

PPRGDR



PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ

Midi-Pyrénées

Programme pluriannuel régional de gestion du risque

2010 / 2013



www.sante.midi-pyrenees.fr





Contexte

p. 76

Partie

1 Le programme pluriannuel régional de gestion du risque, élément de réponse aux problématiques et priorités identifiées par le plan stratégique régional de santé

p. 78

- 1.1 Un programme contractualisé au service d'une politique de santé et de l'autonomie commune à l'ARS et à l'Assurance maladie
- 1.2 Le programme pluriannuel régional de gestion du risque s'appuie sur les éléments de contexte régional
- 1.3 Le programme pluriannuel régional de gestion du risque apporte des réponses concrètes sur plusieurs thématiques stratégiques

Partie

2 La déclinaison régionale des plans d'actions nationaux de gestion du risque

p. 82

- 2.1 Les dix programmes nationaux de gestion du risque portés par l'Agence régionale de santé
- 2.2 Les actions nationales de GDR de l'Assurance maladie
- 2.3 Les actions régionales complémentaires, pour répondre très concrètement aux besoins de santé de la région



Définition de la gestion du risque et cadre du programme pluriannuel régional

La gestion du risque est aujourd'hui devenue une volonté partagée par plusieurs acteurs du système de santé : l'Etat, l'Assurance maladie obligatoire et l'Assurance maladie complémentaire.

Le principe de la maîtrise médicalisée institué par la convention de 1993 a été la première traduction concrète de l'idée selon laquelle on peut à la fois gagner en qualité et éviter des dépenses inutiles.

Auparavant cette notion reposait sur une conception assurantielle, le risque étant défini comme la probabilité d'un certain effet, d'une certaine gravité, suite à une exposition à un danger.

La « gestion du risque » n'est apparue dans le Code de la sécurité sociale qu'en 1996 pour désigner les plans d'actions établis par les caisses d'Assurance maladie. Une première forme a concerné le contrôle individuel des prestations : contrôle de la facturation, pour vérifier la conformité à la législation, mais aussi contrôle de la justification médicale des prestations puis l'analyse de la conformité des pratiques médicales au regard des recommandations de bonnes pratiques diffusées par les agences sanitaires.

Dans son rapport de juillet 2008, le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie a défini la gestion du risque comme un ensemble d'actions visant à :

- Connaître le risque (comportements, déterminants, facteurs de coûts) ;
- Prévenir les sinistres ;
- Limiter l'aggravation des sinistres et réduire les coûts de leur réparation ;
- Fournir des services à l'assuré ou au fournisseur de prestations.

Désormais, la gestion du risque se traduit concrètement par :

- **Une démarche de maîtrise médicalisée des dépenses afin de concilier qualité, sécurité des soins et respect des contraintes financières ;**
- **Des programmes de contrôle des fautes, fraudes et abus ;**
- **Des domaines de compétences partagés entre l'Assurance maladie et l'Agence régionale de santé : prévention et information des assurés, promotion des bonnes pratiques.**

Elle prend en compte des facteurs multiples (état de santé de la population, état de l'offre en termes quantitatifs et qualitatifs), des priorités de l'action publique (sécurité des soins et prévention des risques sanitaires, droits des malades), et impulse une démarche de prévention et d'accompagnement des acteurs de la santé.

La gestion du risque est un élément important du Projet régional de santé piloté par les Agences régionales de santé (ARS), dotées d'une compétence globale sur l'ensemble du champ de la santé.

Dans chaque région, le Directeur général de l'ARS est responsable de la politique de santé publique dans les domaines de la prévention, des soins ambulatoires et hospitaliers, de la prise en charge médico-sociale. L'ARS mobilise des partenariats avec divers organismes et institutions, au service de la mise en oeuvre du Projet régional de santé. L'Agence régionale de santé et les organismes d'Assurance maladie s'engagent ainsi dans une coopération étroite :

- Pour la mise en oeuvre des actions, qui découlent des programmes nationaux de gestion du risque de l'Assurance maladie et des 10 priorités nationales définies par le Conseil national de pilotage,
- Pour la définition et la mise en oeuvre d'actions régionales spécifiques fixées conjointement.

Les modalités d'élaboration et de suivi de ce programme sont précisées par le décret n° 2010-515 du 18 mai 2010, codifié. L'article L 1434-14 du code de la santé publique prévoit que: « *Le programme pluriannuel régional de gestion du risque comprend, outre les actions nationales définies par le contrat prévu à l'article L182-2-1-1 du code de la sécurité sociale, des actions complémentaires tenant compte des spécificités régionales. Ce programme est intégré au projet régional de santé. Il est arrêté par le directeur de l'agence pour une durée de quatre ans* ».

Le programme pluriannuel de gestion du risque met ainsi en oeuvre l'ensemble des engagements et orientations définis par :

- La loi HPST du 21 juillet 2009 et ses décrets d'application ;
- La loi du 9 août 2004 relative à la santé publique ;
- Le contrat (prévu par l'article L 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale) conclu en 2010 entre l'Etat et l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie (UNCAM) pour quatre ans, relatif aux objectifs pluriannuels de gestion du risque communs aux trois régimes membres de l'UNCAM.

Les objectifs de ce contrat consistent à « *promouvoir des actions relatives à la prévention et à l'information des assurés, à l'évolution des pratiques et de l'organisation des professionnels de santé et des établissements de santé, de manière à favoriser la qualité et l'efficacité des soins* ».

Le contrat 2010-2013 définit cinq priorités communes :

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

Le présent programme est arrêté pour la période 2010-2013. Il intègre les engagements pris entre l'UNCAM et les représentants des professionnels de la santé, dans le champ conventionnel.

