modifier le décret autorisation du 23/09/2002-DGOS

↳ Ajuster la tarification des différents types de dialyse en ville et à l'hôpital-CNAMTS/DGOS.

ACTIONS A MENER AU NIVEAU REGIONAL

↳ Réaliser un état des lieux de la prise en charge de l'IRCT, du développement du recours à la greffe en concertation avec les professionnels et établissements concernés à partir des données du registre REIN et du bilan SROS III et identifier les forces et faiblesses de la région.

↳ Mettre en place un plan d'action " IRCT " visant à promouvoir, l'organisation des soins la plus efficiente en matière de dialyse rénale :

■ développer des structures adaptées à la DP (réseaux de prise en charge, urgences, EHPAD...);

■ développer la dialyse à domicile

■ favoriser et coordonner les coopérations entre structures autorisées et infirmières libérales ;

↳ Accompagner les établissements de santé (retour sur leur pratique, diffusion de recommandations).

↳ Assurer la diffusion des recommandations de la HAS (Juin 2007) auprès des médecins et des assurés et relayer l'information concernant les programmes de formation existants.

AXE 3

Promouvoir la réalisation de greffes rénales: renforcer l'organisation du prélèvement, améliorer l'accès à la liste d'attente, optimiser le suivi des greffés.

ENJEUX ET CONTEXTE :

La greffe rénale est le traitement le plus coût-efficace de l'IRC terminale, et le plus favorable en quantité et en qualité de vie. Une greffe rénale supplémentaire épargne environ 15 années de dialyse. Aucune filière de soins ne présente des possibilités de maîtrise des risques aussi importantes car la pénurie d'organes n'est pas une fatalité. Les moyens investis dans le prélèvement ces dix dernières années ont permis de passer de 1882 greffes rénales en 1998 à près de 2937 en 2008. En 2009, le nombre de greffes rénales est en déclin sensible (2 826 contre 2 937 en 2008), tout comme le don d'organes, et les durées d'attente continuent à s'allonger. Le nombre de patients en attente d'un rein augmente de 5% par an. Les leviers de lutte contre la pénurie sont connus : recours à de nouveaux types de greffons prélevés sur des donneurs vivants et sur des donneurs décédés suite à un arrêt cardiaque, diminution du taux de refus de don (30% en France contre 15% en Espagne). Par ailleurs, les indicateurs d'activité de transplantation rénale montrent une grande diversité des pratiques d'une région à l'autre (rapport REIN 2008). 50% des malades dialysés de moins de 60 ans ne sont pas inscrits ou en cours d'inscription 15 mois après la mise en dialyse.

A Strasbourg en 2009, ont été réalisées 86 greffes rénales.

La liste d'attente compte environ 586 personnes inscrites depuis le 01/01/2004. En 2009, l'Alsace fait partie des 6 premières régions au regard du nombre de nouveaux malades inscrits sur liste d'attente (taux supérieur à la moyenne nationale de 54,8pmh)

Pour 2009, les données ramenées en taux par million d'habitants montrent une activité régionale supérieure à la moyenne nationale :

- un taux de recensement des sujets en état de mort cérébrale (SME) de 52,3 (valeur nationale 48,2)
- un taux de prélèvement de 24,8 (valeur nationale 23,2)

