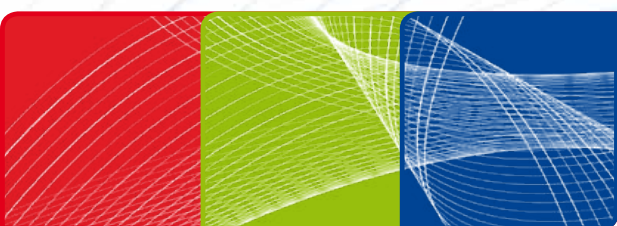




Projet de Santé
Réunion-Mayotte



LES PROGRAMMES

Programme pluriannuel de gestion du risque de La Réunion et de Mayotte (PPGDR)

P 06 INTRODUCTION

- 06 • Le nouveau cadre institutionnel
- 06 • Le cadre législatif et réglementaire
- 07 • Définition de la gestion du risque

P 08 CONTEXTE REUNION / MAYOTTE

- 08 • Etat des lieux de l'offre de soins
- 10 • Evolution des dépenses de santé
- 10 • Analyse de l'état de santé de la population, de la demande de l'offre de soins
- 10 • Description des caractéristiques de la demande et de l'offre de soins relevant des actions du PPGDR

P 11 ORGANISATION ET METHODE

- 11 • **Organisation au sein de la région**
 - La commission de Gestion du Risque de La Réunion et de Mayotte et la contractualisation
 - Le comité opérationnel de Gestion du Risque
 - Les référents thématiques
 - Les outils de pilotage
- 12 • **Le contrat ETAT/UNCAM et les dix programmes prioritaires de gestion du risque**
 - Le programme « Transports sanitaires »
 - Le programme « Prise en charge IRC »
 - Le programme « Liste en sus »
 - Le programme « Prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville »
 - Le programme « Imagerie médicale »
 - Le programme « Chirurgie ambulatoire »
 - Les 2 programmes « EHPAD : Efficience et Prescription »
 - Le programme « SSR »
 - Le programme « PDS ambulatoire et urgences »

- 53 • La déclinaison des programmes nationaux de gestion du risque de l'assurance maladie**
- Les programmes de maîtrise médicalisée en ville
 - Les programmes de renforcement de l'efficacité de l'offre de soins dans les établissements de santé et la coordination avec les 10 priorités nationales de l'ARS
 - Les plans de prévention et d'accompagnement des patients et la coordination avec les schémas de prévention et d'organisation des soins

P 56 LES ACTIONS REGIONALES COMPLEMENTAIRES SPECIFIQUES

- 56 • Présentation des objectifs de programmes spécifiques**
- 56 • Le transport des patients dialysés : une priorité régionale définie en Commission de gestion du risque du 24 septembre 2010**
- Rappel de l'objectif du programme
 - Etat des lieux et diagnostic
 - Evaluation des actions
 - Répartition des rôles
- Tableaux descriptifs pour présenter les programmes spécifiques pour Mayotte

P 65 ANNEXES



— LE NOUVEAU CADRE INSTITUTIONNEL

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

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

L'article L. 1431-2, 2 du Code de la santé publique précise en effet que les ARS « définissent et mettent en oeuvre avec les services d'assurance maladie et avec la (CNSA) les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires [dans les conditions prévues à l'article L. 1434-14,]. »¹

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

— LE CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE

L'article L. 1434-14 du code de la santé publique, issu de la loi HPST, dispose que :

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

ées et arrêtées par le directeur général de l'agence régionale de santé, après concertation avec le représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et avec les organismes complémentaires.

- *Le programme pluriannuel régional de gestion du risque est révisé chaque année.*
- *Ce programme est intégré au projet régional de santé.*
- *Ce projet (PRS) fait l'objet d'une contractualisation entre le directeur général de l'agence régionale de santé et les directeurs des organismes et services d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.*
- *Les contrats pluriannuels de gestion des organismes d'assurance maladie établis en application de l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale déclinent, pour chaque organisme concerné, outre les programmes nationaux de gestion du risque, le programme pluriannuel régional de gestion du risque »*

Le décret n°2010-515 du 18 mai 2010 relatif au PPG DR (art. R1434-9 à R 1434-18 du CSP) précise

par ailleurs que :

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

- 2° Une deuxième partie comprenant les actions régionales complémentaires spécifiques prévues à l'article L. 1434-14.

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

Suite à l'ordonnance n°2010-331 du 25 mars 2010, la commission de gestion du risque de La Réunion et de Mayotte (CGDR) se substitue à la commission régionale de gestion du risque et le programme pluriannuel de gestion du risque de La Réunion et de Mayotte (PPGDR) se substitue au programme pluriannuel régional de gestion du risque (article L1443-1 Code de la santé Publique).

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

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

— DEFINITION DE LA GESTION DU RISQUE

La gestion du risque est un concept dérivé de l'assurance. Appliqué au monde de la santé et à l'Assurance Maladie obligatoire, le « risque » correspond aux dépenses remboursées par l'assureur public et sa « gestion » désigne les actions mises en oeuvre pour les optimiser. Cette notion peut ainsi être définie comme « l'ensemble des actions mises en oeuvre pour

améliorer l'efficacité du système de santé, c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût »².

En 1999, la circulaire inter-régimes n°5/99 du 24/04 sur la coordination de la gestion du risque par les Unions régionales de caisses d'Assurance Maladie (URCAM) définissait les trois dimensions de la gestion du risque : (1) « optimiser la réponse du système de soins aux besoins de santé » ; (2)

« inciter la population à recourir de manière pertinente à la prévention et aux soins » ; (3) « amener les professionnels à respecter les critères d'utilité et de qualité des soins ainsi que de modérations des coûts dans le cadre financier voté par le Parlement ».

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



L'Agence de Santé de l'Océan Indien est composée de deux départements : La Réunion et Mayotte. L'identité singulière de La Réunion et de Mayotte est liée à leur dimension ultramarine, à leur environnement international, aux mouvements de population induits, mais aussi au rapport des hommes et des femmes à leur santé face à des risques sanitaires, naturels et sociaux notables. Distantes de 1 400 km, ces deux îles se caractérisent par de nombreux points communs, notamment du fait :

- du caractère très jeune de leurs populations (37% de la population de la Réunion a moins de 20ans, 54% à Mayotte contre 25% France entière)
- du dynamisme de leur croissance démographique qui se poursuit à un rythme soutenu (l'INSEE prévoit 1 million d'habitants à la Réunion à l'horizon 2030 et plus de 300 000 à Mayotte).
- du niveau élevé de fécondité des femmes, largement supérieur à celui de la métropole (2,44enfants par femme à La Réunion et 5 enfants par femme à Mayotte contre 1,98 France entière en 2007)

Les deux îles se distinguent cependant par des trajectoires historiques, culturelles, économiques et sociales spécifiques, à l'origine de grandes disparités socio-économiques et territoriales.

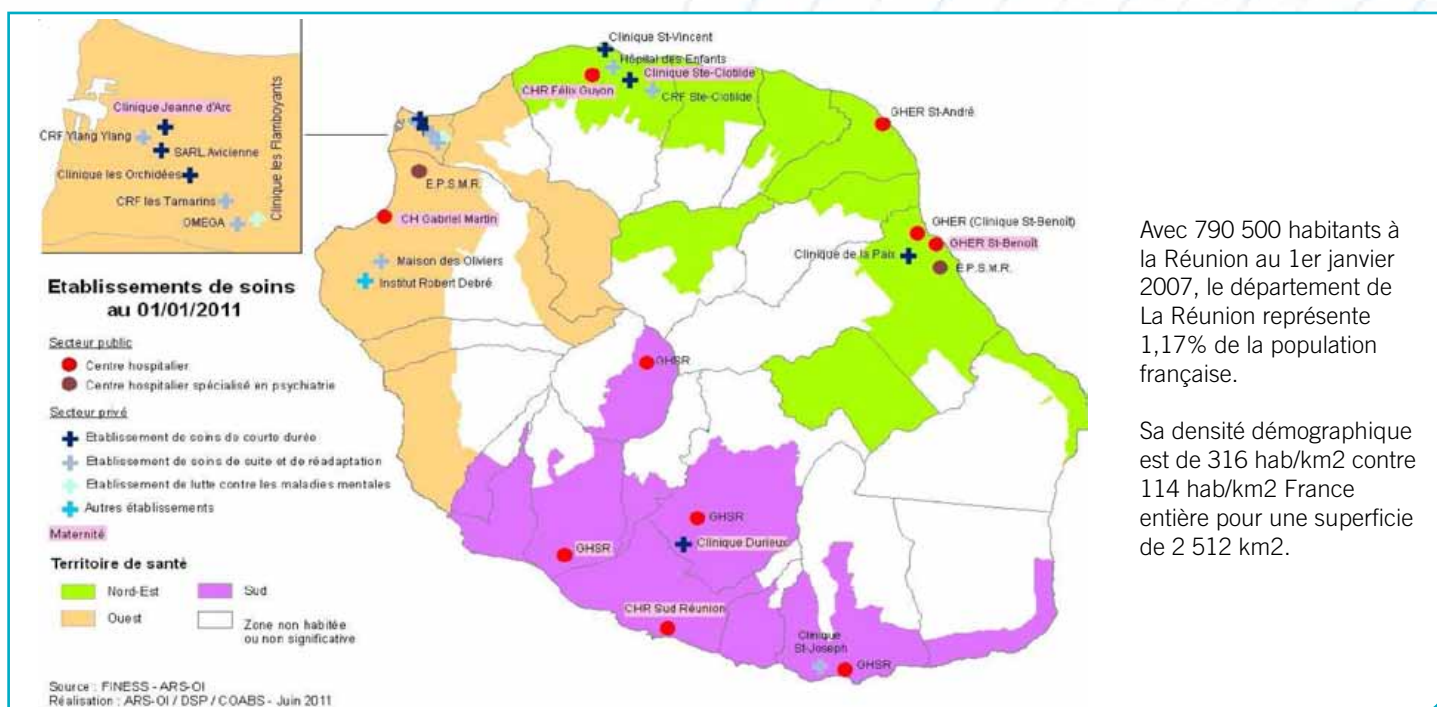
Aussi, l'adaptation du programme national de GDR, tant au niveau des 10 priorités nationales que des enjeux et objectifs, est nécessaire et indispensable pour Mayotte. Le Programme Pluriannuel de Gestion du Risque (PPGDR) comprend ainsi, outre les actions nationales définies par le contrat entre l'Etat et l'UNCAM prévu à l'article L.182-2-1-1 du code de la Sécurité Sociale, des actions complémentaires tenant compte des spécificités régionales.

La contribution de l'Assurance Maladie de Mayotte s'inscrit donc dans le cadre d'actions partenariales complémentaires spécifiques contribuant à l'amélioration de l'organisation et de la qualité de l'offre de soins et au renforcement de l'efficacité des prises en charge dans une logique de gestion du risque.

— ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS

• A La Réunion

Figure 1. Carte présentant l'offre sanitaire à la Réunion



Avec 790 500 habitants à la Réunion au 1er janvier 2007, le département de La Réunion représente 1,17% de la population française.

Sa densité démographique est de 316 hab/km² contre 114 hab/km² France entière pour une superficie de 2 512 km².

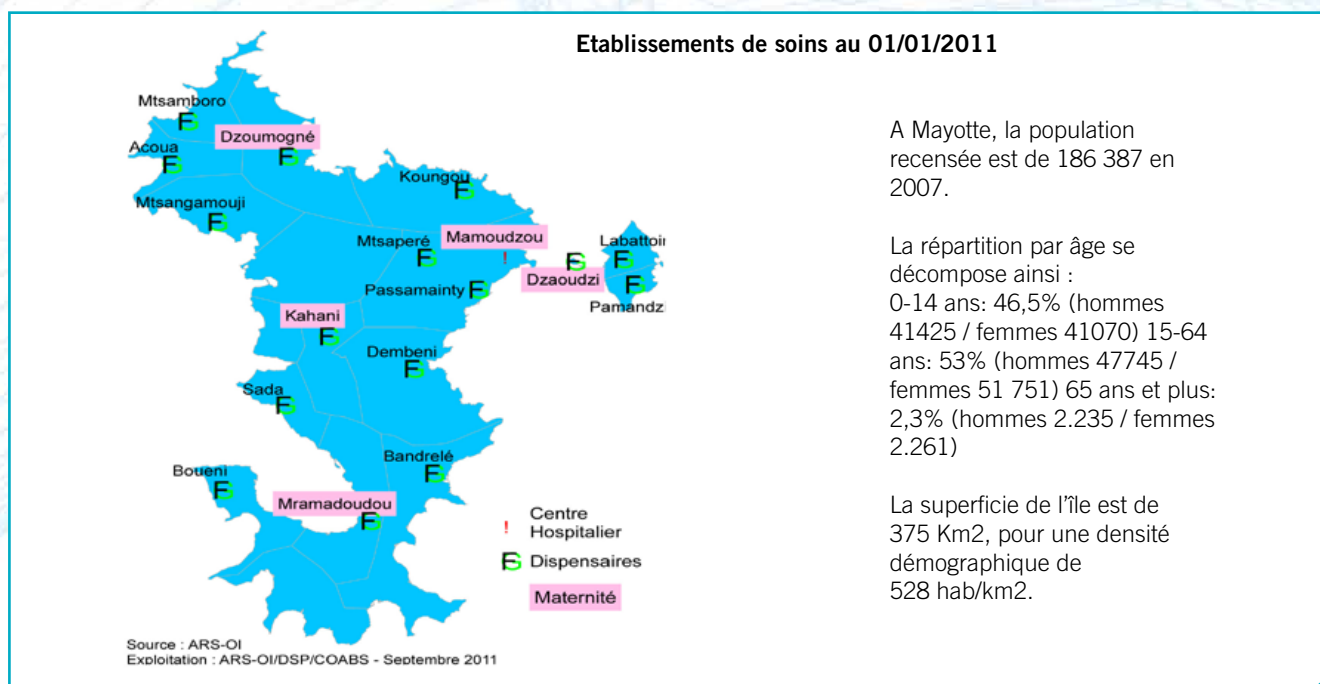
Figure 2. Tableau présentant l'activité en nombre de séjours en MCO (2009/2010)

Etablissement	2009	2010
CHFRG	47 960	49 585
GHER	6 868	13 940
CHSR	68 803	71 328
CHGM	17 857	18 258
Total ex-DG	141 488	153 111
CJA	4 382	3 989
CSB	7 595	
CSC	26 441	26 350
CSV	6 718	7 169
Avicenne	2 588	2 900
Durieux	13 582	12 872
IRD	528	587
Les Orchidées	7 653	8 522
Total ex-OQN	69 487	62 389
TOTAL	210 975	215 500

L'état des lieux de l'offre d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes est décrit dans le programme « EHPAD », de même pour les équipements lourds et les soins de suite et de réadaptation. Le montant des dépenses hospitalières régionales est présenté au point 2.2.

• A Mayotte

Figure 3. Carte présentant l'offre sanitaire à Mayotte



A Mayotte, la population recensée est de 186 387 en 2007.

La répartition par âge se décompose ainsi :
 0-14 ans: 46,5% (hommes 41425 / femmes 41070)
 15-64 ans: 53% (hommes 47745 / femmes 51 751)
 65 ans et plus: 2,3% (hommes 2.235 / femmes 2.261)

La superficie de l'île est de 375 Km², pour une densité démographique de 528 hab/km².

Figure 4. Tableau présentant l'activité en nombre de séjours en médecine-chirurgie et obstétrique (2009/2010)

Etablissement	période	Activité de soins				Total	%
		Médecine	Chirurgie	Obstétrique	Endoscopie		
CH Mayotte	2009	13 149	4 451	9 216	12	26 828	16,55%
	2 010	15 168	5 301	10 761	37	31 267	

Le montant des dépenses hospitalières régionales est présenté au point 2.2.



— EVOLUTION DES DEPENSES AU NIVEAU REGIONAL

Les données de dépenses de santé concernent essentiellement La Réunion, Mayotte ne disposant pas encore de données fiables.

• A La Réunion

En 2010, les dépenses de santé (y compris les crédits CNSA) du champ ONDAM ont représenté environ 2.033 M€ en augmentation de 5,3% par rapport à 2009 (contre 2,7% France entière). La dépense par habitant* est de 2.412€ à La Réunion (tenant compte de l'indexation des tarifs) contre 2.462€ France entière.

Les dépenses de soins de ville s'élèvent à 994 M€ en 2010 en hausse de +5,8% par rapport à 2009 (contre 2,7% France entière) et se décomposent en :

- 272 M€ en honoraires médicaux (+2,9%)
- 179 M€ en honoraires paramédicaux (+8,3%)
- 250 M€ en médicaments (+3,8%), 72 M€ en dispositifs médicaux de la LPPR (+5,6%), 44 M€ en biologie (+4%)
- 60 M€ en transports médicalisés (+10%)

Les dépenses hospitalières ont été de 838,5 M€, en progression de 4,2% (contre 1,6% France entière) et se répartissent :

- 669 M€ en activité MCO (+3,5%)
- 75 M€ en activité SSR (+12,3%)
- 89,6 M€ en activité de psychiatrie (+2,5%)
- 3,6 M€ en activité d'unité de soins de longue durée (+14%)

Les dépenses des établissements médico-sociaux se chiffrent à 170,5 M€ évoluant à la hausse de +8,8% (contre 6,5% France entière) :

- 29,8 M€ pour les établissements médico-sociaux pour personnes âgées (+26%)
- 123,8 M€ pour les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées (+5,6%)
- 17 M€ aux autres types d'établissements

*population INSEE 2009

• A Mayotte

Le Centre Hospitalier de Mayotte, établissement de 332 lits et places MCO, est financé par Dotation Annuelle de Financement (DAF) fixée à 122 621 675 pour 2011€, soit une évolution de 3,47% rapportée à 2009.

Une compensation financière de l'Etat (« Aide Médicale Globalisée ») est versée en sus de la DAF au CHM pour les soins délivrés aux non assurés sociaux d'un montant de 3 570 003€ et 13 432 118€ au titre d'autres produits. Le total des recettes pour 2011 est de 142 420 849€.

— ANALYSE DE L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION, DE LA DEMANDE ET DE L'OFFRE DE SOINS DANS LA REGION

Le PSRS présente l'analyse de l'état de santé de la population, la demande et l'offre de soins dans la région.

Ce document est annexé au présent rapport en annexe 1.

— DESCRIPTION DES CARACTERISTIQUES DE LA DEMANDE ET DE L'OFFRE DE SOINS RELEVANT DES ACTIONS DU PPGDR

Ces caractéristiques sont évoquées dans le chapitre « état des lieux régional ».

— ORGANISATION AU SEIN DE LA REGION

> La Commission de Gestion du Risque et la contractualisation

La coordination entre l'ARS et l'Assurance Maladie est assurée au sein de la Commission de Gestion du Risque (CGDR) associant pleinement les services de l'ARS et de l'Assurance Maladie dans l'atteinte des objectifs de gestion du risque.

Ces actions doivent permettre de renforcer l'efficacité du système de soins et contribuer au respect de l'ONDAM voté par le Parlement dans le cadre des lois de financements de la Sécurité Sociale (LFSS). Un contrat est signé entre l'ARS et chaque organisme d'Assurance Maladie pour quatre ans.

Les engagements des organismes complémentaires en matière de gestion du risque peuvent faire l'objet d'une convention signée entre le DG ARS après avis de la Commission régionale GDR.

Le Décret n° 2010-515 du 18 mai 2010 relatif au PRG DR (Art. R.1434-12 du CSP) précise par ailleurs que le DG ARS :

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

La préparation, le suivi et l'évaluation du PPGDR sont effectués dans le cadre d'une CGDR présidée par le DGARS OI.

Cette Commission régionale est composée du Directeur de la Caisse Générale de la Sécurité Sociale de l'île de La Réunion, coordinateur de la GDR, du Directeur du Régime Social des Indépendants de l'île de La Réunion, du Directeur de la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte, le Directeur Régional du Service Médical de La Réunion, d'un représentant des organismes complémentaires d'assurance maladie, selon l'ordre du jour.

La CGDR se réunit uniquement en formation plénière.

Elle donne un avis sur le PPGDR et ses avenants annuels et entérine le bilan annuel de mise en oeuvre des contrats signés avec chaque organisme d'Assurance Maladie. Elle assure le suivi des projets, décide, si nécessaire, de la mise en place de groupes de travail spécifiques.

En région Océan Indien, la Commission de Gestion du Risque a été mise en place le 24 septembre 2010. Son secrétariat est assuré

par la chargée de mission GDR de l'ARS OI (convocation, documents, relevé de décisions...).

Son règlement intérieur et sa composition sont repris en annexe 2.

> Le Comité opérationnel de Gestion du Risque

Au sein de la région Réunion, le choix politique ne s'est pas porté sur une équipe « projet régional de GDR » mais sur un Comité opérationnel GDR ARS/Assurance Maladie.

Ce COMOP ne dispose pas de pouvoir décisionnel, mais intervient comme force de propositions dans la réflexion menée par la Commission.

Il se réunit de façon régulière, a minima de façon trimestrielle.

Il est composé de 12 membres, répartis comme suit :

- ARS : 4 membres, dont le chargé de projet GDR, les deux responsables du secteur ambulatoire des deux Directions des îles (DIR et DIM) et le chargé d'études médico-sociales.
- Assurance maladie : 8 membres, dont :
 - Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Réunion : 2 membres, le responsable GDR de la CGSS et un cadre du service GDR
 - Direction Régionale du Service Médical : 2 membres
 - Régime Social des Indépendants : 2 membres
 - Régime complémentaire : 1 membre
 - Le responsable de la Caisse de Mayotte

Les missions de ce comité opérationnel GDR sont rappelées dans l'annexe 3. Il est notamment chargé de proposer et préparer l'ordre du jour des Commissions, de déterminer les modalités et de s'assurer du suivi des actions intégrées au PPGDR.

Ces modalités de suivi intègrent :

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

Il réalise un bilan annuel soumis à validation de la commission de gestion du Risque.

Toute action non inscrite au PPGDR fait l'objet d'une information réciproque.

La déclinaison des 10 priorités nationales de GDR est assurée selon les modalités





propres à la « conduite de projet » par le chargé de projet de l'ARS OI. Les 10 priorités nationales concernent uniquement le département de La Réunion.

La fiche de mission du chargé de projet est annexée au présent document (annexe 4). Ce dernier est chargé d'assurer le suivi des travaux avec le COMOP, la coordination des différents groupes de travail et met à disposition des référents thématiques les outils prévus dans le PPGDR.

> Les référents thématiques

Un référent a été désigné pour chaque thématique. Les fiches de mission sont annexées (annexe 5)

Le (s) référent(s) thématique en lien avec le chargé de projet élabore(nt) des fiches actions intégrées dans le PPGDR et les soumet(tent) au COMOP (annexe 5).

Les membres du COMOP utilisent ces retours pour réaliser les différents documents de réflexion et, à terme, proposer une synthèse annuelle et l'évaluation des actions.

Au total, l'ARS OI dispose de :

- 22 membres partageant leurs efforts sur les 10 thématiques nationales retenues à La Réunion.
- 5 membres pour Mayotte.

> Les outils de pilotage

De nombreux outils de pilotage sont mis à disposition de la CGDR pour lui permettre de réaliser ses missions :

- Une fiche de mission « comité opérationnel » validée en CGDR ;
- Des fiches de mission du chargé de projet ARS et des référents thématiques validées par les directions respectives de l'ARS.
- Un tableau de bord du PPDGR ARS OI déclinés à travers trois suivis :
 - Un tableau de cadrage pour la CGDR recensant chaque priorité, enrichi par le chargé de mission GDR ARS OI à chaque évolution réglementaire ou opérationnelle, en lien avec le COMOP GDR et le Référent thématique.
 - Des fiches actions, enrichies régulièrement par le chargé de mission GDR ARS en concertation avec le référent thématique de chaque action et de leurs indicateurs,
 - Des rétro-planning pour chaque action, élaborés par le chargé de mission en cas de nécessité
- Un tableau de suivi des dépenses (en cours), pour le suivi des thématiques de gestion du risque.

- Un suivi des contrats « Transports et médicaments » dès signature
- Un bilan annuel du PPGDR (synthèse et évaluation des actions de gestion du risque) pour évaluation par la Commission de GDR.
- Un site dédié pour le partage des informations avec nos partenaires extérieurs.

— LE CONTRAT ETAT / UNCAM ET LES DIX PROGRAMMES PRIORITAIRES DE GESTION DU RISQUE

Le Conseil national de pilotage des ARS a défini lors sa séance du 9 juillet 2010 les priorités de gestion du risque des ARS pour 2010 et 2011. Elles s'inscrivent dans le cadre prévu par le contrat Etat/UNCAM, ce dernier incluant une vision large et globale de la gestion du risque. Le contrat 2010-2013 identifie 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

Ainsi, « Mieux connaître le risque santé », est un axe fort du PRS Réunion/Mayotte et constitue le socle indispensable de la gestion du risque. L'objectif retenu en 2011 est de créer un Tableau de Suivi agrémenté par les dépenses de l'Assurance Maladie et de l'ARS sur tout le champ de l'ONDAM.

« Renforcer l'accès aux soins pour tous » est un axe structurant de la loi HSPT. Il se matérialise par la lutte contre les inégalités d'accès aux soins, par la mise en oeuvre d'une permanence des soins ambulatoire et hospitalière adaptée aux besoins de la population réunionnaise et mahoraise, enfin par la promotion des maisons de santé pluri professionnelles et la meilleure répartition des professionnels sur les territoires de santé. Ces priorités et objectifs renvoient à la partie ambulatoire du schéma d'organisation des soins (SOS-PRS).

Le renforcement de « l'information et la prévention » se concrétise par des objectifs et des mesures prévues par les plans et programme nationaux de santé (cf. point 3.3.3.). Le programme d'accompagnement des pathologies chroniques utilisera les nouveaux leviers, comme les nouveaux modes de rémunération des professionnels



de santé exerçant en regroupement pluridisciplinaires.

Le développement de la télémédecine s'inscrit dans un programme d'actions qui sera formalisé en 2012 et répond à la priorité « Moderniser les outils au service du système de santé ».

Enfin, la priorité « Promouvoir des prises en charges plus efficaces » est largement reprise dans le cadre des 10 programmes prioritaires nationaux, axés sur le développement de modes de prise en charge plus souples, et mieux coordonnés et plus efficaces.

Les dix priorités nationales en matière de gestion du risque retenues sont :

- Les transports sanitaires prescrits à l'hôpital
- La prise en charge de l'IRC
- La liste en sus
- Les prescriptions hospitalières médicalementes exécutées en ville
- L'imagerie médicale
- La chirurgie ambulatoire
- L'efficacité des EHPAD
- Les prescriptions dans les EHPAD
- Les SSR
- La PDS ambulatoire et les urgences.

Ces thématiques sont pleinement cohérentes avec les objectifs fixés dans le cadre des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des ARS.

Le Programme Pluriannuel Régional de Gestion du Risque (PPGDR) comprend, outre, des actions nationales qui sont déclinaées pour l'île de la Réunion, des actions complémentaires spécifiques pour Mayotte et La Réunion.

Figure 5 : Rappel des objectifs GDR 2010-2011 des 10 priorités fixées aux ARS (circulaire du 19/07/2010)

Programme	Détail des actions	Eco 2010	Eco 2011
Transports sanitaires (DSS)	- Contractualisation ARS avec les établissements de santé - Expérimentation de plate-forme de transports sanitaires	90 M€ ⁴	90 M€
Prise en charge IRC (DSS)	- Dépistage de l'IRC - Développement de la Dialyse périt - Développement des greffes	30 M€	100 M€
Liste en sus (DSS)	- Maîtrise des volumes au travers une contractualisation avec les établissements de santé ciblés	90 M€	90 M€
Médicaments hospitaliers exécutés en ville (UNCAM)	- Identification des prescripteurs hospitaliers - Maîtrise des volumes au travers d'une contractualisation avec les établissements de santé ciblés	20 M€	60 M€
Imagerie médicale (UNCAM)	- Réguler les dépenses d'imagerie conventionnelle - Favoriser un développement soutenable des équipements lourds	100 M€ ⁵	100 M€
Chirurgie ambulatoire (DGOS)	- Développement de la chirurgie ambulatoire sur 17 actes marqueurs - Développement des centres de chirurgie ambulatoire exclusive	30 M€	50 M€
Efficacité des EHPAD (DSS)	- Améliorer la coordination des PS intervenant en EHPAD - Diffuser les bonnes pratiques - Développer les SI - Construire un dispositif d'évaluation	Favoriser une organisation et une utilisation des ressources efficaces dans les EHPAD	
Prescription dans les EHPAD (DSS)	- Elaborer une liste préférentielle des médicaments, concertée avec les médecins libéraux ; - Renforcer et diffuser les bonnes pratiques professionnelles en EHPAD	Maîtriser la dynamique des prescriptions en EHPAD	
SSR (DGOS)	- Mise en œuvre de la réforme réglementaire SSR, dans un cadre budgétaire contraint - Mise en œuvre d'une politique efficace et maîtrisée du SSR	Respecter les enveloppes SSR définies dans l'ONDAM	
PDS ambulatoire et urgences (DGOS)	- Assurer une permanence des soins accessible et efficace - Assurer l'articulation entre la PDS ambulatoire et les urgences hospitalières	Maîtriser la progression des dépenses de PDS ambulatoire et d'urgences hospitalières (<3%/an)	
TOTAL		360 M€	490 M€

⁴ Ces 90 M€ sont communs avec les économies sur les transports sanitaires des programmes nationaux de l'UNCAM

⁵ Dont baisse tarifaire



> Le programme « Transports sanitaires »

Le programme « Transports sanitaires » a pour objectif :

- la régulation de la progression des dépenses de transports sanitaires prescrits en hôpital ;
 - la redéfinition du modèle d'organisation du transport de malades, notamment au travers du développement du transport partagé.
 - La meilleure allocation des moyens en fonction des besoins strictement justifiés par l'état de santé des patients.
- Dans cette perspective, les principaux leviers d'action identifiés portent sur le dispositif de contractualisation avec les établissements et l'identification des pratiques de prescriptions non conformes.

■ Rappel des objectifs du programme⁶

La priorisation des transports dans le cadre du programme de gestion du risque mené par les ARS s'explique par l'importance des enjeux financiers liés à cette thématique. Au niveau national, le montant des transports sanitaires en 2009 s'élève en effet à plus de 3,6 milliards d'euros.

Plus de 67 millions de transports sont prescrits chaque année avec en 2009, 37% des prescriptions effectuées par des médecins libéraux et 63% par les établissements de santé et médico-sociaux tous régimes confondus et près de 5,1 millions de personnes ont été transportées en 2009.

