



PROGRAMME PLURIANNUEL DE GESTION DU RISQUE DE GUADELOUPE, SAINT-MARTIN ET SAINT-BARTHELEMY

2011-2015

SOMMAIRE

PREAMBULE	3
-----------	---

PREMIERE PARTIE

📁 LES PROGRAMMES NATIONAUX DE GESTION DU RISQUE	8
--	----------

1) Prévention	10
2) Produits de santé	11
3) Indemnités journalières	12
4) Professionnels	13
5) Affections de Longue Durée (ALD) - Bizone	13

📁 LES DIX PRIORITES FIXEES AUX AGENCES REGIONALES DE SANTE	15
---	-----------

1) Transports sanitaires	18
2) Insuffisance rénale chronique	20
3) Maîtrise des prescriptions des médicaments et des dispositifs médicaux de la liste en sus	23
4) Prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville	24
5) Imagerie médicale	26
6) Chirurgie ambulatoire	28
7) Efficience des EHPAD	30
8) Efficience de la prescription dans les EHPAD	32
9) Soins de Suite et de Réadaptation	34
10) Permanence des soins ambulatoires et urgences hospitalières	36

DEUXIEME PARTIE

📁 LES ACTIONS REGIONALES COMPLEMENTAIRES SPECIFIQUES	40
---	-----------

PREAMBULE

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a prévu dans son article L. 1434-14 la mise en place d'un Programme Pluriannuel Régional de Gestion du Risque (PPRGDR) lequel « comprend, outre les actions nationales définies par le contrat prévu à l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale, des actions complémentaires tenant compte des spécificités régionales.

« Le programme pluriannuel régional de gestion du risque 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 programme pluriannuel régional de gestion du risque précise les termes de la loi.

Par son article R. 1434-10, il stipule que le « programme pluriannuel régional de gestion du risque 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 d'objectifs prévu à l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale. 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 agences régionales de santé prévu à l'article L. 1433-1 ;

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

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

« Le programme pluriannuel régional de gestion du risque est soumis, avant d'être arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé, à l'avis de la commission régionale de gestion du risque siégeant en formation plénière. »

« Le programme pluriannuel régional de gestion du risque est 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 ».

« L'ensemble des objectifs nationaux et régionaux du programme pluriannuel régional de gestion du risque est inscrit dans les contrats pluriannuels de gestion des organismes et services d'assurance maladie, établis en application des articles L. 227-3 et L. 611-7 du code de la sécurité sociale et de l'article L. 723-12 du code rural ».

L'élaboration du premier Programme Pluriannuel Régional de Gestion du Risque (PPRGDR) 2010 – 2013 de Guadeloupe, de Saint-Martin & de Saint-Barthélemy s'inscrit dans le cadre d'un contexte territorial marqué par la mise en place de l'Agence Régionale de Santé (ARS), le début de la concertation locale avec l'Assurance Maladie en matière de gestion du risque et par la mise en œuvre, dès l'année 2010, d'un ensemble d'actions structurant la gestion régionale de gestion du risque (GDR).

La mise en place de l'ARS en avril 2010 a conditionné d'une manière importante l'organisation régionale en matière de gestion du risque par le fait principalement d'un délai inhérent lié au transfert et au recrutement des personnels en charge de ce domaine. Compte tenu de ces contraintes organisationnelles mais animée de la volonté de respecter au mieux le calendrier national fixé dès l'année 2010, la dynamique développée au sein du Pôle Offre de Santé, et en particulier de son service en charge de l'offre ambulatoire et de la gestion du risque, a permis d'engager à la fois un début de concertation locale avec l'Assurance Maladie et plus particulièrement la direction régionale de la coordination de la gestion du risque (Direction Régionale du Service Médical) et un certain nombre d'actions de structuration de la gestion du risque.

Un premier travail d'échanges et de concertation en matière de GDR s'est organisé dans le cadre de l'initiative visant à la mise en place de l'Equipe Projet Régionale, destinée à assurer le rôle de comité opérationnel auprès de la commission régionale de gestion du risque. De cette première coopération organisée auprès de la Direction Régionale du Service Médical assurant la direction de la coordination régionale en matière de GDR, a tout d'abord découlé la transmission d'information sur les actions pluriannuelles régionales, réalisées notamment dès l'année 2010, par l'Assurance Maladie à la fois au titre des programmes nationaux de gestion du risque mais également dans le cadre des dix priorités ou programmes fixés aux ARS. Le calendrier régional ayant rendu impossible l'organisation concertée d'un travail d'état des lieux régional exhaustif en matière de GDR (ARS/Assurance Maladie), cette concertation a également contribué à définir l'orientation des travaux à réaliser de façon concertée dans la perspective notamment de l'année 2011 dans le cadre de l'élaboration de l'avenant annuel au PPRGDR 2010 – 2013 : travail d'état des lieux régional, poursuite des actions de 2010 et développement des actions 2011 sur la base notamment des nouvelles orientations nationales.

Réalisées sous l'égide de l'ARS dans le cadre de sa structuration réalisée au cours du second semestre 2010 et en concertation avec les échanges ci mentionnés avec l'Assurance Maladie (DRSM), un certain nombre d'actions et de réalisations ont été engagées à partir du mois d'octobre 2010, en particulier la mise en place des instances prévues au plan national.

Instance d'avis et de concertation entre l'ARS et l'Assurance Maladie, la Commission Régionale de la Gestion du Risque (CRGDR) a été mise en place le 19 octobre 2010, sur la base notamment de la lettre du Directeur de l'Union Nationale des caisses d'Assurance Maladie

(UNCAM) du 26 mai 2010 relative à la désignation des représentants régionaux des régimes d'Assurance Maladie.

Au titre de l'ARS de Guadeloupe, de Saint-Martin & de Saint-Barthélemy, la composition de la CRGDR comprend pour l'ARS, outre le DGARS, président de la commission, le Directeur du Pôle « Offre de Santé » (soins hospitaliers, soins ambulatoires, soins médico-sociaux). Au titre de l'Assurance Maladie, elle se compose du Directeur Régional de la Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS), du Directeur Régional du Service Médical (DRSM) et de la Coordination du Risque (au titre du régime général) et du Directeur Régional du Régime Social des Indépendants (RSI). A noter qu'au titre de la Guadeloupe, le régime agricole ne comprend que les exploitants agricoles et leurs ayants droit, ceci contrairement à la France Métropolitaine ; les salariés agricoles se trouvant intégrés dans le régime général. Enfin, de façon complémentaire, un membre représentant les organisations complémentaires d'Assurance maladie a été désigné (lettre UNOCAM du 3 novembre 2010).

La première réunion de la CRGDR est prévue le 9 décembre 2010 avec pour ordre du jour prévisionnel sa mise en place officielle sur la base de son arrêté constitutif, la validation de son règlement intérieur, l'avis sur le projet de PPRGDR 2010 – 2013 et les orientations pour 2011.

Comité opérationnel de la CRGDR, l'Equipe Projet Régionale (EPR) a débuté ses premiers travaux en concertation entre l'ARS et l'Assurance Maladie dans le cadre de l'élaboration du présent PPRGDR 2010 - 2013. Officialisé lors de la première réunion de la CRGDR du 9 décembre 2010, cette équipe pourra comprendre, outre certains membres de la commission, des chefs de projets et toutes autres personnes ressource nécessaires à ses travaux.

Le présent PPRGDR 2010 – 2013 repose sur un ensemble de textes et de documents participant à structurer l'adaptation tant de son analyse que de ses orientations au regard des orientations nationales. Il repose également et surtout, concernant tout particulièrement dans sa première partie les programmes nationaux de gestion du risque, les données transmises par l'Assurance Maladie (Direction Régionale du Service Médical).

En application de la loi du 21 juillet 2009, l'instruction interministérielle du 19 juillet 2010, validée par le conseil national de pilotage le 9 juillet 2010 et portant directive aux agences régionales de santé relatives aux priorités sur la gestion du risque en 2010, fixe, en parallèle de la finalisation du contrat entre l'Etat et l'UNCAM au niveau national, les priorités de gestion du risque pour 2010 en cohérence avec les objectifs fixés aux ARS dans le cadre du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

L'instruction interministérielle du 9 novembre 2010, complétant celle du 19 juillet 2010, concerne les priorités fixées aux ARS dès l'année 2010 relatives aux Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) : analyse de l'efficience des EHPAD, qualité et efficience des soins en EHPAD.

Documents de référence, le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) 2006 – 2010 ainsi que le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2010 – 2013 participent à alimenter et à compléter l'analyse relative aux actions régionales développées dans le PPRGDR. Ce dernier devra de même développer ce rôle en interaction avec le Projet Régional de

Santé (PRS), lequel verra son processus d'élaboration se réaliser au cours du premier semestre 2011.

Source d'information et d'analyse appréciable, les ateliers interrégionaux sur la gestion du risque, qui se sont déroulés à Paris les 7 et 8 octobre 2010, constituent un autre élément participant à l'élaboration du présent programme pluriannuel. Il découle en particulier de ces ateliers un ensemble d'éléments d'analyse sur les dix programmes fixés aux ARS ainsi que la précision du calendrier de transmission des nombreux supports méthodologiques et différents livrables nationaux destinés aux ARS pour l'application de leurs actions régionales.

Enfin, les données et documents transmis par l'Assurance Maladie (Direction Régionale du Service Médical) ont participé de façon essentielle à l'élaboration de la première catégorie de la première partie du PPRGDR relative aux programmes nationaux de gestion du risque. Elles ont également apporté leur contribution à la rédaction des actions régionales décrites dans la deuxième catégorie de la première partie (les dix priorités ou programmes fixés aux ARS).

De l'ensemble de ces textes et documents découle la structuration du PPRGDR 2010 - 2013 présentée ci-dessous :

I. PREMIERE PARTIE DU PLRGDR : Programmes nationaux de gestion du risque élaborés conformément aux objectifs du contrat Etat/UNCAM

1°) Programmes nationaux de gestion du risque pilotés par les trois régimes d'Assurance Maladie de l'UNCAM

Relevant essentiellement de l'action des organismes locaux d'Assurance Maladie des trois régimes en matière de gestion du risque, ces programmes s'orientent vers la réalisation d'économies liées à la maîtrise médicalisée des dépenses.