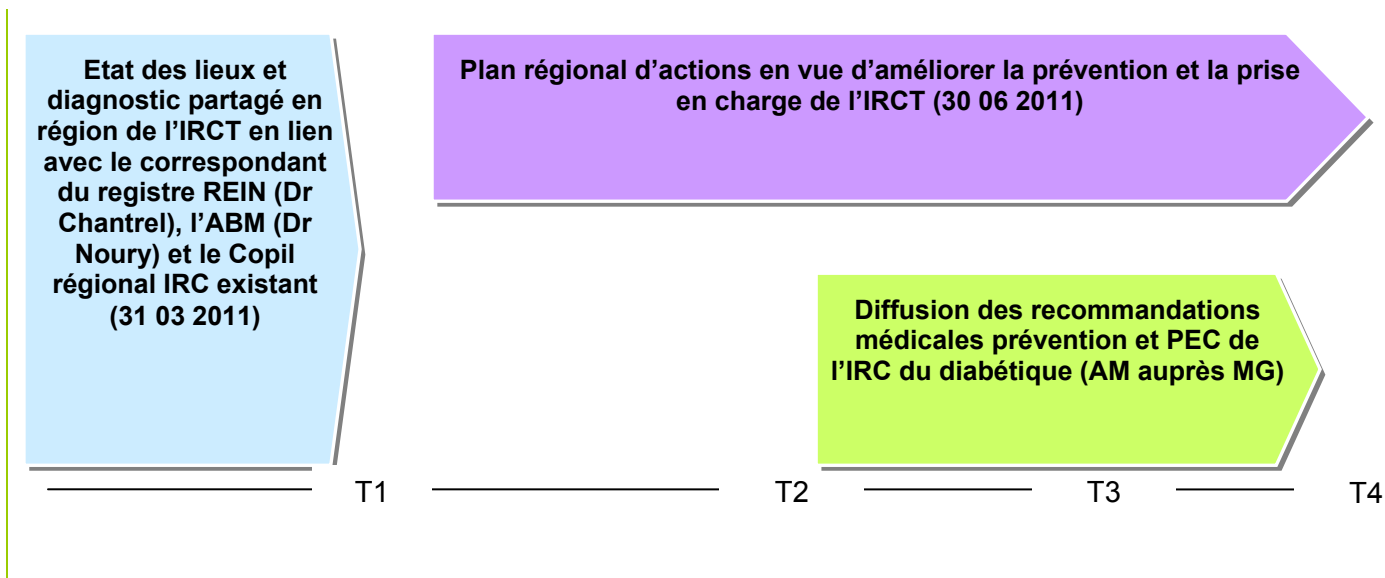
ACTIONS A MENER AU NIVEAU NATIONAL

- ↳ Promouvoir la diffusion des données épidémiologiques (REIN) et les résultats de l'étude des déterminants médicaux et non médicaux de l'accès à la liste d'attente (2011), d'une synthèse des rapports annuels du REIN et du rapport d'activité de l'ABM. (ABM)
- ↳ Promouvoir l'accès à la liste d'attente et à la greffe de rein : augmenter l'accès et réduire les délais d'inscription sur liste d'attente de greffe des patients dialysés. (DGOS + ABM)
- ↳ Promouvoir le don d'organe : assurer la coordination et le suivi national.
- ↳ Développer le recours à la greffe et renforcer l'organisation du suivi (partagé, en réseau) des greffés. (DGOS + ABM)

ACTIONS A MENER AU NIVEAU REGIONAL

- ↳ Proposer un plan d'action sur la greffe rénale visant à promouvoir l'organisation des soins la plus efficiente en matière de greffe rénale ; accompagner les établissements ; structurer et formaliser les réseaux de prélèvement d'organes par convention, structurer et formaliser les réseaux de suivi partagé des greffés par convention et optimiser l'organisation (qualité, sécurité) du prélèvement sur donneurs vivants.
- ↳ Relayer la diffusion des données épidémiologiques régionales (REIN) auprès des médecins.
- ↳ Promouvoir l'information sur le don d'organes.

CALENDRIER PREVISIONNEL DES ACTIONS REGIONALES POUR 2011



En 2012, après parution du rapport HAS, diffusion de recommandations sur les indications de la DP auprès des néphrologues.

B.8/ Imagerie médicale

OBJECTIF : Maîtriser les dépenses liées à l'imagerie médicale et favoriser un développement soutenable des équipements lourds

Enjeux financier national du secteur : 4,1 Mds

Objectif d'économie en 2011 : 60 M€

PILOTES DU PROGRAMME :

National : CNAMTS ; directions et caisses associées : DSS - DGOS - UNCAM

Régional : ARS – Dr Brigitte Hoelt ; Assurance maladie – DCGDR

REFERENCES :

Guide du bon usage des examens d'imagerie de l'HAS

Instruction CNAMTS/DGOS/R3/2011 du 27/04/2011 relative à la priorité de gestion du risque sur l'imagerie en 2010-2011

AXES DU PROGRAMME :

1- Réguler les dépenses d'imagerie conventionnelle.

2- Favoriser un développement soutenable des équipements lourds.

INDICATEURS DE SUIVI :

National :

↳ Evolution des dépenses en valeur et en volume.

Régional :

↳ Nombre d'actions de sensibilisation des prescripteurs et des radiologues.

↳ Composition du parc installé.