En 2009, la répartition des dépenses selon le mode de transport s'établit comme suit :

- 42% d'ambulance
- 23% de VSL
- 31% de taxis
- 4% autres

L'analyse des dépenses de transport montre une nette augmentation de ce poste en 2009, avec une hausse de 7,2% en valeur, liée à 4,2% aux hausses tarifaires et 3% à l'effet volume, soit un taux de croissance de près de 8% par an sur les 10 dernières années.

S'agissant des objectifs opérationnels, le programme « Transports » comporte des objectifs de 3 niveaux :

1) une meilleure connaissance de la prescription hospitalière de transports de malades avec le ciblage, la sensibilisation et l'initiation d'un dialogue avec les établissements de santé fortement prescripteurs ;

2) une démarche contractuelle de régulation des dépenses avec les établissements de santé, de fixation d'objectifs de régulation des dépenses et d'optimisation des bonnes pratiques comportant un dispositif d'intéressement ou de reversement ;

3) le développement de nouveaux modes d'organisation des transports. Il convient de souligner que l'objectif financier est commun avec le plan d'actions UNCAM pour ce type de dépenses.

■ Rappel des objectifs du programme 6

Etat des lieux à La Réunion

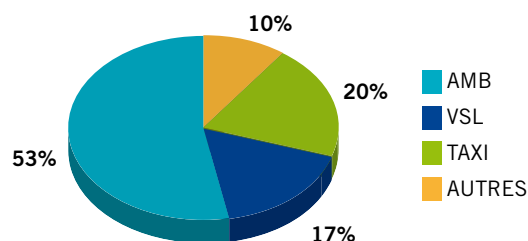
57 M€ ont été remboursés en 2010, soit évolution de +10,9%, dont 49,6% pour les libéraux et 50,4% pour les établissements.

En 2010, les établissements publics ont généré 15,1 M€ de dépenses, soit une évolution de +9,4%.

- AMB : 8 M€ +10,9%
- VSL : 2,6 M€ +3,5%
- TAXI : 3 M€ +39,9%
- AUT : 1,5 M€ <?> -22,0%

Figure 6. Répartition des dépenses selon le mode de transport

Type de transports	Dépenses remboursées en 2010	Evolution 2009 / 2010 %
Ambulance	8 673 015	14,7%
V. S. L.	2 364 094	6%
Taxi	2 446 280	49,6%
Autres	1 580 329	-20,1%
TOTAL	15 063 718	12,4%



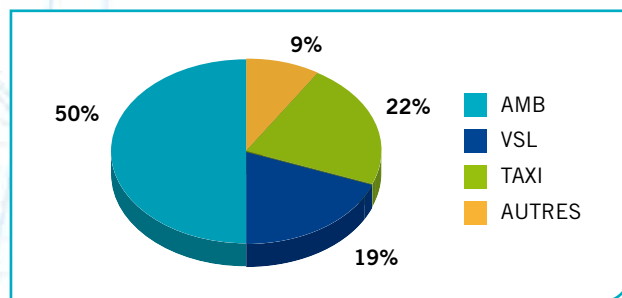
A titre indicatif, les dépenses remboursées par les établissements de santé sont de 1 006 841 642€

⁶ Instruction relative à la priorité de gestion du risque pour les transports de Patients du 17/12/2010

Figure 7. Répartition des patients transportés

Type de transports	Dépenses remboursées en 2010	Evolution 2009 / 2010 %
Ambulance	31 757	7,2%
V. S. L.	8 851	3,4%
Taxi	7 065	54,5%
Autres	1 576	-4,5%
TOTAL	42 994	7,2%

Figure 8. Répartition des dépenses selon mode de transport pour les 6 ALD



Les 6 ALD qui génèrent le plus de transport sont : Alzheimer, Cancer, Diabète, Affections cardiovasculaires, Affections psychiatriques de longue durée, néphropathie chronique. Elles représentent 64% des montants remboursés avec un taux d'évolution de l'ordre de +11,4%.

Figure 9. Les dépenses remboursées pour les patients appartenant aux 6 grandes ALD

Type de transports	Dépenses remboursées en 2009	Dépenses remboursées 2010	Evolution 2009 / 2010 %
Ambulance	4 234 981	4 754 112	12,3%
V. S. L.	1 456 508	1 535 633	5,4%
Taxi	1 156 834	1 628 889	40,8%
Autres*	1 032 170	853 275	-17,3%
TOTAL	7 880 493	8 771 908	11,3%

- Les transferts sanitaires vers la métropole sont intégrés.

Sources des données : fournies par la CNAMTS

Figure 10. Parc automobile à La Réunion

Nb d'entreprises	Transporteurs sanitaires			Nb de taxis conventionnés
	Nb de véhicules autorisés			
	Ambulances	VSL	Total	
137	248	139	387	306

Un parc automobile où les ambulances occupent une place prépondérante, sur les 387 véhicules sanitaires disponibles sur le département, 64% sont des ambulances (48,4% taux national). Pour dynamiser le transport assis sur le département, et notamment des VSL, la Caisse Générale de Sécurité Sociale De La Réunion a signé des conventions avec les taxis.

Diagnostic

Les dépenses de transport présentent une évolution annuelle assez importante à la Réunion comparativement à la métropole. Par type de transport, le taxi connaît le taux d'évolution le plus important. Cependant, même si les taux d'évolution des taxis restent élevés, le taux d'évolution des

dépenses des ambulances est toujours à la hausse (+14,7%) tandis que le taux de recours au VSL reste modéré (6%). Ces observations tiennent principalement au comportement des assurés et des transporteurs d'une part, et à l'organisation des établissements d'autre part.

■ Répartition des rôles ARS/AM

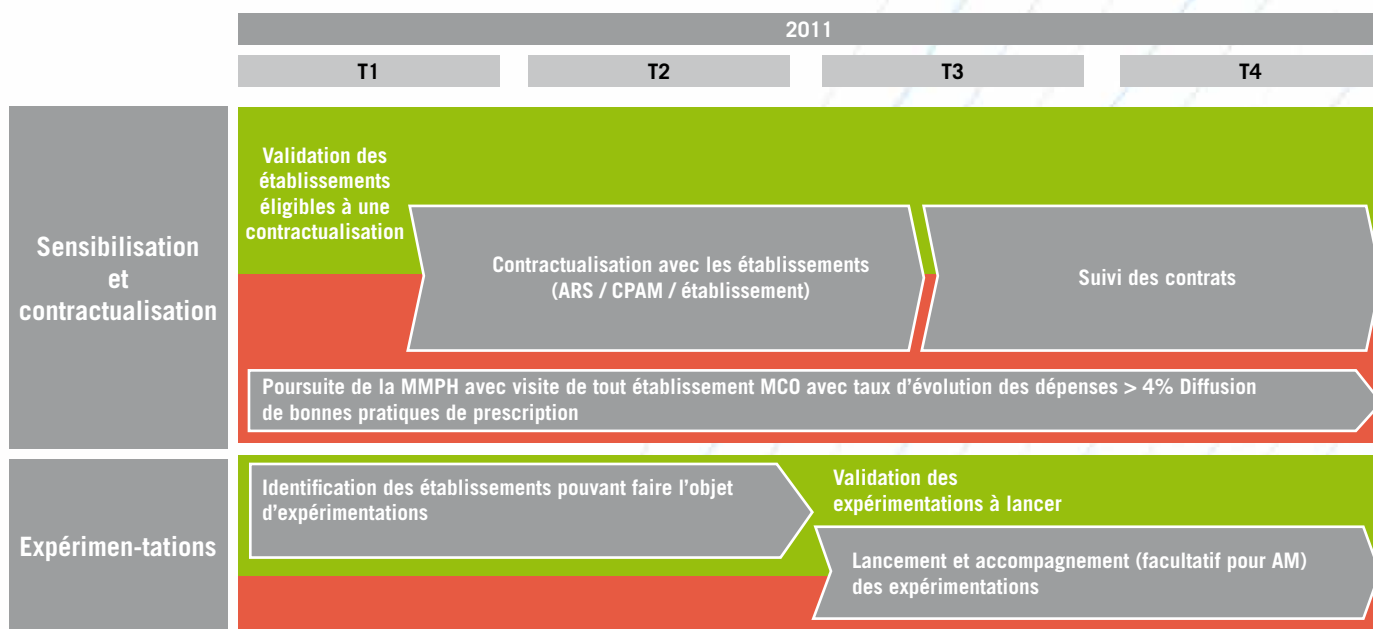
Le suivi de l'évolution des dépenses de transports des établissements contractants est opéré par l'Assurance Maladie et l'ARS à partir des données fournies par la CNAMTS.

Un suivi au minimum semestriel (voire trimestriel) sera mis à disposition de l'ARS, notamment par la fourniture de profils actualisés par établissement. Un point régulier de suivi sera réalisé et examiné en commission GDR de l'ARS.

Les évolutions évoquées dans ce document doivent être considérées comme des hypothèses de travail

Transports sanitaires

■ ARS
■ Assurance Maladie



L'Assurance Maladie, en collaboration avec l'ARS, poursuivra son action de sensibilisation en matière de transports dans les services hospitaliers au travers de rencontres avec les directions d'établissements et les CME, en particulier pour les établissements concernés par le dispositif de régulation des dépenses (art 45 LFSS).

Parallèlement, l'Assurance Maladie relancera les actions d'accompagnement auprès des praticiens libéraux (médecins généralistes et spécialistes) et des transporteurs.

La Caisse régionale du RSI contribuera au suivi des objectifs fixés en termes de prescription et pourra participer à des actions de contrôle du respect des engagements fixés avec les établissements sur leurs prescriptions.

Priorités	Objectifs opérationnels	Détail des actions du PPGDR (fiches actions)	Nature des interventions	Intervenant		Etat	Calendrier
				ARS	AM		
1. Transports sanitaires	1. Cibler les établissements atypiques	Effectuer le ciblage des établissements sur prescripteurs sur la base des informations transmises par la CNAMTS	Ciblage définitif validé en CRGDR (3 établissements ciblés : CHGM et CHFG, CHSR)	X	X	R	31 mars 2011
	2. Informer	Organiser une réunion préalable d'information générale sur le dispositif de contractualisation (Ets publics)	Préparation de la réunion, diaporama et interventions AM et ARS (transports et médicaments), logistique	X	X	R	4 mai 2011
		Proposer une contractualisation avec des objectifs ciblés	Rédaction des courriers	X		R	27 avril 2011
		Rencontrer les établissements pour étudier les données de remboursements des prescriptions de transports	Préparer le contenu des visites et plan d'actions, animation	X	X	R	13, 16, 17 juin
		Rencontre avec les Fédérations Hospitalières, les syndicats de taxis et ambulanciers et Ets de santé	Préparation de la réunion, diaporamas .../...	X	X		23 nov. 2011
		3. Contractualiser	Contractualiser avec les établissements ciblés	Préparer le contenu des contrats contrat tripartite AM/ARS/ETS : Envoi des propositions avec AR	X	X	
	4. Accompagner	Assurer les visites MIMPH	Après la signature des contrats pour les établissements sur prescripteurs		X		3 et 4 trimestre 2011
	5. Lancer l'expérimentation des centres de régulation	Choisir, dès réception du cahier des charges des expérimentations, les établissements		X			A venir
	6. Suivre l'évolution de la situation	Suivre les contrats et les dépenses de transports « toutes »	Tableau CNAMTS et profils établissements	X			Toute l'année



La CNAMTS communique à son réseau une liste d'établissements potentiellement signataires des contrats sur les transports s'appuyant sur les données de remboursement du 1er avril 2010 au 31/03/2011.

En CGDR, une liste d'établissements faisant l'objet d'une proposition de contrat sur les transports a été établie conformément aux dispositions de l'article 45 de la LFSS 2010 relatives aux prescriptions, prévoyant un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transports fixé à 3% pour 2011.

Trois établissements publics ont été ciblés. Il s'agit du CHGM, du CHSR et du CHF.

Objectif : Contractualiser avec les hôpitaux sur un objectif de maîtrise des dépenses de transports sanitaires (économie de 90 M€)



■ Evaluation des actions

A l'instar des neuf autres programmes, ce programme fait l'objet, au niveau national, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS.

L'indicateur retenu pour 2011 est le « taux d'évolution des dépenses de transports prescrites à l'hôpital ».

Le taux d'évolution 2009/2010 calculé sur 9mois est de 7,8%. Pour 2011, l'objectif national est +,3%.

La moyenne des objectifs cibles nationaux est 3,8%. L'objectif régional cible n'a pas encore été fixé.

> Le programme « Prise en charge IRC »

Le programme « Prise en charge IRC » vise à améliorer les pratiques en matière de prévention et de prise en charge de l'IRCT via :

- la diffusion des recommandations nationales existantes,
- l'amélioration des organisations de prise en charge, notamment concernant le développement de la dialyse hors centre, particulièrement DP,
- le développement de la greffe rénale.

■ Rappel des objectifs du programme⁷

L'IRC est une maladie progressive long-temps silencieuse, dont l'évolution peut-être freinée, voire stoppée, par un traitement médical.

En France, 1,8 à 3 millions de personnes en France ont une IRC non terminale* et 68 000 une IRC terminale. Plus de 55% des patients sont traités en dialyse et 45% ont un greffon rénal.

L'hypertension artérielle et le diabète sont les principales causes d'insuffisance rénale terminale, ces deux pathologies étant responsables à elles seules de près 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 durant de nombreuses années sous réserve d'une détection précoce et de la mise en place d'une prise en charge adaptée.

Le coût de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale, de 4 milliards d'euros en 2007, devrait atteindre 5 milliards d'euros en 2025.

S'agissant de la prise en charge de l'IRC, le bénéfice individuel attendu (survie, qualité de vie, insertion sociale) doit rester le premier critère de décision dans le choix de traitement retenu. Ainsi, à bénéfice individuel attendu identique, le moindre coût doit être recherché.

Parmi les types de stratégies de traitement existantes, il convient de souligner que :

- La dialyse péritonéale (DP) est sous-utilisée en France, puisqu'elle ne concerne que 7,2% des dialysés contre 15% pour les autres pays de l'OCDE selon le rapport REIN 2008. De plus, il existe une variation très importante d'une région à l'autre sans justification médicale évidente, de près de 2 à 19% selon le rapport REIN 2008 et de 3 à 25% selon les données CNAMTS 2007.

L'hémodialyse (HD) en unité de dialyse médicalisée (UDM) doit continuer à se développer tout en ne négligeant pas les possibilités de redistribution de malades débutants par une HD en centre vers la DP assistée compte tenu de la similarité des profils des malades (âge, comorbidités) en DP assistée et en HD. Le développement de la DPA autonome et de l'autodialyse peut également être envisagé dans les régions en pénurie d'organe.

- Du point de vue de l'efficacité, la greffe rénale est le traitement le plus performant de l'IRCT et le plus favorable en quantité et en qualité de vie puisqu'une greffe rénale supplémentaire épargne environ 15 années de dialyse. Aucune filière de soin ne présente des possibilités de maîtrise des risques aussi importantes et ce d'autant plus que les moyens investis dans le prélèvement ont permis d'augmenter fortement le nombre de greffes rénales, qui passe de 1882 en 1998 à près de 2937 en 2008.

Toutefois, en 2009, le nombre de greffes rénales a sensiblement décliné pour atteindre 2 826 greffes, avec un nombre de patients en attente d'un rein en augmentation de 5% par an. Par ailleurs, les indicateurs d'activité de transplantation rénale montrent une grande diversité des pratiques d'une région à l'autre (rapport REIN 2008). 50 % des malades dialysés de moins de 60 ans ne sont pas inscrits ou en cours d'inscription 15 mois après la mise en dialyse. Il convient de souligner que de nombreux leviers de lutte contre la pénurie existent, notamment au travers du recours à de nouveaux types de greffons, au prélèvement sur des donneurs vivants et sur des donneurs décédés suite à un arrêt cardiaque.

⁷ Instruction relative à la priorité de gestion du risque IRCT du 17/12/2010

Au regard de ces éléments, les objectifs du programme sont donc :

- La priorité en matière de gestion du risque concernant l'IRCT en région vise à améliorer les pratiques en matière de prévention et de prise en charge de l'IRCT, via :
- La diffusion des recommandations médicale existantes, en l'attente des résultats de l'évaluation médico-économique en cours par la HAS.
- L'analyse et la levée des freins organisationnels eu développement de la dialyse, notamment hors centre de dialyse péritonéale
- Le développement de la greffe rénale
- Le développement de la greffe rénale

■ Etat des lieux régional et diagnostic

Etat des lieux

Les éléments qui suivent font référence à la Synthèse Régionale IRCT (document Dr C. Gilbert, Dr A. N. Guyen).

Au 1er janvier 2011, le nombre de patients insuffisants rénaux chroniques traités par dialyse est de 1242, dont 18 sont des enfants. Cela s'explique notamment par le nombre relativement important de

structures de prise en charge existantes au regard de la population (17 sites), lesquelles sont implantées sur 10 communes à la Réunion.

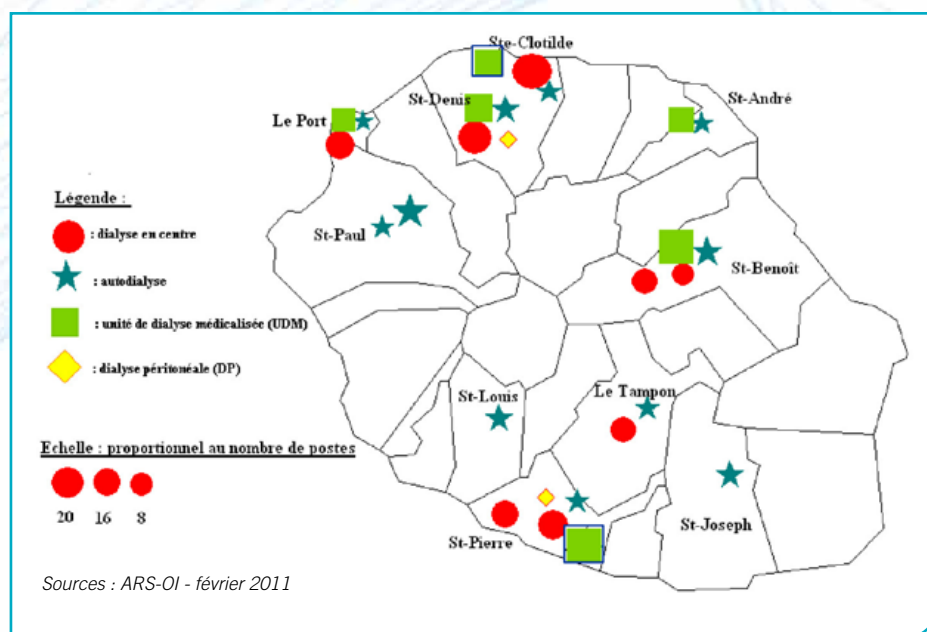
S'agissant de la situation épidémiologique, la Réunion présente des caractéristiques comparables à celles des autres DOM-TOM avec une bonne maîtrise des risques grâce aux campagnes de dépistage précoce réalisées pour les patients diabétiques.

La prévalence brute des patients traités par dialyse reste cependant deux fois plus élevée qu'en France métropolitaine et quatre fois plus élevée en matière d'hémodialyse (après standardisation sur l'âge). Le nombre de personnes nouvellement admises en ALD 19 (néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique) a triplé entre 2000 et 2008. Le nombre de patients dialysés a également triplé en vingt ans.

Concernant Mayotte, la prévalence de l'IRCT est estimée comparable à celle de la Réunion, ce qui rend nécessaire le développement d'une offre de dialyse propre. A l'heure actuelle, il n'existe pas d'offre de soins en matière de dialyse chronique à Mayotte.



Figure 11- Répartition des postes d'hémodialyse installés à La Réunion



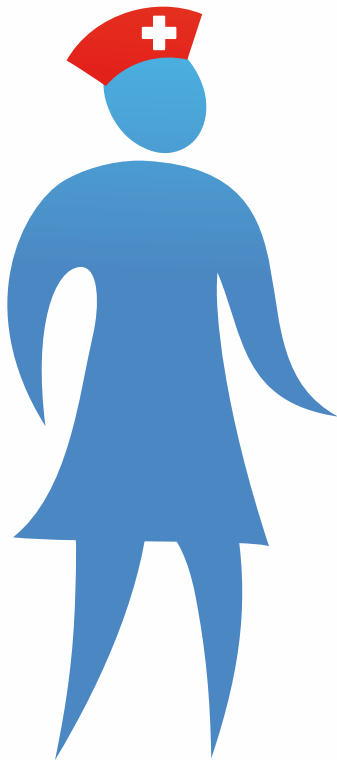
Dans la région OI, la part des patients traités par dialyse péritonéale dans l'ensemble des patients dialysés est de 6 contre 7,2% au niveau national.

Un objectif de 8% a été fixé pour 2011 dans le CPOM de L'ARS et dans les objectifs de GDR.

La réduction de ces différents modes de traitement passe par le développement de la greffe.

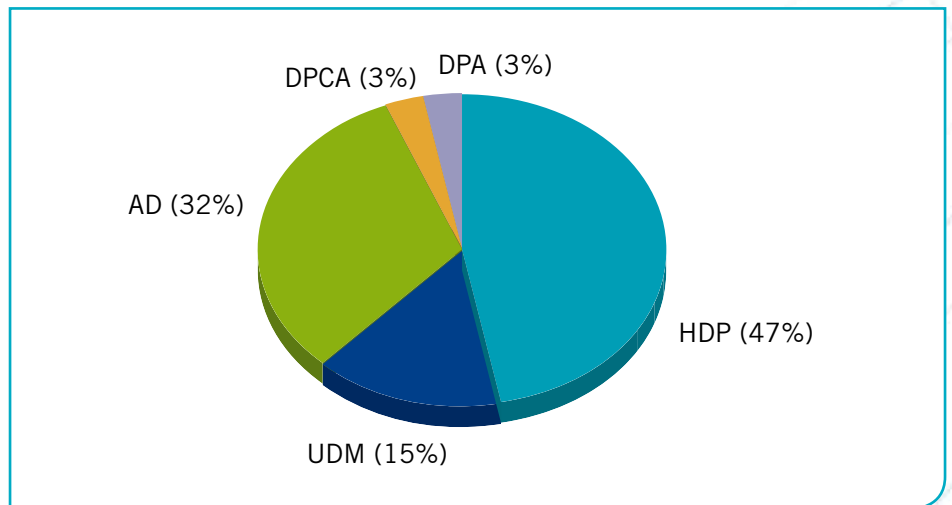
Le besoin en termes de greffe est estimé à 50 par an, ce qui nécessite de développer la greffe sur donneur vivant et exige une qualité optimale de prise en charge.

Le Centre Hospitalier Régional site Félix Guyon est le seul à disposer d'une autorisation d'activité de greffes rénale pédiatrique (30.03.2011). La décision d'une autorisation de greffe rénale adulte est en cours.



Diagnostic

Figure 12- Répartition de la prise en charge de l'IRC par type de traitement



Suite à l'état des lieux, il convient de relever :

- Un recours à l'auto dialyse simple (ADS) et à l'hémodialyse à domicile (HDD) marginal, voir inexistant ;
- Un nombre trop élevé de patients débutant leur traitement en dialyse sur le mode de l'urgence ;
- Un nombre insuffisant de patients débutant par la Dialyse Péritonéale. Il convient par conséquent d'améliorer le suivi par le néphrologue (adressage plus précoce des patients par le médecin traitant, réduction des « perdus de vue ») et développer les séances pluridisciplinaires communes pré dialyse permettant de présenter toutes les modalités ;
- Un « sur traitement » des patients par les ASE (agents stimulants de l'érythropoïétine).

Afin d'améliorer les pratiques, des actions de prévention et de dépistage sont prévues dans le cadre du programme GDR .Il s'agit en premier lieu de relayer auprès des établissements de santé les recommandations scientifiques et les données épidé-

miologiques disponibles et, en second lieu, d'assurer la diffusion des recommandations auprès des médecins et assurés sociaux.

Au-delà de ces actions de prévention, améliorer l'efficacité de la prise en charge de l'IRC suppose le développement de stratégies de traitement efficaces (coût/moyens). Sur ce point la dialyse péritonéale offre la meilleure autonomie au patient et présente des avantages en termes de coût

La promotion de la dialyse péritonéale et la recherche de l'organisation des soins la plus efficace passe par des actions qui seront décrites dans le SOS-PRS.

Pour les patients en insuffisance rénale chronique terminale (IRCT), la greffe rénale, lorsqu'elle est médicalement indiquée, constitue une mesure thérapeutique supérieure à la dialyse, tous modes confondus, tant en termes de qualité de vie sur le plan individuel qu'en termes de coûts financiers pour la collectivité.

**Figure 13 - Évolution du nombre de greffes rénales réalisées
(Agence de la Biomédecine. Rapport d'activité 2008)**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nombre de greffes réalisées	36	28	25	29	35	23

La décroissance du nombre de greffes rénales observé entre 2004 à 2006 est liée à des difficultés d'organisation au sein de l'établissement greffeur, mais aussi à un

déficit de greffons. Selon les données de l'équipe de greffe du CHR, il y a eu 30 greffes rénales réalisées en 2009 et 25 en 2010.

Figure 14 - Inscription sur liste d'attente de greffe rénale (Agence de la Biomédecine)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Nombre de patients inscrits sur liste d'attente au 1er janvier	140	131	106	104	127	142
Nombre de nouveaux patients inscrits pendant l'année considérée	22	24	44	60	44	52



En baisse entre 2003 et 2006, le nombre de nouveaux inscrits croît de nouveau depuis 2007, avec un pic à 60 en 2008.

S'agissant du taux de nouveaux inscrits en liste d'attente de greffe rénale, La Réunion fait partie du groupe de régions ayant le plus fort taux national (52 à 62 nouveaux inscrits par million d'habitants).

Ce fort taux d'inscription est corrélé à la forte prévalence de l'IRCT observée à La Réunion.

En effet, selon les résultats publiés par l'Agence de la Biomédecine (31/12/2008), 160 patients sont inscrits en liste d'attente de greffe rénale à La Réunion (103 inscrits au 01/01/08 + 57 nouveaux inscrits au cours de l'année 2008).

Par rapport à la file active de dialysés, la proportion d'inscrits est donc de 14.53 % au 01/01/2009.

Cette proportion paraît faible au regard du potentiel de malades à inscrire. Selon les données issues de DIADEM (Dialyse Données Épidémiologiques et Médicales), seulement 39% des patients en IRCT à La Réunion présentent une contre indication médicale à la greffe et/ou ont exprimé un refus de greffe, ce qui laisserait à penser que 60% des patients en IRCT peuvent être inscrits sur liste d'attente.

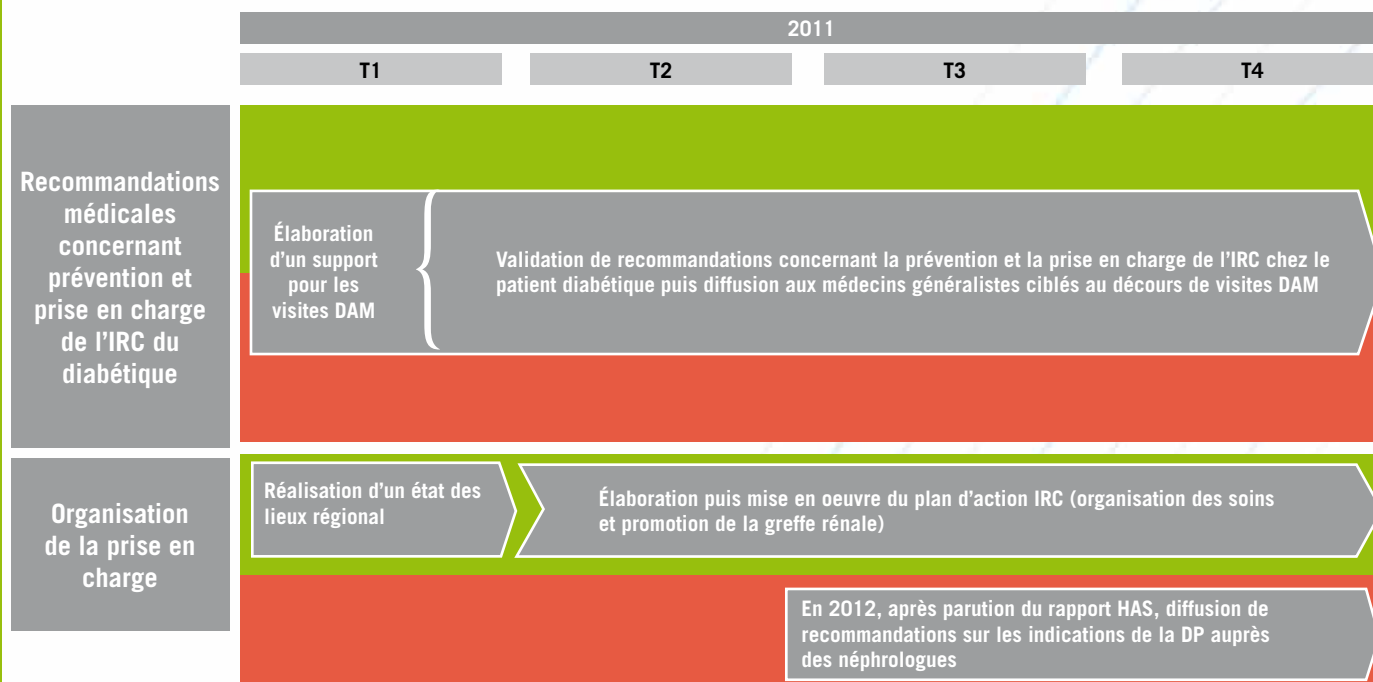
Ce constat met en évidence la nécessité d'assurer la reprise de l'activité de transplantation rénale suspendue le 2 septembre 2010. Cette reprise d'activité prévue pour le 8 Novembre 2011 exige une réorganisation de la chaîne de prélèvement et de transplantation afin d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients.

■ La répartition des rôles ARS/ AM

Les évolutions évoquées dans ce document doivent être considérées comme des hypothèses de travail

Insuffisance Rénale Chronique

■ ARS
■ Assurance Maladie



L'ARS diffuse les recommandations des différentes autorités de santé (HAS, ANAP...) auprès des établissements. Elle réalise un état des lieux régional sur la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'IRC et sur la greffe rénale. Elle élabore une stratégie permettant de développer des modes alternatifs de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique de manière à atteindre l'objectif de nouveaux dialysés traités en dialyse péritonéale fixé dans les CPOM des ARS.

L'Assurance Maladie intervient principalement sur l'information des professionnels de santé et des associations de patients. Le RSI interviendra sur l'information de ses ressortissants.