Il est révisé chaque année pour tenir compte :

- De la loi de financement de la sécurité sociale annuelle qui pose les objectifs et axes directeurs en matière de maîtrise des dépenses et de l'organisation de l'offre de soins ;
- Des objectifs et moyens définis annuellement par l'ARS et l'Assurance maladie.

Partie

1

Le programme pluriannuel régional de gestion du risque, élément de réponse aux problématiques et priorités identifiées par le plan stratégique régional de santé

1.1 Un programme contractualisé au service d'une politique de santé et de l'autonomie commune à l'ARS et à l'Assurance maladie

1.1.1 Le périmètre du programme : un champ large au service de la transversalité

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires fixe quatre objectifs stratégiques aux ARS:

- Contribuer à réduire les inégalités en santé ;
- Assurer un meilleur accès aux soins ;
- Organiser les parcours de soins en fonction des patients ;
- Assurer une meilleure efficacité des dépenses de santé.

Cette loi affiche une approche décloisonnée et globale des questions de santé et affirme l'ambition de conduire une politique de santé unique tout en tenant compte des spécificités territoriales.

Mettant en place une organisation transversale du système de santé, elle confie aux ARS un rôle majeur auprès des offreurs par des possibilités d'intervention sur les quatre secteurs (prévention, ambulatoire, hospitalier, médico-social).

Sur ce même champ, la loi leur donne mission de piloter la gestion du risque en élaborant un programme pluriannuel en concertation avec les organismes d'Assurance maladie.

Le périmètre du Programme pluriannuel de gestion du risque en cohérence avec celui du Projet régional de santé, couvre l'ensemble des actions de prévention, les soins ambulatoires et en établissements de santé ainsi que la prise en charge médico-sociale.

1.1.2 Des objectifs généraux portés par la politique de santé et de l'autonomie

Le Conseil National de Pilotage, instance qui rassemble les autorités responsables des services de l'Etat et de l'Assurance maladie, garantit cette cohérence et valide les objectifs et les modalités des programmes nationaux avant leur application.

Comme l'ensemble du Projet régional de santé, le programme pluriannuel de gestion du risque est guidé par l'objectif d'amélioration de la qualité et de la performance du système de santé.

Les actions qui le composent dépassent le secteur ambulatoire et la prévention, domaines investis depuis plusieurs années par l'Assurance maladie, pour aller plus avant vers l'amélioration des pratiques et l'efficacité au sein des établissements de santé et des structures de prise en charge médico-sociales.

Les orientations nationales démontrent une volonté partagée de travailler en coopération sur des « sujets frontières » qui sous tendent des actions en termes de régulation financière, de composition et d'organisation de l'offre de soins.

Le programme pluriannuel régional de gestion du risque n'est pas un outil de planification de l'offre de soins. Son caractère contractuel garantit une vision commune et partagée des principaux enjeux.

Comme les schémas et les autres programmes, il met en œuvre de façon opérationnelle les engagements de l'ARS en matière de politique régionale de santé.

1.2 Le programme pluriannuel régional de gestion du risque s'appuie sur les éléments de contexte régional

A côté de la déclinaison des objectifs définis nationalement pour une politique commune de gestion du risque, le programme pluriannuel régional de gestion du risque a vocation à répondre également à des problématiques de santé spécifiquement régionales.

Dans le cadre de la préparation du Plan stratégique régional de santé, le diagnostic partagé a identifié plusieurs éléments de contexte, qui concernent l'état de santé de la population, la composition de l'offre du système de santé, les caractéristiques démographiques, le niveau de consommation de soins.

Ce plan conclut à un bon état de santé de la population de la région et à une offre de santé globalement plus abondante que la référence nationale. Pour autant, il dresse un tableau contrasté de la région, et pointe les inégalités d'accès à la santé, d'origine sociale, démographique ou géographique, comme préoccupation majeure.

Le plan stratégique régional de santé souligne par ailleurs l'inégale répartition de l'offre.

Il revient au Schéma régional d'organisation des soins (SROS) et aux Contrats pluriannuels signés entre l'ARS et les établissements de mettre en œuvre les orientations définies par le PRS. L'ensemble intègre les programmes opérationnels de gestion du risque qui apportent des éléments de diagnostic, des pistes d'amélioration possibles et d'évaluation des dispositifs adoptés.

La consommation de soins est influencée par la composition de l'offre, plus dense que la moyenne nationale, et inégalement répartie, qu'il s'agisse de l'offre libérale de premier recours ou de l'offre hospitalière. Les programmes de gestion du risque ont ainsi vocation à ajuster cette offre de soins en tenant compte des besoins de la population.

L'accessibilité financière au système de soins est une préoccupation portée tant par l'ARS que par l'Assurance maladie. De même, la mise en œuvre de programmes de prévention à l'attention de publics précaires fait partie des priorités partagées.

L'Assurance maladie, dans ses relations conventionnelles avec les professionnels de santé, et l'ARS, dans un processus partenarial pour l'élaboration et le suivi des schémas, mènent des politiques convergentes pour l'amélioration de la santé.

La croissance démographique et le vieillissement de la population sont des caractéristiques marquantes de la population régionale. Ces évolutions produisent des conséquences directes sur l'expression des besoins de prise en charge sanitaire et médico-sociale, et sur les dépenses associées.

Ces éléments justifient que la politique de gestion du risque conduite en Midi-Pyrénées prenne en compte, les modalités de maintien en bonne santé et d'autonomie, d'accueil et d'hébergement des personnes vieillissantes.

Des programmes spécifiques de la gestion du risque ont vocation à répondre à ces enjeux.

1.3 Le programme pluriannuel régional de gestion du risque apporte des réponses concrètes sur plusieurs thématiques stratégiques

1.3.1 Améliorer la qualité de l'offre de santé

Au delà des objectifs de régulation financière, la politique de gestion du risque affirme une volonté d'amélioration de la qualité de l'offre de santé. Le plan national de gestion du risque de l'UNCAM pose, dans son préambule, le principe suivant : les actions de gestion du risque « visent à inciter ... les professionnels à renforcer l'efficacité et la qualité des soins dans le cadre de leur activité ».