2°) Dix priorités fixées aux ARS ou programmes d'actions destinés à être pilotés par les ARS avec le concours des organismes locaux d'Assurance Maladie

Seconde catégorie des programmes nationaux, les dix priorités fixées aux ARS prévoient par celles-ci l'animation, le déploiement au travers d'une contractualisation avec les organismes locaux d'Assurance Maladie d'actions régionales sur la base d'objectifs régionaux accompagnés et mesurés par un ensemble d'indicateurs (reporting). Ces programmes d'actions doivent non seulement s'intégrer dans une démarche générale de maîtrise médicalisée des dépenses, mais ils doivent également s'inscrire dans la recherche de sources d'efficience dans de multiples domaines spécifiques tels que les soins de suite et de réadaptation ou la permanence des soins ambulatoires.

II. DEUXIEME PARTIE DU PLRGDR : Actions régionales spécifiques complémentaires sous la responsabilité directe des ARS.

Traduisant la capacité d'intégration de chaque ARS dans sa zone d'action territoriale, conformément à l'instruction interministérielle du 19 juillet 2010, ces actions, complémentaires aux programmes nationaux, définies sur la base de référentiels scientifiques validés (recommandations HAS) et axées sur des instruments de mesure de ses résultats (moyens mobilisés/objectifs atteints), ont vocation toutefois à se déployer une fois le PRS adopté ; elles ont ainsi vocation à s'inscrire dans le diagnostic régional et dans les orientations régionales qui en découleront.

PREMIERE PARTIE

LES PROGRAMMES NATIONAUX DE GESTION DU RISQUE

Les programmes nationaux de gestion du risque découlent des orientations définies au plan national dans le contrat Etat – UNCAM, lequel fixe les priorités au titre des trois régimes d'assurance maladie dès l'année 2010. Sur la base des orientations nationales de ce contrat et issu des travaux organisés entre les directions ministérielles et les caisses d'assurance maladie, un ensemble d'actions a été décliné au plan régional pour la Guadeloupe avec les organismes locaux de l'Assurance Maladie : Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS), Direction Régionale du Service Médical (DRSM), Régime Social des Indépendants (RSI). Il découle dès lors que l'essentiel des données régionales reprises dans le Programme Pluriannuel Régional de Gestion du Risque (PPRGDR) correspond aux seules données transmises par l'échelon local de l'Assurance Maladie en Guadeloupe à l'Agence Régionale de Santé (ARS).

L'ARS, par le biais de son Pôle Offre de Santé (Service de l'Offre Ambulatoire et de la Gestion du Risque) s'est rapproché de l'échelon local de l'Assurance Maladie, et en particulier auprès de la Direction Régionale du Service Médical, lequel assure la direction de la coordination régionale en matière de gestion du risque. Les échanges intervenus ont ainsi permis la transmission des données sur les actions régionales de l'Assurance Maladie (au titre des trois régimes).

Les éléments ainsi fournis dans le présent PPRGDR portent successivement sur des informations d'ordres contextuel et environnemental (première ébauche d'un état des lieux régional) et concernent l'ensemble des actions régionales d'ores et déjà réalisées dès l'année 2010 ainsi que celles en programmation, notamment en 2011. Ces éléments ont été fournis par la DRSM lors de la première réunion de l'Equipe Projet Régionale du 26 octobre 2010 (dans l'attente de l'officialisation de ce comité lors de la première session de la commission régionale du 9 décembre 2010) et à l'occasion d'une visite de l'ARS auprès de la DRSM en date du 28 octobre 2010.

La première catégorie de la Première Partie relative aux programmes nationaux de gestion du risque se décompose en cinq programmes :

- 1°) Prévention
- 2°) Produits de santé
- 3°) Indemnités journalières
- 4°) Professionnels
- 5°) Affections de Longue Durée (ALD) – Bizone

1) PROGRAMME « PREVENTION »

Objectifs régionaux	Actions régionales	Régimes/Services concernés
Prévention bucco dentaire		
	Programme M'T dents	RG, MSA, RSI
Prévention cardiovasculaire et diabète		
Dépistage des cancers		
	Cancer colorectal, cancer du sein	RG, RSI
	Programmes CAPI (Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles)	RG, DRSM
Vaccination antigrippale	Vaccination contre la grippe saisonnière	RG, MSA, RSI
	Programmes CAPI (vaccination grippale)	RG, DRSM
Iatrogénie médicamenteuse - personnes âgées		
	Visites DAM auprès des EHPAD	RG

Commentaires sur les actions régionales :

S'étant substitué au Bilan Bucco Dentaire (BBD), le dispositif M'T dents s'adresse aux publics âgés successivement de 6, 9, 12, 15 et 18 ans et consiste en un examen bucco dentaire et en des soins consécutifs pris en charge à 100 %. Ce dispositif est soutenu par un plan de communication comprenant des actions, d'une part en direction des enfants et des parents et, d'autre part, en direction des chirurgiens-dentistes (correspondances, formulaires de prise en charge renouvelée, visites DAM...).

Sur la base des échanges d'informations réalisés, l'Assurance Maladie a relayé en Guadeloupe le dispositif national.

En Guadeloupe en 2010, aucune action régionale significative n'est constatée en matière de prévention cardiovasculaire et de diabète au titre des programmes nationaux.

Une action a également été menée localement en matière de dépistage des cancers (cancer colorectal, cancer du sein) par le régime général de la CGSS au moyen de visites de DAM (ciblage notamment sur l'activité de mammographie auprès des médecins généralistes).

Cette action est complétée par celle réalisée par ce dernier avec la DRSM avec la promotion de Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) en matière de prévention du cancer du sein engagée depuis 2009 en Guadeloupe.

Un programme de vaccinations contre la grippe saisonnière (avec campagne médiatique) a été développé par le régime général (CGSS).

Une démarche CAPI a relayé cette action en matière de taux de vaccination grippale (RG et

DRSM) : 79 CAPI ont été signés en 2009 tandis que 19 autres l'ont été en 2010.

La iatrogénie médicamenteuse concernant les personnes âgées a fait l'objet de visites de DAM auprès des EHPAD de la région en décembre 2010. Cette action a été complétée par la prise en compte, lors de ces visites, de la thématique Alzheimer.

2) PROGRAMME « PRODUITS DE SANTE »

Objectifs régionaux	Actions régionales	Régimes/Services concernés
Répondre aux objectifs de la maîtrise médicalisée		
	Statines	En attente de référentiels nationaux
	Inhibiteurs de pompes à protons	RG, DRSM
	Antihypertenseurs	RG
	Antibiotiques	RG, DRSM
	Antalgiques	RG
	Antidiabétiques oraux	DRSM
	Antiagrégants plaquettaires	DRSM
Renforcer le déploiement du médicament générique		
	Visites de DAM auprès des pharmacies	RG
	Accord tiers payant contre générique	RG
	Echanges confraternels auprès des pharmaciens	DRSM
	Campagnes médiatiques réalisées auprès des médias locaux (RFO, RCI, France Antilles) à l'attention des usagers	RG
Autres		
	Visites de DAM auprès des médecins généralistes sur le thème de l'obésité	RG
	Visites de DAM auprès des pharmaciens sur le thème de l'asthme	RG
	Echanges confraternels auprès des médecins (ostéoporose)	DRSM
	Echanges confraternels auprès des cardiologues (échographie)	DRSM
	Echanges confraternels auprès des médecins généralistes sur le niveau de consommation de certains matériels (bandelettes, lecteurs glycémie...)	DRSM

Commentaires sur les actions régionales :

Au titre de la maîtrise médicalisée des dépenses de produits de santé, l'Assurance Maladie en Guadeloupe a privilégié la réalisation d'actions d'information et de sensibilisation auprès des

médecins prescripteurs qui ont porté sur des indications de prescription conformes aux recommandations de la Haute Autorité en Santé (HAS).

Ces actions se sont traduites par des visites de Délégués de l'Assurance Maladie (DAM) auprès des professionnels de santé en matière de prescription de statines, dans le traitement du cholestérol, d'inhibiteurs de pompes à protons (IPP) au titre des risques gastriques, d'antibiotiques sur les thématiques de la bronchite et des problèmes urinaires, et d'antalgiques.

Des échanges confraternels réalisés par des médecins conseils auprès de leurs confrères de ville ont consisté quant à eux à traiter la prescription d'IPP en lien avec la gastro-entérologie et la rhumatologie ainsi que la prescription d'antibiotiques, d'antidiabétiques par voie orale et d'antiagrégants plaquettaires avec les médecins généralistes.

A noter en particulier que l'action d'échange confraternel auprès des pharmaciens a été reportée en 2011 sous réserve que l'effectif en pharmacien inspecteur de la DRSM soit reconstitué à la suite d'un départ en retraite.

Le renforcement du déploiement du médicament générique dans la prescription et la délivrance pharmaceutique a constitué une seconde et importante action développée au niveau régional. Toutefois, malgré sa signature, l'accord tiers payant contre générique rencontre des difficultés suscitant une absence d'application effective au niveau régional.

Nonobstant cette difficulté d'application, la politique régionale s'inscrit dans une volonté de promotion de la substitution au bénéfice des médicaments génériques auprès des pharmacies par le biais de visites de DAM et d'échanges confraternels.

3) PROGRAMME « INDEMNITES JOURNALIERES »

Objectifs régionaux	Actions régionales	Régimes/Services concernés
Maîtriser les prescriptions d'IJ (déploiement de référentiels de prescription)		
	Echanges confraternels auprès des médecins prescripteurs	DRSM
	Visites de DAM auprès des médecins prescripteurs	RG
	Visites dans les entreprises par les représentants de la CGSS et les médecins conseils	RG, DRSM

Commentaires sur les actions régionales :

En matière de prescription d'indemnités journalières (IJ) en Guadeloupe, le programme des actions de la DRSM (échanges confraternels auprès des médecins prescripteurs) et de la CGSS (visites de DAM auprès des médecins prescripteurs) a fixé des objectifs à atteindre en matière de résultats (15.2 % au titre de l'évolution du montant des IJ et 13.9 % au titre de l'évolution du nombre des IJ).