Pour 2011 :

Indicateurs de suivi de mise en œuvre des actions de GDR :

↳ Remontée au niveau national des niveaux d'objectifs en termes de diversification du parc IRM (Evaluation régionale de potentialité) (15/06/2011)

↳ Inscription de ces objectifs dans le SROS-PRS

Indicateurs GDR CPOM 2011/2013 (fév 2012):

↳ Tx de réalisation de la baisse des actes de radiologie conventionnelle sur les 3 topographies (crâne/thorax/abdomen), actes réalisés en consultations externes (hors urgences)= baisse constatée du nombre d'actes/ baisse attendue du nombre d'actes

Cibles 2012 :

-crâne : -3092 (-1031/an)

-thorax : -11123 (-3708/an)

-abdomen : -2234 (-745/an)

AXE 1

Réguler les dépenses d'imagerie conventionnelle.

ENJEUX ET CONTEXTE :

Les dépenses de radiologie sont les principales dépenses d'honoraires de médecins libéraux après celles des généralistes. Les volumes évoluent à un taux de 4 à 5 % par an essentiellement du fait du développement des techniques nouvelles. Néanmoins, il ne semble pas y avoir de forte substitution avec l'imagerie conventionnelle. Ces dernières années ont été marquées par une réduction des tarifs, la suppression du supplément archivage et la modification des règles de facturation notamment.

La suppression des actes non indiqués et des actes redondants, en encourageant l'acte le plus efficient en première intention, permet de dégager des marges de manœuvre et limiter la surexposition aux radiations.

ACTIONS A MENER AU NIVEAU NATIONAL

- ↳ Mener une négociation avec la profession pour définir les champs prioritaires d'actions au cours des prochaines années.
- ↳ Poursuivre les adaptations nécessaires de la nomenclature.
- ↳ Favoriser la diffusion de référentiel de bonne prescription de la radiologie.

ACTIONS A MENER AU NIVEAU REGIONAL

- ↳ Sensibiliser les établissements ciblés (9 en Alsace), les médecins généralistes et radiologues libéraux, (diffusion des recommandations de bonnes pratiques d'imagerie standard et conditions de prise en charge de 3 topographies : crâne, abdomen, thorax)

AXE 2

Favoriser un développement soutenable des équipements lourds.

ENJEUX ET CONTEXTE :

Le parc français d'équipement lourd est caractérisé par une présence quasi exclusive d'équipements de très haut de gamme dont l'avantage est de couvrir l'ensemble du champ des examens possibles mais dont l'inconvénient est leur coût unitaire tant à l'investissement qu'au fonctionnement. L'exemple le plus notable est l'absence d'IRM à bas champ magnétique (<0,5 Tesla) qui représente 30 % de l'équipement de certains pays comparables.

En Alsace, le nombre d'équipements d'imagerie en coupe dans la région augmente entre 2009 et 2010 (+ 24%) sans atteindre tous les objectifs prévus au SROS pour 2011. On compte 2 tomographes à émissions de positons (TEP), 15 gamma caméras, 14 équipements d'imagerie par résonance magnétique (IRM) installés et 5 en cours d'installation et 24 scanners (TDM) installés et 4 en cours d'installation.

En 2010, le parc alsacien est plutôt moderne avec 48% de TDM de 64 et 128 barrettes pour une moyenne nationale de 37% pour les mêmes classes. La puissance des 14 IRM installés est de 1,5T pour 12 machines, et de 3T pour les 2 équipements restants

Le taux régional d'IRM est de 1,03/100 000 habitants au regard des IRM autorisés.

L'activité moyenne par IRM est de 7064 actes en 2009, ce qui signifie que ces équipements sont plutôt performants.

Une étude de 2008 montre qu'en région, les examens IRM concernaient majoritairement le crâne (33,6%), le membre inférieur (22,4%) et le rachis (17,9%). Le taux de recours régional des examens IRM est de 54 examens/1000 habitants en 2009 à comparer au taux de recours national qui était de 49/1000 en 2008. Pourtant les délais d'attente mesurés par l'INCA en 2010 sont longs en région, pour le cancer de l'utérus et de la prostate mesurés respectivement à 46j et 41j.

L'activité moyenne par scanner est de 10 380 actes soit + 7 % en 2 ans.

Pour le scanner, le taux de recours régional 2009 est lui aussi supérieur à celui observé au niveau national avec 135 examens pour 100 habitants, pour 130 en moyenne française.

Selon les résultats d'un benchmarking « imagerie » organisé en Alsace en 2010, les délais d'accès à l'imagerie restent trop longs dans la région pour les patients hospitalisés (17,1 jours contre 11,6 en moyenne nationale), ce qui impacte directement la durée moyenne de séjour en établissement.