Plusieurs types d'actions concourent à cet objectif général. Parmi elles, on peut retenir :

- Les actions d'accompagnement individuelles et collectives des professionnels de santé dans le secteur ambulatoire, au sein des établissements de santé, et plus récemment, dans les structures médico-sociales ;
- Les actions de contrôle et de sensibilisation des professionnels de santé autour des pratiques ou prescriptions médicamenteuses dangereuses, de mésusages ;
- Les dispositifs destinés à favoriser le développement de nouveaux modes de prise en charge, au service de la qualité et de la sécurité des soins.

1.3.2 Réduire les inégalités territoriales de santé

Le programme pluriannuel régional de gestion du risque participe à l'objectif de réduction des inégalités de santé.

Le contrat État-UNCAM 2010-2013 fixe, parmi cinq priorités, le renforcement de l'accès aux soins. Cette orientation générale se traduira par des actions de lutte contre les inégalités d'accès aux soins, que ces inégalités soient sociales ou géographiques.

1.3.3 Rendre effectif le droit à la santé et à l'autonomie

Dans son préambule, le plan national défini par l'UNCAM pour l'année 2011 affirme que les actions de gestion du risque « entendent favoriser l'accès aux soins et à la prévention, notamment pour les populations fragiles ou éloignées du système de santé ». En effet, les programmes de gestion du risque participent au renforcement effectif du droit à la santé, dans le champ de la prévention, du soin et de la prise en charge médico-sociale.

Sur le premier domaine, l'Assurance maladie mène depuis plusieurs années des actions visant à promouvoir le rôle du médecin traitant dans le dispositif de prévention. Le médecin traitant, sur la base de recommandations de bonnes pratiques, est en effet légitime pour conseiller ses patients sur des conduites préventives, à chaque étape de la vie et dans des situations ciblées.

En particulier, l'Assurance maladie favorise l'engagement des médecins traitants et l'information des assurés, sur des priorités de santé publique définies par voie conventionnelle: actions de promotion du dépistage organisé des cancers, campagnes d'information et de prévention pour la santé bucco-dentaire chez les enfants, pour la lutte contre l'obésité, actions d'accompagnement des femmes enceintes, déploiement des programmes de dépistage et de vaccination.

Enfin, dans un domaine frontière entre le soin et la prise en charge médico-sociale, l'Assurance maladie conduit, auprès des professionnels de santé et des structures d'accueil et d'hébergement des personnes âgées, des actions de prévention des risques liés à la iatrogénie médicamenteuse et aux prescriptions inadaptées.

1.3.4 Préserver l'efficacité du système de santé

Les actions de gestion du risque concourent au respect de l'Objectif national des dépenses de l'Assurance maladie et de l'équilibre financier du système d'Assurance maladie tout en préservant des soins de qualité, principe même de l'efficacité. La mise en oeuvre de ces politiques doit permettre de concilier la qualité des soins et le respect des contraintes financières.

La Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) fixe à cet effet un niveau d'évolution des dépenses de santé supportable par la collectivité.

Partie

2

La déclinaison régionale
des plans d'actions nationaux
de gestion du risque2.1 Les dix programmes nationaux de gestion du risque
portés par l'Agence régionale de santé

La politique de gestion du risque s'inscrit dans tous les objectifs de santé et dans la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance des offreurs de soins. Elle place le patient au centre du système de santé dans une logique décloisonnée du système de santé.

Les actions mises en œuvre doivent permettre d'infléchir durablement les comportements de l'ensemble des acteurs du système, qu'ils soient professionnels de santé en ville ou à l'hôpital, assurés, établissements et services de soins.

Des priorités en matière de gestion du risque ont été données pour 2010 et 2011 aux ARS et aux organismes locaux d'Assurance maladie.

L'instruction nationale du 9 juillet 2010 a défini 10 programmes prioritaires pour la période 2010-2011:

- Les transports sanitaires prescrits à l'hôpital,
- La prise en charge de l'Insuffisance rénale chronique (IRC),
- Les médicaments et dispositifs en sus de la liste T2A,
- Les prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville,
- L'imagerie médicale,
- La chirurgie ambulatoire,
- L'efficacité des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD),
- La qualité de la prise en charge en EHPAD,
- Les soins de suite et de réadaptation,
- La permanence des soins ambulatoires et les urgences.

Ces programmes d'actions sont conduits conjointement par les ARS et les services et organismes de l'Assurance maladie. Chaque programme est porté au niveau national par un groupe de travail pluridisciplinaire réunissant les directions du ministère et de l'UNCAM.

Leur mise en œuvre assortie d'objectifs financiers doit contribuer au respect de l'ONDAM fixé pour 2011 à 2.9% (soit 167,1 milliards d'euros).

Rappel des objectifs nationaux GDR 2010-2011 et des 10 priorités fixées aux ARS :
(circulaire du 19/07/2010)

