

PROJET REGIONAL DE Santé
Champagne-Ardenne
2012-2016

| Avril 2012 |

| PRGDR |

PROGRAMME REGIONAL DE GESTION DU RISQUE

www.ars.champagne-ardenne.sante.fr

ars Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne

SOMMAIRE

INTRODUCTION 4

1 - Le nouveau cadre institutionnel 4
2 - Le cadre législatif et réglementaire 4
3 - Définition de la gestion du risque 5
4 - Les acteurs de la gestion du risque 6

CHAPITRE 1 - CONTEXTE REGIONAL 7

1 - Evolution des dépenses au niveau régional 7
2 - Analyse de l'état de santé de la population, de la demande et de l'offre de soins dans la région 8
3 - Organisation au sein de la région 8

CHAPITRE 2 - LES DIX PROGRAMMES PRIORITAIRES DE GESTION DU RISQUE 11

1 - Le programme Transports 12
1.1 - Rappel des objectifs du programme 13
1.2 - Etat des lieux régional et diagnostic 13
1.3 - Calendrier et suivi de l'avancement des actions 14
2 - Le programme Prise en charge IRC 15
2.1 - Rappel des objectifs du programme 15
2.2 - Etat des lieux régional et diagnostic 16
2.3 - Calendrier et suivi de l'avancement 16
3 - Le programme Liste en sus 17
3.1 - Rappel des objectifs du programme 17
3.2 - Etat des lieux régional et diagnostic 18
3.3 - Calendrier et suivi des actions 19
4 - Le programme Prescription hospitalières Médicamenteuses exécutées en ville 20
4.1 - Rappel des objectifs du programme 20
4.2 - Etat des lieux régional et diagnostic 21
4.3 - Calendrier et suivi de l'avancement 22
5 - Le programme Imagerie médicale 22
5.1 - Rappel des objectifs du programme 22
5.2 - Etat des lieux régional et diagnostic 23
5.3 - Calendrier et suivi de l'avancement 23
6 - Le programme Chirurgie ambulatoire 24
6.1 - Rappel des objectifs du programme 24
6.2 - Etat des lieux régional et diagnostic 25
6.3 - Calendrier et suivi de l'avancement 25
7 - Les 2 programmes EHPAD : Efficience et Prescription 25
7.1 - Rappel des objectifs des programmes 25
7.2 - Calendrier et suivi de l'avancement 26
8 - Le programme SSR 28
8.1 - Rappel des objectifs du programme 28
8.2 - Etat des lieux régional et diagnostic 28
8.3 - Calendrier et suivi de l'avancement 29
9 - Le programme PDS ambulatoire et urgences 30
9.1 - Rappel des objectifs du programme 30
9.2 - Etat des lieux régional et diagnostic 31
9.3 - Méthodologie d'élaboration du cahier des charges de la PDS 31
9.4 - Evaluation des actions 31
9.5 - Calendrier et suivi de l'avancement 33

CHAPITRE 3 - LA DECLINAISON DES PROGRAMMES NATIONAUX DE GESTION DU RISQUE DE L'ASSURANCE MALADIE 34

1 - Les programmes de maîtrise médicalisée en ville 34
2 - Les programmes de renforcement de l'efficience de l'offre de soins dans les établissements de santé 35
3 - Les plans de prévention et d'accompagnement des patients 35

CHAPITRE 4 - LES ACTIONS REGIONALES COMPLEMENTAIRES SPECIFIQUES 37

ANNEXES 38

GLOSSAIRE 47

Introduction

1 - Le nouveau cadre institutionnel

La Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) puis le décret 2010-336 du 31 mars 2010 créant les ARS au 1er avril 2010 confèrent à ces dernières une compétence globale dans le champ de la santé.

Chaque ARS devient donc responsable du pilotage de la politique de santé publique dans la région dans les domaines de la prévention, promotion et éducation à la santé, de la veille et sécurité sanitaire et de la régulation régionale de l'offre de santé sur les secteurs ambulatoires, médicosocial et hospitalier.

« Dans les conditions prévues à l'article L. 1434-14 du Code de la Santé Publique (CSP), les ARS définissent et mettent en œuvre avec les services d'assurance maladie et avec la CNSA, les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires.»[1]

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

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

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

2 - Le cadre législatif et réglementaire

L'article L. 1434-14 du CSP dispose que :

- « *Le programme pluriannuel régional de gestion du risque comprend, outre les actions nationales définies par le contrat prévu à l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale* (contrat Etat-UNCAM), *des actions complémentaires tenant compte des spécificités régionales.*
- *Ces actions régionales complémentaires spécifiques sont élaborées et arrêtées par le directeur général de l'agence régionale de santé, après concertation avec le représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et avec les organismes complémentaires.*
- *Le programme pluriannuel régional de gestion du risque est révisé chaque année.*
- *Ce programme est intégré au projet régional de santé.*
- *Ce projet* (PRS) *fait l'objet d'une contractualisation entre le directeur général de l'agence régionale de santé et les directeurs des organismes et services d'assurance maladie de son*

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

ressort dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

- *Les contrats pluriannuels de gestion des organismes d'assurance maladie établis en application de l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale déclinent, pour chaque organisme concerné, outre les programmes nationaux de gestion du risque, le programme pluriannuel régional de gestion du risque* »

Le décret n°2010-515 du 18 mai 2010 relatif au PRGDR (art. R1434-9 à R 1434-18 du CSP) apporte des précisions :

- « *Le DG de l'ARS prépare, arrête et évalue le PRGDR dans les conditions prévues à la présente section. Il le met en œuvre dans les conditions prévues par les articles R. 1434-18 à R. 1434-20 (…).*
- *Le PRGDR est composé de deux parties* :
  - *1° Une première partie reprenant les programmes nationaux de gestion du risque élaborés conformément aux objectifs définis par le (contrat Etat-UNCAM). Elle en précise, s'il y a lieu, les conditions de mise en œuvre, dans le respect des objectifs fixés à chaque agence dans son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens par le conseil national de pilotage des ARS;*
  - *2° Une deuxième partie comprenant les actions régionales complémentaires spécifiques prévues à l'article L. 1434-14.*

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

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

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

3 - Définition de la gestion du risque

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

En 1999, la circulaire inter-régimes n°5/99 du 24/04 sur la coordination de la gestion du risque par les Unions régionales de caisses d'Assurance Maladie (URCAM) définissait les trois dimensions de la gestion du risque : (1) « optimiser la réponse du système de soins aux besoins de santé » ; (2) « inciter la population à recourir de manière pertinente à la prévention et aux soins » ; (3) « amener les professionnels à respecter les critères d'utilité et de qualité des soins ainsi que de modérations des coûts dans le cadre financier voté par le Parlement ».

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

Dans son rapport de juillet 2008[3], le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie précise que la gestion du risque regroupe différentes actions :

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

4 - Les acteurs de la gestion du risque

La coordination entre l'ARS et l'assurance Maladie est assurée au sein de la commission régionale de gestion du risque associant pleinement les services de l' ARS et de l'assuran ce maladie dans l'atteinte des objectifs de gestion du risque. Ces actions doivent permettre de renforcer l'efficience du système de soins et ainsi contribuer au respect de l'ONDAM voté par le Parlement dans le cadre des lois de financements de la sécurité sociale :

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

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

Un représentant des organismes complémentaires d'assurance maladie désigné par l'UNOCAM participe, selon l'ordre du jour, aux travaux de la commission »[4].

[3] HCAAM, Rapport 2008, p. 27.

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

Chapitre 1 - Contexte régional

1 - Evolution des dépenses au niveau régional

Dépenses de soins de ville à fin décembre 2010

	Région		France (milliers d'euros)	
	à fin DEC 10	Evolution	à fin DEC 10	Evolution
HONORAIRES (1)	**376 520 042**	**0,7%**	**18 311 401**	**1,1%**
dont :				
Consultations	129 482 170	-2,3%	6 192 031	-1,3%
Visites	19 803 579	-4,5%	928 138	-4,6%
Actes techniques (y compris IRMN, Scanner)	169 105 157	4,0%	8 233 051	3,5%
Honoraires dentaires	56 018 150	0,4%	2 771 788	1,3%

	Région		France (milliers d'euros)	
	à fin DEC 10	Evolution	à fin DEC 10	Evolution
PRESCRIPTIONS (1)	**737 195 021**	**3,0%**	**36 650 869**	**4,2%**
dont :				
Dépenses médicaments	445 076 912	1,3%	21 119 698	3,0%
Auxiliaires médicaux	136 395 401	6,7%	7 927 274	6,4%
LPP	94 550 121	7,1%	4 466 876	7,5%
Actes en B	61 172 588	2,0%	3 174 336	2,3%
INDEMNITES JOURNALIERES	**179 034 754**	**2,5%**	**9 296 251**	**5,2%**
FRAIS DE TRANSPORT	**86 482 720**	**5,2%**	**3 204 446**	**6,0%**
TOTAL PRESCRIPTIONS + IJ + TRANSPORTS	**1 002 712 494**	**3,1%**	**49 151 566**	**4,5%**

Dépenses des établissements MCO à fin décembre 2010

CPAM	Région		France (milliers d'euros)	
	à fin DEC 10	Evolution	à fin DEC 10	Evolution
Objectif de dépenses méd.-chir.-obst. (ODMCO) secteur public *	581 277 089	1,7%	28 847 393	2,5%
Objectif de dépenses méd.-chir.-obst. (ODMCO) secteur privé*	166 902 512	-0,5%	8 011 418	3,0%
TOTAL ODMCO	**748 179 601**	**1,2%**	**36 858 811**	**2,6%**

* hors MSA et RSI

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

Le diagnostic partagé réalisé dans le cadre du Plan Stratégique Régional de Santé met en évidence un certain nombre de particularités régionales.

D'un point de vue géo-démographique, la région est vaste (25 605 km²), faiblement peuplée (52hab/km²) avec une empreinte rurale et un vieillissement marqués.

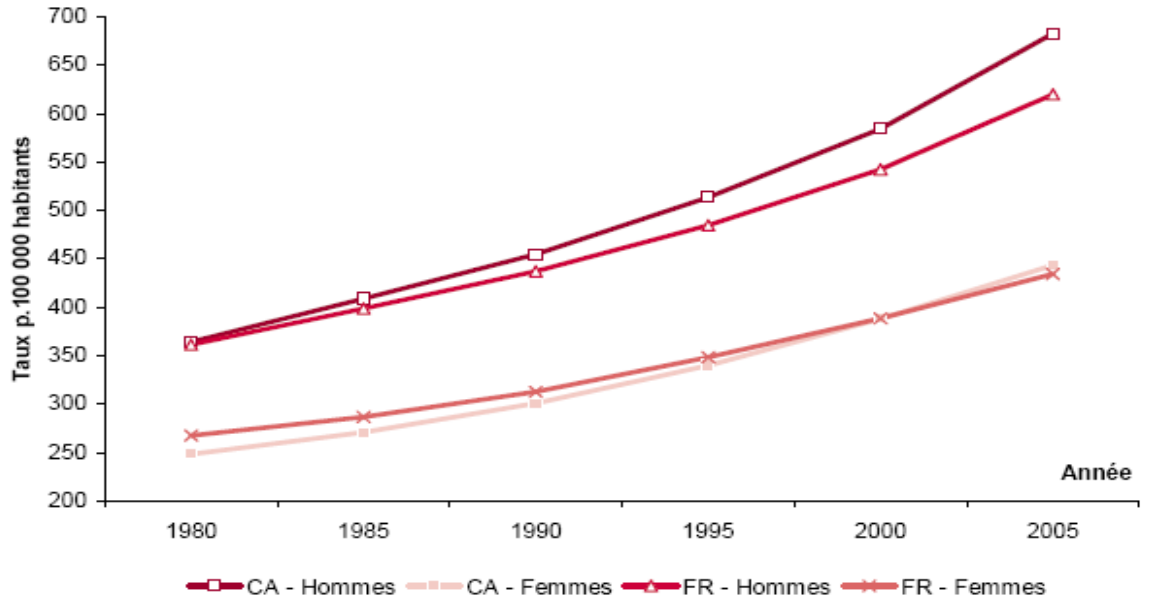
Les indicateurs d'état de santé de la population y sont défavorables, avec une espérance de vie plus courte et une mortalité prématurée plus forte que la moyenne nationale.