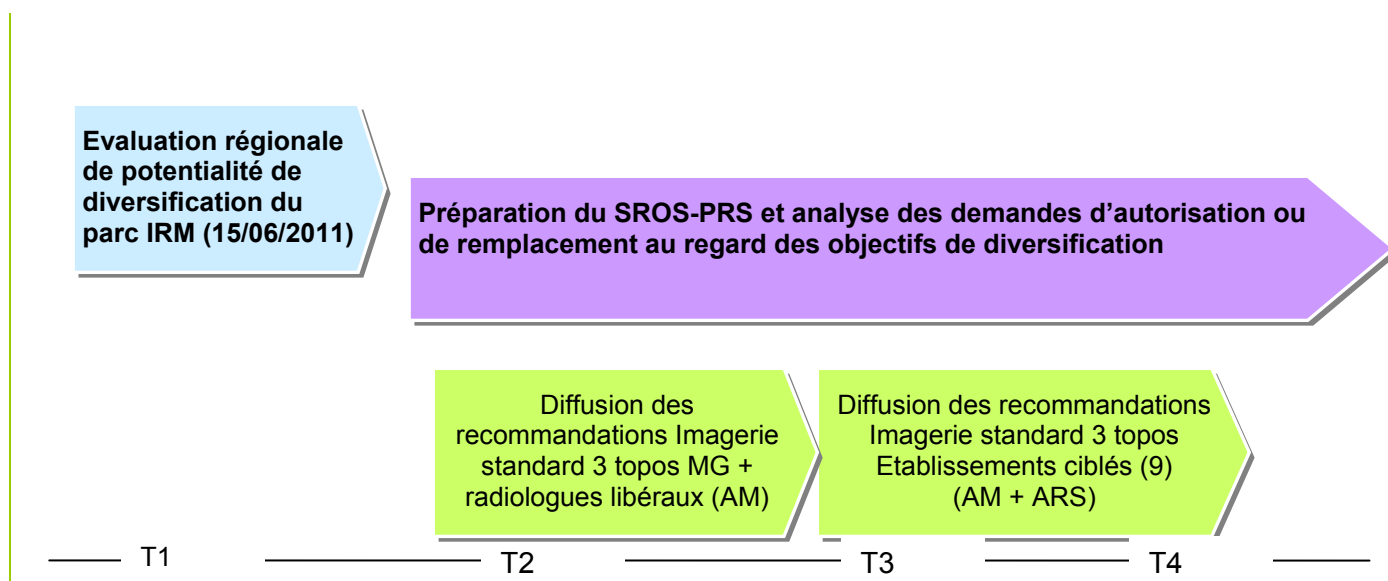
Il n'y a pas de recours à la télé-radiologie à l'exclusion de l'organisation mise en place sur le CH de Haguenau (transfert d'images au domicile pour les radiologues publics).

ACTIONS A MENER AU NIVEAU NATIONAL

- ↳ Proposer des référentiels de composition des parcs suite aux recommandations de l'HAS
- ↳ Adapter les tarifs

ACTIONS A MENER AU NIVEAU REGIONAL

- ↳ Favoriser au niveau des autorisations les appareils les plus efficaces, notamment les IRM dédiées :
 - Réaliser une évaluation régionale de la potentialité de diversification du parc IRM (inscription au SROS des objectifs de diversification)
 - Diffuser les recommandations HAS sur les indications des IRM ostéoarticulaires
- ↳ Favoriser les formes juridiques de coopération public-privé pour la permanence des soins
- ↳ Développement de la télé-radiologie et des nouvelles technologies d'archivage permettant une meilleure organisation du temps des radiologues et cliniciens.



B.9/ Chirurgie ambulatoire

OBJECTIF : Développer la chirurgie ambulatoire de qualité et efficiente

-Enjeux financier national du secteur : 500 M€

-Objectif d'économie : 50 M€ en année pleine en 2011

PILOTES DU PROGRAMME :

National : DGOS ; directions et caisses associées DSS - UNCAM - ANAP

Régional : ARS – Dr Claire Tricot ; AM – DCGDR

REFERENCES :

- Instruction DGOS/R3/2010/457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche de gestion du risque (instruction CNP 2010-300 du 17/12/2010)
- Étude « Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire (enquête Assurance maladie, PNIR, septembre 2003)
- Bréviaire de la chirurgie ambulatoire (MEAH - AFCA, octobre 2007)
- Abécédaire Chirurgie ambulatoire (Ministère de la santé – CNAMTS, janvier 2009)
- Lettres-réseau de l'Assurance Maladie relative à la MSAP
- Documents issus du colloque organisé par l'ANAP le 23 novembre 2010

AXE DU PROGRAMME :

Développer une chirurgie ambulatoire efficiente et de qualité dans le cadre d'une offre territoriale cohérente

INDICATEURS DE SUIVI :

National :

↳ Montant des économies réalisées.

