



PROGRAMME PLURIANNUEL REGIONAL  
DE  
GESTION DU RISQUE

**Sommaire**

<b>1</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>2</b>
1.1	Le nouveau cadre institutionnel .....	2
1.2	Le cadre législatif et réglementaire .....	2
1.3	Définition de la gestion du risque .....	4
1.4	Les acteurs de la gestion du risque .....	5
<b>2</b>	<b>Contexte régional.....</b>	<b>5</b>
2.1	Le suivi des dépenses.....	5
2.2	Analyse de l'état de santé de la population, de la demande et de l'offre de soins dans la région.....	15
<b>3</b>	<b>Organisation et méthodologie .....</b>	<b>18</b>
3.1	La Commission régionale de gestion du risque et le PPR GDR .....	18
3.2	L'équipe projet.....	21
3.3	L'avenant annuel.....	21
3.3.1	Transports sanitaires .....	25
3.3.2	Insuffisance rénale chronique (IRC) .....	27
3.3.3	Prescription des médicaments et des dispositifs médicaux de la liste en sus .....	29
3.3.4	Prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville (PHMEV) .....	33
3.3.5	Imagerie médicale.....	37
3.3.6	Chirurgie ambulatoire (CA).....	43
3.3.7	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) 2 programmes : Efficience et Prescription .....	46

3.3.8	Permanence des soins ambulatoires et urgences hospitalières (PDSA) .....	49
3.3.9	Soins de suite et de réadaptation (SSR) .....	54
3.4	La déclinaison des programmes nationaux de gestion du risque de l'Assurance Maladie .....	57
3.4.1	Les programmes de maîtrise médicalisée en ville .....	57
3.4.2	Les programmes de renforcement de l'efficience de l'offre de soins dans les établissements de santé .....	58
3.4.3	Les plans de prévention et d'accompagnement des patients .....	59
<b>4</b>	<b>Les actions régionales complémentaires spécifiques .....</b>	<b>61</b>
4.1	Les implications de la consommation d'antibiotiques en relation avec les infections liées aux soins .....	62
4.2	Implication des pharmaciens dans les soins de premier recours .....	64

### 1. INTRODUCTION

#### 1.1. Le nouveau cadre institutionnel

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

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

*« Dans les conditions prévues à l'article L. 1434-14, (les ARS) définissent et mettent en œuvre avec les services d'Assurance Maladie et avec la (CNSA) les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires. »<sup>1</sup>*

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

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

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

#### 1.2. Le cadre législatif et réglementaire

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 (UNCAM) et avec les organismes complémentaires.*

<sup>1</sup> Art. L. 1431-2, 2°, g du code de la santé publique.

- *Le programme pluriannuel régional de gestion du risque (PPR GDR) est révisé chaque année.*
- *Ce programme est intégré au projet régional de santé.*
- *Ce projet 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 PPR GDR (art. R1434-9 à R 1434-18 du CSP) apporte des précisions :

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

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

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

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

### 1.3. Définition de la gestion du risque

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

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 :

- « optimiser la réponse du système de soins aux besoins de santé » ;
- « inciter la population à recourir de manière pertinente à la prévention et aux soins » ;
- « 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 2008<sup>3</sup>, 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. »*

---

<sup>2</sup> Mission sur la gestion du risque, Rapport IGAS, décembre 2010, P-Y Bocquet et Michel Peltier.

<sup>3</sup> HCAAM, *Rapport 2008*, p. 27.

### 1.4. Les acteurs de la gestion du risque

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a prévu la signature d'un contrat Etat-UNCAM qui fixe les objectifs de gestion du risque.

Si le Décret du 18 mai 2010 a confié au Directeur Général de l'ARS le pilotage en région, la mobilisation pleine et entière de l'Etat, de l'UNCAM au niveau national, des ARS et des réseaux de l'Assurance Maladie au niveau régional est indispensable au regard des contraintes très importantes qui pèsent sur les finances publiques.

## 2. CONTEXTE REGIONAL

### 2.1. Le suivi des dépenses

La loi de finances de la Sécurité Sociale fixe chaque année un objectif national des dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM), qui est une prévision de dépenses pour les soins de ville, les hospitalisations dispensées dans les établissements publics et privés qu'ils soient sanitaires ou médico-sociaux. Des sous-objectifs sont définis par enveloppe de dépenses (soins de ville, hospitalier, médico-social).

La maîtrise des dépenses est un objectif inscrit au plan stratégique régional de santé de l'ARS ; une fiche d'actions spécifiques a été ajoutée au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) en 2010.

Afin de poursuivre le suivi des soins de ville réalisé depuis quelques années par l'Assurance Maladie, un groupe de travail a été constitué afin de créer un outil de suivi de l'ensemble des enveloppes. Symbole des bonnes relations entre l'Assurance Maladie et l'ARS, ce travail collaboratif permet de produire une note de conjoncture trimestrielle présentant des tableaux standards de suivi, des graphiques explicites des tendances mais également des focus sur différents postes de prestations particulièrement évolutifs.

#### Suivi des soins de l'ONDAM à fin décembre 2010

Pour l'année 2010, l'objectif fixé était un accroissement limité des dépenses à 3 %. Pour la région Nord-Pas-de-Calais, cet objectif n'a pas été dépassé puisque la progression des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM progresse de 3 % (résultats non définitifs, régime général seul).

Les dépenses afférant aux soins de ville augmentent de 4,1 %, celles liées aux établissements de santé publics ou privés progressent de 0,5 %. Enfin, les dépenses émanant des établissements et services médico-sociaux sont en forte hausse : 8,9 %.

	Taux d'évolution (Objectifs)	Montants <sup>1</sup> REGION (Objectifs)	Taux d'évolution REGION	Taux <sup>2</sup> d'évolution FRANCE
<b>Soins de ville</b>	<b>2,8 %</b>	<b>4 164,3</b>	<b>4,1 %</b>	<b>3,9 %</b>
dont Honoraires	2,8 %	1 130,8	1,5 %	
dont Prescriptions	2,8 %	2 116,6	5,0 %	
dont Autres prestations	2,8 %	177,5	7,8 %	
dont Prestations Espèces	2,8 %	718,3	5,0 %	
<b>Total ONDAM hospitalier (6)</b>	<b>2,8 %</b>	<b>3 737,7</b>	<b>0,5 %</b>	<b>1,3 %</b>
Etablissements de santé du secteur public		3 075,7	- 0,4 %	
Etablissements de santé du secteur privé		661,9	4,8 %	
<b>Total ONDAM médico-social</b>	<b>5,8 %</b>	<b>999,4</b>	<b>8,9 %</b>	<b>7,1 %</b>
Contribution de l'Assurance Maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	10,9 %	674,9	14,9 %	
Contribution de l'Assurance Maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	1,7 %	324,5	6,4 %	
<b>ONDAM TOTAL</b>	<b>3,0 %</b>	<b>9 653,9</b>	<b>3,0 %</b>	<b>3,1 %</b>

Résultats provisoires observés sur les données (brutes) du **Régime Général seul**, statistiques mensuelles cumulées

(1) En millions d'euros

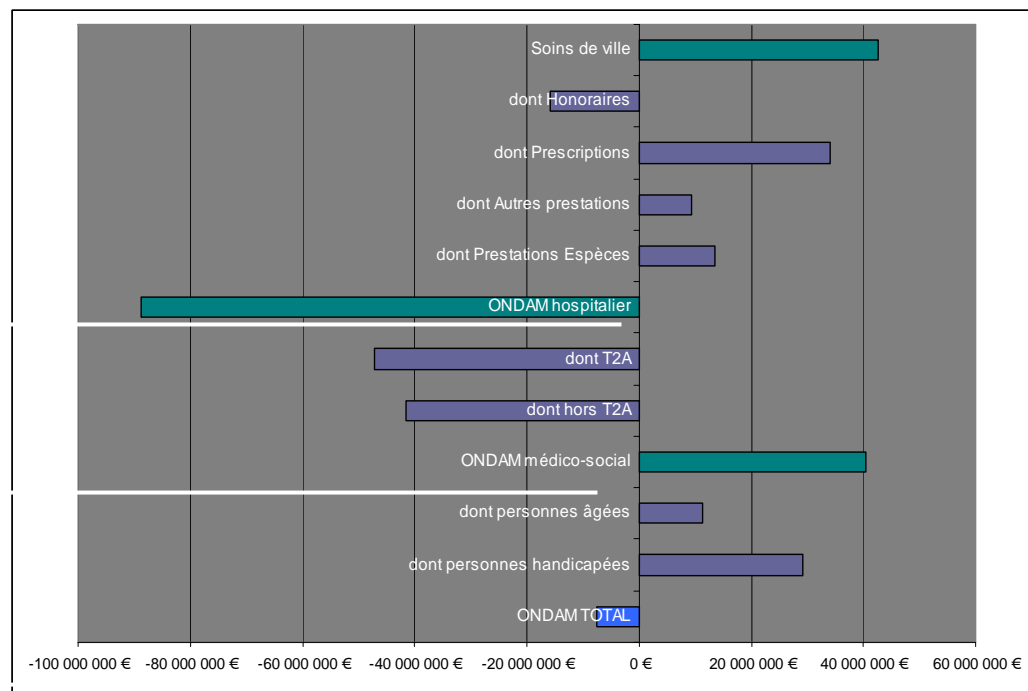
(2) Source statistiques mensuelles, ameli.fr

L'objectif fixé pour l'enveloppe des dépenses liées aux soins de ville en 2010, soit une progression de + 4,1 %, est dépassé. Les honoraires (environ 1,1 milliard d'euros) sont en hausse de 1,5 %, les prescriptions (2,1 milliards d'euros) augmentent de 5 %, les prestations en espèces (dont les indemnités journalières, pour un peu plus de 700 millions d'euros) progressent de 5 %.

Pour les établissements de santé, dont l'objectif était fixé à 2,8 %, les dépenses relevant des établissements publics sont en baisse de 0,4 % tandis que celles des établissements privés progressent de 4,8 %. A noter que l'Objectif de Dépenses en Médecine, Chirurgie et Obstétrique (ODMCO), qui représente 2,5 milliards d'euros, progressent de 1,8 % pour les établissements publics et de 4 % pour les établissements privés. Cette tendance est par contre tempérée par les sous-réalisations en ce qui concerne les Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) avec l'annulation en cours d'année des aides à la contractualisation non consommées (322 M€ au niveau national).

Enfin, les établissements et services médico-sociaux, constatent que leurs dépenses sont en très forte hausse (+ 8,9 %), pour un montant qui s'élève à près de 1 milliard d'euros (33 % pour les personnes âgées et 67 % pour les personnes handicapées).

**ECARTS A L'OBJECTIF EN MONTANTS (à fin décembre 2010)**



Source : Résultats de synthèse – Mediam 2010

**Suivi des soins de ville à fin décembre 2010**

Le suivi des dépenses des soins de ville est réalisé pour l'inter-régimes. Il présente sous forme détaillée les montants, les évolutions et le poids de contribution à l'évolution des différents postes de prestation.

Le tableau ci-dessous présente les montants, évolutions et contributions des différents grands postes de prestations.

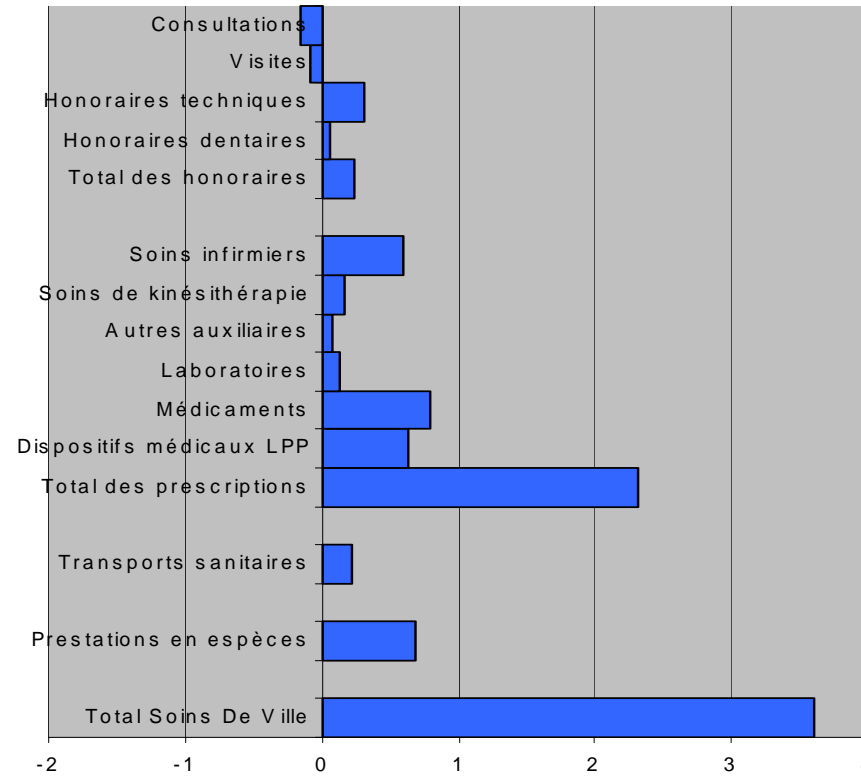
	Montants en milliers €	Evolution %		
		PCAP <sup>4</sup>	ACM <sup>5</sup>	Ct Ev <sup>6</sup>
Consultations	443 039	- 1,5 %	- 1,5 %	- 0,16
Visites	95 213	- 4,1 %	- 4,1 %	- 0,09
Honoraires techniques	432 693	3,1 %	3,1 %	0,31
Honoraires dentaires	157 586	1,7 %	1,7 %	0,06
<b>Total des honoraires</b>	<b>1 195 092</b>	<b>0,9 %</b>	<b>0,9 %</b>	<b>0,24</b>
Soins infirmiers	261 887	9,9 %	9,9 %	0,59
Soins de kinésithérapie	217 226	3,2 %	3,2 %	0,16
Autres auxiliaires	43 910	7,6 %	7,6 %	0,08
Laboratoires	196 178	3,2 %	3,2 %	0,14
Médicaments	1 363 465	2,6 %	2,6 %	0,80
Dispositifs médicaux LPP	356 676	7,8 %	7,8 %	0,63
<b>Total des prescriptions</b>	<b>2 439 507</b>	<b>4,2 %</b>	<b>4,2 %</b>	<b>2,32</b>
Transports sanitaires	173 628	5,7 %	5,7 %	0,22
Prestations en espèces	587 856	5,2 %	5,2 %	0,69
<b>Total Soins De Ville</b>	<b>4 409 241</b>	<b>3,6 %</b>	<b>3,6 %</b>	<b>3,60</b>

<sup>4</sup> Période complète année précédente

<sup>5</sup> Année complète mobile

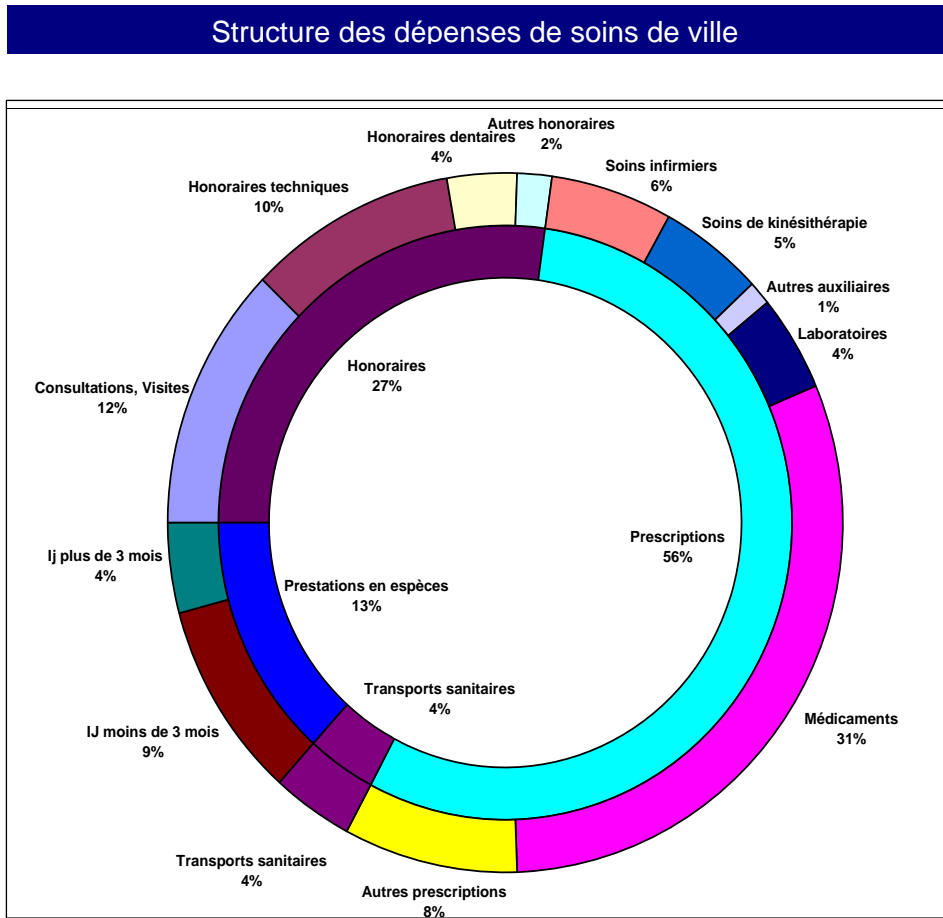
<sup>6</sup> Contributions à l'évolution

Ct Ev : Contributions à l'évolution



Au-delà des évolutions brutes, l'indicateur de contributions à l'évolution permet de visualiser les postes qui impactent le plus l'évolution globale des dépenses de soins de ville.

