

PRGDR

PROGRAMME RÉGIONAL DE GESTION DU RISQUE

2010 – 2013



Terre de contrastes, la région Languedoc-Roussillon bénéficie d'atouts considérables mais comporte également des points de vigilance afin d'améliorer l'accessibilité de tous à des soins de qualité.

Performante mais perfectible, l'offre de soins régionale supérieure à la moyenne nationale, mais souvent peu coordonnée, présente des résultats disparates en termes de santé publique et génère des dépenses élevées par rapport à la moyenne des régions.

Il est donc nécessaire d'agir sur l'amélioration de l'efficacité du système de santé, c'est à dire sur son rapport coût/qualité dans un contexte de financement contraint en promouvant les modes de prise en charge, d'organisation les plus efficaces et en luttant contre les facteurs de non qualité au sein du système de santé.

Le succès de cette politique de gestion du risque ne peut être que collectif. Il repose sur l'implication de l'ensemble des acteurs (usagers, professionnels, institutions).

Pour ce faire, ce premier programme pluriannuel de gestion du risque s'appuie sur la conjugaison des talents et des expertises de tous les partenaires qui œuvrent au service de l'amélioration de l'état de santé de la population et du renforcement de l'efficacité du système de santé, dans le nouveau cadre institutionnel offert par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST).

Ce programme traduit de façon opérationnelle la construction d'un partenariat efficace et coordonné pour développer l'efficacité de notre système de santé et préserver son caractère solidaire, au bénéfice de tous les habitants de la région Languedoc-Roussillon.

Dr Martine Aoustin

Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
du Languedoc-Roussillon

Marc Helies

Directeur de l'AROMSA du Languedoc-Roussillon

Claude Humbert

Directeur Coordonnateur Régional de la Gestion
du Risque et de la lutte contre la fraude

Dominique Gareau

Directeur régional du RSI du Languedoc-Roussillon

01

Le cadre du programme pluriannuel régional de la gestion du risque

- 1.1 Le cadre institutionnel de la gestion du risque au niveau national p.4
- 1.2 Le cadre régional de la gestion du risque p.5

02

Points de repères régionaux

- 2.1 Des déséquilibres et des fragilités à prendre en compte au niveau de la population p.8
- 2.2 Une consommation de soins ambulatoire et hospitalière particulièrement élevée p.10
- 2.3 Des faiblesses pour la prise en charge des personnes âgées p.11

03

Les priorités nationales de gestion du risque 2010/2011 pilotées par l'ARS en lien avec l'Assurance Maladie

p.12

04

La déclinaison régionale des actions nationales de gestion du risque 2011 de l'Assurance Maladie

p.34

05

Les actions régionales complémentaires

p.51

06

Les échanges d'informations

p.59

Glossaire

p.62

1. Le cadre du Programme Pluriannuel régional de 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 développées en la matière. Cette notion peut être définie comme « l'ensemble des actions mises en œuvre pour améliorer l'efficacité du système de santé, c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût »¹.

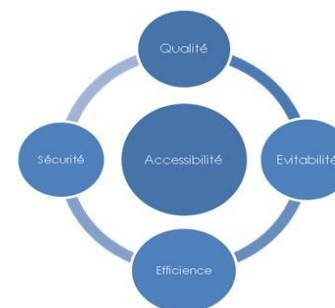
Au travers de la gestion du risque, il s'agit d' « optimiser la réponse du système de soins aux besoins de santé, d'inciter la population à recourir de manière pertinente à la prévention et aux soins et d'amener les professionnels à respecter les critères d'utilité et de qualité des soins ainsi que de modérations des coûts dans le cadre financier voté par le Parlement ».²

Dans son rapport de juillet 2008³, 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... » ;*
- *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. »*

Le présent programme pluriannuel régional de gestion du risque (PRGDR) 2010 - 2013 s'inscrit dans la cohérence de la politique définie dans le Plan Stratégique Régional de Santé de l'Agence Régionale de Santé. La qualité, l'accessibilité, la sécurité et l'efficacité sont placés au cœur des exigences des professionnels en promouvant les référentiels de bonnes pratiques.

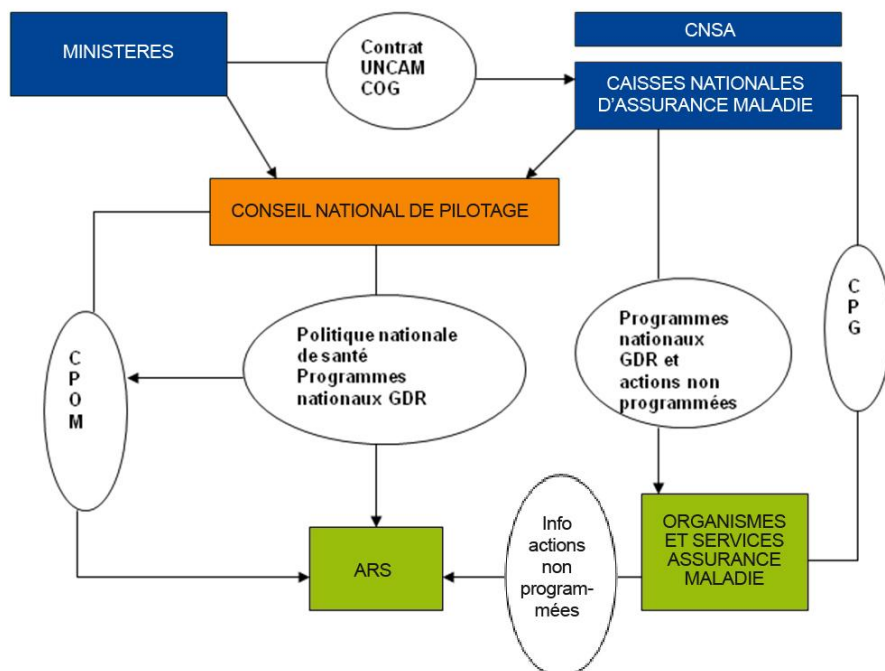


¹ Mission sur la Gestion du risque, Rapport IGAS, Décembre 2010, P-Y Bocquet et Michel Peltier.

² Circulaire inter-régimes n°5/99 du 24/04 de 1999, sur la coordination de la gestion du risque par les Unions Régionales de caisses d'Assurance Maladie (URCAM)

³ HCAAM, Rapport 2008, p. 27.

1.1. Le cadre institutionnel de la Gestion Du Risque au niveau national



La loi Hôpital - Patient - Santé et Territoire a inscrit la détermination des objectifs pluriannuels de gestion du risque dans le code de la sécurité sociale (article L 182-2-1.1). Ceci souligne l'impérieuse nécessité de pilotage en commun entre l'ARS et les régimes d'Assurance Maladie, membres de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), des programmes de gestion du risque.

Les organismes complémentaires y sont associés.

La définition des objectifs pluriannuels de gestion du risque est d'abord nationale. Elle s'inscrit dans le cadre d'un contrat conclu entre l'autorité compétente de l'Etat et l'UNCAM.

Ce contrat, conclu pour une durée de 4 ans, fixe 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. Il fait l'objet d'avenants pour adapter son contenu à l'évolution de la législation et notamment aux lois de financement de la sécurité sociale ainsi que d'une évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés.

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

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

La coordination au niveau national s'effectue au travers du Conseil National de Pilotage (CNP) des ARS qui réunit des représentants de l'Etat, ainsi que des représentants des organismes nationaux d'assurance maladie membres de l'UNCAM. Ce Conseil National s'assure de la cohérence des politiques mises en œuvre par les ARS «notamment en matière de gestion du risque ».

1.2. Le cadre régional de la Gestion Du Risque

Le niveau régional a la charge du pilotage, de l'animation, de la réalisation des actions de gestion du risque et de leur évaluation.

Ces actions de gestion du risque concourent à la réalisation des missions fondamentales des ARS :

- améliorer l'espérance de vie en bonne santé,
- promouvoir l'égalité devant la santé,
- développer un système de santé de qualité, accessible et efficient.

Un programme régional de gestion du risque intégré dans le Projet Régional de Santé

Pour la réalisation des actions de GDR en région, la loi prévoit dans le cadre de la planification régionale de la politique de santé, la constitution d'un programme pluriannuel régional de gestion du risque (PRGDR)⁴.

Le décret du 18 mai 2010 précise que le PRGDR est composé de deux parties :

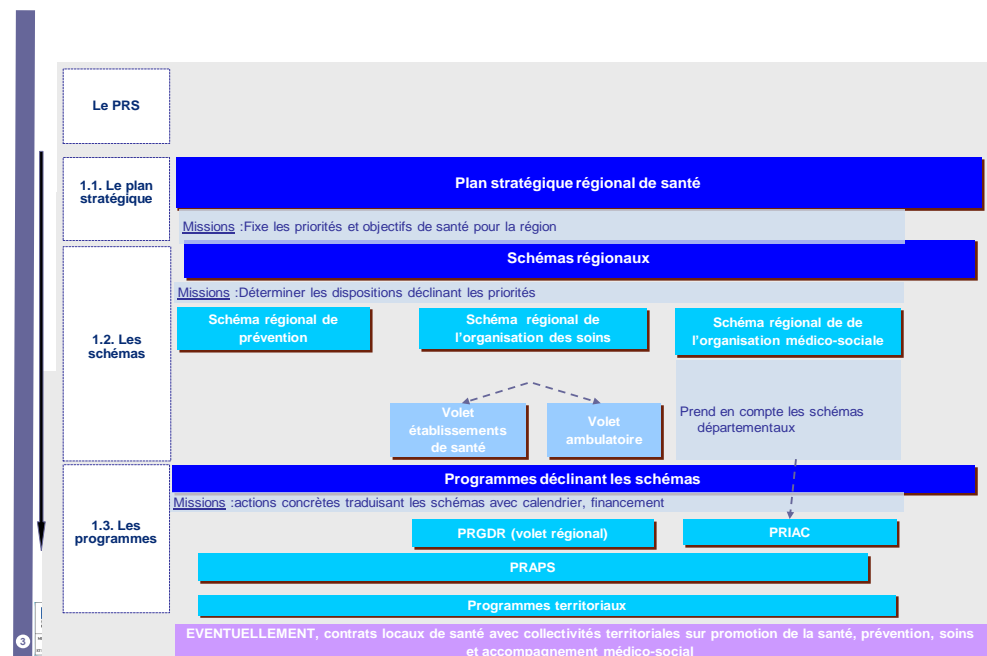
- « Les programmes nationaux de gestion du risque élaborés conformément aux objectifs du contrat Etat-UNCAM », cette partie étant elle-même divisée en deux sous-parties :
 - Les programmes nationaux pilotés par les trois régimes d'assurance maladie membres de l'UNCAM ;

⁴ Article L 1434-14 du code de la santé publique

- Les priorités des ARS en matière de gestion du risque. Il s'agit de programmes d'actions destinés à être pilotés par les ARS avec le concours des organismes d'assurance maladie ;

- « Les actions régionales complémentaires qui sont arrêtées par le Directeur Général de l'ARS en concertation avec l'Assurance Maladie, prennent en compte les spécificités régionales ».

Le PRGDR est intégré au Projet Régional de Santé (PRS). Le schéma suivant permet de situer sa place dans le PRS.



Un organe de concertation : la Commission Régionale de Gestion Du Risque

Le PRGDR est arrêté⁵ par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, en concertation avec les représentants au niveau régional des régimes d'Assurance Maladie membres de l'UNCAM.

Cette concertation s'effectue au travers de la Commission Régionale de Gestion Du Risque qui est présidée par le Directeur Général de l'ARS et qui comprend : les représentants régionaux de chaque régime d'Assurance Maladie membre de l'UNCAM, les directeurs des organismes et services de la région et un représentant des organismes complémentaires.

Cette commission est chargée de la préparation, du suivi et de l'évaluation du PRGDR et notamment en ce qui concerne les actions régionales complémentaires. Elle donne un avis au Directeur Général de l'ARS sur le PRGDR et sur ses avenants annuels.

En Languedoc Roussillon, en amont des travaux de la commission régionale de gestion du risque, a été instaurée une instance technique, le comité opérationnel de gestion du risque.

Chaque programme de gestion du risque donne lieu à l'élaboration d'une fiche-programme, validée par la commission régionale de gestion du risque, qui définit les actions à mettre en œuvre par chaque partenaire, ainsi que les indicateurs d'évaluation issus des systèmes d'informations nécessaires à leur réalisation.

⁵ Décret du 18 mai 2010

Un Programme Régional de Gestion du Risque évolutif

Le PRGDR intervient dans un contexte où les schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et médico-social sont en cours de concertation.

Le **PRGDR** constitue un outil opérationnel de mise en œuvre de ces schémas.

Une révision annuelle du présent programme sera réalisée chaque année par voie d'avenant.

2. Points de repères régionaux

L'état des lieux régional concernant la santé de la population du Languedoc-Roussillon a fait l'objet d'une analyse détaillée dans le cadre de la préparation du Projet Stratégique Régional de Santé (PSRS). Il figure dans l'atlas du diagnostic régional. Il n'est pas repris dans le présent programme. Seules sont présentées, ci-après, les caractéristiques régionales qui vont guider les choix en matière de gestion du risque, en lien étroit avec les priorités du PSRS.

2 608 095 habitants au 1^{er} janvier 2009 (Source **INSEE**)

Une croissance démographique **exceptionnelle** qui concerne surtout les pôles urbains et le littoral

2.1 Des déséquilibres et des fragilités à prendre en compte au niveau de la population

Des déséquilibres démographiques de répartition territoriale

Fortes concentrations

- Dans la bande littorale ;
- Dans les pôles urbains de Montpellier et de Nîmes.

Faibles densités dans les territoires ruraux avec une faible présence médicale.

Une population vieillissante

- Un indice de vieillissement nettement supérieur à la moyenne française : 82,1 pour le Languedoc-Roussillon contre 67,3 pour la France (nombre de 65 ans et + sur le nombre de 0 à 20 ans).

Une forte précarisation

- Un habitant sur 5 vit en dessous du seuil de pauvreté.
- 3^e région française à présenter le niveau de vie médian mensuel le plus bas. Les familles monoparentales, les jeunes, les personnes isolées sont les plus touchés.
- Forte proportion de bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Etat sanitaire : des points positifs

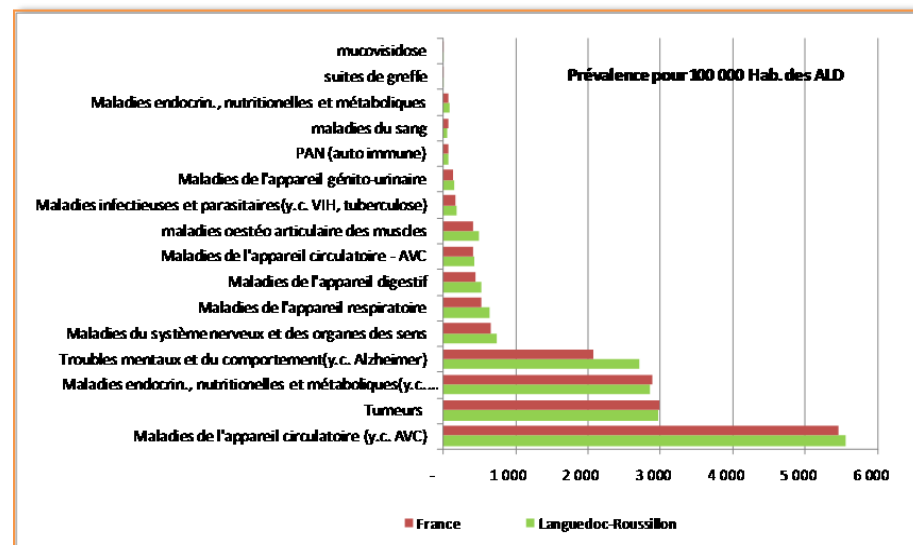
- Une espérance de vie à la naissance et à 65 ans comparable au plan national
- Des taux de mortalité infantile et périnatale plus favorables qu'au plan national.
- Une mortalité prématurée (décès avant 65 ans) comparable au plan national, à l'exception notable des décès par traumatisme, plus importante
- Des taux de prévalence des affections de longue durée (ALD) comparables aux taux nationaux pour les grandes affections cardiovasculaires, tumorales ou métaboliques.

Des préoccupations

- Addiction chez les adolescents et les adultes jeunes,
- Accidentologie et mortalité routière,
- Niveau de recours à l'IVG,
- Prévalence du VIH,
- Prévalence de certaines affections de longue durée :
 - Paraplégie ;
 - Affections psychiatriques ;
 - Maladie d'Alzheimer.