Parallèlement à cette action, une action d'accompagnement a été menée dans les entreprises en matière d'arrêts de travail par l'Assurance Maladie (DRSM/CGSS).

4) PROGRAMME « PROFESSIONNELS »

Objectifs régionaux	Actions régionales	Régimes/Services concernés
Maîtriser les dépenses de soins de masso-kinésithérapie (référentiels médicaux)		
	Visites de DAM auprès des kinésithérapeutes	RG
	Echanges confraternels auprès des médecins spécialistes (chirurgiens orthopédiques, rhumatologues, rééducateurs)	DRSM

Quelques chiffres (données Assurance Maladie – Direction Régionale du Service Médical)
Commentaires sur les actions régionales :

L'Assurance Maladie en Guadeloupe a privilégié au titre de 2010 une action régionale sur les dépenses de masso-kinésithérapie. L'évolution des dépenses de l'activité des kinésithérapeutes accuse en effet un niveau très élevé au regard tant des dépenses au titre de l'ensemble des DOM que vis vis-à-vis de la France Métropolitaine.

Entre 2009 et 2010, le taux d'évolution des dépenses de kinésithérapeutes, pour les mois d'avril, mai et juin est supérieur à l'objectif fixé (5.80 % en 2010).

L'action régionale s'articule autour de référentiels médicaux et se traduit par des visites de DAM auprès des professionnels de la masso-kinésithérapie et par des échanges confraternels auprès des médecins spécialistes.

5) PROGRAMME « AFFECTIONS DE LONGUE DUREE (ALD) – BIZONE »

Objectifs régionaux	Actions régionales	Régimes/Services concernés
Diffusion des recommandations HAS et accompagnement des médecins		
	Echanges confraternels auprès des médecins pour révision des protocoles de soins	DRSM
	Diffusion des guides élaborés par la HAS au fur et à mesure de leur production	RG
	Promouvoir Espace Pro notamment PES dématérialisé	RG, DRSM

Quelques chiffres (données Assurance Maladie – Sources Ameli.fr) :

En France l'Assurance Maladie prend en charge à 100 % les personnes atteintes d'une

Affection de Longue Durée (ALD), et notamment celles concernées par une ALD 30 ou liste établie par décret des 30 affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Les ALD 30 constituent avec les affections « hors liste » et les polyopathologies les trois catégories d'affections de longue durée.

Selon les données du régime général, le taux standardisé pour 100 000 personnes de chacune des 30 ALD de la liste au 31 décembre 2009 indique un classement significatif de la Guadeloupe au titre de 8 ALD ainsi sélectionnées :

- Accident vasculaire cérébral invalidant (ALD 1) : 2^{ème} rang au plan national ;
- Diabète de type 1 et diabète de type 2 (ALD 8) : 2^{ème} rang au plan national ;
- Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères (ALD 10) : 2^{ème} rang au plan national ;
- Hypertension artérielle sévère (ALD 12) : 1^{er} rang au plan national ;
- Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (ALD 19) : 3^{ème} rang au plan national ;
- Paraplégie (ALD 20) : 3^{ème} rang au plan national ;
- Affections psychiatriques de longue durée (ALD 23) : 60^{ème} rang au plan national ;
- Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique (ALD 30) : 98^{ème} rang au plan national.

Au titre de la répartition par diagnostic du pourcentage des bénéficiaires en ALD (80 000 bénéficiaires d'une ou plusieurs ALD) à la date du 1^{er} juin 2010, selon les données du régime général pour la Guadeloupe (sources DRSM) sont les suivantes :

- Hypertension artérielle sévère (ALD 12) : 32 % ;
- Diabètes de type 1 et diabète de type 2 (ALD 8) : 25 % ;
- Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique (ALD 30) : 9 % ;
- Affection psychiatrique de longue durée (ALD 23) : 8 % ;
- Accident vasculaire cérébral invalidant (ALD 1) : 3 % ;
- Insuffisance cardiaque, trouble du rythme, cardiopathie valvulaire congénitales graves (ALD 5) : 3 % ;
- Insuffisance respiratoire chronique grave (ALD 14) : 3 % ;
- Autres : 17 %.

Commentaires sur les actions régionales :

Outre la diffusion des guides élaborés par la HAS, l'action régionale de l'Assurance Maladie pour la Guadeloupe vise à développer le « service Protocole de Soins Electronique » (PSE) permettant la rédaction en ligne par les médecins traitants de protocoles de soins de leurs patients en ALD. Cet outil apporte en effet aux professionnels un accès simple et sécurisé, des démarches simplifiées et une assistance au remplissage.

Cet outil est disponible au sein du site Espace Pro, lequel offre un ensemble d'autres outils électroniques tels que l'accès au compte professionnel Ameli.fr, un historique des remboursements, l'édition de formulaires pour déclarations de causes de décès ou d'arrêt de travail. La promotion est assurée par le régime général au moyen de visites de Délégués de l'Assurance Maladie (DAM) et d'échanges confraternels organisés par les médecins conseils de la DRSM.

 **LES DIX PRIORITES FIXEES AUX AGENCES REGIONALES DE
SANTÉ**

Conformément à l'instruction interministérielle du 19 juillet 2010 (validée le 9 juillet 2010 par le CNP), les dix priorités ou programmes fixés aux ARS figurant dans la deuxième catégorie de la Première Partie du PPRGDR, sont pilotés par les ARS avec le concours des organismes locaux de l'Assurance Maladie.

Résultant des échanges et de la concertation organisés en octobre 2010 entre l'ARS et l'Assurance Maladie, les données transmises à cette occasion participent à l'élaboration des présentes priorités ou programmes ainsi présentés. De même qu'au titre des données indiquées dans les programmes nationaux en matière de gestion du risque, les actions régionales qui en découlent s'inscrivent à la fois en réalisations 2010 et en prévisions sur 2011.

Outre les données issues de l'Assurance Maladie au plan local, la seconde catégorie de la Première Partie du PPRGDR reprend un ensemble d'orientations et de données issues des textes nationaux (instructions interministérielles du 19 juillet et du 19 novembre 2010), du SROS 2006 – 2010, du CPOM 2010 – 2013 et des ateliers interrégionaux sur la gestion du risque organisés à Paris les 7 et 8 octobre 2010.

L'instruction du 19 juillet 2010 présente la liste des dix priorités ou programmes et les montants en millions d'euros des économies nationales prévues sur 2010 et 2011 en application des actions ainsi programmées.

L'instruction du 19 novembre 2010 apporte un complément à la précédente directive concernant plus particulièrement les deux priorités ou programmes relatifs aux EHPAD (« efficacité des EHPAD » et « prescription dans les EHPAD »). Cette directive précise en particulier les éléments de support pour l'animation d'échanges et de réunions auprès des EHPAD sur un ensemble de thématiques (« dénutrition des personnes âgées », « prescription de pansements primaires », « prescription de benzodiazépine »). Elle précise également les priorités relatives à l'analyse de l'efficacité des EHPAD ainsi que l'efficacité des soins en EHPAD.

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) 2006 – 2010 réalisé sous l'égide de l'ARH de Guadeloupe, de Saint-Martin & de Saint-Barthélemy constitue un support de référence, au titre de ses données et orientations régionales, dans l'élaboration du PPRGDR.

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2010 - 2013, dont la conclusion est imminente à la date de la rédaction du présent programme, constitue un document de référence dans la mesure où ses fiches régionales conditionnent l'orientation de l'action de l'ARS au cours des années suivantes.

Par ailleurs, les ateliers interrégionaux sur la gestion du risque organisés à Paris en octobre 2010 constituent un apport intéressant quant à la déclinaison régionale des orientations nationales pour les ARS. Celles-ci étaient en effet invitées à participer à cette instance au cours de laquelle étaient organisées des rencontres animées par les interventions de personnalités (Madame WARGON, Monsieur LIBAULT, Monsieur van ROEKHEGEM...) ainsi que des groupes de travail au sein desquels étaient développées les différentes priorités régionales fixées aux ARS.

Les travaux réalisés dans les groupes de travail dans ces ateliers interrégionaux ont développé différentes orientations présentées comme autant d'hypothèses de travail, pour le présent PPRGDR, dans l'attente de la réception d'une validation ministérielle. Ces hypothèses de travail sont les suivantes :

- la définition de « taux de réalisation » des actions régionales à mener par les ARS sur la base d'un ensemble d'indicateurs pour la plupart des 10 priorités (ou programmes) GDR 2010 – 2011 permettant l'évaluation de l'atteinte des objectifs fixés pour chacun des programmes ;
- la proposition, étant donné les contraintes de calendrier de lancement des actions sur le terrain et de stabilisation des objectifs, qu'un certain nombre de programmes sur l'ensemble des 10 soit identifié pour leur application sur l'année 2010. En référence à cette proposition, les priorités ou programmes intitulés « Prescriptions Hospitalières Médicamenteuses Exécutées en Ville – PHMEV », « Imagerie médicale » et « Soins de Suite et de Réadaptation – SSR » seraient considérés comme « non applicables » en 2010 avec un démarrage prévu début 2011.

Les ateliers interrégionaux ont été également l'occasion de la diffusion d'une information relative aux divers livrables nationaux prochainement adressés aux ARS, sous la forme notamment d'instructions, de lettres ou de guides méthodologiques, et destinés à permettre à celles-ci de décliner l'application des orientations nationales ainsi fixées.