La démographie médicale est également défavorable et risque de se dégrader encore.

On constate par ailleurs une forte prévalence des maladies chroniques (particulièrement les maladies cardiovasculaires, le diabète et les tumeurs) et importance des facteurs de risques influant sur la mortalité des champardennais, notamment la consommation d'alcool et de tabac, la sédentarité et les conduites alimentaires.

A titre d'illustration, le graphique suivant présente l'évolution du taux d'incidence sensiblement plus importante des cancers en Champagne-Ardenne comparé au reste de la France.

Évolution du taux d'incidence estimé de l'ensemble des cancers (taux brut)



Source : Francim, InVS, INSERM, Hôpitaux de Lyon

3 - Organisation au sein de la région

La Commission Régionale de Gestion du Risque :

Le Décret n°2010-515 du 18 mai 2010, relatif au PRGDR précise que :

- Le DGARS prépare, arrête et évalue le programme pluriannuel régional de gestion du risque.
- Il en organise et en suit l'exécution.
- Il en évalue les résultats.

La préparation, le suivi et l'évaluation du PRGDR sont effectués dans le cadre d'une Commission régionale de GDR présidée par le DGARS.

La Commission régionale de gestion du risque se réunit :

- soit en formation plénière : elle rassemble tous les Directeurs des organismes et services d'Assurance Maladie signataires du contrat prévu à l'art. L 1434-14 du Code de la santé publique pour préparer, suivre et évaluer le PRGDR (installation le 15 septembre 2011).
- soit en formation restreinte : elle se compose de la Directrice de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Marne et Directeur coordonnateur de la GDR du régime général, du Directeur régional du Service Médical Nord Est, du Directeur de la MSA Marne Ardennes Meuse, du Directeur régional du RSI. Un représentant des organismes complémentaires d'Assurance Maladie, désigné par l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie peut participer le cas échéant aux travaux de la commission (installation le 8 septembre 2010)

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

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

Elle se réunit en formation restreinte autant que de besoin. Elle propose le contenu du PRGDR, et ses avenants annuels, à la Commission réunie en formation plénière ; elle valide les plans d'actions ; elle assure le suivi, l'évaluation des projets ; elle décide, si nécessaire, de la mise en place de groupes de travail spécifiques.

Equipe projet régionale :

Une équipe projet est constituée. Elle est animée par un représentant du Directeur coordonnateur de la gestion du risque du régime général et par un représentant du Directeur Général de l'ARS. Chaque priorité de gestion du risque est gérée en binôme par les référents ARS et Assurance Maladie.

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

Ces modalités de suivi intègrent :

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

Cette équipe projet se réunit régulièrement. Elle réalise un bilan annuel soumis à validation de la commission plénière.

Nota : Le directeur général de l'agence régionale de santé est informé par les organismes et services d'assurance maladie du ressort de la région des actions de gestion du risque qui ne sont pas inscrites au programme pluriannuel régional de gestion du risque et dont la mise en œuvre leur a été demandée par leurs caisses nationales respectives.

La contractualisation entre l'ARS et l'Assurance Maladie :

La loi HPST dispose que le PRS fait l'objet d'u ne contractualisation entre le Directeur Général de l'ARS et les directeurs des organismes et services d'Assurance Maladie de son ressort dont la caisse nationale est membre de l'UNCAM (article L1434-14 du code de la Santé Publique).

En Champagne Ardenne, le directeur Général de l'ARS contractualise avec :

Pour le Régime Général : Cinq signataires

- ⇨ Directeur régional du service médical du Nord Est
- ⇨ Quatre Directeurs de CPAM : Ardennes, Aube, Haute Marne, Marne.

Pour le Régime Social des Indépendants : Un signataire.

Pour la Mutualité Sociale Agricole : Deux signataires

Pour 2010/2011, le programme régional décline le programme national, qui comporte 2 volets :

- d'une part les 10 programmes prioritaires de GDR des ARS mis en œuvre avec le concours des organismes locaux d'assurance maladie
- d'autre part les programmes nationaux pilotés par les 3 régimes d'assurance maladie de l'UNCAM

Chapitre 2 - Les dix programmes prioritaires de gestion du risque

Le Conseil national de pilotage des ARS a arrêté lors sa séance du 9 juillet 2010 les priorités de gestion du risque des ARS pour 2010 et 2011. Elles s'inscrivent dans le cadre défini par le contrat Etat/UNCAM et sont pleinement cohérentes avec les objectifs fixés dans le cadre des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des ARS.

Dix priorités en matière de gestion du risque axées sur le développement de modes de prise en charge plus souples, mieux coordonnés et plus efficients ont été définies.

- Les transports prescrits en établissements de santé
- La prise en charge de l'IRC
- La liste en sus
- Les prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville
- L'imagerie médicale
- La chirurgie ambulatoire
- L'efficience des EHPAD
- Les prescriptions dans les EHPAD
- Les SSR
- La PDS ambulatoire et les urgences

Tableau 1 : rappel des objectifs GDR 2010-2011 des 10 priorités fixées aux ARS (circulaire du 19/07/2010)

Programme	Détail des actions	Eco 2010	Eco 2011
Transports (DSS)	- Contractualisation ARS avec les établissements de santé - Expérimentation de plate-forme de transports sanitaires	90[5] M€	**90M€**
Prise en charge IRC (DSS)	- Dépistage de l'IRC - Développement de la Dialyse péritonéale - Développement des greffes	30M€	**100M€**
Liste en sus (DSS)	- Maîtrise des volumes a u travers une contractualisation avec les établissements de santé ciblés	90M€	**90M€**
Médicaments hospitaliers exécutés en ville (UNCAM)	- Identification des prescripteurs hospitaliers - Maîtrise des volumes au travers d'une contractualisation avec les établissements de santé ciblés	20M€	**60M€**
Imagerie médicale (UNCAM)	- Réguler les dépenses d'imagerie conventionnelle - Favoriser un développement soutenable des équipements lourds	100 M€[6]	**100M€**
Chirurgie ambulatoire (DGOS)	- Développement de la chi rurgie ambulatoire sur 1 7 actes marqueurs - Développement des centres de chirurgie ambulatoire exclusive	30M€	**50M€**
Efficience des EHPAD (DSS)	- Améliorer la coordination des PS intervenant en EHPAD - Diffuser les bonnes pratiques - Développer les SI - Construire un dispositif d'évaluation	**Favoriser une organisation et une utilisation des ressources efficiences dans les EHPAD**	
Prescription dans les EHPAD (DSS)	- Elaborer une liste préférentiell e des médicaments, concertée avec les médecins libéraux ; - Renforcer et diffuse r les bonne s pratiques professionnelles en EHPAD	**Maîtriser la dynamique des prescriptions en EHPAD**	
SSR (DGOS)	- Mise en œuvre de la réforme réglementaire SSR, dans un cadre budgétaire contraint - Mise en œuvre d'une politique efficiente et maitrisé e du SSR	**Respecter les enveloppes SSR définies dans l'ONDAM**	
PDS ambulatoire et urgences (DGOS)	- Assurer une permanence des soins accessible et efficiente - Assurer l'articulation entre la PDS a mbulatoire et les urgences hospitalières	**Maîtriser la progression des dépenses de PDS ambulatoire et d'urgences hospitalières (<3%/an)**	
TOTAL		**360M€**	**490M€**

1 - Le programme Transports

Le programme Transports a pour objectif d'une part la régulation de la progression des dépenses de transports prescrits en hôpital et d'autre part la red éfinition du modèle d'organisation du transport de malade (en développant notamment le tran sport partagé). Pour ce faire, les principaux leviers identifiés portent sur le dispositif de contractualisation avec les établissements et l'identification des pratiques de prescriptions non conformes.

[5] Ces 90 M€ sont communs avec les économies sur les transports sanitaires des programmes nationaux de l'UNCAM

[6] Dont baisse tarifaire

1.1 - Rappel des objectifs du programme 7

Le contexte lié aux transports justifie cette priorité dans le cadre de la gestion du risque confié aux ARS.

Quelques chiffres repères au niveau national :

- 67 millions de transports sont prescrits chaque année (à 37% par des médecins libéraux et à 63% par les établissements de santé et médico-sociaux pour 5,1 millions de personnes transportées en 2009 (tous régimes confondus)
- Ces transports sont répartis à 42% d'ambulance, 23% de VSL et 31% de taxis (4% autres) ce qui représentent au niveau national 3258 millions d'euros de dépenses remboursables, tous régimes pour 2009.
- L'analyse des dépenses de transport montée une augmentation de 7,2% en valeur pour l'année 2009. s'expliquant à 4,2% par des hausses tarifaires et 3% d'évolution en volume

Au-delà des actions organisationelles et de régulation financière, le programme Transports vise à mieux cibler les dépenses en fonction des besoins strictement justifiés par l'état de santé des patients.

Le programme "GDR transports" comporte des objectifs de 3 niveaux : une meilleure connaissance de la prescription hospitalière de transports de malades, une démarche contractuelle de régulation des dépenses et le développement de nouveaux modes d'organisation.

Les objectifs à atteindre se rapportant au Transports des Patients sont :

- Le ciblage, la sensibilisation et l'initiation d'un dialogue avec les établissements de santé fortement prescripteurs,
- La mise en œuvre d'une démarche contractuelle avec les Etablissements de santé de fixation d'objectifs de régulation des dépenses et d'optimisation des bonnes pratiques comportant un dispositif d'intéressement ou de reversement,
- ***Le développement de nouvelles modalités d'organisation des transports,***

1.2 - Etat des lieux régional et diagnostic

Contexte régional sur les dépenses de transports

Evolution des dépenses remboursées à fin décembre 2010- Cadre ONDAM				
Soins de ville	Région		France (milliers d'euros)	
Frais de transport	à fin décembre 2010	Evolution	à fin décembre 2010	Evolution
	86 482 720	5,20%	3 204 446	6,00%

En Champagne Ardenne, les établissements de santé sont responsables des 2/3 des prescriptions de transports. Même si le taux d'évolution des dépenses de transports est inférieur au taux observé nationalement, l'enjeu financier reste fort pour la dépense publique.

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

Au regard du taux d'évolution fixé annuellement par arrêté, il convient de s'attacher aux dépenses de transports des établissements gros prescripteurs de la région.

Méthodologie retenue en région :

- Cibler les établissements gros prescripteurs de transports en partenariat avec l'Assurance Maladie
- Informer les établissements de santé ciblés et entamer le processus de contractualisation
- Contractualiser avec les établissements ciblés
- Assurer en partenariat avec l'assurance maladie, le suivi des contrats signés

Etablissements de santé retenus pour une proposition de contrat	Montant des dépenses de transports remboursés en 2010 (€)	Taux d'évolution des dépenses sur 2010/2009
CH de Châlons en Champagne	758 993	+16,4%
CLCC Jean Godinot	5 212 807	+10,0%
CHU de Reims	16 779 062	+5,6%
CH de Saint Dizier	344 656	+18,0%
CH de Chaumont	1 062 674	+17,6%
CH de Troyes	4 180 293	+6,4%

1.3 - Calendrier et suivi de l'avancement des actions

Objectif : contractualisation ARS avec les hôpitaux et expérimentation de plate-forme de transports sanitaires.