La représentation ci-dessous permet de visualiser le poids de chaque poste de prestations dans l'ensemble des dépenses de soins de ville.



En 2010, les remboursements de soins de ville ont augmenté de 3,6 % par rapport à 2009, s'élevant à 4,4 milliards d'euros. Cette croissance s'observe moins sur les remboursements des honoraires privés (+ 0,9 %) que sur les prescriptions (+ 4,2 %).

### Honoraires médicaux

Les remboursements de consultations sont en diminution (- 1,5 %) par rapport à l'année précédente (visites : - 4,1 %). De même, les actes de radiologie observent une baisse de leurs dépenses de 1,7 %, notamment suite au déremboursement au 1<sup>er</sup> février des suppléments pour archivage numérique et à la réduction du 2<sup>ème</sup> acte à 50 % à compter du 1<sup>er</sup> mai.

Les postes d'honoraires médicaux accusant les plus fortes progressions sont les actes techniques médicaux (+ 8,4%) et les forfaits techniques (+ 20,4 % dont IRM<sup>7</sup> + 24,7 %, Scanner + 18,1%). En effet, nous constatons une hausse du nombre de forfaits techniques de 12,6 % (dont + 21,5 % d'IRM et 9,9 % de scanners supplémentaires). Cette hausse est imputable à une augmentation du nombre d'implantations de scanner/IRM dans la région en 2010 : 9 scanners supplémentaires (+ 14,7 % par rapport à 2009) et 7 IRM supplémentaires (+ 18,9 % par rapport à 2009).

### Honoraires dentaires

Les dépenses d'honoraires dentaires sont, quant à elles, en augmentation de 1,7 % (extraction dentaire : + 2,2 %, soins conservateurs : stabilité, prothèses : + 4,1 %, orthodontie : + 3,0 %).

### Prescriptions

Les prescriptions contribuent à 64 % de l'évolution globale des dépenses de soins de ville (+ 4,2 % sur les 12 derniers mois).

### Auxiliaires médicaux

Les dépenses liées aux actes des auxiliaires médicaux sont en progression de 6,8 % par rapport à l'année 2009. Ce sont les actes infirmiers qui impulsent cette forte progression (+ 9,9 %, dont + 9,0 % pour les AMI<sup>8</sup> et + 12,4 % pour les AIS<sup>9</sup>).

L'augmentation des tarifs applicables des AMI et AIS (+ 5 % et + 6 %) à compter de juin 2009 n'explique pas totalement la forte évolution des remboursements de ces prestations, due essentiellement à une nette augmentation du nombre de coefficients remboursés (+ 6,0 % pour les coefficients d'AMI et + 9,7 % pour les coefficients d'AIS).

Concernant les autres actes d'auxiliaires médicaux, nous constatons une hausse moins importante des dépenses de kinésithérapie (+ 3,2 %, dont AMC<sup>10</sup> : + 3,8 %, AMK<sup>11</sup> : + 1,7 % et AMS<sup>12</sup> : + 4,5 %).

Les actes d'orthophonie observent également une forte hausse de leurs remboursements : + 7,0 %.

---

<sup>7</sup> Imagerie à résonance magnétique

<sup>8</sup> Actes médicaux infirmiers

<sup>9</sup> Actes infirmiers de soins

<sup>10</sup> Actes de masso-kinésithérapie en clinique

<sup>11</sup> Actes de masso-kinésithérapie en ville

<sup>12</sup> Actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques

### Analyses et prélèvements

Les remboursements d'actes d'analyses et de prélèvements sont en hausse (+ 3,2 % depuis le début de l'année, actes d'analyses médicales : + 3,2 %, actes de prélèvements : + 3,4 %). Les nombres de coefficients remboursés augmentent de la même manière (respectivement + 2,7 % et + 2,9 %).

### Médicaments

Les dépenses de médicaments (soit 31 % des dépenses de soins de ville) sont en hausse de 2,6 %.

Malgré cette hausse raisonnable des dépenses, ce poste contribue pour 20 % à l'évolution des dépenses de soins de ville, du fait de son poids financier.

Les remboursements de pharmacie hospitalière et de médicaments d'exceptions augmentent respectivement de 18,8 % et 12,1 % sur les 12 derniers mois, tout comme les dépenses de médicaments remboursés à 100 % (+ 3,5 %). Nous constatons au contraire une légère baisse des dépenses de médicaments remboursés à 65 % (- 0,6 %).

Notons cependant que les postes médicaments de la maîtrise médicalisée observent dans l'ensemble de bons résultats (antibiotiques : - 3,9 %, IPP<sup>13</sup> : - 5,3 %, statines : + 4,8 %, hypnotiques : + 1,3 %, IEC<sup>14</sup>- sartans : - 1,9 %). De même, le taux de pénétration des génériques a augmenté, passant de 79,7 % à 80,8 %.

L'augmentation de 18,8 % de la pharmacie hospitalière reste principalement due à un transfert de remboursement de médicaments hospitaliers de l'enveloppe hospitalière vers l'enveloppe soins de ville.

### Liste des Produits et Prestations remboursables (LPP)

Les dépenses relatives à la LPP observent une croissance de 7,8 %. Les remboursements d'accessoires et pansements, qui représentent 79 % des dépenses de LPP, croissent en effet de 7,7 %. Notons également une hausse des remboursements d'orthèses (+ 9,4 %), de prothèses externes (+ 10,7 %) et de véhicules pour handicapés (+ 5,9 %).

### Frais de transports

Les frais de transports (hors cures thermales) progressent de manière aussi soutenue (+ 5,7 % depuis le début de l'année, + 5,8 % à fin septembre). Les remboursements de transports en ambulance sont en hausse de 7,3 %, ceux des taxis de 23,6 %. Les dépenses liées à un transport en VSL<sup>15</sup> n'ont cependant pas diminué (- 0,1 %).

Ces dépenses de transports ont été fortement impactées par une demande plus importante (+ 5,2 % de trajets en ambulance, + 21,1 % de trajets en taxi).

---

<sup>13</sup> Inhibiteur de la pompe à protons

<sup>14</sup> Inhibiteur de l'enzyme de conversion

<sup>15</sup> Véhicule sanitaire léger

L'évolution des dépenses de taxi est à relativiser puisque la convention taxi, mise en place fin 2008, occasionne toujours de la demande supplémentaire (+ 27,8 % de patients transportés). Ainsi, les transports en taxi, qui valaient 20 % des dépenses de transports assis fin 2008, en représentent désormais 27 %. Globalement, les montants de transports assis (VSL + taxi) ont évolué de 5,3 %.

### Prestations espèces

Les dépenses liées aux prestations en espèces (Hors IJ<sup>16</sup> Maternité, soit 13,3 % des dépenses de soins de ville) ont augmenté de 5,2 %. Les IJ de moins de 3 mois progressent deux fois plus vite que celles de plus de 3 mois (respectivement + 6,1 % et + 3,3 %). Notons qu'un renforcement du contrôle des arrêts supérieurs à 45 jours a été mis en place par les Caisses d'Assurance Maladie.

### Focus sur 3 catégories d'auxiliaires médicaux

Chaque note de conjoncture propose un focus sur un ou des postes de prestations particulièrement évolutifs. Ce travail nécessite souvent un questionnement des bases de liquidation par les caisses d'Assurance Maladie, un travail d'analyse des résultats et de recherche des effets tarifaires ou conjoncturels.

#### Masseurs-kinésithérapeutes :

	Evolution du nombre de coefficients	Evolution du nombre d'auxiliaires	Evolution du nombre de patients
Actes de masso-kinésithérapie (AMC, AMK, AMS)	+ 1,4 %	+ 0,9 %	+ 2,0 %

La hausse du nombre de coefficients facturés (+ 1,4 %) est due en partie à une augmentation de l'offre de soins (+ 0,9 % de masseurs-kinésithérapeutes), mais principalement à un besoin plus important de la population (+ 2,0 % de patients). Ce nombre de patients supplémentaires ne se constate que sur les actes en AMS (+ 3,1 % de patients).

<sup>16</sup> Indemnités journalières

Infirmiers :

	Evolution du nombre de coefficients	Evolution du nombre d'auxiliaires	Evolution du nombre de patients
Actes Infirmiers	+ 7,0 %	+ 7,7 %	- 0,6 %

La forte hausse du nombre de coefficients facturés (+ 7,0 %) fait suite à une offre de soins également croissante (+ 7,7 % d'infirmiers). Cette offre de soins croissante n'a occasionné une hausse de la demande que sur les actes en AIS (+ 12,7 % de bénéficiaires). Sur les actes en AMI, c'est la consommation unitaire par patient qui est plus importante.

Orthophonistes :

	Evolution du nombre de coefficients	Evolution du nombre d'auxiliaires	Evolution du nombre de patients
Actes d'orthophonie (AMO)	+ 5,2 %	+ 4,1 %	+ 4,0 %

La hausse du nombre de coefficients facturés (+ 5,2 %) est principalement due à un besoin accru de la population (+ 4,0 % de patients). L'offre de soins s'est développée de la même manière (+ 4,1 % d'orthophonistes).

### 2.2. Analyse de l'état de santé de la population, de la demande et de l'offre de soins dans la région <sup>17</sup>

#### Population et condition de vie

La région Nord-Pas-de-Calais compte parmi les régions d'Europe les plus densément peuplées (326 habitants/km<sup>2</sup>) avec plus de 4 millions d'habitants (6,5 % de la population française). Sa densité démographique est importante comparée à la moyenne française (101,1 habitants/km<sup>2</sup>). Huit agglomérations ont entre 100 000 et 1 million d'habitants. Le Nord-Pas-de-Calais se situe au sein d'une zone où vivent 100 millions d'habitants dans un rayon de 300 kilomètres.

Peu de variation de population entre 1999 et 2008, + 2,3 % pour le Nord-Pas-de-Calais contre 5,7 % pour la France. Cette tendance semble se poursuivre au regard des projections à 2040 avec une progression de 3,2 % dans la région et de 14,5 % en France.

La région a une population jeune. En 2007, 27,3 % de la population était âgée de moins de 20 ans (25 % en France). L'indice de vieillissement<sup>18</sup> est très faible avec un rapport de 52,8 contre 66,0 en France. Le taux de natalité est supérieur à la moyenne nationale avec 14,5 naissances pour 1000 habitants (12,7 en France), pourtant en baisse de 2,3 % entre 2000 et 2009.

#### Etat de la santé

##### Facteurs socio-économiques

Le niveau de précarité est plus élevé qu'en France. 8,5 % de la population en âge de travailler percevait le Revenu de Solidarité Active (5,1 % en France en 2009), 2,2 % percevait l'Allocation de Parent Isolé (1,3 % en France en 2008), 2,2 % touchait l'Allocation Adulte Handicapé (1,8 % en France en 2009), 1,3 % l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (1 % en France en 2009). 9,60 % des habitants bénéficiait de la Couverture Médicale Universelle Complémentaire (5,70 % en France).

Le taux de chômage s'établit à 12,9 % au 4<sup>ème</sup> trimestre 2010 (9,2 % en France). 19,8 % de la population âgée de 16 ans et plus est sans diplôme (18,3 % en France).

##### Mortalité - Morbidité

La mortalité toutes causes confondues est supérieure de 29,6 % par rapport à la France (indice comparatif de mortalité standardisé), notamment pour la mortalité prématurée (+ 38,5 %).

Les indicateurs sont très supérieurs pour l'alcoolisme (+ 79 %, surtout chez les femmes + 138 %), pour les broncho-pneumopathies chroniques (+ 55 %, surtout chez les hommes + 80 %), pour le diabète sucré (+ 31 % pour les hommes, + 41 % pour les femmes), pour le tabagisme (+ 31 %), pour les maladies cardiovasculaires (+ 26 %) et les cancers (+ 32 % pour les hommes, + 14 % pour les femmes).

<sup>17</sup> Analyse complète : source ATLAS régional et territorial de santé 2011

<sup>18</sup> Rapport des 65 ans et plus sur les moins de 20 ans

Concernant la morbidité, notamment en ce qui concerne les personnes ayant une affection de longue durée, les zones de proximité du Dunkerquois, de Flandre intérieure, du Cambrésis et du Sambre-Avesnois, on constate des incidences pour les cancers particulièrement élevés (430 cas pour 100 000 habitants contre 380 en moyenne régionale).

L'ensemble de ces facteurs impacte fortement l'espérance de vie. Ainsi, au 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'espérance de vie des femmes du Nord-Pas-de-Calais à la naissance atteint 82,2 ans (84,2 ans pour la France), 74,6 ans pour les hommes (77,6 ans en France).

### Santé et environnement

En 2009, la qualité de l'air s'est globalement dégradée sauf pour les agglomérations de Dunkerque et de Calais. L'agglomération de Lille a vu la fréquence d'un mauvais (à très mauvais) niveau progresser de 1,6 %.

Globalement, la qualité bactériologique de l'eau est bonne (voire très bonne). Par contre, concernant la teneur en pesticides des eaux distribuées, l'arrondissement de Montreuil est fortement impacté par des teneurs élevées (non conformes) dans l'eau.