Programme	Pilote national	Objectifs	Objectif d'économie (2011)
Prescriptions de transports sanitaires dans les établissements de santé	DSS	Objectif général : - Maîtriser les dépenses de transports sanitaires Objectifs opérationnels : - Contractualisation ARS et Assurance Maladie avec les établissements de santé - Expérimentation de plate-forme de transports sanitaires	90M€
Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique (IRC)	DSS	Objectif général : - Améliorer l'efficacité de la prise en charge de l'IRC Objectifs opérationnels : - Dépistage de l'IRC - Promouvoir des stratégies de traitement coût - efficace - Développement des greffes	100M€
Médicaments et dispositifs de la liste en sus	DSS	Objectif général : - Maîtriser les dépenses des médicaments et dispositifs de la liste en sus. Objectifs opérationnels : - Maîtrise des volumes au travers une contractualisation ARS et Assurance Maladie avec les établissements de santé ciblés	90M€
Prescriptions hospitalières de médicaments délivrés en ville	UNCAM	Objectif général : - Maîtriser les dépenses de prescriptions hospitalières de médicaments délivrés en ville Objectifs opérationnels : - Identification des prescripteurs hospitaliers - Maîtrise des volumes au travers d'une contractualisation ARS et Assurance maladie avec les établissements de santé ciblés	60M€
Imagerie médicale	UNCAM	Objectif général : - Maîtriser les dépenses d'imagerie médicale et favoriser un développement soutenable des équipements lourds Objectifs opérationnels : - Approche globale de l'imagerie par bassin de santé - Redéfinir la gradation des soins du niveau des plateaux techniques - Organiser la permanence des soins - Organiser une expertise neurovasculaire H24	100M€
Chirurgie ambulatoire	DGOS	Objectif général : - Développement de la chirurgie ambulatoire dans un but de qualité et d'efficacité - Structurer une offre de chirurgie cohérente au niveau des territoires de santé Objectifs opérationnels : - Réaliser un état des lieux régional - Proposer un plan d'actions pour accompagner les établissements pouvant augmenter leur taux de chirurgie ambulatoire - Poursuivre les mises sous accord préalable (MSAP) pour les établissements disposant d'un fort potentiel de développement de cette pratique.	50M€

Efficience de l'organisation des EHPAD	DSS	Objectif général : - Améliorer l'efficience générale des EHPAD Objectifs opérationnels : - Améliorer la coordination des professionnels de santé intervenant en EHPAD : En diffusant les bonnes pratiques En développant les systèmes d'information En construisant un dispositif d'évaluation	Favoriser une organisation et une utilisation des ressources efficiente dans les EHPAD
Qualité de la prise en charge en EHPAD	DSS	Objectif général : - Améliorer l'efficience des prescriptions dans les EHPAD. Objectifs opérationnels : - Élaborer une liste préférentielle des médicaments, concertée avec les médecins libéraux - Renforcer et diffuser les bonnes pratiques professionnelles en EHPAD	Maîtriser la dynamique des prescriptions en EHPAD
Soins de Suite et de Réadaptation	DGOS	Objectif général : - Améliorer le recours au SSR, maîtriser le développement des SSR, améliorer l'efficience des SSR. Objectifs opérationnels : - Mise en œuvre de la réforme réglementaire SSR, dans un cadre budgétaire contraint - Mise en œuvre d'une politique efficiente et maîtrisée du SSR, notamment par la mise en place de MSAP.	Respecter les enveloppes SSR définies dans l'ONDAM
PDS ambulatoire et urgences	DGOS	Objectif opérationnel : - Mettre en place un dispositif de PDS pérenne et lisible	Maîtriser la progression des dépenses de PDS ambulatoire et d'urgences hospitalières (<3%/an)
TOTAL			490M€

2.1.1 Les transports sanitaires

Le programme Transports a pour objectifs :

- La régulation de la progression des dépenses de transports sanitaires prescrits en hôpital,
- La redéfinition du modèle d'organisation du transport de malades (en développant notamment le transport partagé).

Ce programme comporte donc 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.

Le programme Transports vise à mieux cibler les dépenses en fonction des besoins strictement justifiés par l'état de santé des patients.

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. Sont concernés en priorité les établissements dont le taux d'évolution annuel de 2009 à 2010 est supérieur au taux national, soit 4%.

Quelques chiffres repères au niveau régional :

En Midi-Pyrénées, les prescriptions hospitalières de transports sanitaires s'élèvent 63,5 M€ sur un total de 107 M€ en 2010. Elles progressent de 7,5% entre 2009 et 2010. Cette évolution s'explique par une variation en volume de +4,5% induite par les prescriptions de transports en ambulances (5,3%) et en taxis (10,1%).

Par ailleurs un effet tarif influence ces résultats à compter de juillet 2009 pour les transports en véhicule sanitaire léger (VSL) ou en taxi.

Les actions se rapportant au transport 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 établissements de santé, de fixation d'objectifs de régulation des dépenses et d'optimisation des bonnes pratiques comportant un dispositif d'intéressement ou de reversement,
- La mise en place d'expérimentation de nouvelles modalités d'organisation des transports.

2.1.2 L'insuffisance rénale chronique

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

En Midi Pyrénées, depuis 2005, on constate :

- Une incidence relativement stable de la maladie.
- Un pourcentage de greffe préemptive qui augmente (1,5% en 2005 et 3% en 2009).
- Une médiane d'âge des patients à l'initiation du traitement qui augmente : 73,2 ans en 2005 et 74,7 en 2009 (âge médian pour l'ensemble des régions en 2005= 70 ans et en 2009= 70,2 ans –écart de 13 ans entre les régions).

Concernant les traitements :

- La dialyse péritonéale (DP) : elle représente 5,2% des nouveaux patients dialysés dans la région versus 10,4 % sur l'ensemble des régions.
- L'hémodialyse : 30% des patients hémodialysés sont traités hors centre versus 24% sur l'ensemble des régions.
- La greffe rénale : 44,3% des patients en insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) sont greffés versus 46,5% sur l'ensemble des régions.

Les actions se rapportant au programme insuffisance rénale sont :

- La diffusion des recommandations médicale (HAS),
- L'analyse et la levée des freins organisationnels au développement de la dialyse hors centre, particulièrement dialyse péritonéale,
- Le développement des greffes.

2.1.3 Les médicaments et dispositifs en sus de la liste T2A

La régulation des dépenses de santé de la liste en sus a un double objectif :

- Favoriser le bon usage des médicaments et dispositifs médicaux listés facturables en sus des GHS ;
- 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 des agences sanitaires.