Une efficacité de la prévention très insuffisante

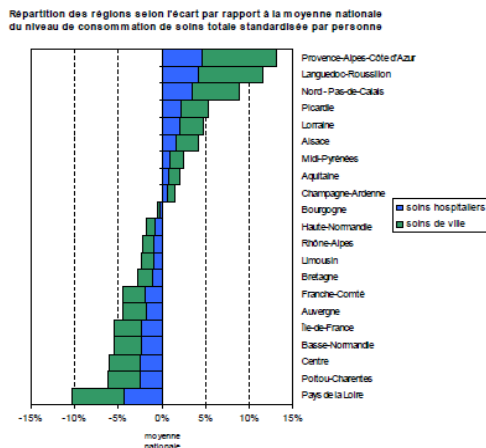
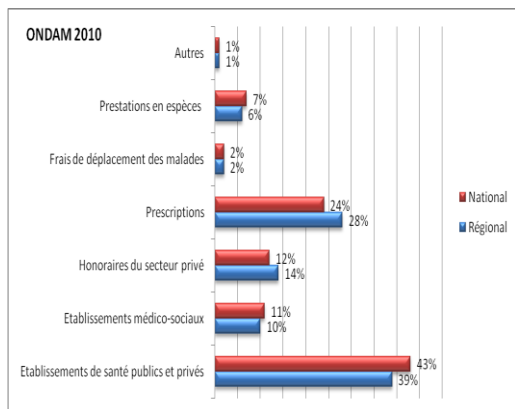
- **Dépistage des cancers**
 - Cancer du sein dans la région (450 décès par an) :
Un taux de participation au dépistage de 53 % en 2008, encore loin du taux cible de 70 %.
 - Cancer du colon dans la région (760 décès par an) :
Un taux de participation au dépistage très faible (26 % pour les hommes, 31 % pour les femmes) loin du taux cible de 65 %.



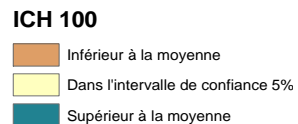
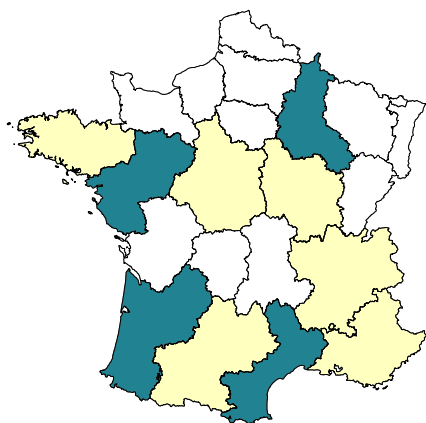
source CNAMTS, année 2008

- **VIH**
 - Diagnostics de séropositivité tardifs,
 - Persistance de contamination en lien avec la toxicomanie.
- **Couverture vaccinale**
 - Très insuffisante, en particulier pour la vaccination ROR

2.2 Une consommation de soins ambulatoire et hospitalière particulièrement élevée



Recours à la chirurgie sur 20 gestes marqueurs



source PMSI-MCO 2008

ICH = Indice de Comparaison Hospitalière base 100

Les soins ambulatoires

- La consommation élevée de soins de ville en Languedoc Roussillon comme dans le sud de la France peut être mise en parallèle avec la forte densité de médecins libéraux dans ces régions. Cette densité est supérieure au niveau national.
- A noter pour la région le déséquilibre entre une forte densité urbaine et littorale des professionnels de santé avec un risque de désertification en milieu rural et montagnard.

Points de vigilances :

- En 2013, 49 % des omnipraticiens installés seront âgés de 55 ans et plus.
- Perspective de densité médicale en 2030 : une baisse du nombre de médecins de 8% et une augmentation de la population de 30%.

Les soins hospitaliers

- Le Languedoc Roussillon est la première région française en termes de représentation du secteur privé dans l'activité de court séjour (données PMSI 2009).
- La région présente un taux d'équipement en lits supérieur à la moyenne nationale : 8,5 lits pour 1000 habitants contre 7,9 au niveau national (source SAE) avec un quart des capacités d'hospitalisation en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).
- Les établissements publics de la région concentrent 76,5% des capacités d'hospitalisation en médecine, 51,1% en gynécologie obstétrique et 36,2% en chirurgie.

Points de vigilances :

- Engager les établissements du secteur hospitalier public ou privé à s'organiser en filière décloisonnée.
- Garantir aux populations une accessibilité financière aux soins au regard des dépassements d'honoraires constatés.
- Veiller à la pertinence du recours aux soins chirurgicaux (cf. carte ci-contre).

2.3 Des faiblesses pour la prise en charge des personnes âgées

Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et les Services de Soins Infirmiers et d'Aide à Domicile (SSIAD) représentent 40% des dépenses du secteur médico-social.

Deux faits marquants en région :

■ Un boom démographique

La part des personnes âgées de 75 ans et plus s'élève à près de 10%, soit 1,5 point de plus qu'au niveau national. De plus, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans va augmenter de 12% entre 2008 et 2020.

■ Une forte prévalence de la maladie d'Alzheimer :

On évalue le nombre de malades Alzheimer à environ 20.000 personnes. A l'horizon 2015, la région devrait compter près de 50.000 personnes dépendantes d'une tierce personne pour accomplir les gestes de la vie quotidienne (6,3% de la population).

Des améliorations possibles :

■ Une prise en charge à domicile :

- mal coordonnée et peu lisible,
- des aidants à soutenir.

■ Des structures d'hébergement inégalement réparties

- un taux d'équipement en structure d'hébergement (89,7 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus) inférieur au taux national (121,7 places). Un constat à nuancer au regard de la prise en compte de l'offre sur chaque territoire (hébergement, maintien à domicile, offre salariée et libérale).
- implantation sur la frange littorale insuffisante et des établissements de petite dimension.
- un coût très lourd pour les bénéficiaires et leurs familles (60 % de la dépense en EHPAD).

3. Les priorités nationales de gestion du risque 2010-2011 pilotées par l'ARS en lien avec l'Assurance Maladie

Conformément aux objectifs de contrat Etat UNCAM 2010 – 2013, ont été identifiés dans la directive nationale du 19 juillet 2010, dix programmes nationaux de gestion du risque prioritaires, communs à l'ARS et à l'Assurance Maladie.

Ces priorités concernent les établissements de santé, les EHPAD et des « sujets frontières » liés à l'articulation ville / hôpital.

Les logiques d'amélioration de l'efficacité et de régulation financière sont présentes dans chacun de ces programmes. La qualité des pratiques est au cœur des préoccupations et une large place est faite à l'accompagnement des professionnels de santé qui très fréquemment est assuré par l'assurance maladie.

1.1. Enjeux et finalité

Les dépenses de transports ont progressé au niveau national en 2009 de 7,6% (en valeur) contre 4,4% en 2008. Une partie de cette évolution est imputable aux évolutions tarifaires intervenues en 2009 (4,1% sont dues à l'augmentation des tarifs). Une telle évolution est incompatible avec l'évolution de l'ONDAM pluriannuelle.

Dans ce contexte, l'objectif est de réguler les dépenses des établissements de santé et de promouvoir et de développer de nouveaux modes d'organisation des transports.

1. Transports sanitaires

Priorité PSRS

Qualité des prescriptions à l'hôpital

Si la régulation prévue par la réglementation concerne l'ensemble des établissements et l'ensemble des activités, compte tenu de la nécessité de disposer des données fiables et qualifiées pour réaliser le ciblage des établissements, le périmètre a été limité aux établissements publics et ESPIC en 2011.

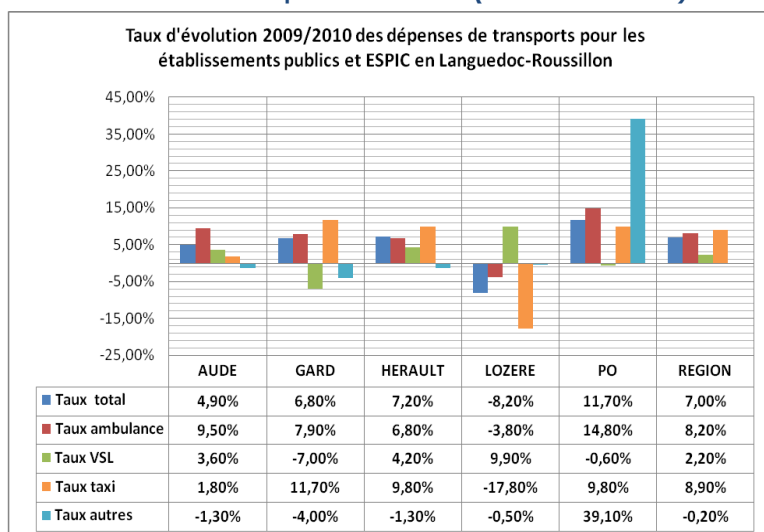
Pour une vision globale, se reporter à la déclinaison régionale des actions nationales de GDR 2011 menées par l'assurance maladie sur ce thème.

1.2. Etat des lieux régional

Dans la région Languedoc-Roussillon, le montant des dépenses de transports générées par les établissements publics et ESPIC s'est établi en 2010 à 62 millions € contre 58 millions € en 2009. Si, le taux

d'évolution de ces dépenses est inférieur à celui du niveau national (+7% contre 7,5%), la dépense moyenne par personne transportée s'établit à 63 € contre 52 € au niveau national.

→ Taux d'évolution des dépenses de transports des établissements publics et ESPIC (source : CNAMTS)



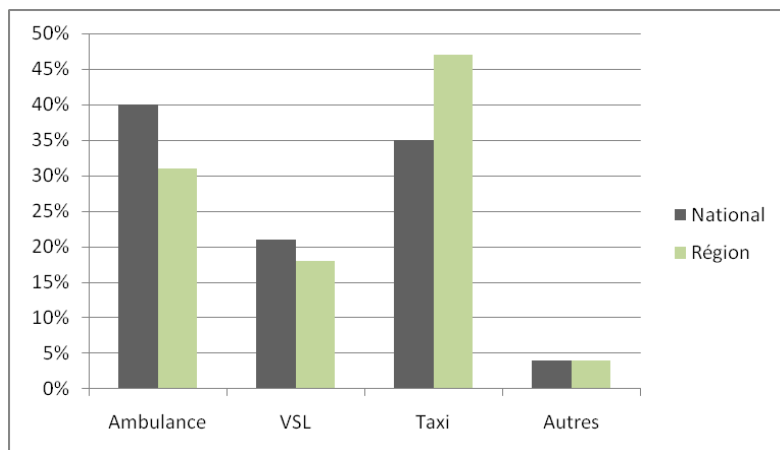
Territoires de santé	Dépenses 2010 en €
AUDE	6 067 306
GARD	11 810 856
HERAULT	38 399 488
LOZERE	909 655
PO	5 000 024
TOTAL	62 187 329

Autorisations délivrées au 29 septembre 2010

Départements	Nombre théorique	Nombre de véhicules	Différence
AUDE	147	138	-9
GARD	271	368	+97
HERAULT	392	415	+23
LOZERE	37	78	+41
PYRENEES ORIENTALES	193	232	+39
TOTAL	1040	1231	+191

(Source Ministère de la santé)

→ Structure des prescriptions hospitalières de transports exécutées en ville en 2010



La région se caractérise par la part importante des transports réalisés en taxi. A contrario, les transports en ambulance sont moins importants qu'au niveau national.

Ce sont les transports en ambulance et en taxi qui connaissent une forte progression au détriment du VSL.

Au plan des autorisations délivrées, le parc régional de transports sanitaires est largement sur-doté.

1.3. Plan d'action régional

AXE 1 : Réguler les dépenses liées aux prescriptions hospitalières de transports sanitaires exécutées en ville, au travers notamment de la conclusion d'un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQS).

Le choix fait en Languedoc-Roussillon a été de limiter le champ des activités à réguler au champ MCO et d'élargir ce champ aux autres types d'activités en 2012.

Le plan d'actions mis en œuvre se décline autour des éléments suivants :

- Mise en œuvre d'un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins entre l'ARS, l'assurance maladie et les établissements dépassant le taux prévisionnel fixé par le niveau ministériel,
- Réunion régionale d'information des établissements et des Fédérations représentatives des établissements de santé,
- Visites d'accompagnement Assurance Maladie /ARS des établissements ciblés,
- Rencontres avec les Fédérations des transporteurs et les transporteurs afin de les sensibiliser sur les enjeux liés à la régulation,
- Suivi préventif de l'évolution des prescriptions hospitalières de transports de l'ensemble des établissements de santé à partir des données fournies par l'Assurance Maladie,
- Accompagnement des prescripteurs dans les services des établissements, par l'Assurance Maladie.

1.4. Indicateurs de suivi du programme

Indicateurs ARS :

- Taux d'évolution des dépenses de transports prescrites à l'hôpital,
- Taux d'établissements ciblés par l'ARS ayant signé un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins.

AXE 2 : Promouvoir et développer des expérimentations locales permettant le développement de modes de transports sanitaires partagés et plus économes

Pour une maîtrise durable des dépenses, l'idée est de favoriser les démarches visant à centraliser les demandes de transports au niveau de l'établissement de santé et de permettre ainsi une meilleure traçabilité des demandes de transports et des réponses à apporter.

De plus, favoriser le partage du transport, si cela est compatible avec l'état du patient, limite le nombre de déplacements et les coûts pour l'Assurance Maladie.

Le plan d'action s'articule autour des étapes suivantes :

- Elaboration d'un état des lieux des organisations déjà existantes au sein des établissements de la région afin notamment d'enrichir la réflexion au niveau national pour les déployer dans d'autres sites.
- Développement d'expérimentations au niveau régional avec 3 focales : urgences pré-hospitalières, covoiturage, sortie d'hospitalisation :
 - Identification des établissements pouvant faire l'objet d'une expérimentation,
 - Lancement et accompagnement des expérimentations.
- Mise en place d'un plan de communication.

AXE 3 : Réguler les autorisations délivrées aux transporteurs, afin de respecter le ratio 1 ambulance pour 2 VSL

Indicateurs Assurance Maladie :

- Evolution des montants remboursés tous prescripteurs.

2. L'insuffisance rénale chronique (IRC)

2.1. Enjeux et finalité

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 nécessitant un traitement de suppléance (46% greffon rénal fonctionnel, 50% séances d'hémodialyse périodique, 4% dialyse péritonéale).

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

Au-delà des actions de prévention et de dépistage, améliorer la prise en charge de l'IRC suppose le développement de stratégies de traitement efficaces. Sur ce point, on note une sous-utilisation de la dialyse péritonéale en France : en 2008, elle concerne 7,2 % des dialysés contre 15 % pour les autres pays de l'OCDE. Or, la dialyse

péritonéale offre la meilleure autonomie au patient et présente des avantages en termes de coût. L'Assurance maladie estime que si 25 % des insuffisants rénaux chroniques étaient traités par dialyse péritonéale, « les dépenses pourraient diminuer de 155 millions d'euros par an, avec une meilleure qualité de prise en charge pour les patients ».

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

La transplantation rénale constitue le meilleur traitement de l'IRC terminale, tant en termes d'efficacité-coût que de qualité et d'espérance de vie (une greffe rénale permet d'éviter environ 15 années de dialyse). Les moyens investis dans le prélèvement ces dix dernières années ont permis de passer de 1882 greffes rénales en 1998 à près de 2937 en 2008. En 2009, le nombre de greffes rénales est en déclin sensible (2 826 contre 2 937 en 2008), tout comme le don d'organes, et les durées d'attente continuent à augmenter.

2.2. Etat des lieux régional

En Languedoc Roussillon :

- 54,1% des nouveaux patients traités ont une insuffisance rénale chronique terminale secondaire à une néphropathie vasculaire (32,6%) ou à un diabète (21,5%). Il apparaît donc nécessaire de développer la prévention du diabète de type 2 et des maladies vasculaires, d'améliorer l'efficacité du traitement du diabète de type 2 et de l'hypertension artérielle.
- Le taux de dialyse péritonéale est très légèrement supérieur au taux national (7,4% en région pour 7,2% au national). Cette

modalité doit être développée pour arriver à l'horizon 2013 à un taux de 15%.

- Le CHRU de Montpellier assure, entre autres, la greffe rénale et le prélèvement des greffons. Pour les autres établissements, seuls les CH Nîmes, CH Béziers, CH Carcassonne, CH Perpignan sont autorisés pour cette activité de prélèvement.
- La liste d'attente compte environ 321 personnes ce qui correspond à une durée de 23,7 mois avant la greffe. 126 greffes ont été pratiquées en 2009.

