

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement
du système de soins

Mission de la coordination
et de la gestion du risque maladie

Instruction DSS/CNAMTS n° 2013-120 du 1^{er} février 2013 concernant la mise en œuvre de la démarche relative aux « processus de soins »

NOR : AFSS1307680J

Validée par le CNP le 1^{er} février 2013. – Visa CNP 2013-16.

Date d'application : immédiate.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : cette instruction présente la démarche « processus de soins » et informe les ARS des actions attendues de leur part ainsi que des actions qui seront mises en œuvre par le niveau national.

Mots clés : processus de soins – ARS – mise en œuvre 2013.

Annexes : synthèse des « actions ARS » prévues en 2013.

*La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs
les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour exécution).*

1. Éléments de contexte

L'analyse transversale de cinq processus de soins réalisée par l'assurance maladie et publiée dans le rapport sur les « charges et produits pour l'année 2013 » a permis de mettre en lumière l'importance d'exploiter des marges de manœuvre nouvelles afin d'améliorer la qualité et l'accessibilité aux soins tout en optimisant les ressources disponibles.

Les actions identifiées par l'assurance maladie dans le cadre de ces « processus de soins » relèvent dans leur grande majorité de trois catégories de leviers :

- les actions liées au levier « prix » (des médicaments, des actes, etc.) qui dépendent en grande partie du niveau national ;
- les actions relatives à l'offre de soins, dont certaines dépendent également du niveau national : textes réglementaires sur les conditions techniques de fonctionnement et conditions d'autorisation des établissements, plans de santé publique qui créent des filières et parcours de soins, conventions avec les professionnels libéraux, réformes de financement et campagnes financières qui impactent directement les évolutions, etc. D'autres actions relatives à l'« offre de soins » dépendent du niveau régional. Il s'agit souvent d'actions en lien direct avec des actions de GDR (développement de la chirurgie ambulatoire, par exemple) ;
- les actions liées à la production ou à l'actualisation de référentiels et de recommandations de bonnes pratiques, qui s'inscrivent dans une perspective de moyen terme et qui relèvent en particulier de la HAS.

Les « processus de soins » concernés par cette démarche sont relatifs aux pathologies ou interventions suivantes :

- cancer colorectal ;
- arthroplastie du genou ;

- chirurgie des hernies et traitement des varices ;
- insuffisance cardiaque ;
- diabète.

Cette démarche « processus de soins » est complémentaire des programmes de gestion du risque initiés en 2010 et des actions mises en place par les ARS pour améliorer les parcours de soins. Les actions développées relèvent d'une mise en œuvre régionale ou nationale. La démarche est copilotée au niveau national par la CNAMTS, la DSS, la DGOS, la DGS et le SG. Elle fera l'objet d'un suivi dans le cadre du COPIL GDR et du CNP.

À horizon 2017, la CNAMTS estime que la mise en œuvre de toutes les mesures associées aux cinq processus de soins pourrait générer une économie de 1,6 Md €.

2. Feuille de route 2013 des cinq « processus de soins »

2.1. Arthroplastie du genou

Les opérations de pose de prothèse du genou concernaient 80 000 séjours en 2010 et ont augmenté de près de 50 % en dix ans.

L'analyse du processus montre des améliorations possibles lors de l'intervention chirurgicale puis lors de la rééducation. Les actions développées porteront sur deux axes principaux :

- évaluation des différentes prothèses et ajustement de leurs tarifs ;
- développement de la rééducation à domicile par le renforcement de la qualité de la prise en charge en ville.

Au niveau national, une mission IGAS sur le processus d'achat des dispositifs médicaux, dont les prothèses de genou, devrait être lancée à la fin du premier trimestre.

La baisse des prix de ces prothèses se fera principalement par le biais de l'application de la nouvelle nomenclature CNEDIMTS.

Un état des lieux de l'activité des établissements pratiquant des arthroplasties du genou sera réalisé en y associant les ARS (analyse des séjours, des disparités, des DMS, des profils des patients...).

D'autres actions, comme le contrôle du respect de la loi de 2004 (vérifier que les établissements qui achètent leurs dispositifs à un prix inférieur au tarif facturent à l'assurance maladie sur la base du prix d'achat plus 50 % de l'économie réalisée) ou l'analyse des résultats des établissements pratiquant des arthroplasties de genou afin de faire remonter les bonnes pratiques, seront mises en œuvre en 2013.