Quant aux intoxications au monoxyde de carbone, beaucoup de cas ont été dénombrés en 2009 dans tout le bassin minier et en Métropole. Le département du Nord est particulièrement touché par les logements insalubres (40 % des logements ayant fait l'objet d'une procédure prévue au code de Santé Publique sur l'arrondissement de Lille).

### Offre de soins

#### Secteur ambulatoire

Au 1<sup>er</sup> janvier 2009, la densité des médecins généralistes dans la région Nord-Pas-de-Calais était proche de la moyenne française (taux de médecins pour 100 000 habitants de 164 contre 165 en France). Par contre, la répartition géographique n'est pas la même sur tous les territoires ; sur les 15 zones de proximité de la région seules 3 zones ont une densité supérieure à la moyenne française (Lille, Flandre intérieure, Arrageois).

Concernant les médecins spécialistes, la densité sur la région est très inférieure avec 141 pour 100 000 habitants contre 174 en France. Seule la zone de proximité de Lille affiche une densité supérieure à la moyenne nationale.

La sous-densité de professionnels de santé est également présente chez les chirurgiens dentistes (46 contre 60). Même constat pour les autres professions de santé, notamment pour les infirmiers (787 contre 802), pour les pharmaciens (111 contre 118). D'autres professions ont une densité supérieure à la moyenne française, notamment les masseurs kinésithérapeutes (115 contre 108) et les orthophonistes (38 contre 30).

#### Secteur hospitalier

En 2009, les établissements de soins de la région disposaient de 14 526 lits de court séjour et 5 312 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR). Le taux d'équipement en lits de court séjour est supérieur à la moyenne nationale (361 contre 353 lits pour 100 000 habitants) ; Par contre, pour le SSR, le taux d'équipement était inférieur (132 contre 158 lits pour 100 000 habitants). Le taux de couverture en hospitalisation à domicile (HAD) est supérieur à la France (19 contre 14 patients pris en charge pour 100 000 hab.). Le taux d'hospitalisation complète en psychiatrie générale est proche de la moyenne française (0,9 lits pour 1000 hab.).

### Secteur médico-social

En 2011, les établissements médico-sociaux de la région proposent 10 983 places d'hébergement et services pour enfants handicapés. Le taux d'équipement est de 10 lits pour 1000 personnes de moins de 20 ans (9,1 ‰ pour la France). 7 935 places sont consacrées aux adultes handicapés, soit un taux d'équipement de 3,7 ‰ (3,7 ‰ en France).

En 2010, les établissements pour personnes âgées implantés peuvent accueillir 37 622 personnes, soit un taux d'équipement de 129 ‰ habitants de 75 ans ou plus.

### Typologie des territoires <sup>19</sup>

#### Typologie « Population et condition de vie »

La zone de la Métropole est considérée comme une zone des villes-centres et périurbaines marquées par de forts contrastes sociaux, regroupant des personnes plutôt favorisées et d'autres présentant une certaine fragilité sociale.

Les zones de proximité de l'Arrageois, de Flandre intérieure et du sud de la Métropole sont classées comme des zones rurales en situation sociodémographique moyenne, mais plutôt socialement favorisées.

Les autres zones de la région sont identifiées comme des zones relativement peuplées, avec une population qui connaît des difficultés au regard de l'activité professionnelle, comprenant de fortes proportions d'allocataires de diverses prestations.

#### Typologie « Offre de soins »

Les grandes agglomérations sont reconnues comme des zones avec des densités de professionnels de soins libéraux élevés, la part des généralistes à honoraires libres la plus importante est proche des établissements de soins.

Les zones de proximité du département du Nord et celles du Pas-de-Calais sont considérées comme plutôt urbanisées, proches des établissements de soins, avec une faible densité d'infirmiers libéraux et une part plus importante de généralistes à honoraires libres.

Les zones de l'Audomarois, du Montreuillois et de l'Arrageois sont classées en zones rurales ou périurbaines, avec des densités réduites de professionnels de santé libéraux et des délais d'accès aux établissements de soins plus longs.

---

<sup>19</sup> Inégalités socio-sanitaires en France – De la région au canton – 2<sup>ème</sup> édition – FNORS 2010

### 3. ORGANISATION ET METHODOLOGIE

#### 3.1. La Commission Régionale de Gestion du Risque et le PPR GDR

Le Décret n°2010-515 du 18 mai, paru au Journal officiel du 20 mai 2010, relatif au PPR GDR précise que :

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

La préparation, le suivi et l'évaluation du PPR GDR sont effectués dans le cadre d'une Commission régionale de GDR présidée par le DGARS et composée du représentant, au niveau régional, de chaque organisme d'Assurance Maladie dont la caisse nationale est membre de l'UNOCAM ainsi que les Directeurs des organismes et services d'Assurance Maladie du ressort de la région et signataires du contrat prévu à l'Art. L1434-14 du code de Santé Publique.

Un représentant des organismes complémentaires d'Assurance Maladie désigné par l'UNOCAM participe aux travaux de la Commission.

La Commission régionale de gestion du risque dispose d'un règlement intérieur approuvé le 26 novembre 2010 :

Tous les documents et travaux conjoints sont partagés par les membres de la Commission régionale de GDR et l'équipe projet ARS/AM sur un espace collaboratif : le Share Point GDR régional.

**DECISION PORTANT REGLEMENT INTERIEUR  
DE LA COMMISSION REGIONALE DE GESTION DU RISQUE**

**Préambule**

Le présent règlement intérieur a pour objet de fixer, dans le cadre des lois et règlements en vigueur, les conditions de fonctionnement de la Commission Régionale de Gestion du Risque de l'Agence Régionale de Santé Nord-Pas-de-Calais (ci-après dénommée « la commission »).

Il est établi en conformité avec l'article L.1434-14 du Code de Santé Publique et le Décret n°2010-515 du 18 mai 2010 relatif au programme de gestion du risque.

**Article 1 - Composition**

Outre le Directeur Général de l'ARS, président, la Commission est composée de 2 collèges :

**Collège des membres de l'ARS Nord-Pas-de-Calais :**

- Directeur de l'offre de soins de l'ARS ;
- Directeur de l'offre médico-sociale de l'ARS ;
- Directeur de la santé publique de l'ARS ;
- Directeur de la stratégie, des études et de l'évaluation de l'ARS ;
- Adjoint du Directeur de la stratégie, des études et de l'évaluation, responsable de la coordination de la Gestion du Risque.

**Collège des membres de l'Assurance Maladie ;**

- Directeur coordonnateur de la gestion du risque,
- Directeur général de la MSA,
- Directeur général du RSI,
- Directeur de la CARMI Nord-Pas-de-Calais.
- Directeurs des 6 CPAM du Nord-Pas-de-Calais.
- Représentant de l'UNOCAM

Les membres titulaires peuvent se faire remplacer en cas d'absence.

### Article 2 - Missions de la Commission de GDR

La Commission Régionale de GDR prépare, assure le suivi et l'évaluation du programme pluriannuel régional de gestion du risque.

La Commission Régionale de GDR donne un avis sur le programme pluriannuel régional de gestion du risque arrêté par le Directeur Général de l'ARS pour une durée de 4 ans.

### Article 3 : Fonctionnement

#### Convocations

Les convocations sont envoyées par courrier électronique au moins 8 jours avant la date de la réunion.

#### Ordres du jour et comptes-rendus

L'ordre du jour est préparé par la responsable de la coordination de la gestion du risque à l'ARS. Il est ensuite déterminé par le Directeur Général de l'ARS en concertation avec le Directeur Coordonnateur de la gestion du risque pour l'Assurance Maladie.

Un compte-rendu est rédigé à l'issue de chaque Commission et envoyé à tous les membres titulaires et remplaçants présents à la réunion.

#### Réunions

La Commission se réunit au minimum une fois par trimestre et autant que de besoin à chaque fois qu'une validation est nécessaire.

#### Secrétariat

Le secrétariat est assuré par la direction de la stratégie, des études et de l'évaluation de l'ARS, (**[dominique.naels@ars.sante.fr](mailto:dominique.naels@ars.sante.fr)**).

#### Questions

Toutes questions ou difficultés rencontrées sont à adresser à la responsable de la coordination GDR à l'ARS (**[martine.hasse@ars.sante.fr](mailto:martine.hasse@ars.sante.fr)**) qui transmettra au Directeur Général de l'ARS et, le cas échéant, au Conseil National de pilotage des ARS.

### 3.2. L'équipe projet

Afin de piloter les 10 thèmes nationaux et les 2 thèmes régionaux complémentaires, des binômes de pilotage mixtes ARS/Assurance Maladie ont été constitués. Ils forment l'équipe projet, qui se réunit environ tous les 3 mois.

Chaque binôme de pilotage a la responsabilité pour son thème, de la mise en œuvre, du suivi des actions prévues en intégrant :

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

Chaque binôme réalise un bilan annuel soumis à validation de la commission régionale de GDR. Celui-ci est intégré à l'avenant annuel en début d'année N +1.

### 3.3. L'avenant annuel

Après l'année N 0 du programme régional de GDR, un avenant annuel sera produit en début d'année N +1. Il sera validé par la Commission Régionale de GDR.

Il comprendra :

- toutes modifications faites sur le document de base et/ou ses annexes,
- la description des éventuels nouveaux thèmes régionaux,
- le bilan annuel du suivi de l'ONDAM

et par thématique :

- le bilan de l'année écoulée,
- les indicateurs de suivi des objectifs.

THEME	ARS	Assurance Maladie
1 Transports sanitaires	Sylvain LEQUEUX DOS	Jean-Michel BALLAND CPAM Roubaix/Tourcoing
2 Insuffisance rénale chronique	Dominique FERNAGUT DSEE	Dr Anne VERFAILLIE ELSM Hainaut
3 Prescription des médicaments et des dispositifs médicaux de la liste en sus	Jean-Marc TRIVIER DOS	Dominique DUCROCQ ELSM Roubaix/Tourcoing
4 Prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville	Didier LAMIRAND DOS	Dr Laurence AMOUYEL DRSM
5 Imagerie médicale	Dr Philippe DALINVAL DSEE	Charles SERRANO Emmanuelle HOAREAU-SAUTIERES CPAM Hainaut
6 Chirurgie ambulatoire	Dr Martine HASSE DSEE Charlotte DENIS DOS	Dr Françoise LEGRAND DRSM
7 Efficience des EHPAD	Frédéric LEYSENS DOMS	Sandrine KHOCHNEVISS MSA 59/62
8 Prescription dans les EHPAD	Dr Emmanuelle CERF DOMS	Bernard QUEHEN CPAM Cote d'Opale
9 Permanence des soins ambulatoires et urgences hospitalières	Isabelle GUILLOTON DOS	Alain MARIAGE CPAM Roubaix/Tourcoing
10 Soins de suite et de réadaptation	Dr Catherine MAERTEN DOS	Carole GRARD CPAM Artois
11 Consommation des antibiotiques (Infections liées aux soins)	Corinne DUPONT DSEE Christian LAHOUTE DSP	Nicole DELOS CPAM Lille Douai
12 Implication des pharmaciens dans le premier recours	Corinne DUPONT DSEE	Sandrine CABOT CPAM Flandres

### Les dix programmes prioritaires de gestion du risque

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

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

- Les transports sanitaires prescrits à l'hôpital
- La prise en charge de l'IRC
- Prescription des médicaments et des dispositifs médicaux de la liste en sus
- Les prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville
- L'imagerie médicale
- La chirurgie ambulatoire
- L'efficacité des EHPAD
- Les prescriptions dans les EHPAD
- La permanence des soins ambulatoires et les urgences hospitalières
- Les soins de suite et de réadaptation

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

Programme	Détail des actions	Eco 2010	Eco 2011
<b>Transports sanitaires (DSS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contractualisation ARS avec les établissements de santé</li> <li>- Expérimentation de plate-forme de transports sanitaires</li> </ul>	90 <sup>20</sup> M€	90M€
<b>Prise en charge IRC (DSS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépistage de l'IRC</li> <li>- Développement de la dialyse péritonéale</li> <li>- Développement des greffes</li> </ul>	30M€	100M€
<b>Prescription des médicaments et des dispositifs médicaux de la liste en sus (DSS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maîtrise des volumes au travers une contractualisation avec les établissements de santé ciblés</li> </ul>	90M€	90M€
<b>Les prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville (UNCAM)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification des prescripteurs hospitaliers</li> <li>- Maîtrise des volumes au travers d'une contractualisation avec les établissements de santé ciblés</li> </ul>	20M€	60M€
<b>Imagerie médicale (UNCAM)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réguler les dépenses d'imagerie conventionnelle</li> <li>- Favoriser un développement soutenable des équipements lourds</li> </ul>	100 M€ <sup>21</sup>	100M€
<b>Chirurgie ambulatoire (DGOS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développement de la chirurgie ambulatoire sur 17 actes marqueurs</li> <li>- Développement des centres de chirurgie ambulatoire exclusive</li> </ul>	30M€	50M€
<b>Efficiences des EHPAD (DSS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer la coordination des PS intervenant en EHPAD</li> <li>- Diffuser les bonnes pratiques</li> <li>- Développer les SI</li> <li>- Construire un dispositif d'évaluation</li> </ul>	<b>Favoriser une organisation et une utilisation des ressources efficiences dans les EHPAD</b>	
<b>Prescription dans les EHPAD (DSS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer une liste préférentielle des médicaments, concertée avec les médecins libéraux ;</li> <li>- Renforcer et diffuser les bonnes pratiques professionnelles en EHPAD</li> </ul>	<b>Maîtriser la dynamique des prescriptions en EHPAD</b>	
<b>Permanence des soins ambulatoires et urgences hospitalières (DGOS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer une permanence des soins accessible et efficiente</li> <li>- Assurer l'articulation entre la PDS ambulatoire et les urgences hospitalières</li> </ul>	<b>Maîtriser la progression des dépenses de PDS ambulatoire et d'urgences hospitalières (&lt; 3 %/an)</b>	
<b>Les soins de suite et de réadaptation (DGOS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en œuvre de la réforme réglementaire SSR, dans un cadre budgétaire contraint</li> <li>- Mise en œuvre d'une politique efficiente et maîtrisée du SSR</li> </ul>	<b>Respecter les enveloppes SSR définies dans l'ONDAM</b>	
<b>TOTAL</b>		<b>360M€</b>	<b>490M€</b>

<sup>20</sup> Ces 90 M€ sont communs avec les économies sur les transports sanitaires des programmes nationaux de l'UNCAM

<sup>21</sup> Dont baisse tarifaire

### 3.3.1. Transports sanitaires <sup>22</sup>

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

#### Contexte national

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

#### Quelques chiffres repères au niveau national :

- 67 millions de transports sont prescrits chaque année (à 37 % par des médecins libéraux et à 63 % par les établissements de santé et médico-sociaux pour 5,1 millions de personnes transportées en 2009 (tous régimes confondus)
- Ces transports sont répartis à 42 % d'ambulances, 23 % de VSL et 31 % de taxis (4 % autres) ce qui représente au niveau national 3 258 millions d'euros de dépenses remboursables, tous régimes pour 2009.
- L'analyse des dépenses de transport montre une augmentation de 7,2 % en valeur pour l'année 2009. s'expliquant à 4,2 % par des hausses tarifaires et 3 % d'évolution en volume

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

#### Le programme "transports" comporte des objectifs de 3 niveaux :

- **Une meilleure connaissance de la prescription hospitalière de transports de malades ;**
- **Une démarche contractuelle de régulation des dépenses ;**
- **Le développement de nouveaux modes d'organisation.**

#### Les objectifs à atteindre se rapportant aux transports des patients sont :

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

<sup>22</sup> Instruction relative à la priorité de gestion du risque pour les transports de patients du 17/12/2010

### Contexte régional

- Les remboursements de transports se sont élevés à 174 millions d'euros en 2010 dans le Nord-Pas-de-Calais, répartis sur 300 000 bénéficiaires.
- La croissance des dépenses atteint 5,7 % par rapport à 2009, marquant une inflexion de la tendance passée (+ 9,2 % en 2009).
- 57 % des bénéficiaires sont atteints d'une ALD. Ils concentrent 79 % des dépenses.
- La part des remboursements de transports en ambulance était de 47 % en 2010. Cette proportion est en hausse constante (45 % en 2005). Les transports assis professionnalisés connaissent une restructuration profonde, avec l'arrivée en 2008 d'une convention nationale taxis. Dans les zones où ce mode de transport était peu développé, la croissance est explosive : + 22 % dans la région en 2010, mais 64 % sur la Côte d'Opale et 45 % en Artois.
- Les établissements sont à l'origine de 54 % des prescriptions de transports. C'est peu au regard de la proportion nationale (63 %) mais c'est une caractéristique régionale que l'on retrouve pour la plupart des prestations : les omnipraticiens du Nord-Pas-de-Calais assurent une prise en charge plus globale des prescriptions de leurs patients.
- L'offre est inégalement répartie sur le territoire, tant globalement qu'en structure. La Métropole est plutôt sous équipée, particulièrement en transports assis. Dans le Pas-de-Calais l'offre est plus abondante. La densité de VSL par habitant, standardisée sur l'âge, l'ALD et les distances moyennes parcourues, est inférieure à 9 véhicules pour 100 000 habitants dans la Métropole tandis qu'elle atteint 37 en Artois.