L'élaboration du présent PPRGDR a enfin été complétée par des réunions de travail internes à l'ARS dans le cadre du Pôle « Offre de Santé », entre le Service de l'Offre Ambulatoire et de la Gestion du Risque, le Service Personnes Agées et le Service Ressources et Performances Hospitalières sans omettre une concertation nécessaire auprès de l'échelon médical de l'agence en charge de la gestion du risque.

Conformément à l'instruction interministérielle du 19 juillet 2010, les dix priorités ou programmes fixés aux ARS sont les suivants :

- 1°) Transports sanitaires ;
- 2°) Prise en charge de l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC) ;
- 3°) Maîtrise des prescriptions des médicaments et des dispositifs médicaux de la liste en sus ;
- 4°) Prescriptions Hospitalières de Médicaments Exécutées en Ville (PHMEV) ;
- 5°) Imagerie médicale ;
- 6°) Chirurgie ambulatoire ;
- 7°) Efficacité des EHPAD ;
- 8°) Efficacité de la prescription dans les EHPAD ;
- 9°) Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ;
- 10°) Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA) et Urgences Sanitaires.

1) PROGRAMME « TRANSPORTS SANITAIRES »

Objectifs régionaux	Actions régionales	Indicateurs régionaux
Réguler les dépenses de transport sanitaire		
1) Contractualiser avec les établissements de santé		
	Pré ciblage des établissements susceptibles de contractualiser au titre des dépenses de transports sanitaires sur la base des montant des remboursements AM au titre des prescriptions de transports sanitaires (2010 – 2011)	* Liste des établissements * Taux de dépassement des dépenses (taux national en référence)
	Adresser une correspondance informant et sensibilisant chacun des établissements ciblés en matière de prescription de dépenses (2010 – 2011)	* Effectivité des envois par rapport au nombre des établissements
	Contractualiser (« contrats transports ») auprès des établissements en concertation entre l'ARS, et l'Assurance Maladie (2011)	* Nombre de visites effectives réalisées * Nombre de contrats signés avec les établissements dont le taux d'évolution des prescriptions est supérieur au taux défini nationalement
	Programmer une action concertée de contrôle dans l'application des contrats (ARS/Assurance Maladie) (2011)	* Nombre de cas identifiés de non respect des engagements contractuels
2) Expérimenter des dispositifs de régulation des dépenses par le développement de modes de transports sanitaires plus économes		
	Accompagner la démarche d'expérimentation dans le cadre de la réflexion stratégique de l'ARS (2011)	
	Agir à travers les autorisations délivrées aux transporteurs, afin de respecter le ratio 1 ambulance pour 2 VSL (2010)	

Enjeux du programme :

Réguler l'évolution nationale des dépenses de transports sanitaires et fournir un modèle d'organisation des transports sanitaires et des transports assis professionnalisés en développant notamment les modes de transport partagé.

De ces enjeux découlent les objectifs de repérer et sensibiliser les établissements surprescripteurs et de contractualiser avec ces établissements.

Quelques chiffres (données France Métropolitaine) :

Sur 55 millions de transports prescrits en 2009, il est souligné que 38 % d'entre eux ont été prescrits par les médecins libéraux tandis que 63 % l'ont été par les établissements hospitaliers et médico-sociaux. Ces prescriptions se trouvent réparties entre les ambulances (41 %), les VSL (23 %) et les taxis agréés (31 %).

L'analyse des dépenses de transports montre une augmentation des dépenses de 7.1 % en valeur sur l'année 2009, s'expliquant pour 4.1 % par des hausses tarifaires.
(Documentation présentée en hypothèses de travail – ateliers interrégionaux de GDR des 7 et 8 octobre 2010)

Commentaires sur les actions régionales :

Le pré ciblage des établissements susceptibles de contractualiser au titre des dépenses liées aux transports sanitaires est réalisé dès l'année 2010 au niveau régional sur la base des données issues de l'Assurance Maladie (montant des remboursements réalisés au titre des prescriptions de transports sanitaires).

La mise en oeuvre des actions d'information et de sensibilisation des établissements identifiés mais également et surtout la mise en oeuvre de la contractualisation (ARS/AM/Etablissements) s'inscrit dans le cadre du second trimestre 2011 ; le premier trimestre étant consacré à la validation des établissements éligibles à une contractualisation.

L'Assurance Maladie (RG/CGSS et DRSM) a d'ores et déjà initié en 2010 un ensemble de visites auprès des établissements MCO de la région affichant un taux d'évolution des dépenses supérieur à 4 %. Une programmation d'ores et déjà fixée sur 2011 intégrant un ensemble d'actions sur les premier et second semestres (DAM, Echanges confraternels, MMH).

L'accompagnement à la démarche d'expérimentation dans le cadre de la réflexion régionale vise à s'inscrire dans le cadre de la réflexion stratégique de l'ARS en matière de transports sanitaires.

Supports en attente de diffusion (sources : Ateliers Interrégionaux sur la gestion du risque – Paris les 7 et 8 octobre 2010) (DSS, DGOS, ARS) :

- guide d'analyse méthodologique de la situation des établissements / transports sanitaires (définition des modalités de ciblage et critères d'évaluation de la situation des établissements sur prescripteurs, déterminants de la dépense de transport) (4^{ème} trimestre 2010) ;
- mise à disposition d'un kit de référentiels pratiques (prescription médicale, organisation des transports sanitaires, guide de remontée d'information (4^{ème} trimestre 2010) ;
- contrat type précisant les engagements réciproques, les objectifs, le mécanisme financier (pénalités, intéressement), l'évolution et le suivi (4^{ème} trimestre 2010) ;
- cahier des charges des expérimentations (instructions aux ARS pour la mise en place des expérimentations) (4^{ème} trimestre 2010).

2) PROGRAMME « INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE »

Objectifs régionaux	Actions régionales	Indicateurs régionaux
Améliorer l'efficacité de la prise en charge de l'IRC		
1) Identifier les pratiques régionales, promouvoir le dépistage et diffuser les recommandations de bonne pratique professionnelle en terme de prévention et de prise en charge de l'IRC		
	Réaliser un état des lieux des pratiques et des conditions et modalités régionales de prise en charge des patients (état des lieux régional ARS) (2010 – 2011)	
	Relayer auprès des médecins (néphrologues) et des assurés (Assurance Maladie) les recommandations de la HAS issues des données épidémiologiques disponibles (REIN) (2010 - 2011)	
2) Promouvoir le développement de stratégies de traitement dans un objectif d'efficacité (plan régional)		
	Développer la dialyse péritonéale et la dialyse à domicile (réseaux de prise en charge, urgences, EHPAD) (2010 - 2011)	* Nombre de patients en DP / nombre de patients en dialyse * Nombre de patients en dialyse en centre / nombre total de patients en dialyse * Taux d'évolution de la dialyse à domicile
3) Promouvoir la réalisation de greffes rénales (plan d'action régional)		
	Structurer et formaliser des réseaux (prélèvement d'organes, suivi partagé des greffés) (2011)	
	Optimiser l'organisation (qualité, sécurité) du prélèvement sur donneurs vivants (2010 - 2011)	
	Promouvoir l'information sur le don d'organe (via les médecins généralistes) ainsi qu'une campagne de communication « grand public » (2010 – 2011)	* Nombre et évolution des greffes au niveau régional

Enjeux du programme :

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

Quelques chiffres (données France Métropolitaine) :

Si 1.8 à 3 millions de personnes en France ont une IRC non terminale, 68 000 personnes souffrent d'une IRC terminale.

L'hypertension artérielle et le diabète sont les principales causes d'IRC 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.

Selon les sources CNAMTS 2007, le montant annuel moyen de prise en charge d'un malade selon la modalité de traitement de suppléance est le suivant :

- dialyse péritonéale (DP) : 64 450.00 € ;
- hémodialyse (HD) : 88 608.00 € ;
- greffe dans l'année : 86 471.00 € ;
- suivi de greffe : 20 147.00 €.

Selon les hypothèses de travail avancées, la similarité des profils des malades (âge, comorbidité) en dialyse péritonéale (DP) assistée et en hémodialyse (HD) en centre laisse penser qu'un nombre non négligeable de malades débutant par une HD en centre pourrait être redistribué vers la DP assistée. Selon ces mêmes hypothèses, le développement de la DP autonome et de l'autodialyse peut-être envisagé en particulier dans les régions en pénurie d'organes (faible activité de greffe).

Selon les données de l'Agence de la Biomédecine (malades inscrits entre 2003 et 2008), la médiane d'attente avant greffe rénale en France est de 18.4 mois. La Guadeloupe accuse selon cette source la plus forte médiane d'attente avec 43.6 mois, suivie par La Réunion (36.9 mois) puis par l'Ile-de-France (32.9 mois).

Références régionales (SROS 2006 – 2010) :

Les conclusions du volet SROS au titre de l'IRC ont porté sur la prévention et l'éducation à la santé, l'amélioration de la filière de prise en charge, la transplantation rénale et la mise en place d'un réseau de soins.

En matière de prévention et d'éducation, si l'effectivité d'actions de formation et de sensibilisation auprès des professionnels de santé a été vérifiée, l'objectif est de développer des campagnes de dépistage et d'éducation spécifique à l'IRC. Sur le constat d'une forte prévalence régionale du diabète et de la faiblesse de la prise en charge et du suivi au niveau ambulatoire, un réseau de santé (Karu Diabète) participe à l'organisation d'une action régionale de dépistage et de suivi de cette pathologie avec le développement d'une action d'éducation thérapeutique par le CH de Basse-Terre (CHU pôle de référence régionale).

A l'absence constatée d'un registre des greffés s'articule le constat dans le schéma régional d'une amélioration dans la répartition de l'offre entre les types de dialyse sur le territoire régional (auto dialyse hors centre, dialyse péritonéale, hémodialyse en centre, dialyse allégée pour les situations de double insularité) avec l'attribution du label de « service référent » au service de néphrologie-hémodialyse du CHU de Pointe-à-Pitre. Une politique de transplantation rénale est activée au CHU depuis juin 2004 ainsi que le suivi des greffés. En dépit de la mise en place d'une unité d'exploration cardio-vasculaire au CHU, l'absence de réseau de soins est constatée.