La régulation repose au premier chef sur une concertation entre l'ARS et l'établissement de santé en vue d'améliorer ses pratiques de prescriptions et de délivrance des médicaments.

En Midi-Pyrénées, le montant des remboursements en 2010 des médicaments et dispositifs médicaux implantables s'élève à près de 200 M€.

Les actions se rapportant à ce programme sont:

- Évaluation de l'impact des actions lancées dans le cadre des contrats de bon usage du médicament,
- Proposition de plans d'actions fixant les engagements des établissements.

2.1.4 Les prescriptions hospitalières de médicaments délivrées en ville

L'objectif du programme consiste à réguler les dépenses liées aux prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville (PHMEV).

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. Sont concernés les établissements dont le taux d'évolution annuel de 2009 à 2010 est supérieur au taux national, soit 6%.

Il s'agit des prescriptions effectuées par des médecins hospitaliers à l'issue de séjours hospitaliers, ou dans le cadre des consultations externes et des services d'urgence ; elles sont délivrées soit par les pharmacies d'officine, soit par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé dans le cadre de la rétrocession.

En Midi Pyrénées, le montant des PHMEV remboursées par l'Assurance maladie a augmenté de 11.2% entre 2009 et 2010 (le montant remboursé en 2010 est 155,8 millions d'euros).

Les 45 classes les plus coûteuses représentent 56% des dépenses médicamenteuses en 2010.

Parmi ces 45 classes de médicaments, ce sont les médicaments du cancer qui pèsent le plus (14.5% du montant des dépenses) suivis de ceux du VIH (12%).

Certaines classes comme les hormones de croissance et les antiasthmatiques qui représentent 7% et 3% des dépenses des 45 premières classes, augmentent en revanche de 22% et 20% entre 2009 et 2010.

Les actions se rapportant au programme PHMEV sont :

- Le développement de l'accompagnement et la contractualisation avec les établissements dont le taux d'évolution des dépenses PHMEV est supérieur au taux national ;
- L'identification des prescripteurs hospitaliers ;
- La diffusion des logiciels d'aide à la prescription médicamenteuse (LAP).

2.1.5 L'imagerie médicale

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

L'objectif vise à favoriser un égal accès de la population aux équipements lourds.

Par ailleurs, 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 efficaces pour certaines indications. Les IRM plus efficaces sont des IRM, qui pour des topographies d'examen 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 trois leviers :

- Les nouvelles autorisations afin de répondre aux besoins de la population dans l'ensemble des territoires ;
- La substitution, lors de leur renouvellement par des appareils plus adaptés aux indications médicales ;
- Optimiser la pertinence des indications des actes d'imagerie concernés, par un plan d'accompagnement des professionnels de santé (généralistes et radiologues).

La région Midi Pyrénées avec ses 312 médecins radiologues est une région bien dotée (densité : 13/100 000 habitants). Une majorité d'entre eux exerce en libéral.

Une offre minimale d'imagerie en secteur 1 est disponible par niveau de plateau technique et par territoire de santé.

Les actions se rapportant au programme imagerie médicale sont :

- Le déploiement des recommandations de bon usage de l'imagerie conventionnelle sur 3 actes (radios du crâne, du thorax de l'abdomen sans préparation) ;
- L'information des prescripteurs et des radiologues sur l'évolution des conditions de prises en charge des actes à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).

2.1.6 La 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.

Son bénéfice n'est plus à démontrer : d'abord pour le patient, mais aussi en termes de qualité des soins, d'efficacité de l'organisation et des ressources des plateaux techniques de chirurgie. La promotion de la chirurgie ambulatoire 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 ».

En 2009, le taux global de chirurgie ambulatoire dans la région Midi Pyrénées, un des plus bas de France, était de 31.5% (national : 36.2%). Ce taux régional varie selon le type d'établissement (36% pour les ex-OQN et 28% pour les ex-DG)

Pour ce qui concerne les 17 gestes marqueurs, le taux de pratique de la chirurgie ambulatoire est également faible : 69.7% (national : 75.4%).

Il existe une grande disparité selon les gestes réalisés : l'arthroscopie du genou a un taux de réalisation en ambulatoire satisfaisant (77% contre 72% en national) tandis que la chirurgie des varices (26%) ou des hernies inguinales (9%) ont des taux très inférieurs à ceux du niveau national (respectivement 55% et 18%).

Sur les 17 gestes marqueurs, 10 ont fait l'objet d'une mise sous accord préalable dans 25 établissements de la région depuis 2008 contribuant ainsi au développement de cette pratique :

- Libérations du canal carpien,
- Interventions sur le cristallin,
- Végétations adénoïdes,
- Drains trans-tympaniques,
- Ligatures de veines,
- Interventions réparatrices pour hernies et éventrations,
- Arthroscopies du genou,
- Interventions sur la main,
- Ménisectomie sous arthroscopie,
- Biopsies pour affections non malignes du sein.

Les actions se rapportant au programme de chirurgie ambulatoire sont :

- Le développement des mises sous accord préalable des établissements pour certains actes ;
- La structuration d'une offre de chirurgie ambulatoire cohérente au niveau des territoires de santé, prenant exemple sur les meilleures pratiques françaises et étrangères, en parallèle de la réorganisation de l'offre de soins hospitalière.

2.1.7 L'efficacité et la qualité de la prise en charge en EHPAD (Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)

Deux programmes de GDR concernent les EHPAD, l'un sur l'efficacité et l'autre sur la qualité de la prescription dans les EHPAD.

Les enjeux sont de coordonner les professionnels de santé intervenants, d'organiser les établissements en vue d'une amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents, de les doter d'outils de suivi de leurs dépenses, de poursuivre l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le forfait de soins et de diffuser les règles de bonnes pratiques en soins.

La région Midi-Pyrénées compte près de 420 EHPAD, soit 32 000 lits existants, répartis de façon inégale entre les 8 départements.