### Diagnostic régional

- Le niveau de dépenses de transports par habitant est faible dans la région, mais c'est essentiellement en raison de la densité élevée de l'offre médicale et hospitalière, qui permet des trajets plus courts que la moyenne nationale. L'évolution rapide du poste (+ 40 % de 2004 à 2009) et sa structure particulière par modes de transports (part importante et croissante de l'ambulance) en font un enjeu important de régulation des dépenses.
- Les disparités intra régionale sont fortes tant sur la structure des transports remboursés que sur le taux de recours à cette prestation. Ainsi la part des transports en ambulance atteint 60 % dans la Métropole, quand elle ne dépasse pas 40 % pour la Côte d'Opale. Inversement, 8 % des bénéficiaires du Littoral consomment des transports, contre seulement 6 % en Métropole.
- Dans la Métropole, la pénurie d'offre de transports assis peut être en rapport avec la faible rémunération du VSL lorsque la distance parcourue est faible. Le transport partagé permet de mieux rémunérer le prestataire tout en modérant les remboursements. Son développement permet une économie directe sur le coût de la prestation, mais aussi indirectement en libérant une ressource peu abondante que l'ambulance, trois fois plus coûteuse, risque de compenser.
- Dans les hôpitaux, la moitié des prescriptions est concentrée sur 1 à 2 % de patients chroniques (en néphrologie principalement), pour lesquels le choix du mode de transport le mieux adapté ainsi que son organisation s'avère crucial. Cette concentration extrême, quelques dizaines de patients par service, laisse entrevoir des modes d'organisation moins complexes que dans les services où les soins sont en majorité non programmés et les patients très nombreux.

### 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 transports prescrits à l'hôpital ».

#### 3.3.2. Insuffisance rénale chronique <sup>23</sup>

Le programme vise à améliorer les pratiques en matière de prévention et de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) via

- la diffusion des recommandations nationales existantes,
- l'amélioration des organisations de prise en charge (notamment freins organisationnels au développement de la dialyse hors centre, particulièrement la dialyse péritonéale),
- le développement de la greffe rénale.

#### Contexte national :

L'IRC est une maladie progressive et longtemps silencieuse dont l'évolution peut être freinée, voire stoppée, par un traitement médical. 1,8 à 3 millions de personnes en France ont une IRC non terminale et 68 000 une IRC terminale (dont 55 % traités en dialyse et 45 % ayant un greffon rénal). L'hypertension artérielle et le diabète sont les principales causes d'insuffisance rénale terminale, responsables à eux seuls de 47 % des nouveaux cas. Les experts estiment que 10 % des IRC terminales pourraient être évitées et que 30 % d'entre-elles pourraient être retardées de nombreuses années sous réserve d'une détection précoce et d'une prise en charge adaptée. Le coût de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale (4 milliards d'euros en 2007) devrait atteindre 5 milliards d'euros en 2025.

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

La similarité des profils des malades (âge, comorbidités) en DP assistée et en HD en centre laisse penser qu'un nombre non négligeable de malades débutant par une HD en centre pourrait être redistribués vers la DP assistée. Le développement de la DPA autonome et de l'autodialyse peut être envisagé dans les régions en pénurie d'organe.

---

<sup>23</sup> Instruction relative à la priorité de gestion du risque IRCT du 17/12/2010

La greffe rénale est le traitement le plus « coût-efficace » de l'IRCT, et le plus favorable en quantité et en qualité de vie. Une greffe rénale supplémentaire épargne environ 15 années de dialyse. Aucune filière de soin ne présente des possibilités de maîtrise des risques aussi importantes car la pénurie d'organes n'est pas une fatalité. Les moyens investis dans le prélèvement ces dix dernières années ont permis de passer de 1 882 greffes rénales en 1998 à près de 2 937 en 2008. En 2009, le nombre de greffes rénales est en déclin sensible (2 826 contre 2 937 en 2008), tout comme le don d'organes, et les durées d'attente continuent à s'allonger. Le nombre de patients en attente d'un rein augmente de 5 % par an. Les leviers de lutte contre la pénurie sont connus : recours à de nouveaux types de greffons, prélevés sur des donneurs vivants et sur des donneurs décédés suite à un arrêt cardiaque; diminution du taux de refus de don (30 % en France contre 15 % en Espagne). Par ailleurs, les indicateurs d'activité de transplantation rénale montrent une grande diversité des pratiques d'une région à l'autre (rapport REIN 2008). 50 % des malades dialysés de moins de 60 ans ne sont pas inscrits ou en cours d'inscription 15 mois après la mise en dialyse.

### Contexte régional

En 2009, l'incidence (nouveaux cas) de l'insuffisance rénale chronique a progressé de 1 % (soit 724 nouveaux cas). Avec un taux standardisé à 202 cas par million d'habitants, la moyenne régionale est supérieure de 34 % à la moyenne française (150 pmh). L'âge moyen des personnes traitées est de 66,5 ans. Le traitement principal de l'insuffisance rénale est la dialyse ; peu de greffes préemptives sont réalisées (1,4 %). La dialyse péritonéale est en hausse de 13%.

Le premier facteur d'incidence pour la région est le diabète (30%, dont 1/3 a plus de 75 ans) puis les néphropathies hypertensives (16 %), avec toutefois un taux nettement moins élevé qu'en France (23 %). A noter que l'âge médian des malades non diabétiques a augmenté de 2,5 années entre 2004 et 2008 ce qui pourrait indiquer que les mesures de prévention semblent parvenir à ralentir la progression de la maladie.

En 2009, 4 377 personnes étaient atteintes d'une insuffisance rénale chronique terminale dans la région ; le taux standardisé est de 1 184 cas par million d'habitants, soit 7 % de plus qu'en France. 62 % des patients sont traités par hémodialyse, 33 % par transplantation et 5 % par dialyse péritonéale. Par rapport à la France cette répartition est très différente car la part d'hémodialyse est de 50 %, celle de la transplantation de 46 % et 4 % de dialyse péritonéale. Ceci se traduit pour la région par un écart de 37 % de prise en charge par dialyse par rapport à la France. La moyenne du traitement par dialyse est de 3 ans. 1 463 patients portent un greffon fonctionnel, leur âge moyen est de 50 ans (53 ans en France).

Parmi les personnes traitées par hémodialyse, 57 % l'étaient en centre (64 % en France), 35 % en autodialyse (22 % en France), 7 % en unité de dialyse médicalisée (13 % en France) et 1 % à domicile (1 % en France).

Les patients en hémodialyse utilisent l'ambulance pour 21,7 % en région (17,2 % en France), le VSL ou taxi pour 72,6 % (74,6 % en France) et un autre mode de transport pour 5,7 % en région (8,2 % en France).

Au 1<sup>er</sup> janvier 2009, 65 néphrologues exerçaient dans la région Nord-Pas-de-Calais dont 31,9 % de femmes.

18 exerçaient en cabinet, 44 dans un établissement de santé public, 2 dans un hôpital privé PSPH non lucratif et 1 dans un hôpital privé PSPH à but lucratif. La densité de néphrologues est de 1,8 pour 100 000 habitants, inférieure à celle de la France métropolitaine (2,1).

Le diagnostic réalisé montre que les points forts de la prise en charge sont le réseau Néphronor, un maillage des implantations des centres bien réparti, plus d'autodialyses qu'en France, l'existence de la procédure des assistants partagés et chefs des cliniques en région entre le CHRU et les centres hospitaliers, un développement important des prélèvements d'organes. Les points faibles sont également recensés : une démographie médicale inférieure au niveau France (néphrologues mais aussi infirmières spécialisées), des difficultés à augmenter le nombre de transplantations, la comorbidité importante avec le diabète, des inégalités de prise en charge en dialyse péritonéale entre les différents centres de la région.

Les éléments de blocage organisationnels et/ou financiers de l'IRCT ainsi que les leviers identifiés pour améliorer la prise en charge ont été explorés. Les axes d'amélioration proposés sont de mieux valoriser les modalités de prise en charge autres que l'hémodialyse en centre, d'agir sur la comorbidité avec le diabète par la promotion du dépistage précoce, de promouvoir la greffe rénale et de contrôler l'utilisation des dépenses fléchées pour la greffe, d'alléger le cadre réglementaire de l'éducation thérapeutique dans ce domaine et enfin de promouvoir les consultations avancées dans les lieux de proximité (MSP, centres de santé).

### 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 patients traités par dialyse péritonéale sur patients dialysés ».

#### 3.3.3. Prescription des médicaments et des dispositifs médicaux de la liste en sus <sup>24</sup>

La régulation des dépenses de santé de la liste en sus a pour objectif de

- 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 référentiels de bon usage (RBU).

### Contexte national

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, ces dépenses pour 2009 se sont élevées à plus de 4 Md€ (toutes catégories d'établissements confondues) dont environ 2,5 Md€ pour les médicaments et 1,5 Md€ 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.

<sup>24</sup> Instruction relative à la mise en œuvre des dispositions relatives à la maîtrise des produits de santé de la liste en sus du 12/11/2010

En 2010, cette progression devrait certes mécaniquement s'avérer moindre, en moyenne, du fait de la réintégration de certains produits de santé dans les GHS<sup>25</sup> (qui représente un peu plus de 5 % des dépenses de médicaments en sus) et de l'atténuation des effets de retard de transmission des fichiers de produits facturés en sus par les établissements. Néanmoins en terme économique, ces phénomènes n'ont pas le même effet atténuateur, puisque la réintégration dans les GHS de certains produits a conduit à une augmentation des tarifs des GHS en contrepartie. Ainsi, il reste toujours essentiel d'agir sur la maîtrise des dépenses de produits de santé en sus et ce d'autant que de nombreux établissements connaissent encore une forte croissance de dépenses. En outre, le plan Cancer 2009-2013 prévoit (mesure 21) « de garantir un égal accès au traitement et aux innovations », ce qui implique une utilisation des molécules anticancéreuses conforme aux référentiels de bon usage (RBU). Pour l'application de cette mesure, l'Inca, dans son rapport relatif à la situation de la chimiothérapie des cancers en 2009(annexe 4), propose des modalités de mise en œuvre du contrôle du respect des référentiels.

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

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

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

### Les objectifs du programme sont donc :

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

---

<sup>25</sup> Groupe homogène de soins

### Contexte régional

La progression globale des dépenses d'Assurance Maladie au titre des produits de santé financés en sus des prestations d'hospitalisation du Nord-Pas-de-Calais est inférieure à la moyenne nationale pour 2009. En effet, les dépenses « T2A accordées des produits de santé hors GHS » qui se situent aux alentours de **249,1 millions d'euros** ont progressé en moyenne de **+ 2,6 % en 2009** par rapport à 2008 (molécules onéreuses  $\approx$  156,8 M€ + 2,5 % et DMI  $\approx$  92,3 M€ + 2,8 %). On note des différences cependant selon les catégories d'établissement :

- + 8,5 % en moyenne pour les établissements publics : + 8,0 % pour les molécules onéreuses et + 9,7 % pour les DMI
- + 5,4 % en moyenne pour les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) ex-PSPH : + 4,3 % pour les molécules onéreuses et + 7,5 % pour les DMI
- - 5,1 % en moyenne pour les établissements privés à but lucratif (ex-OQN) : - 6,6 % pour les molécules onéreuses et - 3,4 % pour les DMI

Les dépenses régionales représentent environ 6,2 % des dépenses totales nationales de produits de santé hors GHS (4 Md€). A l'instar des constatations nationales, les DMI ont également un taux de progression supérieur à celui des médicaments dans la région et ce quelque soient les catégories d'établissement.

**En 2010**, les dépenses « T2A accordées des produits de santé hors GHS » qui se situent aux alentours de **261,7 millions d'euros** ont progressé en moyenne de **+ 5,05 %** par rapport à 2009<sup>26</sup> (molécules onéreuses  $\approx$  167,4 M€ + 6,8 % et DMI  $\approx$  94,3 M€ + 2,2 %). Comme en 2009, on note aussi des différences selon les catégories d'établissement :

- + 11,4 % en moyenne pour les établissements publics : + 13,8 % pour les molécules onéreuses et + 5,9 % pour les DMI
- + 3,5 % en moyenne pour les établissements privés d'intérêt collectif/ex-PSPH : + 1,6 % pour les molécules onéreuses et + 7,0 % pour les DMI
- - 2,3 % en moyenne pour les établissements privés à but lucratif (ex-OQN) : - 2,34 % pour les molécules onéreuses et - 2,25 % pour les DMI

Les dépenses régionales représentent toujours environ 6,2 % des dépenses totales nationales de produits de santé hors GHS (4,2 Md€). Les DMI ont toujours un taux de progression supérieur à celui des médicaments pour les ESPIC et dans une moindre mesure pour les ex-OQN. Par contre cette tendance semble s'inverser pour les établissements publics où l'on observe une croissance nettement supérieure à 2009 des spécialités hors GHS (+ 13,8 % versus + 8,0 %) par rapport aux DMI hors GHS du fait notamment de l'explosion des prescriptions de certaines spécialités :

- TYSABRI® dans le traitement de la sclérose en plaques par exemple dont la prescription est quasiment corrélée avec les établissements membres du réseau G-SEP de la région

<sup>26</sup> Il est à noter que les données utilisées par le pôle « Produits de Santé, Techniques Médicales et Qualité des Soins » et confirmées par l'OMÉDIT dans SNATIH pour le suivi des établissements ont été extraites de l'e-pmsi et sont sensiblement inférieures aux données qui figurent dans le tableau A2 « Remboursement relatifs aux établissements de santé » de l'Etat Financier Nord-Pas-de-Calais 2009-2010 avec une variation totale régionale retrouvée au niveau du pôle de + 5,05 % par rapport à 2009 contre + 6,89 % et des consommations de produits de santé hors GHS plus importantes d'environ 6 millions d'euros pour les établissements ex-OQN et d'environ 2 millions d'euros pour les établissements ex-DGF dans le tableau fourni par la DSEE ? La provenance de ces dépenses (e-pmsi ou Assurance Maladie) ainsi que la nature des dépenses prises en compte (« T2A au tarif de responsabilité » ou « T2A accordées ») mériteraient d'être précisées.