Sur la base des données régionales chiffrées correspondant à l'objectif fixé (OQOS) en matière de nombre de patients pris en charge, la répartition actuelle de l'offre de soins en matière d'IRC se développe autour de quatre structures en Guadeloupe de la façon suivante : dialyse

péritonéale (7.7 %), auto dialyse (21.9 %), dialyse en centre (49.9 %) et dialyse médicalisée (UDM) (20.5 %).

L'amélioration de la qualité de la prise en charge au titre de l'hypertension artérielle s'est traduite par la création d'un réseau de santé en charge de la coordination (HTA Gwad) complétant la mise en place d'une offre territoriale assurée autour des deux unités d'HTA du CHU et du CH de Basse-Terre.

Commentaires sur les actions régionales :

Les contacts et échanges d'informations établis fin 2010 entre l'ARS et l'Assurance Maladie (DRSM) attestent de l'orientation souhaitée par celle-ci en direction d'un développement des actions d'information et de sensibilisation (dont associations de dialysés en 2011) et de l'activité de greffe au niveau local.

Des actions (visites DAM et EC ou échanges confraternels) sur 2010 et 2011 s'orientent de façon complémentaire sur la thématique de l'obésité.

La démarche en faveur du développement de la dialyse péritonéale s'inscrit pleinement avec l'orientation indiquée dans la note stratégique du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) de l'ARS pour 2010 – 2013. Constatant la faible pratique régionale de cette activité (1 % en 2008 et 2 % en 2010), la cible fixée s'élève donc à 5 % pour 2013. Les actions envisagées dans la fiche régionale correspondante du CPOM sont les suivantes : « renforcer l'incitation auprès des promoteurs privés et publics à développer la dialyse péritonéale » et « l'incitation auprès des associations des usagers ».

Supports en attente de diffusion (sources : Ateliers Interrégionaux sur la gestion du risque – Paris les 7 et 8 octobre 2010) CNAMTS, DGS, DSS, DGOS, ATIH, HAS, ARS) :

- livrable (à diffuser aux néphrologues libéraux et aux médecins libéraux par l'Assurance Maladie, aux établissements de santé et aux EHPAD par l'ARS) fondé sur les recommandations de la HAS, les données du registre REIN : dépistage chez les publics à risque (diabétiques et HTA) par dosage de créatinémie et dosage de l'albuminurie, moyens thérapeutiques permettant de ralentir l'évolution de l'IRC si dépistage avant le stade terminal, modalités de prise en charge de l'IRC la plus adaptée entre greffe, dialyse en centre/dialyse hors centre, hémodialyse/dialyse péritonéale (4^{ème} trimestre 2010) ;
- méthodologie pour l'élaboration d'un plan d'action pour le développement de la prise en charge de l'IRCT la plus adaptée (instruction aux ARS en décembre 2010).

3) PROGRAMME « MAITRISE DES PRESCRIPTIONS DES MEDICAMENTS ET DES DISPOSITIFS MEDICAUX DE LA LISTE EN SUS »

Objectifs régionaux	Actions régionales	Indicateurs régionaux
Maîtriser les dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux de la liste en sus		
1) Evaluer l'impact des actions locales en application de la circulaire du 16 juin 2009		
	Etablir le bilan régional (ARS/Assurance Maladie) (2010 – 2011)	
2) Poursuivre l'action de 2009 auprès des établissements gros prescripteurs		
	Identifier les établissements ayant dépassé le taux fixé en 2010 à 8 % et éligibles à une contractualisation (2010)	* Nombre d'établissements ciblés / nombre d'établissements de la région
	Développer la contractualisation (ARS/Assurance Maladie) de plans d'actions avec les établissements identifiés (Contrat de Bon Usage des Médicaments ou CBUM) sur la base de leurs observations) (2011)	* Nombre d'établissements ciblés pour lesquels un contrôle a été effectué / nombre d'établissements ciblés
	Assurer un suivi et un accompagnement (ARS) des établissements signataires de CBUM (2011)	
3) Poursuivre la campagne 2009		
	Poursuivre les actions d'information et de sensibilisation en vue de la promotion du bon usage des médicaments (2011)	

Enjeux du programme :

Maîtrise des dépenses de santé de la liste en sus par l'amélioration de la qualité des prescriptions.

Commentaires sur les actions régionales :

Des actions ciblées auprès des professionnels de santé (avec la signature de conventions de bon usage des médicaments) sont développées par l'Assurance Maladie (DRSM) au niveau régional. Le principe d'une étroite coopération est d'ores et déjà établi avec l'ARS lors des contacts organisés fin 2010 dans le cadre du PPRGDR.

Support en attente de diffusion (sources : Ateliers Interrégionaux sur la gestion du risque – Paris les 7 et 8 octobre 2010) (DGOS, CNAMTS, HAS, AFSSAPS, INCA, ATIH, ARS) :

- guide méthodologique destiné à accompagner les ARS dans les différentes séquences du dispositif (ciblage, contrôle, conclusion des plans d'actions), son objectif est de fixer un cadre d'action aux ARS en vue de piloter localement le dispositif de régulation de la liste en sus pour 2010 – 2011 (décembre 2010).

4) PROGRAMME « PRESCRIPTIONS HOSPITALIERES DE MEDICAMENTS EXECUTEES EN VILLE »

Objectifs régionaux	Actions régionales	Indicateurs régionaux
Maîtriser les dépenses de prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville		
1) Identifier les établissements gros prescripteurs		
	Suivre l'évolution des dépenses des prescriptions médicamenteuses et pré ciblé les établissements susceptibles de contractualiser car considérés comme gros prescripteurs sur la base de leur taux de dépenses (taux national d'objectif d'évolution en référence) (2010)	
2) Contractualiser et accompagner les établissements ciblés comme gros prescripteurs		
	Validation des établissements éligibles à une contractualisation (2011)	* Nombre de visites effectives réalisées en préparation de la contractualisation
	Contractualiser, en concertation avec l'Assurance Maladie, des CAQCS sur les prescriptions hospitalières dans les établissements ciblés ou dont la croissance de prescription apparaît rapide (2011)	* Nombre de contrats signés avec les établissements hospitaliers
	Diffuser des outils d'identification des prescripteurs auprès des établissements et des officines (Assurance Maladie) (2011)	

Enjeux du programme :

Identification des prescripteurs hospitaliers et maîtrise des volumes au travers d'une contractualisation avec les établissements de santé ciblés.

Quelques chiffres (données France Métropolitaine) :

Le bilan quantitatif de la Maîtrise Médicalisée des Prescriptions Hospitalières (MMPH) au titre de 2008 (sources documentation – groupes de travail GDR des Ateliers Interrégionaux à Paris les 7 et 8 octobre 2010) précise la répartition des services visités lors des 1 064 visites réalisées dans les établissements hospitaliers) :

- Médecine interne (15 %) ;
- Urgences (14 %) ;
- Chirurgie (14 %) ;
- Gériatrie (8 %) ;
- Cardiologie (8 %) ;

- Gynécologie (4 %) ;
- SSR (3 %) ;
- Autres (34 %).

Selon les mêmes sources, le bilan quantitatif MMPH 2009 affiche un total de 1705 contrats conclus depuis 2006 (avec inclusion des engagements réciproques des CPAM ajoutés en 2009) qui se répartissent selon les thématiques concernées : antibiotiques (50 %), transports (27 %), génériques (12 %) et statines-ALD-IJ-IPP (11 %).

Commentaires sur les actions régionales :

Complémentaire aux visites réalisées en 2010 au titre de la MMPH par le Régime Général (CGSS) et la DRSM auprès des établissements affichant des taux d'évolution des dépenses supérieurs à 6 %, une démarche de contractualisation a d'ores et déjà été engagée sous l'égide de l'Assurance Maladie (RG) dans le cadre de contrats avec des établissements hospitaliers de la Guadeloupe :

- accords locaux relatifs au bon usage des antibiotiques (7 établissements) ;
- accords d'initiative locale relatifs aux prescriptions de transports (7 établissements) ;
- engagements réciproques relatifs aux prescriptions de transports (2 établissements).

Supports en attente de diffusion (sources : Ateliers Interrégionaux sur la gestion du risque – Paris les 7 et 8 octobre 2010) (UNCAM, DGS, DGOS, DSS, HAS, AFSSAPS, INCA, ARS) :

- outils d'accompagnement des établissements : choix de référentiels pour l'accompagnement, aide à la prescription (décembre 2010), méthode pour l'accompagnement avec repérage des prescripteurs (2011) ;
- contrat type national (CAQCS) et méthode de contractualisation (décembre 2010) ;
- méthode de suivi des dépenses de PHMEV, méthode de calcul des économies réalisées (décembre 2010).

5) PROGRAMME « IMAGERIE MEDICALE »

Objectifs régionaux	Actions régionales	Indicateurs régionaux
Maîtriser les dépenses liées à l’Imagerie médicale		
1) Réguler les dépenses d’imagerie médicale		
	Mener des actions de sensibilisation (ARS/Assurance Maladie) auprès des prescripteurs (établissements) et notamment des radiologues (2011)	* Nombre d’actions de sensibilisation effectué
	Diffuser les recommandations de remnographie de la HAS et accompagnement des prescripteurs et des radiologues (Assurance Maladie) (2011)	
2) Favoriser un développement soutenable des équipements lourds		
	Analyser les demandes d’autorisation ou de remplacement au regard des potentialités en termes d’IRM plus efficaces (ARS) (2010 - 2011)	
	Veiller à privilégier selon les cas les équipements dans le cadre d’utilisation partagée entre établissements (sur la base des conditions régionales d’application) (2010)	

Enjeux du programme :

Maîtriser les dépenses liées à l’imagerie médicale et favoriser un développement soutenable des équipements lourds.