En Midi-Pyrénées, l'ARS a initié un projet ambitieux de recherche/action sur la qualité de la prise en charge médicale (étude IQUARE). Ce projet est mené en partenariat avec le Gérontopôle et l'ORSMIP.

Pour participer à cette démarche, près de la moitié des EHPAD de la région se sont portés volontaires. Un échantillon de ces EHPAD est accompagné avec le partenariat du Gérontopôle dans l'évolution de ses pratiques pendant une année par des gériatres référents du territoire. Une nouvelle observation de leur activité sera réalisée au terme de cette période (fin 2012) afin d'évaluer l'efficacité de cet accompagnement.

Quelques constats ont d'ores et déjà été observés à partir de l'état des lieux réalisé en 2011 :

- On compte en moyenne 14 généralistes intervenant par EHPAD et 20% d'entre eux ont signé le contrat de coordination ;
- La population est majoritairement féminine avec une moyenne d'âge de 86 ans. 30% des résidents ont plus de 90 ans. 67% de l'ensemble des résidents sont très dépendants et un sur trois est hospitalisé au moins une fois par an dans un court séjour ;
- Les pathologies psychiatriques (démence sénile, maladie d'Alzheimer...) sont importantes ;
- Des améliorations sont nécessaires dans certains domaines : prescription médicamenteuse, diététique, suivi bucco-dentaire, certains traitements (prévention des fractures, vaccin antipneumococcique...).

Cette démarche sera étendue d'ici 2014 à tous les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes.

Parallèlement à cette étude régionale, des actions GDR nationales sont programmées :

- Sur le versant qualité :
 - Améliorer la coordination des professionnels de santé et la qualité de la prise en charge en EHPAD ;
 - 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.
- Sur le versant efficacité médico économique :
 - Élaborer et déployer des systèmes d'information pour permettre le suivi et l'analyse des dépenses de soins des établissements ;
 - Inciter à une gestion et une organisation plus efficaces des EHPAD et évaluer la qualité de la prise en charge et des soins ;
 - Aider les établissements à élaborer une liste préférentielle de médicaments coûts/efficaces.

Ces actions seront menées par l'ARS qui organisera notamment des réunions départementales sur les bonnes pratiques professionnelles en soin avec les EHPAD et mettra en œuvre les outils de suivi des dépenses et de mesure de l'efficacité dans ces établissements.

2.1.8 Les soins de suite et de réadaptation (SSR)

Sur ce secteur les enjeux sont multiples : il s'agit d'harmoniser la qualité et le positionnement de l'offre en soins de suite et de réadaptation (SSR) dans l'offre de soins globale sur l'ensemble du territoire, de renforcer la fluidité du parcours des patients entre SSR Médecine/Chirurgie/Obstétrique et domicile, d'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 exemple).

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 du 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'efficacité des SSR, de suivi des dépenses, déploiera un outil d'aide à l'orientation en SSR, et fera la promotion du 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 doit être réalisée sur la base des recommandations de la HAS. Un accompagnement des établissements MCO et SSR sera réalisé par l'Assurance maladie sur ce thème.

La région compte 106 établissements de SSR en hospitalisation complète (HC) et 14 en hospitalisation à temps partiel (HTP), soit l'équivalent de 96 entités juridiques. L'offre est plus développée en Midi-Pyrénées que la moyenne nationale.

Le taux de recours au SSR est dans la région comparable au taux national.

En Midi Pyrénées, en 2009, l'hospitalisation à temps partiel représente 4.7% de l'activité totale en SSR.

58% des SSR de la région ont une spécialisation : principalement pour la prise en charge des personnes âgées (27% des établissements en hospitalisation complète).

L'activité enfants et adolescents représente 4,71% des journées de SSR.

44 établissements sont polyvalents.

L'amélioration de la filière SSR passe par une coordination régionale avec la mise en place d'outils pour aider les établissements de MCO et de SSR dans leur travail d'orientation et de transfert des patients. A cet effet, l'outil Trajectoire sera déployé en Midi-Pyrénées.

Dans tous les départements de la région la densité de kinésithérapeutes libéraux est supérieure à celle de la France excepté dans le Gers. Ainsi la prise en charge des pathologies de l'appareil locomoteur pourrait être assurée davantage par le secteur ambulatoire.

2.1.9 La permanence des soins hospitalière et ambulatoire

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

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, 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'efficacité 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 seront 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'effectif, notamment coordination avec les 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 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 (effectif - régulation) et modulée selon les sujétions.

2.2 Les actions nationales de GDR de l'Assurance maladie

2.2.1 Les actions de maîtrise médicalisée : promouvoir la maîtrise médicalisée des dépenses de santé par un accompagnement des professionnels de santé libéraux

Les régimes d'Assurance maladie mènent depuis 2005 des actions de sensibilisation et d'accompagnement des professionnels de santé en faveur du bon usage des soins et du respect des règles de prise en charge, sur la base des engagements pris dans le cadre des conventions signées avec les professionnels de santé libéraux.

Des programmes permettent de poursuivre et de développer la maîtrise médicalisée des dépenses. Ils reposent sur des actions d'information, de sensibilisation et de pédagogie auprès des professionnels de santé par la promotion et la remise d'outils, de mémos et de recommandations, ainsi que de relevés individuels de situation des prescriptions des praticiens.

L'information et la sensibilisation déployées auprès des prescripteurs sont prolongées par des actions d'accompagnement d'autres professionnels de santé et par des messages délivrés aux assurés.

Ces actions portent notamment sur la prescription des médicaments, sur les thèmes suivants :

- Les antibiotiques,
- Les anti agrégants plaquettaires,
- Les statines,
- Les inhibiteurs de la pompe à protons,
- Les anti hypertenseurs,
- Les antalgiques,
- Les anti dépresseurs,
- Les anti diabétiques,
- Les traitements de l'ostéoporose,
- L'érythropoïétine,
- Les anti TNF alpha.