■ **Calendrier et suivi de l'avancement**

Réalisé
A faire
Vigilance

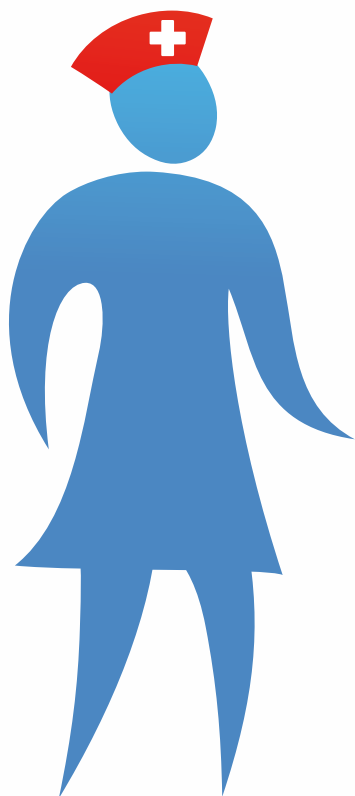
Objectif : Dépister et prévenir l'IRC ; Développer la dialyse péritonéale ; Développer les greffes pour une économie en 2011 de 100 M€

REFERENTS ARS : Dr C GILBERT et Dr N GUYEN AND DAO pour les greffes

Personnes impliquées : Groupe SROS

Indicateur de suivi de l'action : Nombre de patients pris en charge en dehors des centres d'hémodialyse / nombre total dialysés
 Nombre de patients en ALD diabète ayant bénéficié d'un dosage créatinine et d'une albuminurie/ nombre de patients en ALD diabète
 Délai moyen entre l'inscription sur la liste d'attente et la greffe (somme des délais écoulés entre l'inscription sur liste d'attente et la greffe rénale / nombre total de patients greffés)
Indicateur composite : Part des nouveaux patients traités par dialyse péritonéale sur des nouveaux patients dialysés (indicateur déjà identifié dans le CPOM)

Priorités	Objectifs opérationnels	Détail des actions du PPGDR (fiches actions)	Nature des interventions	Intervenant		Etat	Calendrier
				ARS	AM		
2. IRC	1. Identifier les pratiques régionales	Réaliser un état des lieux de la prise en charge en IRC (concertation avec les néphrologues). A l'aide des données épidémiologiques REIN, identifier la pratique régionale et la pratique des établissements, notamment en termes de case mix sur l'IRCT greffe/dialyse à domicile/ hémodialyse en centre	Etat des lieux et diagnostic partagé en région	X		R	Fin mars 2011
	2. Elaborer un plan d'action régional visant à favoriser la prise en charge la plus efficiente (greffe ou dialyse à domicile)	Elaborer une note de synthèse présentant les atouts et les voies possibles d'amélioration	Rédaction et transmission note de synthèse	X		R	15 avril 2011
	3. Diffuser et accompagner les acteurs de soin et les assurés sur cette thématique	Dans l'attente de la validation des recommandations de HAS : - les recommandations scientifiques en termes de stratégie de dépistage - les données épidémiologiques disponibles (REIN), notamment en termes de greffe - l'information sur le don d'organes via les MG	LE SROS doit s'appuyer sur l'état des lieux réalisé dans le cadre de la GDR. Le plan d'actions doit être mis en cohérence avec le SROS	Sensibiliser les généralistes sur la prévention de l'IRC chez le sujet diabétique	X pour les établissements de santé	X Médecins libéraux et assurés	



■ Evaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet, à l'instar des neuf autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS.

L'indicateur retenu pour 2011 est la « Part des patients traités par dialyse péritonéale sur patients dialysés » (Fiche 6.5).

> Le programme « Liste en sus »

La régulation des dépenses de santé de la liste en sus vise à :

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

■ Rappel des objectifs du programme⁸

La maîtrise des dépenses d'Assurance Maladie au titre des produits de santé - spécialités pharmaceutiques, produits et prestations - financés en sus des prestations d'hospitalisation, demeure une priorité ministérielle compte tenu des enjeux financiers associés.

En effet, en 2009, ces dépenses se sont élevées à plus de 4 Md€ (toutes catégories d'établissements confondues) dont environ 2,5Md€ pour les médicaments et 1,5Md€ pour les dispositifs médicaux implantables (DMI) soit une progression globale de +5,2% par rapport à 2008, les DMI ayant un taux de progression supérieur à celui des médicaments.

En 2010, cette progression devrait certes mécaniquement s'avérer moins importante en moyenne, du fait de la réintégration de certains produits de santé dans les GHS, représentant près de 5 % des dépenses de médicaments en sus et de l'atténuation des effets de retard de transmission des fichiers de produits facturés en sus par les établissements.

Néanmoins en termes économique, ces phénomènes n'ont pas le même effet atténuateur, puisque la réintégration dans les GHS de certains produits a conduit à une augmentation des tarifs des GHS en contrepartie.

Ainsi, il reste toujours essentiel d'agir sur la maîtrise des dépenses de produits de santé en sus et ce, d'autant plus que de nombreux établissements connaissent encore une forte croissance de dépenses.

Dans cette perspective, plusieurs stratégies ont déjà été mises en place pour assurer une régulation efficace :

- le plan Cancer 2009-2013 prévoit dans la mesure 21 « de garantir un égal accès au traitement et aux innovations », ce qui implique une utilisation des molécules anticancéreuses conforme aux référentiels de bon usage (RBU). Pour l'application de cette mesure, l'Inca, dans son rapport relatif à la situation de la chimiothérapie des cancers en 2009 (annexe 4), a proposé des modalités de mise en oeuvre du contrôle du respect des référentiels.
- un plan national comportant une forte dimension locale au travers de la conduite d'actions de contrôle des contrats de bon usage et de la régulation au titre de l'article L.162-22-7-2 du Code de la Sécurité Sociale (art 47-I de la LFSS pour 2009) a également été mis en oeuvre en 2009.

Au-delà de la récupération d'indus issus des contrôles, le cadre général s'articule en 2010 autour de la régulation au titre de l'article L.162-22-7-2 du Code de la Sécurité Sociale.

De manière générale, le renforcement de la régulation repose ainsi sur :

- un dialogue constructif entre l'ARS et l'établissement de santé en vue d'améliorer ses pratiques de prescriptions hospitalières
- le développement des processus pertinents internes à l'hôpital, l'outil de référence à cet effet étant le plan d'actions.

Au regard de ces éléments, les objectifs du programme sont donc :

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

⁸ Instruction relative à la mise en oeuvre des dispositions relatives à la maîtrise des produits de santé des listes en sus/du 12/11/2010

■ Etat des lieux régional et diagnostic

Etat des lieux

A La Réunion, les dépenses de médicaments financés en sus des tarifs connaissent, comme en métropole, une forte croissance.

Afin de réguler ces dépenses, une mesure d'encadrement de l'évolution des dépenses relatives à la liste en sus a été votée dans le cadre de la LFSS 2009, dont les modalités de mise en oeuvre ont été précisées par une circulaire.

En 2011, l'action se centre sur la contractualisation de plans d'amélioration des pratiques de prescription avec les établissements forts prescripteurs. L'Omédit intervient en tant que structure d'expertise et d'appui dans le champ du bon usage du médicament et des produits de santé et sera donc impliquée dans les actions du PPGDR relatives au médicament.

Figure 15 - Evolution des dépenses MON/DMI- Etablissements MCO

K€	2008	2009	Var 2008 - 2009	CBU 2010	Var 2009 - 2010	Delta valeur
CHFG	6 646	7 198	8%	7 108	-1%	-90
CHGM	719	557	-29%	749	34%	192
GHSR	193	171	-13%	327	91%	156
CLINIFUTUR	7 533	7 250	-4%	7 067	-3%	-183
DURIEUX	681	684	0%	962	41%	278
TOTAL REGION	23 629	23 964	1%	25 589	7%	1 625

A TITRE D'INFORMATION*, LES DEPENSES DECLAREES PAR LE CHM SONT :

Rapport CBUM 2009 973 k€
Rapport CBUM 2010 1 583 k€

* Etablissement MCO non T2A

Diagnostic

L'analyse des dépenses des produits facturés en sus des GHS pour les années 2009/2010 mettait en évidence une évolution des dépenses supérieures à 8% au sein de quatre établissements.

La consigne était d'opérer un suivi préventif et d'analyser avec les établissements l'origine de cette croissance.

Une méthodologie nationale de contrôle des prescriptions préconisait de cibler au moins 10% des Etablissements de la région représentant au moins 20% de la dépense de médicaments et de DMI en sus.

Deux établissements correspondant à ces indications ont été retenus, le GHSR et le

CHGM pour un contrôle des prescriptions de ces produits en regard des Référentiels de Bon usage (RBU). Le médicament concerné est le REMICADE (première dépense au niveau régional), la spécialité médicale retenue est la Gastro Entérologie, plus particulièrement la prise en charge des patients atteints de maladie de Crohn.

Lors des contrôles, aucun argument n'a été retrouvé dans le dossier patient permettant de prévoir des mesures correctives. Aucun plan d'action n'a été souhaité pour ces établissements, des remarques portant sur l'information des patients seront cependant intégrées aux avenants CBU qui doivent être signés prochainement.

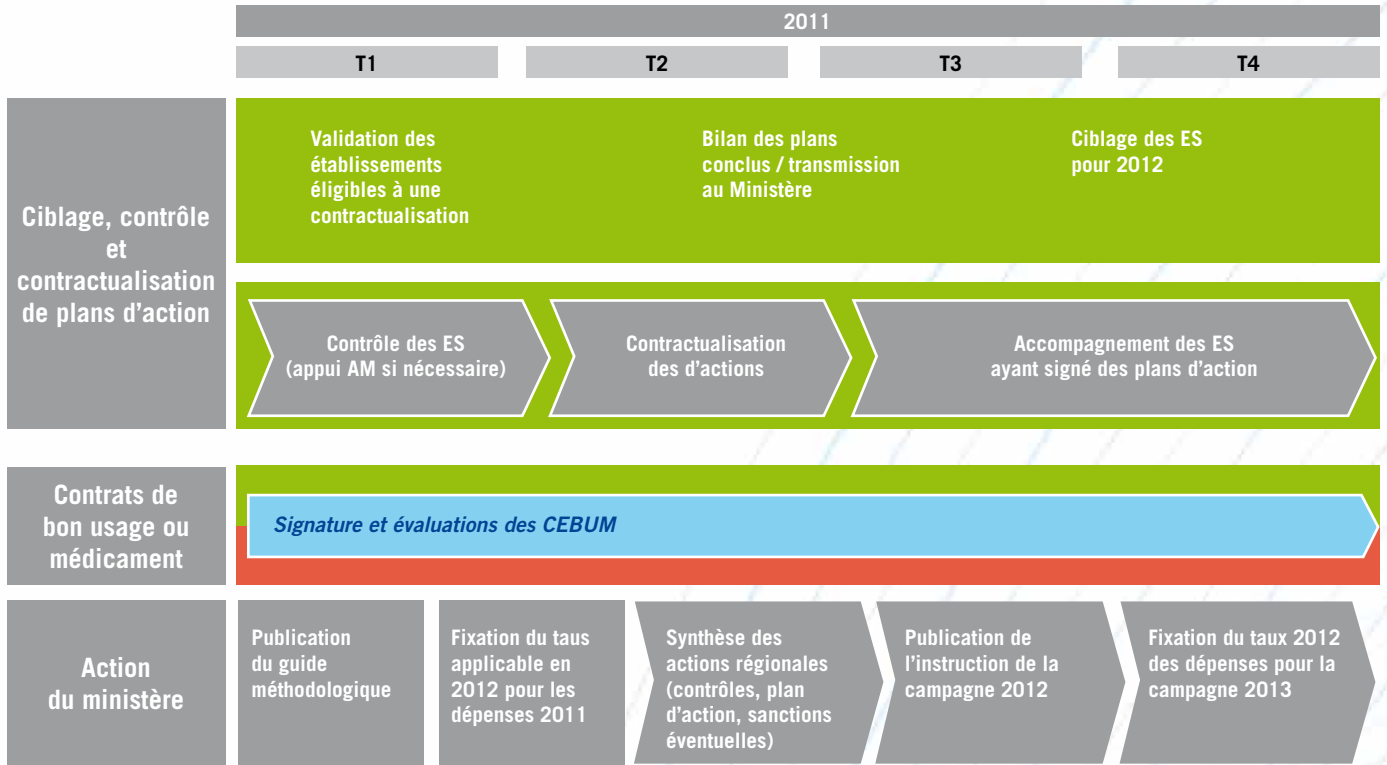


■ La répartition des rôles ARS/ AM

Les évolutions évoquées dans ce document doivent être considérées comme des hypothèses de travail

Liste en sus

■ ARS
■ Assurance Maladie



*Bilan des plans conclus transmis
Publication du guide méthodologique au ministère*

L'ARS et l'Assurance Maladie ont défini ensemble la liste des établissements à contrôler. Le service médical de l'Assurance Maladie a prêté son concours aux actions de contrôles menées par le médecin de l'ARS dans les établissements ciblés. La Caisse régionale du RSI pourra participer aux actions de contrôle menées.



Objectif : Maîtriser les volumes et les dépenses des molécules onéreuses au travers une contractualisation avec les établissements de santé ciblés pour une économie en 2011 de 90 M€

REFERENTS ARS : Dr Christophe CELERIER (Pharmacien) - **Assurance Maladie :** Dr Jean FERAL (Médecin Conseil)

Personnes impliquées : OMEDIT - **Pharmaciens et médecins contrôleur, ARS :** SIMONPIER, G. DINTINGER

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

Indicateur composite : Taux de contractualisation avec les établissements ciblés qui doivent faire l'objet d'une contractualisation
Taux d'évolution des dépenses de la liste en sus pour les établissements ciblés qui doivent faire l'objet d'une contractualisation

Réalisé
A faire
Vigilance

Priorités	Objectifs opérationnels	Détail des actions du PPGDR (fiches actions)	Nature des interventions	Intervenant		Etat	Calendrier
				ARS	AM		
3. Liste en sus	1. Evaluer l'impact des actions 2009	Etablir le bilan régional via le tableau de bord	Présenter à l'OMEDIT et transmis au Ministère avec argumentaires	X		R	décembre 2010
	2. Cibler les établissements atypiques .../... selon les nouveaux critères	Identifier les établissements gros prescripteurs ayant dépassé 10% en 2009	Présenter le travail fait par l'OMEDIT : pré ciblage. 10% Des Etablissements représentant au minimum 20% des dépenses	X		R	décembre 2010
		Mettre en place un mode opératoire de contrôle défini dans le guide méthodologique : ciblage des ets, préparer le contrôle, contrôler : vérifier l'application des recommandations de bon usage par audit dossier patient	Définition des paramètres de sélection. Ciblage. Courriers. Préparation du contrôle ; Désignation des médecins contrôleur AM et ARS analyse, contrôle sur sites et sur pièces	X	X	R	mai 2011
		Effectuer un rapport de contrôle : phase contradictoire et synthèse des conclusions	Décision de la CR GDR du 24 mai de rédaction d'un courrier à l'attention des 2 établissements rappelant les dispositions à prendre en cas d'utilisation « hors AMM » d'un médicament	X	X	R	30 juin 2011
	3. Conclure un plan d'actions	Notifier à l'établissement la décision : conclure un plan d'actions sous forme de contrat si l'évolution des dépenses résulte d'une non application des recommandations	Pas d'établissement éligible à la contractualisation mais rédaction d'un courrier	X	X	R	juillet 2011
	4. Poursuivre l'action 2010 auprès des Ets prescripteurs (taux 3%)	Cibler les ets dont le taux dépasse 3%	Deux établissements Pré-ciblés CHFG, GHER	X	X	R	octobre 2011



■ Evaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation. Deux indicateurs ont été retenus pour 2011 :

- Taux de contractualisation avec les établissements ciblés qui doivent faire l'objet d'une contractualisation
- Taux d'évolution des dépenses de la liste en sus pour les établissements ciblés qui doivent faire l'objet d'une contractualisation

> Le programme « Prescription hospitalières Médicamenteuses exécutées en ville »

Le programme PHMEV vise l'amélioration de la régulation des dépenses de PHMEV en s'appuyant sur l'identification puis la contractualisation avec les établissements ciblés, caractérisés par un nonrespect des bonnes pratiques et des évolutions importantes de leurs dépenses.

■ Rappel des objectifs du programme⁹

Les dépenses de prescriptions hospitalières en ville du régime général représentent 7,9 Mde en 2008, soit 19,6% de l'ensemble des prescriptions remboursées en ville. Il s'agit des prescriptions effectuées par des médecins hospitaliers pour les malades non hospitalisés (prescriptions de sortie d'hôpital, de consultations externes et des services d'urgence) délivrées soit par les pharmacies d'officine, soit par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé dans le cadre de la rétrocession.

- Entre 2007 et 2008 ces dépenses ont augmenté de +5,5%. Près de la moitié de la progression provient des dépenses de pharmacie. Structurellement, les prescriptions hospitalières de médicaments ont une croissance plus dynamique que celles de la ville, car les classes de médicaments qui la composent sont associées à des pathologies lourdes (VIH, cancer, hépatite, Sclérose en plaque, etc.) dont les traitements sont coûteux et sujets à des innovations thérapeutiques importantes.
- En 2009, les prescriptions de médicaments des médecins hospitaliers exécutées en ville représentent 28% du poste médicament sur l'enveloppe de soins de ville (22% délivrées en officine et 6% en rétrocession), avec une croissance supérieure à la moyenne (7% entre 2008 et

2009). A eux seuls, ces derniers représentent 68% de la croissance du poste.

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

- Les prescriptions hospitalières en ville, pour les établissements anciennement sous dotation globale, représentent 3,4 milliards d'euros de dépenses pour l'Assurance Maladie (tous régimes).
- Près de 60 % des prescriptions hospitalières en ville (hors rétrocession) concernent des médicaments de spécialités. Ils se répartissant principalement entre traitement du cancer, du VIH et des hépatites, EPO, traitement de la polyarthrite et immunosuppresseurs.
- Les médicaments de pathologies chroniques arrivent loin derrière avec seulement 16 % avec :
 - 25 % d'anti-agrégants plaquettaires (AAP) de la phase 3 « Conclusion d'un plan d'actions »)
 - 19% d'anti-hypertenseurs 19 %,
 - 17% d'antidiabétiques, 17 % et les
 - 15% d'anti-asthmatiques 15 %.
 - 70 % des dépenses de médicaments de psychiatrie sont des antipsychotiques.
- Dans le total des prescriptions délivrées en officine, la part des hospitaliers est très variable selon les classes. Elle est naturellement plus importante pour les médicaments de spécialités. Cependant, au sein même de cette catégorie, les disparités sont importantes :
 - 76 % des médicaments du VIH et de l'hépatite sont prescrits par des hospitaliers (sans compter la rétrocession)
 - 82 % des immunosuppresseurs
 - 84 % des hormones de croissance
 - 70 % des EPO.

En revanche, les prescriptions de médicaments anti-cancéreux délivrés en officines émanent des hôpitaux publics dans seulement 54 % des cas, tout comme pour la polyarthrite rhumatoïde (52 %).

Parmi les pathologies chroniques, les AAP sont prescrits dans 17 % des cas par des

⁹ Instruction relative à la mise en œuvre des prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville du XX/XX/2010



hospitaliers alors que seulement 5 % des anti-hypertenseurs le sont.

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

Le programme, portant sur les prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville (PHMEV) vise à réguler l'évolution des dépenses de ces prescriptions, pour un enjeu financier de 6 Md€, avec une progression rapide puisque les 2/3 de la croissance de toutes les dépenses médicamenteuses de ville sont liés à ces prescriptions. Pour parvenir à l'objectif de 60 millions d'euros d'économie sur ce poste dès 2011, quatre actions ont été retenues :

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

■ *Etat des lieux régional et diagnostic*

Etat des lieux

Les actions de maîtrise médicalisée de l'Assurance Maladie continuent à évoluer pour couvrir l'ensemble du champ des médicaments prescrits par les médecins hospitaliers et remboursés sur l'enveloppe de ville, au-delà des classes thérapeutiques suivies dans le cadre des engagements conventionnels de maîtrise médicalisée.

250 M€ remboursés en 2010, soit évolution de +5,3%
- dont libéraux : 76,8%
- dont établissements : 23,2%

• Les établissements publics génèrent 47,9 M€ en 2010, soit évolution de +20,6%

- Vaccins +58,3%
- Antalgiques +26,9%
- Antidépresseurs +23,9%
- Antihypertenseurs +34,1%
- Anti-infectieux +6,2%
- Contraceptifs +12,6%
- Dermatologie +93,1%

Sources des données : fournies par la CNAMTS

Diagnostic

La croissance des dépenses liées aux prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville s'explique en partie par des facteurs structurels :

- types de molécules prescrites
- baisse des prix concentrée sur des classes de médicaments peu prescrites à l'hôpital
- évolution des techniques de traitement entraînant une baisse des durées de séjour
- augmentation des prescriptions de médicaments.

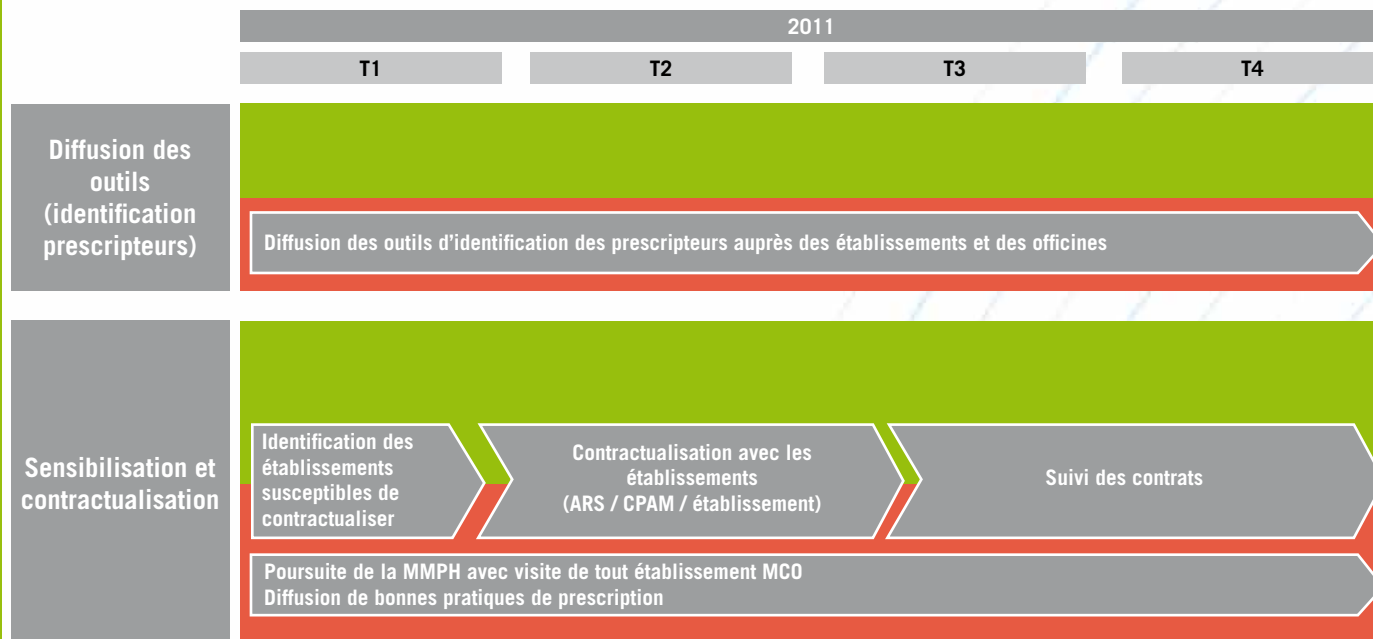
Pour autant, d'importants efforts d'efficacité restent à faire, les dépenses de médicaments prescrites à l'hôpital et exécutées en ville présentant à La Réunion une évolution annuelle importante (+20,6%). Comme pour les transports sanitaires, il s'agit de réguler les dépenses en référence à un taux national d'évolution fixé par arrêté à 6%. Une contractualisation, assortie d'un mécanisme d'intéressement et de sanction avec les établissements forts prescripteurs, est actuellement en cours de négociation.

■ La répartition des rôles ARS/ AM

Les évolutions évoquées dans ce document doivent être considérées comme des hypothèses de travail

Prescriptions Hospitalières de Médicaments Exécutées en Ville

■ ARS
■ Assurance Maladie



La CNAMTS communique à son réseau une liste d'établissements potentiellement signataires des contrats (établissement dépassant l'objectif de 6%) sur les médicaments qui s'appuient sur les données de remboursement du 1er avril 2010 au 31/03/2011. Conformément à l'article 47 de la LFSS 2010, une sélection de trois établissements publics (CHGM, CHSR, CHFG) a été établie en CGDR. La négociation avec les établissements forts prescripteurs en vue d'une contractualisation est opérée par l'ARS et l'AM. La proposition de contractualisation est portée par le directeur général de l'ARS auprès des directions d'établissements, le contrat est signé par le directeur général de l'ARS, le directeur de la CGSS et le directeur de l'établissement.

Le suivi des contrats signés sera effectué par l'ARS et l'Assurance Maladie. L'accompagnement des établissements sur le thème des médicaments (MMPH) (visites en vue de la contractualisation) est effectué par l'Assurance Maladie et l'ARS. Un point d'étape régulier est réalisé en Commission Régionale de Gestion Du Risque La Caisse régionale du RSI contribuera au suivi des objectifs fixés en termes de prescription et pourra participer à des actions de contrôle du respect des engagements fixés avec les établissements sur leurs prescriptions.



Objectif : Maîtriser les dépenses des prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville au travers une contractualisation avec les établissements ciblés pour une économie en 2011 de 60 M€

REFERENTS ARS : Dr Jean Yves PERON (Pharmacien) - **Assurance Maladie :** Dr Jean FERAL (Médecin Conseil)

Personnes impliquées : ARS : G. DINTINGERT - **Assurance Maladie :** P. REMACLE (pharmacien conseil)

Indicateur de suivi de l'action : Nombre d'établissements ciblés ayant signé un contrat avec l'ARS / nombre d'établissements ciblés par l'ARS (bilan d'étape national)

Indicateur composite : Taux d'évolution des dépenses PHMEV à la Réunion 17,80%

Réalisé
A faire
Vigilance

Priorités	Objectifs opérationnels	Détail des actions du PPGDR (fiches actions)	Nature des interventions	Intervenant		Etat	Calendrier
				ARS	AM		
4. Prescriptions médicamenteuses exécutées en ville	Identifier les postes de dépenses prioritaires et les établissements gros	Effectuer le ciblage des établissements sur prescripteurs (informations transmises par la CNAMTS)	Ciblage définitif des établissements réalisés, validé en CR GDR	X	X	R	avril 2011
	Contractualiser avec les établissements	Organiser une réunion préalable d'information générale sur le dispositif de contractualisation (Ets publics)	Préparation de la réunion, diaporama et interventions AM et ARS (transports et médicaments), logistique	X	X	R	4 mai 2011
	Accompagner les établissements	Proposer la contractualisation	Courriers d'annonce le 27 avril 2011	X	X	R	27 avril 2011
		Rencontrer les directions des ets et pharmaciens pour étudier les données de remboursements des prescriptions de médicaments et négocier les objectifs cibles du contrat	Préparer le contenu des visites et animation	X	X		Réunions les 11, 12 et 13 juillet 2011
	Signature contrats avec objectifs	Assurer les visites MMPH	Préparer profils et les annexes aux contrats	X	X		novembre 2011
	Suivre l'évolution des dépenses	Suivre l'évolution des données en lien avec l'Assurance Maladie	En coordination avec les contrats	X	X		2 ^{ème} semestre 2011
			Tableau CNAMTS et profils établissements (point en COMOP GDR et CRGDR)	X	X		Toute l'année

■ Evaluation des actions

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

L'indicateur retenu pour 2011 est le « Taux d'évolution des dépenses de PHMEV ».

> Le programme « Imagerie médicale »

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

L'efficience de l'offre en imagerie médicale implique, pour un coût soutenable :

- la pertinence de l'indication l'efficacité de l'organisation de l'offre (choix et répartition des équipements, organisation des équipes...)
- l'accessibilité et la qualité/sécurité de l'examen.

■ Rappel des objectifs du programme¹⁰

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

Cette thématique s'articule autour de deux axes :

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

Compte tenu des objectifs du plan Cancer en matière de taux d'équipement en appareils IRM, des disparités observées sur le territoire en matière de délai d'accès aux soins, de l'augmentation des indications observées sur ces modalités d'imagerie et des objectifs en matière de radioprotection, un développement de l'offre du parc des appareils IRM est attendu dans les prochaines années.

Aussi, afin de concilier amélioration de l'offre en équipements IRM et objectif de maîtrise de l'ONDAM, les ARS devront définir dans les prochaines semaines les objectifs en termes de potentialités de diversifi-

cation du parc.

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

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

2. Eviter la réalisation d'actes d'imagerie conventionnelle non indiqués ou redondants

Dans cette optique, un plan d'accompagnement des médecins généralistes prescripteurs et des radiologues en secteur libéral d'une part, et des établissements de santé publics et assimilés (PSPH dont CLCC) d'autre part, devra être mis en oeuvre sur les actes d'imagerie conventionnelle portant sur le crâne et/ou le massif facial quel que soit le nombre d'incidences, le thorax et l'abdomen sans préparation.

Ce plan d'accompagnement a donc pour objectif de :

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

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

¹⁰ Instruction relative à la relative à la priorité de gestion du risque en Imagerie médicale du 27/04/2010





■ Etat des lieux régional et diagnostic

Etat des lieux

L'imagerie médicale est une activité en progression constante depuis plusieurs années. Grâce aux progrès technologiques, elle joue un rôle croissant dans le diagnostic et le traitement des pathologies.

Le développement de nouvelles technologies, sans effet de substitution avec l'imagerie conventionnelle, tend cependant à accroître le coût de l'imagerie médicale pour la collectivité.