Régional :

Pour 2011 :

▪ Indicateurs de suivi de mise en œuvre des actions de GDR :

↳ Tx de pratique de la chirurgie ambulatoire (toute chirurgie confondue) (ATIH, juin, sept, déc 2011) (Nbre de séjours GHM en C (sauf CMD 14 et15 et séjours en K) en 0 jour/ nbre total de séjours GHM en C (sauf CMD 14 et15 et séjours en K)

▪ Indicateurs GDR CPOM 2011/2013 (fév 2012):

↳ Tx de pratique ambulatoire pour les 17 gestes marqueurs (cible: 81%)

ENJEUX ET CONTEXTE :

Malgré la progression observée ces dernières années, sous l'effet de la politique d'incitation tarifaire et de la politique de mise sous accord préalable, la France accuse un retard en matière de chirurgie ambulatoire. Ainsi, en 2009, la chirurgie ambulatoire ne représente que 36 % de l'ensemble de la chirurgie (DGOS). Selon l'ANAP, 80 % des actes chirurgicaux pourraient être réalisés en ambulatoire et 90 % des patients seraient éligibles à ce type de prise en charge. Il existe donc un fort potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire. Dans ce contexte, il s'agit de :

- développer la chirurgie ambulatoire sur l'ensemble de la chirurgie en tant que chirurgie « qualifiée et substitutive » à la chirurgie en hospitalisation avec hébergement
- structurer une offre de chirurgie ambulatoire cohérente au niveau des territoires de santé, en anticipant les réorganisations de l'offre globale de soins de chirurgie qui en découlent ;
- développer la qualité et l'efficience des soins de chirurgie ambulatoire.

En Alsace, le taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (sur les 17 gestes marqueurs) est de 75,42 % en 2009 (versus 74% au niveau national). La chirurgie ambulatoire s'est développée sous l'effet de différentes mesures : tarifaires (convergence tarifaire depuis 2004 entre séjour ambulatoire et niveau 1 de sévérité en hospitalisation complète), contractuelles (objectif CPOM de développement de la chirurgie ambulatoire depuis 2006, organisationnelles (RBP MEAH). Le développement a été accéléré à partir de 2008 sous l'effet de procédure de mise sous accord préalable (MSAP). Un objectif de 85 % à horizon 2013 a été fixé dans le cadre du CPOM 2010 de l'ARS relatif à l'indicateur Taux de chirurgie ambulatoire des 17 gestes marqueurs.

Les listes de gestes marqueurs ont facilité aux établissements l'entrée dans la démarche de l'ambulatoire qui doit maintenant être étendue : pour illustration, le taux global régional sur les 17 gestes au 31/12/2009 est de 75,42% mais le taux global de chirurgie ambulatoire concernant l'ensemble de la chirurgie (sauf interventionnel) n'est que de 36,8 % (36,2 % au niveau national) et 29 % pour les ex-DG (HUS 20%) et 47 % pour les ex OQN.

A noter que la région Alsace a mis en œuvre un benchmark des blocs opératoires en mars 2011 afin d'évaluer les circuits dédiés à la chirurgie ambulatoire et la pratique ambulatoire foraine.

ACTIONS A MENER AU NIVEAU NATIONAL

- ↳ Définir les orientations nationales à destination des ARS en vue de développer une offre de chirurgie ambulatoire qualifiée et substitutive, cohérente au niveau territorial et sur des sites réalisant une masse critique d'activité ;
- ↳ Actualiser les indicateurs de suivi du développement de la chirurgie ambulatoire ;
- ↳ Diffuser et faire s'approprier les outils à destination des ARS en s'assurant de leur cohérence (indicateurs, abécédaire chirurgie ambulatoire, hospi diag...) ;
- ↳ Développer des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur la chirurgie ambulatoire (indicateurs organisationnels, indicateurs de surveillance des infections, indicateurs infections nosocomiales, tenue du dossier d'anesthésie...) ;
- ↳ Inclure la chirurgie ambulatoire dans les thématiques de qualité et d'efficience et promouvoir les actions d'appui en lien avec l'ANAP ;
- ↳ Elaborer des recommandations de bonnes pratiques organisationnelles et professionnelles de chirurgie ambulatoire, en lien avec la HAS, les sociétés savantes, les travaux de l'ANAP ;
- ↳ Evaluer les opportunités de poursuite voire d'intensification des mesures d'incitation tarifaire au développement de la chirurgie ambulatoire ; Définir le cadre juridique, financier et organisationnel des centres de chirurgie ambulatoire « exclusive » avec l'appui de la HAS (cf. Conditions de la réalisation de la chirurgie de la cataracte : niveau d'environnement – juillet 2010) et au travers des expériences étrangères