2.3. Plan d'action régional

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

- Dépister précocement une IRC débutante pour ralentir son évolution et retarder le plus possible le traitement de suppléance par une incitation des laboratoires privés et publics à indiquer la valeur de l'indice de COCKROFT and GAULT lors de la réalisation d'un dosage de la créatinémie.
- Relayer auprès des établissements de santé les recommandations scientifiques et les données épidémiologiques.
- Assurer la diffusion auprès des médecins et assurés, des recommandations HAS (juin 2007) et relayer l'information concernant les programmes de formation existants.

AXE 2 : Promouvoir le développement de stratégies de traitement et de coût les plus efficaces

- Réaliser un état des lieux de la prise en charge de l'IRC, et du recours à la greffe en concertation avec les professionnels et les établissements concernés, identifier les forces et faiblesses de la région.
- Utiliser les indicateurs pour la planification sanitaire.

- Développer des structures adaptées à la dialyse péritonéale (réseaux de prise en charge, urgences, EHPAD...) et la dialyse à domicile.
- Favoriser et coordonner les coopérations entre structures autorisées et infirmières libérales.

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

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

2.4. Indicateurs de suivi du programme

Indicateurs ARS :

- Part des patients traités par dialyse péritonéale sur patients dialysés,
- Part des patients pris en charge hors centre d'hémodialyse,
- Délais sur la liste d'attente de greffes,
- Part des patients en ALD diabète ayant bénéficié d'un dosage créatinine et albuminurie.

3. Dispositif de régulation des produits de santé de la liste en sus

3.1. Enjeux et finalités

Les produits de santé financés en sus des tarifs facturés par les établissements sous tarification à l'activité ont représenté plus de 4 Md€ en 2009 dont environ 2.5 Md€ pour les médicaments et 1.5 Md€ pour les dispositifs médicaux implantables, soit une progression globale de 5.2% par rapport à 2008.

Bien que cette progression s'atténue par rapport aux années précédentes, notamment du fait de la réintégration de certains produits de santé dans les GHS, il est essentiel de maîtriser l'évolution de ces dépenses afin d'assurer la pérennité du dispositif.

3.2. Etat des lieux régional

Le montant des dépenses totales financées en 2010 en sus des Groupes Homogènes de Séjour (GHS) pour les produits de santé s'établit à **182 608 000 €**.

L'évolution 2009 / 2010 des dépenses des produits de la liste en sus au niveau de la région s'établit à 4,3% soit :

- 4,3% pour les dépenses de médicaments,
- 4,2% pour les DMI.

3.3. Plan d'actions régional

Ce plan d'actions est mené avec le soutien de l'OMEDIT.

AXE 1 : Réguler les dépenses, au travers de la conclusion d'un plan d'actions prévu par l'article L 1 62-22-7 du code de la sécurité sociale.

- Suivi préventif : information des établissements dépassant le taux prévisionnel d'évolution fixé par arrêté ministériel⁶, élaboration de voies d'amélioration, analyse des éléments justificatifs avancés par les établissements.

- Mise en œuvre d'un plan de contrôle « bon usage » en lien avec l'assurance maladie.
- Contractualisation entre l'ARS, l'assurance maladie et les établissements sur la base d'un plan d'actions pour les établissements dont l'évolution des dépenses n'est pas justifiée.
- Accompagnement, suivi et évaluation des plans d'action conclus.
- Poursuite et renforcement des actions d'information et de sensibilisation.

⁶ 3% en 2010 / 2011

AXE 2 : Contrôler le respect des engagements des contrats de bon usage des produits et prestations.

Ces contrats prévoient notamment la conformité des prescriptions des médicaments, produits et prestations aux référentiels de bon usage établis par l'INCA, l'AFSSAPS et la HAS :

- Elaboration d'un programme de contrôle,
- Déploiement du plan de contrôle,
- Mise en œuvre des sanctions éventuelles au travers de la réduction du taux de remboursement.

3.4. Indicateurs de suivi du programme

Indicateurs ARS :

- Taux de contractualisation avec les établissements ciblés qui doivent faire l'objet d'une contractualisation,

- Taux d'évolution de la liste en sus pour les établissements ciblés,
- Taux d'établissements ciblés ayant fait l'objet d'un contrôle.

4. Prescriptions hospitalières des médicaments exécutées en ville

Priorité PSRS

Qualité des prescriptions à l'hôpital

4.1. Enjeux et finalité

En 2009, les prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville représentent 28% du poste médicament sur l'enveloppe de soins de ville. Leur croissance est supérieure à l'évolution moyenne des dépenses concernées notamment du fait de facteurs structurels : type de molécules prescrites, baisse de prix concentrés sur des classes peu prescrites à l'hôpital, sortie de la réserve hospitalière, évolution des techniques de traitements entraînant une baisse des durées de séjours et une augmentation des besoins de soins prescrits. Ces dépenses représentent 68% de la croissance du poste.

L'absence d'identification individuelle des professionnels de santé dans les établissements publics est un des obstacles à une meilleure connaissance des pratiques en termes de prescriptions.

Un dispositif de régulation de ces dépenses a été voté dans le cadre de la LFSS pour 2010. Ce dispositif pour 2011 n'est applicable qu'aux établissements publics et ESPIC, en raison de la difficulté de repérage des PHEMV pour les établissements privés.

Pour une vision globale, se reporter à la déclinaison régionale des actions nationales de GDR 2011 menées par l'assurance maladie sur ce thème.

4.2. Etat des lieux régional

L'analyse des données de consommation régionales, transmises par la CNAMTS, permet de situer l'évolution régionale 2009 / 2010 des prescriptions hospitalières exécutées en ville en Languedoc-Roussillon à 10,5%.

4.3. Plan d'action régional

AXE 1 : Diffuser les outils d'identification des prescripteurs

Les professionnels de santé salariés n'étaient pas jusqu'ici identifiés en tant qu'individus prescripteurs puisqu'ils ne possédaient pas d'identifiant personnel. L'élaboration du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS), sous l'égide de l'Etat, a permis dans sa première phase l'identification de tous les médecins par un numéro RPPS dont ceux exerçant comme salariés. Le suivi affiné des prescriptions hospitalières exécutées ou délivrées en ville devient ainsi possible par l'Assurance Maladie en utilisant la double identification du prescripteur :

- le n°RPPS du médecin,
- le N°FINESS de l'établissement de santé.

Plusieurs étapes sont nécessaires avant l'utilisation de ce numéro :

- adapter les documents papier : feuille de soins papier et prescriptions médicales,
- adapter les outils de traitement et le système d'information de l'Assurance Maladie,

4.4. Indicateurs de suivi

Indicateurs ARS et Assurance Maladie :

- Taux d'évolution des dépenses des prescriptions hospitalières exécutées en ville.

Le montant des dépenses totales pour 2010 des prescriptions hospitalières exécutées en ville s'établit à **150 647 567 €**.

- mettre à jour les logiciels utilisés pour la télétransmission des feuilles de soins.

AXE 2 : Réguler les dépenses, au travers de la conclusion d'un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQS)

- Identifier les établissements dépassant le taux national prévisionnel,
- Réaliser une réunion d'information sur ce dispositif avec les établissements et les Fédérations,
- Effectuer des visites de sensibilisation auprès des établissements ciblés,
- Contractualiser sous la forme d'un CAQS avec les établissements ciblés,
- Assurer un suivi particulier des établissements sous CAQS,
- Evaluer la réalisation des objectifs,
- Poursuivre et renforcer les actions d'information et de sensibilisation menées par l'assurance maladie.

Indicateurs ARS :

- Taux d'établissements ciblés ayant signés un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins.

5. Imagerie médicale

5.1. Enjeux et finalités

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

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

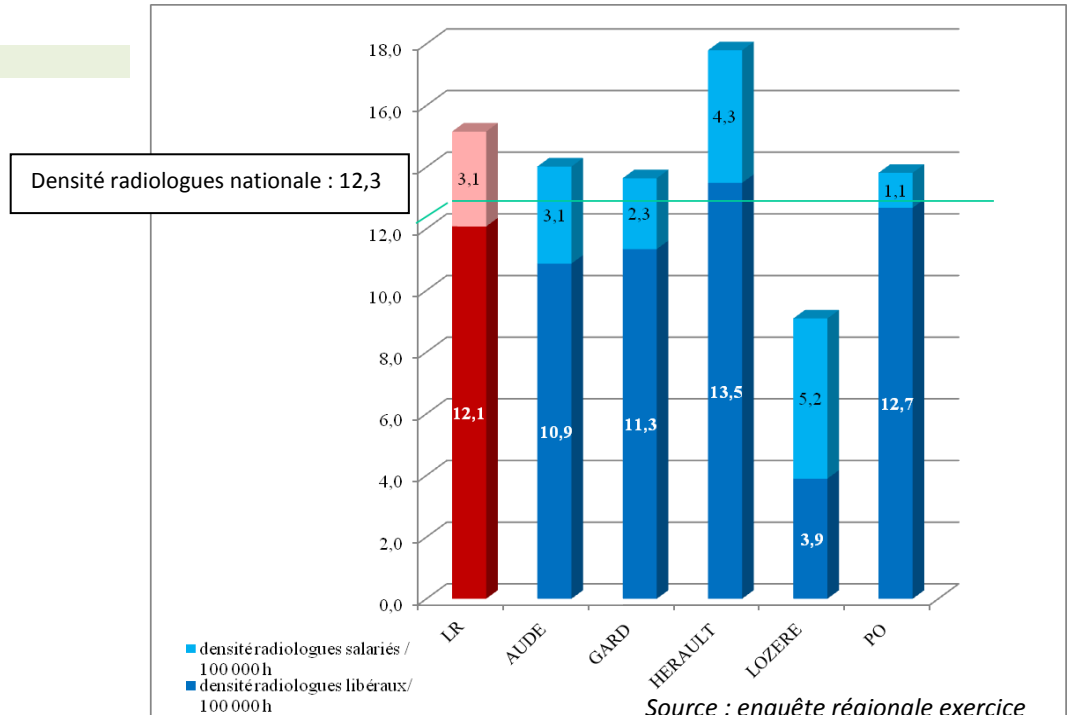
Le délai moyen d'accès aux IRM reste trop élevé et de fortes dispersions inter régionales sont constatées.

Le parc d'équipements lourds, composé à plus de 95% d'équipements de très haut de gamme, avec l'avantage de couvrir l'ensemble du champ des examens possibles mais l'inconvénient d'un coût unitaire important tant à l'investissement qu'au fonctionnement, doit être mis en adéquation avec les examens réalisés conformément aux recommandations sur les indications des examens IRM et SCANNER.

L'exemple le plus notable est l'absence d'IRM à bas champs qui représente 30% de l'équipement de certains pays comparables. Un mixte d'équipement répond mieux en effet à un souci d'efficience.

5.2. Etat des lieux régional

- Une densité de radiologues supérieure à la moyenne nationale.
- Une proportion de radiologues de plus de 55 ans similaire au niveau national (région 33,3% versus 34,1% au national.)
- Une offre de soins en IRM qui se situe dans la moyenne nationale mais en deçà des régions les mieux dotées en 2009 (9,2/million d'habitants).



L'activité d'imagerie en coupe (IRM et scanner) représente 565000 actes en 2009.

- Son évolution est contrastée en région : particulièrement dynamique pour le scanner (> + 10% par an), stationnaire pour l'IRM.
- Les délais d'attente pour le scanner sont satisfaisants sauf cas particuliers alors que les délais d'attente IRM sont trop longs et ceci malgré une bonne productivité globale.
- Il existe des territoires dépourvus d'astreinte IRM en 2010.

Il est réalisé de façon nettement prédominante des examens scanners pour l'imagerie du crâne et son contenu alors que selon le référentiel imagerie HAS (guide de bon usage des examens d'imagerie) seul le traumatisme crânien reste une indication au scanner.

Actes de radiologie conventionnelle remboursés par le régime général (représente 80% de la population du LR)¹ :

- **15 541** radiographies du crâne (LAQK003: radio du crâne et/ou du massif facial selon 1 ou 2 incidences) en 2009 et **15 960** en 2010.
- **49 593** radiographies de l'abdomen sans préparation (ZCQK002 en 2009 et **58 489** en 2010.

¹Source : SIAM ERASME

Données déclaratives issues de l'enquête régionale 2010 auprès des structures autorisées

	SCANNERS	IRM	TEP
Densité autorisée en 2009 par million d'habitants : Région :	19	9,2	1,5
France :	14	10,2	
Nombre d'examens / 1000h/an	182	48,8	3,2
Délai moyen examen urgent (en jours)	0,5	6	2
Délai moyen ex programmé en j	8	28/36*	11
Productivité annuelle moyenne	9900	6400	2800

* Pour cancer / hors cancer

Actes de radiologie conventionnelle² réalisés par les établissements publics de la région en consultation externe (hors urgence) en 2010 :

- 4629 radiographies du crâne,
- 5790 radiographies abdomen sans préparation,
- 21968 radiographies du thorax.

²Source : ATIH

5.3. Plan d'actions régional

AXE 1: Améliorer les pratiques et réguler les dépenses d'imagerie conventionnelle

Diffuser le Guide de bon usage des examens d'imagerie auprès des prescripteurs afin d'inciter les établissements et les professionnels à ne pas réaliser de radiographies conventionnelles du crâne, du thorax ou de l'abdomen, en dehors des quelques indications encore retenues dans les référentiels de la HAS. Les modalités de cette diffusion seront à arrêter en partenariat avec les organismes de l'assurance maladie en région.

AXE 2: Favoriser un développement soutenable des équipements lourds

- Résorber les délais d'attente et permettre l'accès à l'imagerie en coupe non irradiante en particulier des enfants et des pathologies cardiaques, ainsi que la substitution des examens du crâne et son contenu dans le respect des recommandations de bon usage des examens d'imagerie.

- Diffuser le guide de recommandations de bon usage des examens d'imagerie auprès du grand public, des prescripteurs, des réalisateurs d'examens.
- Mettre en place un observatoire des délais d'attente IRM portant sur 2 actes ciblés (crâne et colonne vertébrale).
- Engager les établissements concernés dans le recueil annuel de l'indicateur IPAQSS : conformité des demandes d'examens d'imagerie
- Sécuriser le fonctionnement de certains sites d'imagerie via l'utilisation des techniques de télé-radiologie.
- Mener une réflexion par rapport à la permanence des soins en imagerie.
- Adapter le nombre de TEP (tomographie par émission de positons) pour mieux prendre en charge les cancers dans le respect des SOR (Standards Options et Recommandations) et expérimenter la TEP IRM moins irradiante.

5.4. Indicateurs de suivi du programme

Indicateurs ARS :

- Taux de réalisation de la baisse des actes de radiologie conventionnelle sur 3 topographies sur les actes réalisés en consultations en externes.

- Remontée avant le 15 juin 2011 des niveaux d'objectifs en termes de diversification du parc d'IRM.
- Inscription des ces objectifs dans le SROS-PRS.

6. Chirurgie ambulatoire

6.1. Enjeux et finalités

La France est en retard en matière de chirurgie ambulatoire au regard de la situation des pays de l'OCDE.

L'enjeu est donc de :

- Développer une chirurgie ambulatoire de qualité et efficiente dans le cadre d'une offre territoriale cohérente.
- Promouvoir la chirurgie ambulatoire, notamment au sein des établissements publics.

6.2. Etat des lieux régional

Le Languedoc Roussillon est la région de France qui affiche en 2009 le taux le plus élevé de recours à la chirurgie ambulatoire pour les 17 gestes marqueurs de suivi de la chirurgie ambulatoire (référence CNAMTS). Sur ces 17 gestes, le taux de recours à la chirurgie ambulatoire observé est de 75,9% en 2009 et l'objectif national assigné est de 85% pour 2013.

Trois vagues de Mises Sous Accord Préalable ont été réalisées par l'Assurance-Maladie depuis 2008 : 11 établissements en 2008, 9 autres

- Développer les centres de chirurgie ambulatoire " exclusive " correspondant à une offre de soins intermédiaire entre les structures hospitalières classiques et les cabinets libéraux.
- Optimiser les structures de chirurgie ambulatoire (au niveau des plateaux techniques de chirurgie et de la mutualisation des ressources médicales et paramédicales) et développer des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur la chirurgie.

en 2009 et 10 établissements en 2010-2011. Cette démarche a concerné en priorité la chirurgie du cristallin, les extractions dentaires, la chirurgie des varices, les arthroscopies du genou hors ligamentoplastie, la chirurgie du canal carpien et en 2010 la chirurgie des hernies inguinales.