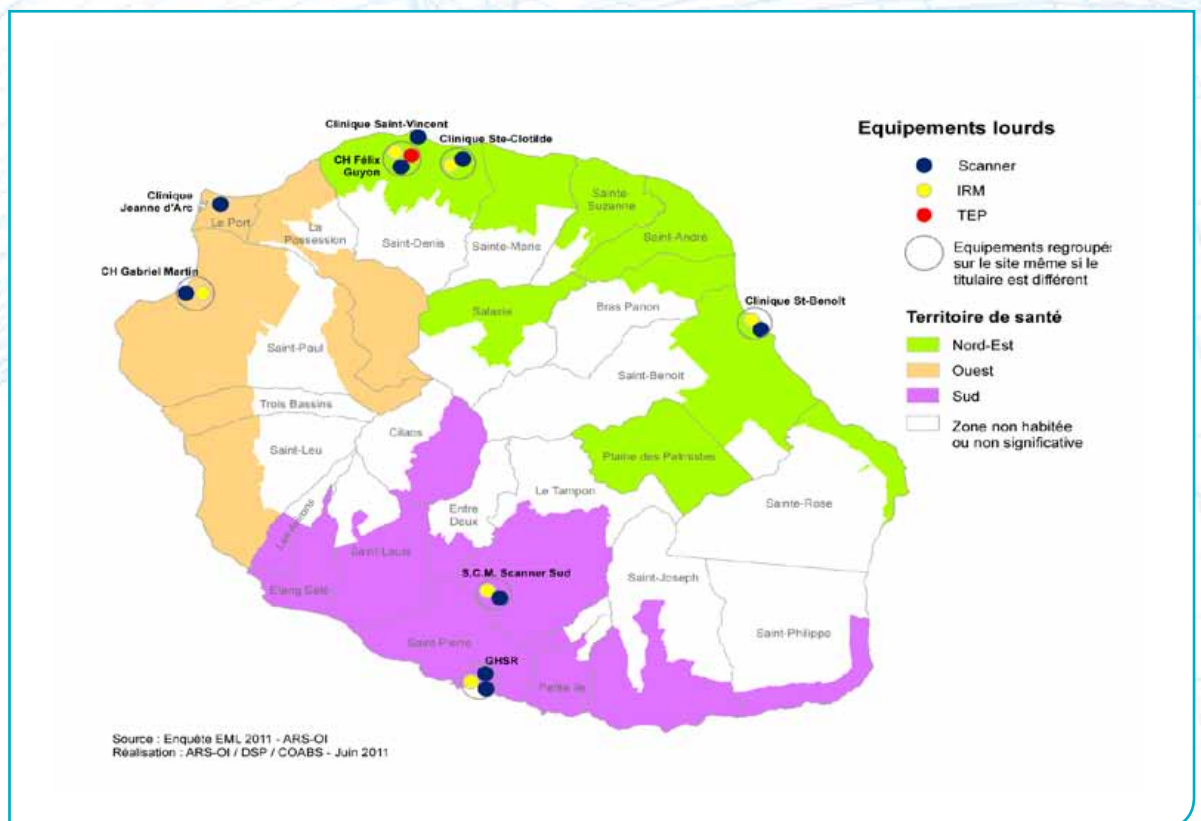
Dans un souci de maîtrise des dépenses et de diversification du parc d'équipements, il est donc préconisé de conjuguer l'amélioration de l'offre en équipements IRM et l'objectif de maîtrise de l'ONDAM. A cet effet, l'ARS OI doit définir les objectifs en termes de potentialités d'accroissement de diversification du parc.

En 2010, le nombre total d'appareils IRM autorisés est de 6 et le nombre de scanners est de 9 pour une activité enregistrée en 2009 de 66 647 actes. 45 573 actes sont réalisés en secteur privé, (68%), 21 074 actes en secteur public, soit 32% se répartissant comme suit :

- actes externes public 38%
- actes en hospitalisation 62%

En ce qui concerne plus spécifiquement les équipements, une nouvelle implantation d'appareil d'imagerie et de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique a été créée, un deuxième scanner dédié à l'urgence a été autorisé ainsi que la transformation de l'équipement d'IRM mobile avec un appareil fixe.

Figure 16 - Carte des implantations à La Réunion





Diagnostic

Les deux îles de l'Océan Indien, La Réunion et Mayotte ont, durant le SROS 3, rattrapé leur retard en équipements d'imagerie (IRM et scanners).

Actuellement, La Réunion a un taux d'équipement en scanner et IRM qui ne nécessite pas de réduction au contraire des implantations supplémentaires sont prévues dans cadre du programme national de gestion du risque (tableau national). Des implantations d'IRM polyvalentes existent dans chacun des territoires de santé; toutes sont de haut champ à 1,5 Tesla et celle, nouvellement installée, sur laquelle sont pratiqués les examens neurologiques au GHSR

est de 3 Tesla. Les délais d'attente sont «raisonnables». Les ressources humaines ne sont pas surabondantes, les établissements publics titulaires des autorisations connaissent des difficultés à pourvoir leurs postes en radiologues.

Les éléments qui suivent sont ceux du groupe EML du SOS-PRS animé par MC RAVault référent ARS imagerie médicale à l'ARS OI.

Les objectifs définis de diversification du parc prennent en compte l'installation d'appareils plus efficaces et l'adéquation au regard des besoins.

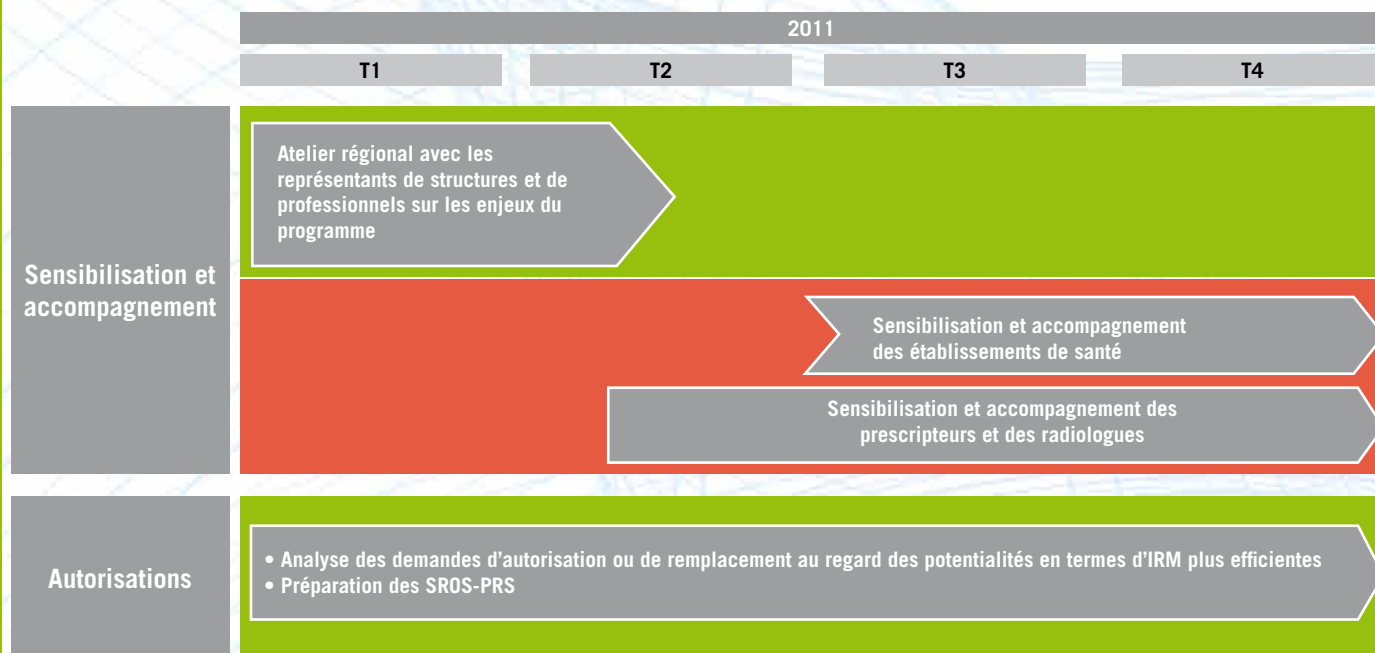
Figure 17 - Objectifs 2010/2015 de diversification du parc

Equipements lourds	Réunion			Mayotte
	Territoire NE	Territoire Ouest	Territoire Sud	
IRM				
2010	3	1	2	1
2016	5	3	4	2
SCANNER				
2010	4	2	3	2
2016	5 (dont 1 urgences)	2	3 (dont 1 urgences)	2
GAMMA CAMERA				
2010	3			0
2016	3 ou 4			0 à 1
TEP				
2010	1			0
2106	1 à 2			0

■ La répartition des rôles ARS/ AM

Imagerie

■ ARS
■ Assurance Maladie



A partir de fin 2011, les ARS interviendront en amont par la gestion des autorisations d'équipements lourds afin de favoriser l'installation d'appareils plus efficaces et l'adéquation des équipements lourds au regard de la typologie des besoins.

L'Assurance Maladie interviendra principalement sur la diffusion des recommandations de bon usage par la sensibilisation des prescripteurs et radiologues libéraux :

- recommandations sur l'imagerie standard pour les radios du crâne, du thorax et de l'abdomen sans préparation ainsi que sur les conditions de prises en charge des radios dans le cadre des ALD.
- recommandations sur les indications médicales des IRM et des scanners en fonction des catégories d'appareils et sur la redondance des actes CCAM.

Les premières actions sur le terrain interviendront au 2ème trimestre 2011. Sur le deuxième thème, les interventions auront lieu au 4ème trimestre 2011. De plus, la sensibilisation des établissements de santé sera effectuée conjointement par l'ARS et l'Assurance Maladie.

La Caisse régionale du RSI pourra participer à la démarche de diffusion et de promotion vis-à-vis des prescripteurs de recommandations de bon usage de l'HAS sur l'inutilité de certains actes d'imagerie à l'occasion de leur remboursement.



Objectif : Réguler les dépenses d'imagerie médicale et favoriser un développement soutenable des équipements lourds pour économiser 100 M€ en 2011

Chefs projet : ARS : Dr MC RAVAUULT

Personnes impliquées :

Indicateur de suivi de l'action : Remontée avant le 1septembre des niveaux d'objectifs en terme de diversification du parc et inscription de ces objectifs dans le SROS/PRS

Indicateur composite : Taux de réalisation de la baisse des actes de radiologie conventionnelle sur 3 topographies sur les actes réalisés en consultations externes (crâne, abdomen, thorax)

Priorités	Objectifs opérationnels	Détail des actions du PPGDR (fiches actions)	Nature des interventions	Intervenant		Etat	Calendrier
				ARS	AM		
5. Imagerie médicale	1. Réguler les dépenses d'imagerie conventionnelle et identifier les pratiques des établissements	Réaliser une enquête sur le bilan du parc en région	Etat des lieux réalisé.	X		R Pt d'étape à réaliser dans cadre SROS	mars 2011
	2. Eviter la réalisation d'actes d'imagerie conventionnelle non indiqués ou redondants	Etablir une évaluation des objectifs de diversification de l'offre des IRM dans le cadre du plan GDR et du SROS	Dans le cadre des travaux du SROS	X			sept. 2011
		Promouvoir les bonnes pratiques professionnelles en matière de réalisation de radiographies conformément aux référentiels HAS. Diffuser les référentiels de la HAS et des sociétés savantes	Accompagnement des médecins libéraux en cabinet de ville (83 généralistes et 40 radiologues)			X	
		Accompagner les praticiens libéraux et les Ets de santé	Accompagnement auprès des établissements de santé publics ciblés services urgences et radiologie (calendrier à prévoir en COMOP et proposition en CRGDR*)	X	X		à partir du 4 ^{ème} trimestre 2011
	3. Gestion efficiente des autorisations	Veiller à n'autoriser des équipements au regard des potentialités en termes d'IRM plus efficientes	En lien avec le SROS/PRS	X			Toute l'année



■ Evaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS (Fiche 5-3).

L'indicateur retenu pour 2011 est le « Taux de réalisation des économies attendues sur les actes inutiles ».

Taux de réalisation de la baisse des actes de radiologie conventionnelle sur 3 topographies (crâne abdomen, thorax).

Il est dénombré 2372 radiographies en 2009 à La Réunion (consultations externes des établissements publics hors urgence).

En 2012, il est attendu 1709 radiographies compte tenu d'une baisse de 663 radiographies (112 pour le crâne, 505 pour le thorax et 46 pour l'abdomen).

> Le programme « Chirurgie ambulatoire »

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

■ Rappel des objectifs du programme¹¹

La chirurgie ambulatoire, hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit, est une priorité nationale constituant un levier majeur d'amélioration et de structuration de l'offre de soins. Elle s'inscrit dans les enjeux organisationnels des SOS-PRS (2012-2016) en tant qu'alternative à l'hospitalisation complète.

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

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

Les objectifs du programme au niveau régional sont les suivants :

- Développer la chirurgie ambulatoire dans son ensemble, y compris en poursuivant et amplifiant les démarches d'ores et déjà engagées de mise sous accord préalable de certains actes ;
- Structurer une offre de chirurgie ambulatoire cohérente au niveau des territoires de santé, en anticipant les réorganisations de l'offre globale de l'offre de soins de chirurgie qui en découlent ;
- Développer la qualité et l'efficacité des soins de chirurgie ambulatoire, en passant notamment par une liaison renforcée des établissements de santé tant avec les médecins traitants que les structures d'aval.

Cette démarche sera appuyée au niveau national par :

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

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

■ Etat des lieux régional et diagnostic

Etat des lieux

La chirurgie ambulatoire, alternative à l'hospitalisation complète, constitue un enjeu majeur d'amélioration et de structuration de l'offre de soins. Elle présente des avantages en termes de sécurité des soins, de qualité de prise en charge et d'optimisation de l'organisation et des ressources des plateaux techniques et de satisfaction des patients.

L'évolution la plus marquante ces cinq dernières années concerne le développement très significatif de la chirurgie ambulatoire, qui a atteint, à la Réunion, le taux le plus élevé de France pour les 17 gestes marqueurs (taux de 83,3 % en 2009 et de 84,5 % en 2010).

La cible fixée pour 2011 à la Réunion est de 84%, l'objectif est atteint.

En revanche l'objectif fixé pour Mayotte n'est pas atteint en 2011, néanmoins le CHM poursuit la montée en charge du recueil de l'activité hospitalière.

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

Figure 18 - Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire régional pour les 17 gestes marqueurs 2009/2010

Gestes marqueurs	La Réunion	TS Mayotte
GM 1 - Adénoïdectomies	96,7%	100,0%
GM 2 - Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties	74,9%	12,5%
GM 3 - Chirurgie anale	20,8%	62,5%
GM 4 - Chirurgie canal carpien et autres libérations nerveuses (MS)	79,9%	50,0%
GM 5 - Chirurgie de la conjonctive (ptérygion)	98,3%	98,2%
GM 6 - Chirurgie de la maladie de Dupuytren	72,9%	0,0%
GM 7 - Chirurgie des bourses	68,2%	10,3%
GM 8 - Chirurgie des hernies inguinales	10,5%	1,5%
GM 9 - Chirurgie des varices	49,8%	0,0%
GM 10 - Chirurgie du cristallin	92,5%	95,2%
GM 11 - Chirurgie du sein/tumorectomie	45,0%	0,0%
GM 12 - Chirurgie réparatrice des ligaments et tendons (main)	78,1%	85,7%
GM 13 - Chirurgie strabisme	67,4%	100,0%
GM 14 - Chirurgie utérus, vulve, vagin et AMP	88,3%	74,2%
GM 15 - Coelioscopie gynécologique	44,3%	0,0%
GM 16 - Extraction dentaire	91,4%	100,0%
GM 17 - Exérèses de kystes synoviaux	90,5%	76,9%
TOTAL	84,5%	68,7%

Figure 19 - Taux global de chirurgie ambulatoire

Zone	2006	2007	2008	2009	Evo 2009/2006
La Réunion	40,1%	39,5%	38,7%	41,5%	+1,4
Ex-OQN	55,9%	55,9%	54,5%	56,7%	+0,8
Ex-DGF	13,2%	13,3%	14,9%	18,3%	+5,1
National	32,7%	32,3%	33,6%	36,2%	+3,5

Suite à l'instruction DGOS du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire dans son ensemble, un état des lieux a été réalisé, à partir de l'activité de chirurgie recensée dans le PMSI en termes de production et de consommation de soins des trois territoires de santé de La Réunion.

La chirurgie ambulatoire est un mode de prise en charge plutôt bien développé à La Réunion, le taux global de chirurgie ambulatoire étant de 41,4% au niveau régional contre 36,2% au niveau national.

Diagnostic

Les différentes politiques incitatives ont été efficaces tant par la mise en oeuvre de la mise sous accord préalable que par la politique tarifaire sur les 19 racines de GHM à tarif unique.

La pratique de la chirurgie ambulatoire s'est organisée de façon équilibrée et cohérente depuis 2006.

Il convient cependant de relever qu'il n'existe que peu de pratique émergente.

L'objectif d'étendre ce mode de prise en charge à l'ensemble des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire pourra s'appuyer sur l'expérience acquise. La gouvernance de l'activité de chirurgie ambulatoire à travers un taux global de cette activité nécessitera la poursuite des leviers actuels et la création d'incitatifs nouveaux.

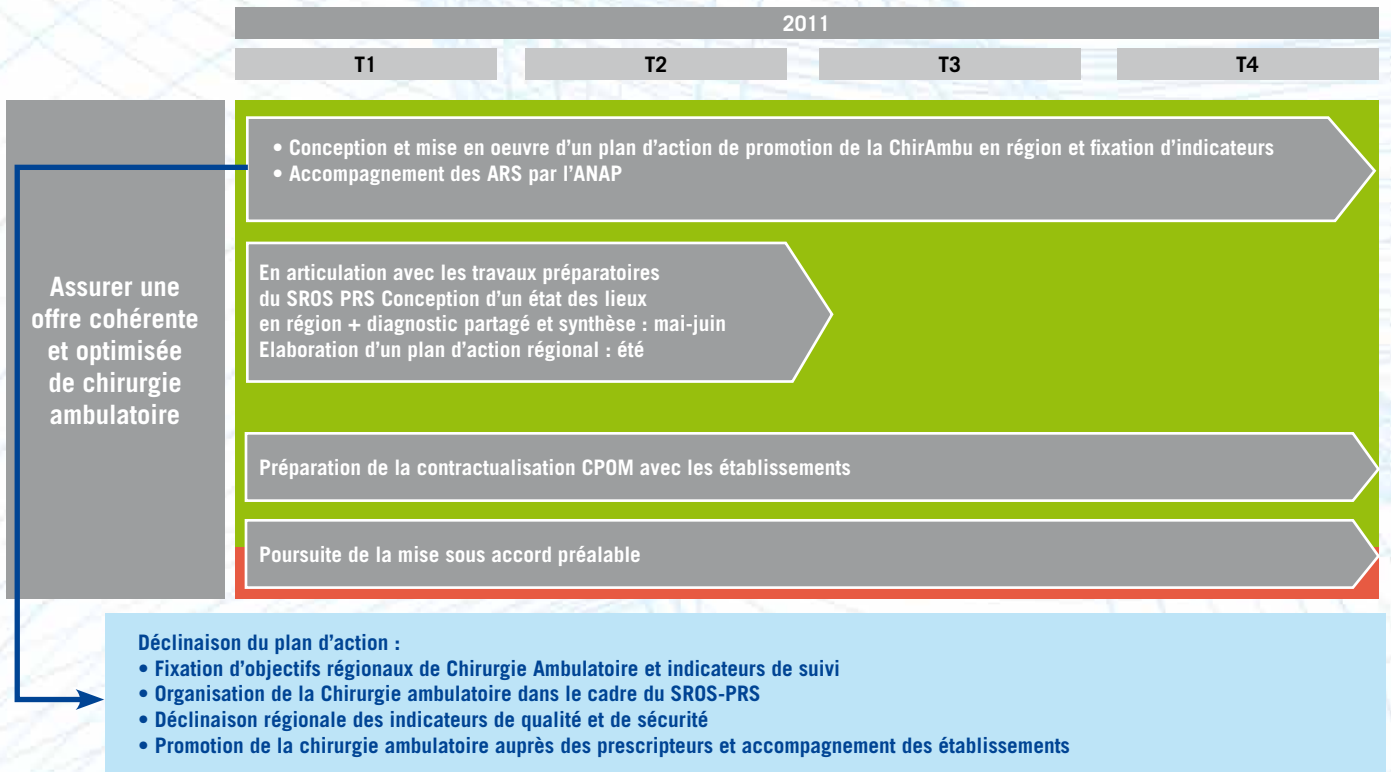


■ La répartition des rôles ARS/ AM

Les évolutions évoquées dans ce document doivent être considérées comme des hypothèses de travail

Chirurgie Ambulatoire

ARS
Assurance Maladie



Toute l'année 2011, l'Assurance Maladie, en lien avec l'ARS, centre son action sur la mise en oeuvre de la mise sous accord préalable des établissements de santé.

Parallèlement, l'ARS est chargé de mettre en place un plan de promotion et de contractualisation avec les établissements sur le thème de la chirurgie ambulatoire, dans son ensemble. L'ARS incitera à la mise en oeuvre des bonnes pratiques organisationnelles et professionnelles sur la chirurgie ambulatoire en déclinant les travaux de l'HAS et de l'ANAP La Caisse régionale du RSI :

- mettra en oeuvre le dispositif de mise sous accord préalable le cas échéant dans un cadre inter- régimes ;
- pourra expérimenter des dispositifs d'aide et d'accompagnement au retour à domicile des personnes.



Objectif : Développement de la chirurgie sur 17 gestes marqueurs avec un objectif d'économie de 50 M€ en 2011

Référent thématique : ARS : Dr JM SIMONPIERI - Assurance Maladie : Dr Pierre LAGACHERIE

Personnes impliquées : Equipe GDR et SROS

Indicateur de suivi de l'action : Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire

Indicateur composite : Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (17 gestes marqueurs)

Réalisé

A faire

Vigilance

Priorités	Objectifs opérationnels	Détail des actions du PPGDR (fiches actions)	Nature des interventions	Intervenant		Etat	Calendrier		
				ARS	AM				
6. Chirurgie ambulatoire	1. Développer la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé et poursuivre la MSAP (17 gestes marqueurs)	Bilan MSAP 2010	4 établissements pour le 1 ^{er} semestre 2011		X		nov. 2011		
		Poursuivre la MSAP en 2012		X	X				
	2. Mettre en place un plan d'action pour promouvoir la chirurgie ambulatoire dans son ensemble	Etablir un état des lieux quantitatif et qualitatif selon les dernières directives et synthèse	Etat des lieux réalisé, élaboration d'un document de synthèse		X		R	30 avril 2011	
		Partager le diagnostic avec l'ensemble des acteurs concernés (SROS/ PRS) et réflexion sur les points forts / faibles, identification des freins et des leviers	Diagnostic partagé avec tous les acteurs		X	X	R	sept. 2011	
		Contractualiser (CPOM) avec les établissements sur cette thématique	Cibles pluriannuelle de développement et des indicateurs d'organisation adaptés et de qualité de prise en charge à déterminer		X			Objectifs à inscrire dans les nouveaux CPOM	
			Commissions conventionnelles, Fédérations Hospitalières, établissements		X		R	octobre 211	
		Elaborer le plan d'actions régional	Fixation d'objectifs régionaux et de Chirurgie ambulatoire et indicateurs de suivi, Organisation de la Chirurgie ambulatoire dans le cadre du SROS-PRS, déclinaison régionale des indicateurs de qualité et de sécurité		X				En attente des instructions toutefois un premier rendu a été transmis au national
			Plan de communication grand public	Médias, etc		X	X		3/4 ^{ème} semestre



■ Evaluation des actions

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

Fiche objectif GDR 5-3, et fiches objectifs 6-1, 6-4, 8-3.

L'indicateur retenu pour 2011 est le « Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (17 gestes marqueurs)».

« Taux de recours à la chirurgie ambulatoire (20 actes marqueurs) de la population domiciliée».

« Taux d'établissement dont le ratio ICR (indice de cout relatif) de chirurgie par salle d'opérations est supérieur à un seuil national».

> Les 2 programmes « EHPAD : Efficience et Prescription »

■ Rappel des objectifs des programmes¹²

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

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

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

Le rapport de décembre 2009 « Missions, valorisation du métier de médecin coordonnateur et relations des EHPAD avec les professionnels libéraux, en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des résidents » préconise 13 mesures pour une meilleure prise en soin des résidents en EHPAD s'articulant autour de 5 axes.

Cumulées à la réforme de la tarification, cela induit pour ce secteur une profonde mutation avec mise en oeuvre de plusieurs réformes. Celles en cours visent notamment une généralisation progressive du forfait global de soins couvrant un périmètre de prestations très large (médicaments, rémunération des professionnels exerçant à titre libéral notamment) et la gestion d'un forfait limitatif. Elles s'inscrivent dans un cadre rénové encadrant les relations entre « la ville » et les établissements.

L'amélioration de la coordination des professionnels de santé intervenants et l'organisation des établissements assurant la qualité de la prise en charge des résidents, la mise en place d'outils performants de suivi de leurs dépenses et de leurs résidents, la poursuite de l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le forfait de soins et la diffusion des règles de bonnes pratiques en soins sont autant d'enjeux majeurs concernant les EHPAD.

Les objectifs poursuivis par les deux programmes EHPAD sont donc :

- Améliorer la coordination des professionnels de santé et la qualité de la prise en charge en EHPAD ;
- Elaborer et déployer des systèmes d'infor-

mation pour permettre le suivi et l'analyse des dépenses de soins des EHPAD ;

- Inciter à une gestion et une organisation plus efficaces de l'EHPAD et évaluer la qualité de la prise en charge et des soins
- Renforcer et diffuser les bonnes pratiques professionnelles en EHPAD
- Inciter les EHPAD à contractualiser sur des objectifs d'amélioration de la prescription et de la coordination des soins
- Aider les EHPAD à élaborer une liste préférentielle de médicaments efficace

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

■ Etat des lieux régional et diagnostic

Etat des lieux

A La Réunion, près de 91 393 personnes âgées de 60 ans et plus ont été recensées en 2008 par l'INSEE, soit 11,3 % de la population totale (21,9% en métropole).

En 2030, l'INSEE prévoit 250 000 personnes, soit ¼ de la population totale. Les situations d'incapacité et de dépendance apparaissent plus précocement à La Réunion qu'en métropole, de même que le processus de vieillissement.

La progression de l'ONDAM médico-social observée ces dernières années traduit une forte mobilisation des pouvoirs publics en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées.

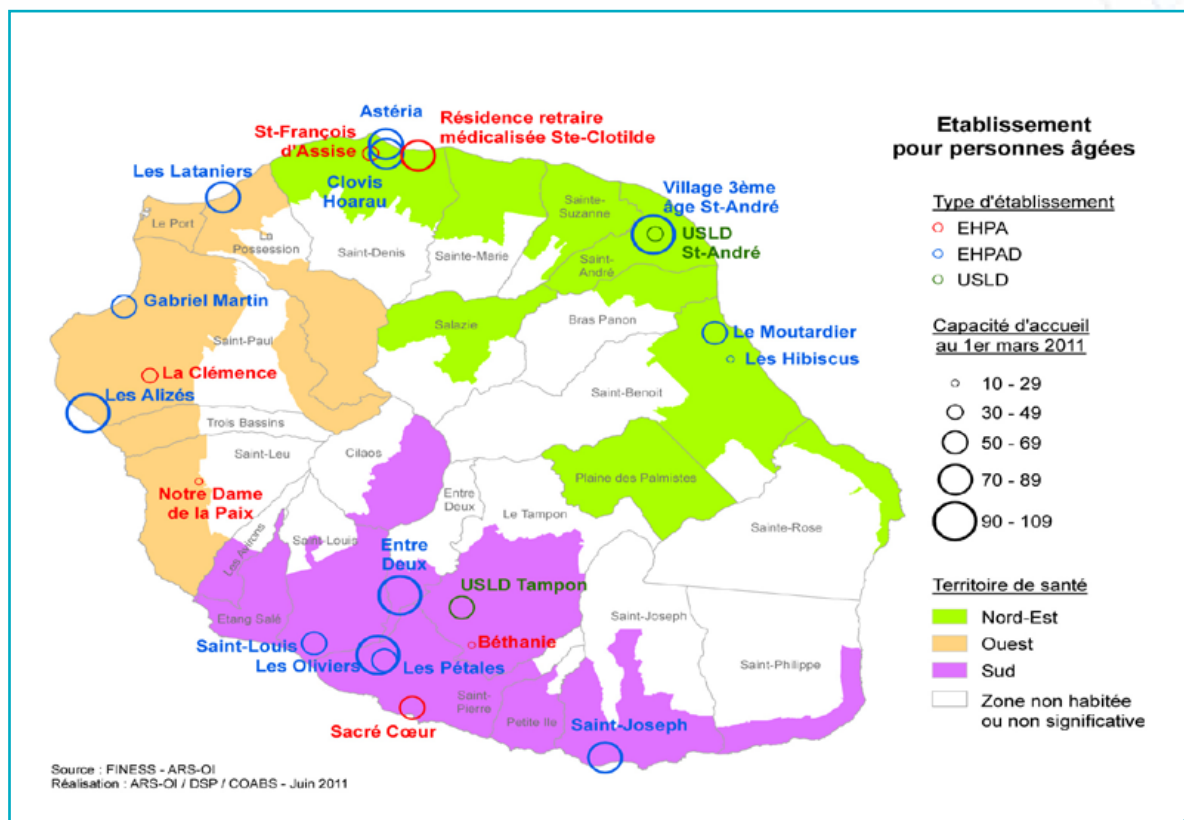
Concernant plus précisément les personnes âgées, le taux d'évolution du sous objectif ONDAM est de 10,9% en 2010.

Pour les établissements de La Réunion, le montant des dépenses est de 26.66 M€, soit une évolution de +21,5% (2009/2010). Ce taux important s'analyse par rapport à la montée en charge impliquées par les différentes réformes et à un retard d'équipement rattrapé que partiellement.

En effet, les taux d'occupation en structure sont élevés (100% pour certains) et le nombre de personnes sur listes d'attente atteint 498, soit un taux de pression de 42%. Le taux de pression passerait de 42% à 3% si toutes les capacités autorisées actuellement étaient installés (447 places).

¹² Instruction relative à la relative à la priorité de gestion du risque dans les EHPAD du 22/10/2010

Figure 20 - Etablissements assurant la prise en charge des personnes âgées à La Réunion



Diagnostic

S'agissant des bonnes pratiques professionnelles en soins, l'ARS OI a organisé le 22 février 2011 une réunion avec les EHPAD sur le thème de la dénutrition. Il s'agissait de valoriser et diffuser les recommandations existantes afin de susciter des échanges sur des initiatives concrètes déjà mises en œuvre.

En date du 4 mai 2011, l'Agence de Santé OI a prolongé la démarche avec le soutien technique de la Société régionale de Gériatrie et de Gérontologie par la présentation de l'outil « Nutrition » réalisé dans le cadre du programme MOBIQUAL.