ACTIONS A MENER AU NIVEAU REGIONAL

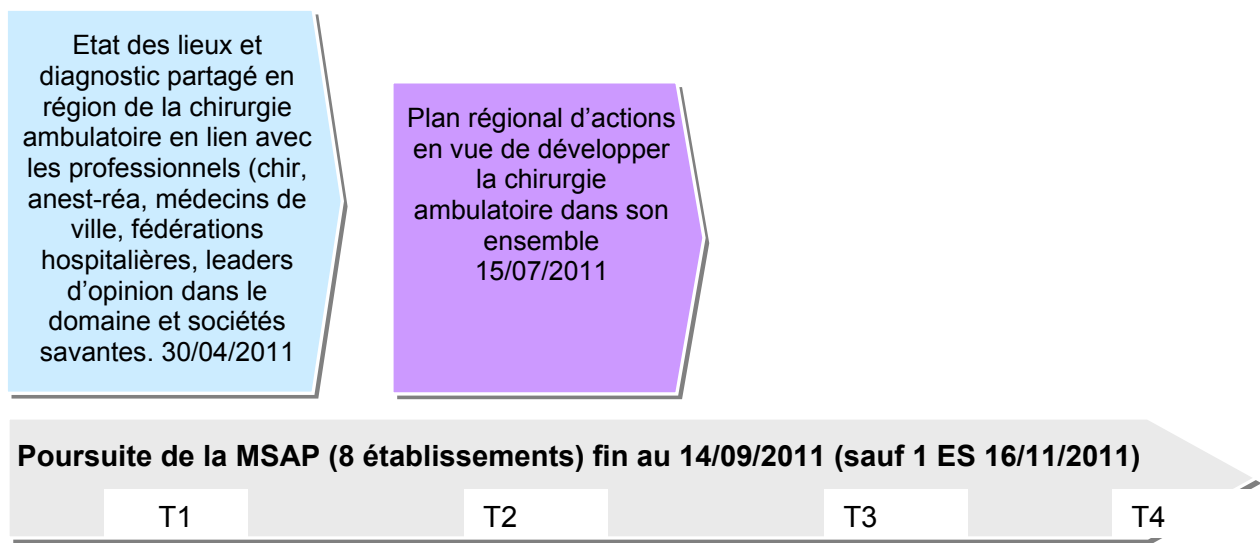
- ↳ Elaborer un état des lieux régional de la chirurgie ambulatoire en s'appuyant sur la maquette transmise par l'instruction DGOS et réaliser une analyse quantitative et qualitative, à partir des indicateurs proposés ;
- ↳ Réaliser un diagnostic partagé avec l'ensemble des acteurs concernés, mener, de façon concertée avec l'ensemble des partenaires, une réflexion sur les points forts et les points faibles de la région, les éventuels points de blocage existants et les leviers susceptibles d'être mobilisés pour développer l'offre de chirurgie ambulatoire ;
- ↳ Elaborer et mettre en œuvre un plan d'action régional visant à promouvoir la chirurgie ambulatoire au niveau régional (diffusion des travaux communs HAS+ANAP), fixer des objectifs régionaux et les décliner au niveau des établissements de santé (Contractualisation);
- ↳ Poursuivre la mise sous accord préalable sur les 17 gestes marqueurs (en cours, 8 établissements concernés en Alsace)

LISTE DES 17 GESTES MARQUEURS MSAP

- 1 Adénoïdectomies
- 2 Arthroscopie du genou hors ligamentoplasties
- 3 Chirurgie anale
- 4 Chirurgie canal carpien et autres libérations nerveuses (MS)
- 5 Chirurgie de la conjonctive (ptérygion)
- 6 Chirurgie de la maladie de Dupuytren
- 7 Chirurgie des bourses
- 8 Chirurgie des hernies inguinales
- 9 Chirurgie des varices