Indicateur de résultat : taux d'évolution des dépenses prescrites à l'hôpital. Ce taux est fixé à 2.9% en 2011 pour la région.

Indicateur de suivi de l'action : nombre d'établissements ciblés ayant signé un contrat avec l'ARS / le nombre d'établissements ciblés.

Actions	Objectifs opérationnels	Détail des actions	Intervenant ARS	Intervenant AM	Calendrier
Action 1 : contractualisation	Cibler les établissements	Ciblage sur la base des données assurance maladie	x	x	31/03/2011
	Informer	Réunion d'information préalable sur les actions de gestion du risque - Réunion d'information des fédérations hospitalières	x	x	31/03/2011
	Contractualiser	Rencontre des établissements de santé pour une analyse des dépenses – Dénonciation des contrats AIL - Démarrage de la procédure de contractualisation	x	x	Mai – juin 2011

	Accompagner	Proposition de plan d'accompagnement des établissements ciblés		x	31/12/2011
	Evaluer	Suivi de l'évolution des dépenses de transports prescrits par les établissements ciblés en 2011	x	x	31/12/2011
Action 2 : Développement de nouvelles modalités d'organisation des transports par la mise en œuvre d'expérimentations : recensement des établissements susceptibles de s'inscrire dans cette démarche	Retenir les établissements à accompagner	Identification des établissements volontaires pour participer à l'expérimentation	x		30/06/2011
	Lancer la démarche avec l'ANAP	Lancement de l'action le 9 novembre à l'ANAP	x	x	30/07/2011
	Suivre et accompagner les projets	Accompagnement à définir en partenariat avec l'ANAP en fonction des spécificités des établissements	x		31/12/2012
	Evaluer les projets	Méthodologie à définir avec l'ANAP	x		31/12/2012

2 - Le programme Prise en charge IRC

Le programme vise à améliorer les pratiques en matière de prévention et de prise en charge de l'IRCT via (1) la diffusion des recommandations nationales existantes, (2) l'amélioration des organisations de prise en charge (notamment freins organisationnels au développement de la dialyse hors centre, particulièrement DP) et (3) le développement de la greffe rénale.

2.1 - Rappel des objectifs du programme[8]

L'IRC est une maladie progressive et longtemps silencieuse dont l'évolution peut-être freinée, voire stoppée, par un traitement médical. 1,8 à 3 millions de personnes en France ont une IRC non terminale* et 68 000 une IRC terminale (dont 55% traités en dialyse et 45% ayant un greffon rénal). L'hypertension artérielle et le diabète sont les principales causes d'insuffisance rénale terminale, responsables à eux seuls de 47% des nouveaux cas. Les experts estiment que 10% des IRC terminales pourraient être évitées et que 30% d'entres-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.

Parmi les types de stratégies de traitement existantes, la dialyse péritonéale (DP) est sous-utilisée en France : 7,2% des dialysés (rapport REIN 2008) contre 15% pour les autres pays de l'OCDE, avec une variation très importante d'une région à l'autre (2 à 19% selon le rapport REIN 2008; 3 à 25% selon les données CNAMTS 2007), sans justification médicale évidente. Le bénéfice individuel attendu (survie, qualité de vie, insertion sociale) est le premier critère de décision. A bénéfice individuel attendu identique, le moindre coût doit être recherché. L'hémodialyse (HD) en unité de dialyse médicalisée (UDM) doit continuer à se développer. La similarité des profils des malades (âge, comorbidités) en DP assistée et en HD en centre laisse penser qu'un nombre non négligeable de malades débutant par une HD en centre pourrait être redistribués vers la DP assistée. Le

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

développement de la DP A autonome et de l'autodialyse peut être envisagé dans les régions en pénurie d'organe.

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

Les objectifs du programme sont donc :

La priorité en matière de gestion du risque concernant l'IRCT en région vise à améliorer les pratiques en matière de prévention et de prise en charge de l'IRCT, via :

- La diffusion des recommandations médicale existantes, en l'attente des résultats de l'évaluation médico-économique en cours par la HAS
- L'analyse et la levée des freins organisationnels eu développement de la dialyse, notamment hors centre de dialyse péritonéale
- Le développement de la greffe rénale

2.2 - Etat des lieux régional et diagnostic

Voir état des lieux en annexe n°1

2.3 - Calendrier et suivi de l'avancement

Objectifs : Dépister plus précocement l'IRC, Développer la Dialyse péritonéale, Développer la Greffe

Indicateur de résultat : Part des patients traités par dialyse péritonéale sur le nombre de patients dialysés. L'objectif cible pour 2011 est de 13%.

Indicateur de suivi : nombre de patients pris en charge hors centre / nombre total de patients dialysés.

Actions	Objectifs opérationnels	Détail des actions	Intervenant ARS	Intervenant AM	Calendrier
Action 1 : Etablir une synthèse régionale sur la prise en charge de l'IRC en région	Créer un groupe régional sur l'IRC	Groupe de travail associant l'assurance maladie, les néphrologues de la région, le pilote du SROS IRC	x	x	15/07/2011
	Etablir un état des lieux partagé	Diagnostic partagé réalisé à partir des données REIN, enrichi des échanges avec les professionnels de santé	x	x	15/04/2011
Action 2 : Elaborer un plan d'action régional visant à favoriser la prise en charge la plus efficiente	Définir en groupe les actions à mettre en place	Réunion du groupe de travail le 20 septembre – Plan d'action en cours d'élaboration	x	x	30/09/2011
Action 3 : diffuser les référentiels de bonne pratique	Diffusion des recommandations HAS auprès des médecins généralistes et néphrologues	Visites DAM ou échanges confraternels.		x	2012

3 - Le programme Liste en sus

La régulation des dépenses de santé de la liste en sus a pour objectif de (1) favoriser un usage efficient des dispositifs concernés et (2) prévenir une croissance des dépenses supérieure à un taux national dans les établissements de santé et dont l'origine résiderait dans des pratiques de prescriptions non conformes aux référentiels et recommandations de la HAS, de l'Inca et de l'AFSSAPS (notamment les RBU).

3.1 - Rappel des objectifs du programme[9]

La maitrise des dépenses d'assurance maladie au titre des produits de santé –spécialités pharmaceutiques, produits et prestations - financés en sus des prestations d'hospitalisation, demeure une priorité ministérielle compte tenu des enjeux financiers associés. En effet, ces dépenses pour 2009 se sont élevées à plus de 4 Md€ (toutes catégories d'établissements confondues) dont environ 2,5Md€ pour les médicaments et 1,5Md€ pour les dispositifs médicaux implantables (DMI) soit une progression globale de +5,2% par rapport à 2008, les DMI ayant un taux de progression supérieur à celui des médicaments. En 2010, cette progression devrait certes mécaniquement s'avérer moindre, en moyenne, du fait de la réintégration de certains produits de santé dans les GHS (qui représente un peu plus de 5 % des dépenses de médicaments en sus) et de l'atténuation des effets de retard de transmission des fichiers de produits facturés en sus par les établissements. Néanmoins en terme économique, ces phénomènes n'ont pas le même effet atténuateur, puisque la réintégration dans les

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

GHS de certains produits a conduit à une augmentation des tarifs des GHS en contrepartie. Ainsi, il reste toujours essentiel d'agir sur la maîtrise des dépenses de produits de santé en sus et ce d'autant que de nombreux établissements connaissent encore une forte croissance de dépenses. En outre, le plan Cancer 2009-2013 prévoit (mesure 21) « de garantir un égal accès au traitement et aux innovations », ce qui implique une utilisation des molécules anticancéreuses conforme aux référentiels de bon usage (RBU). Pour l'application de cette mesure, l'Inca, dans son rapport relatif à la situation de la chimiothérapie des cancers en 2009 (annexe 4), propose des modalités de mise en œuvre du contrôle du respect des référentiels.

Un plan national a été mis en œuvre en 2009, comportant une forte dimension locale au travers de la conduite d'actions de contrôle des contrats de bon usage et de la régulation au titre de l'article L.162-22-7-2 du code de la sécurité sociale (art 47-I de la LFSS pour 2009). Au-delà de la récupération d'indus issue des contrôles, le cadre général est centré en 2010 sur la régulation au titre de l'article L.162-22-7-2 du code de la sécurité sociale.

La régulation est destinée à favoriser un usage efficient des dispositifs en sus et aussi à prévenir une croissance des dépenses supérieure à un taux national dans les établissements de santé et dont l'origine résiderait dans des pratiques de prescriptions non conformes aux référentiels et recommandations de la HAS, de l'Inca et de l'AFSSAPS (notamment les RBU).

Elle repose au premier chef sur un dialogue constructif entre l'ARS et l'établissement de santé en vue d'améliorer ses pratiques de prescriptions hospitalières, en favorisant le développement des processus pertinents internes à l'hôpital, l'outil de référence, à cet effet, étant le plan d'actions. La mise en œuvre de l'article L.162-22-7-2 s'effectue selon le schéma suivant :

Les objectifs du programme sont donc :

- Opérer un suivi préventif, destiné à identifier en amont les établissements gros prescripteurs et analyser, en lien avec l'établissement, l'origine de cette croissance (lors de la phase 1 « Ciblage des établissements »)
- Identifier les causes des progressions constatées (lors de la phase 2 « Détection des pratiques de prescription non conformes aux référentiels de bon usage (RBU) »)
- Réaliser un plan d'actions destiné à améliorer les pratiques de prescription (lors de la phase 3 « Conclusion d'un plan d'actions »)

3.2 - Etat des lieux régional et diagnostic

Analyse des données

- Données PMSI – évolution 2009-2010 des dépenses remboursées en sus des GHS, liées aux médicaments et dispositifs médicaux
  - Total dépenses en sus 2010 = 88 172 336 €
    - + 2,8 % par rapport à 2009
    - 28 établissements concernés par les dépenses remboursées en sus
    - 6 établissements ayant des dépenses > 100 000 € (hors ARPDD) ont un taux d'évolution 2009-2010 supérieur à 8 %, lié aux dépenses de médicaments de la liste en sus

ES	**2009 Mdts** dépensesT2A accordées (ES privés - déclaratif CBU 2010)	**2010 Mdts** dépensesT2A accordées (PMSI au 03/05/2011)	**Evolution Mdts 2009-2010**
CH Charleville	2 272 338 €	2 455 985 €	**+8,1%**
CH Châlons	895 761 €	995 184 €	**+11,1%**
Clin Priollet	1 867 450 €	2 081 477 €	**+11,5%**
CH St Dizier	698 992 €	865 003 €	**+23,8%**
CH Epernay	561 899 €	769 518 €	**+36,9%**
CH Sedan	322 949 €	365 061 €	**+13,0%**

Etablissements retenus pour la mise en œuvre des contrôles sur place

- Pour les 6 établissements ayant un taux d'évolution des dépenses de médicaments supérieur à 8 % ;
  - Analyse des dépenses des médicaments par molécules pour identifier les établissements concernés par les produits traceurs définis par la circulaire DSS//DGOS du 12 novembre 2010 relative à la mise en œuvre des dispositions relatives à la maîtrise des produits de santé des listes en sus
  - Les établissements pour lesquels l'évolution est liée à des traitements ponctuels et/ou hors produits traceurs ne sont pas retenus pour la mise en œuvre des contrôles (CH Charleville, CH Chalons, CH Sedan)

- Etablissements retenus pour les contrôles : Clinique Priollet, CH St Dizier, CH Epernay

3.3 - Calendrier et suivi des actions

Objectifs : Maîtriser les volumes de dépense de médicaments de la liste en sus

Indicateurs de résultat : Taux de contractualisation des établissements ciblés dont le dépassement s'avère injustifié après contrôles. Taux d'évolution des dépenses de la liste en sus pour les établissements ciblés

Indicateur de suivi : Nombre d'établissements ayant fait l'objet d'un contrôle / nombre d'établissements ciblés par l'ARS

Actions	Objectifs opérationnels	Détail des actions	Intervenant ARS	Intervenant AM	Calendrier
Accompagner les établissements ayant une évolution des dépenses des médicaments de la liste en sus supérieur au taux	Ciblage des établissements à contrôler	Ciblage proposé par l'OMEDIT de manière à retenir 10% des établissements représentant 20% des dépenses de la région	x	x	Décembre 2010
	Elaboration de la méthodologie de contrôle	Définition des paramètres de sélection des dossiers, désignation des médecins chargés du contrôle	x	x	1er trimestre 2011

fixé nationalement	Réalisation du contrôle sur site	A partir d'un échantillon de dossiers vérifier l'adéquation entre la pathologie et l'AMM des molécules prescrites au patient.		x	30/11/ 2011
	Proposition de plan d'action	Rédaction d'un plan d'actions adapté	x	x	31/12/2011
	Bilan de l'action	Suivi des établissements ayant conclu un plan d'actions – Bilan de l'action de contrôle	x	x	1er trimestre 2012

4 - Le programme Prescription hospitalières Médicamenteuses exécutées en ville

L'objectif du programme PHMEV est une l'amélioration de la régulation des dépenses de PHMEV en s'appuyant sur l'identification puis la contractualisation avec les établissements ciblés, caractérisés par un non-respect des bonnes pratiques et des évolutions importantes de leurs dépenses.