S'agissant de la coordination des professionnels de santé, ce point reste une problématique récurrente dans les EHPAD où plusieurs médecins libéraux interviennent. Le rôle de médecin coordonnateur est plus compliqué, et ce, en dépit du décret définissant ses missions. Comme le souligne le bilan effectué le 30 juin 2011, il existe

une grande réticence des professionnels libéraux à signer les contrats, l'expression de cette demande induisant un fort risque de fuite. Le bilan effectué au 30/06/2011 pointe ces difficultés.

Sur 14 établissements EHPAD à La Réunion :

- 2 ont conclu des contrats avec les médecins libéraux (14 %)
- 1 avec les masseurs kinésithérapeutes (7%).

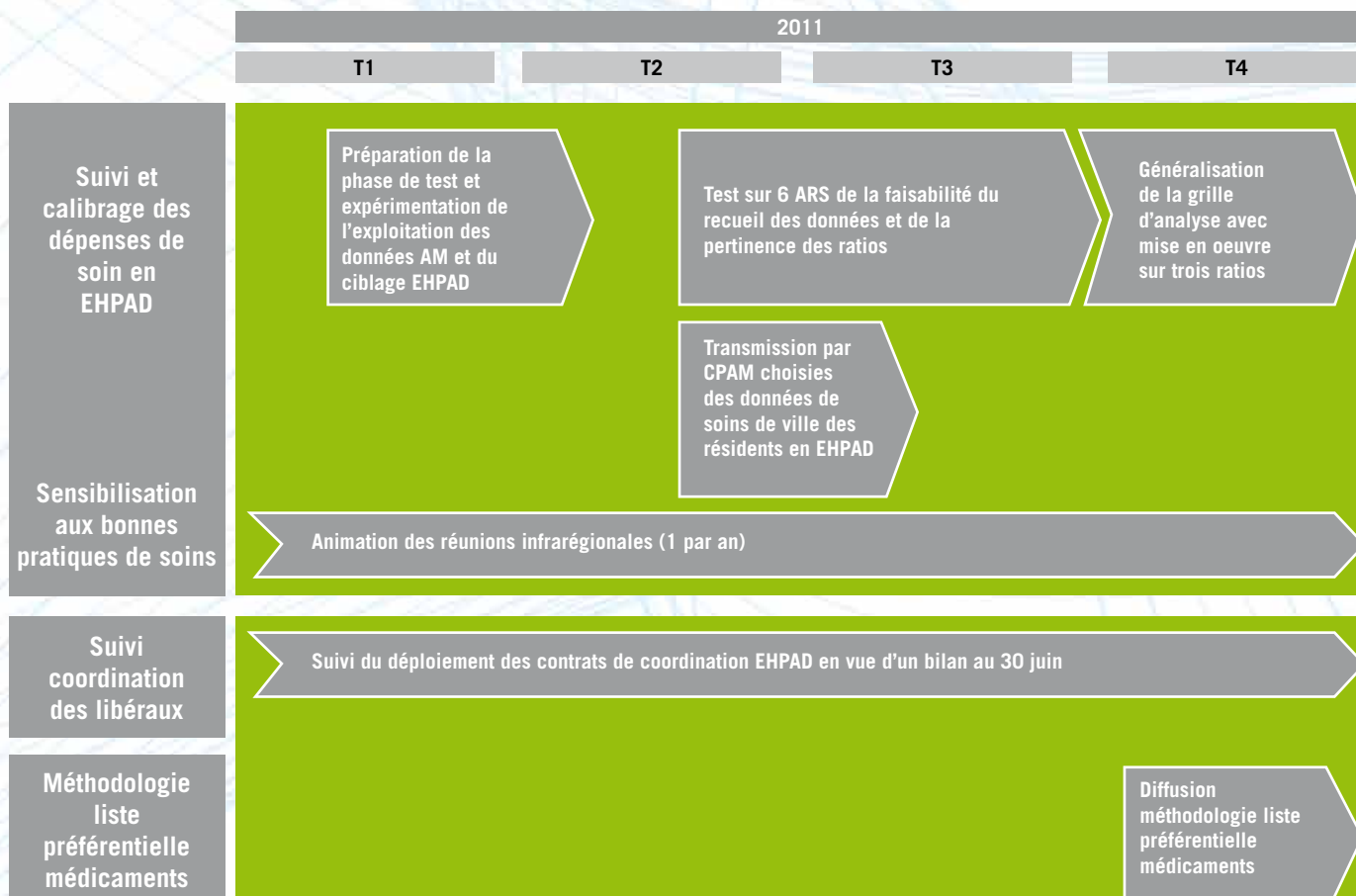
Tous les EHPAD disposent d'un médecin coordonnateur (dont l'ETP est de 0,5 conformément à la législation existante). Cependant, aucun établissement n'a installé de Commission de Coordination. Les établissements qui ne disposent pas de médecins libéraux sont le plus souvent des EHPAD qui bénéficient d'un tarif global, ce qui les incite à privilégier le salariat des médecins.

■ La répartition des rôles ARS/ AM

Les évolutions évoquées dans ce document doivent être considérées comme des hypothèses de travail

EHPAD

■ ARS
■ Assurance Maladie



L'Assurance Maladie n'intervient pas directement sur ces programmes, sauf pour le déploiement du système d'informations permettant le suivi des résidents en EHPAD. Parallèlement, la CGSS et le service médical poursuivent des actions sur des thèmes nationaux et seront accompagnés par les référents de l'ARS. La Caisse régionale du RSI pourra participer aux actions de suivi des dépenses sur la base de la liste des résidents rendue disponible.

Objectif : Favoriser une organisation et utilisation efficaces des ressources en améliorant l'efficacité générale des EHPAD, de la prescription des médicaments et la qualité de la prise en charge en EHPAD sur la base des recommandations nationales.

Référent thématique : ARS : M. LEVENEUR

Personnes impliquées : G. DINTINGER et M. HAMON

Indicateur de suivi de l'action : % des médecins libéraux intervenant en EHPAD participant à chaque réunion de la commission de coordination gériatrique. Nbre de professionnels libéraux intervenant en EHPAD avec contrat / Nbre de PS libéraux médecins intervenant en EHPAD

Nbre EHPAD participant aux réunions locales sur les bonnes pratiques / nombre EHPAD de la région
Nbre d'EHPAD sans PUI ayant élaboré une liste préférentielle de médicaments / nbre EHPAD sans PUI

Indicateur composite : % EHPAD ayant mis en œuvre une mesure mensuelle du poids, mise en place de protocoles de prise en charge pour les patients dénutris sur une période de 3 mois consécutifs, 100% des résidents doivent avoir bénéficié de 3 pesées.
Taux de mise en œuvre par l'ARS pour un échantillon d'EHPAD de trois taux d'analyse

Réalisé
A faire
Vigilance

Priorités	Objectifs opérationnels	Détail des actions du PPGDR (fiches actions)	Nature des interventions	Intervenant(s) ARS	Intervenant(s) AM	Etat	Calendrier
7. Efficience des EHPAD	1. Améliorer la coordination des professionnels de santé et qualité de la prise en charge en suivant la montée en charge des nouveaux leviers de coordination	Suivre la montée en charge des signatures de contrats entre EHPAD et médecins et masseurs-kinésithérapeutes libéraux intervenant en EHPAD	Bilan à mi parcours effectué	X		R	juin et déc. 2011
	2. Mettre en place un suivi et une analyse des dépenses de soins en EHPAD	Suivre les réunions de coordination entre médecin coordonnateur et médecins libéraux, ainsi que de l'augmentation du temps de présence des médecins coordonnateurs	Bilan à mi parcours effectué	X			juin et déc. 2011
	3. Effectuer un suivi des dépenses lors du passage au tarif global	A partir des extractions des traitements de données budgétaires transmises par les EHPAD et des données UNCAM, mettre en place une grille d'analyse des dépenses de soins	Dès réception de la grille d'analyse (prévu en 10 2011), 3 ratios seront à compléter	X			dans l'attente de l'instruction 4tr 2011
	4. Inciter à une gestion et à une organisation plus efficace de EHPAD et évaluer la qualité de la prise en charge et des soins	Repérer les comportements atypiques	Actions expérimentales de GDR dans certaines régions (6 ARS) pour tester les programmes nationaux*				4 semestre 2011
		Effectuer une comparaison avec les dépenses constatées pour les Ets ayant opté pour le tarif global sur les soins de ville	Suivi du passage au tarif global				Pas de calendrier
		Suivi de l'utilisation du forfait global au regard des besoins en soins techniques des résidents et contrôle par l'AM des EHPAD en forfait global (plan de contrôle CX)	Actions expérimentales de GDR dans certaines régions pour tester les programmes nationaux				Calendrier décalé au 2 semestre 2012 du fait des expérimentations

Réalisé
A faire
Vigilance

Priorités	Objectifs opérationnels	Détail des actions du PGDR (fiches actions)	Nature des interventions	Intervenants		Etat	Calendrier	
				ARS	AM			
8. Efficience de la prescription des médicaments dans les EHPAD	2. Organiser les réunions d'échanges avec les EHPAD	Organiser et animer une réunion d'informations et d'échanges de bonnes pratiques en EHPAD sur le thème de la dénutrition	Programme d'intervention fait et invitations lancées. Réunion le 22/02/2011	X		R	22 févr. 2011	
		Organiser la restitution par les EHPAD (% d'EHPAD ayant mis en œuvre un plan d'action à la suite de leur participation aux réunions d'information organisées par l'ARS)	Elaborer une grille d'évaluation permettant d'identifier les EHPAD ayant mis en place un plan d'actions	X				1 ^{er} août 2011
	2. Deployer le CAQCS sur l'amélioration des pratiques en EHPAD	Réunion MOBIQUAL	Réunion de consolidation sur le thème de la dénutrition le 25 mai 2011	X				25 mai 2011
		MMHEHPAD sur le thème des troubles du comportement (alzheimer ou maladie apparentée)	Visite des EHPAD de 80 lits ou plus (1 EHPAD visitée 10 visites sont prévues entre 2011 et 2012)	X	X			3 et 4 trimestre 2011/2012
	3. Déployer la liste préférentielle de prescription	Contrat-type élaboré au niveau national :	En attente de directives		X			Calendrier non stabilisé
		Cibler les EHPAD pouvant faire l'objet d'une contractualisation sur la base des critères élaborés au niveau national			X			
		Déployer le contrat-type élaboré au niveau national avec les EHPAD ciblés			X			
	4. Expérimentation réintégration des médicaments dans les forfaits de soins	Suivre la montée en charge de ce contrat au niveau régional			X			déc. 2011
		Dès la méthodologie d'élaboration de la liste préférentielle terminée au niveau national :	En attente de directives (méthodologie en septembre)		X			4 trimestre 2011
		Diffuser la méthodologie d'élaboration de la liste préférentielle auprès des EHPAD, notamment par le biais des réunions locales d'information et d'échange			X			
Centraliser les listes préférentielles des EHPAD et suivi de la montée en charge du dispositif				X				
	Faire l'interface entre le national et les EHPAD dans la mise en œuvre de l'expérimentation	Objectifs susceptibles d'être neutralisés LES DOM ne sont pas concernés par l'expérimentation					Calendrier déserré jusqu'au 1 janvier 2013	
	Centraliser les données remontées par les EHPAD							



■ *Evaluation des actions*

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

Les indicateurs retenus pour 2011 sont :

- Pour le programme EHPAD Prescription : « % d'EHPAD ciblés ayant mis en oeuvre un plan d'action à la suite de leur participation aux réunions d'information organisées par les ARS »
- Pour le programme EHPAD Efficience : « Taux de mise en oeuvre par l'ARS pour un échantillon d'EHPAD de trois taux d'analyse »

> *Le programme « SSR »*

Sur cette thématique, les enjeux sont multiples et concernent :

- L'harmonisation de la qualité et le positionnement de l'offre de soins SSR dans l'offre de soins globale sur l'ensemble du territoire
- Le renforcement de la fluidité du parcours des patients entre MCO SSR et domicile (dont médico-social et social)

■ *Rappel des objectifs du programme*

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

L'amélioration de la connaissance de l'activité et des coûts du secteur SSR via la création ou l'amélioration de tous les outils nécessaires à la mise en oeuvre de la T2A (systèmes d'information par ex.).

Le programme SSR poursuit ainsi plusieurs objectifs :

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

Dans ce cadre, l'ARS déclinera notamment des indicateurs d'efficience des SSR et des indicateurs de suivi des dépenses. Elle déploiera notam-

ment à cet effet l'outil Trajectoire (outil d'aide à l'orientation en SSR) et favorisera le recours à des conventions entre les SSR et le secteur médico-social.

L'ARS et l'Assurance Maladie mettront en oeuvre une procédure de mise sous accord préalable (MSAP) pour les prestations de SSR pour des suites de traitements chirurgicaux et orthopédiques pour lesquels la rééducation, si elle est indiquée, est réalisable en ville dans la mesure où il n'existe pas d'isolement social, de pathologies associées ou d'incompatibilité avec le maintien à domicile.

Un accompagnement des établissements MCO et SSR sera réalisé par l'Assurance Maladie sur ce thème.

■ *Etat des lieux régional et diagnostic*

Etat des lieux

Les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) ont pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

Au sein de l'offre de soins, les SSR occupent ainsi une place particulière entre les services de médecine et de chirurgie (court séjour) et le domicile, l'EHPAD ou l'USLD (long séjour).

Le secteur connaît un développement continu lié à plusieurs facteurs :

- la croissance des besoins liée aux maladies chroniques et aux handicaps
- la diminution de la durée moyenne de séjours en MCO
- la reconversion de certains sites dans le cadre de la restructuration des activités MCO (la Clinique de l'Est/ clinique de la Paix)

Figure 21 - Activité de SSR

Territoires de santé	Lits et places autorisés	Lits et places installés	OQOS prévus dans le cadre du SROS III	OQOS réalisés en 2010
Territoire Nord Est	360	249	154 952	68 322
Territoire Sud	370	182	130 675	45 222
Territoire Ouest	332	314	121 910	109 002
Total	1 062	745	407 537	222 546

Diagnostic

En 2008/2009, cinq établissements de SSR ont été autorisés dans le cadre du schéma. (255 lits et places) Ces autorisation d'activité n'ont pas été mise en oeuvre à l'heure actuelle. Par conséquent, ce retard génère une activité à « flux tendu » dans les services et établissements existants et représente un obstacle à la fluidité de la filière en aval du MCO et du domicile.

On dénombre ainsi **317 lits et places non installés**, constituant une marge d'activité de plus de 108 000 journées, soit 25% de l'activité.

Dans le cadre du SROS III, les OQOS au niveau des implantations ont été élaborés à partir des enjeux de satisfaction des besoins. Cette évolution de l'offre ne tenait pas compte du respect des enveloppes SSR définies dans l'ONDAM.

Aussi, dans le cadre de la politique de GDR, l'organisation de l'offre de soins de suite dans le cadre du SOS-PRS doit répondre à trois objectifs :

- Améliorer le recours aux SSR
- Maîtriser le développement
- Améliorer leur efficacité.

L'organisation du secteur passe par l'amélioration de la connaissance des missions des SSR par les services MCO, le développement de la complémentarité entre l'offre de soins en SSR et le secteur ambulatoire et la fluidité des parcours du SSR vers le médico-social.

L'amélioration de l'efficacité doit être analysée et objectivée afin d'engager avec les établissements des actions, tant sur le plan de l'accès aux soins que celui de la pertinence.

Dans un cadre budgétaire contraint, il apparaît nécessaire de développer une politique maîtrisée et efficace du SSR, même si la Réunion est dans une phase de montée en charge et ne fait pas partie des régions sur-dotées en la matière à l'heure actuelle.



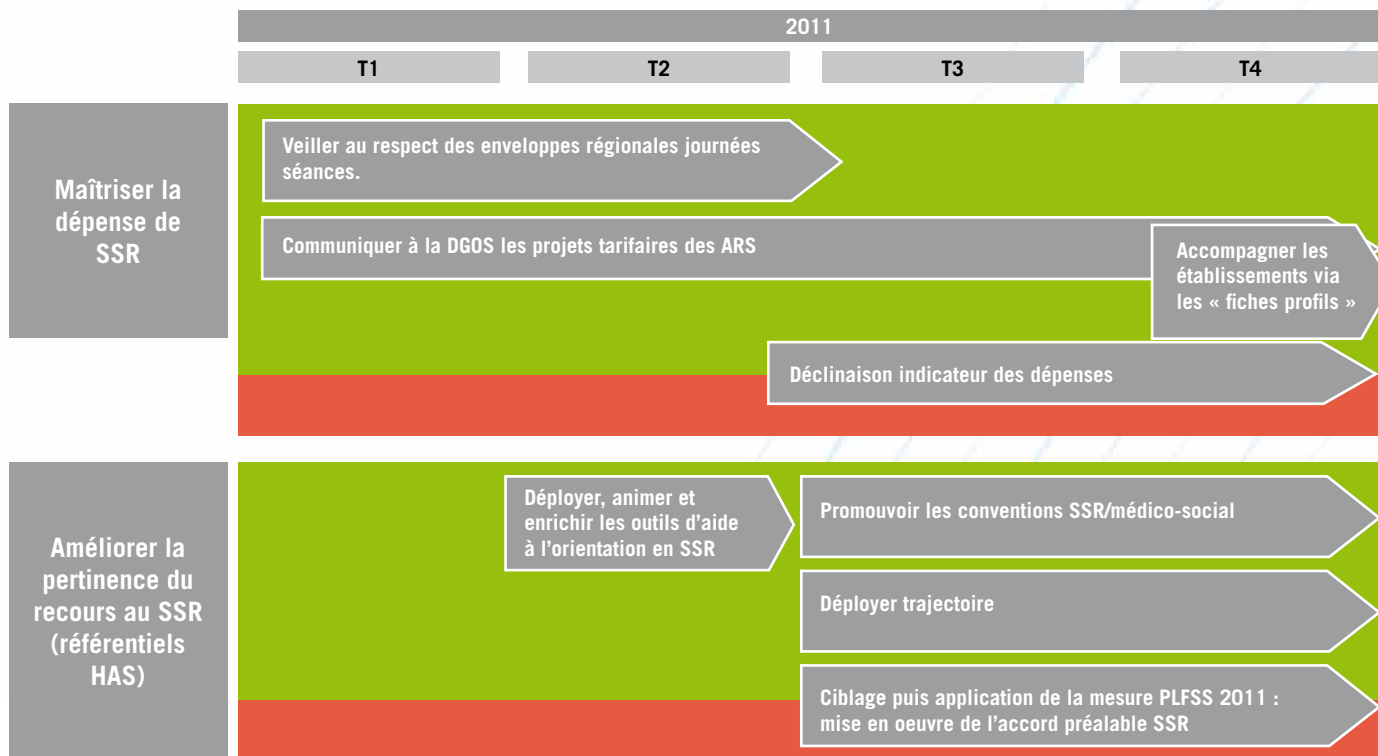
ORGANISATION ET MÉTHODE

■ La répartition des rôles ARS/ AM

Les évolutions évoquées dans ce document doivent être considérées comme des hypothèses de travail

SSR

■ ARS
■ Assurance Maladie



L'ARS sera chargée de maîtriser ce poste de dépenses dans le respect des taux d'évolution adoptés dans le cadre de l'ONDAM, de préparer la mise en oeuvre de la réforme du financement de ces activités et d'adapter la carte de l'offre disponible au regard des besoins. L'Assurance Maladie intervient sur la mise en oeuvre de la mise sous accord préalable pour l'orientation en soins de suite et réadaptation. En effet, le projet de LFSS pour 2011 prévoit d'étendre la procédure d'accord préalable vers les centres de SSR. Le champ d'application de cette mesure est limité aux indications visées par les recommandations de la HAS qui définissent les traitements chirurgicaux et orthopédiques pour lesquels la rééducation, si elle est indiquée, est réalisable en ville dans la mesure où il n'existe pas d'isolement social, de pathologies associées ou d'incompatibilité avec le maintien à domicile. Un accompagnement des établissements MCO et SSR sera réalisé par l'assurance maladie sur ce thème. La Caisse régionale du RSI mettra en oeuvre le dispositif de mise sous accord préalable le cas échéant dans un cadre inter-régimes.

Objectif : Améliorer l'efficacité générale du programme SSR

Référent thématique : ARS : P. LUCCIANI

Personnes impliquées dans l'action : personnes impliquées dans le SROS / PRS

Indicateur de suivi de l'action : Durée de prise en charge ; nbre de journée de présence : DMS ;

Mode de sortie du SSR : nbre de séjours SSR avec mode de sortie X / nombre de séjours SSR terminés ;

Taux de retour précoce en MCO : nbre de ré hospitalisations d'au moins une nuit en MCO après moins de 2 jours en SSR / nbre de séjours en SSR ;

Taux de fuite : nbre de séjours de patients de la région dans un Ets hors région / nbre de séjours des patients de la région ;

Taux d'attractivité : nbre de séjours de patients « hors région » hospitalisés dans les établissements de la région / nbre de séjours dans les Ets de la région

Indicateur composite : Taux d'établissement mis sous accord préalable

Réalisé
A faire
Vigilance

Priorités	Objectifs opérationnels	Détail des actions du PPGDR (fiches actions)	Nature des interventions	Intervenant(s)		Etat	Calendrier	
				ARS	AM			
10. Soins de suite et de réadaptation	1. Mettre en œuvre les outils prévus par la réglementation SSR et améliorer la pertinence du recours au SSR	Communiquer sur les indicateurs d'efficacité. Systématiser l'utilisation de fiche préalable à l'admission en SSR et promouvoir les conventions SSR/médico social (assurer le suivi des conventions signées et analyser les évaluations)	En attente de directives (en attente de la diffusion de l'instruction sur les indicateurs d'efficacité et de suivi et de la diffusion de l'instruction sur la convention SSR / et secteur médico social	X			En attente d'instruction	
		Déployer un outil régional d'aide à l'orientation en SSR « trajectoire »	En attente de la diffusion de l'outil	X				
		Courrier d'information aux Ets hospitaliers prescripteurs de rééducation réalisée en service SSR (MCO)	Courriers envoyés, diffusion des recommandations de la HAS en terme de recours aux SSR		X		R	22 avril 2011
		Mettre en place une procédure de mise sous accord préalable : ciblage des établissements et gestion de la MSAP par la DRSM*	Envoi du courrier du ciblage le 17 octobre 2011, notifications (+1 mois) et gestion de la MSAP	X	X			
		Limiter le volume d'OQOS attribué aux établissements en 2010-2011 à la reconduction d'activité 2009	Consigne donnée	X			R	
	2. Maîtriser le volume d'activité et la dépense de SSR	Veiller au respect du volume d'OQOS attribué aux établissements	Faire le point sur les OQOS 2010 SSR		X			juillet 2011
		Refuser les révisions de volume d'OQOS pour dépassement d'activité ;	Consigne donnée		X		R	
		Faire remonter à la DGOS et à la DSS les projets tarifaires avant décision	Diffusion de l'outil et des consignes de remplissage		X		R	Au fil de l'eau



■ Evaluation des actions

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

L'indicateur retenu pour 2011 est :

Le taux d'établissement mis sous accord préalable

> Le programme « PDS ambulatoire et urgences »

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

■ Rappel des objectifs du programme¹³

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) et le décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 ont modifié le cadre réglementaire de la permanence des soins ambulatoire (PDSA).

Elle a en particulier donné compétence aux ARS pour organiser la mission de service public de permanence des soins (PDS) et déterminer la rémunération spécifique des professionnels de santé pour leur participation à la PDS.

Aussi, afin d'apporter souplesse et cohérence à l'organisation et au pilotage de la permanence des soins, le programme « PDS ambulatoire et urgences » doit répondre à un double enjeu :

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

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

- Renforcement de la régulation médicale: orienter le patient vers le médecin, la structure, la prise en charge adaptée à sa demande
- Adaptation des modalités d'effectif – notamment coordination avec les établissements de santé en deuxième partie de nuit
- Modification des règles de rémunération de la PDSA

- L'ARS est compétente, dans le cadre d'une enveloppe fermée (comprenant les forfaits d'astreinte et de régulation)
- Le nombre d'actes et la part des actes régulés font partie des indicateurs de suivi
- La rémunération est différente selon les fonctions (effectif – régulation) et modulée selon les sujétions.

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

■ Etat des lieux régional et diagnostic

Etat des lieux

A La Réunion, l'arrêté préfectoral du 24 juillet 2009 :

- définit les horaires 20H à 8H les jours ouvrés, ainsi que les samedis après-midi, dimanches, jours fériés.
- identifie les secteurs dont le nombre varie de 12 à 8
- précise les modalités de gestion des appels relevant de la PDS : régulation préalable par le centre 15
- prévoit une évaluation annuelle.

Le dispositif actuel repose :

- pour la régulation médicale : sur l'ARR-MEL, composée de 27 médecins libéraux au 1/1/2010
- pour la prise en charge des patients en première partie de nuit : sur 11 structures identifiées comme des lieux fixes de PDS, réparties sur 10 secteurs. Ces 11 structures constituent une forme de maillage du territoire et offrent à la population réunionnaise un accès de relative proximité à la PDSA après la fermeture des cabinets médicaux.
- sur 110 médecins volontaires, dont 14% de l'effectif généraliste libéral contre 50% en métropole mais la plupart des médecins sont « spécialisés » dans l'activité de PDSA.

Concernant l'activité, un pic d'activité est généralement noté entre 20 h et 23 h. Les appels concernent des besoins de conseils (50%), un renvoi sur le médecin traitant ou de garde (25%), un renvoi sur un service d'urgence (25%).

Concernant l'articulation ville/hôpital, il existe 4 structures hospitalières d'accueil

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

des urgences, enregistrant en 2010 plus de 103 545 passages, soit une évolution de 11% rapporté à 2009 pour une population de 790500 habitants en 2007.

Par ailleurs, il convient de retenir que 70 % des patients pris en charge aux urgences retournent directement à domicile, 30% sont hospitalisés.

Diagnostic

Le programme de travail de la GDR concerne 2 des 3 thématiques inscrites à la partie ambulatoire du SOS-PRS, à savoir :

- **L'organisation des soins de premiers recours**
- **La PDSA** : il s'agit de conforter la régulation médicale, renforcer la complémentarité des acteurs, articuler l'organisation avec une réflexion sur les transports sanitaires, développer l'information du public ;

- **L'articulation ville/hôpital** : l'aspect continuité des soins et coordination par territoire des professionnels.

Le dispositif se caractérise actuellement par :

- Le respect du principe du volontariat, mais une fragilité de l'effectif de volontaires pour la régulation ;
- Une bonne répartition géographique, mais peu d'offre en nuit profonde ;
- Une part limitée de l'activité de soins en période de PDSA couverte par une régulation préalable : effet de la structure de l'offre (majorité de cabinets médicaux de garde et d'associations de médecins) et moindre connaissance du public de l'accès à une régulation libérale par le Centre 15 ;

La faiblesse du nombre de visites, majoritairement hors régulation soulevant la question

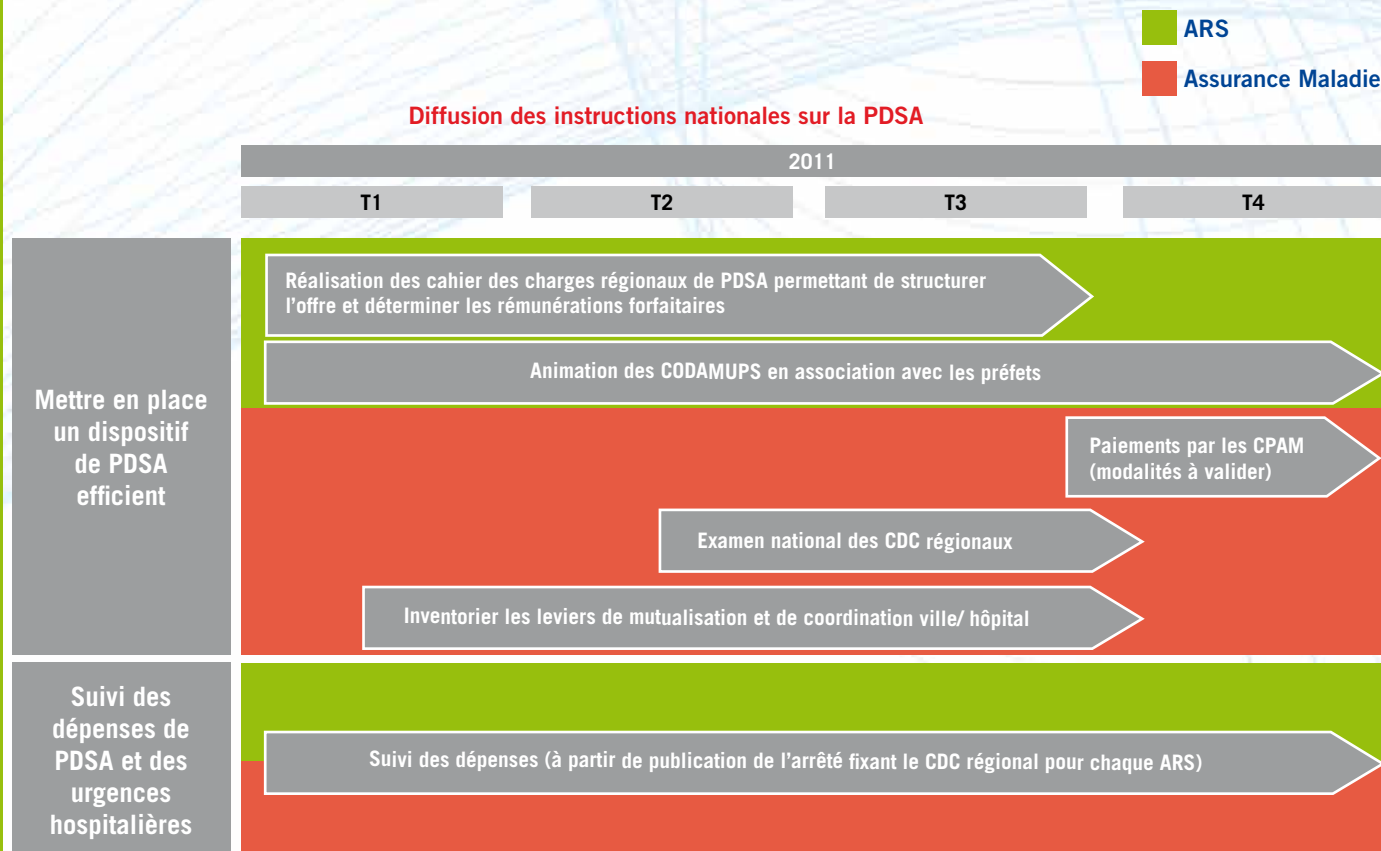
de l'accessibilité pour les personnes ayant des difficultés à se déplacer. Les pistes de réflexion s'articulent ainsi autour de :

- L'aménagement à la marge du découpage des secteurs de PDSA sachant que la priorité consiste davantage à rechercher une cohérence avec la garde pharmaceutique et la garde ambulatoire
- La création d'une nouvelle Maison Médicale de Garde (MMG)
- L'amélioration de la couverture en nuit profonde (incitation, aménagement des horaires de la PDSA, recours hospitalier.)
- Le développement des visites à domicile aux heures de la PDSA et identification des visites incompressibles
- L'optimisation des transports vers les lieux de PDSA
- Le renforcement du rôle de la régulation préalable Consolidation du volontariat (MMG)

■ La répartition des rôles ARS/ AM

Permanence Des Soins Ambulatoires

Les évolutions évoquées dans ce document doivent être considérées comme des hypothèses de travail



Cette action relève de L'ARS : elle est chargée de la co-présidence des CODAMUPS. Elle aura à structurer voire à adapter l'offre dans le cadre d'un cahier des charges régional. L'Assurance Maladie intervient pour le paiement des gardes et astreintes aux professionnels de santé concernés.

■ Evaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS. L'indicateur retenu pour 2011 est la « Part des actes régulés ».

■ Calendrier et suivi de l'avancement

Objectif : Garantir la permanence des soins tout en maîtrisant son coût en visant une articulation efficiente de la PDSA et des urgences hospitalières exécutées sur l'enveloppe soins de ville (en corrélation avec le taux national d'évolution des dépenses)

Référent thématique : ARS : C. FENIES, C. GILBERT

Personnes impliquées dans l'action : personnes impliquées dans le SROS / PRS

Indicateur de suivi de l'action : Taux de respect de l'enveloppe des rémunérations forfaitaires PDSA : Dépenses liées aux rémunérations forfaitaires de la PDSA / Enveloppe régionale des rémunérations

Indicateur composite : Nbre d'actes de médecine générale réalisés aux heures de PDSA / nbre d'actes de médecine générale VILLE réalisés aux heures de PDSA

Part des actes régulés :
 Objectif Réunion : 22% pour 2010, 24% pour 2011 (France : 68%)

Réalisé
A faire
Vigilance

Priorités	Ojectifs opérationnels	Détail des actions du PPGDR (fiches actions)	Nature des interventions		Intervenant(s)		Etat	Calendrier
			ARS	AM	ARS	AM		
Permanence des soins ambulatoire et hospitalière	1. Organisation et rémunération de la PDS	Faire un état des lieux de la PDS (urgences hospitalières et ambulatoire) ville et hôpital	X					
		Réunir et animer les CODAMUPS (1 reunion organisée par département)	X			R	15 mars 2011	
	2. Coordination ville - hôpital	Mettre en place le cahier des charges régional d'organisation de la PDS et de ses déclinaisons territoriales (structurer l'offre et adapter les rémunérations)	X					
		Y préciser : la définition des territoires de PDSA, l'organisation de la régulation des appels d'urgence et des appels de permanence des soins, le suivi des dépenses de PDSA	X					4 ^{ème} semestre 2011
		Identifier les levies de mutualisation et de coordination de l'offre de soins (ville et urgences) en assurant la réponse aux demandes de soins non programmés aux horaires de la PDSA	X					Etat des lieux finalisé en phase rédactionnelle
		Identifier des leviers et des éléments incitatifs à la rationalisation des PEC	X					SROS / Ambulatoire



— LA DECLINAISON DES PROGRAMMES NATIONAUX DE GESTION DU RISQUE DE L'ASSURANCE MALADIE

Conformément au contrat d'objectifs Etat-UNCAM, ces actions comportent trois axes pour La Réunion, deux axes pour Mayotte :

> Les programmes de maîtrise médicalisée en ville

■ A La Réunion

Ces programmes permettent de poursuivre et développer la maîtrise médicalisée. Ils reposent sur des actions d'information, de sensibilisation et de pédagogie auprès

des médecins et sur la remise d'outils, de mémos et de recommandations, ainsi que de relevés de situation des prescriptions du praticien.

L'information et la sensibilisation menées auprès des prescripteurs sont prolongées par des actions d'accompagnement d'autres professionnels de santé et par une information délivrée aux assurés.

La Caisse Générale de Sécurité Sociale et le Service Médical poursuivent leur travail de sensibilisation des prescripteurs en matière de médicaments.

L'objectif consiste en un meilleur respect des recommandations scientifiques avec à la clé une diminution des traitements inutiles et l'optimisation du soin et de la dépense. A ce titre, plusieurs actions récurrentes d'accompagnement des professionnels de santé sont reconduites :

Thème national et objectif général	Objectif local quantifié
Antiagrégants plaquettaires : l'objectif est d'encourager l'utilisation de l'aspirine lorsque le choix thérapeutique est possible entre ce principe actif et le clopidogrel, dans le plus strict respect des recommandations internationales. Ce choix est applicable dans le traitement des artériopathies oblitérantes des membres inférieurs.	Pas d'objectif quantifié à atteindre sur ce thème
Antibiotiques : l'objectif est de promouvoir les recommandations relatives à l'antibiothérapie par voie générale en pratique courante notamment dans les infections respiratoires en incitant les prescripteurs à identifier les situations relevant d'une antibiothérapie et la nature de l'antibiothérapie recommandée.	Pas d'objectif quantifié à atteindre sur ce thème
Statines, inhibiteurs de la pompe à protons, antihypertenseurs : s'agissant de traitements prescrits à une population importante et pour de longues années pour certains traitements, il importe, tant pour les patients eux-mêmes que pour la collectivité, que les médecins traitants prennent en considération dans leur choix le critère du coût des traitements qu'ils instaurent, dès lors bien sûr que l'efficacité et la sécurité en sont comparables et que l'indication et l'état de leurs patients le permettent.	Objectifs de maîtrise de l'évolution des dépenses : - statines : +6,5% - IPP : +0,1%

Les autres actions, déjà engagées et dont la mise en oeuvre est poursuivie, concernent des postes de dépenses importants. Ces

actions ont pour objet d'augmenter l'efficacité des prescriptions. Il s'agit :

Thème national et objectif général	Objectif local quantifié
des indemnités journalières : de nombreuses actions sont menées auprès des assurés (contrôles, communication), des professionnels de santé (place du repos dans la prise en charge thérapeutique, outils d'aide sur des durées de référence d'arrêts de travail par pathologies, contrôles) et entreprises pour améliorer la prescription d'arrêt de travail.	Objectif d'évolution des montants IJ : +5,0% Objectif d'évolution du nombre d'IJ : +3,0%
des frais de transports : l'objectif est d'informer et de sensibiliser les assurés et les professionnels de santé au bon usage des transports : adapter le type de transport en fonction de l'état d'autonomie et de santé du patient et rappeler que la prescription de transport relève d'une décision médicale.	Objectif d'évolution des dépenses : +7,2%
de l'ordonnancier bi zone : l'objectif est de rappeler les règles de bon usage de l'ordonnancier bi zone.	Pas d'objectif quantifié à atteindre sur ce thème
des actes de masso-kinésithérapie : l'objectif est d'optimiser la prise en charge de l'activité de kinésithérapie libérale à travers plusieurs axes d'évolution : amélioration de la répartition démographique des kinésithérapeutes, poursuite des démarches de simplification administrative, amélioration de l'efficacité de la prise en charge avec référentiels de nombre de séances selon le type de rééducation.	Objectif d'évolution des dépenses : +4,0%



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

Certaines thématiques peuvent concerner les prescripteurs exerçant en établissements de santé, le planning devra tenir compte des actions diligentées pour mettre en œuvre les dix priorités de gestion du risque.

> Les programmes de renforcement de l'efficience de l'offre de soins dans les établissements de santé et la coordination avec les 10 priorités nationales de l'ARS

A La Réunion :

- **Poursuite de la maîtrise médicalisée dans les établissements** : à l'hôpital, notamment en matière de prescriptions hospitalières exécutées en ville pour les produits de santé et les transports, et en EHPAD avec des visites d'établissements et la diffusion de recommandations de bonne pratique.
- **Poursuite du programme de mise sous accord préalable (MSAP) en chirurgie ambulatoire et en hors ambulatoire.** Sont concernés les activités de chirurgie bariatrique et plastique, les hospitalisations de jour pour le diabète, les actes soumis à forfait sécurité environnement (SE) en consultation externe et les séjours hospitaliers classés en CM23 (lorsque les séjours sont classés dans cette catégorie on ne dispose pas d'information permettant d'identifier la pathologie).
- **Développement des MSAP pour les prestations d'hospitalisation en soins de suite ou de réadaptation (SSR) pour un patient justifiant de soins de masso-kinésithérapie ambulatoire¹⁴.** L'objectif de cette action est d'assurer l'harmonisation des pratiques médicales par le respect des recommandations médicales de la HAS et de diminuer des hospitalisations non justifiées, par une meilleure adéquation de l'état du patient à sa prise en charge. L'ARS notifiera la MSAP à l'établissement exécutant la prestation, après ciblage par l'assurance maladie.

- **Développement de la prévention, du dépistage et de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique**, en complément des actions menées par les ARS en vue de l'élaboration d'un état des lieux et d'une stratégie régionale en ce domaine.

> Les plans de prévention et d'accompagnement des patients et la coordination avec les schémas du projet de santé

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

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

Pour cela, elles s'appuieront sur leurs contacts directs avec l'assuré, le professionnel de santé de premier recours, leurs relations avec les partenaires associatifs, les centres d'examen de santé et les centres de santé, les organisations professionnelles de travailleurs indépendants pour la Caisse régionale du RSI.

■ Actions de prévention

Les actions de prévention menées par l'AM sont coordonnées avec le SOS- PRS.

- **Prévention bucco-dentaire**
Les régimes poursuivront leurs actions tendant à faire progresser le taux de participation à l'examen de prévention MT'dents et le recours aux soins dentaires, notamment pour les enfants résidant dans des zones défavorisées.
- **Dépistage organisé des cancers (sein, colorectal)**
Les régimes continueront à favoriser le dépistage des cancers, par des actions d'information des assurés et des profes-

¹⁴ cf. mesure prévue par la LFSS pour 2011



sionnels, 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.

Une attention particulière sera portée à l'actualisation de la convention cadre initiale relative à l'engagement des différents partenaires institutionnels dans le déploiement des dépistages organisés des cancers.

Par ailleurs, l'ARS finance pour La Réunion, la structure de gestion «RUN DEPISTAGES» pour la réalisation des 2 programmes de dépistage organisés des cancers du sein et colo-rectal. Pour Mayotte, une association locale « REDECA » participe par des actions d'information des assurés et des professionnels de santé pour le développement du dépistage des cancers L'AM et l'ARS assurent la mise en oeuvre et le contrôle de ces programmes de dépistage de manière concertée et partenariale et mènent également des actions communes visant à améliorer et renforcer ce dispositif et à promouvoir le dépistage des cancers auprès de la population et notamment des populations les plus vulnérables

• Vaccinations

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

En cas de situation épidémique, l'ARS et les Caisses étudieront toutes les mesures facilitant une vaccination rapide et accessible financièrement, y compris dans les cabinets libéraux.

A La Réunion : L'Agence de santé rembourse aux hôpitaux le programme de vaccination et participera avec les partenaires concernés, dont la Caisse Générale de Sécurité Sociale, à la promotion de la vaccination auprès de la population par la réalisation d'actions d'information et de sensibilisation telles que la semaine européenne de la vaccination initiée par l'OMS et le Ministère de la santé.

• Prise en charge et prévention de l'obésité

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

L'Agence contribuera à la structuration de l'offre et des acteurs en matière de prise en charge et de prévention de l'obésité (établissements, associations et réseaux). Elle accompagnera et soutiendra le développement et la réalisation d'actions de prévention en faveur de la population et, plus particulièrement, des personnes à risque.

Ensuite, l'agence collaborera avec ses partenaires institutionnels et associatifs à l'élaboration et la mise en oeuvre de programmes d'actions spécifiques (réflexion sur le volet outre-mer du PNNS3 et sa déclinaison régionale, programme régional de l'alimentation).

Outre, les programmes de prévention sur l'obésité, des actions particulières portant sur la dénutrition et la malnutrition sont menées auprès des professionnels de santé pour Mayotte.

LES ACTIONS REGIONALES COMPLEMENTAIRES SPECIFIQUES



— PRESENTATION DES OBJECTIFS DES PROGRAMMES SPECIFIQUES

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

Les actions régionales complémentaires spécifiques qui composent la deuxième partie du PPGDR font l'objet, avant d'être arrêtées par le directeur de l'ARS et à son initiative, de réunions de concertation au sein de la commission régionale de gestion du risque. Les actions spécifiques régionales doivent prendre en compte¹⁵ les éléments suivants :

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

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

Le Comité Opérationnel de Gestion du Risque proposera à la Commission de Gestion Du Risque des actions régionales complémentaires, à retenir dans le deuxième

volet du PPGDR. La définition de priorités et d'actions régionales nécessite d'avoir au préalable réalisé le diagnostic régional. Les actions spécifiques régionales seront issues du diagnostic régional et contribueront à l'atteinte des priorités et objectifs du plan stratégique de santé du PRS, et des dispositions des schémas.

La sélection des domaines d'intervention sera réalisée à partir de l'analyse des éléments constitutifs du projet de santé de La Réunion et de Mayotte, du contrat ETAT/UNCAM. Les actions retenues tiendront compte de la politique nationale de santé ainsi que des objectifs régionaux propres à la Réunion et à Mayotte.

Pour La Réunion a été définie en CGDR du 24 septembre 2010, une action complémentaire régionale, elle constitue une priorité pour 2011.

— LE TRANSPORT DES PATIENTS DIALYSES : UNE PRIORITE REGIONALE DEFINIE EN CR GDR DU 24 SEPTEMBRE 2010

■ Rappel de l'objectif du programme

L'objectif général est d'améliorer les transports des patients dialysés en assurant une organisation plus efficiente qui privilégie la proximité entre le lieu de domicile et le lieu de dialyse et une prescription médicale qui choisisse le mode de transport adapté à l'état du patient.

■ Etat des lieux et diagnostic

Etat des lieux¹⁶

A La Réunion :

- 50% des patients dialysés sont diabétiques ;
- 60% des patients dialysés ont + 60 ans et 19% + 75 ans. 45 M€ ont été versés par l'AM (tous régimes) pour le traitement de l'IRC par dialyse dans les établissements privés.

La part des transports liés à une dialyse / total des transports sanitaires représente 20% des volumes et 18% des montants remboursés. Entre 2009 et 2010, l'évolution des remboursements de transports en lien avec une dialyse est de +9,6%.

Cette priorité constitue un enjeu financier et s'inscrit dans une démarche globale d'efficience des dépenses de santé. Une estimation d'une fourchette d'économies potentielles a été réalisée, si la règle de l'établissement le plus proche était strictement appliquée ; l'hypothèse haute et de 360 000€, l'hypothèse basse est de 111 000€.

Diagnostic

Les principaux champs sur lesquels les actions doivent se concentrer sont :

- La prévention,
- L'organisation des soins,
- La régulation.

Sur les deux premiers champs, les orientations des volets spécifiques du SOS-PRS constitueront les leviers d'action.

Dans le domaine de la régulation les propositions d'actions, le calendrier et la répartition des rôles ARS/AM sont formalisés ci-dessous.

■ Evaluation des actions

Les indicateurs retenus pour 2011 sont :

- Volume des fuites d'un territoire à l'autre sur les nouveaux entrants ;
- Evolution des types de transport sur les nouveaux entrants (VSL, ambulances, taxis) ;
- Nombre de visites des néphrologues / total des néphrologues du département

■ Répartition des rôles

Cette action relève de L'ARS et de L'AM.

¹⁵ Circulaire du 19 juillet 2010 relative aux priorités sur la gestion du risque en 2010

¹⁶ Les données présentées ci-après sont extraites de l'étude réalisée par l'Observatoire du Système de Santé (OSS) et le Service SNIIR/ERASME du Pôle Gestion du Risque de la Direction Santé, ainsi que du rapport d'état des lieux et de diagnostic partagé sur l'IRCT réalisé par l'ARS et le CRIRC. Les données présentées ne concernent que le champ des établissements privés associatifs et privés à but lucratif.

Réalisé
A faire
Vigilance

Objectif : Promouvoir une organisation plus efficiente concernant le transport des patients dialysés en vue de réguler les dépenses de transports
Référent thématique : Assurance Maladie : C. LOUX
Personnes impliquées dans l'action : ARS : C. GILBERT, G. DINTINGER - CGSS : B. RIVIERE, B. RISTOR - DRSM : J. FERAL

Priorités	Ojectifs opérationnels	Détail des actions du PPGDR (fiches actions)	Nature des interventions	Intervenant(s)		Etat	Calendrier
				ARS	AM		
11. Transport des dialysés	1. Définition des travaux à réaliser	Proposer une méthodologie	Proposition en COMOP		X	R	9 déc. 2010
	2. Réalisation d'un état des lieux sur les pratiques actuelles (offre, recours aux soins et coûts)	Dresser une cartographie des établissements	Exploitation des bases de données et analyse statistique Production d'un rapport et/ou d'une note de synthèse		X	R	30 avril 2011
		Etablir la typologie des recours aux différents modes de transport globalement et par site			X		
		Etablir la répartition géographique de la patientèle pour chaque établissement			X		
		Chiffrer les remboursements AM selon le mode de transport et présenter la répartition des modes par établissement			X	R	
	Finaliser l'étude en cohérence avec les travaux préparatoires au volet IRC du SROS		Travaux avec le référent ARS	X	R	30 avril 2011	
	3. Expression de la problématique à traiter	Etablir les volumes et les coûts des transports hors bassin de résidence (sous réserve de la faisabilité de déterminer les surcoûts générés) Recueillir la réglementation et/ou référentiels opposables aux prescripteurs	Exploitation des bases de données et analyse statistique Analyse de la réglementation et/ou des référentiels existants Production d'un rapport et/ou d'une note de synthèse		X	R	30 avril 2011
	4. Définition et mise en œuvre d'un plan d'actions	Elaboration de propositions d'actions Validation des propositions d'actions Déploiement des actions	Travaux ARS, CGSS et SM Présentation aux différentes instances GDR AM et ARS Propositions d'actions : - Visites DAM auprès des néphrologues libéraux dans le cadre de la campagne Transports - Actions Service Médical dans le cadre des nouveaux entrants protocole de soins ALD néphropathie - Rencontre des structures de dialyse ARS et AM (outils à bâtir)	X	X	R	4 ^{ème} trimestre 2011 et début 2012
	5. Suivi et évaluation des actions	Suivi des actions validées Définition de l'évaluation des actions	Suivi quantitatif des actions et exploitation du retour qualitatif	X	X		1 ^{er} bilan à fin 2011

LES ACTIONS REGIONALES COMPLEMENTAIRES SPECIFIQUES

MAYOTTE

Sept programmes d'actions ont été validés en CGDR ;
25 objectifs opérationnels ont été recensés.

— TABLEAUX DESCRIPTIFS POUR PRÉSENTER LES PROGRAMMES SPÉCIFIQUES POUR MAYOTTE

Programme Transport	
Etat des lieux régional	Actuellement tous les transports sanitaires sur l'île sont gérés par le Centre Hospitalier de Mayotte. Une étude d'opportunité en matière de transports sanitaires à Mayotte est en cours.
Objectif général	Mettre en place une organisation des transports sanitaires efficace en tenant compte des consignes nationales de gestion du risque.
Les Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagner la mise en place d'une organisation des transports sanitaires sur Mayotte, notamment en recherchant et construisant les outils de régulation du dispositif (Chantier PRS/CODAMUPS) ; • Etudier les conditions de l'organisation des transports sanitaires vers la Réunion dans le cadre des EVASAN ; • Communiquer les référentiels existants sur les bonnes pratiques à tous les acteurs concernés ; Explorer les modes d'organisation en favorisant des modes expérimentaux. (transports groupés) Dans l'hypothèse de l'ouverture du marché des transports sanitaires au secteur libéral • Mettre en place un dispositif de contrôle de la prescription de transports sanitaire à priori, • Contractualiser sur des engagements des bonnes pratiques (prescripteurs hospitaliers et libéraux), Suivre l'évolution des dépenses liées aux prescriptions de transports sanitaires ;
Le référent thématique	ARS : D. RAKOTONANAHARY.
Désignation des personnes impliquées	Equipe du COMOP GDR Mayotte et le Chargé de projet GDR de l'ARS OI
Les référentiels	Le décret n° 2011-258 du 10 mars 2011 publié au JO du 11 mars 2011 modifie les conditions de prise en charge des frais de transport des patients reconnus en affection de longue durée. Mémo transports, la circulaire ministérielle du 23/09/2011 ;
Les compétences concernées	ARS. AM
Les actions à mener	A compléter
L'évaluation des actions / indicateurs	A compléter
Le calendrier prévisionnel	A compléter



Programme IRC

Etat des lieux régional	<p>Le contexte épidémiologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une pénurie de données sur l'IRCT ; - une prévalence de l'IRCT probablement comparable à celle observée à La Réunion, soit plus du double de celle de la métropole. <p>Priorités :</p> <p>Mettre en place un recueil épidémiologique de l'IRCT pour identifier le besoin et développer une offre adaptée et graduée</p> <p>Axer la Formation Médicale Continue sur la prise en charge des pathologies chroniques</p> <p>Développer la prévention primaire et améliorer le dépistage</p> <p>Sensibiliser les médecins à la néphroprotection</p> <p>L'offre de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - inexistante en matière de dialyse chronique. - courant 2011, perspective d'ouverture d'une unité d'auto dialyse assistée de 20 postes, située dans les locaux du CHM. L'autorisation a été accordée à une société à but lucratif. <p>La couverture médicale sera assurée par des néphrologues de La Réunion qui effectueront des missions régulières sur Mayotte et par de la télémédecine. Les instances locales consultées dans le cadre de cette autorisation ont tenu à ce qu'un néphrologue soit présent à Mayotte le temps de mettre en place la filière, d'assurer la montée en charge de l'unité et de développer des liens avec les équipes médicales du CHM.</p>
Objectif général	Organiser les circuits de prise en charge, faire évoluer et diversifier 'offre de soins.
Les Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir le dépistage et la prévention de l'insuffisance rénale chronique • Mettre en place un centre de dialyse, • Inciter à l'installation d'un néphrologue à Mayotte • Diffuser les recommandations de la HAS en termes de prévention et de dépistage de prise en charge de l'IRC et les données épidémiologiques, • Promouvoir le développement de la dialyse péritonéale.
Le référent thématique	AM : Le médecin conseil de l'Assurance Maladie de Mayotte
Désignation des personnes impliquées	Equipe du COMOP GDR Mayotte et le Chargé de projet GDR de l'ARS OI
Les compétences concernées	ARS. AM
Les référentiels	Recommandations HAS ; Données épidémiologiques du REIN ; PMSI
Les actions menées	Réalisation d'un état des lieux de la prise en charge en IRC en concertation avec les néphrologues, élaboration d'une note de synthèse présentant les atouts et les pistes d'amélioration.
Les actions à mener	<p>Elaborer un plan d'actions visant à développer des structures adaptées à la DP, la dialyse à domicile, favoriser les coopérations entre structures, faciliter le maintien ou la restauration d'une activité professionnelle (Articulation du plan d'action GDR avec le SOS-PRS Identifier les patients pouvant recourir à la modalité auto dialyse à Mayotte) ;</p> <p>Ouvrir une unité d'auto dialyse assistée de 19 postes, située dans les locaux du CHM et accompagner la structure dès l'ouverture (diffusion des recommandations) : relayer l'information concernant les programmes de formation...</p>
L'évaluation des actions / indicateurs	<p>Nombre de patients en ALD diabète ayant bénéficié d'un dosage créatinine + albuminurie/ nombre de patients en ALD diabète</p> <p>Part des nouveaux patients traités par dialyse péritonéale/patients dialysés (CPOM ARS OI fiche 6-5)</p>
Le calendrier prévisionnel	A compléter

LES ACTIONS REGIONALES COMPLEMENTAIRES SPECIFIQUES

Programme Médicaments

Etat des lieux régional	17 pharmacies libérales 12 dispensaires et 5 centres intercommunaux et l'hôpital dispensent les médicaments gratuitement de façon dérogatoire.
Objectif général	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir les bonnes pratiques de prescriptions de médicaments et s'assurer de la bonne adéquation qualité et coût. • Étudier les modalités de transfert dans le temps d'une dispensation dérogatoire assurée par CHM à un dispositif de droit commun assurant la juste répartition des compétences entre l' hôpital public et le secteur libéral.
Les Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la sécurité lors de la dispensation des médicaments dans les dispensaires ; • Promouvoir les bonnes pratiques de prescriptions et favoriser l'utilisation des logiciels d'aide à la prescription (LAP), les outils d'aide à la prescription, les mémos médicaments, fiches de bon usage, guides ; www.has.sante.fr/portail/jcms/c988796/une-etude-sur-les-systemes-daide-a-la-decisionmedicale • Réviser régulièrement la liste des médicaments et produits pharmaceutiques (LPP) pouvant être autorisés en délivrance de ville hospitalière
Le référent thématique	A compléter
Désignation des personnes impliquées	Equipe du COMOP GDR Mayotte et le Chargé de projet GDR de l'ARS OI
Les compétences concernées	ARS. AM
Les actions à mener	A compléter
L'évaluation des actions / indicateurs	A complée
Le calendrier prévisionnel	A compléter



Programme Imagerie médicale

Etat des lieux régional	<p>Deux scanners : 1 au CHM, 1 en structure privée</p> <p>Une autorisation d'IRM non installée (GIE : public/privé) date d'installation début 2012</p> <p>Dans un souci de maîtrise des dépenses et de diversification du parc d'équipements, il est donc préconisé de conjuguer l'amélioration de l'offre en équipements IRM et l'objectif de maîtrise de l'ONDAM, l'ARS OI devra définir dans les prochaines semaines les objectifs en termes de potentialités d'accroissement de diversification du parc.</p> <p>Actuellement, la Réunion et Mayotte ont un taux d'équipement en scanner et IRM qui ne nécessite pas de réduction. Au contraire, des implantations supplémentaires sont prévues dans le tableau national de gestion du risque.</p>
Objectif général	<p>Optimisation de l'utilisation des machines existantes à Mayotte pour limiter les évacuations sanitaires</p> <p>Suppression des actes non indiqués et des actes redondants en encourageant l'acte le plus efficient en première intention et limiter la surexposition aux radiations</p>
Les Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser un bilan du parc ; • Etablir une évaluation des objectifs de diversification du parc dans le cadre du SOS-PRS • Développer l'offre d'imagerie médicale à Mayotte en collaboration public/privés (sous forme d'une convention) ; • Promouvoir les bonnes pratiques professionnelles en matière de réalisation de radiographies conformément aux référentiels HAS et diffuser les référentiels HAS et des sociétés savantes et sensibiliser les médecins généralistes et radiologues libéraux et hospitaliers ; • Développer la télé-médecine (organisation de staff, visioconférence RCP, télé expertise complémentaire) avec La Réunion et l'ensemble des opérateurs publics et privés de l'île de Mayotte dès l'arrivée du haut débit. (1 trimestre 2012).
Le référent thématique	AM : Le médecin conseil de l'Assurance Maladie de Mayotte
Désignation des personnes impliquées	Equipe du COMOP GDR Mayotte et le Chargé de projet GDR de l'ARS OI
Les compétences concernées	ARS.AM : Accompagnement des professionnels par l'assurance maladie et l'ARS.
Les référentiels	Guide du bon usage des examens d'imagerie de l' HAS ; référentiels des sociétés savantes. Instruction CNAMTS/DGOS/R3/2011 du 27 avril 2011-Visa CNP 2011-89
Les actions menées	Réalisation d'une enquête sur le bilan du parc en région ; Inscription des objectifs de diversification de l'offre dans le SOS-PRS.
Les actions à mener	Promouvoir les bonnes pratiques professionnelles en matière de réalisation de radiographies conformément aux référentiels HAS. Diffuser les référentiels de la HAS et des sociétés savantes, auprès des services urgences et de radiologie du CHM (accompagnement) Accompagner les médecins libéraux et les radiologues en cabinet de ville en diffusant les référentiels de la HAS
L'évaluation des actions / indicateurs	Délais accès IRM, Objectifs en termes de diversification du parc (Suivi du parc et suivi des actes)
Le calendrier prévisionnel	A compléter



LES ACTIONS REGIONALES COMPLEMENTAIRES SPECIFIQUES

Programme Chirurgie ambulatoire

Etat des lieux régional	<p>La chirurgie ambulatoire, s'inscrit dans les enjeux organisationnels des SOS-PRS (2012-2016) en tant qu'alternative à l'hospitalisation complète.</p> <p>Pour le Territoire de Santé de Mayotte, les 17 gestes marqueurs ont été réalisés au moins une fois en 2010, contre 14 en 2009. Le potentiel de développement se trouve principalement dans la chirurgie de l'utérus, vulve, vagin et AMP. Le taux de chirurgie ambulatoire pour les 17 gestes marqueurs de la MSAP a reculé de 3,8 points entre 2009 et 2010 pour le C.H.de Mayotte. Il atteint 68,7% en 2010.</p>
Objectif général	Développer la chirurgie ambulatoire de qualité
Les Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser un état des lieux régional et un diagnostic partagé avec les acteurs ; • Mener un plan d'actions avec le CHM afin de structurer l'organisation du bloc opératoire en vue de développer la qualité des soins en chirurgie ambulatoire • Etudier l'organisation des transports sanitaires avec le CHM pour les patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire.
Le référent thématique	AM: Le médecin conseil de l'Assurance Maladie de Mayotte; ARS : Dr TURPIN
Désignation des personnes impliquées	Equipe du COMOP GDR Mayotte et le Chargé de projet GDR de l'ARS OI
Les compétences concernées	ARS et AM
Les actions menées	Un état des lieux quantitatif et qualitatif selon les dernières directives nationales a été réalisé, le diagnostic a été partagé avec l'ensemble des acteurs concernés.
Les actions à mener	A compléter
L'évaluation des actions / indicateurs	A compléter
Le calendrier prévisionnel	A compléter