L'investissement des établissements a porté ses fruits puisque tous les établissements ciblés depuis 2008 ont augmenté leurs taux de chirurgie ambulatoire sur les 17 gestes marqueurs.

6.3. Plan d'actions régional

Objectif stratégique :

Renforcer la pratique de la chirurgie ambulatoire substitutive en particulier dans les établissements publics en :

- proposant des actions d'accompagnement pour le développement de la chirurgie ambulatoire,
- menant des actions incitatives pour développer cette activité (MSAP, sensibilisation des généralistes...).

Objectifs opérationnels :

- Réaliser un état des lieux de la chirurgie ambulatoire dans la région pour notamment identifier les établissements à accompagner,
- Accompagner les professionnels et directeurs d'établissements pour que la chirurgie ambulatoire devienne le paradigme de la prise en charge en chirurgie,
- Poursuivre la Mise Sous Accord Préalable de certains établissements pour un ou plusieurs gestes de la liste des 17 actes marqueurs,
- Organiser un symposium régional.

Liste des 17 gestes

- | | | |
|---|---|---|
| 1) Adénoïdectomies | 7) Chirurgie des bourses | 13) Chirurgie du strabisme (exclusion âge <7ans) |
| 2) Arthroscopie du genou hors ligament plasties | 8) Chirurgie des hernies inguinales | 14) Chirurgie de l'utérus, de la vulve, du vagin et AMP |
| 3) Chirurgie anale | 9) Chirurgie des varices | 15) Coelioscopie gynécologique |
| 4) Chirurgie canal carpien et autres libérations nerveuses (MS) | 10) Chirurgie du cristallin | 16) Extractions dentaires |
| 5) Chirurgie de la conjonctive (ptérygion) | 11) Chirurgie du sein/tumorectomie (hors cancer) | 17) Exérèse de kystes synoviaux |
| 6) Chirurgie de la maladie de Dupuytren | 12) Chirurgie réparatrice des ligaments et tendons (main) | |


6.4. Indicateurs de suivi du programme

Indicateurs ARS :

- Taux de chirurgie ambulatoire des 17 gestes marqueurs,
- Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (toutes les chirurgies).

Indicateurs Assurance Maladie :

- Nombre d'établissements de santé ciblés mis sous accord préalable.



Pour une vision globale, se reporter à la déclinaison régionale des actions nationales de GDR 2011 menées par l'assurance maladie sur ce thème.

7. EHPAD : Qualité et efficacité en EHPAD

Pour une meilleure lisibilité, les 2 programmes nationaux qui portent sur : l'efficacité des EHPAD et l'efficacité de la prescription sont présentés sous le même chapitre.

7.1. Enjeux et finalités

La campagne tarifaire 2011 s'inscrit dans le cadre d'une progression de l'ONDAM médico-social 2011 de +3,8%.

En quatre ans (2006-2010) :

- les crédits consommés de l'Objectif Global de Dépenses (OGD) Personnes Handicapées ont progressé de 25%, passant de 6,7 à 8,4 milliards d'euros,
- ceux également consommés de l'OGD Personnes Agées ont cru de 70% passant de 4,6 à 7,9 milliards d'euros.⁷

L'objectif du programme EHPAD est bien d'améliorer le rapport qualité/coût et donc l'efficacité des établissements. Une focale particulière est portée sur le bon usage du médicament. Il s'agit de remédier au constat d'une iatrogénie médicamenteuse préoccupante chez les personnes âgées qui est à l'origine de 20 % des hospitalisations des plus de 80 ans.

	2006	2010	Taux d'évolution
Crédits consommés de l'OGD Personnes Handicapées	6,7 Mds €	8,4 Mds €	25%
Crédits consommés de l'OGD Personnes Agées	4,6 Mds €	7,9 Mds €	70%

Source : circulaire ministérielle n° DGCS/5C/DSS/1A/2011/160 du 29 avril 2011

⁷ Circulaire interministérielle n°DGCS/5C/DSS/1A/2011/160 du 29 avril 2011

7.2. Contexte régional

Le montant régional des dotations soins pour les EHPAD de la région est de 380 820 371 euros en 2011 (PRIAC 2011).

Le nombre d'établissements s'établit à 374 dont 75 EHPAD en tarif global¹ (détail dans le tableau ci-contre).

11 établissements sont engagés dans l'expérience de réintroduction du médicament (4 établissements dans l'Aude, 3 établissements dans le Gard, 4 établissements dans l'Hérault).

Etat des lieux des EHPAD de la région

	Nbre d'EHPAD	Nbre de lits autorisés	Nbre de PUI autorisées	Nbre EHPAD en tarif global
AUDE	56	4098	16	8
GARD	88	6214	14	36
HERAULT	152	9690	19	26
LOZERE	29	1624	7	3
PO	49	4073	5	2
TOTAL	374	25699	61	75

Source : Finess 2011

7.3. Plan d'action régional

AXE 1 : Suivre et calibrer les dépenses de soins en EHPAD

- Déploiement des systèmes d'information pour permettre le suivi de l'efficacité des EHPAD, dès lors que les outils de suivi des dépenses seront élaborés par le niveau national.

AXE 2 : Améliorer les bonnes pratiques de soins

- Amélioration de la coordination des professionnels de santé et de la qualité de la prise en charge en EHPAD par l'accompagnement de la mise en place des contrats de coordination entre les établissements et les professionnels libéraux.
- Participation de la région au projet inter régional avec les régions Midi Pyrénées et Limousin visant à promouvoir la qualité des prises en charge en EHPAD. Sur la base du volontariat, des EHPAD seront appelées à participer à ce projet qui a notamment pour objectifs d'améliorer :

- l'adéquation de la prescription médicamenteuse et lutter contre la iatrogénie,
 - la prise en charge des troubles psychologiques et/ou comportementaux,
 - la qualité des prises en charge soignantes et des pratiques professionnelles,
 - la qualité de l'alimentation des personnes résidant en EHPAD,
 - la lutte contre les risques infectieux.
- Mise en place de réunions d'informations et d'échanges avec les établissements et les professionnels visant à diffuser les bonnes pratiques professionnelles liées aux soins et à la prise en charge des patients. Ces réunions ont été instaurées au cours du 1^{er} trimestre 2011 au niveau de chaque département, en lien avec l'assurance maladie. Elles ont vocation à se poursuivre afin d'impulser une dynamique d'amélioration des pratiques et de répondre aux souhaits des établissements. Elles permettent de susciter des échanges à partir d'initiatives concrètes mises en œuvre par les professionnels.

- Sensibilisation par l'assurance maladie sur les bonnes pratiques et les référentiels HAS, ANESM (maladie d'Alzheimer, pansements primaires...).
- Elaboration d'une liste préférentielle de médicaments efficace, en lien avec les médecins libéraux et le pharmacien référent.
- Suivi de l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le forfait de soins et construction d'un dispositif de suivi de ces dépenses.

AXE 3 : Inciter les EHPAD à contractualiser sur des objectifs d'amélioration de la prescription et de la coordination des soins

Cette action est liée à la parution du décret sur le contrat d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCOS).

7.4. Indicateurs de suivi du programme

Indicateurs ARS :

- % d'EHPAD ayant mis en œuvre un plan d'action présenté lors des réunions d'informations organisées par l'ARS :
 - Taux régional,
 - Taux de professionnels de santé libéraux médecins intervenant en EHPAD avec contrat.

- % de médecins libéraux intervenant en EHAPD participant à chaque réunion de la commission de coordination gériatrique,
- Taux de participation des EHPAD aux réunions locales sur les bonnes pratiques,
- % d'EHPAD sans PUI ayant élaboré une liste préférentielle de médicaments.

Pour une vision globale, se reporter à la déclinaison régionale des actions nationales de GDR 2011 menées par l'assurance maladie sur ce thème.

8. Soins de Suite et de Réadaptation

8.1. Enjeux et finalité

L'enjeu financier national est estimé à : 11,1 Mds€. Les objectifs de ce programme sont de deux ordres :

- Maîtriser la dépense de soins de suite et de réadaptation (SSR),
- Améliorer la pertinence du recours aux soins de suite et de réadaptation.

8.2. Contexte régional

Le SROS met en évidence une offre de SSR excédentaire et inégalement répartie dans la région, couplée à un taux de recours aux SSR important par les patients de la région.

Des problèmes d'aval ont été identifiés dans certains départements comme la Lozère ou l'Aude où il y a une densité moindre de kinésithérapeutes et pour l'Aude un taux d'équipement en lits

médicalisés pour personnes de plus de 75 ans inférieur à la moyenne nationale.

A noter une hypertrophie des recrutements extra régionaux particulièrement dans les Pyrénées Orientales (Plateau Cerdan) et en Lozère (jusqu'à 89%).

8.3. Plan d'action régional

AXE 1 : Améliorer l'accès aux soins et l'organisation

- Organiser une répartition équilibrée des autorisations d'activité,
- Favoriser le passage de MCO à SSR au travers de la mise en place de l'outil trajectoire,
- Faciliter l'accès direct aux SSR,
- Promouvoir les conventions entre SSR et médico-social.

AXE 2 : Améliorer la qualité et la sécurité des soins

- Fiabiliser le bilan initial de l'état du patient et le bilan de sortie.

AXE 3 : Améliorer l'efficience

- Evaluer la pertinence des séjours et limiter les inadéquations en développant l'utilisation des référentiels HAS.
- Développer l'hospitalisation à temps partiel (HTP), les coopérations avec l'HAD (prise en charge des AVC), les SSIAD et les établissements médico-sociaux.
- Assurer une taille suffisante aux structures.
- Garantir une maîtrise des indicateurs de pilotage d'activité des établissements.
- Déployer la Mise sous Accord Préalable pour l'admission en soins de suite et de réadaptation (ciblage des établissements, mise en œuvre et accompagnement).
- Sensibiliser les établissements MCO sur la MSAP des établissements de soins de suite et de réadaptation.

8.4. Les indicateurs de suivi

Indicateurs ARS :

- Taux d'établissements MSAP par rapport à la cible,
- Taux d'orientation en SSR,
- Taux de recours précoce en MCO,
- Modes de sortie SSR,
- Taux d'entrée directe en SSR,

Pour une vision globale, se reporter à la déclinaison régionale des actions nationales de GDR 2011 menées par l'assurance maladie sur ce thème.

- Taux de fuite,
- Taux d'attractivité.

Indicateurs Assurance Maladie :

- Nombre d'établissements de santé ciblés mis sous accord préalable.

9. PDS et Urgences Hospitalières

Priorité PSRS

Recomposition de l'offre et parcours de santé

9.1. Enjeux et finalités

Ce programme vise à garantir la permanence des soins ambulatoires, tout en maîtrisant son coût. Pour ce faire, les nouveaux modes d'organisation de la PDS doivent être favorisés. De même une articulation doit être mise en place entre la permanence des soins ambulatoires et la prise en charge des urgences hospitalières et pré-hospitalières.

L'enjeu financier au niveau national est de 0,5 Mds € pour la permanence des soins et de 1,910 Mds pour les Urgences Hospitalières.

9.2. Contexte régional

La région se caractérise par une densité de médecins généralistes et spécialistes supérieure à la moyenne nationale ; néanmoins la moyenne d'âge des praticiens est élevée : 45 % d'entre eux ont plus

de 55 ans et des territoires de l'arrière pays languedocien sont sous dotés en médecins et auxiliaires médicaux. Cette problématique va peser sur l'organisation de la permanence des soins ambulatoire et des établissements sanitaires.

On assiste de plus à une hausse supérieure à 50% des passages aux urgences entre 2005 et 2009 (SAE).

Au niveau des établissements les problèmes se retrouvent : accessibilité géographique et financière (accès au secteur 1) de la

PDSES insuffisante dans certains territoires, lignes de gardes et astreintes à rationaliser.

9.3. Plan d'action régional

AXE 1 : Elaborer un diagnostic sur l'état actuel de la permanence des soins

Inventorier l'organisation actuelle de la permanence des soins :

- Organisation de la régulation,
- Territoires couverts par les astreintes,
- Interventions réalisées dans ces territoires en horaires de PDS.

AXE 2 : Mettre en place le cahier des charges régional d'organisation de la PDS et de ses déclinaisons territoriales :

- Animer les CODAMUPS-TS,
- Définir des territoires de PDS,
- Inventorier les leviers de mutualisation et de coordination ville/Hôpital,
- Organiser la régulation des appels d'urgence et des appels de permanence des soins,
- Mettre en place les nouvelles modalités de rémunération de la PDS.

AXE 3 : Suivi des dépenses de PDS et des urgences hospitalières

- En particulier : suivi de la rémunération adaptée aux contraintes régionales et favorisant la participation des professionnels de santé sur le territoire.
- Identification d'outils budgétaires permettant de favoriser la mutualisation de l'offre de soins dans le cadre de la PDS, notamment avec l'offre hospitalière.

9.4. Indicateurs de suivi du programme













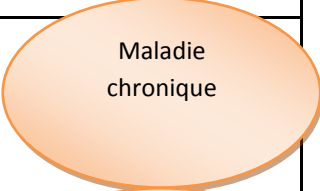





















Indicateurs ARS :

- Part des actes régulés,
- Taux de respect de l'enveloppe des rémunérations forfaitaires PDS.




















Tableau de synthèse des priorités nationales de GDR pilotées par l'ARS en lien avec l'Assurance Maladie

Programme	Actions à réaliser	Enjeux financier national 2009	Economies nationales attendues 2011
Transports sanitaires	Réguler les dépenses liées aux prescriptions hospitalières de transports sanitaires exécutées en ville, au travers notamment de la contractualisation. Promouvoir et développer des expérimentations locales permettant le développement des modes de transports sanitaires partagés et plus économes. Réguler des autorisations délivrées aux transporteurs.	3,6 Mds €	90 M€
Prise en charge IRC	Dépistage de l'IRC / Développement de la dialyse péritonéale / Développement des greffes rénales.	4 Mds €	100 M€
Liste en sus	Contrôle des établissements de santé ciblés / Contrôle du respect des engagements du contrat de bon usage.	4 Mds €	90 M€
PHMEV	Identification des prescripteurs hospitaliers / Contractualisation avec les établissements de santé ciblés.	6 Mds €	60 M€
Imagerie médicale	Réguler les dépenses d'imagerie conventionnelle / Favoriser un développement soutenable des équipements lourds.	4,1 Mds €	60 M€
Chirurgie ambulatoire	Accompagnement des professionnels au travers de la MSAP / Actions sur l'organisation. Développement des centres de chirurgie ambulatoire exclusive.	50 M€	50 M€
EHPAD : qualité et efficience	<u>Efficience des EHPAD :</u> Améliorer la coordination des PS intervenant en EHPAD / Diffuser les bonnes pratiques / Développer les SI / Construire un dispositif d'évaluation. <u>Prescriptions dans les EHPAD :</u> Réintégrer les médicaments dans le forfait de soins. Préparer / Calibrer le passage du tarif partiel au tarif global des EHPAD. Elaborer une liste préférentielle des médicaments, concertée avec les médecins libéraux. Renforcer et diffuser les bonnes pratiques professionnelles en EHPAD.		Favoriser une organisation et une utilisation des ressources efficients dans les EHPAD. Maîtriser la dynamique des prescriptions en EHPAD.
SSR	Mise en œuvre de la réforme réglementaire SSR, dans un cadre budgétaire contraint / Mise en œuvre d'une politique efficiente et maîtrisée du SSR.		Respecter les enveloppes SSR définies dans l'ONDAM.
PDS et urgences	Réaliser un état des lieux de la PDS / Mettre en place un cahier des charges régional de la PDS.		Maîtriser la progression des dépenses ambulatoires de PDS ambulatoire et d'urgences hospitalières (<3% / an).