4.1 - Rappel des objectifs du programme[10]

Les dépenses de prescriptions hospitalières en ville du régime général représentent 7,9 Md€ en 2008 soit 19,6% de l'ensemble des prescriptions remboursées en ville. Entre 2007 et 2008 ces dépenses ont augmenté de +5,5%. Près de la moitié de la progression provient des dépenses de pharmacie. Structurellement les prescriptions hospitalières de médicaments ont une croissance plus dynamique que celle de la ville, car les classes de médicaments qui la composent sont associées à des pathologies lourdes (VIH, cancer, hépatite, Sclérose en plaque, etc.) dont les traitements sont coûteux et sujets à des innovations thérapeutiques importantes.

En 2009, les prescriptions de médicaments des médecins hospitaliers exécutées en ville représentent 28% du poste médicament sur l'enveloppe de soins de ville (22% délivrées en officine et 6% en rétrocession), avec une croissance supérieure à la moyenne (7% entre 2008 et 2009). A eux seuls ils représentent 68% de la croissance du poste.

Il s'agit des prescriptions effectuées par des médecins hospitaliers pour les malades non hospitalisés, bons de sortie d'hôpital, de consultations externes et des services d'urgence) délivrées soit par les pharmacies d'officine, soit par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé dans le cadre de la rétrocession.

Bien que plusieurs facteurs structurels (type de molécules prescrites, baisse de prix et inscription au répertoire des génériques concentrées sur des classes peu prescrites à l'hôpital, évolution des techniques de traitements entraînant une baisse des durées des séjours et augmentation des besoins de soins prescrits) expliquent cette évolution, elle doit néanmoins rester soutenable par la collectivité.

Les prescriptions hospitalières en ville, pour les établissements anciennement sous dotation globale, représentent 3,4 milliards d'euros de dépenses pour l'assurance maladie (tous régimes).

Près de 60 % des prescriptions hospitalières en ville (hors rétrocession) concernent des médicaments de spécialités, se répartissant principalement entre traitement du cancer, du VIH et des hépatites, EPO, traitement de la polyarthrite et immunosuppresseurs

Les médicaments de pathologies chroniques arrivent loin derrière avec 16 % des prescriptions ; parmi elles, les anti-agrégants plaquettaires (AAP) représentent 25 % de la dépense, les anti-hypertenseurs 19 %, les antidiabétiques, 17 % et les anti-asthmatiques 15 %. Enfin, 70 % des dépenses de médicaments de psychiatrie sont des anti-psychotiques.

[10] Instruction relative à la relative à la mise en œuvre des prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en Ville du 8 avril 2011.

Dans le total des prescriptions délivrées en officine, la part des hospitaliers est très variable selon les classes. Elle est naturellement plus importante pour les médicaments de spécialités, mais même au sein de cette dernière les disparités sont importantes. Ainsi, 76 % des médicaments du VIH et de l'hépatite sont prescris par des hospitaliers (sans compter la rétrocession), 82 % des immunosuppresseurs, 84 % des hormones de croissance et 70 % des EPO. En revanche, les prescriptions de médicaments anti-cancéreux délivrés en officines émanent des hôpitaux publics dans seulement 54 % des cas tout comme pour la polyarthrite rhumatoïde (52 %). Parmi les pathologies chroniques, les AAP sont prescrits dans 17 % des cas par des hospitaliers alors que c'est le cas pour seulement 5 % des anti-hypertenseurs.

La disparité des données de remboursement d'une classe de médicament (ou de produit LPP) peut être un bon indicateur de la pertinence de choix du thème d'accompagnement dans les régions à forte consommation.

Le programme, portant sur les prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville (PHMEV), vise à réguler l'évolution des dépenses de ces prescriptions, qui représentent un enjeu financier de 6 Md€, avec une progression rapide puisque les 2/3 de la croissance de toutes les dépenses médicamenteuses de ville sont liés à ces prescriptions.

Pour parvenir à l'objectif de 60 millions d'euros d'économie sur ce poste dès 2011, quatre actions ont été retenues :

- Fixer un taux national d'évolution des dépenses de PHMEV
- Développer l'accompagnement et la contractualisation avec les établissements dont le taux d'évolution des dépenses PHMEV est supérieur au taux national
- Permettre l'identification des prescripteurs hospitaliers et adapter l'accompagnement et la contractualisation à ces nouvelles données
- Favoriser la diffusion des logiciels d'aide à la prescription médicamenteuse (LAP)

Le thème du médicament générique est décliné à travers ces actions.

4.2 - Etat des lieux régional et diagnostic

Le pré ciblage des établissements a été effectué et validé en commission de gestion du risque. Le critère retenu est basé sur un taux d'évolution supérieur à 6% (fixé par arrêté).

Etablissements de santé retenus pour une proposition de contrat	Montant des dépenses de pharmacie de ville remboursées mai 2010/avril 2011(en euros)	Taux d'évolution des dépenses sur mai 2010-avril 2011 / mai 2009-avril 2010
CH de Sedan	1 160 526	+14,4%
CH d'Epernay	1 224 950	+11,7%
CHU de Reims	29 799 531	+7,8%
CH de Troyes	10 955 209	+6,6%
CH de Chaumont	1 683 184	+9,5%

L'ARS et l'Assurance maladie ont convenu de la nécessité d'engager dans un premier temps le processus d'accompagnement des établissements ciblés. A partir de l'analyse des classes thérapeutiques des médicaments prescrits sur l'enveloppe de ville et des marges de manœuvre identifiées dans chaque établissement, un plan d'accompagnement personnalisé est à décliner localement.

4.3 - Calendrier et suivi de l'avancement

Objectif : Maitriser les volumes de prescriptions de médicaments sur l'enveloppe de ville

Indicateur de résultat : Taux d'évolution des dépenses de médicaments sur l'enveloppe de ville. Ce taux est fixé à 5.1% pour la région en 2011.

Indicateur de suivi : nombre d'établissements ciblés ayant signé un contrat avec l'ARS / nombre d'établissements ciblés par l'ARS

Action	Objectifs opérationnels	Détail des actions	Intervenant ARS	Intervenant AM	Calendrier
Contractualisation	Cibler les établissements	Ciblage sur la base des données assurance maladie	x	x	31/03/2011
	Informer	Réunion d'information préalable sur les actions de gestion du risque - Réunion d'information des fédérations hospitalières	x	x	31/03/2011
	Contractualiser	Rencontre des établissements de santé pour une analyse des dépenses – Dénonciation des contrats AIL - Démarrage de la procédure de contractualisation	x	x	A partir du 12 octobre 2011
	Accompagner	Proposition de plan d'accompagnement des établissements ciblés		x	30/11/2011
	Evaluer	Suivi de l'évolution des dépenses de médicaments prescrits par les établissements ciblés en 2011	x	x	31/12/2012

5 - Le programme Imagerie médicale

5.1 - Rappel des objectifs du programme [11]

Le développement d'une imagerie médicale efficiente constitue une priorité nationale partagée par l'Assurance maladie et le Ministère de l 'emploi, du travail et de la sante et l 'un des programmes prioritaires de la gestion du risque (GDR) pour les années 2010-2013.

L'efficience de l'offre en imagerie médicale implique, pour un coût soutenable, a la fois la pertinence de l'indication, l'efficacité de l'organisation de l'offre (choix et répartition des équipements, organisation des équipes...), l'accessibilité et la qualité/sécurité de l'examen.

L'imagerie médicale présente des enjeux majeurs compte tenu de sa place prépondérante et croissante dans la stratégie thérapeutique (diagnostic, adaptation des traitements et actes interventionnels), des progrès technologiques et des couts correspondants aux examens.

Axe 1 : favoriser un égal accès aux équipements lourds de la population par le développement soutenable de l'offre en équipements lourds.

[11] Instruction relative à la relative à la priorité de gestion du risque en Imagerie médicale du 27/04/2010

Compte tenu des objectifs du plan Cancer en matière de taux d'équipement en appareils IRM, des disparités observées sur le territoire en matière de délai d'accès aux soins, de l'augmentation des indications observées sur ces modalités d'imagerie et des objectifs en matière de radioprotection, un développement de l'offre du parc des appareils IRM est attendu dans les prochaines années. Aussi, afin de concilier amélioration de l'offre en équipements IRM et objectif de maîtrise de l'ONDAM, les ARS devront définir dans les prochaines semaines les objectifs en termes de potentialités de diversification du parc.

En effet, le développement soutenable de l'offre en équipements IRM passe notamment par la réalisation d'une fraction des actes de remnographie sur des appareils plus efficients pour ces indications. Les IRM plus efficientes sont des IRM, qui pour des topographies d'examens données (ostéoarticulaire et rachis), permettent de réduire sensiblement le coût de production de l'acte comparativement à une IRM polyvalente. En conséquence, la gestion du parc devra tenir compte de ces possibilités de diversification par la mobilisation de deux leviers :

- les nouvelles autorisations afin de répondre aux besoins d'installation de capacités supplémentaires
- la substitution d'appareils plus efficients pour les indications ostéoarticulaire et rachis aux appareils polyvalents lors du renouvellement des appareils, en fonction des potentialités exprimées par la typologie des actes réalisés dans la région

Axe 2 : éviter la réalisation d'actes d'imagerie conventionnelle non indiqués ou redondants par la mise en œuvre d'un plan d'accompagnement des médecins généralistes prescripteurs et des radiologues en secteur libéral d'une part, et des établissements de santé publics et assimilés (PSPH dont CLCC) d'autre part, sur les actes d'imagerie conventionnelle portant sur le crâne et/ou le massif facial quel que soit le nombre d'incidences, le thorax et l'abdomen sans préparation.

Ce plan d'accompagnement consiste à :

- déployer les recommandations de bon usage de l'imagerie standard sur les 3 topographies,
- informer les prescripteurs et les radiologues sur l'évolution des conditions de prises en charge des actes à la classification commune des actes médicaux (CCAM) ;

Les actions d'accompagnement auprès des médecins généralistes prescripteurs et des radiologues en secteur libéral seront conduites par l'Assurance Maladie. Les actions auprès des établissements de santé publics ciblés (annexe 2) seront effectuées en concertation entre l'Agence Régionale de Santé et l'Assurance Maladie.