Sur tous ces sujets, les préoccupations de maîtrise de l'évolution des dépenses sont couplées avec des objectifs de santé publique : le mésusage du médicament ou la iatrogénie médicamenteuse sont deux conséquences de la consommation excessive de médicament.

La résistance bactérienne est aussi une conséquence de la consommation inappropriée d'antibiotiques.

L'Assurance Maladie intervient également sur d'autres types de prescriptions, hors médicament:

- Les arrêts de travail,
- Les prescriptions de transports,
- Les prescriptions d'actes de kinésithérapie,
- Les prescriptions de l'ordonnancier bizonne,
- Les actes de radiologie,
- Les prescriptions de la liste des produits et prestations.

L'ensemble des actions de maîtrise médicalisée des dépenses de santé, inscrites au présent chapitre, donne lieu à la détermination d'objectifs et d'indicateurs déclinés annuellement.

2.2.2 Les actions de maîtrise médicalisée en établissement : promouvoir la maîtrise médicalisée des dépenses de santé par un accompagnement de ces structures

L'Assurance maladie mène depuis plusieurs années des actions en direction des établissements, en faveur de l'efficacité de l'offre. Le plan d'actions de l'UNCAM prévoit de poursuivre et d'étendre ces actions, à travers deux volets.

Poursuivre et étendre le dispositif de maîtrise médicalisée des dépenses dans les établissements de santé :

Dans le prolongement des engagements pris avec les médecins libéraux sur le bon usage des soins et la maîtrise médicalisée des dépenses, l'Assurance maladie a développé depuis 2006 une démarche de sensibilisation et d'accompagnement en direction des établissements de santé, en s'intéressant aux prescriptions de transports et de médicaments exécutées en ville.

Cette démarche a été ensuite étendue aux EHPAD.

Le plan d'actions de l'UNCAM pour 2011 reconduit ce dispositif, qui intervient de façon complémentaire aux actions menées dans le cadre partagé des priorités de gestion du risque pilotées par les ARS sur les prescriptions hospitalières de transports et de médicaments.

Poursuivre le programme de mise sous accord préalable (MSAP) des établissements de santé en chirurgie ambulatoire et hors ambulatoire :

La procédure a été étendue à plusieurs prestations d'hospitalisation, en vertu de la loi de financement de la sécurité sociale de 2009 qui stipule en son article 59 que le dispositif de mise sous accord préalable des établissements de santé prévu à l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale soit étendu aux établissements présentant : « *une proportion élevée de prestations d'hospitalisation facturées non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de Santé ou d'un nombre de prestations d'hospitalisation facturées significativement supérieur aux moyennes régionales ou nationales établies à partir des données mentionnées à l'article L. 6113-7 du code de santé publique pour une activité comparable* ».

Depuis 2008, l'Assurance maladie contribue au développement de la chirurgie ambulatoire, en mettant en œuvre la procédure de mise sous accord préalable. Un accord préalable de l'Assurance maladie est requis avant réalisation d'actes chirurgicaux nécessitant une hospitalisation d'au moins une nuit. La mise sous accord préalable d'un établissement est notifiée par le directeur de l'ARS, pour une durée maximale de six mois, sur proposition de l'Assurance maladie.

Cette démarche est mise en place dans le cadre du plan d'actions 2011. Elle concerne les activités de chirurgie bariatrique et plastique.

2.2.3 Développer les actions de prévention pour agir sur les comportements

L'Assurance Maladie est un acteur important 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.

En lien avec l'Agence régionale de santé et dans le cadre des priorités régionales déclinées dans le Schéma Régional de Prévention (promotion de l'alimentation équilibrée et de l'activité physique, prévention des conduites addictives, promotion de la santé chez les enfants et les jeunes, préservation de l'autonomie des personnes âgées, dépistages des cancers), les caisses développeront des actions de proximité pour les populations qui restent à l'écart, pour des raisons sociales ou géographiques, du dépistage du cancer du sein ou colo rectal, des programmes de vaccination (notamment contre la rougeole, les oreillons et la rubéole), des actions bucco-dentaires pour les jeunes enfants et les populations vulnérables.

Pour cela, elles s'appuieront sur leurs contacts directs avec l'assuré, le professionnel de santé de premier recours, leurs relations avec les partenaires associatifs, les centres d'examen de santé, les centres de santé et fourniront annuellement des données chiffrées permettant d'évaluer l'efficacité des dispositifs.

Pour plus d'efficacité et de lisibilité, le dispositif régional de prévention devra favoriser l'émergence d'un plus petit nombre d'acteurs labellisés, avec une capacité d'intervention plus importante, autour d'objectifs resserrés couvrant la totalité d'un bassin de santé ou d'un territoire.

En ce qui concerne l'Assurance maladie, les actions porteront en particulier sur les thèmes suivants :

Prévention bucco-dentaire :

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

Dépistage organisé des cancers (sein, colorectal) :

L'Assurance maladie assure la promotion du dépistage organisé des cancers, par des actions d'information des assurés et des professionnels, afin d'augmenter le taux de participation et de réduire les inégalités régionales constatées. Un effort particulier est développé 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 concernées en vue d'augmenter le taux de participation aux campagnes et la couverture vaccinale de la population.

Prise en charge et prévention de l'obésité :

Sur cet axe, l'Assurance maladie poursuivra ses programmes de prévention de l'obésité infantile 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'État (déploiement d'outils facilitant le dépistage du risque d'obésité) et les ARS (structuration de l'offre).

2.2.4 Aider les patients à devenir acteurs de leur santé

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

En lien avec le vieillissement de la population, la région Midi-Pyrénées est concernée au premier plan par ces préoccupations.