Programme SSR

Etat des lieux régional	<p>Cette thématique est un des axes fort du projet médical du Centre hospitalier de Mayotte. Mayotte ne présente en effet pas pour le moment d'offre de SSR adultes non spécialisés répondant aux besoins de santé de la population. Il existe cependant un projet de mise en place de 60 lits et places de 20 lits pour les soins de suite. Dans cette perspective, il s'agit de mettre sur pied une équipe mobile de SSR dont la mission sera de préparer le retour à domicile, en particulier pour tous les patients porteurs de séquelles de pathologies telles les traumatismes crânio-cérébraux, les blessés médullaires et les AVC.</p> <p>L'objectif affiché est de proposer une offre de SSR :</p> <ul style="list-style-type: none"> • adultes non spécialisés répondant aux besoins de santé de la population, • de prise en charge au niveau du service de SSR adulte non spécialisé de tous les patients qui ne relèvent pas exclusivement d'une prise en charge spécialisée comportant également la mention prise en charge des enfants ou des adolescents à titre non exclusif au niveau de l'implantation prévue
Objectif général	<p>Mettre en place une offre SSR en respectant les consignes nationales et travailler sur le parcours du patient (deux outils à mettre en place : un outil de tarification et d'orientation). L'objectif est de recentrer le SSR sur son coeur de métier, de disposer d'indicateurs pertinents de connaissance et de régulation de l'activité:</p> <ul style="list-style-type: none"> • taux de recours ou d'équipements par habitant • DMS, TO, ré hospitalisation... • suivi des prises en charge • mesure de l'impact sur les activités MCO mais aussi ambulatoires et médicosociales <p>Une action suivie dans le cadre du contrat ARS/Etat</p>
Les Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place le SSR polyvalent et de 1 niveau dans le respect des référentiels nationaux et adapter l'offre au regard des besoins • Optimiser le parcours du patient (coordonner la continuité des soins en vue de la sortie du patient de l'hôpital vers le SSR en incluant l'analyse des conséquences pour ce qui concerne l'évacuation sanitaire.)
Le référent thématique	ARS : Dr TURPIN
Désignation des personnes impliquées	Equipe du COMOP GDR Mayotte et le Chargé de projet GDR de l'ARS OI
Les compétences concernées	ARS
Les actions à mener	Ces objectifs seront menés dès l'installation d'une structure de SSR à Mayotte
L'évaluation des actions / indicateurs	A compléter
Le calendrier prévisionnel	A compléter



LES ACTIONS REGIONALES COMPLEMENTAIRES SPECIFIQUES

Programme PDSA

Etat des lieux régional	Les 98 infirmiers libéraux, 23 médecins libéraux généralistes, 8 spécialistes n'assument aucun garde. Mayotte dispose de 16 pharmacies, seule la pharmacie de Mamoudzou est de garde le week end et jour férié .En l'absence de mise en place de la CMU C de l'AME le développement de la médecine libérale ne se fera probablement que sur un rythme très faible. Les 4 centres de référence ainsi que le CHM reçoivent les patients se présentant à H24 pour des consultations et des « consultations urgentes ».
Objectif général	Mettre en place un dispositif de permanence des soins efficient qui répond aux besoins de toute la population (dans le cadre du décret du 13 juillet 2010)
Les Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un centre 15-18 (plateforme unique) efficient en charge de réguler les appels liés à la permanence des soins ; • S'appuyer sur une organisation des centres de référence; • Inciter les libéraux à participer à la permanence des soins éventuellement dans les centres de référence; • Favoriser la création des maisons médicale de garde.
Le référent thématique	ARS : Diane RAKOTONANAHARY
Désignation des personnes impliquées	Equipe du COMOP GDR Mayotte et le Chargé de projet GDR de l'ARS OI
Les compétences concernées	ARS
Les actions à mener	Etablir un état des lieux global de la permanence et des urgences hospitalières afin d'identifier les bonnes pratiques et les points de blocage, Mettre en place un cahier des charges régional d'organisation de la PDS et le suivi des dépenses
L'évaluation des actions / indicateurs	Part des actes régulés et enveloppe dédiée à la PDS
Le calendrier prévisionnel	A compléter



ANNEXE 1 :
LE PSRS

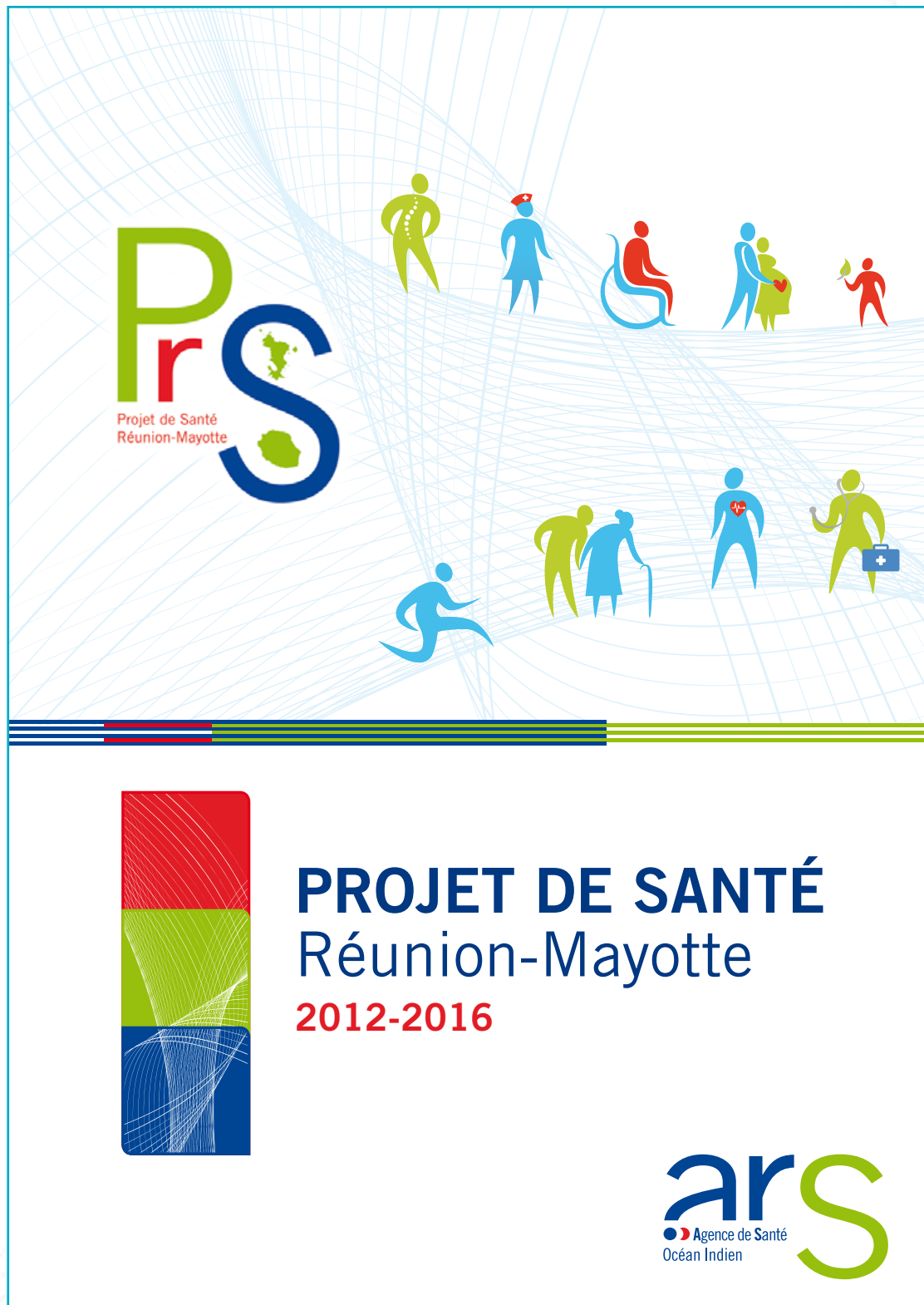
ANNEXE 2 :
**RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE LA
COMMISSION DE GESTION DU RISQUE**

ANNEXE 3 :
**FICHE DE MISSION DU COMITÉ
OPÉRATIONNEL**

ANNEXE 4 :
**FICHE DE MISSION DU CHARGÉ
DE PROJET GDR ARSOI**

ANNEXE 5 :
**FICHE DE MISSION DES RÉFÉRENTS
THÉMATIQUES POUR LA RÉUNION**





ANNEXE 2 : RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE LA COMMISSION DE GESTION DU RISQUE

Saint Denis le 24 novembre 2010

Règlement intérieur de la commission régionale de gestion du risque**Article 1 : Présidence**

Le directeur général de l'agence de santé Océan Indien préside la Commission Régionale de Gestion du Risque.

La Commission GDR se réunit uniquement en formation plénière. (art R 1434-14 CSP)

Le décret n° 2010-515 du 18 mai 2010 précise que le DGARS en région prépare, arrête et évalue le programme de gestion du risque, articles L 1431.2 et L 1431.14 du Code de la Santé Publique.

Un Contrat entre l'ARS et chaque organisme et service de l'Assurance Maladie de la région est conclu pour une durée de 4 ans, ce contrat peut faire l'objet d'avenants définis chaque année.

Article 2 : Composition et fonctionnement de la commission

La composition de la commission régionale de gestion du risque est arrêtée par la directrice générale de l'Agence de santé Océan Indien (A. n° du).

Sont invités à titre permanent :

- Le Directeur de la Stratégie et de la Performance,
- Le Directeur de la Délégation de l'île de la Réunion,
- Le Directeur de la Délégation de l'île de Mayotte,

La Commission se réunit sur demande du Président au moins deux fois par an, et sur demande d'au moins la moitié de ses membres.

ANNEXE 2 : RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE LA COMMISSION DE GESTION DU RISQUE

Article 3 : Rôle de la Commission

Le programme régional de gestion du risque est soumis avant d'être arrêté par le DGARS à l'avis de la commission régionale de GDR. Le programme pluriannuel régional de gestion du risque est révisé chaque année.

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

La commission régionale valide et évalue les contrats liant l'ARS OI et l'Assurance Maladie prévus pour une durée de quatre ans.

La commission régionale valide et évalue les engagements des organismes complémentaires en matière de gestion du risque définis dans le cadre du programme pluriannuel régional (article R. 1434-10),

La commission procède à la désignation d'un comité opérationnel GDR.

Article 4 : Le Comité Opérationnel de la GDR

Il est animé par le chargé de projet du PRGDR.

Le comité opérationnel se compose :

des Représentants de l'ARS-OI:

- Le chargé d'études médico économiques de la DSP,
- Le responsable du secteur offre de soins ambulatoire, réseaux et professionnels de santé du pôle Offre de Soins, délégation de l'île de La Réunion,
- Le responsable du secteur ambulatoire, réseaux et professionnels de santé du pôle Offre de Soins, délégation Mayotte,

des Représentants de l'Assurance Maladie :

Pour la CGSS : Deux représentants de la branche santé

Pour la DRSM : Deux praticiens conseils

Pour le RSI : Deux représentants, un praticien conseil, un administratif.

Pour la Caisse de Mayotte : Le sous directeur de la CSSM.

Un représentant de l'UNOCAM

ANNEXE 2 : RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE LA COMMISSION DE GESTION DU RISQUE

Le comité est chargé de mettre en forme le programme régional de gestion du risque, à partir des priorités et objectifs de la politique nationale et des orientations fixées par la Commission régionale GDR, de préparer le contrat liant l'ARS aux organismes d'Assurance Maladie, la convention liant les organismes complémentaires et l'ARS et d'évaluer le PRGDR. Il peut également soumettre des actions particulières à la Commission Régionale de Gestion du Risque.

Il est chargé de l'application des décisions de la commission et du suivi des projets. Il peut faire toute proposition nécessitant un arbitrage de la commission GDR.

Une réunion, autant que de besoin est prévue pendant la période de montée en charge, puis de façon trimestrielle par la suite.

Article 5 : Secrétariat de la Commission Régionale GDR

Le secrétariat de la commission régionale GDR est assuré par le chargé de projet du PRGDR. Il a en charge l'organisation des réunions, la rédaction des procès verbaux, le suivi des programmes d'actions. Il présente à la Commission régionale GDR le bilan annuel du PRGDR.

Article 6 : Convocation

La Présidente convoque la Commission Régionale de Gestion du Risque.

Article 7 : Ordre du jour

La Présidente arrête l'ordre du jour après consultation des membres de la commission. La convocation, l'ordre du jour, et les documents nécessaires aux travaux de la commission seront transmis à l'ensemble des membres par messagerie au plus tard cinq jours avant la tenue de la commission.

Article 8 : Modalités d'adoption et de révision du règlement intérieur

Le règlement intérieur de la commission est arrêté par la Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé après adoption par les membres présents lors de la commission régionale de GDR.

Le président a voix prépondérante en cas de partage des voix.

Le règlement peut être révisé par la Commission en cas de besoin.

Saint-Denis le 24 Novembre 2010

ANNEXE 3 : FICHE DE MISSION DU COMITÉ OPÉRATIONNEL



COMITE OPERATIONNEL du PROGRAMME DE GESTION DU RISQUE

décret n°2010-515 du 18 mai 2010.

(validée en CRGDR du 25/11/2010)

Mission

Les membres de l'équipe sont désignés par les Directeurs de leur organisme ou services d'appartenance.

Ils ont pour mission, outre celles liées à leur fonction de :

Mettre en œuvre les décisions prises par la Commission Régionale de GDR et d'assurer le suivi des travaux.

- mettre en forme le Programme Régional de Gestion du Risque prévu à l'article R 1434-10 du décret du 18 mai 2010.
- préparer les contrats liant l'ARS aux organismes d'Assurance Maladie prévus à l'article R 1434-16 du décret du 18 mai 2010
- préparer les travaux de la Commission régionale GDR relatifs au suivi et à l'évaluation du PRGDR
- réaliser un calendrier de suivi des actions.

L'équipe est animée par le Chargé de Projet GDR

Objectifs

Les objectifs poursuivis s'articulent autour des axes suivants :

Coordonner les plans d'actions prévus par le PRGDR pour l'année en cours :

Recenser les actions à mettre en œuvre,

Suivre les indicateurs associés.

Mode de fonctionnement

Une réunion est prévue autant que de besoin pendant la période de montée en charge, de façon trimestrielle par la suite.

Saint Denis le 15 Novembre 2010

ANNEXE 4 : FICHE DE MISSION DU CHARGÉ DE PROJET GDR ARSOI

**FICHE DE MISSION**

CHARGE DU PROJET : GESTION DU RISQUE /ARS

CHARGE DE PROJET GDR : G. DINTINGER**OBJECTIFS GENERAUX DE LA MISSION**

La gestion du risque est l'ensemble des actions mises en œuvre pour améliorer l'efficacité du système de santé. Elle constitue un enjeu majeur, transversal à l'ensemble des activités de l'Agence de Santé Océan Indien.

Sa Mission :

Le chargé de projet du PRGDR est nommé par le DGARS.
Il a pour mission de :

Promouvoir les actions de gestion du risque

- Conduire les opérations relatives au PRGDR définies par les textes réglementaires, à ce titre il est responsable, de l'organisation, du suivi du PRGDR
- Suivre et rendre compte de l'avancement des travaux à Mme La Directrice Générale de l'ARS et à la Commission Régionale de GDR

Participer à des groupes nationaux et assurer le relais des actions de GDR, l'information et la formation de l'ensemble des acteurs sur la GDR (ARSOI, Assurance Maladie).

Participer à l'analyse des pratiques des professionnels de santé pour dégager des actions de gestion du risque pertinentes et assurer la mise en œuvre et le suivi des actions engagées.

A ce titre il participe aux bilans qualitatifs de l'exécution des contrats conclus avec les établissements et les opérateurs. Il est informé de l'instruction des plaintes formulées par les usagers ainsi que les bilans des données régionales de santé (suivi des dépenses de santé, suivi de l'activité des établissements de santé et médico-sociaux, suivi de l'activité des professionnels de santé libéraux).

ANNEXE 4 : FICHE DE MISSION DU CHARGÉ DE PROJET GDR ARSOI

Ses Tâches

- Veille à la réalisation des objectifs prévus par le PRGDR pour l'année en cours ;
- Assure le suivi des indicateurs ;
- Assure la liaison entre la Commission Régionale de la GDR et le Comité Opérationnel GDR
- Anime le Comité opérationnel GDR ;
- Assiste les référents des thématiques ARS désignés par leur Direction ;
- Etablit un modèle de fiche Actions Régionale dont le contenu doit être conforme aux dispositifs de l'article R 1434 – 18 du CSP comprenant :
 - l'intitulé de l'action
 - le plan d'actions
 - les moyens mobilisés pour cette action par l'AM et l'ARS
 - les conditions de suivi de l'action et d'évaluation des résultats ;
- Centralise les résultats des travaux, (le pilotage des actions AM est confié aux responsables AM), les référents thématiques ARS organisent les actions à mener, et mobilisent les ressources nécessaires à leur mise en œuvre tel que précisées dans les fiches de mission
- Présente le bilan d'étape à la Commission régionale GDR ;
- Diffuse les documents et livrables aux référents thématiques ;
- Prépare, met en forme, évalue avec le comité opérationnel le programme régional de gestion du risque ;
- Prépare et suit avec le comité opérationnel les contrats et la convention prévus à l'article L 1434-14 et R 1434-18 et R 1434-20 du code de Santé Publique ;
- Recense toute situation pouvant faire l'objet d'une action de GDR suite aux signalements des directions de l'ARS, et des organismes et services de l'Assurance Maladie ;
- Propose à la CRGDR des actions complémentaires spécifiques régionale issues du diagnostic régional des objectifs du plan stratégique de santé des dispositions des schémas et du contrat ETAT/UNCAM ;
- Veille au respect des plannings fixés ;
- Rédige un bilan annuel du PRDGR, destiné à la Commission Régionale de Gestion du Risque en concertation avec le Comité opérationnel GDR ;
- Assure le secrétariat des instances ; (organiser des réunions, compte rendus....)

Mode de fonctionnement

Le chargé de projet:
Rend compte des résultats à la Commission régionale GDR deux fois par an (au minimum).
Participe s'il y a lieu à des groupes nationaux (Ministère, Has etc ;;)

Saint Denis le 14 Novembre 2011

Directrice de la Stratégie et Performance : Dr Marion ARBES

ANNEXE 5 : FICHE DE MISSION DES RÉFÉRENTS THÉMATIQUES POUR LA RÉUNION



FICHE DE MISSION

REFERENT THEMATIQUE GESTION DU RISQUE /ARS

THEME : CHIRURGIE AMBULATOIRE

REFERENT : JM SIMONPIERI

OBJECTIFS GENERAUX DE LA MISSION

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

Les actions et la mobilisation des acteurs de l'ARS et des différents régimes de l'Assurance Maladie sont déterminées par les objectifs nationaux fixés en matière de gestion du risque.

Le développement de la chirurgie ambulatoire fait partie des actions de gestion du risque menées depuis de nombreuses années dont les objectifs sont unanimement partagés aujourd'hui à tous niveaux.

Les démarches initiées doivent être poursuivies et amplifiées en intégrant notamment l'effet levier du développement de ce mode alternatif de prise en charge sur la reconstitution des capacités installées en chirurgie traditionnelle, son impact en termes d'amélioration du service rendu au patient et sa contribution au retour à l'équilibre des établissements de santé.

Cinq enjeux fixés par le niveau national déterminent le cadre des actions à mener :

- Développer la chirurgie ambulatoire dans son ensemble au sein des établissements de santé notamment des établissements publics ;
- Assurer une offre de chirurgie ambulatoire cohérente au niveau territorial ;
- Développer les centres de chirurgie ambulatoire « exclusive » ;
- Optimiser les structures de chirurgie ambulatoire et développer des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur la chirurgie ;
- Assurer un suivi du développement de la chirurgie ambulatoire partagé Etat/Assurance maladie.

ELEMENTS DE CADRAGE DE LA MISSION

L'évolution la plus marquante ces cinq dernières années concerne le développement très significatif de la chirurgie ambulatoire, qui a atteint, à la Réunion, le taux le plus élevé de France pour les 17 gestes marqueurs (taux de 83,3 % en 2009 et de 84,5% en 2010). La cible fixée pour 2011 à la Réunion est de 84%, l'objectif est atteint.

En revanche l'objectif fixé pour Mayotte n'est pas atteint en 2011, néanmoins le CHM poursuit la montée en charge du recueil de l'activité hospitalière.

La pratique de la chirurgie ambulatoire s'est organisée de façon équilibrée et cohérente depuis 2006 à La Réunion. Il convient cependant de relever qu'il n'existe que peu de pratique émergente.

L'objectif d'étendre ce mode de prise en charge à l'ensemble des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire pourra s'appuyer sur l'expérience acquise.

ANNEXE 5 : FICHE DE MISSION DES RÉFÉRENTS THÉMATIQUES POUR LA RÉUNION

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS DE LA MISSION

- 1) Réaliser un état des lieux comparatif des pratiques de chirurgie ambulatoire en région sur les 17 gestes marqueurs. Cet état des lieux permettra notamment d'identifier par établissement et par geste marqueur les axes de progrès et le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire ;
- 2) Réaliser un état des lieux comparatif des pratiques de chirurgie ambulatoire dans son ensemble en région
- 3) Partager le diagnostic avec l'ensemble des acteurs
- 4) Mettre en place un plan d'action visant à promouvoir la chirurgie ambulatoire. Ce plan d'action comprendra différents volets notamment :
 - Instaurer entre sites de chirurgie une continuité et une permanence des soins après la sortie d'une prise en charge en structure de chirurgie ambulatoire (conventions de repli inter-établissements) ;
 - Envisager la mise en place d'un groupe de contact sur la chirurgie ambulatoire visant, notamment, à fédérer les acteurs locaux autour de la chirurgie ambulatoire (information des professionnels ; liens entre les structures de chirurgie ambulatoire et les médecins traitants)
 - Coordonner le plan d'action avec le SROS/PRS sur la chirurgie.
- 5) Poursuivre la mise sous accord préalable (MSAP)
 - Dresser un bilan de la vague 2010 de MSAP réalisée;
 - A partir de l'état des lieux et des potentiels préalablement identifiés, proposer une liste des gestes marqueurs par établissement susceptibles de faire l'objet d'une nouvelle vague de MSAP.

Sa Mission

Mettre en œuvre les actions permettant de réaliser le Programme Régional de Gestion du risque sur la thématique le concernant.

Ses Tâches

Détermine des plans d'actions, rédige en concertation avec le chargé de projet GDR des fiches actions régionale et les indicateurs de résultats ;
 Définit avec le chargé de projet les modalités de suivi et d'évaluation pour ce faire, communique au responsable projet GDR les résultats en vue d'alimenter le tableau de bord de la GDR ;
 Met en œuvre les actions prévues sous sa responsabilité ;
 Alerte sur les difficultés de mise en œuvre du plan d'actions ;
 Analyse éventuellement les écarts ;
 Propose un planning de réalisation ;
 Propose des orientations à envisager pour résoudre les problèmes ;
 Propose s'il ya lieu des actions régionales complémentaires en cohérence avec les priorités du PRS et les programmes de l'Assurance Maladie ;
 Rend compte au chargé de projet du PRGDR de l'avancement de la thématique dont il est responsable ;
 Réceptionne les documents et livrables préparés par le chargé de projet ;
 Présente les actions à mener ou menées au comité opérationnel GDR en cas de besoin ;
 S'entoure d'une équipe, mobilisable en tant que de besoin.

NOM	Prénom	Fonction	Affectation
CHAN WAN	Guy Noel	Chargé des études médico économiques	ARS DSP
DINTINGER	Ghislaine	Chargé du projet GDR	ARS DSP
LAGACHERIE	PIERRE	Médecin Conseil Chef	DRSM / AM

Une réunion mensuelle est prévue avec le chargé de projet GDR pendant la période de montée en charge.

ANNEXE 5 : FICHE DE MISSION DES RÉFÉRENTS THÉMATIQUES POUR LA RÉUNION

CHARGE DE TRAVAIL ESTIMÉE

2011	Tâches	Description de la tâche	Volume / temps	Périodicité
	Réaliser un état des lieux comparatif des pratiques de chirurgie ambulatoire en région sur les 17 gestes marqueurs	Recours aux bases de données Créer des tableaux Analyser les résultats Rédiger une note	50 heures	1 fois par an
	Réaliser un état des lieux comparatif des pratiques de chirurgie ambulatoire en région dans son ensemble	Recours aux bases de données Créer des tableaux Analyser les résultats Rédiger une note	150 heures	1 fois
	Organiser des rencontres avec les partenaires et établissements afin de partager le diagnostic	Analyser l'évolution, concertation, négociation ; Créer un diaporama Organiser les réunions	15 heures	3 fois
	Elaborer le plan d'actions régional de qualité et de sécurité des soins	Fixation des objectifs et indicateurs, coordination SROS	50 heures	1 fois
	Analyser les circulaires		15 heures	
	Présentation réunions COMOP GDR		1 heure	4 fois
	MSAP chirurgie ambulatoire	Sélection des établissements Rédaction des courriers aux établissements Assurer les réponses	20 heures	1 fois
	Travaux de communication		4 heures/mois	12
			382 heures	
	Estimation temps plein		0,20% ETP	

Saint Denis le 14 Novembre 2011

La DIRECTRICE de la DSP

Marion ARBES

ANNEXE 5 : FICHE DE MISSION DES RÉFÉRENTS THÉMATIQUES POUR LA RÉUNION



FICHE DE MISSION

REFERENT THEMATIQUE GESTION DU RISQUE /ARS

THEME: EHPAD

REFERENT: M.C. LE NAOUR

OBJECTIFS GENERAUX DE LA MISSION

Objectif : Favoriser une organisation et utilisation efficaces des ressources : améliorer l'efficacité générale des EHPAD et l'efficacité de la prescription des médicaments et améliorer la qualité de la prise en charge en EHPAD sur la base des recommandations nationales.

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

Les objectifs poursuivis par les deux programmes EHPAD sont donc:

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

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

ELEMENTS DE CADRAGE DE LA MISSION

A La Réunion, près de 91 393 personnes âgées de 60 ans et plus ont été recensées en 2008 par l'INSEE, soit 11,3 % de la population totale (21,9% en métropole).

En 2030, l'INSEE prévoit 250 000 personnes, soit $\frac{1}{4}$ de la population totale. Les situations d'incapacité et de dépendance apparaissent plus précocement à La Réunion qu'en métropole, de même que le processus de vieillissement.

La progression de l'ONDAM médico-social observée ces dernières années traduit une forte mobilisation des pouvoirs publics en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées.

Concernant plus précisément les personnes âgées, le taux d'évolution du sous objectif ONDAM est de 10,9% en 2010.

Pour les établissements de La Réunion, le montant des dépenses est de 26.66 M€, soit une évolution de +21,5% (2009/2010). Ce taux important s'analyse par rapport à la montée en charge impliquées par les différentes réformes et à un retard d'équipement rattrapé que partiellement.

En effet, les taux d'occupation en structure sont élevés (100% pour certains) et le nombre de personnes sur listes d'attente atteint 498, soit un taux de pression de 42%. Le taux de pression passerait de 42% à 3% si toutes les capacités autorisées actuellement étaient installés (447 places).

ANNEXE 5 : FICHE DE MISSION DES RÉFÉRENTS THÉMATIQUES POUR LA RÉUNION

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS DE LA MISSIONEfficiency de la prescription des médicaments dans les EHPAD :

- Organiser et animer des réunions d'informations de bonnes pratiques en EHPAD;
- Déployer le CAQCS et diffuser la méthodologie de la liste préférentielle auprès des EHPAD, centraliser et suivre;
- Expérimenter la réintégration des médicaments dans les forfaits de soins.

Analyser l'efficacité des EHPAD :

- Améliorer la coordination des professionnels de santé en suivant la montée en charge de nouveaux leviers de coordination : mesurer le développement de la contractualisation avec les PS libéraux intervenant en EHPAD et Mesurer la sensibilisation des libéraux intervenant en EHPAD aux questions de coordination gériatrique :
- Mettre en place un suivi et une analyse des dépenses de soins ;
- Effectuer un suivi des dépenses lors du passage au tarif global;
- Evaluer la qualité de la prise en charge des soins.

Sa Mission

Mettre en œuvre les actions permettant de réaliser le Programme Régional de Gestion du risque sur la thématique les concernant.

Ses Tâches

Détermine des plans d'actions, rédige en concertation avec le chargé de projet GDR des fiches actions régionale et les indicateurs de résultats ;
 Communique au responsable projet GDR les résultats en vue d'alimenter le tableau de bord de la GDR ;
 Met en œuvre les actions prévues sous sa responsabilité ;
 Alerte sur les difficultés de mise en œuvre du plan d'actions ;
 Analyse éventuellement les écarts ;
 Propose un planning de réalisation ;
 Propose des orientations à envisager pour résoudre les problèmes ;
 Propose s'il ya lieu des actions régionales complémentaires en cohérence avec les priorités du PRS et les programmes de l'Assurance Maladie.
 Rend compte au chargé de projet du PRGDR de l'avancement de la thématique dont il est responsable ;
 Réceptionne les documents et livrables préparés par le chargé de projet ;
 Présente les actions à mener ou menées au comité opérationnel GDR en cas de besoin ;
 S'entoure d'une équipe, mobilisable en tant que de besoin

NOM	Prénom	Fonction	Affectation
HAMON	Marie	Chargé de projet MS	ARS DSP
DINTINGER	Ghislaine	Chargé du projet GDR	ARS DSP
BOYER	Didier	Médecin Conseil	DRSM / AM
LUCCIANI	Pascale	Médecin	ARS DIR

Une réunion mensuelle est prévue avec le chargé de projet GDR pendant la période de montée en charge.

ANNEXE 5 : FICHE DE MISSION DES RÉFÉRENTS THÉMATIQUES POUR LA RÉUNION

CHARGE DE TRAVAIL

2011	Tâches	Description de la tâche	Volume / temps	Périodicité
	Organiser des réunions avec les EHPAD : thème dénutrition	Créer des supports, courriers, réunions préalables.....,	60 heures	2 fois
	Assurer le suivi d la participation des médecins libéraux intervenant en EHPAD et participant à chaque réunion de la commission de coordination gériatrique,	Créer un tableau, effectuer le bilan	15 heures	2 fois
	Assurer le suivi de la fiche dénutrition	Créer un tableau, effectuer le bilan	15	1
	Analyser les circulaires		15	
	Présentation réunions COMOP		4 heures	4 fois
	Travaux de communication		4 heures/mois	12
Estimation temps plein		0,17%	245 heures	

Saint Denis, le 14 novembre 2011

La Directrice de La Délégation de La Réunion
Suzanne COSIALS

ANNEXE 5 : FICHE DE MISSION DES RÉFÉRENTS THÉMATIQUES POUR LA RÉUNION



FICHE DE MISSION

REFERENT THEMATIQUE GESTION DU RISQUE /ARS

THEME : Insuffisance Rénale Chronique Terminale**REFERENTS :** Dr C. GILBERT : IRC

: Dr A.D NGUYEN : Greffes

OBJECTIFS GENERAUX DE LA MISSION**Objectif :** dépister IRC précocement, développer la dialyse péritonéale et la greffe rénale

Les actions et la mobilisation des acteurs de l'ARS et des différents régimes de l'Assurance Maladie sont déterminées par les objectifs nationaux fixés en matière de gestion du risque.