- VIDAZA® dans le traitement des syndromes myélodysplasiques et de la LAM (leucémie aiguë myéloblastique) qui a été sous ATU (autorisation temporaire d'utilisation) jusqu'en septembre 2009 (financement MIGAC)

Parallèlement dans les établissements publics, les DMI hors GHS augmentent mais moins fortement qu'en 2009 (+ 5,9 % versus + 9,7 %) mais si l'on exclue le CHRU de Lille en baisse (- 5,8 %), les centres hospitaliers généraux augmentent fortement leurs dépenses de DMI (+ 20,6 %) du fait notamment de l'autorisation de pose de défibrillateurs qui a été donnée à 3 nouveaux CH de la région en 2010 par l'ARH.

La baisse notamment des dépenses de molécules onéreuses sur les ex-OQN en 2010 dont les plus grosses structures ont une activité de cancérologie s'explique notamment par la réintégration des 5 anticancéreux génériques dans les GHS en mars 2010. Ceci est objectivé par la baisse sensible (- 7,5 %) des dépenses d'anticancéreux hors GHS du Centre Régional de Lutte Contre le Cancer par rapport à 2009, ce qui explique également la hausse moindre des ESPIC en 2010 par rapport à 2009.

Il est à noter enfin que les contrôles effectués tant sur place que sur pièces pour 2009 et 2010 dans 13 des 87 établissements ayant signé un contrat de bon usage des médicaments, produits et prestations (CBUMPP) avec l'ARH et l'Assurance Maladie n'ont pas mis en évidence des pratiques de prescriptions déviantes par rapport au respect du bon usage des anticancéreux et des endoprothèses dits « stents » coronaires ciblés lors de ces contrôles.

### 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.

Deux indicateurs de résultat 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

Trois indicateurs de suivi ont été choisis pour 2011 :

- Taux d'établissements ciblés ayant fait l'objet d'un contrôle
- Nombre d'établissements ayant fait l'objet d'un suivi préventif dont les échéances sont septembre pour M6-N et décembre pour M9-N.  
Cet indicateur était de 16 en 2009 et 34 en 2010 pour la région.
- Nombre d'établissements dépassant le taux annuel fixé dont l'échéance est mars N+1 pour M12-N.  
Cet indicateur était de 15 en 2009 (taux à 10 %) et de 22 en 2010 (taux à 8 %) pour la région.

### 3.3.4. Prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville <sup>27</sup>

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

#### Contexte national

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

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

Il s'agit des prescriptions effectuées par des médecins hospitaliers pour les malades non hospitalisés, (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.

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

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

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

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

---

<sup>27</sup> Instruction relative à la mise en œuvre des prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville du 08/04/2011

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

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

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

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

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

### Contexte régional

Les prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville correspondent aux médicaments délivrés par les officines de ville ou les pharmacies hospitalières et remboursés individuellement par les caisses d'Assurance Maladie pour des malades ambulatoires ou en sortie d'hospitalisation d'établissements ex dotation globale.

### Données de synthèse et enjeux financiers

En 2010, dans la région Nord-Pas-de-Calais, ces prescriptions (PHMEV) se sont élevées à 238 349 927 euros<sup>28</sup>, en progression de 15,25 % par rapport à l'année 2009. Hors rétrocessions, elles représentent environ 13,05 % des dépenses de médicaments délivrées par les officines de ville en 2010 contre 11,64 % en 2009<sup>29</sup>.

<sup>28</sup> Part obligatoire versée par les CPAM ou les caisses complémentaires (Sections locales mutualistes)

<sup>29</sup> D'après le document "Etat financier Nord-Pas-de-Calais" réalisé par l'ARS.

La part des médicaments délivrés dans les officines de ville représentent plus de 70% des PHMEV, mais progresse moins vite (+ 13,14 %<sup>30</sup>) que les médicaments en rétrocession hospitalière (+ 20,61 %).

Les médicaments en rétrocession sont délivrés en quasi exclusivité par les établissements publics (96 % environ) et principalement par le CHRU (45,31 %), puis les CH de Tourcoing, (7,16 %) Valenciennes (6,41 %), Roubaix (5 %) et Lens (4,95 %).

Hors rétrocessions, les PHMEV se répartissent en 2010 entre

- ☞ Les établissements publics MCO : 82,82 %
- ☞ Les ESPIC (ex PSHP) MCO : 14,27 %
- ☞ Les établissements publics psychiatriques : 2,64 %

20 établissements ont un montant de remboursements prescrits supérieur à 1 million d'euros et leurs prescriptions représentent près de 87 % du montant remboursé total dont 30 % concernent le CHRU de Lille. Ils ont tous un taux d'évolution > à 6 % (seuil de ciblage fixé pour 2011)

Par comparaison à d'autres dépenses, les PHMEV représentent un enjeu financier assez important comme le montre le tableau suivant :

Dépenses 2010	PHMEV		Hospitalisation
	Officines	Rétrocession	Molécules hors GHS
Public MCO	138 994 705	67 947 867	93 670 496
EPIC	23 944 198	2 391 278	22 093 520
Région	162 938 903	70 339 145	115 764 015

<sup>30</sup> La région Nord-Pas-de-Calais fait partie de celles qui enregistrent les plus forts taux de progression de ces dépenses (3<sup>ème</sup> après la Bourgogne et la Guadeloupe et un pour un taux national de 9,80 % sur les 9 premiers mois).

### Analyse des médicaments prescrits (hors rétrocession) par classes thérapeutiques

L'ensemble des prescriptions étant regroupé par la CNAMTS dans 45 « classes thérapeutiques » (regroupement de classes CEPS<sup>31</sup>), 14 classes représentent plus de 80 % des dépenses de ce thème (hors rétrocession) et 75 % de la progression 2009/2010.

Si la plupart de ces classes concerne des pathologies lourdes et suit l'évolution des dépenses hospitalières comme la cancérologie, les suites de greffes, le traitement des maladies auto-immunes, du VIH, des hépatites par exemple, un certain nombre, dont l'évolution paraît importante, peuvent néanmoins faire l'objet d'une réflexion : antiasthmatiques (+ 19 %) produits de radiologie (+ 18 %), la prise en charge de la DMLA<sup>32</sup> (+ 30 %) ou les antihémorragiques (+ 60 %).

Les médicaments de pathologies chroniques (10 classes thérapeutiques sur 45) faisant l'objet d'actions au titre de la maîtrise médicalisée développées par l'Assurance Maladie, représentent seulement 13 % environ de l'ensemble des dépenses de PHMEV de la région et contribuent seulement à hauteur de 1,25 points à la hausse des dépenses qui se situe à 13,14 %.

### Analyse des forts prescripteurs de PHMEV

Dans les prescripteurs, on retrouve des établissements très différents en taille et en spécificité, par ex : le CHRU de Lille, les Centres hospitaliers pivots de secteur dont celui de TOURCOING spécialisé dans la lutte contre le VIH et les maladies parasitaires, mais également le GHICL de Lille<sup>33</sup> ou le Centre Oscar Lambret (lutte contre le cancer).

Conformément à l'instruction du CNP du 8 avril 2011 ne retenant que les établissements publics pour 2011, les travaux de ciblage<sup>34</sup> ont permis de dégager une liste de 12 établissements publics forts prescripteurs de PHMEV, réalisant plus de 80 % des dépenses de 2010 et des progressions 2009/2010. Pour ces établissements, la progression des dépenses est en moyenne de 12,71 % (allant de + 7,70 % à + 25,95 %).

Si en 2011 la PHMEV ne concerne que les médicaments d'officine, son extension à la rétrocession, aux dispositifs médicaux et à l'ensemble des établissements de soins risque de modifier quelque peu ce paysage.

### 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 ».

<sup>31</sup> Comité économique pour les produits de santé

<sup>32</sup> Dégénérescence maculaire liée à l'âge

<sup>33</sup> Etablissement géré par la faculté catholique de Lille, seule université française privée disposant d'une faculté de médecine et de pharmacie.

<sup>34</sup> Tenant compte du volume des prescriptions, de leurs progressions mais aussi de particularité d'évolution de certaines classes thérapeutiques et des médicaments des pathologies chroniques pour lesquels un discours sur le bon usage peut être un élément important dans le dialogue avec les établissements

### 3.3.5. Imagerie médicale <sup>35</sup>

#### Contexte national

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 (GDR) pour les années 2010-2013.

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

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

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

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

En effet, le développement soutenable de l'offre en équipements IRM passe notamment par la réalisation d'une fraction des actes de remnographie sur des appareils plus 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

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

<sup>35</sup> Instruction relative à la priorité de gestion du risque en Imagerie médicale du 27/04/2010

Ce plan d'accompagnement consiste à :

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

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

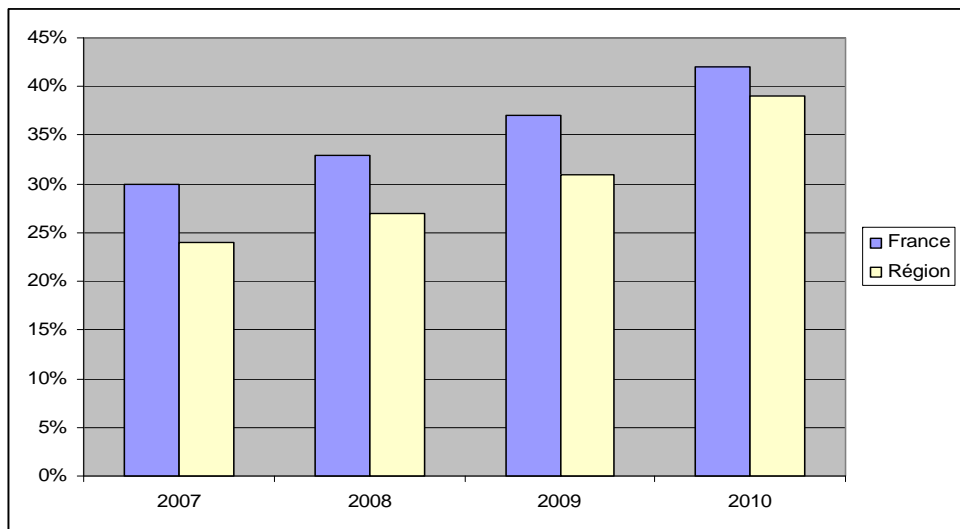
### Contexte régional

Les dépenses de radiologie et d'imagerie médicale en coupe (forfaits scanner et IRM) ont représenté, pour l'année 2010, un montant de dépenses de près de 2 milliards d'euros pour la France métropolitaine (4,1 milliards en incluant les dépenses CCAM) et plus de 135 millions d'euros pour la région Nord-Pas-de-Calais.

Elles composent 31,21 % des dépenses d'honoraires techniques de soins de ville observées en région dans le cadre de l'Ondam 2010.

La part de l'imagerie en coupe dans les dépenses totales de radiologie ne cesse d'augmenter. Elle passe en effet, de 24 % en 2007 à 39 % en 2010. Cette augmentation illustre le recours de plus en plus fréquent à des techniques de pointe dans la stratégie thérapeutique ainsi qu'une amélioration de l'offre de soins. On peut également noter que le différentiel enregistré entre la France et la région tend à se réduire (- 6 points en 2007 ; - 3 points en 2010).

<b>Part de l'imagerie en coupe</b>	<b>France</b>	<b>Région</b>
▪ 2007	30 %	24 %
▪ 2008	33 %	27 %
▪ 2009	37 %	31 %
▪ 2010	42 %	39 %



Si l'on constate un glissement progressif des actes de radiologie conventionnelle au profit des examens par scanner et IRM, on peut cependant noter que les dépenses globales consacrées à ces moyens de diagnostic enregistrent une hausse continue tant en France qu'en région, bien que ces dernières années aient été marquées par une diminution sensible des tarifs (modification des règles de facturation, suppression de l'archivage numérique ...).

De fait, les différentes études menées démontrent une trop faible substitution de l'imagerie conventionnelle par des moyens de diagnostic spécialisés et la réalisation d'actes non indiqués ou redondants.

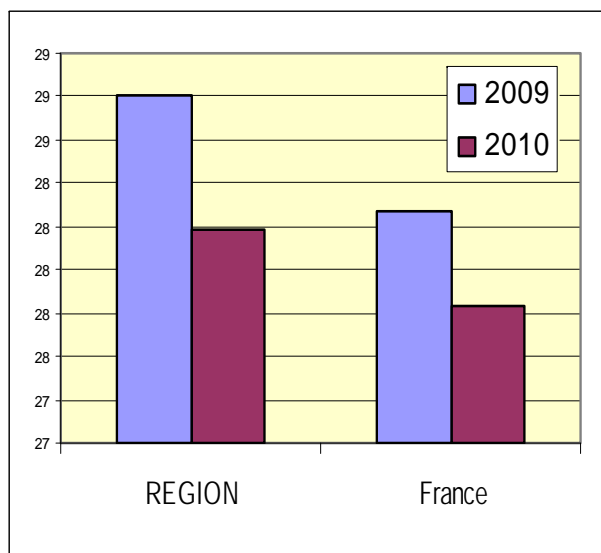
**Évolution des actes d'imagerie (radiologie conventionnelle + forfaits scanner et IRM)**

	France	Région
2008/2007	1,93 %	0,88%
2009/2008	3,49%	2,78%
2010/2009	2,05%	3,55%
2010/2007	7,64%	7,36%

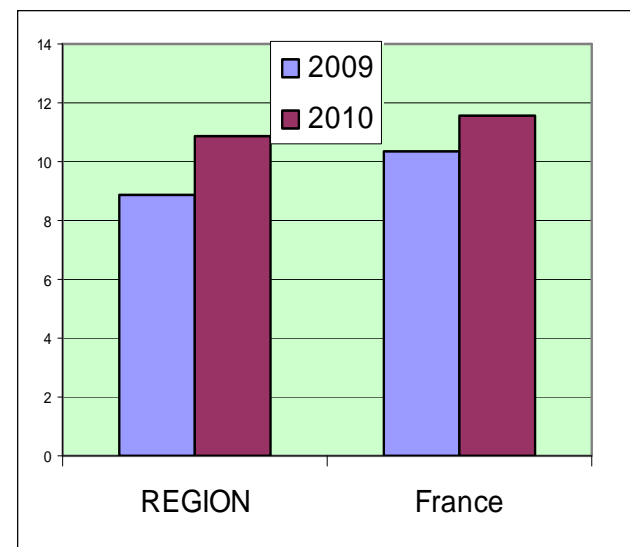
La consommation unitaire globale régionale (dépenses remboursées par bénéficiaire consommant) reste inférieure à celle de la France métropolitaine. Cet écart tend à se réduire en 2010 mais la particularité régionale réside dans une consommation privilégiée d'actes de radiologie conventionnelle au détriment de l'imagerie en coupe.

	CONSOMMATION UNITAIRE radiologie		CONSOMMATION UNITAIRE imagerie		Totale	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010
REGION	28,80	28,19	8,91	10,86	37,71	39,05
France	28,27	27,83	10,37	11,59	38,64	39,42
Ecart région/France	0,53	0,36	-1,46	-0,73	-0,93	-0,37

Radiologie



Imagerie en coupe



### Évolution du parc d'IRM

Le nombre d'IRM autorisées dans la région Nord-Pas-de-Calais est passé de 30 à 54 au cours du SROS de troisième génération (2006-2011), soit une augmentation de 80 % en cinq ans.