Sur un constat pouvant constituer une base de référence selon lequel les dépenses de radiologie sont les principales dépenses d’honoraires de médecins libéraux après celles des généralistes, le parc français semble se caractériser par une présence quasi exclusive d’équipements de très haut de gamme dont l’avantage est de couvrir l’ensemble du champ des examens possibles mais dont l’inconvénient réside dans un coût unitaire élevé, tant à l’investissement qu’en fonctionnement. L’exemple le plus notable en serait la faiblesse du parc des IRM « à bas champ » (celui-ci représenterait jusqu’à 30 % de l’équipement dans certains pays comparables à la France). Un objectif de « mixte » dans l’équipement d’une région serait à même de répondre à l’objectif d’efficacité recherché.

Références régionales (SROS 2006 – 2010) :

Répartie entre le secteur public et le secteur privé, l’offre territoriale repose sur une situation d’insularité voire de double insularité et d’éloignement. Sur la base du bilan des équipements de matériels lourds d’octobre 2010, le nombre notamment des autorisations au titre des appareils d’imagerie et de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire (IRM) s’élève à 4 pour l’archipel de la Guadeloupe pour un plafond prévu par le SROS de 5 autorisations ; le différentiel reposant sur un objectif de rentabilisation des matériels autorisés (complémentarité

entre établissements, horaires d'ouverture aux médecins libéraux). Le parc régional est de type « à haut champ ».

Le SROS s'oriente néanmoins vers un objectif à la fois de conventions d'utilisation partagée et de dimensionnement des plateaux techniques tenant compte des missions et activités des établissements de santé, sur la base d'un pôle régional de référence autour du CHU de Pointe-à-Pitre.

Commentaires sur les actions régionales :

Par le biais en particulier d'échanges confraternels (EC) organisés par l'Assurance Maladie (DRSM) une action régionale est d'ores et déjà engagée auprès des radiologues (identification des actes jugés « inutiles »). La poursuite de la programmation d'EC en 2011 (notamment au premier semestre) est d'ores et déjà arrêtée.

Les échanges organisés fin 2010 en particulier entre l'ARS et la DRSM s'orientent vers la promotion de référentiels de bonne pratique auprès des radiologues avec pour objectif affiché la promotion d'équipements IRM « à bas champ ».

L'action complémentaire de l'ARS en matière d'autorisation s'oriente dès lors, en continuité avec les objectifs du SROS, vers un développement tant des conventions d'utilisation partagée que des autorisations visant une répartition territoriale et efficiente des matériels d'imagerie médicale tenant compte des contraintes insulaires de l'archipel.

Supports en attente de diffusion (sources : Ateliers Interrégionaux sur la gestion du risque – Paris les 7 et 8 octobre 2010) (CNAMTS, DGOS, DSS, INCA, ANAP, ARS) :

- fiches et outils d'aide à l'accompagnement aux recommandations de la HAS (2011) ;
- livrable intitulé « guide méthodologique d'aide à la détermination des autorisations en matière d'équipement IRM et objectifs quantitatifs » dont l'objectif consiste principalement à favoriser l'installation d'IRM plus efficaces et l'adéquation des équipements lourds au regard de la typologie des besoins (2^{ème} trimestre 2011) ;
- tableau de bord de suivi des dépenses, du parc des délais d'attente (2^{ème} trimestre 2011).

6) PROGRAMME « CHIRURGIE AMBULATOIRE »

Objectifs régionaux	Actions régionales	Indicateurs régionaux
Développer une chirurgie ambulatoire de qualité et efficiente		
Assurer une offre cohérente et optimisée de chirurgie ambulatoire		
	Organiser un état des lieux régional au titre de la chirurgie ambulatoire avec fixation d'indicateurs (ARS) (2010)	* Taux de chirurgie ambulatoire sur les 17 gestes marqueurs
	Concevoir et mettre en œuvre un plan d'action de promotion de la chirurgie ambulatoire en région (ARS) (sur la base de l'état des lieux régional) (2011)	
	Contractualiser sur les CPOM avec les établissements au titre de la chirurgie ambulatoire (ARS) (2011)	
	Poursuivre la mise sous accord préalable (MSAP) (Assurance Maladie) (2010 - 2011)	

Enjeux du programme :

Alternative à l'hospitalisation à temps complet et prise en charge, selon des conditions qui permettent au patient de rejoindre son domicile le jour même, d'actes chirurgicaux nécessitant le recours à un secteur opératoire, la chirurgie ambulatoire apporte une prestation équivalente, par sa nature, sa complexité, sa surveillance médicale, à celle réalisée à temps complet, pour les patients dont l'état de santé correspond à ce mode de prise en charge, avec le développement d'une meilleure efficacité.

Se déclinant autour de trois principaux axes (optimisation des plateaux techniques de chirurgie au niveau des territoires de santé avec une mutualisation des ressources médicales et paramédicales, développement de la qualité dans la prise en charge et réalisation d'économies pour l'Assurance Maladie), la chirurgie bénéficie d'une politique volontariste depuis 2005 avec l'inscription de la chirurgie ambulatoire comme objectif prioritaire des volets « chirurgie » dans les SROS III (2006 – 2011). L'objectif affiché pour 2011 consiste à la poursuite de cette politique.

Quelques chiffres (données France Métropolitaine) :

Le développement global de la prise en charge en chirurgie ambulatoire, entre 2007 et 2009, s'identifie autour de 3 indicateurs (sources ATIH) :

- la part des séjours chirurgicaux de 0 jours dans l'ensemble des séjours chirurgicaux (évolution de 2007 à 2009 : 61.4 %, 66.2 % et 73.3 %) ;
- la part des séjours de 0 jours dans l'ensemble des séjours chirurgicaux classés dans des racines ayant un GHM en J (évolution de 2007 à 2009 : 45.9 %, 47.9 % et 51.7 %) ;
- la part des séjours de 0 jours dans l'ensemble des séjours chirurgicaux sur les racines

faisant l'objet d'une incitation tarifaire pour le développement de la prise en charge en ambulatoire (évolution de 2007 à 2009 : 32 %, 33.4 % et 36.2 %).

Selon les sources DGOS/ATIH, PMSI-MCO, une grande hétérogénéité des pratiques est constatée selon les types d'actes, les secteurs d'activité, les régions et les départements.

Références régionales (SROS 2006 – 2010) :

Le SROS 2006 – 2010 a indiqué le développement de la chirurgie ambulatoire comme un objectif régional. Constat d'un développement de la chirurgie ambulatoire en matière de chirurgie générale et digestive mais insuffisance notamment dans les domaines de la chirurgie urologique, ophtalmologique et orthopédique.

Commentaires sur les actions régionales :

Le développement de la chirurgie ambulatoire sur les 17 actes marqueurs a été identifié comme un objectif dans l'action locale de l'Assurance Maladie (RG/CGSS et DRSM) comme en témoigne les visites d'ores et déjà réalisées dès 2010 auprès des établissements de santé dans le cadre de la MMH.

La mise sous accord préalable de la prise en charge par l'Assurance Maladie des prestations d'hospitalisation, dans le cadre de la stratégie régionale, en cas de constat d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation complète qui auraient pu donner lieu à une prise en charge en ambulatoire, prévue par l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale) s'intègre comme un outil pouvant favoriser le développement régional optimal de la chirurgie ambulatoire. L'objectif au titre de 2010 pour la Guadeloupe est de 1.

Le taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (17 gestes marqueurs) correspond à l'une des fiches régionales incluses dans le CPOM 2010 – 2013 de l'ARS. Ce taux est considéré comme étant trop faible au niveau régional, en particulier dans l'exemple de l'activité chirurgicale ophtalmologique liée au traitement de la cataracte (activité régionale lourde du fait du nombre important de cas de diabètes compliqués et de cardiopathies. Chiffrée en valeur initiale de programmation à 54 % (le taux métropolitain de référence s'élève à 67 %), l'objectif 2010 est fixé à 57 % dans le cadre d'une montée en charge programmée jusqu'en 2013 pour atteindre 70 %. Les actions régionales envisagées dans le CPOM s'inscrivent dès lors pleinement le cadre du présent PPRGDR : « mise en oeuvre du volet ad hoc régional de gestion du risque en partenariat avec la CGSS » (et la DRSM) et « mise en place des futures actions en chirurgie ambulatoire dans le cadre de la maîtrise médicalisée hospitalière (MMH) de la Sécurité Sociale ».

Enfin, l'objectif déjà soulignée de l'importance d'un état des lieux régional dans le cadre de la GDR destinée à approfondir les premières orientations stratégiques du présent PPGDR s'inscrit particulièrement dans le cadre de ce domaine d'activité pour développer une chirurgie ambulatoire dans le cadre d'une offre territoriale cohérente. L'objectif en particulier de l'établissement d'un listing des établissements détenant une activité de chirurgie ambulatoire, dont ceux titulaires d'une autorisation est arrêté au plan régional.

Supports en attente de diffusion (sources : Ateliers Interrégionaux sur la gestion du risque – Paris les 7 et 8 octobre 2010) (DGOS, DSS, HAS, ATIH, ANAP, CNAMTS, ARS) :

- document cadre adressé aux ARS sur le développement de la chirurgie ambulatoire dans le cadre d'une offre territoriale cohérente accompagné d'indicateurs de suivi (1^{er} trimestre 2011) ;
- indicateur au titre du développement d'une chirurgie ambulatoire de qualité et efficiente (de décembre 2010 à mars 2012) ;
- éléments d'analyse concernant la poursuite des incitations tarifaires au développement de la chirurgie ambulatoire (campagnes tarifaires 2011 et 2012) ;
- guide sur les centres de chirurgie ambulatoire « exclusive » (2011).