En 2007, le coût de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale atteignait les 4 milliards € (elle devrait atteindre 5 milliards € en 2025). 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 programme « Prise en charge IRC » vise à améliorer les pratiques en matière de prévention et de prise en charge de l'IRCT via :

- la diffusion des recommandations nationales existantes,
- l'amélioration des organisations de prise en charge, notamment concernant le développement de la dialyse hors centre, particulièrement DP,
- le développement de la greffe rénale.

ELEMENTS DE CADRAGE DE LA MISSION

Une situation épidémiologique à la Réunion comparable à celle des autres DOM-TOM et des USA mais avec une incidence maîtrisée grâce notamment à un meilleur dépistage chez les patients diabétiques.

Une prévalence en dialyse quatre fois plus élevée que la moyenne nationale en ce qui concerne l'hémodialyse (après standardisation sur l'âge). Le Centre Hospitalier Régional site Félix Guyon est autorisé pour l'activité de greffes rénale pédiatrique (mars.2011) et de greffe rénale adulte (novembre 2011)

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS DE LA MISSION

Identifier les pratiques régionales en réalisant un état des lieux de la prise en charge en IRC et élaborer une note de synthèse présentant les atouts et les voies possibles d'amélioration

Elaborer un plan d'actions visant à favoriser la prise en charge la plus efficiente

Dépister et prévenir l'IRC par la promotion et l'accompagnement

Promouvoir le développement des stratégies de traitement les plus efficaces : développer la dialyse péritonéale et promouvoir la greffe rénale

ANNEXE 5 : FICHE DE MISSION DES RÉFÉRENTS THÉMATIQUES POUR LA RÉUNION

Mission

Mettre en œuvre les actions permettant de réaliser le Programme Régional de Gestion du risque sur la thématique les concernant.

Tâches

Détermine des plans d'actions, rédige en concertation avec le chargé de projet GDR des fiches actions régionales et les indicateurs de résultats ;
 Communique au responsable projet GDR les résultats en vue d'alimenter le tableau de bord de la GDR ;
 Met en place si besoin un groupe de travail ;
 Met en œuvre les actions prévues sous sa responsabilité ;
 Alerte sur les difficultés de mise en œuvre du plan d'actions ;
 Analyse les écarts ;
 Propose un planning de réalisation ;
 Propose des orientations à envisager pour résoudre les problèmes ;
 Propose s'il ya lieu des actions régionales complémentaires en cohérence avec les priorités du PRS et les programmes de l'Assurance Maladie.
 Rend compte au chargé de projet du PRGDR de l'avancement de la thématique dont il est responsable ;
 Réceptionne les documents et livrables préparés par le chargé de projet ;
 Présente les actions à mener ou menées au comité opérationnel GDR en cas de besoin ;
 S'entoure d'une équipe, mobilisable en tant que de besoin.

NOM	Prénom	Fonction	Affectation
L'équipe SROS /PRS			
Délégués d'Assurance Maladie pour l'accompagnement des médecins généralistes			AM
Les référents des établissements de santé pour les structures			ARS

Une réunion mensuelle est prévue avec le chargé de projet GDR pendant la période de montée en charge.

CHARGE DE TRAVAIL ESTIMÉE

2011	Tâches	Description de la tâche	Volume / temps	Périodicité
	Réaliser l'état des lieux IRCT et faire partager le diagnostic en région (néphrologues)	Rédaction d'une note de synthèse sur IRC	170 heures (moitié SROS)	1 fois par an
	réaliser l'état des lieux greffes	note	8 heures	1 fois
	Organiser des rencontres avec les néphrologues	Analyser l'évolution, concertation, négociation	8 heures	4 fois
	Avec les usagers		8 heures	2 fois
	Analyser les circulaires		8 heures	
	Présentation réunions COMOP et CRGDR		4 heures	1 fois
	Sensibiliser les généralistes et les structures (recommandations HAS)	Diaporama	5 heures	8 fois
			278 heures	
	Estimation temps plein		0,17%	

Saint Denis le 6 décembre 2011

La Directrice de la Délégation de La Réunion
 Suzanne COSIALS

La Directrice Générale de l'ARS_OI
 Chantal de SINGLY

La DIRECTRICE DE L'ILE de LA REUNION : Suzanne COSIALS

La DIRECTRICE GENERALE : Chantal de SINGLY

ANNEXE 5 : FICHE DE MISSION DES RÉFÉRENTS THÉMATIQUES POUR LA RÉUNION

**FICHE DE MISSION**

REFERENT THEMATIQUE GESTION DU RISQUE /ARS

THEME : Imagerie Médicale**REFERENT : Dr M.C. RAVAUT****OBJECTIFS GENERAUX DE LA MISSION****Objectif** : réguler les dépenses d'imagerie et favoriser un développement soutenable des équipements lourds

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

L'efficience de l'offre en imagerie médicale implique, pour un coût soutenable :

- la pertinence de l'indication l'efficacité de l'organisation de l'offre (choix et répartition des équipements, organisation des équipes...)
- l'accessibilité et la qualité/sécurité de l'examen

ELEMENTS DE CADRAGE DE LA MISSION

Dans un souci de maîtrise des dépenses et de diversification du parc d'équipements, il est donc préconisé de conjuguer l'amélioration de l'offre en équipements IRM et l'objectif de maîtrise de l'ONDAM. A cet effet, l'ARS OI doit définir les objectifs en termes de potentialités d'accroissement de diversification du parc

L'efficience de l'offre en imagerie médicale implique, pour un coût soutenable :

- la pertinence de l'indication l'efficacité de l'organisation de l'offre (choix et répartition des équipements, organisation des équipes...)
- l'accessibilité et la qualité/sécurité de l'examen.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS DE LA MISSION

Réaliser une enquête sur le bilan du parc en région ;

Etablir une évaluation des objectifs de diversification de l'offre des IRM dans le cadre du plan GDR et inscription au SROS

Analyser les demandes d'autorisation ou de remplacement au regard des potentialités en termes d'IRM plus efficaces conformément aux objectifs du guide méthodologique du SROS PRS

Eviter la réalisation d'actes d'imagerie conventionnelle non indiqués ou redondants en promouvant les bonnes pratiques professionnelles en matière de réalisation de radiographies conformément aux référentiels HAS et en diffusant les référentiels de la HAS et des sociétés savantes aux praticiens libéraux et aux établissements de santé...

ANNEXE 5 : FICHE DE MISSION DES RÉFÉRENTS THÉMATIQUES POUR LA RÉUNION

Sa Mission

Mettre en œuvre les actions permettant de réaliser le Programme Régional de Gestion du risque sur la thématique les concernant.

Ses Tâches

Détermine des plans d'actions, rédige en concertation avec le chargé de projet GDR des fiches actions régionale et les indicateurs de résultats ;
 Communique au responsable projet GDR les résultats en vue d'alimenter le tableau de bord de la GDR ;
 Met en place si besoin un groupe de travail ;
 Met en œuvre les actions prévues sous sa responsabilité ;
 Alerte sur les difficultés de mise en œuvre du plan d'actions ;
 Analyse éventuellement les écarts ;
 Propose un planning de réalisation ;
 Propose des orientations à envisager pour résoudre les problèmes ;
 Propose s'il ya lieu des actions régionales complémentaires en cohérence avec les priorités du PRS et les programmes de l'Assurance Maladie.
 Rend compte au chargé de projet du PRGDR de l'avancement de la thématique dont il est responsable ;
 Réceptionne les documents et livrables préparés par le chargé de projet ;
 Présente les actions à mener ou menées au comité opérationnel GDR en cas de besoin ;
 S'entoure d'une équipe, mobilisable en tant que de besoin.

NOM	Prénom	Fonction	Affectation
L'équipe SROS /PRS			
Délégués d'Assurance Maladie pour l'accompagnement des médecins généralistes			AM
Les référents des établissements de santé pour les structures			ARS

Une réunion mensuelle est prévue avec le chargé de projet GDR pendant la période de montée en charge.

CHARGE DE TRAVAIL ESTIMÉE

2011	Tâches	Description de la tâche	Volume / temps	Périodicité
	Réaliser l'état des lieux	Rédaction d'une note de synthèse	16 heures	1 fois par an
	Etablir une évaluation des objectifs de diversification de l'offre des IRM dans le cadre du plan GDR et inscription au SROS	Rédaction d'une note de synthèse	100 heures (moitié SROS/PRS)	1 fois
	Organiser des rencontres	Analyser l'évolution, concertation, négociation	40 heures moitié SROS/PRS)	2 fois
	Analyser les circulaires		8 heures	
	Présentation réunions COMOP et CRGDR		4 heures	1 fois
	Sensibiliser les généralistes et les structures (recommandations HAS)	Diaporama	5 heures	8 fois
			158 heures	
	Estimation temps plein		0,10%	

Saint Denis le 6 décembre 2011

La Directrice de La Délégation de La Réunion

Suzanne COSIALS

ANNEXE 5 : FICHE DE MISSION DES RÉFÉRENTS THÉMATIQUES POUR LA RÉUNION

**FICHE DE MISSION**

REFERENT THEMATIQUE GESTION DU RISQUE /ARS

THEME: LISTE EN SUS**REFERENT:** C CELERIER**OBJECTIFS GENERAUX DE LA MISSION****Objectif :** réguler les dépenses de santé de la liste en sus vise à :

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

Les actions et la mobilisation des acteurs de l'ARS et des différents régimes de l'Assurance Maladie sont déterminées par les objectifs nationaux fixés en matière de gestion du risque.

La maîtrise des dépenses d'Assurance Maladie au titre des produits de santé - spécialités pharmaceutiques, produits et prestations - financés en sus des prestations d'hospitalisation, demeure une priorité ministérielle compte tenu des enjeux financiers associés.

ELEMENTS DE CADRAGE DE LA MISSION

A La Réunion, les dépenses de médicaments financés en sus des tarifs connaissent, comme en métropole, une forte croissance. L'analyse des dépenses des produits facturés en sus des GHS pour les années 2009/2010 met en évidence une évolution des dépenses supérieures à 8% au sein de quatre établissements. La consigne est d'opérer un suivi préventif et d'analyser avec les établissements l'origine de cette croissance.

L'Omédit intervient en tant que structure d'expertise et d'appui dans le champ du bon usage du médicament et des produits de santé et est donc impliquée dans les actions du PRGDR relatives au médicament.

ANNEXE 5 : FICHE DE MISSION DES RÉFÉRENTS THÉMATIQUES POUR LA RÉUNION

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS DE LA MISSION

Suivre l'évolution des dépenses de médicaments et dispositif médicaux implantables et analyser l'évolution des dépenses ;
 Identifier les établissements gros prescripteurs,
 Cibler les établissements devant faire l'objet du contrôle,
 Mettre en place une démarche contractuelle avec plan d'actions si nécessaire.

LES MODALITES D'ORGANISATION DE LA MISSION

Mission :

Mettre en œuvre les actions permettant de réaliser le Programme Régional de Gestion du risque sur la thématique le concernant.

Tâches

Détermine des plans d'actions, rédige en concertation avec le chargé de projet GDR des fiches actions régionale et les indicateurs de résultats ;
 Communique au responsable projet GDR les résultats en vue d'alimenter le tableau de bord de la GDR ;
 Met en œuvre les actions prévues sous sa responsabilité ;
 Alerte sur les difficultés de mise en œuvre du plan d'actions ;
 Analyse éventuellement les écarts ;
 Propose un planning de réalisation ;
 Propose des orientations à envisager pour résoudre les problèmes ;
 Propose s'il ya lieu des actions régionales complémentaires en cohérence avec les priorités du PRS et les programmes de l'Assurance Maladie ;
 S'entoure d'une équipe mobilisable en tant que de besoin.

NOM	Prénom	Fonction	Affectation
RONAT	Jacques	Chargé des études médico économiques	ARS DSP
SIMONPIERI	Jean-Marc	Responsable du PRS médecin	ARS DSP
FERAL	Jean	Médecin Conseil	DRSM / AM
OMEDIT			

ANNEXE 5 : FICHE DE MISSION DES RÉFÉRENTS THÉMATIQUES POUR LA RÉUNION

Mode de fonctionnement

Le référent peut s'entourer d'une équipe projet, il rend compte de l'avancement de la thématique dont il est responsable au chargé de projet du PRGDR, (Thématiques prioritaires nationales ou actions complémentaires régionales). Une réunion mensuelle est prévue pendant la période de montée en charge. Le chargé de projet GDR diffuse tous les documents, livrables au référent thématique. Les actions à mener avec l'Assurance Maladie seront présentées en comité opérationnel par le référent thématique en cas de besoin.

Charge de travail estimée

2011	Tâches	Description de la tâche	Volume / temps	Périodicité
	Suivre l'évolution des dépenses de transports sanitaires	Analyser les dépenses, créer des tableaux cibler les éta courriers ...	12 heures	4 fois par an
	Organiser des réunions	Créer des supports, courriers, réunions préalables,	5 heures	5 fois
	Analyser les circulaires		8 heures	
	Présentation réunions COMOP		2 heures	3 fois
	Travaux d'observation, d'analyse et de contrôle		24 heures/mois	2 fois
			135 heures	
	Estimation temps plein		0,09% ETP	

Saint Denis le 18 octobre 2011

Le Directeur de la Veille et Sécurité Sanitaire

ANNEXE 5 : FICHE DE MISSION DES RÉFÉRENTS THÉMATIQUES POUR LA RÉUNION



FICHE DE MISSION

REFERENT THEMATIQUE GESTION DU RISQUE /ARS

THEME : Prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville

REFERENT : J.Y PERON

OBJECTIFS GENERAUX DE LA MISSION

Objectif : maîtriser les dépenses des prescriptions hospitalières exécutées en ville

Les actions et la mobilisation des acteurs de l'ARS et des différents régimes de l'Assurance Maladie sont déterminées par les objectifs nationaux fixés en matière de gestion du risque.

La maîtrise de l'évolution de ce poste de dépenses est une préoccupation depuis plusieurs années. Elle figure parmi les obligations inscrites au sein de la LFSS 2010, en prévoyant dorénavant la fixation d'un taux annuel d'évolution de ces dépenses (6% pour 2011 et 5% pour 2012).

ELEMENTS DE CADRAGE DE LA MISSION

Les prescriptions en ville des salariés hospitaliers(es établissements publics) génèrent 47,9 M€ en 2010, soit évolution de ↗ +20,6%

- Vaccins ↗ +58,3%
- Antalgiques ↗ +26,9%
- Antidépresseurs ↗ +23,9%
- Antihypertenseurs ↗ +34,1%
- Anti-infectieux ↗ +6,2%
- Contraceptifs ↗ +12,6%
- Dermatologie ↗ +93,1%

La croissance des dépenses liées aux prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville s'explique en partie par des facteurs structurels :

- types de molécules prescrites
- baisse des prix concentrée sur des classes de médicaments peu prescrites à l'hôpital
- évolution des techniques de traitement entraînant une baisse des durées de séjour
- augmentation des prescriptions de médicaments.

L'assurance Maladie mène depuis de nombreuses années des actions de sensibilisation des prescripteurs autour d'un certain nombre de sujets (IJ, transports, médicaments). Pour autant, d'importants efforts d'efficience restent à faire.

Deux dispositifs de contractualisation sur le bon usage des médicaments étaient formalisés avant l'entrée en vigueur de la loi HSPT.

ANNEXE 5 : FICHE DE MISSION DES RÉFÉRENTS THÉMATIQUES POUR LA RÉUNION

- D'une part, le contrat de bon usage (CBU)découlant de la mise en œuvre de la tarification à l'activité plutôt orienté vers la maîtrise de la consommation interne de certaines molécules et dispositifs onéreux.
- D'autre part, le contrat de bon usage des antibiotiques (CBUA) signé avec la CGSS et les établissements hospitaliers remplacé par la mise en œuvre des CACQCS.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS DE LA MISSION

Cinq objectifs opérationnels sont poursuivis :

- 1- Suivre trimestriellement l'évolution des dépenses des médicaments exécutées en ville ;
- 2- Identifier les postes de dépenses prioritaires et les établissements gros prescripteurs ; Analyse synthétique et détaillée en termes d'évolution, par établissement, Déterminer des critères régionaux de ciblage et proposer un ciblage ; Cibler les établissements ayant un taux d'évolution supérieur à 6 %
- 3-Débuter l'accompagnement des établissements en organisant des réunions d'informations générale sur le dispositif prévu par la LFSS et le décret d'application Analyser leur activité pour comprendre l'évolution ; Rencontrer chacun des établissements ciblés les informant de leur profil et de la démarche ;
- 4- Préparer le dispositif de contractualisation er avec les établissements ciblés;
- 5- Suivre les CAQCOS trimestriellement.

Mission :

Mettre en œuvre les actions permettant de réaliser le Programme Régional de Gestion du risque sur la thématique les concernant.

Tâches

Détermine des plans d'actions, rédige en concertation avec le chargé de projet GDR des fiches actions régionale et les indicateurs de résultats ;
Définit avec le chargé de projet les modalités de suivi et d'évaluation pour ce faire, communique au responsable projet GDR les résultats en vue d'alimenter le tableau de bord de la GDR ;
Met en œuvre les actions prévues sous sa responsabilité ;
Alerte sur les difficultés de mise en œuvre du plan d'actions ;
Analyse éventuellement les écarts ;
Propose un planning de réalisation ;
Propose des orientations à envisager pour résoudre les problèmes ;
Propose s'il ya lieu des actions régionales complémentaires en cohérence avec les priorités du PRS et les programmes de l'Assurance Maladie ;
Rend compte au chargé de projet du PRGDR de l'avancement de la thématique dont il est responsable ;
Réceptionne les documents et livrables préparés par le chargé de projet ;
Présente les actions à mener ou menées au comité opérationnel GDR en cas de besoin ;
S'entoure sur une équipe mobilisable en tant que de besoin.

NOM	Prénom	Fonction	Affectation
FERAL	Jean	Médecin conseil	DRSM
CHAN WAN	Guy Noel	Chargé d'études médico économiques	ARS DSP
REMACLE	Philippe	Pharmacien conseil	DRSM
DINTINGER	Ghislaine	Chargé du projet GDR	ARS DSP

Une réunion mensuelle est prévue avec le chargé de projet GDR pendant la période de montée en charge.

ANNEXE 5 : FICHE DE MISSION DES RÉFÉRENTS THÉMATIQUES POUR LA RÉUNION

Mode de fonctionnement

Le référent peut s'entourer d'une équipe projet, il rend compte de l'avancement de la thématique dont il est responsable au chargé de projet du PRGDR. , (Thématiques prioritaires nationales ou actions complémentaires régionales). Une réunion mensuelle est prévue pendant la période de montée en charge.

Le chargé de projet GDR diffuse tous les documents, livrables au référent thématique

Les actions à mener avec l'Assurance Maladie seront présentées en comité opérationnel par le référent thématique en cas de besoin.

LA CHARGE DE TRAVAIL ESTIMÉE

2011	Tâches	Description de la tâche	Volume / temps	Périodicité
	Suivre trimestriellement l'évolution des dépenses de médicaments	Analyser les dépenses, créer des tableaux cibler les éta courriers ...	12 heures	4 fois par an
	Organiser des réunions générales	Créer des supports, courriers, réunions préalables,	18 heures	2 fois
	Organiser des rencontres avec les établissements ciblés en vue de contractualiser	Analyser l'évolution, concertation, négociation, compte rendu des réunions	10 heures	6 fois
	Analyser les circulaires		15 heures	
	Présentation des travaux réunions COMOP		2 heures	4 fois
	Travaux de communication		1 heures/mois	12
	Suivre trimestriellement les CACQCS	Tableau de bord GDR	2 heures	4 fois
			187 heures	
	Estimation temps plein		0,10%	

Saint Denis le 14 Novembre 2011

La DIRECTEUR de la Veille et Sécurité Sanitaire

ANNEXE 5 : FICHE DE MISSION DES RÉFÉRENTS THÉMATIQUES POUR LA RÉUNION



FICHE DE MISSION

REFERENT THEMATIQUE GESTION DU RISQUE /ARS

THEME : Soins de Suite et de Réadaptation**REFERENT : Dr P. LUCCIANI- LEHOUCQ****OBJECTIFS GENERAUX DE LA MISSION****Objectif :** Améliorer l'efficacité générale du programme SSR

- maîtriser l'évolution des dépenses dans le respect des taux d'évolution de l'ONDAM ;
- adapter l'offre SSR aux besoins, dans le respect des référentiels HAS,
 - préparer la réforme de financement (tarification à l'activité),

Dans ce cadre, l'ARS déclinera notamment des indicateurs d'efficacité des SSR et des indicateurs de suivi des dépenses. Elle déploiera notamment à cet effet l'outil Trajectoire (outil d'aide à l'orientation en SSR) et favorisera le recours à des conventions entre les SSR et le secteur médico-social.

ELEMENTS DE CADRAGE DE LA MISSION

En 2008/2009, cinq établissements de SSR ont été autorisés dans le cadre du schéma. (255 lits et places) Ces autorisations d'activité n'ont pas été mises en œuvre à l'heure actuelle. Par conséquent, ce retard génère une activité à « flux tendu » dans les services et établissements existants et représente un obstacle à la fluidité de la filière en aval du MCO et du domicile.

On dénombre ainsi 317 lits et places non installés, constituant une marge d'activité de plus de 108 000 journées, soit 25% de l'activité.

Aussi, dans le cadre de la politique de GDR, l'organisation de l'offre de soins de suite dans le cadre du SROS/PRS doit répondre à trois objectifs :

- Améliorer le recours aux SSR
- Maîtriser le développement
- Améliorer leur efficacité.

L'organisation du secteur passe par l'amélioration de la connaissance des missions des SSR par les services MCO, le développement de la complémentarité entre l'offre de soins en SSR et le secteur ambulatoire et la fluidité des parcours du SSR vers le médico-social.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS DE LA MISSION

- Mettre en œuvre les outils prévus par la réglementation SSR, améliorer la pertinence du recours au SSR,
- Communiquer aux Ets hospitaliers prescripteurs de rééducation réalisés en service SSR les recommandations de la HAS en termes de recours aux SSR,
- Améliorer l'efficacité des SSR (harmoniser la qualité et le positionnement de l'offre de soins SSR sur l'ensemble du territoire) dans un cadre budgétaire contraint : en limitant le volume d'OQOS attribué aux établissements en 2011-2012 à la reconduction d'activité 2009 et en refusant les révisions de volume d'OQOS pour dépassement d'activité,
- Faire remonter à la DGOS et à la DSS les projets tarifaires avant décision,
- Mettre en place une procédure de mise sous accord préalable avec l' AM.
- Déployer et Assurer l'animation des outils régionaux d'aide à l'orientation en SSR.

ANNEXE 5 : FICHE DE MISSION DES RÉFÉRENTS THÉMATIQUES POUR LA RÉUNION

Sa Mission :

Mettre en œuvre les actions permettant de réaliser le Programme Régional de Gestion du risque sur la thématique les concernant.

Ses Tâches

Détermine des plans d'actions, rédige en concertation avec le chargé de projet GDR des fiches actions régionale et les indicateurs de résultats ;
 Communique au responsable projet GDR les résultats en vue d'alimenter le tableau de bord de la GDR ;
 Met en place si besoin un groupe de travail ;
 Met en œuvre les actions prévues sous sa responsabilité ;
 Alerte sur les difficultés de mise en œuvre du plan d'actions ;
 Analyse éventuellement les écarts ;
 Propose un planning de réalisation ;
 Propose des orientations à envisager pour résoudre les problèmes ;
 Propose s'il ya lieu des actions régionales complémentaires en cohérence avec les priorités du PRS et les programmes de l'Assurance Maladie.
 Rend compte au chargé de projet du PRGDR de l'avancement de la thématique dont il est responsable ;
 Réceptionne les documents et livrables préparés par le chargé de projet ;
 Présente les actions à mener ou menées au comité opérationnel GDR en cas de besoin ;
 S'entoure d'une équipe, mobilisable en tant que de besoin

NOM	Prénom	Fonction	Affectation
L'équipe SROS /PRS			
Le chargé de projet GDR : Dintinger Ghislaine			ARS
Les référents des établissements de santé pour les structures			ARS

Une réunion mensuelle est prévue avec le chargé de projet GDR pendant la période de montée en charge.

Charge de travail estimée

2011	Tâches	Description de la tâche	Volume / temps	Périodicité
	Suivre l'évolution de l'activité des établissements SSR	Analyser l'activité, créer des tableaux ...	5 heures	2 fois par an
2012	Organiser des réunions avec les Ets pour déployer l'outil trajectoire	Créer des supports, courriers, réunions préalables,	8 heures (tous les Ets SSR)	1 fois
	Analyser les circulaires et les documents		15 heures	
	Présentation réunions COMOP		4	1 fois
	Travaux de communication		4 heures/mois	12
Estimation temps plein		0,10%	157 heures	

Saint Denis le 6 décembre 2011

La Directrice de La Délégation de La Réunion

Suzanne COSIALS

ANNEXE 5 : FICHE DE MISSION DES RÉFÉRENTS THÉMATIQUES POUR LA RÉUNION



FICHE DE MISSION

REFERENT THEMATIQUE GESTION DU RISQUE /ARS

THEME: TRANSPORTS SANITAIRES**REFERENTS ARS:** G DINTINGER**AM:** C LOUX**OBJECTIFS GENERAUX DE LA MISSION****Objectif :** maîtriser les dépenses de transports sanitaires

Les actions et la mobilisation des acteurs de l'ARS et des différents régimes de l'Assurance Maladie sont déterminées par les objectifs nationaux fixés en matière de gestion du risque.

La maîtrise de l'évolution de ce poste de dépenses est une préoccupation depuis plusieurs années. Elle figure parmi les obligations inscrites au sein de la LFSS 2010, en prévoyant dorénavant la fixation d'un taux annuel d'évolution de ces dépenses (3% pour 2011 et 4% pour 2012).

ELEMENTS DE CADRAGE DE LA MISSION

Les dépenses de transports ont progressé 2009/2010 de 12,4% à la Réunion et présentent une évolution annuelle assez importante comparée à la métropole (8,3%) et une tendance toujours à la hausse. Sachant qu'environ 50,4% des frais de transports sanitaires sont générés par les prescriptions hospitalières. La cible pour les actions déclinées en région est l'hôpital.

Cette action fait également partie des 10 actions prioritaires de l'ARS en matière de gestion du risque. Elle a également été identifiée comme telle par les organismes d'Assurance Maladie.

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 transport et des réponses à apporter

On retient également l'idée de favoriser le partage du transport, si cela est compatible avec l'état du patient, ce qui pourrait limiter le nombre de déplacements mais également les coûts pour l'assurance maladie

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS DE LA MISSION

Suivre trimestriellement l'évolution des dépenses de transports sanitaires ;
 Organiser des réunions d'informations générale sur le dispositif prévu par la LFSS et le décret d'application et la circulaire concernant les nouveaux modes de pris en charge pour les patients en ALD ;
 Cibler les établissements ayant un taux d'évolution supérieur à 3 % pour leurs dépenses de transports sanitaires exécutées en ville sur la base des données inter-régimes en tenant compte de l'évolution de leur activité ;
 Analyser leur activité pour comprendre l'évolution ;
 Rencontrer chacun des établissements ciblés les informant de leur profil et de la démarche ;
 Contractualiser avec les établissements ciblés ;
 Suivre les CAQCOS trimestriellement ;
 Expérimenter une nouvelle organisation de transports.

ANNEXE 5 : FICHE DE MISSION DES RÉFÉRENTS THÉMATIQUES POUR LA RÉUNION

NOM	Prénom	Fonction	Affectation
CHAN WAN	Guy Noel	Chargé d'études médico économiques	ARS DSP
FERAL	Jean	Médecin conseil	DRSM/AM

Mission

Mettre en œuvre les actions permettant de réaliser le Programme Régional de Gestion du risque sur la thématique les concernant.

Tâches

Détermine des plans d'actions, rédige en concertation avec le chargé de projet GDR des fiches actions régionale et les indicateurs de résultats ;
 Définit avec le chargé de projet les modalités de suivi et d'évaluation pour ce faire, communique au responsable projet GDR les résultats en vue d'alimenter le tableau de bord de la GDR Communique au responsable projet GDR les résultats en vue d'alimenter le tableau de bord de la GDR ;
 Met en œuvre les actions prévues sous sa responsabilité ;
 Alerte sur les difficultés de mise en œuvre du plan d'actions ;
 Analyse éventuellement les écarts ;
 Propose un planning de réalisation ;
 Propose des orientations à envisager pour résoudre les problèmes ;
 Propose s'il y a lieu des actions régionales complémentaires en cohérence avec les priorités du PRS et les programmes de l'Assurance Maladie.
 Rend compte au chargé de projet du PRGDR de l'avancement de la thématique dont il est responsable ;
 Réceptionne les documents et livrables préparés par le chargé de projet ;
 Présente les actions à mener ou menées au comité opérationnel GDR en cas de besoin ;
 S'entoure d'une équipe, mobilisable en tant que de besoin.

NOM	Prénom	Fonction	Affectation
CHAN WAN	Guy Noel	Chargé des études médico économiques	ARS DSP
FERAL	Jean	Médecin conseil	DRSM/AM

Une réunion mensuelle est prévue avec le chargé de projet GDR pendant la période de montée en charge.

2011	Tâches	Description de la tâche	Volume / temps	Périodicité
	Suivre trimestriellement l'évolution des dépenses de transports sanitaires	Analyser les dépenses, créer des tableaux cibler les eta courriers ...	12 heures	4 fois par an
	Organiser des réunions	Créer des supports, courriers, réunions préalables,	18 heures	5 fois
	Organiser des rencontres avec les établissements ciblés	Analyser l'évolution, concertation, négociation	15 heures	6 fois
	Analyser les circulaires		15 heures	
	Présentation réunions COMOP		4 heures	4 fois
	Travaux de communication		4 heures/mois	12
			307 heures	
	Estimation temps plein		0,20 ETP	

Saint Denis le 14 Novembre 2011

La DIRECTRICE de La DSP
 Marion ARBES



Agence de Santé Océan Indien

2 bis avenue Georges Brassens - CS 60050
97408 Saint-Denis cedex 09
Tél : 02 62 97 97 00 - Fax : 02 62 97 97 18

www.ars.ocean-indien.sante.fr