- 10 Chirurgie du cristallin
- 11 Chirurgie du sein/ tumorectomie (hors cancer)
- 12 Chirurgie réparatrice des ligaments et tendons (main)
- 13 Chirurgie du strabisme (exclusion âge <7ans)
- 14 Chirurgie de l'utérus, de la vulve, du vagin et AMP
- 15 Coelioscopie gynécologique
- 16 Extractions dentaires
- 17 Exérèse de kystes synoviaux

CALENDRIER PREVISIONNEL DES ACTIONS REGIONALES POUR 2011



B.10/ Soins de suite et de réadaptation

OBJECTIF : Améliorer le recours aux SSR, maîtriser leur développement et améliorer leur efficacité.

Enjeux financier national du secteur : 11,1 Mds €

Objectif d'économie : respect des enveloppes SSR telles que définies pour 2010 et 2011

PILOTES DU PROGRAMME :

National : DGOS ; directions et caisses associées DSS - UNCAM

Régional : ARS – Dr Sylvie Gossel ; Assurance maladie – DCGDR

REFERENCES :

Décrets n° 2008-376 et 2008-377 du 17 avril 2008 ;

Circulaire DGOS N°DHOS/O1/2008/305 du 3 octobre 2008.

AXES DU PROGRAMME :

- 1- Mettre en œuvre la réforme réglementaire SSR, dans un cadre budgétaire contraint.
 - 2- Mettre en œuvre une politique maîtrisée et efficace du SSR.
-

INDICATEURS DE SUIVI :

National :

↳ Respect des enveloppes SSR.

Régional :

↳ DMS et taux d'occupation régionaux en SSR.

↳ Nombre de ré-hospitalisations avec même motif suite à une hospitalisation en SSR.

↳ Activité en venues / activité en journées.

↳ Ecart entre les OQOS accordés aux ES et l'activité produite.

↳ Niveau des tarifs régionaux moyens.

AXE 1

Mettre en œuvre la réforme réglementaire SSR, dans un cadre budgétaire contraint.

ENJEUX ET CONTEXTE :

Dans l'attribution des autorisations :

- Promouvoir le développement de l'hospitalisation de jour par rapport à l'hospitalisation complète
- Limiter les autorisations en SSR qui entraîneraient des coûts importants (créations ex-nihilo, extensions d'activité)

Dans l'organisation du secteur SSR :

- Améliorer la connaissance des missions du SSR par le MCO
- Développer la complémentarité entre l'offre de soins SSR et le secteur ambulatoire
- Favoriser la fluidité des parcours du SSR vers le médico-social

En Alsace, les établissements ont produit 996 909 journées et venues en 2009. 89,1% de la production est réalisée en hospitalisation complète. Par ailleurs, le nombre total de journées a progressé de 9,6% entre 2007 et 2009 (+ 40% pour les seules venues).

Le volet « post-hospitalisation aigue » du SROS d'Alsace a préconisé la création d'une plate-forme d'orientation et de gestion des admissions des patients dans les services de soins de suite et de réadaptation.

Sous l'égide du GCS esante-Alsace, les établissements de santé de la région ont adhéré à Trajectoire et peuvent désormais avoir accès à toutes les fonctionnalités du logiciel. A ce jour près de 25 % des admissions en SSR sont traitées via la plateforme Trajectoire.

Il existe une inégalité territoriale d'accès pour les patients dialysés à réduire. L'accès des patients cancéreux en SSR est à faciliter.

Des actions de prévention et de promotion à la santé ainsi que l'éducation thérapeutique du patient sont à développer au sein des établissements SSR.

ACTIONS A MENER AU NIVEAU NATIONAL

↳ Fournir aux ARS des données comparatives entre les régions et entre les secteurs (taux de recours, activité, taux d'occupation, durée moyenne de séjour, etc.)

ACTIONS A MENER AU NIVEAU REGIONAL

↳ Mettre en œuvre tous les outils prévus par la réglementation SSR pour améliorer la fluidité du parcours de soins :

- systématiser l'utilisation de fiche préalable à l'admission en SSR
- déployer un outil régional d'aide à l'orientation en SSR (Trajectoire)
- promouvoir les conventions entre les structures SSR et le secteur médico-social

AXE 2

Mettre en œuvre une politique maîtrisée et efficiente du SSR.

ENJEUX ET CONTEXTE :

Limiter la progression d'activité des établissements par le biais des CPOM ;
Assurer le non-dépassement de l'objectif quantifié national (OQN) ;
Promouvoir le modèle cible de tarification à l'activité.