Au niveau régional, il est demandé aux ARS de veiller au déploiement des logiciels d'orientation des patients en région qui permettent notamment d'améliorer l'orientation des patients à l'issue d'une arthroplastie du genou. Dans le cadre du programme GDR SSR, une instruction précisera au premier trimestre 2013 les modalités de ce déploiement, en articulation avec le déploiement régional de PRADO orthopédie. Par ailleurs, les ARS poursuivront en 2013 la mise sous accord préalable des SSR ciblés dans le cadre des interventions orthopédiques. Une lettre-réseau de l'assurance maladie précisera les conditions de mise en place de cette nouvelle campagne.

2.2. Chirurgie des hernies et traitement des varices

La chirurgie des hernies inguinales et crurales concernait 132 000 séjours en 2010, pour des patients âgés en moyenne de 58 ans, avec une progression moyenne de 5,7 % par an de 2007 à 2010. L'ensemble du processus de soins pour la chirurgie des hernies représente 333 M€ remboursés par l'assurance maladie en 2010.

La chirurgie des varices concernait, elle, environ 122 000 patients en 2010. L'ensemble du processus de soins représente 264 M€ remboursés par l'assurance maladie en 2010.

L'analyse de ces deux processus montre des améliorations possibles en termes de développement de la chirurgie ambulatoire, d'amélioration du diagnostic et d'adoption de nouvelles techniques de traitement. L'optimisation de ce processus en 2013 reposera sur trois axes principaux :

- développement de la chirurgie ambulatoire *via* le renforcement des mesures actuelles ;
- réflexion sur l'opportunité de la création de centres dédiés à la chirurgie ambulatoire ;
- développement pour la chirurgie des varices de nouvelles techniques avec un environnement adapté pour améliorer l'accès aux soins et faciliter la reprise d'activité du patient.

Au niveau national, les efforts mis en œuvre pour accélérer le développement de la chirurgie ambulatoire s'inscrivent dans le cadre plus large de l'action GDR et seront menés sur l'ensemble du champ de la chirurgie *via* les actions suivantes :

- analyse des différences territoriales de taux de chirurgie ambulatoire à laquelle seront associées les ARS ;
- diffusion des travaux ANAP-HAS sur la chirurgie ambulatoire ;
- diffusion de la formation ANFH sur l'organisation de la chirurgie ambulatoire ;
- analyse des exemples étrangers de centres dédiés, étude de la pertinence de ces centres ;
- introduction de nouvelles mesures d'incitations tarifaires sur la chirurgie ambulatoire dans la campagne tarifaire 2013 en fonction des taux observés.

Par ailleurs, afin de favoriser le développement de nouvelles techniques d'intervention sur les varices, une évaluation de ces techniques par la HAS, pour prise en compte dans la CCAM, sera réalisée.

Au niveau régional, il est demandé aux ARS, dans le cadre du programme GDR consacré à la chirurgie ambulatoire, de finaliser leur plan d'actions régional de développement de la chirurgie ambulatoire, notamment s'agissant du traitement des hernies et varices, et de poursuivre la campagne de MSAP qui a été élargie à trente-huit gestes en 2012.

2.3. Cancer colorectal

Le cancer colorectal est l'un des cancers les plus fréquents et dont la mortalité est en France l'une des plus élevées. En effet, le taux de survie à cinq ans d'un patient est de 57 %, soit un niveau inférieur à la moyenne de l'OCDE (~ 60,4 %). Ainsi, en termes de qualité et d'efficacité, et au regard des études nationales et internationales, différentes séquences de ce processus de soins peuvent être améliorées en vue de diminuer ce taux de mortalité.

L'amélioration de ce processus en 2013 reposera sur trois axes principaux :

- redéfinition de l'organisation du dépistage organisé ;
- amélioration de la prise en charge hospitalière des patients ;
- établissement de recommandations de bon usage dans le domaine des chimiothérapies.