5.2 - Etat des lieux régional et diagnostic

Voir état des lieux en annexe n° 3 : Les Equipements lourds en région Champagne-Ardenne

5.3 - Calendrier et suivi de l'avancement

Objectifs : Réguler les dépenses d'imagerie conventionnelle, favoriser le développement soutenable des équipements lourds.

Indicateur de résultats : taux de réalisation de la baisse des actes de radiologie conventionnelle sur les 3 topographies

Indicateur de suivi : Remontée au 1er septembre les nouveaux objectifs en terme diversification du parc d'IRM

Actions	Objectifs opérationnels	Détail des actions	Intervenant ARS	Intervenant AM	Calendrier
Action 1 : favoriser un égal accès aux équipements lourds de la population par un développement soutenable de l'offre en équipement lourd	Evaluer les objectifs de diversification du parc d'IRM	Dans le cadre des travaux du SROS et en concertation avec les experts régionaux, évaluation du potentiel de diversification du parc d'IRM	x		1/09/2011
Action 2 : éviter la réalisation d'actes d'imagerie conventionnelle non indiqués ou redondants	Déployer les recommandations de bon usages de l'imagerie standard sur les 3 topographies (crâne, thorax, abdomen)	Accompagner les professionnels de santé libéraux Accompagner les établissements de santé ciblés	x	x x	31/12/2011

6 - Le programme Chirurgie ambulatoire

Le programme Chirurgie ambulatoire a pour objectif de renforcer le développement de la chirurgie ambulatoire dans son ensemble en tant que chirurgie « qualifiée et substitutive » à la chirurgie en hospitalisation à temps complet.

6.1 - Rappel des objectifs du programme[12]

La chirurgie ambulatoire, hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit, est une priorité nationale et constitue un levier majeur d'amélioration et de structuration de l'offre de soins. Elle s'inscrit dans les enjeux organisationnels des SROS-PRS (2011-2016) en tant qu' alternative à l'hospitalisation complète.
Pratique centrée sur le patient, la chirurgie ambulatoire représente un véritable saut qualitatif de la prise en charge. Son bénéfice n'est plus à démontrer : d'abord pour le patient, mais aussi en termes de qualité des soins, d'efficience de l'organisation et des ressources des plateaux techniques de chirurgie, ainsi que satisfaction des personnels.

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

Les objectifs du programme au niveau régional sont donc :

- Développer la chirurgie ambulatoire dans son ensemble, y compris en poursuivant et amplifiant les démarches d'ores et déjà engagées de mise sous accord préalable des établissements pour certains actes ;

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

- Structurer une offre de chirurgie ambulatoire cohérente au niveau des territoires de santé, en anticipant les réorganisations de l'offre globale de l'offre de soins de chirurgie qui en découlent;
- Développer la qualité et l'efficience des soins de chirurgie ambulatoire, en passant notamment par une liaison renforcée des établissements de santé tant avec les médecins traitants que les structures d'aval.

Cette démarche sera appuyée au niveau national par :

- La poursuite et l'intensification des mesures d'incitations tarifaires au développement de la chirurgie ambulatoire ;
- Une réflexion sur le développement des centres de chirurgie ambulatoire « exclusive ».

Ces objectifs s'inscrivent dans le cadre d'un programme pluriannuel en cours d'élaboration, piloté par la DGOS et associant la DSS, la CNAMTS, l'ANAP, la HAS, 5 ARS, l'AFCA et les sociétés savantes.

6.2 - Etat des lieux régional et diagnostic

Voir synthèse en annexe n° 2

6.3 - Calendrier et suivi de l'avancement

Objectifs : développer la chirurgie ambulatoire sur les 17 gestes marqueurs

Indicateur de résultats ARS : taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (17 gestes marqueurs). Le taux cible est fixé à 75% pour 2011.

Indicateur de suivi : taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (sur l'ensemble de la chirurgie)

Actions	Objectifs opérationnels	Détail des actions	Intervenant ARS	Intervenant AM	Calendrier
Développer la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé de la région	Poser le diagnostic régional sur la pratique de la chirurgie ambulatoire	Parallèlement aux travaux sur le SROS, réalisation d'un état des lieux régional sur la chirurgie ambulatoire	x		Avril 2011
	Etablir un plan d'actions régional	Groupe ARS / AM prévu le 7 octobre prochain	x	x	31/12/2011
	Poursuivre la MSAP en 2011	5 établissements sous MSAP	x	x	A partir du 1/04/2011

7 - Les 2 programmes EHPAD : Efficience et Prescription

7.1 - Rappel des objectifs des programmes [13]

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

Rappel du contexte :

En France, les personnes de 65 ans et plus représentent 16 % de la population française ce qui correspond à environ 40% de la consommation de médicaments en ville. On constate une polymédication fréquente chez le sujet âgé polypathologique, ce qui entraîne un risque accru de iatrogénie : la iatrogénie serait responsable de plus de 10% des hospitalisations chez les plus de 65 ans et de près de 20% chez les octogénaires.

Ce secteur a connu de fortes évolutions depuis dix ans (accroissement des places, médicalisations de celles-ci). L'assurance maladie consacre aujourd'hui près de 6 Mds d'euros au financement des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes et aura consacré à la fin de la deuxième vague de médicalisation, 1,3 Mds à renforcer les ressources des établissements afin de mieux prendre en compte l'évolution des besoins en soins de la population âgée (notamment les besoins en soins techniques liés à l'accroissement du caractère polypathologique du grand âge).

La gestion du risque en EHPAD est l'une des 10 priorités nationales : deux programmes sont déclinés en plan d'actions (1) **Efficience des EHPAD** et (2) **Qualité et efficience de la prescription dans les EHPAD.**

L'enjeu est aujourd'hui d'améliorer la coordination des professionnels de santé intervenants et l'organisation des établissements en vue d'une qualité de la prise en charge des résidents, de les doter d'outils de suivi de leurs dépenses et de leurs résidents, de poursuivre l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le forfait de soins et de diffuser les règles de bonnes pratiques en soins. Les objectifs poursuivis sont :

- Améliorer la coordination des professionnels de santé et la qualité de la prise en charge en EHPAD ;
- Elaborer et déployer des systèmes d'information pour permettre le suivi et l'analyse des dépenses de soins des EHPAD ;
- Inciter à une gestion et une organisation plus efficientes de l'EHPAD et évaluer la qualité de la prise en charge et des soins
- Renforcer et diffuser les bonnes pratiques professionnelles en EHPAD
- Inciter les EHPAD à contractualiser sur des objectifs d'amélioration de la prescription et de la coordination des soins
- Aider les EHPAD à élaborer une liste préférentielle de médicaments efficiente

Ces actions seront menées par l'ARS qui organisera notamment des réunions infra-régionales sur les bonnes pratiques professionnelles en soins avec les EHPAD et mettra en œuvre les outils de suivi des dépenses et de mesure de l'efficience dans ces établissements. Elle diffusera également aux EHPAD la méthodologie d'élaboration de la liste préférentielle de médicaments.

7.2 - Calendrier et suivi de l'avancement

Objectifs : favoriser l'efficience et la maîtrise de la prescription dans les EHPAD

Indicateur de résultats: % d'EHPAD ciblés ayant mis en œuvre un plan d'action à la suite de leur participation aux réunions d'information organisées par l'ARS. % de mise en œuvre par l'ARS, pour un échantillon d'EHPAD de trois ratios d'analyse des dépenses de soins.

Indicateur de suivi : montée en charge des contrats de coordination libérale

Actions	Objectifs opérationnels	Détail des actions	Intervenant ARS	Intervenant AM	Calendrier
Favoriser une organisation et une utilisation des ressources efficientes dans les EHPAD	Suivre le déploiement des contrats de coordination avec les PS	Information des EHPAD	x		Juin 2011
	Mettre en place un suivi et une analyse des dépenses en EHPAD	Méthodologie nationale en attente	x		3ème trimestre 2011
	Elaborer un outil permettant d'objectiver le calibrage du forfait global		x		2ème semestre 2011
	Déploiement de l'outil EHPAD V2 permettant la transmission et le traitement automatisé des listes de résidents et de la consommation de soins			x	4ème trimestre 2011
Maîtriser la dynamique des prescriptions en EHPAD	Renforcer et diffuser les bonnes pratiques professionnelles en EHPAD	Organisation de 4 réunions départementales sur des thématiques de santé publique (dénutrition, arrêt des benzodiazépines) Echanges confraternels sur les troubles du comportement (Alzheimer)	x	x x	1er trimestre 2011 31/12/2012
	Contractualiser avec les EHPAD sur les objectifs d'amélioration de la qualité et la coordination des soins	Diffusion d'un contrat type prévu par le national	x		2012
	Elaborer une liste préférentielle des médicaments concertée avec les médecins libéraux	Méthodologie nationale prévue fin 2011	x		2012

8 - Le programme SSR

8.1 - Rappel des objectifs du programme

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

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

Ce programme poursuit ainsi plusieurs objectifs :

- maîtriser l'évolution des dépenses dans le respect des taux d'évolution de l'ONDAM,
- adapter l'offre SSR aux besoins, dans le respect des référentiels HAS,
- préparer la réforme de financement (tarification à l'activité),
- mettre en œuvre la mise sous accord préalable prévue par la LFSS 2011.

Dans ce cadre, l'ARS déclinera notamment des indicateurs d'efficience des SSR, des indicateurs de suivi des dépenses, déploiera l'outil Trajectoire (outil d'aide à l' orientation en SSR), promouvra le recours à des conventions entre les SSR et le secteur médico-social. L'ARS et l'assurance maladie mettront en œuvre une procédure de mise sous accord préalable (MSAP) pour les prestations de SSR pour des suites de traitements chirurgicaux et orthopédiques pour lesquels la rééducation, si elle est indiquée, est réalisable en ville dans la mesure où il n'existe pas d'isolement social, de pathologies associées ou d'incompatibilité avec le maintien à domicile. Un accompagnement des établissements MCO et SSR sera réalisé par l'assurance maladie sur ce thème.

8.2 - Etat des lieux régional et diagnostic

Contexte régional

Rappel des principaux constats ayant fondé la révision du SROS :

- Ecart notable entre les capacités totales autorisées (1610 au 31/12/2008, sachant par ailleurs que certaines capacités ont disparu en 2009 faute de mise en œuvre des autorisations délivrées) et installées (1419 au 31/12/2007)
- En autorisé : 1,21 lits et places pour 1000 habitants fin 2008 (1,6 en moyenne en France métropolitaine).
- Territoires les moins bien dotés : Marne Moyenne (secteurs de Châlons en Champagne/Sainte Menehould- Vitry le François/Saint-Dizier) et le département de l'Aube
- Alternatives à l'hospitalisation complète insuffisamment développées
- Taux d'occupation bruts des lits de SSR inférieur à 70% dans 3 territoires de santé sur 5.

Donc sous-équipement de la région renforcé par une sous-utilisation des capacités déjà installées.

Par ailleurs :

- Relative effectivité dans la coordination des structures de SSR avec l'amont et l'aval, mais tout de même existence d'une marge de développement dans les procédures, pour renforcer ces liaisons
- Taux de fuite entre territoires et hors régions significatifs, voire très importants en fonction des territoires, des pathologies ou des publics (ex : 44% de fuite hors région pour la pédiatrie, les affections cardio-vasculaires et pneumologiques)
- Démographie médicale en MPR préoccupante, démographie paramédicale (notamment masseurs kinés) insuffisante

Action GDR :

- Mise sous MSAP de deux établissements de la région

8.3 - Calendrier et suivi de l'avancement

Objectif : maîtriser les dépenses de SSR en région.