Il n'y a pas encore eu de diversification du parc d'IRM. La grande majorité des machines sont en effet des IRM fermées à 1,5 Tesla. Il n'existe pas dans la région d'IRM à champ ouvert permettant d'accueillir les personnes obèses, handicapées ou claustrophobes, ni d'IRM dédiées pour les examens segmentaires des membres.

Le tableau suivant montre la répartition des équipements autorisés par territoire de santé et par zone de proximité. Il intègre les équipements autorisés par l'ARH en mars 2007 et en juin 2009. Il n'y a pas eu de nouvelle autorisation depuis deux ans.

IRM	Population 2009	IRM autorisées mars 2007	Ratios 2007	IRM autorisées juin 2009	Ratios 2009
ARTOIS DOUAISIS	1 126 598	10	8,9	15	13,3
HAINAUT CAMBRESIS	753 251	7	9,3	10	13,3
LITTORAL	809 174	7	8,7	11	13,6
METROPOLE	1 331 963	13	9,8	18	13,5
<b>NORD-PAS-DE-CALAIS</b>	<b>4 020 986</b>	<b>37</b>	<b>9,2</b>	<b>54</b>	<b>13,4</b>

Les ratios correspondent aux nombres de machines pour 1 million d'habitants

On observera que les ratios (en nombre d'IRM par million d'habitants), sont homogènes entre les quatre territoires de santé.

Les tableaux suivants reprennent les données régionales en termes d'activité (nombre d'actes d'IRM produits pour 100 000 habitants, nombre d'actes IRM globaux par territoire de santé, et nombre moyen d'actes par IRM), ainsi que les délais moyens en externe (source : enquête régionale ARS)

Actes/100000 habitants <sup>36</sup>	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Région	3155	3910	4263	4704	5184	5482

Actes globaux	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Région	126 081	150 358	171 715	189 092	208 398	220 352

Actes moyens/IRM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Région	5253	5833	5921	6520	6512	5799

Délais en externe (en jours)	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Région	25,75	31,1	29,16	28,23	31,62	29,95

On note l'absence d'amélioration des délais d'attente malgré la progression du nombre d'équipements.

L'ensemble de ces constats illustre la nécessité et la pertinence du programme inscrit au plan régional de gestion du risque dans ses deux axes :

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

**Axe 2 : éviter la réalisation d'actes d'imagerie conventionnelle non indiqués ou redondants**

### 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 de réalisation des économies attendues sur les actes inutiles ».

<sup>36</sup> Il s'agit du ratio du nombre d'actes produits dans le territoire sur la population du territoire.

### 3.3.6. Chirurgie ambulatoire<sup>37</sup>

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.

#### Contexte national

La chirurgie ambulatoire, hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit, est une priorité nationale et constitue un levier majeur d'amélioration et de structuration de l'offre de soins. Elle s'inscrit dans les enjeux organisationnels des SROS-PRS (2011-2016) en tant qu'alternative à l'hospitalisation complète.

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

Les politiques mises en œuvre depuis 2003 (SROS 3, politique d'incitation tarifaire, mise sous accord préalable de la CNAMTS, outils d'analyses et organisationnels de la MEAH<sup>38</sup>), ont certes, abouti à des résultats encourageants. Toutefois, la chirurgie ambulatoire continue d'accuser un retard en France par rapport aux autres pays de l'OCDE, et l'on observe d'importantes disparités entre les secteurs, les régions et selon les gestes.

#### Les objectifs du programme au niveau régional sont donc :

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

<sup>37</sup> Instruction relative à la priorité de gestion du risque relative à la chirurgie ambulatoire du 27/12/2010

<sup>38</sup> Mission nationale d'expertises et d'audits hospitaliers

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.

### Contexte régional <sup>39</sup>

#### ▪ Equipements

Au 1<sup>er</sup> octobre 2011, 60 établissements ex DG, ex OQN et ESPIC disposent de services et plateaux techniques pour pratiquer la chirurgie en hospitalisation complète.

61 ont des autorisations de chirurgie ambulatoire : 1 établissement est un centre autonome de chirurgie ambulatoire (la clinique des 7 vallées)

	Hospitalisation Complète	Chirurgie Ambulatoire
Métropole	19	19
Hainaut	14	14
Artois	15	15
Littoral	12	13
	<b>60</b>	<b>61</b>

#### ▪ Recours à la chirurgie

- La population française a un recours à la chirurgie de 79,6 ‰, pour 84,3 ‰ en région Nord-Pas-de-Calais.

C'est le territoire Hainaut-Cambrésis qui a le recours le plus important avec 88,9 ‰.

<sup>39</sup> Sources ATIH/PMSI 2009

- En ce qui concerne la chirurgie ambulatoire, les français ont un recours de 28,8 ‰, pour 30,9 ‰ en Nord-Pas-de-Calais.

Ce sont les personnes de plus de 75 ans qui ont le plus recours à la chirurgie ambulatoire

. France entière : 68,2 ‰

. Nord-Pas-de-Calais : 64,1 ‰

suivies de près par les moins de 3 ans

. France entière : 39,4 ‰.

. Nord-Pas-de-Calais : 59,5 ‰.

### ▪ Taux de chirurgie ambulatoire

(nombre de séjours en chirurgie réalisés en 0 jour sur le total des séjours de chirurgie)

. France entière : 36,2 %

. Nord-Pas-de-Calais : 37,3 %

C'est le territoire Artois-Douais qui se distingue avec le taux le plus important de 40,43 %

Les établissements ex-OQN ont des taux de chirurgie ambulatoire plus important, 45,93 %, que les établissements ex-DG à 25,9 % pour un taux national de 36,2 %.

Le mode de sortie d'un séjour en chirurgie ambulatoire dans la région est le domicile pour 99,76 %.

Peu de fuites sont constatées dans la région Nord-Pas-de-Calais, tant pour la chirurgie complète 1,9 % que pour la chirurgie ambulatoire 1,3 %.

Le CHU d'Amiens est destinataire pour 15,7 % des fuites de la région Nord-Pas-de-Calais (40,2 % de patients viennent du Littoral, 49 % de l'Artois-Douais)

C'est la pathologie ophtalmologie qui arrive en tête des motifs de ces fuites hors région, 1181 GHM.

### ▪ La mise sous accord préalable (MSAP)

La MSAP de la prise en charge en chirurgie ambulatoire prévue à l'article L. 162-1-17 du code de la Sécurité Sociale a été initiée en 2008 par l'Assurance Maladie, elle concernait alors 5 gestes marqueurs (cataracte, extraction dentaire, arthroscopie du genou, chirurgie des varices, adénoïdectomie).

En 2009, ce sont 12 gestes de plus qui ont été intégrés à la procédure, portant à 17 le total des gestes marqueurs.

(+ chirurgie anale, chirurgie canal carpien, chirurgie de la conjonctive, chirurgie de la maladie de Dupuytren, chirurgie des bourses, chirurgie des hernies inguinales, chirurgie du sein, chirurgie réparatrice des ligaments et tendons, strabisme, chirurgie utérus vulve vagin, coelioscopie gynécologique, exérèses de kystes synoviaux).

En 2009 le taux de chirurgie ambulatoire pour les 17 gestes était de 76,24 %, il est passé à 81 % en 2010.

Les gestes ayant eu la plus forte progression ont été faits pour la chirurgie des hernies inguinales, passant de 15 % en 2009 à 38 % en 2010 et la chirurgie des varices qui est passée de 54 % en 2009 à 74 % en 2010.

En raison des effectifs importants de ces deux derniers actes, le taux régional a progressé.

### ▪ Diagnostic

Les professionnels de la chirurgie ambulatoire ont relevé des points forts dans la région : des équipes motivées, une compliance et une bonne adhésion des établissements aux recommandations, la démarche ambulatoire comme un levier à la mise en œuvre de la qualité puisque c'est une chirurgie zéro défaut, une prise en charge de la douleur mieux appréhendée, un exercice innovant pour la pratique chirurgicale, une réponse à l'accès aux soins de proximité et à l'accompagnement des problèmes sociaux dans une région défavorisée (retour précoce à domicile).

Ils ont noté également des points faibles : un manque d'information des professionnels sur la chirurgie ambulatoire, une démographie médicale déficitaire, un manque de mobilité des praticiens, la structuration des établissements en service et pas encore en pôle.

Le frein le plus important signalé, c'est la tarification.

Des actions régionales vont être menées, elles permettront de poursuivre la dynamique régionale de développement de la chirurgie ambulatoire.

L'objectif étant à l'avenir de développer la chirurgie ambulatoire dans son ensemble

## 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 de pratique de la chirurgie ambulatoire (17 gestes marqueurs) ».

### 3.3.7. EHPAD, 2 programmes : Efficience et Prescription <sup>40</sup>

#### Contexte national

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

<sup>40</sup> Instruction relative à la priorité de gestion du risque dans les EHPAD du 22/10/2010

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

La gestion du risque en EHPAD est l'une des 10 priorités nationales : deux programmes sont déclinés en plan d'actions.

### **(1) Efficience des EHPAD et (2) Qualité et efficience de la prescription dans les EHPAD.**

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

- Améliorer la coordination des professionnels de santé et la qualité de la prise en charge en EHPAD ;
- Elaborer et déployer des systèmes d'information pour permettre le suivi et l'analyse des dépenses de soins des EHPAD ;
- Inciter à une gestion et une organisation plus 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 efficaces.

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

## **Contexte régional <sup>41</sup>**

### **Accueil des personnes âgées en établissement**

Dans le Nord-Pas-de-Calais, les établissements pour personnes âgées peuvent accueillir 37 600 personnes en 2010. Cela représente 129 places pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus.

56 % sont des places en EHPAD, 29 % en logement foyer et 15 % en unité de soins de longue durée.

<sup>41</sup> Sources ATLAS régional et territorial de santé 2011

Le taux d'équipement est en diminution depuis 1998, date à laquelle il s'élevait à 154 pour mille. Le nombre de personnes âgées a en effet fortement augmenté sur cette période tandis que le nombre de places en établissement progressait plus faiblement.

L'équipement est moins important dans la région qu'en France métropolitaine : en 2009, il s'élevait à 129 ‰ dans le Nord-Pas-de-Calais contre 144 ‰ en moyenne nationale.

Les zones de proximité de la Flandre intérieure et de Montreuillois ont les taux d'équipement les plus élevés de la région, de 200 ‰ et 198 ‰.

Les territoires de l'Audomarois et de Lens-Hénin sont les moins dotés : seulement 88 et 98 places pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus.

### Accueil des personnes âgées dépendantes en EHPAD et USLD

Dans le Nord-Pas-de-Calais, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes disposent d'environ 30 500 places autorisées, en 2011. Cela représente 105,2 places pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus.

La zone de proximité Lens-Hénin suivie de Béthune-Bruay, avec respectivement 90‰ et 92,9 ‰, présentent les taux d'équipement les plus faibles. A l'opposé, la Flandre intérieure avec 156,7 ‰ et Roubaix-Tourcoing avec 123,4 ‰ sont les zones de proximité les mieux dotées en place d'hébergement médicalisé.

### Les EHPAD de la région Nord-Pas-de-Calais

351 EHPAD sont recensés dans la région représentant 29 017 places autorisées. Ils sont répartis sur 4 territoires de santé :

- l'Artois / Douaisis : 97 EHPAD (8 359 places pour 91 366 \* personnes âgées de 75 ans et plus)
- le Hainaut / Cambrésis : 79 EHPAD (5 732 places pour 57 650\* personnes âgées de 75 ans et plus)
- le Littoral : 60 EHPAD (5 600 places pour 57 310\* personnes âgées de 75 ans et plus)
- la Métropole / Flandre intérieure : 115 EHPAD (9 326 places pour 85 039\* personnes âgées de 75 ans et plus)

### 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.

Les indicateurs retenus pour 2011 sont :

- Pour le programme EHPAD Prescription :
  - . « % d'EHPAD ciblés ayant mis en œuvre 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 œuvre par l'ARS pour un échantillon d'EHPAD de trois taux d'analyse »
  - . « Mise en œuvre d'un suivi statistique et qualitatif de la montée en charge du déploiement des contrats de coordination concernant les professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD »

### 3.3.8. Permanence des soins ambulatoires et urgences hospitalières <sup>42</sup>

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

#### Contexte national

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 ambulatoires (PDSA), afin d'apporter souplesse et cohérence à son organisation et son pilotage pour répondre à un double enjeu :

- améliorer la qualité de l'accès aux soins des personnes qui cherchent un médecin aux heures de fermeture des cabinets médicaux
- accroître l'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'effectation – 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 (effectation – 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.

---

<sup>42</sup> Instruction relative à la permanence des soins ambulatoires du 13 juillet 2011

### Contexte régional

L'objectif du dispositif de PDSA est de permettre à chacun de recourir à un médecin de garde, aux heures de fermeture du cabinet des médecins traitants : après 20h, le samedi après midi, le dimanche et les jours fériés ; pour des soins inopinés ne permettant pas d'attendre le lendemain, mais ne nécessitant pas l'intervention des services d'urgence.

L'organisation du dispositif de permanence des soins est articulée autour de centres de régulation libérale et de médecins libéraux effecteurs de la régulation (dits médecins de garde ou d'astreinte) dans chaque secteur de garde. La garde ambulancière et la garde des pharmacies contribuent également au fonctionnement du dispositif.

#### - la régulation

Chaque département dispose d'un centre de régulation libérale, Médi'ligne. Ces plateformes téléphoniques sont installées sur le plateau des centres 15 des SAMU du Nord et du Pas-de-Calais et interconnectés au 15.

Un numéro de téléphone départemental permet de joindre chacun de ces centres :

Nord : 03.20.33.20.33      Pas-de-Calais : 03.21.71.33.33

Dans chaque centre la régulation est effectuée par des médecins généralistes volontaires (3 à 6 selon la tranche horaire) et des permanenciers assistants de régulation médicale (PARM).

La régulation fonctionne aux heures de la PDSA. Dans le Nord, elle n'est pas assurée la nuit entre minuit et 8 heures.

Une réponse est apportée aux patients en fonction de leurs besoins : conseil médical, médecin de garde, pharmacie, réorientation vers le service d'urgences.

#### - l'effectif

La région est découpée en 153 secteurs de garde, 96 dans le Nord et 57 dans le Pas de Calais. Le tableau de garde départemental est réalisé par chaque Conseil Départemental de l'Ordre. L'intervention du médecin de garde (consultation ou visite) se fait à la demande de la régulation. Les consultations ont lieu au cabinet du médecin ou dans une des dix maisons médicales de garde de la région Grande-Synthe, Dunkerque, Lille Saint Vincent, Cateau-Cambrésis, Armentières, Maubeuge, Roubaix, Boulogne sur Mer, Calais et Hénin Beaumont. Si cela est médicalement justifié, une visite au domicile du patient peut avoir lieu.

#### - le financement

Les médecins régulateurs libéraux sont indemnisés par l'Assurance Maladie à hauteur de 3C de l'heure. Depuis septembre 2010, ils perçoivent en plus une indemnité de sujétion (financée par le FIQCS) dont le montant varie selon le nombre d'heures de régulation effectuées. Les structures de régulation sont financées sur le FIQCS ainsi que les ETP de permanencier de régulation (PARM). Le coût annuel est d'environ 1 300 000 euros pour le FIQCS pour les 2 départements.

Le médecin effecteur (un par secteur de garde) inscrit sur le tableau du Conseil Départemental de l'Ordre perçoit 150 euros pour une astreinte de 12h.

Ce mode de financement a été substantiellement modifié par le décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010, pris en application de la Loi HPST, qui sort la rémunération des astreintes du cadre conventionnel. Chaque ARS reçoit une enveloppe destinée à les financer dans le respect des limites fixées par l'arrêté du 20 avril 2011. L'enveloppe de l'ARS Nord-Pas-de-Calais est de 8 396 848 € soit une baisse de 4 % par rapport au montant des astreintes financées en 2009.

### Diagnostic

Le dispositif de PDSA doit garantir à la population un égal accès aux soins à toute heure et en tout lieu du territoire.

L'objectif est double : rendre l'organisation actuelle plus efficace et plus lisible pour la population de notre région, mais aussi rechercher une meilleure efficacité dans un contexte économique tendu et une évolution de la démographie médicale préoccupante.

Le diagnostic et les évolutions proposées sont le fruit d'un dialogue et d'une concertation menés avec tous les acteurs de santé :

#### **- Optimiser la régulation médicale**

La permanence des soins est aujourd'hui articulée autour de 2 centres départementaux de régulation libérale situés dans les mêmes locaux et interconnectés au Centre 15 (SAMU) sur le plan informatique et téléphonique. L'utilité de ce dispositif qualitatif, sécurisé et efficace n'est pas discutée.

Il est cependant nécessaire de le déployer plus fortement, le renforcer et mieux le faire connaître.

Ce service n'est assuré que jusqu'à minuit dans le Nord. Il devra être offert à la population toute la nuit.

En effet, plus de 13 000 appels sont traités après minuit dans le Pas-de-Calais par an, soit 36 appels par nuit en moyenne. La demande est donc bien réelle. Le n° de téléphone de la régulation libérale devra être accessible toute la nuit pour l'ensemble de la région.

Pour une totale sécurisation des populations, les plateformes communes entre centre de régulation libérale et centre 15 et les interconnexions seront renforcées. A terme, lorsque les problèmes techniques auront été résolus, mutualiser les moyens de la régulation libérale après minuit entre les deux départements.

Déployer le dispositif nécessite que soient renforcées les équipes de médecins libéraux volontaires assurant la régulation. Toutes les modalités incitatives seront étudiées, notamment la régulation téléphonique délocalisée afin de ne pas contraindre les médecins régulateurs à se rendre sur Arras ou Lille.

#### **- Harmoniser l'accès au médecin de garde dans chaque territoire et rechercher une meilleure articulation avec les urgences**

##### **Faire évoluer les périodes de garde pour plus d'efficacité**

Le service de régulation téléphonique adresse la personne, lorsque son état de santé le nécessite, vers le médecin de garde. Entre minuit et 8h00 le lendemain, l'organisation de la prise en charge s'avère plus complexe à mettre en œuvre :

Le nombre de médecins libéraux volontaires est faible (ils reprennent leur activité au cabinet le lendemain matin et cessent leur garde à minuit au plus tard), les patients sont plus réticents à se déplacer au milieu de la nuit, d'autant plus s'ils doivent se rendre dans un secteur de garde éloigné, voire n'ont pas de moyen de locomotion.

Par ailleurs, le nombre d'astreintes versées au regard de l'activité de chacun des médecins de garde rend cette organisation relativement coûteuse.

Le dispositif actuel doit donc évoluer vers plus d'efficacité. C'est pourquoi il est proposé de mettre fin aux astreintes des médecins effecteurs en nuit profonde de semaine

Le dispositif de garde de médecine générale après minuit sera maintenu les nuits de week-ends et jours fériés afin de ne pas laisser les patients trop longtemps sans réponse médicale, qui plus est, dans une période où cette réponse est plus difficile à obtenir.

Par ailleurs, un travail approfondi sera mené pour optimiser la prise en charge des soins non programmés des personnes âgées résidant en établissement.

### **Optimiser le nombre de territoires de garde**

La région est divisée en 153 territoires, chacun d'entre eux ayant un médecin de garde identifié.

Le nombre de volontaires est aujourd'hui globalement satisfaisant mais les évolutions démographiques de la profession médicale imposent d'optimiser le dispositif. Un important travail a été réalisé depuis quelques années avec les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins afin de tendre à une meilleure sectorisation. Cet effort doit être poursuivi en concertation avec les représentants de la profession.

### **Promouvoir les maisons médicales de garde (MMG)**

La maison médicale de garde est un lieu fixe de consultation dans lequel les médecins libéraux effectuent, sur place, le service de permanence des soins plutôt qu'à leur cabinet. Ce système présente un avantage important pour la population : il est immédiatement identifié et constant dans le temps. Il est par ailleurs sécurisant pour les praticiens.

L'ouverture de nouvelles maisons médicales de garde sera encouragée. Leur implantation devra se faire dans l'enceinte du centre hospitalier voire au sein des urgences. Ce souhait est largement partagé et vise à faciliter la réorientation entre MMG et urgences. Les MMG existantes devront à terme satisfaire à ce principe.

La procédure de tiers payant devra être proposée à toutes les personnes adressées à la maison médicale par le dispositif de régulation téléphonique. Les consultations majorées représentent en effet un coût difficile à avancer pour de nombreuses personnes, incitant parfois à se rendre aux urgences pour des raisons financières et non de nécessité médicale.

### **Réguler l'accès spontané aux services d'urgence**

La régulation préalable doit être encouragée et soutenue, qu'il s'agisse de l'appel au 15 pour l'aide médicale urgente ou Médi'ligne pour les soins non programmés de médecine générale. Elle est la garantie d'une réponse à la population graduée et adaptée.

Il n'en reste pas moins que l'accès direct aux services d'urgence n'est actuellement pas régulé et constitue une brèche dans le dispositif général. Un certain nombre de personnes se présentent ainsi directement alors que leur état de santé ne relève pas de l'urgence hospitalière. Ceci contribue à l'engorgement de ces services.

Il est proposé que l'accès aux urgences soit filtré en amont, pour les patients qui se présentent spontanément. Un régulateur médical, à l'entrée de l'hôpital, accueille et oriente, en fonction de l'état de santé, soit vers le service des urgences, soit vers la maison médicale de garde installée dans les locaux hospitaliers.

Ce dispositif sera expérimenté dans un premier temps sur les secteurs où la maison médicale de garde est située dans les mêmes bâtiments que les urgences, et sur la base du volontariat des acteurs de santé concernés. Un protocole d'adressage devra être défini en concertation. Une évaluation en termes d'impact sur l'activité des urgences et sur celle de la MMG sera réalisée avant de poursuivre et développer ce dispositif.

Les évolutions prévues par ce diagnostic serviront de base au futur cahier des charges régional de la PDSA.

### Cadrage financier

Enveloppe dédiée à la PDSA, enveloppe FIQCS-ARS, Assurance Maladie (actes des médecins de garde)

### Evaluation des actions

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

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

### Indicateurs de suivi

Taux de satisfaction des usagers de la PDSA (*CPOM*)

Nombre de MMG mises en place à proximité des urgences

Part des patients relevant du niveau 1 de la CCMU dans les passages aux urgences pendant la PDSA (*CPOM*)

### 3.3.9. Soins de suite et de réadaptation

#### Contexte national

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

Sur ce secteur les enjeux sont multiples : il s'agit de

- Harmoniser la qualité et le positionnement de l'offre de soins SSR dans l'offre de soins globale sur l'ensemble du territoire ;
- Renforcer la fluidité du parcours des patients entre MCO SSR et domicile (dont médico-social et social) ;
- Améliorer la connaissance de l'activité et des coûts du secteur SSR via la création ou l'amélioration de tous les outils nécessaires à la mise en œuvre de la T2A (systèmes d'information par exemple).

Ce programme poursuit ainsi plusieurs objectifs :

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

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

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

### Contexte régional

Suite aux parutions des textes et circulaires ministérielles de 2008 réglementant l'activité SSR, l'offre de soins dans la région n'a pas été modifiée. L'offre de soins est structurée comme suit :

Territoires de santé	Implantations actuelles
Artois-Douaisis	26
Hainaut-Cambrais	23
Littoral	17
Métropole-Flandre Intérieure	31
<b>Région Nord-Pas-de-Calais</b>	<b>97</b>

Par contre, des nouvelles orientations ont été retenues lors de la révision du volet du SROS en octobre 2009, qui tiennent compte des décrets relatifs à l'activité de SSR. Celles-ci sont classées en cinq catégories :

- Orientations générales
- Orientations relatives aux SSR adultes non spécialisés
- Orientations relatives à la prise en charge des enfants et des adolescents
- Orientations propres aux mentions de SSR spécialisés (affections de l'appareil locomoteur, du système nerveux, cardio-vasculaires, respiratoires, digestifs-métaboliques-endocriniens, onco-hématologie, brûlés, liées aux conduites addictives, de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance)

A la suite des dernières autorisations données dans la région, quelques territoires n'ont pas atteint l'objectif cible défini lors de la révision du volet SROS pour certaines modalités de prise en charge. Il s'agit surtout du territoire de l'Artois-Douaisis pour ce qui concerne les affections de l'appareil locomoteur, les affections cardio-vasculaires, les affections onco-hématologiques, les affections des brûlés et les affections de la personne âgée polypathologique. Les trois autres territoires de la région ne sont concernés par la non atteinte de la cible que pour une seule des neuf mentions spécialisées :

- . Hainaut-Cambrais : affections des personnes âgées poly-pathologiques
- . Littoral : affections des systèmes digestifs
- . Métropole-Flandre intérieure : affections cardio vasculaires

**Une offre de soins concentrée dans certaines régions, un taux d'occupation et une productivité variable des établissements au sein d'une même région.**

En France, 1 683 établissements sont implantés, ce qui représente 96 652 lits en hospitalisation complète et 509 en hospitalisation de semaine.

L'offre est la moins importante dans le Nord de la France (moins de 150 lits et places pour 100 000 habitants). Elle est corrélée avec la densité des masseurs kinésithérapeutes.

La productivité des établissements est inférieure de 10 pts dans le secteur public :

<b>Nombre d'ETP pour 10 000 JVS</b>	<b>Global (SSR)</b>	<b>Rééducation fonctionnelle</b>	<b>Soins de suite</b>
Secteur non lucratif	31	59	23
Secteur lucratif	21	29	18

\* Source : Propositions de l'Assurance Maladie sur les charges et produits pour 2011

Les disparités régionales se poursuivent quant à la durée moyenne de séjour. Elle est pour la France de 33 jours globalement (29 pour la rééducation fonctionnelle et 34 pour les soins de suite). Notre région est de 10 points supérieure à la moyenne nationale. Le taux de recours à un établissement de SSR ou de rééducation à la sortie d'une hospitalisation de MCO correspond, quant à lui, à la moyenne nationale (entre 2,4 et 2,9 % pour une moyenne de 2.7%).

L'analyse de coûts effectués par la CNAMTS a permis de constater une disparité importante des indices de modulation. Certains établissements sont « sur-dotés » par rapport à leur activité de soins, et ce indépendamment du statut public ou privé. Quelque soit le statut des établissements, la lourdeur de la prise en charge est relativement semblable. Dans notre région, quelque soit le statut des établissements, l'indice de modulation est en moyenne supérieur de 2,5 à 10 % de la moyenne nationale.

Par ailleurs, pour permettre une amélioration de l'orientation des patients par les professionnels de santé, la région Nord-Pas-de-Calais, dès 2006, a été une des premières à s'engager dans la mise en place de l'outil « Trajectoire », un dispositif régional de coordination SSR.

- 2010 : déploiement de l'outil « Trajectoire » dans les différents établissements MCO et SSR de la région.  
A ce jour, l'utilisation de l'outil dans toutes ses possibilités est encore à finaliser.
- Mise en place de la coordination régionale SSR.

### 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'établissements mis sous accord préalable par rapport à la cible ».

### 3.4. La déclinaison des programmes nationaux de gestion du risque de l'Assurance Maladie

Conformément au contrat d'objectifs Etat-UNCAM, ces actions comportent trois axes :

#### 3.4.1. Les programmes de maîtrise médicalisée en ville

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

- 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.
- 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.  
Compte tenu de la problématique particulière de la région Nord-Pas-de-Calais sur ce thème, un programme régional complémentaire développera d'autres actions conjointes spécifiques présentées au chapitre 4.
- 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.

Les autres actions, déjà engagées et dont la mise en œuvre est poursuivie, concernent des postes de dépenses importants. Ces actions ont pour objet d'augmenter l'efficacité des prescriptions.

Il s'agit :

- 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. La promotion de la Prévention de la Désinsertion Professionnelle (PDP) est également faite auprès de ces 3 publics ainsi qu'auprès des médecins du travail.  
Toutes ces actions sont pilotées régionalement par un binôme CPAM/ELSM et suivies à travers un outil d'analyse des dépenses par circonscription.
- 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.  
Toutes ces actions sont pilotées régionalement par un binôme CPAM/ELSM et suivies à travers un outil d'analyse des dépenses par circonscription.
- de l'ordonnancier bi zone : l'objectif est de rappeler les règles de bon usage de l'ordonnancier bi zone.
- 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.

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.

### 3.4.2. Les programmes de renforcement de l'efficacité de l'offre de soins dans les établissements de santé

Ils comprennent quatre volets.

- **Poursuite de la maîtrise médicalisée dans les établissements** : à l'hôpital, notamment en matière de prescriptions hospitalières exécutées en ville pour les produits de santé et les transports, et en EHPAD avec des visites d'établissements et la diffusion de recommandations de bonne pratique, en lien avec les actions GDR ARS développées sur ces thèmes.

- **Poursuite du programme de mise sous accord préalable (MSAP) en chirurgie ambulatoire et en hors ambulatoire.** Sont concernées les activités de chirurgie bariatrique et plastique, les hospitalisations de jour pour le diabète, les actes soumis à forfait sécurité environnement (SE) en consultation externe et les séjours hospitaliers classés en CM23 (lorsque les séjours sont classés dans cette catégorie on ne dispose pas d'information permettant d'identifier la pathologie).
- **Développement des MSAP pour les prestations d'hospitalisation en soins de suite ou de réadaptation (SSR) pour un patient justifiant de soins de masso-kinésithérapie ambulatoire<sup>43</sup>.** L'objectif de cette action est d'assurer l'harmonisation des pratiques médicales par le respect des recommandations médicales de la HAS et de diminuer des hospitalisations non justifiées, par une meilleure adéquation de l'état du patient à sa prise en charge. L'ARS notifiera la MSAP à l'établissement exécutant la prestation, après ciblage par l'Assurance Maladie.
- **Développement de la prévention, du dépistage et de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique,** en complément des actions menées par les ARS en vue de l'élaboration d'un état des lieux et d'une stratégie régionale en ce domaine.

### 3.4.3. Les plans de prévention et d'accompagnement des patients

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

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

- **Actions de prévention**
  - **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.

---

<sup>43</sup> cf. mesure prévue par la LFSS pour 2011

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

Les régimes continueront à favoriser le dépistage des cancers, par des actions d'information des assurés et des professionnels, afin d'augmenter le taux de participation aux dépistages organisés et de réduire les inégalités régionales constatées en ce domaine. Un effort particulier sera proposé pour sensibiliser les personnes les plus éloignées du système de soins. Le pilotage de ces actions, en lien avec les structures de gestion et l'ARS, est assuré par une Caisse Primaire d'Assurance Maladie pivot dans chaque département : Flandres et Côte d'Opale.

- **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.

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

Sur cet axe, 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).

### 4. Les actions régionales complémentaires spécifiques

#### Contexte général

**En complément des programmes nationaux de gestion du risque élaborés conformément aux objectifs du contrat Etat/UNCAM, des actions complémentaires régionales ont été définies. Elles sont élaborées en tenant compte des spécificités régionales.**

*« Les actions régionales complémentaires spécifiques qui composent la deuxième partie du PPR GDR 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 réunie en formation restreinte aux directeurs d'organismes ou de services, représentants, au niveau régional, de chaque régime d'Assurance Maladie dont la Caisse Nationale est membre de l'UNCAM, et au représentant des organismes complémentaires d'Assurance Maladie désigné par l'UNOCAM. »<sup>44</sup>*

Les actions spécifiques régionales doivent prendre en compte<sup>45</sup> 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)*

#### Contexte régional

Le programme régional de santé de l'ARS Nord-Pas-de-Calais comporte deux projets structurants sur les soins de premier recours et sur les infections liées aux soins, dont certaines actions s'inscrivent dans le domaine de la gestion du risque.

Aussi, en application de l'article L. 1434-14 du code de la santé publique, l'ARS Nord-Pas-de-Calais a inscrit celles-ci dans la deuxième partie du PPR GDR, comme actions régionales complémentaires spécifiques de gestion du risque.

La contribution de l'Assurance Maladie à ces deux actions complémentaires visant à augmenter l'efficacité des prescriptions a été arrêtée par le directeur coordonnateur de la gestion du risque en fonction de l'opportunité et des ressources disponibles dans les départements.

Ces deux programmes régionaux concourent à une amélioration de la qualité et à une diminution des coûts et sont constitués

- du programme sur la consommation des antibiotiques en rapport avec les infections liées aux soins
- du programme sur l'implication des pharmaciens dans les soins de premier recours

<sup>44</sup> Décret n° 2010-515 du 18 mai 2010 relatif au PPR GDR (Art. R.1434-18 du CSP)

<sup>45</sup> Circulaire du 19 juillet 2010 relative aux priorités sur la gestion du risque en 2010

### 4.1. Les implications de la consommation des antibiotiques en rapport avec les infections liées aux soins

Ce programme a pour objectif de favoriser l'usage rationnel des antibiotiques, dans le cadre de la maîtrise des résistances bactériennes.

#### Contexte

La forte consommation d'antibiotiques ainsi que son utilisation inappropriée au regard des référentiels médicaux se traduisent par une diminution de l'efficacité de ces médicaments, en raison du développement de résistances bactériennes. La maîtrise de la consommation d'antibiotiques est de ce fait une priorité de santé publique, tout autant qu'un enjeu de régulation des dépenses de santé.

Dans le cadre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins, l'Agence Régionale de Santé du Nord-Pas-de-Calais élabore un programme régional d'actions visant notamment à un usage rationnel des antibiotiques et à la maîtrise des résistances bactériennes, tout en tenant compte des spécificités de la région.

Ce programme entre en résonance avec les préoccupations de l'Assurance Maladie sur le bon usage des antibiotiques.

#### Enjeu

##### *Un enjeu économique*

La région Nord-Pas-de-Calais se caractérise, en soins de ville pour l'année 2009, par une évolution à la hausse des dépenses<sup>46</sup> remboursées en antibiotiques, plus élevée qu'au niveau national :

- + 2,7 % d'évolution<sup>47</sup> PCAP en CJO versus + 2,5 % au niveau national,
- les dépenses en 2009 s'élevant à 50 040 750 euros.

Le Nord-Pas-de-Calais présente le niveau moyen de consommation d'antibiotiques le plus élevé de France.

##### *Un enjeu de santé publique*

Malgré une amélioration de la lutte contre les infections liées aux soins depuis quelques années dans les établissements de santé, le problème des bactéries multi-résistantes reste très préoccupant. L'incidence<sup>48</sup> des infections à entérobactéries productrices de Béta lactamases à spectre étendu (BLSE) augmente régulièrement depuis 2006 : le Nord-Pas-de-Calais était alors la deuxième région la plus consommatrice d'antibiotiques.

<sup>46</sup> Données Assurance Maladie – Régime Général, y compris Sections Locales Mutualistes – Tous prescripteurs – région Nord-Pas-de-Calais versus France métropolitaine

<sup>47</sup> Evolution de la période comparable à l'année précédente en correction des jours ouvrés

<sup>48</sup> Données extraites du « Bilan du programme de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 Région Nord-Pas-de-Calais », Antenne régionale du CCLIN Paris-Nord, décembre 2009.

### Objectifs opérationnels

- Décrire la consommation des antibiotiques dans le Nord-Pas-de-Calais en soins de ville, en établissements de santé, en rétrocession hospitalière et en EHPAD en lien avec les taux de résistance bactérienne
- Etablir des comparaisons géographiques de la consommation en soins de ville, par territoire de santé et zone de proximité en fonction de leurs caractéristiques socio-économiques

Dans le cadre de la surveillance 2009 BMR-CCLIN, le Nord-Pas-de-Calais a présenté plusieurs épidémies de Bactéries Multi Résistantes, en lien - peut-être - avec la surconsommation des antibiotiques.

Les 1<sup>ères</sup> analyses de consommation des antibiotiques en soins de ville pour l'année 2010 montrent un mésusage des fluoroquinolones au regard de recommandations médicales, pouvant entraîner la sélection de BMR et associé dans notre région, à la survenue d'épidémies de Clostridium difficile.

### Plan d'action

- Actions de l'Assurance Maladie
  - . Campagne grand public
  - . Association des experts médicaux à la mise en œuvre d'actions
- Actions communes ARS/Assurance Maladie
  - . Campagne de communication régionale
  - . Campagne d'accompagnement des médecins généralistes libéraux, des établissements de santé, dans les EHPAD
  - . Contractualisation sur l'amélioration de la qualité et la coordination des soins (lien avec le thème GDR n° 8)
- Actions de l'ARS
  - . Communication auprès des instances mises en place dans le cadre du suivi du programme de lutte contre les infections liées aux soins
  - . Contrat de bon usage des médicaments, produits et prestations (CBUMPP)

### Evaluation des actions

Ce programme fait l'objet d'une évaluation reposant sur le suivi d'indicateurs, portant en particulier sur l'exposition de la population aux antibiotiques, en lien avec la surveillance des résistances bactériennes.

### 4.2. Implication des pharmaciens dans les soins de premier recours

Ce programme comprend deux axes :

- 1- L'amélioration du taux de substitution par les médicaments génériques
- 2- Le développement de bon usage des conditionnements trimestriels des médicaments chez les patients stabilisés atteints de pathologies chroniques

#### Axe 1 : L'amélioration du taux de substitution par les médicaments génériques

Ce programme a pour objectif d'améliorer le taux de substitution des génériques pour les pharmaciens dans le Nord- Pas-de-Calais.

#### Contexte national

Le développement des spécialités génériques constitue l'un des axes essentiels de la politique de maîtrise des dépenses de médicaments remboursés par l'Assurance Maladie. Les remboursements de médicaments représentent en effet le premier poste de dépenses des soins de ville.

L'avenant n° 5 à l'accord national relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialités génériques, signé le 6 janvier 2006 entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et les syndicats professionnels, publié dans l'arrêté du 15 avril 2010, fixe, sur la base du répertoire du 30 juin 2009, à fin décembre 2010 :

- un objectif national de pénétration des génériques de 80 %,
- un objectif départemental de 80 %, identique pour les départements du Nord et du Pas-de-Calais.

Le contexte actuel en 2011 se caractérise par l'absence d'accord national relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialités génériques à fin décembre 2011, pour les départements ainsi que pour les officines.

#### Enjeu

L'enjeu consiste à maintenir ou à améliorer le taux de substitution des génériques pour les pharmaciens dans le Nord-Pas-de-Calais : des disparités individuelles du taux de substitution des génériques existent chez les pharmaciens titulaires d'officine de la région.

#### Contexte régional

La région Nord-Pas-de-Calais présente un taux de substitution<sup>49</sup> par les génériques à 80,8 % à fin décembre 2010.

---

<sup>49</sup> Données CNAMTS

- Les départements du Nord et du Pas-de-Calais affichent respectivement un taux à 81,6 % et à 79,5 % correspondant aux dépenses remboursées de génériques,
  - . relevant du répertoire conventionnel, à 82 876 757 € et à 44 132 743 €,
  - . toutes molécules confondues, à 114 784 098 € et à 60 433 187 €.
- Une officine sur deux atteint son objectif individuel.
- Les molécules à suivi spécifique sont en panne de substitution, avec un taux régional à 53,6 %.

La situation à fin mars 2011 se caractérise par un recul du taux de substitution avec un taux de 76,6 % pour le Nord-Pas-de-Calais, de 77,4 % pour le Nord et de 75 % pour le Pas-de-Calais.

### Objectifs

Les objectifs du programme sont :

- Maintenir et, si possible, améliorer le taux départemental de substitution par les médicaments génériques dans le Nord et le Pas-de-Calais.
- Inciter les pharmaciens d'officine n'ayant pas atteint leur objectif individuel, à poursuivre leurs efforts de substitution

### Evaluation des actions

Ce programme fait l'objet d'une évaluation reposant sur le suivi semestriel d'indicateurs :

- Taux départemental de délivrance des génériques
- Répartition des officines par circonscription, selon leur taux individuel de substitution
- Taux de substitution des molécules ayant un fort potentiel économique
  - . au niveau départemental,
  - . par officine

### Axe 2 : Le développement de bon usage des conditionnements trimestriels des médicaments chez les patients stabilisés atteints de pathologies chroniques

Ce programme a pour objectif de développer une utilisation appropriée des conditionnements trimestriels chez des patients atteints de pathologies chroniques stabilisés dans leur traitement.

(pathologies concernées : diabète non insulino-dépendant, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, ostéoporose).

### Contexte national

Le décret n° 2004-1367 du 16 décembre 2004 relatif à la prescription et à la délivrance de médicaments modifiant le Code de la Sécurité Sociale et le Code de la Santé Publique a ouvert la possibilité juridique de délivrer en une fois, plus d'un mois de traitement, dans la limite de trois mois, les médicaments présentés sous un conditionnement correspondant à une durée de traitement supérieure à un mois.

Un avis de la Commission de la transparence d'avril 2005 a, par ailleurs, préconisé ces conditionnements pour quatre pathologies chroniques dont le traitement est stabilisé : certaines formes de diabète (traitements oraux), l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et l'ostéoporose.

### Enjeu

*Un enjeu économique pour l'assureur, les organismes complémentaires et l'assuré*

Face à la progression continue du nombre de patients traités pour hypertension artérielle, hypercholestérolémie, diabète et ostéoporose, le développement des conditionnements trimestriels présente une réelle opportunité d'économies, tant pour l'Assurance Maladie, les organismes complémentaires que pour les patients :

- le coût d'un traitement médicamenteux présenté en conditionnement trimestriel est en moyenne 13 % plus faible que celui réalisé à partir de spécialités pharmaceutiques présentées en conditionnement mensuel. Le ticket modérateur est par conséquent moins élevé ;
- les patients n'ont à régler qu'une seule franchise médicale de 50 centimes (correspondant à une seule boîte en conditionnement trimestriel) au lieu de trois franchises (correspondant à trois boîtes en conditionnement mensuel).

Selon une étude<sup>50</sup> menée par l'Assurance Maladie, l'économie globale a représenté près de 105 millions d'euros en 2009 (tous régimes confondus).

La coordination régionale de la gestion du risque et de la lutte contre la fraude du Nord-Pas-de-Calais, en partenariat avec la CPAM d'Armentières, a pour sa part réalisé une étude pharmaco-économique en 2008 sur la délivrance des conditionnements trimestriels des statines et en avait estimé les économies potentielles à 1,635 millions d'euros pour la période de janvier à août 2008.

### Contexte régional

#### Ostéoporose

- Les dépenses remboursables des antiostéoporotiques suivis représentent pour l'année 2010, dans le Nord-Pas-de-Calais : 6 326 692 euros.
- Le taux de mois de traitements dispensés en conditionnement trimestriel est de 47,5 % (taux comparable à celui de l'étude CNAMTS)

<sup>50</sup> Points de repère – mai 2010 – numéro°30 - CNAMTS

- Les économies potentielles ont été chiffrées pour l'année 2010 dans le Nord-Pas-de-Calais

**de** 884 705 euros, soit 14 % des dépenses remboursables

*(hypothèse basse en cas d'atteinte du taux régional de conditionnement trimestriel pour chaque entité ATC<sup>51</sup>/dosage par site)*

**à** 2 678 719 euros, soit 42,3 % des dépenses remboursables

*(hypothèse haute en cas d'un taux a minima de 50 %)*

### Statines

- Les dépenses remboursables des statines suivies représentent pour l'année 2010, dans le Nord-Pas-de-Calais 44 348 154 euros.
- Le taux de mois de traitements dispensés en conditionnement trimestriel est de 25,6 %  
(taux national à 29,7 % selon l'étude CNAMTS)
- Les économies potentielles ont été chiffrées pour l'année 2010 dans le Nord-Pas-de-Calais à 2 643 594 €  
(soit 6 % des dépenses remboursables)

*(en cas d'atteinte du taux régional de conditionnement trimestriel pour chaque entité ATC/dosage par site)*

### Classes des antihypertenseurs et des antidiabétiques oraux

Mise en évidence de difficultés méthodologiques liées à l'incapacité de distinguer parmi les 'grands conditionnements', les conditionnements trimestriels des grands conditionnements adaptés à un usage mensuel.

## Objectifs opérationnels

### / Situation régionale

- Evaluer la part des conditionnements trimestriels
- Evaluer les économies potentielles liées à leur développement

### / Comportements atypiques

- Expérimentation dans un 1er temps, sur la classe thérapeutique des statines
- Identifier les prescripteurs/pharmaciens d'officine à faible taux de prescriptions/délivrances de conditionnements trimestriels
- Rechercher la mise à disposition de médicaments disponibles en conditionnement trimestriel en quantités non adaptées à un bon usage, résultant
  - . de pratiques atypiques de professionnels de santé,
  - . de comportements atypiques d'assurés

<sup>51</sup> Classification anatomique thérapeutique et chimique

### Expérimentation dans un 1er temps, sur la classe thérapeutique des statines :

Une action de promotion des conditionnements trimestriels pour la classe des statines a débuté fin 2010 dans la CPAM des Flandres, puis s'est généralisée à l'ensemble des circonscriptions du Nord-Pas-de-Calais.

La mesure d'impact est en cours.

### **Evaluation des actions**

Ce programme fait l'objet d'une évaluation reposant sur le suivi d'indicateurs :

- de nature collective
  - . taux de délivrance des médicaments présentés en grand conditionnement
  - . économies potentielles liées à une utilisation généralisée des conditionnements trimestriels.
- de nature individuelle
  - . par prescripteur : taux de prescription exprimé en traitements mensuels
  - . par pharmacien dispensateur : taux de délivrance exprimé en traitements mensuels
  - . par bénéficiaire : taux de délivrance exprimé en traitements mensuels avec calcul de l'excès de médicaments remboursés par rapport à la quantité théorique correspondant à la durée de traitement prescrite.