Au niveau national, un travail est engagé, en lien avec le passage au test immunologique qui devrait intervenir en 2014, pour redéfinir la stratégie nationale de dépistage ainsi que les rôles respectifs des structures de gestion et des professionnels de santé. La HAS sera également saisie d'une demande de recommandation visant à améliorer la pertinence du recours à la coloscopie dans le cadre du dépistage et au-delà.

Un bilan national des visites de conformité, portant notamment sur le respect des seuils d'activité de la chirurgie carcinologique, sera réalisé par la DGOS et l'INCa, en lien avec les ARS, conformément à l'instruction DGOS/R3/INCa n° 2012-297 du 30 juillet 2012 relative à l'élaboration du bilan de la mise en conformité des titulaires d'autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer.

La mise en place de programmes de réhabilitation améliorée inspirés d'exemples étrangers sera expertisée par la CNAMTS et l'IRDES.

Enfin, il sera demandé à l'INCa de produire des recommandations, afin d'encadrer le recours à la chimiothérapie à domicile ou par voie orale dans le cadre du traitement du cancer colorectal, et à la HAS de réaliser une évaluation médico-économique de la prescription d'Avastin (particulièrement en 2^e et 3^e lignes).

Au niveau régional, il est tout d'abord demandé aux ARS de veiller au respect, par les établissements, des seuils d'activité en chirurgie carcinologique digestive prévus par l'arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer. S'agissant de la stratégie de dépistage organisé, le rôle attendu des ARS dans le cadre d'une révision de cette stratégie sera précisé ultérieurement.

2.4. Insuffisance cardiaque

L'insuffisance cardiaque (IC) est une maladie très fréquente, notamment dans la population âgée. En France, en 2010, plus de 400 000 personnes étaient prises en charge en ALD à ce titre ou ont eu dans l'année une hospitalisation pour ce diagnostic. L'IC représente, en 2010, un coût de 1,9 Md€.

L'analyse du processus montre que des améliorations sont possibles au niveau des traitements médicamenteux et du suivi des patients pour éviter les réhospitalisations et faire baisser la mortalité. Les actions prévues dès 2013 reposeront sur trois axes principaux :

- mise en œuvre d'un programme d'accompagnement en sortie d'hospitalisation pour réduire la mortalité ;
- amélioration de l'utilisation des traitements médicamenteux (en ciblant les personnes âgées et les comorbidités associées) ;
- réduction du coût des hypertenseurs, notamment génériques.

Au niveau national, l'assurance maladie expérimentera dans cinq territoires un programme d'accompagnement en sortie d'hospitalisation (PRADO) afin de réduire la mortalité des patients atteints d'insuffisance cardiaque.

Par ailleurs, les enquêtes auprès des médecins montrent que les traitements médicamenteux de l'insuffisance cardiaque restent difficiles à prescrire et à adapter du fait de l'âge avancé et des comorbidités des patients. C'est pourquoi l'utilisation de ces traitements devra être améliorée, en particulier pour les personnes âgées et en fonction de leurs comorbidités associées.

Enfin, des actions seront menées pour faire baisser les prix des antihypertenseurs, qui sont généralement plus élevés en France que dans certains pays européens. Ces actions se concentreront sur le développement des génériques des antihypertenseurs et sur l'ajustement des prix à la fois des génériques et des médicaments encore sous brevet, mais dont l'efficacité est comparable à d'autres.

Au niveau régional, les ARS seront associées à l'expérimentation du PRADO et devront notamment veiller à son articulation avec les autres démarches en place pour améliorer la sortie d'hospitalisation des patients âgés ou atteints d'une maladie chronique.

2.5. Diabète

Le diabète est un problème majeur de santé publique, de par l'ampleur de la population concernée et de par la gravité des complications qu'il entraîne. En 2011, le seuil des trois millions de personnes traitées pour le diabète a été franchi, soit une prévalence de 4,6 % de la population française. Sur les dix dernières années, les effectifs de patients traités ont augmenté annuellement de 5,4 % en moyenne. Cette évolution des effectifs est essentiellement liée au vieillissement et à l'accroissement de la population française ainsi qu'à l'augmentation de la prévalence des facteurs de risque du diabète de type 2.

L'analyse du processus met en évidence la nécessité de renforcer la prévention primaire de cette pathologie, de mieux prévenir ses complications et de privilégier des traitements plus efficaces.