7) PROGRAMME « EFFICIENCE DES EHPAD »

Objectifs régionaux	Actions régionales	Indicateurs régionaux
Améliorer l'efficacité générale des EHPAD		
1) Mettre en place un suivi et une analyse des dépenses de soins en EHPAD		
	Réaliser un état des lieux auprès de l'ensemble des EHPAD de la région (inventaire du nombre des résidents, niveau des dépenses sur la base des comptes administratifs – forfaits soins et dépenses des intervenants libéraux) (2011)	* Pourcentage des libéraux ayant signé un contrat de coordination en EHPAD
	Appliquer les outils d'analyse des dépenses (méthodologie et grille d'indicateurs diffusés aux ARS au 3 ^{ème} trimestre 2011) en vue de comparer l'efficacité des EHPAD selon les publics accueillis et d'identifier des comportements atypiques en concertation avec l'Assurance Maladie (2011)	
2) Elaborer un outil d'objectivation du calibrage des forfaits de soins lors du passage au tarif global (diffusion aux ARS de la méthodologie au 2 ^{ème} semestre 2011)		
	Chiffrer le coût budgétaire relatif au passage des établissements candidats au tarif global et comparer avec les dépenses constatées pour ces établissements sur les soins de ville (2011)	
	Suivre pour chaque EHPAD (après passage au tarif global) l'utilisation du forfait global au regard des besoins en soins techniques des résidents (médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes...) (2011)	
	Collecter l'information relative au contrôle par l'Assurance Maladie (après passage au tarif global) que les EHPAD ne financent plus de soins inclus dans le forfait global sur l'enveloppe soins de ville (2011)	

Suivre le déploiement des contrats de coordination et mettre en place des indicateurs de qualité et d'efficience en EHPAD		
	Centraliser semestriellement le nombre de professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD ayant signé un contrat de coordination par catégorie de professionnel (médecins, masseurs-kinésithérapeutes...) (2011)	* Pourcentage de professionnels de santé (par catégorie) ayant signé un contrat de coordination
	Centraliser semestriellement le nombre de contrats de coordination comportant une clause de rémunération du professionnel de santé autre que le paiement à l'acte (2011)	* Pourcentage de contrats de coordination comportant une clause de rémunération du professionnel de santé autre que le paiement à l'acte
	Centraliser annuellement le nombre de professionnels de santé intervenant en EHPAD et indemnisés pour avoir participé à une réunion annuelle de la commission de coordination gériatrique (2011)	* Pourcentage de professionnels de santé intervenant en EHPAD et indemnisés
	Elaborer des indicateurs de qualité et d'efficience en EHPAD	
Renforcer et diffuser les bonnes pratiques de soins		
	Organiser des réunions locales d'information et d'échange sur les bonnes pratiques de soins avec les EHPAD en vue de renforcer et diffuser localement les recommandations nationales (ARS en concertation avec l'Assurance Maladie)	

Enjeux du programme :

Amélioration de la coordination des professionnels de santé intervenant dans les EHPAD, diffusion des bonnes pratiques, développer les systèmes d'information et construction d'un dispositif de suivi et d'évaluation des dépenses de soins dans les EHPAD.

Commentaires sur les actions régionales :

Complétant l'information issue des comptes administratifs, un état des lieux complémentaire sur les dépenses auprès de l'ensemble des EHPAD de la Guadeloupe est en cours d'organisation, suscité auprès du Service des Personnes Agées. Dans l'attente de la diffusion des supports méthodologiques nationaux, un tableau d'indicateurs sera mis en place en vue d'analyser et de comparer, sur la base des comptes administratifs, les dépenses de l'ensemble des EHPAD.

L'organisation d'une réunion, en concertation ARS/Assurance Maladie, auprès des EHPAD est programmée dès la fin de l'année 2010.

Supports en attente de diffusion (sources : Ateliers Interrégionaux sur la gestion du risque – Paris les 7 et 8 octobre 2010) (CNSA, DGCS, DSS) :

- méthodologie pour l'expérimentation d'une analyse de la dépense des EHPAD sur la base des données issues des comptes administratifs et des données de l'Assurance Maladie (4^{ème} trimestre 2010) ;
- instruction aux ARS sur la méthodologie d'analyse de la dépense en EHPAD et de comparaison entre EHPAD en vue d'une remontée nationale (critères de ciblage des EHPAD) (3^{ème} trimestre 2011) ;
- méthodologie (expérimentation d'indicateurs de qualité) (4^{ème} trimestre 2011).

8) PROGRAMME « EFFICIENCE DE LA PRESCRIPTION DANS LES EHPAD »

Objectifs régionaux	Actions régionales	Indicateurs régionaux
Améliorer l'efficacité de la prescription au sein des EHPAD		
1) Renforcer et diffuser les bonnes pratiques professionnelles liées aux soins dans les EHPAD		
	Pré cibler les EHPAD susceptibles de contractualiser sur la base des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux (totales et par résident, par typologie de produits) (2010)	
	Organiser et animer des réunions visant à la diffusion des bonnes pratiques liées aux soins dans les EHPAD (ARS en concertation avec l'Assurance Maladie) (2010)	* Nombre de réunions organisées avec les EHPAD
2) Contractualiser avec les EHPAD sur des objectifs d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins		
	Cibler les EHPAD pouvant faire l'objet d'une contractualisation sur la base des critères élaborés au niveau national (2011)	* Nombre d'EHPAD candidats à la contractualisation
	Déployer le contrat-type du CAQCS avec les EHPAD ciblés (calendrier en cours de définition au niveau national)	
	Suivre la montée en charge de ce contrat au plan régional (calendrier en cours de définition au niveau national)	* Pourcentage d'EHPAD ayant signé un CAQCS
3) Guider les EHPAD dans l'élaboration d'une liste préférentielle de médicaments efficiente		
	Diffuser la méthodologie d'élaboration de la liste préférentielle auprès des EHPAD, notamment par le biais de rencontres (méthodologie livrable début 2011)	
	Centraliser les listes préférentielles EHPAD et suivre de la montée en charge du dispositif (2011)	* Nombre d'EHPAD ayant déployé une liste préférentielle en concertation avec les médecins libéraux

Enjeux du programme :

L'efficience dans la prescription en EHPAD passe par la mise en place d'un système d'information permettant le suivi par résident des prescriptions et par l'élaboration d'une contractualisation (CAQCS) sur des objectifs d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins.

Quelques chiffres (données France Métropolitaine) :

Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 16 % de la population française et un total de 40 % de la consommation de médicaments en ville.

La polymédication, fréquente chez les personnes âgées, est la source de risques de iatrogénie. La iatrogénie serait responsable de plus de 10 % des hospitalisations chez les personnes de 65 ans et plus, dont près de 20 % des hospitalisations chez les personnes octogénaires (sources HAS – recommandations de bonnes pratiques – 2009).

Commentaires sur les actions régionales :

En poursuite d'action 2010, l'Assurance Maladie (DRSM) en Guadeloupe développe une démarche auprès des EHPAD (MMH) sur les thématiques de la iatrogénie médicamenteuse et de la pathologie de type Alzheimer.

L'action de la DRSM cible en particulier les EHPAD de plus de 80 lits (sans pharmacie à usage interne). Une sensibilisation en matière de recommandations de bonnes pratiques, notamment dans la prescription médicamenteuse, et de performance dans les systèmes d'information est à cette occasion développée.

Le recensement des données locales relatives aux dépenses de médicaments, totales et par résident, en particulier au niveau des dépenses remboursées a été engagé par l'ARS auprès de l'Assurance Maladie (CGSS) dès 2010. Une action en interne à l'ARS est également suscitée en lien avec le Service des Personnes Agées à l'égard des EHPAD de la Guadeloupe.

En concertation avec l'Assurance Maladie sera organisée par l'ARS dès la fin de 2010 une réunion d'information, d'échanges sur les thématiques fixées (instruction du 19 novembre 2010) et de diffusion des bonnes pratiques professionnelles.

Supports en attente de diffusion (sources : Ateliers Interrégionaux sur la gestion du risque – Paris les 7 et 8 octobre 2010) (CNSA, DGCS, DSS) :

- instruction aux ARS avec supports élaborés pour les réunions locales d'information avec les EHPAD (décembre 2010) ;
- instruction aux ARS comportant le contrat-type (CAQCS) entre EHPAD, ARS et Assurance Maladie sur des objectifs de bonnes pratiques de prescriptions par les médecins (arbitrage en cours, vraisemblablement au 1^{er} trimestre 2011) ;
- instruction aux ARS sur la méthodologie d'élaboration d'une liste préférentielle de médicaments (1^{er} trimestre 2011).

9) PROGRAMME « SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION »

Objectifs régionaux	Actions régionales	Indicateurs régionaux
Améliorer le recours et l'efficacité des SSR et maîtriser le développement des SSR		
1) Mise en œuvre de la réforme réglementaire SSR dans un cadre budgétaire contraint		
	Systématiser l'utilisation de fiches préalables à l'admission en SSR au sein des établissements (ARS/Assurance Maladie) (2010 - 2011)	* Nombre d'établissements utilisant des fiches d'admission en SSR
	Déployer un outil régional d'aide à l'orientation en SSR (2010 – 2011)	* Nombre de ré hospitalisations avec le même motif suite à une hospitalisation en SSR
	Promouvoir les conventions entre les SSR et le secteur médico-social (ARS) (2010 – 2011)	* Nombre de conventions signées entre établissements (SSR) et le secteur médico-social
2) Mise en œuvre d'une politique efficace et maîtrisée des SSR (2010 – 2013)		
	Limiter le nombre d'Objectifs quantifiés de l'Offre de Soins (OQOS) attribué aux établissements en 2010 – 2011 à la reconduction d'activité 2009 (2010)	* Nombre total de journées réalisées en SSR / volume d'OQOS accordé en journées (écart entre les OQOS accordés aux SSR des établissements de santé et l'activité produite)
	Assurer une taille critique des unités SSR grâce à la délivrance d'un volume minimal d'activité (2010 - 2011)	
	Veiller au respect du volume OQOS attribué aux établissements, en particulier ceux financés par OQN et appliquer la procédure de sanction en cas de dépassement (Lettre ARS générique adressée aux établissements) (2010)	* Nombre d'établissements (SSR) passibles de sanction pour dépassement
	Refuser les révisions de volume d'OQOS pour dépassement d'activité (2010)	* Nombre de refus de révision d'OQOS prononcés pour dépassement d'activité
	Ne pas attribuer de mesures nouvelles 2010 aux structures autorisées en SSR ex-nihilo (2010)	
	Faire remonter à la DGOS et à la DSS les projets tarifaires avant décision (2010)	

Enjeux du programme :

Trois grands axes doivent caractériser l'objectif d'amélioration du recours et de l'efficacité des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) : le recentrage des SSR sur leur cœur de métier, la disposition d'indicateurs pertinents de connaissance et de régulation de l'activité et l'utilisation des Objectifs Quantifiés de l'offre de Soins (OQOS) dans une perspective dynamique.