En Alsace, les OQOS pour 2011 inscrits dans le SROS volet « hospitalisation post aigüe » sont de 1 150 699 journées (999 955 journées et 150 744 venues). En 2009, le taux de réalisation de l'OQOS régional est de 86,6% (88,9% pour les journées et 71,8% pour les venues).
1 patient sur 2 en SSR a 75 ans et plus. La durée moyenne de séjour (DMS) est de 30,5 jours.

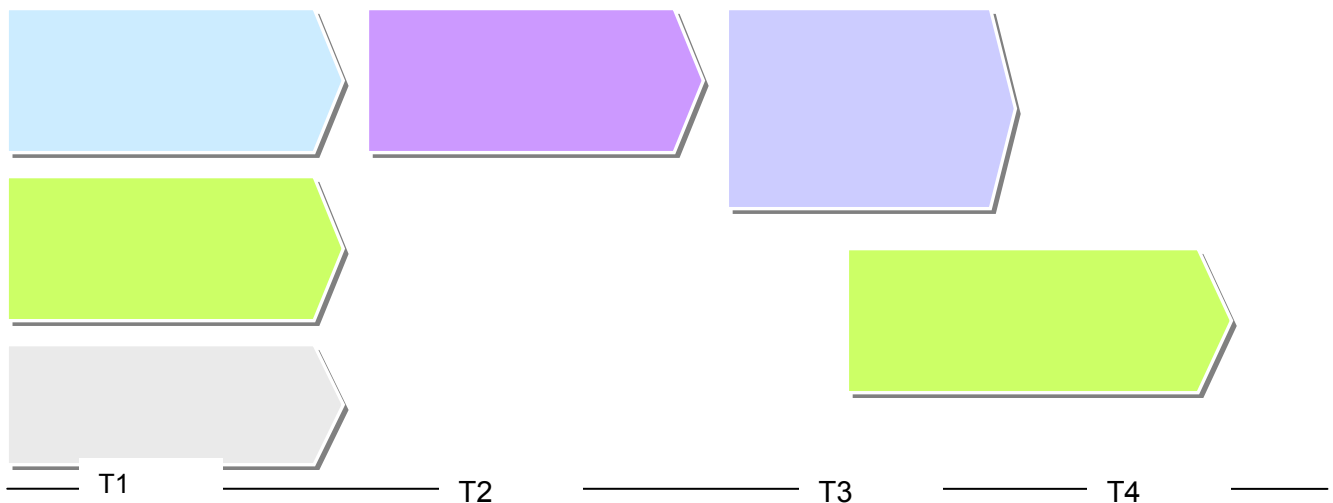
ACTIONS A MENER AU NIVEAU NATIONAL

- ↳ Instruction validée en CNP aux ARS sur les autorisations SSR ;
- ↳ Elaboration d'un cadrage national sur le volume d'OQOS (Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins) régional « disponible » en SSR ;
- ↳ Elaborer un modèle cible de T2A donc maintien du modèle transitoire sans évolution jusque là ;
- ↳ Développer l'utilisation par les ARS des données « taux de recours en SSR » ;
- ↳ Mettre en place d'une politique d'harmonisation sur les projets tarifaires ;
- ↳ Elaborer des fiches « profils d'établissements SSR » pour permettre des comparaisons entre établissements.

ACTIONS A MENER AU NIVEAU REGIONAL

- ↳ Limiter le volume d'OQOS attribué aux établissements en 2010-2011 à la reconduction d'activité 2009 ;
- ↳ Assurer une taille critique des unités SSR grâce à la délivrance d'un volume minimal d'activité ;
- ↳ Veiller au respect du volume d'OQOS attribué aux établissements en particulier ceux financés par OQN et appliquer la procédure de sanction en cas de dépassement ;
- ↳ Faire remonter à la DGOS et à la DSS les projets tarifaires avant décision
- ↳ Mise sous accord préalable

CALENDRIER PREVISIONNEL DES ACTIONS REGIONALES POUR 2011 EN ATTENTE D'INSTRUCTIONS NATIONALES



Contacts

Agence régionale de santé d'Alsace

Cité administrative Gaujot

14, rue du Maréchal Juin

67 084 Strasbourg

Téléphone : 03 88 88 93 93

Courriel : ars-alsace-direction@ars.sante.fr

www.ars.alsace.sante.fr

Contact Projet régional de santé :

ars-alsace-prs@ars.sante.fr