Les actions prévues dès 2013 reposeront sur sept axes principaux :

- amélioration du dépistage et du traitement précoce des complications du diabète ;
- expérimentation d'un programme de prévention du diabète chez des populations à risque élevé ;
- renforcement et actualisation des recommandations sur la prise en charge du diabète ;
- amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes âgées ;
- développement de la part des patients autonomes (insulinothérapie à domicile) ;
- développement de la MAPA ou de l'automesure (hypertension) ;
- optimisation du prix des médicaments utilisés dans le traitement du diabète.

Au niveau national, l'année 2013 sera celle de la généralisation du programme Sophia dont l'articulation avec le médecin traitant sera renforcée. Des visites de délégués de l'assurance maladie auprès des médecins généralistes sont prévues pour améliorer le dépistage précoce de l'insuffisance rénale et celui du pied diabétique. Le déploiement du programme Asalée sera poursuivi. Des expérimentations seront promues pour favoriser la coopération entre orthoptistes et ophtalmologues et améliorer le dépistage de la rétinopathie.

Le niveau national veillera aussi à la diffusion des recommandations de la HAS et au lancement de travaux relatifs à la production de référentiels adaptés aux personnes âgées.

Par ailleurs, afin de faciliter l'instauration de l'insulinothérapie à domicile plutôt qu'à l'hôpital et augmenter la part des patients autonomes pour leur traitement journalier par injection d'insuline, la NGAP des infirmières sera modifiée afin d'inscrire un acte d'accompagnement à l'autonomie des patients (juin 2013). Une action d'accompagnement auprès des médecins prescripteurs sera lancée à partir du second semestre 2013.

Enfin, le niveau national engagera, en lien avec le comité économique des produits de santé (CEPS), une réduction des prix des génériques des statines et des gliptines.

Au niveau régional, il est demandé aux ARS d'approfondir la mise en œuvre du programme GDR IRC qui contribue également à l'amélioration du processus de soins « diabète ». Les ARS s'engageront aussi sur la promotion des coopérations entre orthoptistes et ophtalmologistes. Elles veilleront aussi à la bonne articulation entre les PRS et le programme Sophia.

Enfin, en 2013, les ARS volontaires participeront au groupe de travail qui sera mis en place pour définir un programme de prévention du diabète ciblé sur la population à risque et qui fera ensuite l'objet d'une évaluation médico-économique.

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur général de la CNAMTS,
F. VAN ROEKEGHEM

Le directeur de la sécurité sociale,
T. FATOME

ANNEXE

SYNTHÈSE DES « ACTIONS ARS » PRÉVUES EN 2013 DANS LE CADRE DE LA DÉMARCHE
« PROCESSUS DE SOINS »

PROCESSUS	ACTIONS
1. Arthroplastie du genou (SG).	Association à l'analyse des séjours hospitaliers et à la méthode de ciblage des établissements pour les achats (loi de 2004). Déploiement des logiciels d'orientation des patients en région en articulation avec le déploiement régional de PRADO orthopédie. Mise en œuvre de l'action GDR MSAP-SSR.
2. Chirurgie des hernies et traitement des varices (DGOS).	Association à l'analyse des différences territoriales des taux de chirurgie ambulatoire des hernies et varices. Mise en œuvre des plans d'actions régionaux de chirurgie ambulatoire. Poursuite de la MSAP.
3. Cancer colorectal (DSS).	Association à l'évolution de la stratégie de dépistage organisé. Mise en place d'actions de suivi du respect du seuil existant en matière de chirurgie carcinologique digestive.
4. Insuffisance cardiaque (CNAMTS).	Accompagnement par les ARS de l'expérimentation PRADO en veillant à son articulation avec les autres démarches en place pour améliorer la sortie d'hospitalisation des patients âgés ou atteints d'une maladie chronique (communication et relais auprès des établissements en lien avec le réseau de l'AM).
5. Diabète (CNAMTS).	Action GDR ARS sur l'insuffisance rénale chronique terminale. Promotion des expérimentations des filières orthoptistes-ophtalmo pour le dépistage de la rétinopathie. Expérimentation sur un territoire d'une ARS d'un programme de prévention du diabète avec un cadrage national prévoyant une évaluation médico-économique. Bonne articulation entre les PRS et le programme Sophia.