Indicateur de résultats: taux d'établissements sous MSAP par rapport à la cible

Indicateur de suivi : en cours

Actions	Objectifs opérationnels	Détail des actions	Intervenant ARS	Intervenant AM	Etat d'avancement des travaux	Calendrier
Développer la MSAP SSR	Mettre sous MSAP deux établissements SSR en 2011	Ciblage de 2 établissements de santé – Démarrage de la procédure avant fin décembre	x	x	En cours	31/12/2011

Eu égard le contexte régional, seules les actions de mise sous accord préalable sont mises en œuvre à la rédaction du présent document. En effet, dans le cadre de la réforme des services et soins de suite, les autorisations ont été délivrées en septembre 2010 à la suite de la nouvelle réglementation encadrant cette activité issue des décrets n°2008-376 et 2008-377 du 17 avril 2008.

Les autorisations ont vocation, pour la Champagne Ardenne à permettre une adaptation de l'offre de soins régionale aux besoins de la population conformément au SROS de 3ème génération.

Or, les instructions nationales reçues en 2010 pour 2011 n'ont pas permis de développement de l'activité pour le moment. Cette activité devant rester au niveau constaté en 2009, ce qui a provoqué un retard dans la mise en œuvre effective des autorisations de SSR.

9 - Le programme PDS ambulatoire et urgences

L'objectif du programme est l'amélioration de la prise en charge des demandes de soins non programmées lors des horaires de PDSA.

9.1 - Rappel des objectifs du programme [14]

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) et le décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 ont modifié le cadre réglementaire de la permanence des soins ambulatoire (PDSA), afin d'apporter souplesse et cohérence à son organisation et son pilotage pour répondre à un double enjeu :

- améliorer la qualité de l'accès aux soins des personnes qui cherchent un médecin aux heures de fermeture des cabinets médicaux
- accroître l'efficience du dispositif global dans un contexte de maîtrise de l' ONDAM, via des dispositifs plus adaptés aux spécificités territoriales.

Pour mémoire, les principes du nouveau dispositif sont les suivants :

- Renforcement de la régulation médicale: orienter le patient vers le médecin, la structure, la prise en charge adaptée à sa demande
- Adaptation des modalités d'effection – notamment coordination avec le
- s établissements de santé en deuxième partie de nuit
- Modification des règles de rémunération de la PDSA
- L'ARS est compétente, dans le cadre d'une enveloppe fermée (comprenant les forfaits d'astreinte et de régulation)
- Le nombre d'actes et la part des actes régulés font partie des indicateurs de suivi
- La rémunération est différente selon les fonctions (effection – régulation) et modulée selon les sujétions.

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

Pour ce faire, le pilotage des nouveaux dispositifs locaux est confié aux ARS tant en termes d'organisation que de rémunération de la PDSA.

9.2 - Etat des lieux régional et diagnostic

Un Comité Technique Régional de la permanence des soins (CTR PDS) a été constitué pour réaliser cet état des lieux.

La composition du CTR PDS est la suivante :

- Des représentants des médecins libéraux :
  - des représentants de l'URPS médecins (un représentant au titre de la région et un représentant pour chacun des 4 départements)
  - des représentants de l'Ordre des médecins (un représentant du Conseil Régional de l'Ordre des médecins et un représentant de chacun des 4 Conseils Départementaux de l'Ordre des médecins)
- Des représentants des médecins hospitaliers :
  - un représentant de chacun des 4 SAMU
  - un représentant des structures des urgences par département
  - le coordonnateur régional du réseau des urgences de Champagne-Ardenne (Résurca)
- Des représentants institutionnels
  - Secrétariat Général pour les Affaires Régionales (SGAR)
  - Assurance Maladie

Afin de garantir une cohérence dans l'organisation des différents dispositifs de garde, ont été associés de façon occasionnelle :

- des représentants des pharmaciens
  - URPS représentant les pharmaciens d'officine
  - Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens

9.3 - Méthodologie d'élaboration du cahier des charges de la PDS

La sectorisation préexistante à la mise en œuvre du présent cahier des charges a été réétudiée sur la base des critères et seuils suivants, validés par le CTR PDS :

- Nombre de médecins participant à la PDS : 25 médecins minimum par secteur de PDS
- Démographie médicale : 55% de médecins de moins de 55 ans assurant des gardes par secteur de PDS

Des organisations cibles ont été définies, à court terme et à moyen terme, pour chaque département :

- L'organisation à court terme est l'organisation qui sera mise en place dès la publication de l'arrêté du directeur général de l'Agence Régionale de Santé fixant le présent cahier des charges de la permanence des soins ;

- L'organisation à moyen terme est l'organisation qui devra être mise en place dès que les réserves mentionnées dans le présent point auront été levées et dans un délai maximal de 5 ans suivant la publication de l'arrêté du directeur général de l'Agence Régionale de Santé fixant le cahier des charges de la permanence des soins

9.4 - Evaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS.

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

Indicateurs	Responsable	Fréquence
Démographie et participation des médecins généralistes à la PDS – Nombre de médecins généralistes participant à la permanence des soins par secteur de PDS – Nombre de médecins généralistes de moins de 55 ans participant à la PDS par secteur de PDS – Taux de participation des médecins généralistes à la permanence des soins	ARS	Annuelle
Activité durant les heures de PDS – Activité par secteur de PDS et par tranche horaire : o Nombre de consultations o Nombre de visites – **Part des actes régulés**	ARS	Annuelle
Activité des MMG* et des centres de consultations de SOS Médecins : Régulation de l'accès à la MMG / au centre de consultations : – Nombre d'appels reçus à la MMG / au centre de consultations par mois – Nombre total de personnes vues en consultation à la MMG / au centre de consultations : o Dont nombre de personnes venues à la MMG / au centre de consultation via la régulation de la PDS o Dont nombre de personnes venues à la MMG / au centre de consultation en accès direct (hors régulation préalable) o Dont nombre de personnes venues à la MMG / au centre de consultation après réorientation par une structures des urgences o Autres cas Réponse à la mission première de la MMG / du centre de consultations (consultations non programmées aux heures de fermeture des cabinets libéraux) : – Nombre de patients retournant à leur domicile après consultation – Nombre de patients réorientés vers une structure d'urgence – Nombre d'actes réalisés par le médecin	MMG Centres de consultations de SOS Médecins	Annuelle

*Circulaire N°DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B/2007/137 du 23 mars 2007 relative aux MMG et au dispositif de PDS en médecine ambulatoire

9.5 - Calendrier et suivi de l'avancement

L'arrêté de publication du cahier des charges régional est envisagé courant 2012.

Chapitre 3 - La déclinaison des programmes nationaux de gestion du risque de l'assurance maladie

Conformément au contrat d'objectifs Etat-UNCAM, ces actions comportent trois axes pour 2010/2011

1 - Les programmes de maîtrise médicalisée en ville

Ces programmes permettent de poursuivre et développer la maîtrise médicalisée. Ils reposent sur des actions d'information, de sensibilisation et de péd agogie auprès des médecins et su r la remi se d'outils, de mémo s et de recommandations, ainsi que de relev és de situati on des prescriptions du praticien.

L'information et la sensi bilisation menées auprè s des prescri pteurs sont prolongées par des actions d'accompagnement d'autres professionnels de santé et par une information délivrée aux assurés.

La Caisse et le Service Médical poursuivent leur travail de sensibilisation des prescripteurs en matière de médicaments. L'objectif consiste en un meilleur respect des recommandations scientifiques avec à la clé une diminution des traitements inutiles et l'o ptimisation du soin et de la dépense. A ce titre plusieurs actions récurrentes d'accompagnement des professionnels de santé sont reconduites :

- Antiagrégants plaquettaires : l'objectif est d'encourager l'utilisation de l'aspiri ne lorsque le choix thérapeutique est possible entre ce principe actif et le Cl opidogrel, dans le plus strict re spect des reco mmandations internationales. Ce choi x est applicable dans le traitement des artériopathies oblitérantes des membres inférieurs.
- Antibiotiques : l'objectif est de pro mouvoir les recommandations relatives à l'antibiothérapie par voie générale en pratique courante notamment dans les infections respiratoires en incitant les p rescripteurs à identifier les situations rel evant d'une antibiothérapie et la nature de l'antibiothérapie recommandée.
- Statines, inhibiteurs de la pompe à protons, antihypertenseurs : s'agissant de traitements prescrits à une population importante et pour de longues années pour certains traitements, il importe, tant pour les patients eux-mêmes que pour la collectivité, que les méd ecins traitants prenn ent en considération dans le ur choix le critère du coût des traitements qu'ils instaurent, dès lors bien sûr que l'efficacité et la sécurité en sont co mparables et que l'indicatio n et l'état de leurs patie nts le permettent.

Les autres a ctions concernent des postes de dépenses importants. Ces actions ont pour objet d'augmenter l'efficience des prescriptions. Il s'agit :

- des indemnités journalières : de n ombreuses actions sont m enées auprès des assurés (contrôles, communication), des professionnels de santé (place du repos dans la pri se en cha rge thérapeutique, outils d'aide sur de s durées de référence d'arrêts de travail par pathologies, contrôles) et entreprises pour améli orer la prescription d'arrêt de travail.
- des frais de transpo rts : l'objectif est d' informer et d e sensibiliser les a ssurés et les professionnels de santé au bon usage des transports : adapter le type de transport en fonction de l'état d'autonomie et de santé du patient et rappeler que la prescription de transport relève d'une décision médicale.
- de l'ordonnancier bi zone : l'objectif est de rappeler les règles de bon usage de l'ordonnancier bi zone.

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

En 2011, de nouvelles actions d'accompagnement concernent les antalgiques, les antidépresseurs, les antidiabétiques, l'érythropoïétine, l'anti-TNF Alpha, la radiologie, la liste des produits et prestations, la Pression Positive continue.

Certaines thématiques peuvent concerner les prescripteurs exerçant en établissements de santé.

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

Ils comprennent quatre volets :

- **Poursuite de la maîtrise médicalisée dans les établissements** : à l'hôpital, notamment en matière de prescriptions hospitalières exécutées en ville pour les produits de santé et les transports, et en EHPAD avec des visites d'établissements et la diffusion de recommandations de bonne pratique, en lien avec les actions GdR ARS développées sur ces thèmes.
- **Poursuite du programme de mise sous accord préalable (MSAP) en chirurgie ambulatoire et en hors ambulatoire**. Sont concernés les activités de chirurgie bariatrique et plastique, les hospitalisations de jour pour le diabète, les actes soumis à forfait sécurité environnement (SE) en consultation externe et les séjours hospitaliers classés en CM23 (lorsque les séjours sont classés dans cette catégorie on ne dispose pas d'information permettant d'identifier la pathologie).
- **Développement des MSAP pour les prestations d'hospitalisation en soins de suite ou de réadaptation (SSR) pour un patient justifiant de soins de masso-kinésithérapie ambulatoire**[15] . L'objectif de cette action est d'assurer l'harmonisation des pratiques médicales par le respect des recommandations médicales de la HAS et de diminuer des hospitalisations non justifiées, par une meilleure adéquation de l'état du patient à sa prise en charge. L'ARS notifiera la MSAP à l'établissement exécutant la prestation, après ciblage par l'assurance maladie.
- **Développement de la prévention, du dépistage et de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique**, en complément des actions menées par les ARS en vue de l'élaboration d'un état des lieux et d'une stratégie régionale en ce domaine.

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

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

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

[15] *cf. mesure prévue par la LFSS pour 2011*

- **Actions de prévention**

  - **Prévention bucco-dentaire**

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

  - **Dépistage organisé des cancers (sein, colorectal)**

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

  - **Vaccinations**

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

  - **Prise en charge et prévention de l'obésité**

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

- **Actions d'accompagnement des patients**

Les régimes d'assurance maladie poursuivent les programmes d'accompagnement ou d'éducation thérapeutique qu'ils ont initiés, notamment en matière de diabète.