Références régionales (SROS 2006 – 2010) :

Le SROS constate une offre régionale inégale en SSR (27 % secteur public et 73 % secteur privé) avec des inégalités de couverture géographique sur l'ensemble du territoire, une absence de SSR pédiatrique avec une déficience importante de la filière médico-sociale (en dépit de l'identification, dans le secteur de la réadaptation des personnes âgées, de deux unités de SSR spécifiques). Une restructuration de l'offre régionale est confirmée comme nécessaire.

Commentaires sur l'action régionale :

Projet d'organisation d'une cellule de coordination SSR au sein du CHU de Pointe-à-Pitre (financement en 2009 par l'ARH d'un poste de praticien hospitalier). Projet en cours de mise place sur la base de trois réunions ARS/CHU (2010). Réalisation dans ce cadre d'un répertoire des établissements de SSR de Guadeloupe et élaboration d'une fiche de pré admission. Le déploiement d'un outil régional d'aide à l'orientation en SSR ainsi que la promotion de conventions entre les établissements SSR et le secteur médico-social s'intègrent de même dans les objectifs retenus pour cette cellule de coordination régionale.

Le principe de la limitation du nombre d'OQOS attribués aux établissements se trouve d'ores et déjà mis en œuvre en 2010 (avec poursuite de la limitation en 2011).

L'application d'une fourchette d'activité en base minimale et maximale (en séjours au titre de l'hospitalisation complète et en journées au titre de l'hospitalisation de jour) au sein du SROS 2006 – 2010 est à même d'assurer la mise en œuvre locale de l'objectif visant à assurer une taille critique des unités SSR.

Concernant plus particulièrement la veille du respect du volume d'OQOS attribué aux établissements et l'application d'une procédure de sanction en cas de dépassement, il ressort de la pratique actuelle régionale que le suivi des cas de dépassement se trouve réalisé mais qu'aucun cas de sanction n'a à ce jour été appliqué. S'inscrivant dans le cadre transitoire entre la fin du SROS et la mise en place du nouveau schéma, cette mesure de sanction a fait l'objet d'une communication relative à son applicabilité dès l'année 2010.

Enfin, si le principe du refus de toute révision de volume d'OQOS pour dépassement d'activité se trouve mis en œuvre en 2010, il en va de même du principe de non attribution de mesures nouvelles 2010 aux structures autorisées en SSR ex nihilo.

Supports en attente de diffusion (sources : Ateliers Interrégionaux sur la gestion du risque – Paris les 7 et 8 octobre 2010) (DGOS, DSS, DGCS, HAS, CNAMTS, CNSA, ATIH, ARS) :

Au titre de la mise en œuvre de la réforme réglementaire SSR dans un cadre budgétaire contraint (Année 2011) :

- définition de critères d'entrée et de sortie de certains séjours en SSR en coordination avec les structures de court séjour et du social et médico-social (en référence aux recommandations HAS) ;
- accompagnement des établissements avec la mise en place de la fiche profil des établissements (CNAMTS) ;
- mutualisation et déploiement d'un outil web ou autre régional d'aide à l'orientation (MCO vers SSR) ;
- recueil de principes (convention cadre) visant à guider la conclusion de conventions entre les structures SSR et le médico-social – social.

Au titre de la mise en œuvre d'une politique maîtrisée et efficiente du SSR :

- méthodologie et objectifs du cadrage régional des volumes d'OQOS (octobre 2010) ;
- outil de remontée des projets tarifaires en SSR (4^{ème} trimestre 2010) ;
- indicateurs de suivi en matière de SSR (2^{ème} trimestre 2011).

10) PROGRAMME « PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES ET URGENCES HOSPITALIERES »

Objectifs régionaux	Actions régionales	Indicateurs régionaux
Mettre en place un dispositif de permanence des soins de qualité dans un souci de maîtrise des dépenses, définir les modalités de gestion des rémunérations spécifiques et favoriser une meilleure articulation des acteurs de la PDSA et de l'Urgence		
Mettre en place un Cahier des charges régional d'organisation de la PDSA (2010 - 2011)		
	Réaliser un état des lieux régional au titre de la PDSA et des urgences (2011)	* Date de fin de l'état des lieux régional
	Engager une réflexion régionale sur la définition de territoires de la PDSA (2011)	
	Procéder à l'organisation de la régulation des appels d'urgence et des appels de la permanence des soins ambulatoires (2011)	* Part des patients relevant du niveau 1 de la CCMU (Classification Clinique des Malades des Urgences) dans les passages aux urgences pendant la période PDSA

	Inciter à la mise en place de l'informatisation de l'activité dans les établissements régionaux disposant d'un service d'aide médicale urgente (2011)	* Mise en place ou non d'un système informatisé de suivi (RPU) de l'activité d'urgence au CHU, au CHBT, au CH de Saint-Martin et à la Clinique des Eaux-Claires
	Organiser les modalités de rémunérations (Nouveaux Modes de Rémunérations – NMR) au titre de la PDSA (2011)	
Animation du CODAMUPS - TS		
	Composition et animation des travaux du CODAMUPS et de ses sous-comités « médical » et « transports sanitaires » (2010 – 2011)	

Enjeux du programme :

Permettre une prise en charge plus efficiente des demandes de soins non programmés adaptée à chaque besoin entre médecine de ville et urgence. La mise en place d'un cahier des charges régional est l'objectif principal. Ce cahier consiste à organiser :

- une structuration rationalisée de la PDSA sur le territoire régional ;
- une rémunération adaptée aux contraintes régionales et favorisant la participation des professionnels de santé sur le territoire ;
- la mise en place d'indicateurs de suivi.

Références régionales (SROS 2006 – 2010) :

Les orientations notamment indiquées dans le SROS reprennent successivement un ensemble d'objectifs au niveau régional : la restructuration d'une régulation médicale (prise en charge pré hospitalière et PDSA) avec notamment l'inclusion des îles du Nord (îles de Saint-Martin & de Saint-Barthélemy), développement d'une prise en charge des urgences psychiatriques, développement des structures d'urgence (informatisation, contrats relais...).

Commentaires sur les actions régionales :

L'objectif de mise en œuvre d'un état des lieux régional en matière de gestion du risque s'impose d'autant plus dans le cas particulier de la permanence des soins ambulatoires et des urgences hospitalières dans le cadre de l'objectif d'élaboration d'un cahier des charges régional (ce nouveau cahier des charges se substituant au précédent et actuel cahier des charges régional en Guadeloupe conformément aux termes du décret n°2010-809 du 13 juillet 2010). Ce cahier des charges intégrant l'ensemble des éléments relatifs à l'organisation efficiente de la PDSA : réflexion sur la définition des territoires de la PDSA, organisation de la régulation des appels d'urgence et de la PDSA, application des nouveaux modes de rémunération... La constitution finalisée fin 2010 du Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS – TS) et de ses sous-comités (médical et transports sanitaires) milite pour un engagement au plus tard début 2011 du travail de concertation entre l'ARS et ses différents partenaires institutionnels en vue de l'élaboration de ce cahier des charges.

Supports en attente de diffusion (sources : Ateliers Interrégionaux sur la gestion du risque – Paris les 7 et 8 octobre 2010) :

- fiches techniques relatives à l'application du décret du 13 juillet 2010 sur l'organisation de la PDSA (4^{ème} trimestre 2010) ;
- arrêté interministériel (Santé/Budget), prévu par le décret du 13 juillet 2010, encadrant, par la fixation de plafonds nationaux, la tâche confiée aux ARS pour déterminer les rémunérations forfaitaires des acteurs participant à la PDSA (effectation et régulation) dans leur région (en vue de la précision des modalités de rémunération au sein de chaque cahier des charges régional) (4^{ème} trimestre 2010) ;
- éléments d'explicitation accompagnant le décret du 13 juillet 2010 ainsi que des éléments de cadrage des enveloppes régionales (4^{ème} trimestre 2010) ;
- nouveau cadre juridique et financier de prise en charge mieux intégrée entre Ville et Hôpital (PDSA – Urgences) (2011) ;
- indicateurs au titre de la PDSA et des urgences hospitalières (forfaits, actes régulés et non régulés, majorations) (2011).

DEUXIEME PARTIE

 **LES ACTIONS REGIONALES COMPLEMENTAIRES SPECIFIQUES**

Le principe de ne pas retenir d'action régionale complémentaire spécifique dans le présent Programme Pluriannuel Régional de la Gestion du Risque (PPRGDR) 2010 – 2013 de Guadeloupe, de Saint-Martin & de Saint-Barthélemy, dans le cadre de son document initial, est retenu compte tenu du contexte régional ayant présidé au développement de la politique en matière de gestion du risque au titre de 2010.

Cette décision découle tant de l'impossibilité de la mise en œuvre fin 2010 de tout état des lieux régional (celui-ci étant mis en place en coopération avec l'Assurance Maladie à compter de 2011) que du principe d'articuler la réflexion régionale en complémentarité avec l'élaboration du Projet Régional de Santé (PRS) courant 2011.

Conformément à l'état régional réalisé sur les situations et conditions de prises en charge appelées à nécessiter la mise en place d'objectifs régionaux complémentaires spécifiques, l'examen en vue de la fixation de tels objectifs pourra se réaliser dans le cadre de l'élaboration de l'avenant annuel au présent PPRGDR prévu par l'article L. 1434-14 de la loi du 21 juillet 2009.