Tableau synoptique par thématique situant les complémentarités pour les 10 thématiques nationales avec le plan national UNCAM et le PSRS

PRGDR	Actions nationales GDR 2011 pilotées par l'ARS en lien avec l'Assurance Maladie			Plans nationaux de GDR de l'UNCAM			Focus PSRS
Thèmes	Priorités			Actions nationales déclinées régionalement par l'Assurance Maladie			
Transports sanitaires	Mise en œuvre du CAQS	 	p. 12	Accompagnement des établissements dans le cadre de la MMH		p.41	 Qualité des prescriptions à l'hôpital
	Expérimentation de nouveaux modes d'organisation	 					
	Autorisation ambulances						
IRC	Dépistage de l'IRC	 	p.15	Accompagnement des médecins spécialistes et généralistes libéraux			 Maladie chronique
	Développement de la dialyse péritonéale						
	Développement des greffes rénales	 					
Dispositif de régulation des produits de santé de la liste en sus	Contrôle avec les établissements de santé ciblés	 	p.17	Accompagnement des établissements			 Qualité des prescriptions à l'hôpital
	Contrôle du respect des engagements du contrat de bon usage	 					
Prescriptions hospitalières des médicaments exécutés en ville	Identification des prescripteurs hospitaliers	 	p.18	Visites des services hospitaliers		p.35	 Qualité des prescriptions à l'hôpital
	Contractualisation avec les établissements de santé ciblés	 					
Imagerie médicale	Réguler les dépenses d'imagerie conventionnelle	 	p.20	Accompagnement des établissements et des professionnels		p.34	 Performance / Prises en charge
	Favoriser un développement soutenable des équipements lourds	 					



Chirurgie ambulatoire	Accompagnement des professionnels au travers de la MSAP	 	p.23	Accompagnement des professionnels au travers de la MSAP		p.36	Performance / Prises en charge
	Elaboration d'un plan d'action de la chirurgie ambulatoire par les ARS	 					
Efficience des EHPAD	Réintégrer les médicaments dans le forfait de soins	 	p.25	Accompagnement des EHPAD		p.35	Amélioration de la prise en charge de l'Alzheimer
	Elaborer une liste préférentielle des médicaments, concertée avec les médecins libéraux	 					
	Renforcer et diffuser les bonnes pratiques professionnelles en EHPAD	 					
Soins de Suite et de Réadaptation	Mise en œuvre de la réforme réglementaire SSR, dans un cadre budgétaire contraint		p.28	Accompagnement concernant les SSR et les services MCO prescripteurs.		p.36	Recomposition de l'offre et parcours de santé
	Mise en œuvre d'une politique efficiente et maîtrisée du SSR						
	MSAP SSR	 					
PDS et Urgences Hospitalières	Réaliser un état des lieux de la PDS		p.29				Recomposition de l'offre et parcours de santé
	Mettre en place un cahier des charges régional de la PDS						

 **Actions ARS**
 **Actions Assurance Maladie**

4. La déclinaison régionale des actions nationales de gestion du risque 2011 de l'Assurance Maladie.

1. Accompagnement des professionnels de santé et des établissements

1.1. Contexte

Les thèmes 2011 s'inscrivent dans le cadre des objectifs de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2011, du contrat Etat-UNCAM, du plan GDR de l'UNCAM et également des 10 priorités GDR ARS qui font l'objet d'une contractualisation entre l'Assurance Maladie et l'ARS.

Le programme 2011 confirme le renforcement des actions d'accompagnement, notamment dans les établissements de santé sur les prescriptions hospitalières exécutées en ville avec la mise en œuvre de nouveaux outils de régulation des dépenses.

1.2. Finalité

Les programmes permettant de poursuivre et développer la maîtrise médicalisée reposent sur des actions d'information et de sensibilisation

et la remise d'outils, de mémos et de recommandations, ainsi que de relevés de situation du professionnel de santé.

1.3. Accompagnement des professionnels de santé libéraux

Pour les médecins généralistes, l'accent est mis en 2011 sur les messages relatifs aux médicaments déjà portés auparavant (inhibiteurs de la pompe à protons IPP, anti-hypertenseurs, antibiotiques et statines) mais aussi sur de nouvelles classes thérapeutiques comme les antalgiques (voir § 2). Par ailleurs, les arrêts de travail et les transports (voir §4) constituent avec le médicament la part la plus importante des économies attendues sur la maîtrise médicalisée en 2011 (256 M€ pour les médicaments, 75 M€ pour les arrêts de travail, 90M€ pour les transports).

L'accompagnement des médecins libéraux en termes de prévention se poursuit sur les dépistages des cancers du sein et du cancer colorectal ainsi que sur la prévention de la désinsertion professionnelle et la prévention cardio-vasculaire.

Les autres thèmes traités sont la prise en charge de la dépression (voir §5), la prescription des antalgiques, la promotion des référentiels de masso-kinésithérapie, l'imagerie médicale.

D'autres thèmes sont à l'étude : l'insuffisance cardiaque, la broncho-pneumopathie chronique obstructive, les antibiotiques utilisés dans l'infection urinaire...

Concernant le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) signé entre le médecin et l'Assurance Maladie, l'objectif 2011 est d'aider les médecins signataires (663 dans la région en septembre 2010) à atteindre les objectifs contenus dans le CAPI.

Des visites auprès des autres professionnels de santé libéraux sont prévues :

- auprès des médecins spécialistes : les radiologues sur les radiographies inutiles, les cardiologues sur les antiagrégants

plaquettaires, les prescripteurs d'anti-TNF alpha, les pédiatres sur les affections respiratoires et sur l'amélioration du dépistage et de la prise en charge de l'obésité,

- auprès des autres professionnels de santé : les masseurs kinésithérapeutes pour l'information sur la montée en charge de la nouvelle réglementation des accords préalables (référentiels de masso-kinésithérapie), les pharmaciens sur les génériques, les infirmières pour l'information sur un nouvel avenant conventionnel, les sages-femmes sur les facteurs de risque de la grossesse.

1.4. Accompagnement des établissements

L'Assurance Maladie poursuit ses campagnes d'accompagnement des hôpitaux qui ont permis de créer les conditions de dialogue avec les établissements et la diffusion des messages favorisant l'efficacité des soins. A partir de 2011, 10 000 visites de services hospitaliers sont prévues au niveau national et 350 pour le Languedoc-Roussillon. Ces visites vont s'élargir également aux établissements privés.

*Une des 10 priorités
GDR pilotées par
l'ARS en lien avec
l'Assurance Maladie*

1.4.1. Maîtrise médicalisée des prescriptions hospitalières exécutées en ville

Les visites dans les services hospitaliers se poursuivent et se concentrent sur les prescriptions hospitalières exécutées en ville. Les thèmes transports et médicaments seront portés prioritairement afin de favoriser l'atteinte des objectifs de maîtrise médicalisée et les objectifs contenus dans les nouveaux contrats signés

par les établissements. Ces visites seront également l'occasion de promouvoir les durées de référence des arrêts de travail et les référentiels de bon usage des radiographies.

Il s'agit notamment de sensibiliser les médecins spécialistes hospitaliers, leaders d'opinion sur leur territoire, aux messages portés aux médecins généralistes.

1.4.2. Accompagnement des EHPAD

L'objectif est de sensibiliser les EHPAD à la démarche de gestion du risque et les inciter à mettre en œuvre des actions visant à l'amélioration de la qualité de prise en charge des résidents et à son efficacité en s'appuyant sur des recommandations HAS, l'ANESM, ...

*Une des 10 priorités
GDR pilotées par
l'ARS en lien avec
l'Assurance Maladie*

Les thèmes abordés sont :

La maladie d'Alzheimer et l'agitation aiguë du patient ;
Les pansements primaires dans le traitement des plaies chroniques ;
La promotion de la transmission informatisée aux caisses primaires des listes de patients résidant en EHPAD.

Une des 10 priorités
GDR pilotées par
l'ARS en lien avec
l'Assurance Maladie

1.4.3. Accompagnement concernant les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

L'optimisation du parcours de soins des patients est une des sources d'efficacité du système de santé français. Afin d'éviter les inadéquations d'hospitalisation en SSR, le prescripteur de soins de masse-kinésithérapie doit se conformer aux recommandations établies par la Haute Autorité de Santé afin d'apprécier l'opportunité de recourir pour la rééducation de son patient, à une prise en charge ambulatoire ou en établissement de soins de suite et de réadaptation.

La promotion de ces recommandations a eu lieu une première fois en 2008 au travers d'échanges confraternels avec l'ensemble des chirurgiens orthopédistes et des médecins spécialistes de médecine physique et de réadaptation, puis en 2009 dans le cadre de la Maîtrise médicalisée à l'Hôpital.

En 2011, après l'envoi d'un courrier d'information aux établissements privés et publics dont les patients sont orientés en SSR afin de leur rappeler ces recommandations, il est prévu de mettre en œuvre, suite à la réalisation de certains gestes chirurgicaux ou orthopédiques, une procédure d'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie avant l'admission en soins de suite et de réadaptation.

Une des 10 priorités
GDR pilotées par
l'ARS en lien avec
l'Assurance Maladie

1.4.4. Mise sous accord préalable de prestations d'hospitalisation en vue du développement de la chirurgie ambulatoire (MSAP)

Une des 10 priorités
GDR pilotées par
l'ARS en lien avec
l'Assurance Maladie

La France se classe parmi les pays de l'OCDE les plus en retard en matière de développement de la chirurgie ambulatoire. La mise sous accord préalable consiste à choisir des établissements de santé en retard dans ce domaine et de conditionner à un avis du service médical de l'Assurance Maladie l'accueil d'un patient pendant au moins une nuitée pour des actes couramment pratiqués en ambulatoire.

Ce thème faisant partie des priorités GDR ARS, la mise en œuvre de cette procédure est réalisée en relation étroite avec l'ARS.

L'objectif national est de 200 établissements mis sous accord préalable. Dix établissements ont été ciblés dans la région pour une MSAP de 4 mois sur des gestes tels que l'arthroscopie du genou, la chirurgie des varices, la chirurgie du cristallin, les hernies inguinales et les extractions dentaires.

1.4.5 Mise sous accord préalable de prestations d'hospitalisation hors chirurgie ambulatoire (MSAP)

Cette démarche est liée aux questions qui se posent sur la pertinence de certaines hospitalisations ou de certains actes après la mise en place de la tarification de l'activité en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

Les objectifs sont :

- l'harmonisation des pratiques médicales
- le respect de la tarification
- la diminution des hospitalisations non justifiées.

Cinq établissements ont été ciblés dans la région pour être mis sous accord préalable sur une période de 4 mois en 2011 sur les actes de chirurgie digestive de l'obésité ainsi que sur les actes de chirurgie réparatrice et reconstructrice.

Pour l'année 2011, cette action ne concerne que les patients du régime général (hors sections locales mutualistes).

Pour les hospitalisations en rapport avec ces deux actes chirurgicaux, les praticiens doivent faire une demande d'accord au niveau du service médical de l'Assurance Maladie.

2. Médicaments et dispositifs médicaux

2.1. Contexte

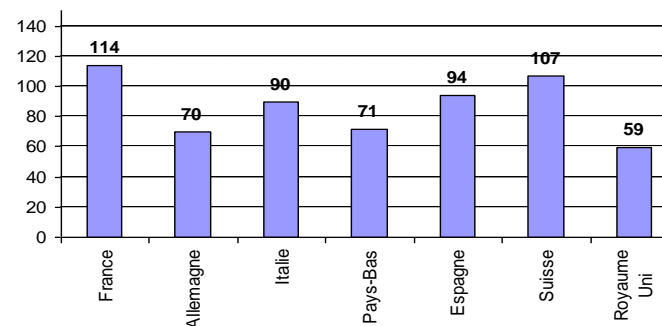
La consommation française de médicaments se situe à un niveau élevé, tant en comparaison européenne que mondiale. Cette situation résulte de la combinaison de deux facteurs : d'une part, des volumes de consommation qui restent pour la plupart des classes thérapeutiques parmi les plus importantes ; d'autre part, des traitements souvent plus onéreux en moyenne que dans les autres pays du fait de l'utilisation plus fréquente des molécules les plus récentes et donc les plus chères sans que le recours à ces molécules soit nécessaire.

Classes thérapeutiques : Antidiabétiques oraux, Antibiotiques oraux, Anti-asthmatiques, Hypocholestérolémiants, Produits de l'HTA, Antidépresseurs, Tranquillisants, IPP

2.2. Finalité

Les visites des DAM et les échanges confraternels visent à un meilleur respect des recommandations scientifiques avec à la clé une diminution des traitements inutiles et l'optimisation de la dépense.

Coût moyen par habitant sur 8 classes, 2009



2.3. Descriptif des actions

Antalgiques

La priorité a été donnée au thème antalgique du fait du retrait du dextropropoxyphène programmé au 1^{er} mars 2011.

Les objectifs sont :

- d'informer les professionnels de santé des modalités de substitution du dextropropoxyphène chez les patients traités pour douleurs chroniques,
- d'améliorer le recours aux antalgiques selon l'intensité de la douleur lors des initiations de traitement,
- d'optimiser la prescription des antalgiques de palier II.

– Anti-agrégants plaquettaires

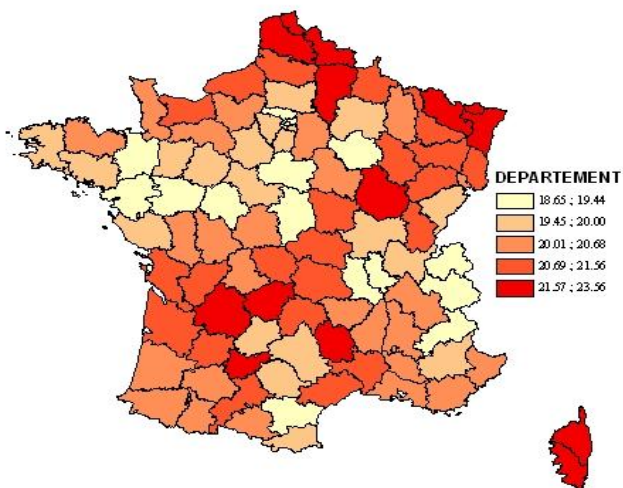
Il s'agit d'encourager l'utilisation de l'aspirine à faible dose en lien avec les recommandations de la HAS de 2007 concernant la maladie athéromateuse : augmenter la proportion de patients sous aspirine seule ou associée à un autre AAP, diminuer la durée des bithérapies lors de la pose de stents et enfin favoriser la substitution de clopidogrel.

– Antibiotiques

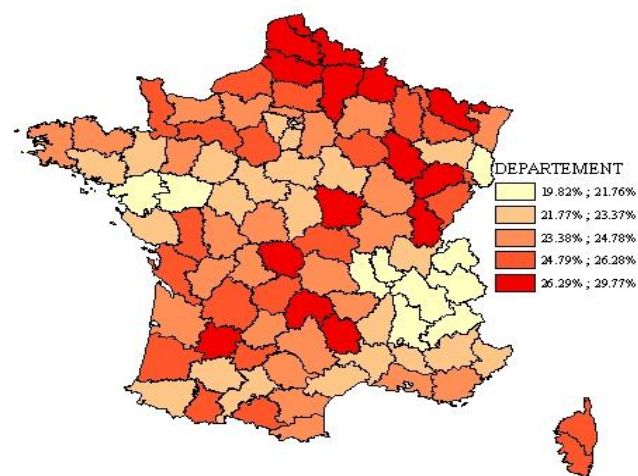
La forte prescription d'antibiotiques reste un problème majeur de santé publique, et plus particulièrement en Languedoc-Roussillon.

Prescriptions des omnipraticiens de janvier à mai 2010 (Régime Général y compris Section Locale Mutualiste)

Montant moyen d'antibiotiques prescrit par patient traité standardisé



Taux de patients traités par antibiotiques standardisé



Ce programme vise à diminuer le phénomène de résistance qui existe à l'heure actuelle en évitant les prescriptions inappropriées. Les actions sur les maladies respiratoires (affections ORL des jeunes enfants notamment) continuent pendant que d'autres actions sont initiées vers de nouvelles cibles (pathologies urinaires par exemple). Cette démarche s'inscrit en complémentarité de la diffusion du Test de Diagnostic Rapide (TDR) de l'Angine auprès des médecins libéraux (généralistes, pédiatres, ORL) et dans les établissements. Ce test permet une identification rapide du caractère viral ou non. L'Assurance Maladie assure la promotion, la diffusion et le financement de ces tests.

Des visites DAM auprès des médecins généralistes ainsi que des échanges confraternels auprès des pédiatres sont programmés.

- Statines

Ce programme vise à permettre aux médecins de mieux adapter leur prescription à la situation de leur patient. Des visites sont prévues

portant sur l'ensemble des statines commercialisées : le rappel de l'AMM, l'évaluation de la HAS, les risques d'interactions médicamenteuse identifiés par l'AFSSAPS.

- Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP)

L'objectif est de limiter les volumes en lien avec les recommandations médicales notamment en ce qui concerne l'association IPP-AINS chez les patients ne présentant pas de facteurs de risque. Il s'agit également de rappeler l'équivalence d'efficacité des produits et d'informer sur les doses à prescrire afin d'optimiser la prescription.