Dans ce contexte, les organismes d'Assurance maladie poursuivent les programmes d'éducation thérapeutique et d'accompagnement des pathologies chroniques qu'ils ont initiés.

Le Régime général promeut les programmes d'accompagnement des patients atteints de diabète puis d'asthme et sensibilisent les professionnels de santé à ces thématiques. Les programmes d'éducation thérapeutique destinés aux maladies cardiovasculaires et aux maladies respiratoires (BPCO) sont conduits dans les centres d'examen de santé.

Les caisses de Mutualité sociale agricole et du Régime social des indépendants maintiennent leurs engagements respectifs en faveur de l'éducation thérapeutique dans le cadre des maladies cardiovasculaires et du diabète.

L'ensemble des actions de prévention est développé dans le Schéma régional de prévention (SRP).

2.3 Les actions régionales complémentaires pour répondre très concrètement aux besoins de santé de la région.

2.3.1 La pertinence des soins

Les objectifs :

Ce programme a pour objectif d'apprécier le recours à l'hospitalisation (publique ou privée) à partir d'une sélection d'actes choisis pour leur fréquence ou leur « lourdeur ».

Dans un premier temps, l'analyse réalisée à partir des données PMSI a porté sur vingt prises en charge essentiellement chirurgicales : amygdalectomie, cure d'anévrisme de l'aorte abdominale, angioplastie coronaire, appendicectomie, chirurgie bariatrique, du canal carpien, de la cataracte, des varices, cholécystectomie, colectomie totale, hystérectomie totale, ligamentoplastie du genou, oesophagectomie, pancréatectomie, pontage coronarien, prothèse de hanche, prothèse totale du genou, remplacement de la valve aortique, résection d'un adénome prostatique, thyroïdectomie.

A ces vingt actes ont ensuite été ajoutés l'endoscopie digestive basse (à visée diagnostique et thérapeutique) et les actes de rythmologie.

Au vu des taux de recours régionaux et départementaux observés, le programme doit établir des priorités en termes de prises en charge et/ou de territoires de santé concernés. Ainsi, 4 prises en charge ayant des taux de recours régionaux supérieurs à la moyenne nationale, seront plus particulièrement analysées. Il s'agit de l'appendicectomie, l'angioplastie coronaire, la ligamentoplastie du genou et les coloscopies. Cette liste pourra être enrichie selon l'évolution du programme.

Ce travail implique la mise en place d'un partenariat avec d'une part les établissements de santé, les professionnels concernés, et d'autre part l'Université et l'Assurance maladie. Il nécessite d'échanger sur les résultats obtenus, de participer à l'élaboration du plan d'action régional et d'inciter les professionnels de santé à travailler sur la pertinence des prises en charge dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Les modalités d'évaluation et de mise en œuvre d'actions correctrices éventuelles devront être précisées. Le calendrier ci-dessous détaille la méthodologie et des éléments d'orientation pour l'élaboration du plan d'actions pluriannuel.

Le calendrier de travail :

Travail déjà réalisé :

1. Réalisation du diagnostic et suivi des indicateurs 2008 à 2010.
2. Communication auprès des professionnels de santé (fédérations), Assurance maladie, instances de démocratie sanitaire et grand public (communication externe « Question Santé »).

Travail à réaliser :

1. Communication externe dans les territoires de santé vers le grand public et les instances de la démocratie sanitaire.
2. Développement du thème dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles. Mise en place d'un travail en collaboration avec les professionnels concernés dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles : groupe de travail pour l'élaboration des référentiels régionaux.
3. Nécessité d'analyser les données au niveau des établissements de santé.
4. Prise en compte des indicateurs lors de la contractualisation ARS - Établissements de santé. Fixer les priorités en termes de territoires et / ou prises en charge chirurgicales, contractualisation avec les établissements de santé sur la base des analyses et des objectifs déterminés par l'ARS et l'Assurance maladie, puis introduction de l'évaluation de la pertinence des actes sur la base du référentiel régional (national et/ou régional).

2.3.2 Le recours contre tiers (RCT)

La détection des accidents causés par un tiers reste une difficulté majeure dans la gestion du processus de recours contre tiers. L'Agence régionale de santé et l'Assurance maladie ont ainsi inscrit cette thématique dans leur programme de gestion du risque. Ce programme a pour objectifs :

- D'inciter les établissements à mieux répondre à l'obligation légale de signalement à l'Assurance maladie ;
- De mettre en place des outils permettant de remplir cette obligation en simplifiant la démarche administrative ;
- D'augmenter le nombre de signalements pertinents.

Dans un premier temps, la démarche des caisses consistera à organiser des rencontres d'information avec les établissements de santé disposant d'un service d'urgence autorisé afin de présenter l'activité de recours contre tiers et les outils pouvant permettre une mise en œuvre efficace de cette action.

Puis l'action avec les établissements de santé concernés se concrétisera par la signature d'une convention aux termes de laquelle il leur sera proposé :

- D'organiser les modalités pratiques de remontée des signalements
- De réaliser un bilan de l'action (nombre de dossiers signalés et montant potentiel de recouvrement)
- D'engager un partenariat en matière de facturation (correspondant identifié dans la CPAM jouant un rôle de facilitateur tant en matière de RCT que de facturation des établissements).

Une évaluation conjointe du dispositif ARS / Assurance maladie sera organisée lors de chaque exercice.

2.3.3 Les inégalités sociales de santé

Les actions visant à réduire les inégalités sociales de santé, axe prioritaire de l'ARS Midi-Pyrénées, sont développées dans le PRAPS.

Le programme pluriannuel de gestion du risque est décliné en plans d'actions annuels qui seront évalués au terme de chaque exercice.



Midi-Pyrénées

**Agence régionale de santé
Midi-Pyrénées**

10 chemin du Raisin
31050 TOULOUSE CEDEX 9
05 34 30 24 00

www.ars-midipyrenees.sante.fr