Chapitre 4 - Les actions régionales complémentaires spécifiques

Présentation des objectifs des programmes spécifiques

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

« Les actions régionales complémentaires spécifiques qui composent la deuxième partie du PRGDR font l'objet, avant d' être arrêtées par le di recteur de l'ARS et à son initiative, de réunions de concertation au sein de la commission régionale de gestion du risque réunie en formation restreinte aux directeurs d'organismes ou de services, représentants, au niveau régi onal, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'UNCAM, et au rep résentant des organismes complémentaires d'assurance maladie désigné par l'UNOCAM. »[16]

Les actions spécifiques régionales doivent prendre en compte[17] les éléments suivants:

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

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

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

[17] Circulaire du 19 juillet 2010 relative aux priorités sur la gestion du risque en 2010

Annexes

Annexe 1 : Note de synthèse relative à l'état des lieux régional sur la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique en Champagne Ardenne

DOS/ VP/– avril 2011

L'insuffisance rénale chronique touche environ 2 millions de personnes en France. Cette pathologie est définie par une diminution permanente du débit de filtration glomérulaire. Lorsque l'insuffisance rénale chronique devient terminale, la prolongation de la vie n'est possible que grâce aux traitements de suppléance que sont l'épuration extra-rénale ou la transplantation rénale.

L'insuffisance rénale chronique terminale touche environ 62 739 personnes dont les deux tiers sont actuellement traités par dialyse et un tiers par greffe rénale.

En 2009, 8 560[18] nouveaux malades résidant dans 20 régions métropolitaines (soit 89% de la population française couverte) ont débuté un traitement de suppléance pour insuffisance rénale chronique, avec un âge médian de 70.2 ans. L'incidence brute globale de l'insuffisance rénale chronique dans ces 20 régions est de 150 par millions d'habitants. A l'initiation du traitement, plus d'un malade sur deux avait au moins une comorbidité cardio-vasculaire et 41% un diabète.

La diversité et l'évolutivité des situations cliniques rencontrées chez les patients nécessite de mieux adapter l'offre de soins aux besoins des malades. La filière de prise en charge devrait intégrer les différents types de dialyse et faciliter l'accès à la greffe rénale pour tous ceux qui peuvent en bénéficier.

L'état des lieux

1. Le bilan de l'offre de soins en 2009

=> Toutes les modalités de prise en charge sont présentent en région

=> Prépondérance de la prise en charge en Centre vis-à-vis de la prise en charge hors centre

=>Un déséquilibre entre territoires dans le développement de la DP

=> Dans la Marne, pour toutes les modalités de traitement, le nombre de patients dépassent la borne haute des OQOS excepté pour les unités d'auto dialyse.

2. Bilan de l'épidémiologie de l'IRCT et les caractéristiques régionales

La prévalence et l'incidence brute de l'IRC en Champagne Ardenne sont inférieures aux moyennes recueillies sur les 20 régions.

L'âge médian d'initiation du traitement est légèrement plus bas en Champagne Ardenne que dans l'ensemble des 20 régions.

60% des patients dialysés en Champagne Ardenne sont âgés de 65 ans plus, et 38% avaient plus de 75 ans. La prévalence de la dialyse par âge en Champagne Ardenne n'est pas atypique et correspond aux données observées dans les 20 régions avec 61% des malades en dialyse âgés de plus de 65 ans et 38% de plus de 75 ans.

La dialyse est le traitement privilégié pour les patients âgés de 75 ans et plus. 94.6% des patients de cette tranche d'âge sont dialysés.

[18] Données issues du rapport annuel 2009 du Registre REIN

L'incidence de la maladie augmente avec l'âge. En Champagne Ardenne, il apparaît que les patients incidents sont plus jeunes que dans les autres régions. En effet, pour les tranches âge : 18 à 64 ans et 65 à 74 ans, la part des patients incidents est plus élevée en Champagne Ardenne que les autres régions.

La greffe préemptive étant peu développée, les nouveaux patients atteints d'IRCT démarrent leur traitement par la dialyse et généralement par l'hémodialyse. L'accès à la greffe préemptive semble diminuer avec l'âge : 1 seul patient âgé de 65 à 74 ans a pu bénéficier de ce type de prise en charge en 2009, aucun au-delà de 75 ans.

3. Bilan de la prise en charge et de l'organisation des soins

Les recommandations de 2005 et 2007 préconisent, pour le suivi de la fonction rénale des patients diabétiques, la réalisation d'un dosage annuel de la créatinémie et de l'albuminurie. Le dosage de la créatininémie est réalisé chez 81% des champ-ardennais bénéficiant dans traitement médicamenteux pour le diabète. Par contre, la recherche de micro albuminurie et de protéinurie chez ces mêmes patients ne concernent que 30% d'entres-eux et est pratiquée de manière hétérogène dans la région.

Entre 2009 et 2003, il apparaît que la prise en charge en centre lourd est toujours en augmentation alors que 6.8% des patients de ces centres n'ont pas de comorbidité associée à leur insuffisance rénale chronique. D'autre part, la prise en charge par dialyse péritonéale est en baisse dans la région.

10.5% des nouveaux patients démarrent leur traitement d'épuration extra-rénale à domicile par la technique de la dialyse péritonéale. Les patients incidents sont orientés de manière privilégiée vers une prise en charge en hémodialyse en centre lourd.

D'après le rapport d'activité 2009 du REIN, la durée d'attente avant inscription sur la liste nationale d'attente d'une greffe rénale pour les patients de moins de 60 ans est de 22.9 mois en Champagne Ardenne. L'accès à la liste d'attente et sa cinétique varient fortement selon la région de traitement. Les régions de la façade atlantique ont une politique d'inscription rapide, avec une médiane d'accès à l'inscription inférieure à 10 mois pour les patients de moins de 60 ans.

Il apparaît que la majorité des patients pris en charge en centre lourd ou en UDM ou en dialyse ou en DP en 2008 ont poursuivis en 2009 leur traitement de dialyse selon les mêmes modalités de traitement. Les transferts de patients entre les différentes modalités de traitement de la dialyse sont plutôt rares mêmes très rares notamment pour la DP.

Parmi l'effectif des patients dialysés, les fuites constatées dans le traitement de la dialyse sont en direction de l'Ile de France (10 cas) et de la Lorraine (13 cas). Au niveau de la greffe, les fuites sont en direction de l'Ile de France (41 patients), de la Lorraine (34 patients) et de la Bourgogne (30 patients).

Les forces et faiblesses de la région

a) les forces

- une incidence et une prévalence de la maladie inférieure aux normes nationales
- plus de 80% des patients diabétiques ont bénéficié d'un suivi de la créatininémie néanmoins il reste une marge de progression ;
- toutes les modalités de traitement de la dialyse sont présentes sur les 2 territoires
- le développement de la pratique de la dialyse péritonéale dans la marne
- augmentation du nombre de patients inscrits sur la liste d'attente depuis 2009
- le dossier médical partagé du patient dialysé entre les centres lourds de Charleville, Reims et l'ARPDD (et à terme avec tous les centres lourds)

b) les faiblesses

- la prépondérance accrue de la prise en charge en centre lourd au détriment de modes de prise en charge en auto dialyse, en UDM ou à domicile ;
- un développement hétérogène de la pratique de la dialyse péritonéale notamment dans le territoire sud, où elle reste marginale ;
- la faiblesse de la réalisation de l'albuminurie chez les patients diabétiques ;
- une orientation peut-être tardive de s patients insuffisants rénaux vers le néphrologue;
- stabilité de l'activité de greffe rénale pratiquée en région par contre, la Champagne Ardenne reste attractive au niveau du suivi des patients greffés.

Les orientations

- développer la dialyse hors centre et notamment la dialyse péritonéale
- Développer la dialyse péritonéale dans les EHPAD.
- Réduire les disparités nord –sud au regard des différentes modalités de prise en charge
- accroître l'autonomie des patients actuellement pris en charge en centre lourd ou en UDM pour, quand cela est possible, les prendre en charge en unité d'auto-dialyse.
- Réduire le temps d'inscription sur la liste d'attente pour la greffe pour les patients dialysés qui le peuvent
- Développer la greffe préemptive.

Annexe n°2 : Note de synthèse relative à l'état des lieux régional la chirurgie ambulatoire en Champagne Ardenne

DOS/ VP/AG/ avril 2011

L'état des lieux

1. Le bilan de l'offre de soins en 2009

Titulaire des autorisations	Date des autorisations	Date d'effet des autorisations	OQOS 2010 inscrits au CPOM pour la chirurgie (HC et ambulatoire)	Nombre d'implantation réalisé depuis le SROS III
Territoire Nord				
CH de Charleville	24/02/2009	29/06/2010	7500	1
CH de Sedan	01/06/2006	01/06/2007	3050	1
Polyclinique du Parc	27/03/2008	13/07/2008	8000	1
Clinique du Docteur Lhoste	26/02/2008		1650	1
GHSA	30/06/2009		1500	1
CHU	26/05/2009		19100	1
CH Epernay	27/05/2008		2300	1
Clinique d'Epernay			4400	1
Polyclinique Courlancy	20/08/2007	01/09/2008	14900	1
Polyclinique St André/ les Bleuets	12/06/2007	17/06/2008 15/07/2008	19000	2
Institut Jean Godinot	01/08/2006	06/09/2007	1300	1
CH de Châlons	27/05/2008		3355	1
Polyclinique Priollet	27/03/2008	31/03/2009	4200	1
Territoire Sud				
CH de St Dizier	30/01/2007	30/05/2007	2700	1
CH de Troyes	01/06/2006		5500	1
Cliniques des Ursulines	27/03/2007	27/04/2008	6200	1
Polycliniques de Montier la Celle	25/06/2008		7000	1
Clinique de Champagne	25/06/2008		5100	1
Clinique du P ays de Seine	16/12/2009		2700	1
CMC Chaumont	17/12/2008		4100	1
Clinique de la Compassion	26/02/2008	11/02/2009	3200	

Taux de recours en chirurgie standardisé par sexe et âge, pour 1000 habitants de 2006 à 2009

	2006	2007	2008	2009
Champagne Ardenne	**84.4**	**82**	**82.9**	**82.6**
Territoire Nord	82.4	79.8	80	80
Territoire Sud	87.6	85.7	87.6	86.8
National	**79.4**	**78**	**78.5**	**79.6**

Taux de recours en chirurgie ambulatoire standardisé par sexe et âge, pour 1000 habitants de 2006 à 2009

	2006	2007	2008	2009
Champagne Ardenne	23.7	22.9	25.1	27.6
Territoire Nord	22.3	21.3	22.7	25.3
Territoire Sud	25.9	25.7	29	31.6
National	**25.9**	**25.2**	**26.4**	**28.8**

Le taux de recou rs en chirurgie de s champardenais reste supérieur au taux reco urs observé nationalement. En revanche, pour la pratique de la chirurgie ambulatoire, le taux de recours régional est inférieur au taux de recours national.