- Antidiabétiques

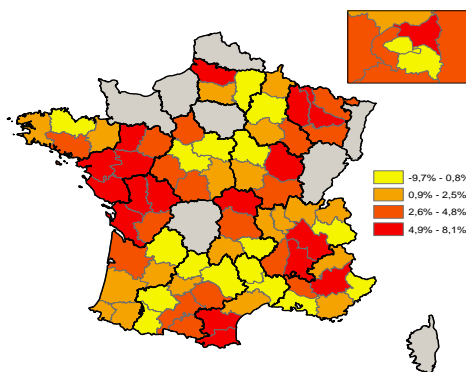
L'action vise à augmenter le suivi des recommandations de la HAS sur les instaurations de traitement et la stratégie de prise en charge.

3. Les arrêts de travail

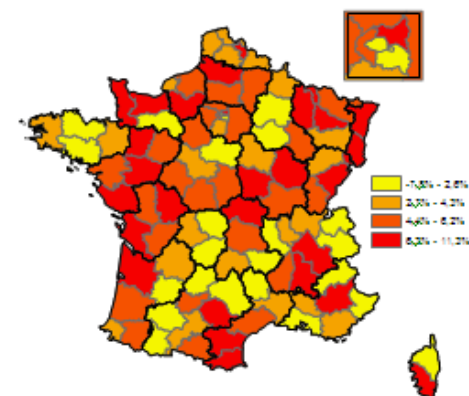
3.1. Contexte

Le nombre de jours d'arrêts de travail a augmenté de 2% en 2010 par rapport à 2009 au niveau régional et de 2,5% au niveau national. En montant, la croissance a été de 4,7% au niveau régional et de 4,3% au niveau national. Ces données du régime général illustrent l'intérêt qu'il convient de porter au thème des arrêts de travail.

Nombre d'IJ remboursés (Maladie + AT/MP)
Taux PCAP CJO - CVS à fin décembre 2010
Régime général hors SLM - Tous prescripteurs



Montants remboursés d'IJ (Maladie + AT/MP)
Taux PCAP CJO-CVS à fin décembre 2010
Régime général hors SLM - Tous prescripteurs



3.2. Finalité

L'enjeu est de maîtriser la croissance du nombre d'arrêts de travail maladie et AT/MP tous prescripteurs et ainsi diminuer les dépenses en indemnités journalières. L'action vise à améliorer la prescription

d'arrêts de travail et en réduire l'hétérogénéité en veillant au respect de la justification médicale et des conditions administratives.

3.3. Descriptif des actions

Selon la démarche adoptée et la cible, ces actions peuvent être scindées en deux volets :

- Médecins et employeurs :
 - Echanges confraternels
 - Visites des délégués de l'assurance maladie (DAM) avec remise de mémos comportant des durées indicatives d'arrêts de travail pour certaines pathologies
 - Mise sous accord préalable des médecins les plus prescripteurs
 - Contrôle de la mention des éléments médicaux justifiant l'arrêt de travail
- Assurés :
 - Contrôle du respect du délai d'envoi des arrêts de travail
 - Contrôle du respect du parcours de soin (prescripteurs des prolongations)
 - Contrôle de la présence du patient à son domicile aux heures de sortie non autorisée
 - Contrôle de la justification de l'arrêt lors d'arrêts répétitifs
 - Contrôle des arrêts de travail de plus de 45 jours, puis sur des durées allant jusqu'à 32 mois
 - Examen particulier des arrêts atteignant plus d'un an avec attribution éventuelle d'une pension d'invalidité

4. Les transports

4.1. Contexte

Compte tenu des enjeux financiers, les transports sanitaires constituent depuis plusieurs années une des priorités de l'assurance maladie.

Avec une évolution de montants remboursés de l'année 2010 par rapport à 2009 de 6,8% au niveau régional pour une augmentation de 5,4 % au niveau national (données régime général), le thème des transports reste préoccupant.

4.2. Finalité

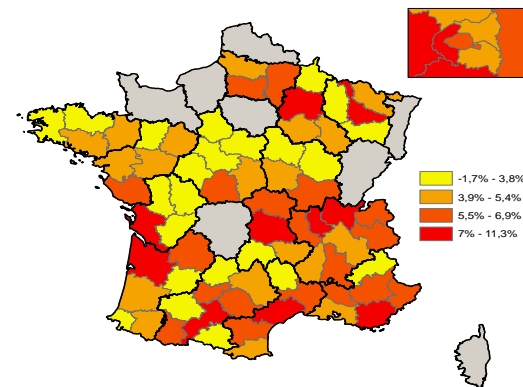
Améliorer la prise en charge et réduire les dépenses remboursées par l'Assurance Maladie.

4.3. Description des actions

- Accompagnement et sensibilisation des établissements (en 2010, au niveau national 66% des dépenses de transport ont été prescrites par les établissements et 57,9 % pour la région Languedoc-Roussillon).
- Campagne des délégués de l'Assurance Maladie (DAM) auprès des médecins libéraux avec rappel de la réglementation sur les transports et remise de mémos.
- Des contrôles de facturations permettront de vérifier :
 - la justification médicale du mode de transport utilisé selon le référentiel médical de prescription des transports (arrêté du 23/12/2006)
 - le lien avec une ALD exonérante ou non, ainsi que la justification médicale de la destination prescrite.
 - l'adéquation entre le mode de transport prescrit par le médecin et le mode de transport effectué
 - l'adéquation de la facturation par rapport à la prescription.

Une des 10 priorités
GDR pilotées par
l'ARS en lien avec
l'Assurance Maladie

Montants remboursés de transports
Taux PCAP CJO-CVS à fin décembre 2010
Régime général hors SLM - Tous prescripteurs



5. Pathologies chroniques et affections de longue durée

5.1. Patients en affection de longue durée (ALD)

5.1.1 Contexte

Les patients en ALD pour des pathologies chroniques sont ceux dont le besoin de soins et donc la consommation sont les plus importants. Leurs dépenses représentent plus de 60% des dépenses de l'Assurance Maladie et participent de façon importante à leur croissance. Les référentiels médicaux nationaux ou internationaux ne sont pas toujours respectés. Or, une meilleure prise en charge pourrait prévenir ou retarder les complications liées aux maladies chroniques, améliorer la qualité de vie des patients atteints de ces affections et rendre plus efficiente leur consommation de soins.

5.1.2 Finalité

- Développer l'accompagnement des malades atteints de maladies chroniques

- Accroître le rôle de la médecine de premier recours pour améliorer la prise en charge des patients
- Responsabiliser le patient, limiter les incidents, prévenir l'aggravation.

Ce qui précède doit permettre une meilleure maîtrise des dépenses par une prise en charge plus efficiente.

5.1.3 Descriptif des actions

- Envoi de plaquettes *La prise en charge de votre affection de longue durée*
- Contrôle de la prescription au titre de l'exonération du ticket modérateur pour les patients en ALD, notamment en amont du remboursement (liquidation médicalisée a priori par le RSI).

5.2. Le diabète

5.2.1. Contexte

L'accompagnement des maladies chroniques est une priorité de santé publique désormais inscrite dans plusieurs lois en France (article 91 de la LFSS 2007 et loi HPST).

L'éducation thérapeutique est l'un des moyens permettant d'améliorer la prise en charge des personnes atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques. Elle correspond à une demande forte

des patients et des professionnels de santé parfois démunis face au phénomène long et évolutif des maladies chroniques.

5.2.2. Finalité

Par ses actions, l'Assurance Maladie vise l'amélioration de la qualité de vie des malades chroniques et le renforcement de la prévention des complications, grâce à un accompagnement dans leur vie quotidienne.

5.2.3. Descriptif des actions

Le programme Sophia est proposé par le régime général aux personnes atteintes de maladies chroniques. Il s'adresse dans un premier temps aux personnes atteintes de diabète dans 20 départements dont celui de l'Hérault pour le Languedoc-Roussillon. Il consiste en un accompagnement personnalisé selon l'état de santé du patient, ses habitudes de vie et ses besoins, afin de l'aider à devenir acteur de sa santé (coaching), en relais de l'action du médecin traitant.

A cet effet, des appels sortants portant sur les règles d'hygiène et de diététique, l'activité physique, les conseils nutritionnels... sont effectués par des infirmières spécialement formées aux techniques d'accompagnement, auprès des patients diabétiques ayant librement adhéré à ce dispositif. Des outils pédagogiques (brochures, magazines, site internet) sont également à la disposition des adhérents.

De son côté, le RSI lance **RSI diabète** et propose aux patients des séances d'éducation thérapeutique (ETP) sur le secteur de Narbonne (structure Audiab) et du Grand Montpellier (CHU).

5.3. La dépression

Il existe un écart important entre les recommandations de bonne pratique et la pratique réelle dans le traitement de l'Episode Dépressif Caractérisé (EDC). Le nombre de faux diagnostics de dépression est élevé alors que la recherche d'idéation suicidaire n'est pas faite chez la moitié des patients. La prévalence annuelle de l'EDC est estimée à 7,8% de la population générale.

Les objectifs sont de :

- rappeler les points forts du diagnostic et ceux de la prise en charge de l'EDC afin d'améliorer l'identification et la prise en charge globale de la maladie,
- améliorer l'efficacité de cette prise en charge avec notamment une meilleure utilisation des médicaments antidépresseurs.

5.4. Les risques cardio-vasculaires

Plus de la moitié des patients de 60 ans et plus sont hypertendus et les études cliniques ont clairement démontré que la correction de l'hypertension artérielle s'accompagnait d'une diminution des risques de complications vasculaires et de mortalité. Par ailleurs, l'hypertension artérielle (HTA) est sous diagnostiquée et sous-traitée. L'objectif est d'améliorer la prise en charge du patient hypertendu et de le responsabiliser afin de limiter les incidents et de prévenir l'aggravation des pathologies.

Les actions sont de deux ordres selon qu'elles s'adressent aux professionnels ou aux assurés.

Actions à destination des professionnels de santé :

- Echanges confraternels
- Visites des DAM pour une présentation des recommandations relatives à la prise en charge du patient hypertendu systolique léger à modéré à partir de l'âge de 60 ans

Actions à destination des patients :

- Organisation d'ateliers d'éducation thérapeutique (MSA)
- Séances d'éducation thérapeutique par une équipe pluridisciplinaire (RSI)
- Envoi de plaquettes d'information ciblée.

5.5. L'ostéoporose

L'action concernant ce thème poursuit un double enjeu :

- des actions de santé publique :
 - Améliorer la prise en charge diagnostique, thérapeutique et le suivi des patients atteints d'ostéoporose en vue de limiter les complications et les risques liés aux fractures vertébrales et extra vertébrales, en particulier celle du col du fémur.
 - Promouvoir les recommandations de bonnes pratiques émises par la HAS tant en matière de prescription de l'ostéodensitométrie que dans le choix thérapeutique.
 - Promouvoir les formes génériques dans leurs indications.
 - Sensibiliser les prescripteurs au problème de l'observance du traitement.

Les programmes de maîtrise médicalisée et les actions de sensibilisation et de pédagogie menées auprès des professionnels de santé sont prolongés par des actions d'information délivrées aux assurés.

6.1. Vaccination

6.1.1. Contexte

La couverture vaccinale reste insuffisante et variable selon les tranches d'âges, notamment pour le ROR, l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite pour les adultes, ainsi que le BCG pour les

- des enjeux économiques :

- Optimisation de la prescription de l'ostéodensitométrie
- Optimisation de la prescription médicamenteuse

Des actions sont envisagées sur d'autres pathologies comme la Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) en fin d'année 2011.

6. Prévention

Les régimes d'Assurance Maladie concourent aux orientations nationales déterminées par les lois de santé publique et les plans en découlant.

enfants à risque d'exposition. On assiste à une persistance ou une réapparition de foyers épidémiques de pathologies à prévention (rougeole, hépatite A, coqueluche).

6.1.2. Finalité

Faire progresser la couverture vaccinale de la population tous âges confondus par la mise en œuvre d'actions de sensibilisation.

6.1.3. Actions programmées et/ou lancées

■ La vaccination Rougeole-Oreillon-Rubéole (ROR)
L'objectif de santé publique, fixé par l'Organisation Mondiale de la Santé et décliné au niveau national dans le plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitales, est de permettre l'interruption de la transmission des trois maladies par :

- l'augmentation de la couverture vaccinale à 2 doses des enfants avant l'âge de 2 ans, qui doit atteindre au moins 95 % pour la première dose et 80 % pour la seconde.
- Le rattrapage des sujets réceptifs (adolescents et jeunes adultes).

En 2010, la couverture vaccinale dans le Languedoc-Roussillon à 24 mois est estimée à 80% contre 87 % au niveau national.

Depuis plusieurs années, la vaccination ROR fait l'objet d'actions spécifiques menées ou relayées par l'Assurance Maladie. Dans le contexte actuel de recrudescence de la rougeole, et afin de favoriser la vaccination, le dispositif de gratuité de la prise en charge du vaccin par le Régime Général qui était de 12 mois à 13 ans a été étendu à 17 ans révolus depuis le 30 octobre 2010.

Des actions de sensibilisation sont faites dans le cadre de l'accompagnement de la femme enceinte et du suivi du jeune enfant et il a été décidé au niveau régional, de lancer une action de sensibilisation des médecins par les délégués de l'Assurance Maladie (DAM).



■ La vaccination anti-grippale :

Le taux de vaccination de la campagne 2009 était de 60,2 % des bénéficiaires du vaccin pour le Régime Général (53,9 % pour le RSI). Pour la saison 2010-2011, la campagne de vaccination s'est déroulée du 20 septembre 2010 au 31 janvier 2011 et, conformément à la stratégie vaccinale définie par le Haut Conseil de la santé publique, l'Assurance Maladie a pris en charge à 100 % le vaccin antigrippal pour :

- les personnes âgées de 65 ans et plus.
- les personnes - quel que soit l'âge - atteintes de certaines affections de longue durée (ALD)
- les personnes - quel que soit l'âge - atteintes de tous types d'asthme ou de broncho-pneumopathie chronique obstructive (ne relevant pas d'une ALD).
- les enfants et adolescents de 6 mois à 18 ans, dont l'état de santé nécessite un traitement prolongé par l'acide acétylsalicylique (syndrome de Kawasaki compliqué et arthrite chronique juvénile).
- les médecins généralistes, les infirmier(e)s et les sages-femmes exerçant une activité libérale

■ Promotion de la vaccination antitétanique :

La MSA mène une action de vérification de l'ancienneté de la vaccination lors de visites des médecins du travail et incitation si nécessaire.

6.2 Dépistage organisés des cancers

6.2.1. Contexte

Les programmes de dépistage du cancer du sein et du colon se poursuivent.

Le taux de participation régional du dépistage du cancer du sein a été sur l'année 2009 proche des résultats nationaux avec 53,9% au niveau régional et 53% au niveau national (données INVS).

Le taux de participation du dépistage du cancer colo-rectal sur la campagne 2009-2010 est de 28,2% au niveau régional contre 34% au niveau national avec une grande diversité départementale puisque le taux varie de 19,6% pour l'Aude à 41,5% pour les Pyrénées-Orientales (données INVS).

Le plan cancer 2009-2013 a d'ailleurs fait de l'augmentation de 15% de la participation au dépistage organisé, une de ses ambitions phares.

6.2.2. Objectifs

Le plan cancer 2009-2013 a fait de l'augmentation de 15% de la participation au dépistage organisé, une de ses ambitions phares.

Les régimes d'Assurance Maladie continuent à favoriser le dépistage des cancers, par des actions d'informations des assurés et des professionnels, afin d'augmenter le taux de participation aux dépistages organisés et de réduire les inégalités régionales constatées

en ce domaine. Un effort particulier sera proposé pour sensibiliser les personnes les plus éloignées du système de soins.

6.2.3. Descriptif de l'action

■ Campagnes

Elles concernent les dépistages suivants :

- cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans
- cancer colo rectal pour les hommes et femmes de 50 à 74 ans.

■ Modalités d'examens

- Réalisation d'une mammographie chez un radiologue agréé.
- Pour le dépistage du cancer du colon, test au gaiac remis au patient par le médecin traitant ou envoyé par courrier.

Dans le Languedoc Roussillon, les dépistages du cancer colorectal et du cancer du sein sont gérés par 4 structures de gestion : dépistages 66 pour les Pyrénées-Orientales, dépistages 34 pour l'Hérault, ADOC 11 pour l'Aude et Gard-Lozère dépistages pour le Gard et la Lozère.

■ Financement

Les frais de fonctionnement des structures de gestion sont financés à 50% par l'Etat et à 50% par l'Assurance Maladie.

Les frais de seconde lecture des mammographies pour le dépistage du cancer du sein et les frais d'achat et de lecture des tests pour le dépistage du cancer colorectal sont financés par l'Assurance Maladie.



6.3 Hygiène bucco-dentaire

6.3.1. Contexte

Les affections bucco-dentaires et les maladies parodontales sont encore fréquentes dans la population française. La loi du 9 août 2004 a intégré un objectif de santé bucco-dentaire concrétisé par le dispositif conventionnel visant aujourd'hui les 6, 9, 12, 15 et 18 ans.

6.3.2. Objectif

Réduire l'indice carieux chez les enfants et adolescents et plus généralement améliorer l'état bucco-dentaire de la population par des visites chez le dentiste plus tôt et plus fréquentes.

6.3.3 Description des actions

Programme de santé bucco-dentaire à destination des jeunes

Dans le cadre du Plan de Prévention Bucco-dentaire lancé en novembre 2005 par le Ministre de la Santé et des Solidarités, l'Assurance Maladie a mis en place en 2007 un programme de santé bucco-dentaire à destination des jeunes. Il comporte un volet national, soutenu par une campagne de communication « M'TDents » et un volet local comportant des actions de sensibilisation et une démarche de suivi en direction des enfants de CP dans les zones défavorisées.

Le dispositif national, issu des négociations conventionnelles entre l'Assurance Maladie et les chirurgiens dentistes, cible les enfants aux tranches d'âges les plus exposées au risque carieux : 6, 9, 12, 15, 18 ans.

Il inclut :

- des invitations à un Examen Bucco-Dentaire (EBD)
 - un dispositif de relance systématique, par courrier, pour les enfants de 6 ans et 12 ans, pour lesquels l'EBD est considéré comme « obligatoire » : au niveau du régime général, des actions complémentaires de relance sont menées par SMS ou par téléphone.
 - la prise en charge à 100 % des soins consécutifs à la visite chez le dentiste
- Un effort particulier est fait pour les enfants de 6 ans en zone défavorisée avec la mise en œuvre d'actions de sensibilisation ainsi que d'un suivi spécifique de la réalisation de l'EBD et des soins consécutifs.
- Actions spécifiques mises en œuvre par la MSA au travers de son plan dentaire institutionnel :
- Sensibilisation des femmes enceintes : action future maman
 - Bilan bucco-dentaire pour les enfants de 3 et 7 ans.
 - Promotion du bilan proposé aux adolescents de 15 ans dans le cadre du dispositif conventionnel.
 - Proposition d'un bilan bucco-dentaire lors des examens de santé pour la population des 16-74 ans.
 - Réalisation d'un bilan bucco-dentaire pour les personnes de 65 ans.

- Actions spécifiques réalisées par la MSA Grand Sud (Kary Dent'zies) :
- Sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire des enfants en classe de CP, notamment par l'acquisition des connaissances ayant trait :
 - Au brossage quotidien des dents,
 - A la diminution des apports sucrés,
 - A la suppression du grignotage par l'utilisation de méthodes inter actives.

- Réalisation d'un bilan bucco-dentaire.

- Action spécifique réalisée par le RSI concernant les enfants de 5 à 17 ans (hors tranches d'âge MT dents) : invitation à un examen bucco dentaire et prise en charge dans les mêmes conditions que M'T dents.

6.4. Accompagnement de la femme enceinte et du jeune enfant

6.4.1 Contexte

Les actions menées par les régimes d'assurance maladie concernant le suivi de la grossesse et la toute petite enfance s'inscrivent dans la politique nationale de santé publique.

6.4.2. Finalité

- Améliorer le suivi et l'accompagnement de la femme enceinte,
- Délivrer aux jeunes parents une information enrichie afin de promouvoir la santé des enfants.

6.4.3. Descriptif de l'action

- Pour les femmes enceintes
 - Sensibilisation des professionnels de santé qui remettront un guide à leurs patientes enceintes.
 - Proposition d'ateliers collectifs et d'entretiens individuels.
 - Envoi de documentation sur examens à réaliser pendant la grossesse et sensibilisation sur les risques liés à la grossesse (alcool, tabac...).

Parallèlement, une offre de service (PRADO - Programme d'Accompagnement du retour à Domicile des patients hospitalisés) est proposé aux femmes venant d'accoucher et qui souhaitent rentrer chez elles plus tôt. Un professionnel qualifié intervient à domicile pour les soins à donner à la mère et au nourrisson. Des conseillères Assurance Maladie sont chargées de promouvoir le programme au sein de l'établissement, et mettent en relation les patientes volontaires et éligibles avec les sages-femmes libérales.

Au niveau national, 12 départements ont été concernés par la première phase d'extension lancée fin 2010 et 10 autres en 2011 dont le Gard et les Pyrénées-Orientales.

- Pour les jeunes enfants
 - Envoi de courriers rappelant les 20 examens à réaliser de 0 à 6 ans.
 - Envoi du calendrier vaccinal
 - Action de sensibilisation des médecins sur le thème de l'obésité.

6.5. Bien vieillir

6.5.1. Contexte

Les actions menées par les différents régimes visent la prévention du vieillissement, les travaux étant coordonnés dans le cadre du Plan de Préservation de l'Autonomie des Personnes âgées (Plan PAPA).

Une convention de partenariat inter - régimes vise à développer la politique d'accompagnement et de prévention des personnes âgées.

6.5.2. Finalité

L'enjeu est de créer les conditions d'un vieillissement réussi en favorisant le maintien d'un bon niveau de qualité de vie et en repoussant l'âge de déclaration ou d'aggravation de pathologies invalidantes.

Les actions mise en place vont permettre de :

- Stimuler la mémoire,
- Prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées,
- Organiser des ateliers ou des programmes d'éducation à la santé portant sur différentes thématiques (alimentation, sommeil, médicaments, organes des sens).

6.6. Autres actions de préventions menées par l'Assurance Maladie

– Contraception d'urgence des mineurs

Dans l'objectif de prévention des Interruptions Volontaires de Grossesse, il a été autorisé la délivrance par les pharmacies d'officine de médicaments ayant pour but la contraception d'urgence pour les mineures désirant garder l'anonymat, sans prescription médicale obligatoire et gratuitement.

L'Assurance Maladie assure la diffusion d'outils d'information et d'accompagnement des jeunes filles mineures ainsi que l'information des professionnels de santé. Elle prend également en charge le financement de cette contraception à 100%.

– Accompagnement à l'arrêt du tabac

L'Assurance Maladie participe à l'accompagnement dans l'arrêt du tabac. Elle assure la diffusion d'informations sur le tabac et participe au financement des substituts nicotiques (patch, gomme, pastille, inhalateur...).

Sur prescription du médecin, le pharmacien délivre les substituts nicotiques. L'assuré règle directement le pharmacien et est ensuite remboursé par sa caisse d'Assurance Maladie dans la limite de 50 euros par année civile et par personne.

– Lutte contre le saturnisme

Le saturnisme est une intoxication par le plomb particulièrement dangereuse pour la santé des enfants et des femmes enceintes. Lorsque le plomb est respiré ou avalé, il passe dans le sang, se stocke, en particulier dans les os, et peut mettre plusieurs années à s'éliminer. Son action toxique se produit surtout au niveau du système nerveux, de la moelle osseuse et des reins.

Selon l'âge et la durée d'exposition, une intoxication par le plomb peut provoquer des troubles réversibles (anémie, troubles digestifs), mais aussi irréversibles (retard mental et/ou psychomoteur) lorsque le système nerveux est atteint.

Le dépistage du saturnisme se fait par un bilan sanguin appelé plombémie. Cet examen permet de mesurer la quantité de plomb dans le sang afin de diagnostiquer une éventuelle intoxication et de la traiter.

Les consultations ainsi que les plombémies de dépistage et de suivi du saturnisme sont remboursées à 100 % par l'Assurance Maladie pour les enfants de 0 à 18 ans et les femmes enceintes.

- **Bilan de prévention proposé par le RSI**

Le RSI propose un bilan de prévention pris en charge à 100 % aux assurés et ayant-droit de 15 à 70 ans selon 4 tranches d'âge (15-25, 26-40, 41-55, 56-70 ans). Il s'agit d'une consultation spécifique chez le médecin traitant qui peut être complétée par des examens biologiques si nécessaire. Ce bilan est rémunéré 2C soit 46 euros au médecin.

7. Accompagnement des publics fragiles

7.1. Contexte

Bien que la France bénéficie d'un système de santé de qualité, solidaire et universel, elle reste toutefois marquée par d'importantes inégalités en matière d'espérance de vie et de morbidité

généralement corrélées avec des différences de situation socio-économique.

7.2. Finalité

Permettre à chacun d'accéder aux soins et de choisir les modes de recours qui lui sont le plus adaptés et pour cela :

- Garantir l'accès aux soins des assurés les plus fragiles et réduire les inégalités de santé,

- Aider les assurés à être acteurs de leur santé,
- Améliorer la qualité de la prise en charge des assurés.

7.3. Descriptif des actions

- **Prévention de la désinsertion professionnelle :**

L'objectif est d'éviter aux salariés des arrêts de travail prolongés et préparer leur reprise dans les meilleures conditions possibles. Il s'inscrit également dans les orientations prioritaires du service social. La coordination des services et des compétences des différents organismes concernés vise à une meilleure prise en charge des assurés en arrêt maladie ou en accident du travail afin de favoriser leur maintien dans l'emploi ou leur reclassement éventuel.

- **Favoriser l'accès à une complémentaire santé :**

Des actions sont mises en place par les différents régimes pour développer l'accès aux droits et au système de santé, en collaboration étroite avec plusieurs relais institutionnels (branches famille et vieillesse, service social), notamment des parcours attentionnés afin de promouvoir l'accès à une complémentaire santé (accompagnement individuel et collectif).

5. Les actions régionales complémentaires

En complément des programmes nationaux de gestion du risque élaborés conformément aux objectifs du contrat Etat/UNCAM, ont été définies des actions complémentaires régionales qui sont de la responsabilité directe de l'ARS. Ces actions sont élaborées en tenant compte des spécificités régionales qui ont fait l'objet d'une priorisation au sein du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS).

Elles sont définies au regard des schémas régionaux **de prévention, de l'organisation des soins et de l'organisation médicosociale**, en cours de concertation, et au regard des exigences opérationnelles définies dans le PSRS :

- Accessibilité,
- Qualité – efficacité,
- Évitable,
- Pertinence,
- Sécurité.



1 – A l'heure actuelle, un certain nombre d'actions sont sélectionnées avec l'Assurance Maladie. Les actions concourent à déplacer le centre de gravité du système vers des enjeux de santé publique en favorisant une démarche préventive et le soutien aux populations fragiles. Elles portent sur :

- les dépistages organisés des cancers du sein et colorectal,
- la politique vaccinale,
- la lutte contre les inégalités d'accès aux soins, notamment pour les personnes les plus éloignées du système de santé.

2 – Au-delà de ces actions communes et de ce même esprit de transversalité, une action est d'ores et déjà programmée par l'Agence centrée sur le parcours de soins (visant à améliorer la prévention et la prise en charge précoce des AVC en EHPAD).

3 – D'autres actions seront prochainement mises en œuvre et donneront lieu en tant que de besoin à une réactualisation du présent programme. Elles auront notamment pour objectif d'accroître la performance dans les parcours de santé.

En outre, au regard des conclusions de l'analyse quantitative et qualitative que mène l'ARS sur les **taux de recours hospitaliers**, des actions seront déployées visant à optimiser les parcours de santé et à promouvoir un juste recours aux soins.

Au terme de cette phase d'analyse, l'agence proposera à ses partenaires de s'associer à ces actions.

1. Dépistages organisés des cancers du sein et colorectal

1.1 Enjeux et finalité

Les programmes nationaux de dépistage organisé des cancers du sein (DOCS) et du cancer colorectal (DOCCR) sont mis en œuvre au niveau régional par des structures de gestion départementales (11, 34, 66) ou interdépartementales (30-48).

Les taux de participation doivent être élevés pour observer un bénéfice en population sur le repérage et la prise en charge précoce des cancers dépistés, réduire la mortalité et la morbidité de ces pathologies fréquentes.

1.2 Contexte national et régional

Le financement des structures de gestion du dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal est assuré à part égale par l'ARS et l'Assurance Maladie. Les différents régimes d'Assurance Maladie sont engagés dans des actions de sensibilisation des professionnels de santé et/ou des publics cibles de ces programmes nationaux, comme en atteste la déclinaison des plans de gestion des risques antérieurs.

Pour le dépistage,

- deux modalités peuvent exister : dépistage individuel versus organisé (mammographie avec ou sans seconde lecture pour le DOCS ; recherche de sang occulte dans les selles ou coloscopie pour le DOCCR). Seuls les taux de participation aux dépistages organisés sont évalués dans la population de la tranche d'âge concernée ;
- les taux de participation régionaux sont satisfaisants pour le DOCS et insuffisants pour le DOCCR (plus récent). Il y a donc lieu de viser un objectif d'amélioration du dépistage de masse dans les deux cas, mais avec des stratégies d'action à cibler différemment.

Taux de participation INSEE, données InVS 2011	Dépistage Organisé du Cancer du Sein 2009-2010	Dépistage Organisé du Cancer colorectal 2009-2010
France entière	52,10%	34,00%
Languedoc-Roussillon	52,60%	28,20%

L'ARS participe aussi à la définition des stratégies d'action des structures de gestion pour ces actions de sensibilisation et relaie les campagnes d'information organisées dans le cadre des journées nationales Mars bleu et Octobre Rose (conférences de presse). Toutefois, les actions de terrain menées par chacun, sur son territoire, ou vers sa population cible, ne permettent pas une vision intégrative de la démarche. La mise en cohérence des stratégies de communication est à consolider. Une politique régionale concertée nécessite aussi de construire des méthodologies d'évaluation partagées.

Une collaboration rapprochée sur les finalités et modalités des actions de sensibilisation permettrait d'échanger sur les pratiques, d'avoir une meilleure identification des obstacles, de construire des stratégies d'action concertées, ciblées et complémentaires soit sur des territoires

soit sur des publics cibles de professionnels d'un secteur. Elles permettraient d'identifier des populations particulièrement éloignées de ces actions de dépistage.

1.3 Plan d'action régional

AXE 1 : Avoir une vision infra-départementale des dépistages organisés afin de construire un diagnostic des inégalités territoriales de santé en matière d'accès au dépistage organisé

- Construire un diagnostic territorial avec une maille infra départementale, afin d'identifier les zones où la participation est insuffisante,
- Mesurer la participation au dépistage individuel,
- Comparer ces éléments pour savoir si on est dans un déficit d'accès à un dépistage quel qu'il soit où s'il s'agit de réorienter le dépistage individuel vers un dépistage organisé,
- Faire de sa construction actualisée périodiquement dans le temps, un outil d'évaluation des actions conduites par les structures de gestion.

AXE 2 : Améliorer la participation aux dépistages organisés, avec un objectif de participation au dépistage organisé du cancer du sein de 65,5 % en 2012, et de 45 % pour le cancer colorectal

- Conduire de façon concertée des actions de mobilisation des professionnels de santé,
- Conduire de façon concertée des actions de sensibilisation des affiliés,
- Soutenir les actions de communication des structures de gestion.

AXE 3 : Réduire les inégalités d'accès au dépistage organisé des publics en situation de vulnérabilité ou privée de liberté

- Inviter les structures de gestion à cibler des actions, à participer aux dépistages organisés en direction de certains groupes (population hébergées en CHRS, handicapées, privées de liberté, populations en situation de précarité, populations bénéficiant de la CMU-C...),
- Améliorer le suivi par les structures de gestion des dépistages positifs et veiller à ce que les personnes ainsi repérées aient un accès dans des délais normaux à une prise en charge adaptée (tant diagnostic pour la réalisation des examens complémentaires que thérapeutique le cas échéant).

2. Politique vaccinale

2.1 Enjeux et finalité

Parvenir à un taux de couverture vaccinale de 95 % pour le vaccin Rougeole Oreillon Rubéole d'ici 2012 constitue un objectif du Plan Stratégique Régional de Santé de l'ARS.

Le programme national de l'UNCAM comporte également de fortes priorités en matière de vaccination telles qu'améliorer la couverture vaccinale contre la grippe chez les plus de 65 ans.

L'actualité récente montre que dès que les taux de couverture vaccinale descendent en dessous d'un certain seuil, les maladies correspondantes peuvent ré-émerger sous forme sporadique ou épidémique, ayant comme conséquence une morbidité et mortalité évitables et prématurées.

Certains programmes de vaccination participent également à la prévention des cancers (foie et col de l'utérus).

2.2 Contexte régional

Le diagnostic régional montre globalement des taux de couverture vaccinale inférieurs à ceux observés au niveau national.

L'émergence de cas groupés sporadiques de coqueluche, et plus récemment l'épidémie de rougeole, confirment l'insuffisance de la couverture vaccinale pour ces deux maladies.

La couverture vaccinale contre l'hépatite B reste faible même si elle connaît une progression faisant se réduire le différentiel avec le niveau national.

Un travail en cours conduit par la Cellule de l'Institut de veille sanitaire en Région (CIRE), de rapprochement des données de couverture vaccinale « Rougeole Oreillon Rubéole » à 24 mois, des élèves scolarisés en grande et moyenne section maternelle, en entrée en sixième et en seconde suggère des inégalités territoriales importantes avec des taux de couverture vaccinale particulièrement faibles notamment dans certains secteurs de l'arrière-pays (données des 5 Conseils Généraux et du Rectorat). Ce diagnostic est à compléter.

La gestion de l'épidémie de la grippe H1N1 a montré qu'il existait des réticences de la population régionale vis-à-vis de la vaccination puisque le pourcentage de personnes qui se sont fait vacciner est inférieur de moitié au taux observé au niveau national.

Les données de l'épidémie de rougeole de 2010-2011 suggèrent également que certains professionnels libéraux sont peu favorables à la pratique vaccinale.

Cependant, cette épidémie a aussi permis :

- une prise de conscience collective de l'insuffisance de perception du risque lié au défaut de couverture vaccinale dans la population,
- le début d'un rapprochement des institutions œuvrant dans le champ de la santé et de l'éducation. A ce titre des actions de communication ont pu être esquissées entre une des caisses primaires et l'ARS.

2.3 Plan d'action régional

AXE 1 : Construire le diagnostic des inégalités territoriales de santé en matière de couverture vaccinale

- Construire un diagnostic territorial pour les vaccins rougeole-oreillon-rubéole avec une maille infra départementale, en poursuivant la dynamique déjà engagée de rapprochement des sources de données, en mobilisant désormais celles des répartiteurs pharmaceutiques et de l'Assurance Maladie,
- Etendre dans un second temps la démarche de diagnostic à d'autres vaccins,
- Organiser la médiatisation de ces données auprès de l'ensemble des professionnels concernés,
- Faire de son actualisation, un outil d'évaluation des actions conduites.

AXE 2 : Améliorer la qualité de la couverture vaccinale en priorité pour les vaccins rougeole oreillon rubéole, hépatite B et grippe

- Participer aux travaux de la Commission Régionale de la Politique Vaccinale,
- Conduire de façon concertée, des actions de remobilisation des professionnels de santé,
- Conduire de façon concertée, des actions de sensibilisation des affiliés, en utilisant par exemple l'opportunité créée par la Semaine Européenne de la Vaccination.

AXE 3 : Réduire les inégalités de santé constatées en matière de couverture vaccinale

- Cibler les actions de l'axe 2 sur les zones jugées prioritaires en fonction des données élaborées lors du diagnostic (axe 1).
- Cibler les actions autour de certaines tranches de vie :
 - Respect du calendrier vaccinal dès les deux premières années de vie,
 - Stratégie de rattrapage de ce calendrier à l'adolescence jusqu'à 16 ans.

3. La lutte contre les inégalités d'accès aux soins, notamment pour les personnes les plus éloignées du système de santé

3.1 Enjeux et finalité

La lutte contre les inégalités d'accès aux soins, notamment pour les personnes les plus éloignées du système de santé est un enjeu majeur commun à l'ARS et à l'Assurance Maladie.

Les difficultés d'accès aux soins que celles-ci rencontrent peuvent être rappelées ci-après :

- le renoncement aux soins pour raison financière, dont les principaux déterminants sont les revenus des personnes, l'importance du reste à charge lors des consultations ainsi que la problématique des dépassements d'honoraires, l'avance des frais des examens complémentaires, bilans biologiques et radiologies, des soins, des traitements médicamenteux, ... Le taux de renoncement aux soins pour raisons financières concerne encore 15 % de la population métropolitaine. L'absence de couverture complémentaire ou la difficulté d'accès à une complémentaire santé est un frein à l'accès aux soins, notamment en médecine de ville,

- le renoncement aux soins lié à l'isolement social, aux problèmes de repérage dans le système de santé et de soins, au manque de confiance dans le système de santé, à la méconnaissance des droits et à leur complexité, ...
- le refus de soins de la part de certains professionnels,
- le déficit en offre de soins,
- les difficultés d'accès aux établissements médico-sociaux, ...

Les objectifs de ce programme sont donc de :

- Faciliter l'accès aux droits pour les personnes en situation de précarité, pour les personnes éloignées du système de santé, pour les personnes fragiles. Celles-ci devront accéder plus facilement à une couverture sociale de base (CMU), à une complémentaire (CMU – C et ACS), à l'AME et aux soins urgents,
- D'éviter les ruptures de droits.

3.2 Contexte régional

La région Languedoc-Roussillon compte 2,6 millions d'habitants, une croissance démographique au 2^{ème} rang du niveau national, avec un taux de chômage de 12,9 %, au 1^{er} trimestre 2011.

Un habitant sur cinq vit en dessous du seuil de pauvreté (données 2008).

La région se positionne au 3^o rang du nombre d'allocataires de l'AAH (44 302 allocataires au 31/12/2009) et du nombre d'allocataires du minimum vieillesse (34 032 allocataires au 31/12/2009).

La population couverte par le RSA représente 9,3 % de la population totale du Languedoc-Roussillon (31/12/2009).

La population sous le régime de la CMU de base est de 4,4 %, celle de la CMU-C est de 8,9 % (chiffres 2010).

Dans un contexte socio-économique initial relativement difficile, les conséquences de la crise économique de 2008 ont accentué la progression de la précarité régionale. Cette précarité devient « un trait dominant de tous les territoires dans un contexte de faible emploi ».

3.3 Plan d'action régional

AXE 1 : Mieux réguler les tarifs, mieux lutter contre les refus de soins

- Réduire les dépassements d'honoraires,
- Informer les professionnels de santé sur les dispositifs spécifiques de protection,
- Travailler sur les représentations qu'ont les professionnels de santé des publics précaires.

AXE 2 : Favoriser l'accès aux soins et limiter la fragilisation sociale des personnes les plus fragiles

- Favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de précarité,
- Prévenir ou limiter la fragilisation sociale des personnes pouvant résulter de la maladie, de l'accident, du handicap, de la réduction d'autonomie, de l'incapacité de travail.

AXE 3 : Faciliter l'accès aux droits, aux soins des populations fragiles et améliorer leur accompagnement

- Favoriser l'accès à la CMU-C, à l'ACS, à l'AME,
- Favoriser la continuité des droits de l'assuré lors des changements de situation.

4. L'AVC dans les EHPAD

4.1 Enjeux et finalité

Deux aspects ont été identifiés dans la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral (AVC) en EHPAD et pourront faire l'objet de communication ou de recueil d'information :

1- Recherche d'une meilleure prise en charge immédiate lorsque l'AVC survient au sein de l'EHPAD : évaluation des pratiques de chaque établissement, sensibilisation dans la reconnaissance de l'AVC, des gestes d'urgence et des pratiques d'organisation.

2- Accueil des patients en EHPAD sortant du SSR ayant eu un AVC : meilleure anticipation et coordination entre le SSR et l'EHPAD, évaluation du suivi à long-terme du patient.

4.2 Contexte régional

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une priorité pour l'ARS LR, inscrit dans les focus de son Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) tout en restant une priorité nationale.

En inscrivant la prise en charge de l'AVC comme priorité de son PSRS, l'ARS du Languedoc-Roussillon a souhaité souligner son investissement et sa mobilisation pour améliorer la situation régionale.

En Languedoc-Roussillon, nous rencontrons 5.500 nouveaux cas d'AVC par an dont 1.200 aboutissent à un décès. Il s'agit de la première cause de handicap de l'adulte. Les conséquences sont non seulement médicales mais également sociales (isolement, travail de l'aidant ...).

La prise en charge est très hétérogène à l'intérieur de la région suivant les territoires.

L'ARS élabore actuellement son plan action régional basé sur une étude approfondie des différentes étapes de l'AVC :

1 - Prévention et détection précoce des AVC

2 - Prise en charge précoce

3 - Projet de rééducation personnalisé au patient

4 - Projet de réhabilitation – Réinsertion personnalisé au patient

La dernière phase qui intègre le passage du SSR en EPHAD et le suivi du patient dans l'EPHAD est une étape préliminaire d'une meilleure connaissance du sujet.

Dans le cadre des rencontres départementales organisées avec les EHPAD, une sensibilisation sera effectuée sur les bonnes pratiques professionnelles afin que le thème de l'AVC soit abordé notamment sous les angles prévus.

4.3 Plan d'action régional

Les actions seront ultérieurement définies en fonction des constats et des résultats de l'étude préalablement menée dans le cadre du plan d'action régional de l'AVC. Néanmoins, au vu des objectifs précités, ils

devront être orientés vers la formation et la sensibilisation à l'AVC ainsi que sur la coordination anticipée des acteurs.

6. Les échanges d'information

La réalisation des programmes de gestion du risque nécessite un très important travail portant sur les informations détenues sur les bases de données :

- Analyse préalable à la mise en place d'une action.
- Suivi de l'évolution sanitaire et économique lié à des programmes.
- Evaluation de l'efficacité des actions réalisées.

Les bases de données et les compétences peuvent se situer au sein de l'ARS ou au sein des régimes d'Assurance Maladie.

Une coopération étroite est mise en place afin d'assurer les synergies et l'efficacité des actions.

Pour l'immédiat, il est acté entre l'Assurance Maladie et l'ARS, une mise en commun des informations qui concernent **l'addictologie**. Ces informations existent mais sont dispersées entre différentes institutions. Leur rassemblement permettrait de mieux connaître ce problème de santé publique.

Enjeux et finalité

Le champ des addictions nécessite la construction d'une plateforme d'observation spécifique. L'élaboration et le pilotage d'une politique et d'un programme régional de lutte contre les addictions nécessitent une connaissance des populations, des besoins, des conduites, des

pratiques des professionnels. Les données sont dispersées entre plusieurs institutions. L'enjeu est de se doter d'outils de connaissance des besoins, d'alerte et de pilotage à travers la mise en place d'un observatoire lieu de partage et d'analyse des données.

Contexte national et régional

Les addictions constituent un problème de santé majeur dans notre région. Le Languedoc Roussillon est parmi les 8 régions les plus concernées : consommation du tabac qui ne baisse pas significativement chez les 17 ans et augmente chez les femmes ; alcool, cause de mortalité prématurée qui augmente de même que l'usage régulier et les ivresses répétées chez les plus jeunes.

Le Languedoc-Roussillon fait partie des 5 premières régions où la consommation de drogue est la plus élevée (cannabis, opiacés,

amphétamines etc). A titre d'exemple, 60% des jeunes en missions locales d'insertion ou en apprentissage consomment régulièrement du cannabis (30% tous les jours), 15% de la cocaïne, 5% de l'héroïne.

Les données régionales actuellement disponibles sont essentiellement quelques indicateurs de l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies) concernant le niveau régional, sans traduction territoriale plus fine, et les études de l'ORS sur la santé des jeunes.

Beaucoup de données existent en fait, qui nécessitent sélection, recueil, analyse, mise en perspective et suivi.

Les données actuelles ne sont qu'indirectes en ce qui concerne les populations : données de files actives ou patientèles, alors que les études montrent que si le problème est corrélé à la situation sociale et économique, il touche tous les lieux et les milieux (sphère privée et publique, milieux festifs et professionnels, zones rurales).

Ces données sont cependant importantes à recueillir à travers l'activité des établissements, services et professionnels de champs divers au premier rang desquels police, justice, secteur social, services médico-sociaux, professionnels de santé qu'ils soient médecins ou pharmaciens et établissements sanitaires.

Les sources étant multiples et les données disparates, il est nécessaire de définir les données utiles, de les analyser, d'en définir le niveau d'agrégation infrarégional possible, le suivi pour disposer des bons indicateurs en fonction des objectifs de pilotage de la politique de lutte contre les addictions en région :

- Connaître les populations, approcher les besoins, identifier les conduites et consommations, les parcours de soins,
- Connaître les pratiques professionnelles et identifier les pratiques déviantes,
- Exercer une veille sur l'apparition de nouvelles consommations et risques sanitaires,
- Evaluer les évolutions et donc l'impact des programmes et actions mises en place.

Dans les champs sanitaire et médico-social, les sources de données mobilisables sont hospitalières (PMSI, résumés de passages aux urgences, données d'activité du réseau périnatal en matière d'addictions), dans le domaine de compétence de l'ARS (bilans d'activité des services et établissements médico-sociaux, activité des grossistes répartiteurs) et dans le champ de compétence de l'assurance maladie en ce qui concerne l'ambulatoire (prescription de psychotropes, prescription de TSO, mésusage et détournement de médicaments, nomadisme médical...).

Plan d'action régional

Objectifs :

- Mettre en place un groupe de travail afin de développer un partenariat entre ARS et Assurance maladie pour permettre la mise à disposition des données concernant les toxicomanies.
 - Définir les conditions éthiques (notamment anonymisation des données, niveau d'agrégation etc.)
- Identifier les données utiles parmi lesquelles, en première analyse, celles concernant :
 - la population bénéficiant de traitements de substitution, par découpage infra-départemental, par âge et par sexe,
 - la quantification du nombre de médecins prescripteurs par zones géographiques, pour compléter un état des lieux des ressources sur lesquels les dynamiques partenariales peuvent s'inscrire,
 - les remboursements associés aux Médicaments de Substitution aux Opiacés (MSO - principalement médicaments psychotropes : Tranxène, Rohypnol, Lexomil) pour approcher les poly-médications :

-
- consommations que nous ne connaissons qu'à travers la faible partie de la population concernée consultant dans les structures d'addictologie,
 - le mésusage ou le détournement des MSO, qui participent à l'émergence d'un marché parallèle de la substitution qui contrevient à la sécurité publique et d'autre part qui accroît les risques sanitaires en ne s'inscrivant plus dans un parcours thérapeutique contrôlé.

- Mettre à l'étude la faisabilité d'un observatoire des addictions :
 - A partir de la mise à plat des données disponibles issues de l'ARS, de l'assurance maladie, de la MILDT et d'autres institutions éventuellement détentrices de données (plateforme régionale sanitaire et sociale) et de la clarification des objectifs recherchés.
 - Définition des données utiles, en prenant en compte la faisabilité et la qualité et les indicateurs recherchés.
 - Cadrage des conditions méthodologiques, éthiques et techniques du partage.

Glossaire

AAH	Allocation aux Adultes Handicapés
ACS	Aide à la Complémentaire Santé
ALD	Affections de Longue Durée
AME	Aide Médicale de l'Etat
ARS	Agence Régionale de Santé
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CAQCOS	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de la Coordination des Soins
CAQS	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'organisation des Soins
CIRE	Cellule de l'Institut de veille sanitaire en Région
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMUC	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CODAMUPS-TS	Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente de la Permanence de Soins et Transports Sanitaires
COG	Convention d'Objectifs et de Gestion
CNP	Conseil National de Pilotage
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'autonomie
CPG	Contrat Pluriannuel de Gestion
CPOM	Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
DAM	Délégué Assurance Maladie
DOCS	Dépistage Organisé du Cancer du Sein
DOCCR	Dépistage Organisé du Cancer Colorectal
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESPIC	Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

FINESS	Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
GDR	Gestion Du Risque
GHS	Groupe Homogène de Séjours
HAD	Hospitalisation à Domicile
HPST (loi)	Loi Hôpital - Patients - Santé et Territoires
ICH 100	Indice de Comparaison Hospitalière base 100
IRC	Insuffisance Rénale Chronique
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MSAP	Mise Sous Accord Préalable
MSO	Médicament de Substitution aux Opiacés
OGD	Objectif Global de Dépenses
OMEDIT	Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PDS	Permanence Des Soins
PHMEV	Prescriptions Hospitalières de Médicaments Exécutées en Ville
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PRGDR	Programme Pluriannuel Régional de Gestion Du Risque
PRS	Projet Régional de Santé
PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé
RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie





L'essentiel & plus encore



Agence Régionale de Santé Languedoc-Roussillon

26-28 Parc Club du Millénaire
1025, rue Henri Becquerel – CS 30001
34067 Montpellier Cedex 2
www.ars.languedocroussillon.sante.fr