2 Activité de chirurgie ambulatoire

Taux de chirurgie ambulatoire global (GHM en C de 0 jour)

	2006	2007	2008	2009
Champagne Ardenne	**27.7%**	**27.6%**	**30%**	**33.4%**
Territoire Nord	26.3%	25.7%	27.3%	30.4%
Territoire Sud	30.6%	31.4%	35.2%	39.5%
National	**32.7%**	**32.3%**	**33.6%**	**36.2%**

- Le taux de pratique de la chirurgie ambulatoire en région est globalement inférieur de 3% par rapport aux chiffres nationaux ;
- Toujours une dichotomie Nord Sud probablement liée au taux de recours plus important dans le sud pour la chirurgie et également pour la chirurgie ambulatoire;
-

Taux de chirurgie ambulatoire (GHM en C de 0 jour) sur le total de la chirurgie (GHM en C) par type d'établissement de santé

	2006	2007	2008	2009
Territoire Nord	**26.3%**	**25.7%**	**27.3%**	**30.4%**
Ex DG	17.9%	18.3%	19.4%	20.35%
Ex OQN	32.13%	31.33%	33.44%	38%
Territoire Sud	**30.6%**	**31.4%**	**35.2%**	**39.5%**
Ex DG	16.46%	17.79%	19.92%	21.92%
Ex OQN	34.72%	35.5%	40%	44.89%

La pratique de la chirurgie et la pratique de la chirurgie ambulatoire se concentrent essentiellement dans les établissements privés des deux territoires de santé. Les établissements publics ont réalisés environ 20% de leur activité chirurgicale en ambulatoire en 2009 alors que la pratique de la chirurgie ambulatoire a atteint 40% de l'activité de chirurgie des cliniques privées pour cette même année.

Faits marquants, grandes tendances

Les Faits marquants :

- Une pratique ambulatoire davantage développée par les cliniques privées
- Potentiel de développement de la pratique ambulatoire sur la base des 17 gestes marqueurs, pour atteindre les taux nationaux sur des gestes ayant un effectif de séjours supérieur à 1000 par an. Néanmoins, il est important de veiller en région, au développement de la chirurgie ambulatoire pour l'ensemble des gestes chirurgicaux pratiqués par les établissements de santé.

Les grandes tendances :

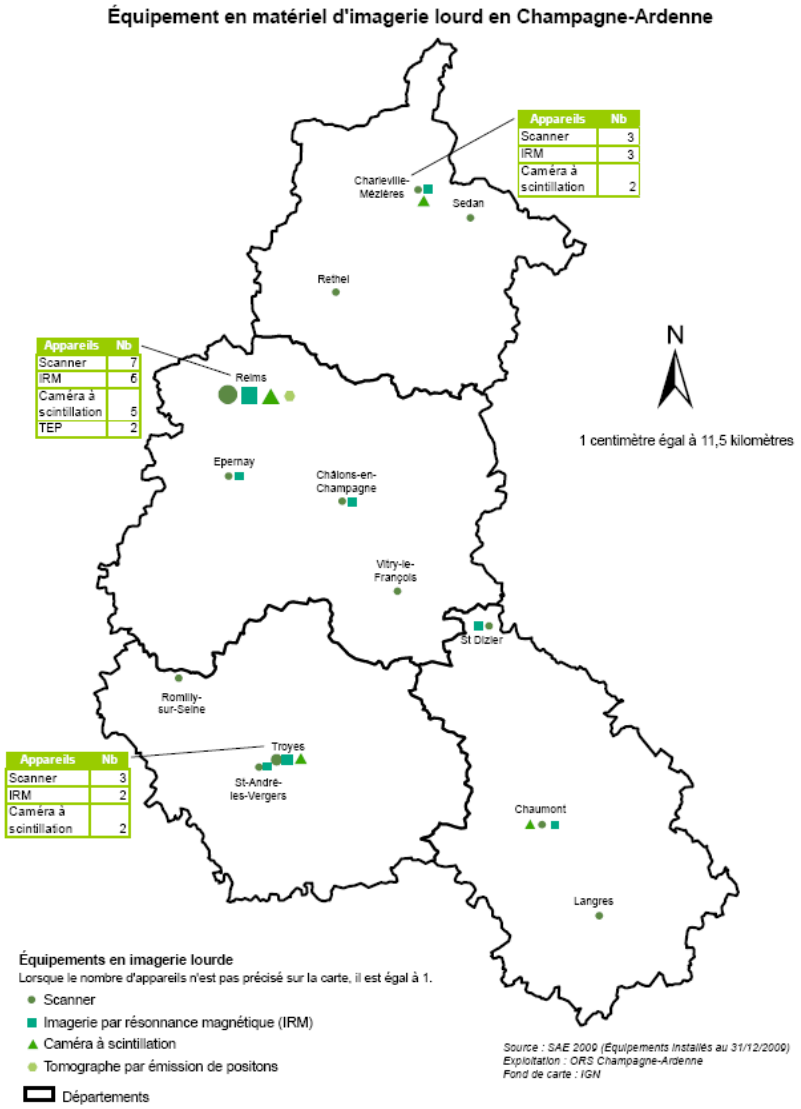
- Accentuer le développement de la chirurgie ambulatoire sur le territoire Nord dans les établissements publics et privés en fonction de la logique de gradation des soins et de mobilisation des plateaux techniques du territoire
- Poursuivre les actions mise sous accord préalable de la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé pour lesquels un potentiel de développement a été identifié
- Objectiver à travers les CPOM des établissements, le développement de la chirurgie ambulatoire dans chaque territoire.

Annexe n°3 : Les Equipements lourds en région Champagne-Ardenne

La région dispose d'un parc autorisé de 17 IRM, pour 15 appareils installés à ce jour, ce qui représente un taux d'équipement de 10,4 appareils par million d'habitants (moyenne France : 8,7). Par ailleurs, 24 autorisations de scanner sont délivrées pour 23 appareils installés.

Ce taux d'équipement IRM, qui peut paraitre élevé, s'explique par l'étendue géographique de la région et la coexistence d'une zone urbaine à forte densité (Reims) avec des zones rurales entourant de petites et moyennes agglomérations, ce qui implique un maillage complexe afin de garantir une accessibilité raisonnable à l'ensemble de la population. Il est par ailleurs utile de rappeler que le taux d'équipement moyen en Europe est de 15,8 appareils / million d'habitants.

Les appareils sont par ailleurs systématiquement positionnés sur le site d'un établissement de santé public ou privé.



Utilisation des IRM : efficience des organisations

Le Benchmarking réalisé par l'ANAP en 2010 nous donne des indicateurs pertinents du niveau d'utilisation des appareils installés :

- Taux d'occupation moyen des IRM sur les plages programmées : 81% (moyenne France : 77%).
- Plages d'ouverture au programmé : 54 heures / semaine (moyenne France : 55 heures / semaine).
- « Productivité » des salles (nombre d'ICR produits par heure d'ouverture à la programmation) : 180 ICR / heure (moyenne France : 160 ICR / heure).
- Délais de RDV moyens constatés, selon les indications ciblées : 12 jours (moyenne France : 19 jours). 36% des structures au dessus de 20 jours (maximum 23 jours), 45% en dessous de 10 jours.

Ces chiffres montrent une utilisation des appareils plutôt efficiente, même si l'on constate des disparités régionales entre les grandes agglomérations et les plus petites d'une part, et entre les appareils privés et publiques d'autre part.

L'étude ISA 2010 positionne par ailleurs les régions entre elles en ce qui concerne le délai de rendez-vous moyen constaté pour le cancer, qui est de 32 jours en 2010 pour la région Champagne-Ardenne, en légère baisse par rapport à 2009 (moyenne France : 34 jours).

Substitution scanner / IRM :

L'étude de 2008 sur le fonctionnement des scanners a montré qu'en moyenne un examen de tomodensitométrie sur deux était substituable par un examen de remnographie, au vu des indications du Guide de Bon Usage des Examens d'Imagerie. Il est à noter que ce guide a encore évolué vers plus d'indications préférentielles d'IRM depuis 2008.

Perspectives identifiées dans le cadre du SROS imagerie

Le maillage actuel du territoire semble pertinent, les nouveaux appareils seront donc positionnés sur les mêmes entités géographiques.

L'augmentation du nombre d'IRM est justifiée par :

- Les délais de rendez-vous constatés actuellement
- Le transfert prévisible et souhaitable d'une partie de l'activité des scanners vers les IRM du fait des évolutions des indications d'examens et des mesures de radioprotection
- L'augmentation prévisible de l'activité d'imagerie diagnostique en général, conséquence du vieillissement de la population et de l'augmentation de l'incidence des pathologies cancéreuses notamment
- La nécessité de prendre en charge de façon optimale les pathologies cardio-neuro-vasculaires dont les AVC

Le SROS-PRS augmente donc le nombre d'autorisations d'IRM de 5 appareils, pour passer à 22.

Les implantations d'appareils supplémentaires dédiés aux examens ostéo-articulaires et/ou du rachis – par ailleurs dénommés « plus efficients pour l'ostéo-articulaire et le rachis » - seront privilégiées, sur des sites disposant déjà d'une activité importante de remnographie et de tomodensitométrie. Chaque nouvelle autorisation sera étudiée à minima au regard des critères suivants :

- Equipes médicales et paramédicales radiologiques suffisantes (médecins radiologues et manipulateurs)
- Cohérence avec l'activité médicale autour de l'appareil et son évolution (notamment pour l'ostéo-articulaire, le cancer)
- Démonstration que le ou les appareils existants sont « saturés » et bien exploités : taux d'occupation supérieur à 80%, plages d'ouverture programmée supérieure à 55 heures par semaine
- Nombre de passages machine (plus de 4500 passages pas an)
- Volume d'activité de scanner sur le « plateau technique » transférable à terme vers l'IRM, et nombre de scanner ainsi que leur durée de vie restante (pour favoriser le remplacement de scanner par des IRM)

D'autre part, les demandes d'autorisation seront examinées selon les critères de priorisation suivants (sans ordre hiérarchique) :

- Installation d'un IRM « dédié aux examens ostéo-articulaires et du rachis » sur des sites à forte activité d'imagerie et de MCO
- Installation d'appareils dédiés à une spécialité : forte activité en cancérologie, urgences, …
- Installation d'appareils dédiés à la prise en charge de certaines populations (enfants, femmes enceintes, personnes de forte corpulence, personnes handicapées et/ou appareillées, personnes souffrant de phobies,…)

GLOSSAIRE

AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AIL	Action d'Initiative Local
AFCA	Association Française de Chirurgie Ambulatoire
ALD	Affection de Longue Durée
AM	Assurance Maladie
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ARPDD	Association Régionale de Promotion de la Dialyse à Domicile
ARS	Agence Régionale de Santé
CBU	Contrat de Bon Usage
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CTR PDS	Comité Technique Régional Permanence des Soins
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSOS	Commission Spécialisée Offre de Soins
CSP	Code de la Santé Publique
DGARS	Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DMI	Dispositifs Médicaux Implantables
DP	Dialyse Péritonéale
DSS	Direction de la Sécurité Sociale
EHPAD	Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes
ES	Etablissement de Santé
GDR	Gestion Du Risque
GHM	Groupe Homogène de Malades
GHS	Groupe Homogène de Séjours
HAS	Haute Autorité de Santé
HD	HémoDialyse
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoire
Inca	Institut National du Cancer
IRCT	Insuffisance Rénale Chronique Terminale
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
LAP	Logiciel d'Aide à la Prescription
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LPP	Liste des Produits et Prestations
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MEAH	Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier
MMG	Maison Médicale de Garde
MRP	Médecine Physique et de Réadaptation
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MSAP	Mise Sous Accord Préalable
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
ODMCO	Objectif de Dépenses Médecine Chirurgie et Obstétrique
OMEDIT	Observatoire des Médi caments, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovatio n Thérapeutique
ONDAM	Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie
PDSA	Permanence des Soins Ambulatoire
PHMEV	Programme de Prescription Hospitalière Médicamenteuses exécutées en Ville
PMSI	Programme de Médicalisation des Système d'Information
PRGDR	Programme Pluriannuel Régional de Gestion du Risque
PRS	Plan Régional de Santé
PS	Professionnel de Santé

RBU	Référentiel de Bon Usage
REIN	Réseau Epidémiologie Information Néphrologie
RSI	Régime social des Indépendants
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SI	Service Informatique
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
UDM	Unité de dialyse médicalisée
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
UNOCAM	Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
VSL	Véhicule Sanitaire Léger
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé