



EHESP

**Pharmacien Inspecteur de Santé
Publique**

Promotion : **2010-2011**

Date du Jury : **Septembre 2011**

**Les Programmes Pluriannuels
Régionaux de Gestion du Risque**

**Quelle implication du PHISP
dans cette nouvelle activité des ARS ?**

Corinne LOCATELLI-JOUANS

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui m'ont aidée à réaliser ce mémoire, en particulier :

- Les personnes qui m'ont accordé un entretien, pour leur disponibilité, leur dynamisme et leur motivation ;
- Les personnes qui ont répondu aux questionnaires adressés dans le cadre de cette étude ;
- Vincent Méhinto, pour ses précieux conseils.

Mes remerciements vont aussi à l'ensemble des personnes rencontrées tout au long de cette année de formation et au cours des stages. Grâce à elles, j'ai pu approfondir mes connaissances des différents aspects du métier de Pharmacien Inspecteur de Santé Publique et faire le lien entre les différents sujets abordés dans ce mémoire. Elles m'ont permis de confirmer ma vision de mes futures missions ;

Aux collègues de la promotion 2010-2011, grâce à qui, cette année s'est déroulée dans une ambiance chaleureuse et solidaire ;

A ma famille, pour sa force et son soutien.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LES PROGRAMMES DE GESTION DU RISQUE – CADRE GENERAL	5
1.1 DEFINITIONS.....	5
1.1.1 <i>LE risque et LES risques</i>	5
1.1.2 <i>Les deux manières de caractériser la GDR</i>	6
A) La GDR : un ensemble d’activités	6
B) La GDR : un état d’esprit.....	7
1.1.3 <i>LE risque ne serait qu’un cas particulier DES risques</i>	7
1.2 HISTORIQUE	8
1.3 LES DIFFERENTS MODES DE REGULATION DES DEPENSES DE SANTE ET LA PLACE DE LA GDR	9
1.4 LA PLACE DE LA GESTION DU RISQUE AU SEIN DE LA POLITIQUE DE SANTE	11
1.4.1 <i>Les actions des ARS</i>	12
1.4.2 <i>Les modalités du pilotage national des ARS</i>	12
1.4.3 <i>Les modalités d’élaboration des PPRGDR</i>	13
1.4.4 <i>Les modalités du pilotage national du PPRGDR</i>	13
2 LA GDR EN REGION.....	15
2.1 MISE EN ŒUVRE	15
2.1.1 <i>Les modalités d’information</i>	16
2.2 LES PROGRAMMES DE GDR RELATIFS AUX MEDICAMENTS	17
2.2.1 <i>Les prescriptions des médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus</i>	17
2.2.2 <i>Les prescriptions hospitalières exécutées en ville</i>	18
2.2.3 <i>Les prescriptions dans les EHPAD,</i>	18
2.3 LES ACTEURS DE LA GDR EN REGION	19
2.4 MOYENS D’ACTION	21
2.4.1 <i>Les moyens nationaux</i>	21
2.4.2 <i>Les bases de données</i>	22
2.4.3 <i>Les référentiels</i>	22
2.5 LES ATTENTES DES ARS EN MATIERE DE GDR.....	23
2.5.1 <i>Une mission prioritaire</i>	23
2.5.2 <i>La nécessité de rigueur méthodologique</i>	24
3 L’IMPLICATION DES PHISP DANS LES PPRGDR.....	27
3.1 EVOLUTION DE LA PROFESSION	27
3.1.1 <i>Les observations</i>	27
A) Le manque de connaissance de la GDR	27
B) Une évolution des objectifs mal comprise.....	28

C) La GDR peut avoir un intérêt.....	28
D) Les apports.....	29
3.1.2 <i>Les missions réglementaires</i>	29
3.1.3 <i>Référentiel des compétences</i>	30
3.1.4 <i>Quel métier pour les PHISP ?</i>	30
A) Les missions d'accompagnement.....	30
B) Les missions d'inspection.....	31
3.2 LES BESOINS.....	31
3.2.1 <i>Clarification de la situation des PHISP en ARS</i>	31
3.2.2 <i>Dans le cadre des missions transversales</i>	31
3.3 LES PERSPECTIVES.....	32
CONCLUSION	35
BIBLIOGRAPHIE	37
LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

Afssaps	Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé
ARS	Agence Régionale de Santé
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANESM	Agence Nationale d'Evaluation et de la qualité des établissements Sociaux et Médico-sociaux
ATIH	Agence des Technologies de l'Information Hospitalière
CAP	Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles
CBU	Contrat de Bon Usage
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CNP	Comité National de Pilotage
CNSA	Conférence Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COG	Convention d'Objectifs et de Gestion
CPG	Contrat Pluriannuel de Gestion
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
DAM	Délégué de l'Assurance Maladie
DGARS	Directeur Général de l'ARS
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
GDR	Gestion du Risque
HAS	Haute Autorité de Santé
IASS	Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
IES	Ingénieur d'Etudes Sanitaires
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGS	Ingénieur du Génie Sanitaire
InCa	Institut national de lutte contre le Cancer
IRP	Inspection Régionale de la Pharmacie
Loi HPST	Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires
MISP	Médecin Inspecteur de Santé Publique

OMEDIT	Observatoire du Médicament, des Dispositifs Médicaux et des Innovations Thérapeutiques
PHISP	Pharmacien Inspecteur de Santé Publique
PMSI	Programme Médicalisé des Systèmes d'Information
PPRGDR	Programme Pluriannuel Régional de Gestion du Risque
PRAPS	Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRIAC	Programmes Interdépartementaux d'Accompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie
PRS	Projet Régional de Santé
SNIIR-AM	Système National d'Information Inter-Régime de l'Assurance Maladie
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
T2A	Tarifcation A l'Activité
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Introduction

La Gestion du Risque (GDR) apparaît pour la première fois dans le Code de la Sécurité Sociale en 1996¹. Ce nouveau concept n'est réellement précisé qu'en 1999 lors de la définition des missions des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM).

Dans ce cas particulier, **le risque** correspond à la perte financière qui serait observée si une prestation était payée bien que non conforme aux recommandations. Dans le domaine sanitaire, **les risques** correspondent à la probabilité de survenue d'un évènement et il est plus commun, alors, d'évoquer un danger pour le patient ou le personnel soignant, un accident lié aux soins, une infection nosocomiale, etc. Les actions menées pour identifier ces risques et éviter leur survenue correspondent à la gestion des risques et s'intègrent dans le Système de Management de la Qualité.

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à la modernisation de la Sécurité Sociale aboutit à la concrétisation de la GDR. Celle-ci correspond donc à un risque assurantiel et a pour objectif essentiel la maîtrise des coûts. : *«Les caisses nationales des régimes d'assurance maladie ont pour mission de participer à la maîtrise de l'évolution des dépenses. A cette fin, elles prennent toutes mesures d'organisation et de coordination internes à ces régimes, notamment de collecte, de vérification et de sécurité des informations relatives à leurs bénéficiaires et aux prestations qui leur sont servies.»*²

Par la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (Loi HPST), les Agences Régionales de Santé (ARS) ont été créées. Elles sont chargées de mettre en œuvre, au niveau régional, la politique nationale de santé. Pour cela, les ARS doivent élaborer le Plan Régional de Santé (PRS) et mettre en œuvre les Programmes Pluriannuels Régionaux de Gestion du Risque (PPRGDR)³.

Les PPRGDR ont des objectifs relatifs à la promotion des actions relatives à la prévention et à l'information des assurés, à l'évolution des pratiques et à l'organisation pour les professionnels de santé et les établissements de santé, de manière à promouvoir la qualité et l'efficacité des soins. Ils sont pilotés par le Directeur Général de l'ARS, en lien avec les partenaires de l'Assurance Maladie. Leur préparation, leur suivi et leur évaluation sont effectués au sein d'une Commission Régionale de Gestion du Risque⁴.

¹ Ordonnance N° 96-345 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

² Article L-161-28 du Code de la Sécurité Sociale.

³ Articles L1434-14 et 15 du Code de la Santé Publique.

⁴ Décret n°2010-515 du 18 mai 2010.

Les objectifs des programmes nationaux de GDR ont été définis dans le contrat Etat/Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM). Certains sont mis en œuvre par les organismes locaux d'assurance maladie⁵. D'autres correspondent aux priorités fixées aux ARS pour le pilotage et la mise en œuvre en région⁶. Chaque priorité constitue un programme qui est décliné en un plan d'actions. Celui-ci précise le détail des actions, les échéances, ainsi que les économies attendues. Pour chaque programme, un chef de projet national est désigné et le suivi est organisé. Les plans d'actions sont élaborés conjointement par les directions du Ministère de la Santé et les caisses d'Assurance Maladie.

Pour l'année 2010, trois thèmes, parmi les dix choisis pour être pilotés par les ARS⁷, portent sur des médicaments et produits de santé. De ce fait, ils relèvent de la compétence du Pharmacien Inspecteur de Santé Publique (PHISP) et sont relatifs :

- Aux prescriptions des médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus,
- Aux prescriptions des médicaments hospitaliers exécutées en ville,
- A l'efficacité de la prescription dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

La mission principale des PHISP est « le *contrôle de l'application des lois et règlements relatifs à l'exercice de la pharmacie* »⁸ dont l'inspection est l'outil principal. Au cours de ces inspections, les PHISP établissent un véritable contact avec le terrain. Ainsi, ils connaissent réellement l'organisation et le travail des professionnels de santé. Les PPRGDR rajoutent à cette mission fondamentale un rôle d'information et de conseil tout en tenant compte du paramètre financier. Les PHISP doivent ainsi accompagner les professionnels de santé lors de la mise en œuvre des référentiels de Bon Usage et les Bonnes Pratiques, dans un objectif d'amélioration continue et de maîtrise des coûts.

Par ailleurs, le pilotage et la mise en œuvre des PPRGDR correspondent à une mission totalement nouvelle pour les personnels de l'Etat qui travaillaient en Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) avant la création des ARS. Ces personnels appartenaient au secteur sanitaire ou étaient en charge de dossiers du secteur sanitaire.

⁵ Il s'agit de : « 1) *Prévention (sensibilisation au dépistage des cancers, prévention bucco-dentaire, prévention cardio-vasculaire, vaccination grippe, prévention personnes âgées)*, 2) *Produits de santé*, 3) *Indemnités journalières*, 4) *Professionnels (maîtrise des actes, maîtrise des dépenses de transports)*, 5) *ALD-Bizone* ». Cf. Instruction du 19/07/2010 (Visa CNP 2010-150 du 9/07/2010).

⁶ Instruction du 19/07/2010 (Visa CNP 2010-150 du 9/07/2010).

⁷ Ces 10 programmes correspondent à : « 1) *Transports sanitaires*, 2) *Insuffisance rénale chronique*, 3) *Prescription des médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus*, 4) *Prescriptions hospitalières exécutées en ville*, 5) *Imagerie médicale*, 6) *Chirurgie ambulatoire*, 7) *Efficacité des EHPAD*, 8) *Prescription dans les EHPAD*, 9) *Permanence des soins*, 10) *Soins de suite et de réadaptation* ». Cf. Instruction du 19/07/2010 (Visa CNP 2010-150 du 9/07/2010).

⁸ Article R.1421-13 du Code de la Santé Publique.

La seule notion qu'ils connaissaient et qu'ils utilisaient était celle de la « gestion des risques ».

Il importe donc que les personnels des ARS s'approprient cette nouvelle culture qu'est la GDR associée à la performance et à l'efficience tout en conservant leur rôle relatif à la qualité et la sécurité des soins. Pour la réussite de cette entreprise, il convient de rechercher et identifier les freins et leviers à la mise en œuvre de la GDR.

Pour répondre à ces interrogations, la méthodologie choisie repose sur la recherche bibliographique et sur l'analyse des documents ainsi sélectionnés. Ensuite, 12 entretiens ont été réalisés avec des PHISP particulièrement impliqués dans la GDR en région, des responsables GDR de l'Assurance Maladie et des responsables du pilotage régional de la GDR en ARS⁹. Enfin, un questionnaire¹⁰ a été élaboré et transmis par mail aux responsables de la GdR en ARS. Ces derniers ont été identifiés à partir des organigrammes figurant sur le site Internet de l'ARS de chaque région. 26 questionnaires ont donc été envoyés et 18 ont été retournés. Le taux de réponse, proche de 70%, est tout à fait satisfaisant. Les entretiens et le questionnaire ont été particulièrement axés sur le programme relatif aux prescriptions dans les EHPAD. En effet, celui relatif aux médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus est directement lié aux missions des Observatoires du Médicament, Dispositifs Médicaux et Innovations Thérapeutiques (OMEDIT). Celui relatif aux prescriptions hospitalières exécutées en ville n'était pas suffisamment avancé pour être exploité au moment où ce travail a commencé.

Dans un premier temps, le cadre général de la GDR sera précisé avec un rappel des définitions, quelques éléments historiques et les modalités du pilotage national. Dans un second temps, nous envisagerons les modalités de mise en œuvre de la GDR en région avec l'identification des acteurs et des attentes des équipes dirigeantes des ARS. Enfin, l'implication des PHISP ayant été précisée, il conviendra d'envisager l'évolution de la profession ainsi que le rôle que peuvent jouer les PHISP auprès des professionnels de santé.

⁹ La liste des personnes rencontrées figure en annexe 1, le Guide d'entretien en annexe 2.

¹⁰ Voir en annexe 3.

1 Les Programmes de Gestion du Risque – Cadre général

Selon les personnes interrogées, il apparaît qu'il n'existe pas une mais plusieurs définitions de la GDR. Il est nécessaire de la caractériser afin de la différencier de la gestion des risques. Son développement par l'Assurance Maladie à partir des années 1990 et son évolution jusqu'à sa prise en charge actuelle par les ARS permet de comprendre la place qu'elle occupe parmi les systèmes de régulation des dépenses de santé.

1.1 Définitions

« LE risque » est un terme utilisé par les personnels de l'Assurance Maladie et « LES risques » l'est par les personnels de santé.

1.1.1 LE risque et LES risques

Ici, **LE risque est dit assurantiel**. Il correspond au fait de payer « à tort » une prestation qui ne le méritait pas, c'est-à-dire effectuée sans respecter les recommandations. Il peut s'agir, par exemple, de médicaments, d'examens complémentaires **inutilement prescrits**. Il peut également s'agir de **soins qui auraient été mal pratiqués** et auraient entraîné des événements indésirables eux-mêmes à l'origine de dépenses de santé supplémentaires induites par de nouveaux soins ou la prolongation de l'hospitalisation. Les recommandations concernant la pratique des soins sont émises par les sociétés savantes, des groupes d'experts et la Haute Autorité de Santé (HAS)

La Gestion du Risque correspond à « *l'ensemble des actions et procédures conduisant*

- *à optimiser la réponse du système de soins aux besoins de santé,*
- *à inciter la population à recourir de manière pertinente à la prévention et aux soins,*
- *à amener les professionnels à respecter les critères d'utilité et de qualité des soins ainsi que de modération des coûts*

dans le cadre financier voté par le Parlement »¹¹.

La maîtrise médicalisée des dépenses de santé est une des actions possibles utilisée dans la gestion du risque assurantiel.

Dans le domaine sanitaire, **LES risques** correspondent à la probabilité de survenue d'évènements indésirables au cours ou à la suite de soins. Il peut alors s'agir d'infection nosocomiale, d'accident opératoire, d'accident lié aux soins, d'erreur de manipulation lors de l'administration de médicaments par exemple. Dans ce cas, la victime peut être le patient lui-même mais également un autre patient, un membre du personnel soignant ou

¹¹ Circulaire CNAMTS 5/99 du 5 mars 1999.

toute personne de l'entourage. Dans les établissements de santé, la gestion des risques est intégrée au Système de Management de la Qualité. Il convient d'identifier les risques et de mener des actions pour éviter leur survenue ou en diminuer les effets néfastes lorsqu'ils ne peuvent être évités. La loi HPST a conféré au directeur d'établissement de santé et au président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), la responsabilité de mettre en œuvre un système de management de la qualité adéquat pour prévenir et gérer les événements indésirables liés aux soins. Pour cela, les objectifs de moyens qui existaient réglementairement ont été remplacés par des objectifs de résultats.

1.1.2 Les deux manières de caractériser la GDR

Dans le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), Messieurs Bocquet et Peltier¹², précisent qu'il n'y a pas de définition consensuelle de la GDR mais deux manières complémentaires de la caractériser : comme un ensemble d'activités et comme un « Etat d'esprit ».

A) La GDR : un ensemble d'activités

La GDR correspond à l'ensemble des moyens et actions mis en œuvre pour diminuer le risque assurantiel. Cinq leviers sont clairement définis : la prévention, l'analyse des données scientifiques, l'analyse des données financières, les actions d'accompagnement et de bon usage qui correspondent à la sensibilisation et à la contractualisation, et, en fin de boucle, le contrôle. Ces cinq leviers peuvent être envisagés indépendamment les uns des autres. En effet, ils sont différents et sont réalisés par des personnels de compétences et de professions différentes. Mais ils doivent surtout être considérés comme complémentaires car ils peuvent être menés simultanément, avec un même objectif, dans un seul programme.

Ainsi, il est possible d'évoquer un **processus d'amélioration constante de la qualité** tel que celui de la roue de Deming. De plus, il convient de rappeler que la GDR comporte une composante financière primordiale. Il est donc nécessaire d'ajouter un **processus de diminution constante des coûts**.

Pour représenter ces cinq leviers et les deux processus simultanément, j'ai construit la figure 1.

¹² BOCQUET PY. PELTIER M, 2010, *Mission sur la gestion du risque*, IGAS, RM2010-163P – N° 250.

Pour la suite du mémoire, afin de ne pas alourdir le document, cette référence ne sera pas répétée. De plus, pour faciliter les recherches éventuelles du lecteur, j'ai choisi de ne pas citer les pages mais les numéros de lignes et de recommandations figurant dans le rapport.

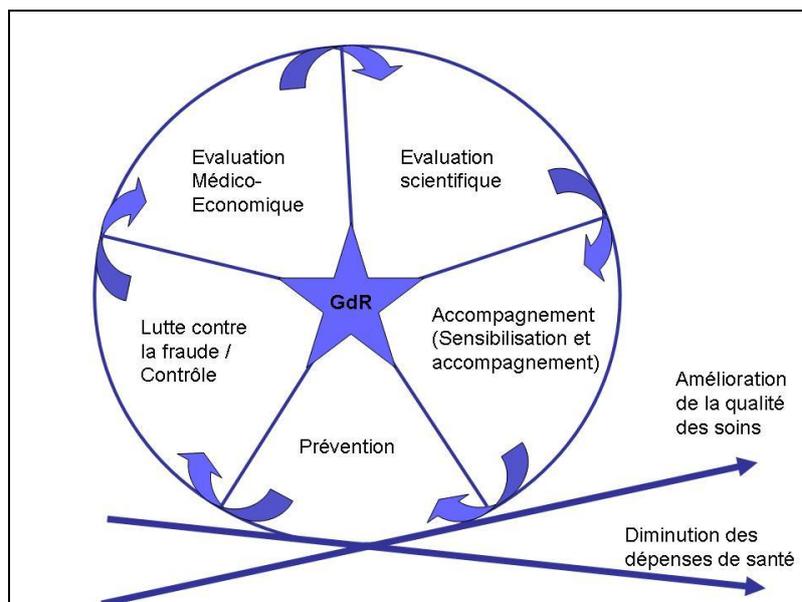


Figure 1 : les 5 leviers de la GDR

Ces cinq leviers ne peuvent être mis en œuvre séparément. Cela implique que le dispositif soit piloté dans son ensemble. Il conduit à l'amélioration de la qualité tout en diminuant les coûts c'est-à-dire à l'efficacité.

B) La GDR : un état d'esprit

La GDR repose sur le principe d'améliorer l'efficacité du système de santé. Il est primordial que chacun prenne conscience des contraintes financières actuelles et mette en œuvre des actions ayant pour objectif d'améliorer le rapport coût/qualité dans le domaine de la santé. Il convient donc d'inclure une analyse financière à toute action mise en œuvre et d'en mesurer le résultat.

Dans le rapport IGAS, Messieurs Bocquet et Peltier (n° 153) précisent donc que des idées simples doivent être rappelées :

- La nécessité de s'intéresser aux caractéristiques et à l'évolution des dépenses de santé ;
- La possibilité d'agir sur cette évolution sans pour autant remettre en cause la qualité du système de soins ;
- La nécessité d'intégrer dans la GDR, l'ensemble des actions menées mais de mener également des programmes spécifiques.

1.1.3 LE risque ne serait qu'un cas particulier DES risques

Au cours des entretiens, plusieurs PHISP ont fait remarquer que la gestion du risque et la gestion des risques étaient bien différentes et qu'il ne fallait pas confondre les termes. Cependant, les responsables de la GDR en ARS rencontrés précisent qu'elles ne voient pas de différence fondamentale entre LE risque et LES risques. En effet, pour l'une d'entre elles, « la GDR et la gestion des risques sont liées dans l'esprit ». Elle précise que

la notion de gestion du risque a été empruntée au secteur privé et à l'assurance. Elle propose d'avoir une approche plus large, « *systémique* », en disant que « *le risque existe pour tout ce qui menace la pérennité d'une entreprise* ». Dans le domaine de la santé, « *le risque existe lorsque l'état de santé est menacé par un défaut d'hygiène, de prévention ou de mauvais usage des finances par exemple* ».

Pour une autre responsable, la méthode pour gérer le risque assurantiel est la même que celle pour gérer les risques. « *La question est de savoir ce qui entre dans les risques que l'on veut gérer* ».

Ainsi, le risque assurantiel serait un cas particulier des risques analysés dans leur globalité. Le risque ayant été précisé, la dimension financière ayant été intégrée à l'analyse, les actions mises en œuvre pour le suivre, le prévenir, le réduire et le contrôler seraient similaires.

1.2 Historique

Selon les expériences des personnels de l'Assurance Maladie que j'ai rencontrés, la GDR est apparue, **dans les années 1990, sous forme d'initiatives régionales**. Les thèmes choisis portaient sur des sujets à fort impact financier (antihypertenseurs, statines par exemple) et sur des sujets peu coûteux mais présentant un risque important pour la population (hypnotiques et psychotropes chez les personnes âgées).

A partir de 1993, grâce au développement des systèmes d'information, le codage systématique des actes a pu être réalisé. Il a permis d'obtenir des profils exacts par laboratoire d'analyses dans un premier temps puis par pharmacie ensuite. L'Assurance Maladie a ainsi « *connaître exactement ce qui était remboursé alors qu'auparavant, seules des estimations étaient réalisées à partir de comptages manuels et ponctuels* ».

La seconde évolution importante est intervenue en 1996 avec les « ordonnances Juppé »¹³. Celles-ci ont conduit à la création des URCAM qui ont eu pour mission de développer la GDR en région. L'ordonnance n° 344 du 24 avril 1996 a institué les Conventions d'Objectifs et de Gestion (COG). Celles-ci sont conclues entre l'État et les caisses nationales des principaux régimes de Sécurité Sociale. Elles constituent un des leviers de modernisation et d'amélioration de la performance de la Sécurité Sociale. Elles formalisent dans un document contractuel la délégation de gestion du service public de la Sécurité Sociale aux organismes gestionnaires. Elles sont ensuite déclinées en Contrats Pluriannuels de Gestion (CPG) entre la caisse nationale et les caisses locales.

¹³ Ordonnance n° 96-345 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

En 2004, la GDR a été inscrite dans la Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 portant réforme de la Sécurité Sociale, le codage étant opérationnel, des données fiables ont pu être extraites du système d'information (SNIIR-AM : Système National d'Information Inter Régime d'Assurance Maladie) et exploitées. Des programmes d'actions systématiques ont pu être programmés et mis en œuvre. Une responsable de la GDR en ARS ayant participé à la mise en place des URCAM en 1997 parle ainsi d'« *industrialisation* » de la GdR, tandis que le rapport IGAS de Messieurs Bocquet et Peltier (n°66) parle « d'ingénierie globale de la GdR ». Ainsi, il y a eu augmentation des effectifs dédiés à la GDR, mobilisation de la HAS, coordination et définition de programmes nationaux, contractualisation avec les professionnels de santé et développement des échanges confraternels et des visites des Délégués de l'Assurance Maladie (DAM).

La GDR a donc obtenu des résultats très positifs. Cependant, des freins ont été relevés. Les personnels de l'assurance maladie manquent d'expertise médicale. Ils ne peuvent s'appuyer que sur les avis de la HAS parfois critiqués du fait de l'existence d'un fossé entre l'avis des experts et les pratiques sur le terrain. De plus, l'Assurance Maladie est essentiellement tournée vers le secteur ambulatoire et a une vision trop compartimentée du système de santé

Une note ¹⁴ suggère que le pilotage de la GDR doit être réalisé par un organisme unique, aux compétences plus larges que celles de l'Assurance Maladie, en faisant appel notamment, à des réseaux d'experts et en partenariat avec d'autres acteurs du système de santé. Deux rapports préconisent également que la répartition des responsabilités entre l'Etat et l'Assurance Maladie soit améliorée^{15,16}

En 2009, le pilotage de la GDR en région est attribué aux ARS par la loi HPST, en concertation avec les organismes régionaux d'Assurance Maladie. Ainsi, les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social sont tous pris en compte dans la GDR et un interlocuteur unique est identifié.

1.3 Les différents modes de régulation des dépenses de santé et la place de la GdR

La GDR est un moyen d'inciter les établissements de santé, les établissements médico-sociaux, les professionnels de santé et les patients à améliorer les soins et à maîtriser les dépenses de santé.

¹⁴ COURREGES C., DUHAMEL G., Mars 2003, *La gestion du risque par les URCAM*, Note 2003 039 : p11.

¹⁵ RITTER P., Décembre 2007, *Rapport RGPP Santé, Solidarité, Sports*.

¹⁶ BUR Y., Février 2008, *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les ARS*, n° 2008-697 – 168p.

Les différents moyens mis en œuvre pour réduire les dépenses d'assurance maladie sont d'ordre **administratif et comptable**. Ces régulations sont définies par voie législative et réglementaire. Il s'agit des franchises, des participations forfaitaires et des diverses actions sur les taux de remboursement des médicaments.

Par ailleurs, il existe des actions d'accompagnement de l'Assurance Maladie qui correspondent également à la **maîtrise médicalisée des dépenses de santé**. Sur la base de référentiels médicaux, des objectifs sont quantifiés, négociés et contractualisés avec les professionnels de santé. Ces actions s'inscrivent dans la dynamique de programmes nationaux de GDR qui sont mis en œuvre par l'Assurance Maladie, au niveau local et au niveau régional. Elles sont réalisées auprès des professionnels de santé (Visites des Délégués de l'Assurance Maladie, les DAM - Echanges confraternels - Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles, les CAPI) et auprès des assurés (campagnes d'information sur les génériques ou les antibiotiques par exemple).

Enfin, il existe le **contrôle contentieux** auprès des professionnels de santé et auprès des assurés. Dans le domaine pharmaceutique, l'**inspection** réalisée par les PHISP présente des objectifs communs sur le thème de la sécurité sanitaire et de l'amélioration des pratiques. Jusqu'à ce jour, l'inspection n'avait pas d'objectifs financiers.

Vis-à-vis des établissements de santé, des dispositifs tels que le Contrat de Bon Usage (CBU) et la Certification réalisée par la HAS constituent un autre mode de régulation.

Dans le cadre de la mise en place de la Tarification à l'Activité (T2A) dans les établissements de santé, un **Contrat de Bon Usage**^{17,18} a été signé entre l'ARS, l'Assurance Maladie et l'établissement. Il a pour objectif de suivre particulièrement les médicaments et dispositifs médicaux inscrits sur une liste particulière, la « liste en sus »¹⁹. Ce suivi est réalisé par l'Observatoire du Médicament, des Dispositifs Médicaux et Innovations Thérapeutiques (OMEDIT). Il porte, notamment, sur le respect des référentiels de prescription élaborés par la HAS, l'Institut National contre le Cancer (InCa) et l'Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé (Afssaps). Des objectifs d'amélioration de la qualité du circuit du médicament et d'informatisation des prescriptions sont définis. Enfin, le suivi financier est réalisé afin que les dépenses de médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus soient entièrement justifiés et

¹⁷ Décret n°2005-1023 du 24 août 2005 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

¹⁸ Circulaire DHOS/E2/DSS/1C no 2006-30 du 19 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du contrat de bon usage des médicaments et produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

¹⁹ Les médicaments et dispositifs médicaux particulièrement coûteux et figurant sur la liste en sus sont remboursés en sus du GHS (Groupe Homogène de Séjour = prix du séjour du patient, payé par l'assurance maladie à l'établissement de santé. Ce prix correspond au séjour moyen d'un patient en fonction du diagnostic qui a été établi et des comorbidités éventuelles).

maîtrisés. Le taux d'augmentation des dépenses doit ainsi être inférieur à la valeur fixée annuellement par l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM).

La **Certification réalisée par la HAS**²⁰ a débuté dans les années 2000, avec une première version (V1) puis une deuxième (V2). Enfin une troisième, la V2010 est celle actuellement en cours. Elle correspond à une procédure d'évaluation externe du fonctionnement global d'un établissement de santé. Elle est indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle. Son objectif est de porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations d'un établissement de santé.

Dans le domaine médico-social, l'outil de régulation a été mis en place plus récemment. En effet, la **convention tripartite** a actuellement trois ans. Elle concerne les établissements qui hébergent des personnes âgées dépendantes. A la suite de la signature de cette convention, les établissements concernés portent le nom d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Cette convention signée entre l'EHPAD, l'ARS et le Conseil Général a pour objet de :

- définir les conditions de fonctionnement de l'établissement tant sur le plan financier que sur le plan de la structuration des services et les objectifs qualité assignés aux prestations et aux soins dispensés aux résidents.
- préciser les objectifs d'amélioration de la qualité des services rendus et les modalités d'évaluation de celle-ci.

Les ressources financières des EHPAD dépendent de cotations en fonction du degré de dépendance des résidents (Score GIR²¹) et de leur taux de médicalisation (Coupe PATHOS).

1.4 La place de la Gestion du Risque au sein de la politique de santé

Les ARS ont deux grandes missions²² que sont le **pilotage de la santé publique** et la **régulation de l'offre de santé** dans les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social. Leur champ de compétences est très vaste et concerne notamment :

- La veille et la sécurité sanitaires,
- La prévention et la promotion de la santé,
- La gestion des crises sanitaires, en lien avec le préfet,

²⁰ Site Internet de la HAS, Page « Mieux connaître la certification [Consulté le 22/06/2011] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_411173/mieux-connaître-la-certification-des-etablissements-de-sante.

²¹ GIR = Groupe Iso Ressources.

²² Article L-1431-2 du Code de la Santé Publique.

- L'offre de soins, en veillant à une meilleure répartition de l'offre sur le territoire et une meilleure utilisation des ressources, et la maîtrise des dépenses.

Dans ce cadre, les ARS ont également une **mission d'Inspection-Contrôle** définie de la manière suivante : « Elles veillent à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux et elles procèdent à des contrôles à cette fin [...] ».

1.4.1 Les actions des ARS

Les ARS ont pour objectif de planifier et de mettre en œuvre la politique de santé au niveau régional. Pour cela, elles élaborent le **Projet Régional de Santé (PRS)**²³, en tenant compte des orientations de la politique nationale de santé et des ressources financières qui leur sont attribuées et le **Programme Pluriannuel Régional de Gestion du Risque (PPRGDR)**²⁴. Ce dernier est intégré au PRS.

Le PRS comprend trois parties :

- Le Plan Stratégique Régional de Santé
- Le schéma régional de prévention, le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) dans les secteurs hospitalier et ambulatoire ainsi que le schéma régional d'organisation médico-sociale.
- Des programmes qui déclinent les modalités d'application de ces schémas. Ainsi, on peut citer les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), les Programmes Interdépartementaux d'ACcompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie (PRIAC) et les PPGDR.

Dans la plupart des ARS, le PRS fait, actuellement, l'objet d'une consultation. Par la suite, il devra être soumis pour avis à la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), aux Collectivités Territoriales et au Préfet de Région. Selon les objectifs fixés par le Ministère de la Santé, le PRS doit être terminé pour la fin de l'année 2011.

1.4.2 Les modalités du pilotage national des ARS

Les ARS sont coordonnées par le Conseil National de Pilotage (CNP)²⁵ qui :

- Donne les directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé ;
- Veille à la cohérence des politiques à mettre en œuvre ;
- Évalue et suit les résultats ;
- Valide les instructions données aux ARS ;
- Répartit les financements.

Le CNP a également un rôle d'animation du réseau des ARS. Il est présidé par les ministres chargés de la santé, du travail, de l'assurance maladie, des personnes âgées et

²³ Articles L-1434-1 à L-1434-13 du Code de la Santé Publique.

²⁴ Articles L-1434-14 et 15 du Code de la Santé Publique.

²⁵ Article L1433-1 du Code de la Santé Publique.

des personnes handicapées et réunit des représentants des directions d'administration centrales, des caisses nationales d'Assurance Maladie, et de la Conférence Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Le ministre chargé du budget en est membre.

Chaque Directeur Général d'ARS (DGARS) a signé un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM-ARS) avec le CNP. Un indicateur relatif à la mise en œuvre de la GdR figure dans ce CPOM-ARS et des objectifs de performance et d'efficacité ont été fixés aux DGARS dans leur lettre de mission. Il convient de noter qu'aucun indicateur relatif aux missions d'Inspection-Contrôle ne figure parmi les indicateurs de suivi du CPOM-ARS ni du PRS.

1.4.3 Les modalités d'élaboration des PPRGDR

Le décret n°2010-515 du 18 mai 2010 précise le contenu et les modalités d'élaboration du PPRGDR. Une Commission Régionale de GDR est créée. **Présidée par le DGARS**, elle est composée **du directeur d'organisme, au niveau régional** de chacun des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime social des indépendants) et des **directeurs d'organismes et services d'assurance maladie de ces trois régimes du ressort de la région**.

La Commission Régionale de GDR se réunit soit en formation plénière, soit en formation restreinte. Le PPRGDR est arrêté par le DGARS pour une durée de 4 ans, après avis de la commission en formation plénière et est révisé annuellement. Il est composé de deux parties :

- Les programmes nationaux de gestion du risque. S'il y a lieu, les conditions de déclinaison et de mise en œuvre de ces programmes au niveau régional sont validées et transmises par le CNP.
- Les actions régionales complémentaires spécifiques, arrêtées par le DGARS après concertation et avis de la Commission Régionale de GDR.

Un contrat pluriannuel est signé entre le DGARS et le directeur de chaque organisme et service d'Assurance Maladie.

Enfin, l'instruction validée par le CNP le 9 juillet 2010 (Visa CNP 2010-150) fixe les priorités de gestion du risque pour l'année 2010.

1.4.4 Les modalités du pilotage national du PPRGDR

La loi HPST prévoit la signature d'un contrat Etat/UNCAM, fixant pour 4 ans les objectifs de gestion du risque relatifs à la prévention et à l'information des assurés, à l'évolution des pratiques et à l'organisation des soins pour les professionnels et les établissements de santé. Compte tenu du pilotage national des ARS d'une part, de l'expérience de l'Assurance Maladie dans le domaine de la GDR d'autre part et enfin de la collaboration

2 La GDR en région

Les textes règlementaires ayant été détaillés en amont, ce chapitre est dédié à la description et à l'analyse des situations en région.

2.1 Mise en œuvre

Le pilotage de la GDR au sein de l'ARS a été confié essentiellement à des directions, départements ou pôles qui ont un rôle transversal au sein de l'ARS :

- Performance (Franche-Comté, Haute Normandie, Lorraine, Basse Normandie, Auvergne),
- Stratégie (Océan Indien, Nord-Pas de Calais, Martinique),
- Qualité / Efficience (Pays de Loire, Poitou-Charentes),
- Directeur Adjoint (Ile-de-France),
- Pilotage (Bourgogne).
- Coordination GDR (Rhône-Alpes)

Dans 4 autres cas (Centre, Champagne-Ardenne, Corse, Limousin), cette mission a été confiée à la Direction de l'Offre de Soins qui, par opposition aux cas précédents est habituellement appelée « Direction Métier ». Ce choix confirme l'importance de la GDR. Son pilotage est placé très haut dans l'organigramme, le plus souvent, directement auprès du DGARS. Ainsi, dans le rapport IGAS, Messieurs Bocquet et Peltier (Recommandation n°23) préconisent de « positionner transversalement et en mode projet la cellule GDR en ARS ».

Dans toutes les ARS interrogées, les instances de pilotage ont été créées conformément à la réglementation et à l'instruction du CNP avec la Commission Régionale de GDR qui se réunit deux à trois fois par an en formation plénière et 6 fois par an en formation restreinte.

En Rhône-Alpes, une **Commission d'Appui et de Suivi** fait le lien avec les représentants locaux des organismes d'Assurance Maladie et les chefs de projet responsables du pilotage de chacun des programmes. En Ile-de-France et en région Nord-Pas de Calais, c'est un **Comité de Pilotage** qui suit l'avancement des programmes et en rend compte à la Commission Régionale.

Pour chacune des dix priorités, le pilotage est confié à une ou plusieurs personnes dont la qualité sera détaillée plus tard. Il est important de remarquer que notamment dans les régions Rhône-Alpes, Franche-Comté et Nord-Pas de Calais, l'ARS et l'Assurance Maladie sont chacune responsables de cinq programmes.

Les modalités de suivi des programmes de GDR n'ont été que très rapidement évoquées au cours des entretiens. En effet, en Ile-de France, des questionnaires de satisfaction ont été renseignés à la fin des réunions d'échanges mais l'analyse n'était pas terminée lorsque l'entretien a été réalisé. Pour les autres régions, une évaluation était prévue, les réunions étant programmées mais pas toutes réalisées.

Seule l'Ile-de-France a signalé qu'à ce jour, le programme GDR pour la période 2012-2014 est en préparation. En effet, un recensement de l'ensemble des actions est en cours. En fonction de l'analyse des risques qui sera menée, ces actions seront priorisées et intégrées au PPRGDR en tant que programmes régionaux. Sur ce sujet, la responsable de la GDR compte vraiment sur l'implication des PHISP, puisque des inspections programmées et des enquêtes sont réalisées dans cette région. Cette action est conforme à la recommandation°22 du rapport IGAS. Ce dernier précise la nécessité de valoriser les travaux qui existent au sein de l'ARS.

La question des contrats passés entre le DGARS et les représentants des organismes régionaux de l'Assurance Maladie n'a pas été abordée dans ce travail.

2.1.1 Les modalités d'information

Compte tenu de la méconnaissance de la GDR de la part des personnels de l'ARS, il a été nécessaire de les informer sur la notion de GdR. Une information a été organisée dans plusieurs régions, soit en utilisant les moyens de communication disponibles à l'ARS, soit sous forme de réunions spécifiques. Les moyens mis en œuvre ont été les suivants :

- **Café-ARS en Ile-de-France** : il s'agit de réunions mensuelles organisées par le Service de Communication. Pendant une demi-heure, une personne expose un sujet d'actualité sur lequel elle travaille et qui peut concerner tout le personnel ;
- **Réunion technique mensuelle en Languedoc-Roussillon** : ces réunions existaient déjà à la DRASS et ont été poursuivies à l'ARS. Elles sont organisées à l'intention des personnels techniques tels que les Médecins Inspecteurs de Santé Publique (MISP), PHISP, Ingénieurs d'Etudes Sanitaires (IES) et Ingénieurs du Génie Sanitaire (IGS) et traitent de sujets transversaux.
- **Séminaire d'une journée en Aquitaine** avec des présentations faites par des personnes de l'Assurance Maladie ainsi que l'un des auteurs du rapport IGAS.
- **Formation en Bourgogne**

Des informations ont également été mises en ligne sur les sites Internet de l'ARS Rhône-Alpes²⁷ et de Franche-Comté²⁸ par exemple.

²⁷ Site Internet ARS Rhône-Alpes, Page Coordination Gestion du Risque assurantiel [Consulté le 22/06/2011] : <http://ars.rhonealpes.sante.fr/Coordonnation-gestion-du-risqu.110922.199.html>.

²⁸ Site Internet ARS Franche-Comté, [Consulté le 22/06/2011] : <http://ars.sante.fr/Programme-pluriannuel-regional.105739.0.html>.

2.2 Les programmes de GDR relatifs aux médicaments

Parmi les 10 programmes nationaux, 3 portent sur le médicament. L'ARS Nord-Pas de Calais a mis en place deux programmes régionaux complémentaires constituant des préoccupations régionales et sur lesquelles l'Assurance Maladie avait déjà travaillé :

- L'implication des pharmaciens dans le premier recours, en travaillant principalement sur les génériques et les conditionnements trimestriels ;
- La consommation des antibiotiques, en lien avec les infections liées aux soins.

Pour le travail d'enquête de ce mémoire, le choix a été fait de se limiter à un seul des trois thèmes exposés ci-après : les prescriptions dans les EHPAD.

2.2.1 Les prescriptions des médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus

L'objectif de ce programme est de maîtriser les dépenses de médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus. L'enjeu financier de ce secteur s'élève à 4,6 milliards d'euros et l'objectif d'économie est de 90 millions d'euros par an.

Plusieurs actions locales ont déjà été mises en place en 2009. Dans un premier temps, il est nécessaire d'évaluer leur impact et de faire un retour d'expérience.

Dans un second temps, il est prévu de poursuivre les actions de 2009 en identifiant les établissements « gros prescripteurs » et en réalisant un suivi particulier. Des actions de sensibilisation et d'information devront être menées si l'augmentation des dépenses relatives à la liste en sus est supérieure à de 10% et n'est pas justifiée.

Enfin, ces actions devront être poursuivies et renforcées en ciblant les établissements dont l'augmentation des dépenses de la liste en sus sera supérieure à 8%.

Plusieurs documents méthodologiques relatifs l'application du dispositif^{29, 30, 31} ont été transmis aux ARS sur ce sujet, s'appuyant sur les expériences menées en région.

Ce programme est assorti d'indicateurs :

- Au niveau national : montant des économies réalisées ;
- Au niveau régional : nombre de plans d'actions mis en œuvre à la suite de la campagne 2009 et nombre d'établissements visités et accompagnés.

Ce programme s'inscrit dans la continuité des travaux réalisés par les OMEDIT dans le cadre de la mise en place des Contrats de Bon Usage.

²⁹ Circulaire n° DSS/1C/DGOS/PF2/2010/389 du 12 novembre 2010 relatives à la mise en œuvre des dispositions relatives à la maîtrise des dépenses de produits de santé des listes en sus.

³⁰ Instruction DSS/DGOS du 8 février 2011 relative à la diffusion, pour application du guide méthodologique relatif à la contractualisation en application du dispositif de régulation.

³¹ Instruction validée par le CNP le 28 janvier 2001 (Visa CNP 2011-27).

2.2.2 Les prescriptions hospitalières exécutées en ville

L'objectif de ce programme est de maîtriser les dépenses des prescriptions hospitalières exécutées en ville. L'enjeu financier de ce secteur s'élève à 5,6 milliards d'euros et l'objectif d'économie est de 60 millions d'euros en 2011.

Il est prévu de réaliser un suivi de l'évolution de ces dépenses en 2010, d'identifier les établissements dont l'augmentation des dépenses est supérieure à un taux qui sera défini ultérieurement, de réaliser des visites de sensibilisation puis de contractualiser avec ces établissements. Il est également prévu de diffuser les outils d'identification des prescripteurs³².

Ce programme est assorti d'indicateurs :

- Au niveau national : montant des économies réalisées et évolution des dépenses ;
- Au niveau régional : nombre d'établissements visités en 2010 en vue de la préparation de la contractualisation et nombre de contrats signés en 2011.

Ce programme doit être mis en œuvre en lien avec l'Assurance Maladie qui dispose de toutes les données relatives aux dépenses ambulatoires.

2.2.3 Les prescriptions dans les EHPAD³³,

L'objectif de ce programme est d'améliorer la qualité et l'efficacité liées aux soins et aux prescriptions dans les EHPAD. L'enjeu financier de ce secteur s'élève à 4,8 milliards d'euros mais aucun objectif d'économie n'a été défini.

Il est prévu de renforcer et diffuser les bonnes pratiques liées aux soins dans les EHPAD en organisant annuellement des réunions locales d'information et d'échanges. Dans un second temps, il est prévu de contractualiser avec les EHPAD sur des objectifs d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins. Enfin, il est demandé de guider les EHPAD dans l'élaboration d'une liste préférentielle de médicaments efficace correspondant au livret thérapeutique des établissements de santé.

Un seul indicateur de suivi a été retenu en 2010 : 100% si l'organisation des réunions locales est lancée en 2010, sinon 0%

Un support de présentation a été proposé aux ARS pour l'animation des réunions locales. Il porte sur les mêmes thèmes que ceux fixés à l'Assurance Maladie en 2009 : l'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés, la prévention, le dépistage et la prise en charge de la dénutrition et les pansements primaires pour plaies chroniques.

Les régions ont constitué un groupe de travail et certains ont adapté le diaporama localement en fonction des thèmes retenus et des intervenants choisis. Il ressort de l'enquête que :

- le thème seul des benzodiazépines a été retenu 4 fois ;

³² Il s'agit, par exemple de mettre en place des codes-barres correspondant au numéro professionnel des prescripteurs sur les ordonnances.

³³ Instruction du 9 novembre 2010, validée par le CNP le 22 octobre 2010 (Visa CNP 2010-259).

- la dénutrition seule a été retenue 5 fois ;
- les benzodiazépines et la dénutrition ont été retenues 4 fois.

Deux régions ont traité les 3 thèmes et deux autres n'avaient pas encore choisi les thèmes. En revanche, il est important de relever que plusieurs régions ont choisi d'aborder d'autres sujets : la prévention de l'iatrogénie en Corse, l'iatrogénie et la liste préférentielle en Franche-Comté, la Maladie d'Alzheimer en Limousin et Océan Indien, la prise en charge de l'insuffisance rénale en EHPAD en Pays de Loire, les soins dentaires en EHPAD et la présentation de l'outil de qualité des soins (MOBIQUAL) en Aquitaine.

En Ile-de-France, en s'appuyant sur les conclusions de plusieurs rapports^{34, 35, 36} réalisés sur les EHPAD et leur fonctionnement, le PHISP participant aux travaux a obtenu que le thème principal retenu soit celui du Circuit du Médicament. Le rôle du pharmacien référent en EHPAD a ainsi pu être mis en avant, de même que certaines attentes de l'ARS portant sur la qualité des prescriptions, la préparation des doses à administrer et l'administration des médicaments.

En 2011, ce programme devra être poursuivi et sera assorti d'indicateurs d'évaluation des actions qui seront intégrés au CPOM-ARS³⁷. Les réunions d'échanges porteront au minimum sur les thèmes suivants :

- dépistage de la dénutrition chez les personnes âgées ;
- arrêt des prescriptions de benzodiazépines (BZD) chez les résidents en EHPAD ;
- prévention des troubles du comportement chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

2.3 Les acteurs de la GDR en région

Les responsables du pilotage des programmes relatifs aux médicaments sont identifiés grâce aux résultats du questionnaire. Leur profession et la structure dans laquelle ils exercent ont été consignées dans les tableaux 1, 2 et 3.

³⁴ DELOMENIE P., 2005, *Conclusions du groupe de travail sur la prise en charge de médicaments dans les maisons de retraites spécialisées*, IGAS 2005 022 : 212p.

³⁵ LANCRY JP., 2009, *Mission préparatoire à l'expérimentation de la réintégration du budget médicaments dans le forfait soins des EHPAD* : 37p.

³⁶ NAVES P., DAHAN M., 2010, *Rapport d'évaluation de l'expérimentation de la réintroduction des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans pharmacie à usage intérieur*, IGAS, RM2010-133P : 100p.

³⁷ CIRCULAIRE N° DSS/SD1MCGR/DGCS/2011/68 du 11 mars 2011 relative à la mise en place par les agences régionales de santé de réunions avec les EHPAD portant sur les bonnes pratiques professionnelles en 2011 - Validée par le CNP le 11 mars 2011 (Visa CNP 2011-38 bis).

Tableau 1 : Pilotage du programme relatif aux médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus

Modalités du pilotage	Description
Une personne seule (5 régions)	<ul style="list-style-type: none"> - Pharmacien Omédit (2) - Pharmacien ARS (1) - Médecin AM (1) - Médecin ARS (1)
Désignation d'un binôme (7 régions)	<ul style="list-style-type: none"> - Pharmaciens Omédit et AM (1) - Pharmacien ARS et Omédit (3) - Pharmacien ARS + Administratif ARS (1) - Pharmacien ARS + Médecin AM (1) - Médecin AM + Administratif AM (1)
Désignation d'une équipe (4 régions)	<ul style="list-style-type: none"> - Pharmaciens ARS, Omédit et AM + Médecin Omédit + Administratif ARS - Pharmaciens ARS et Omédit + Médecin AM + Administratifs ARS et Omédit - Pharmaciens ARS et Omédit + Médecin AM + Administratif ARS - Pharmacien ARS + Médecin ARS + Administratif ARS
Absence de réponse (1 région)	-

Tableau 2 : Pilotage du programme relatif aux prescriptions hospitalières exécutées en ville

Modalités du pilotage	Description
Une personne seule (8 régions)	<ul style="list-style-type: none"> - Pharmacien ARS (2) - Administratif AM (5) - Administratif ARS (1)
Désignation d'un binôme (4 régions)	<ul style="list-style-type: none"> - Pharmaciens ARS et AM (2) - Pharmacien ARS + Médecin AM (1) - Médecin AM + Administratif ARS (1)
Désignation d'une équipe (5 régions)	<ul style="list-style-type: none"> - Pharmaciens ARS et Omédit + Médecin AM - Pharmaciens ARS et Omédit + Médecin AM + Administratif AM - Pharmaciens AM et Omédit + Médecin Omédit + Administratifs AM et ARS) - Pharmaciens AM et Omédit + Administratif AM - Pharmacien Omédit + Administratifs AM et ARS

Tableau 3 : Pilotage du programme relatif à l'efficacité des prescriptions en Ehpad

Modalités du pilotage	Description
Une personne seule (9 régions)	<ul style="list-style-type: none"> - Pharmacien ARS (3) - Administratif AM (5) - Administratif ARS (1)
Désignation d'un binôme (5 régions)	<ul style="list-style-type: none"> - Pharmacien ARS + Médecin AM (1) - Pharmacien ARS + Administratif AM (2) - Médecin ARS + Administratif AM (1) - Administratifs AM et ARS (1)
Désignation d'une équipe (1 région)	<ul style="list-style-type: none"> - Pharmaciens ARS + Médecin AM + Administratif AM
Absence de réponse (2 régions)	-

Pour le pilotage du programme médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus, le pharmacien OMEDIT et le PHISP sont impliqués de la même façon (11 régions). Dans 7 cas, les deux pharmaciens sont impliqués en équipe. En revanche, aucun pharmacien de l'OMEDIT n'est impliqué dans le pilotage du programme des prescriptions en EHPAD alors que 6 PHISP le sont.

Cette situation s'explique par le fait que les OMEDIT, dans le cadre du CBU travaillent depuis 5 ans maintenant sur la problématique de la liste en sus. Cette observation confirme les affirmations de Messieurs Bocquet et Peltier dans le rapport IGAS (n°265). En effet, ils précisent que « [...] les OMEDIT devraient logiquement être au cœur de l'action des ARS sur plusieurs des dix priorités de la circulaire du 19 juillet 2010 [...] ».

Concernant les médecins, qu'ils soient MISP ou Médecins Conseils, leur implication est assez modeste dans ces trois programmes : 9 sont dénombrés pour le pilotage du programme relatif aux produits de la liste en sus, 5 pour celui relatif aux prescriptions hospitalières et 3 pour celui relatif aux prescriptions dans les EHPAD. L'enquête n'ayant porté que sur les programmes relatifs au médicament, ce résultat ne prouve pas leur total désintéressement au sujet de la GDR.

Enfin, il faut noter qu'une personne de l'Assurance Maladie, qu'il s'agisse d'un médecin, d'un pharmacien ou d'un administratif est presque toujours impliquée dans le pilotage des 3 programmes.

Au cours des entretiens, il est apparu que la coopération entre l'Assurance Maladie et l'ARS était importante en Aquitaine et dans le Nord-Pas de Calais. Il semble que cela ne soit pas le cas dans toutes les régions. En effet, dans certaines régions comme le Centre et la Bourgogne, l'Assurance Maladie aurait laissé cette activité aux ARS parce que de nombreux personnels de l'assurance maladie auraient été « donnés » aux ARS au moment de leur création. Cette observation n'étant pas corrélée avec les résultats de l'enquête, il est probable ces derniers soient plus objectifs. De plus un des responsables de l'Assurance Maladie rencontré a indiqué : « [...] *les moyens sont limités aussi bien à l'ARS qu'à l'Assurance Maladie, [...] il n'y a pas de concurrence, mais de la complémentarité [...] ».*

2.4 Moyens d'action

2.4.1 Les moyens nationaux

Pour chacun des programmes, le CNP fournit un certain nombre de documents de travail. Il s'agit de :

- Plan d'actions assorti d'instructions et de circulaires relatives à leur mise en œuvre ;
- Supports de présentation à utiliser lors des réunions d'échanges ;
- Contrats-type.

Des ateliers de travail spécifiques à chaque programme sont organisés. Ils permettent aux différents intervenants de réfléchir en commun sur les actions à mener au cours de réunions interrégionales sur la GDR. Les intervenants disposent également des textes

règlementaires du Code de la Santé Publique, du Code de la Sécurité Sociale et du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Cependant, il est important de relever que la diffusion tardive (publication au Journal Officiel, Transmission par le CNP) de ces documents peut être un frein à la mise en œuvre de la GDR en région.

2.4.2 Les bases de données

Concernant les données économiques, les ARS disposent du système d'information de l'Assurance Maladie, le SNIIR-AM. Concernant les données d'activité des établissements de santé, elles disposent également du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), renseigné par les établissements de santé et géré par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). Les ARS disposent également de nombreuses sources d'information dont une liste non exhaustive est fournie en annexe³⁸.

2.4.3 Les référentiels

De nombreux documents sont élaborés par les agences sanitaires. Parmi les plus importantes pour le programme relatif aux prescriptions dans les EHPAD, la HAS, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)³⁹ et l'Agence Nationale d'Evaluation et de la Qualité des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux (ANESM)⁴⁰ peuvent être citées.

La HAS élabore de nombreuses recommandations relatives au Bon Usage, aux Bonnes Pratiques, ainsi que de nombreux documents de travail qui peuvent être utilisés dans le cadre des Evaluations des Pratiques professionnels (EPP). Ces documents disponibles sur le site de la HAS⁴¹ peuvent être téléchargés par tout professionnel de santé et utilisés directement ou adaptés localement. Un PHISP précise cependant que malgré le nombre de documents disponibles et leur qualité, il est encore nécessaire de sensibiliser les professionnels de santé, et particulièrement les médecins libéraux intervenant en EHPAD, à la problématique des prescriptions chez les personnes âgées.

Les professionnels des ARS peuvent également s'appuyer sur les compétences d'experts dans le domaine traité. Ainsi, dans le cadre du programme relatif aux prescriptions dans les EHPAD, un gériatre est intervenu dans la plupart des échanges régionaux organisés.

³⁸ Voir en Annexe 5 : liste fournie par l'ARS Ile de France à ses agents en mai 2011.

³⁹ <http://www.anap.fr/>.

⁴⁰ <http://www.anesm.sante.gouv.fr/>.

⁴¹ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil.

2.5 Les attentes des ARS en matière de GDR

2.5.1 Une mission prioritaire

Il apparaît dans plusieurs entretiens que la GDR est une mission prioritaire pour les ARS.

Ceci a, en effet, été **défini dans la loi HPST** puisque la mise en place de PPRGDR correspond à l'une des missions des ARS, au même titre que l'élaboration du PRS. Ceci a également été confirmé lors de la mise en œuvre des ARS avec la signature du CPOM-ARS. Ce dernier comprend un indicateur composite intitulé « Taux de réalisation des dix programmes ». En 2010, cet indicateur est composé de 6 indicateurs correspondants à six des dix programmes et est centré sur un **objectif de moyens**. A partir de 2011, cet indicateur devra permettre de mesurer un **objectif de résultats**, à savoir la maîtrise des dépenses de santé pour six des dix programmes. L'évolution de la définition de l'indicateur relatif aux PPRGDR montre l'importance de la mise en œuvre de ces programmes parmi les missions des ARS.

Par ailleurs, les moyens financiers sont, à l'heure actuelle, extrêmement réduits. Il est donc nécessaire que les ARS attribuent ces moyens en fonction des besoins, en analysant l'opportunité et la pertinence de la demande. Un responsable de la GDR en ARS précise que « *cette démarche d'allocation des ressources est nouvelle mais elle doit être systématique et prioritaire* ». La diminution des dépenses de santé ne doit cependant pas être obtenue au détriment de la qualité des soins. Pour cela, l'efficacité est primordiale et une des personnes rencontrées a même résumé cette idée de la manière suivante : « *L'objectif est d'avoir en France une médecine de qualité et au juste coût. Il faut donc tendre vers le zéro accident thérapeutique et le zéro euro dépensé pour rien.* »

En conséquence, les responsables de la GDR en ARS rencontrés ont précisé qu'ils attendaient que tous les acteurs de l'ARS se saisissent de ce sujet. Pour cela, il est nécessaire :

- D'utiliser **toutes les compétences disponibles** sur chacun des sujets
 - notamment les compétences pharmaceutiques pour tous les thèmes qui touchent aux médicaments et produits de santé. « *En effet, les pharmaciens sont ceux qui ont la meilleure connaissance sur les médicaments, les DCI, etc. [...]* »
 - en travaillant de manière pluridisciplinaire, comme le précise également l'une de ces responsables : « *[...] mais attention, il ne faut pas faire de dichotomie entre les pharmaciens et les médecins, il vaut mieux privilégier les réflexions mixtes [...]* ».

- en utilisant l'expérience et les compétences des personnels de l'ARS et issus de l'Assurance Maladie, pour leurs connaissances des bases informatiques et des outils mis en œuvre dans la GDR.
- De mettre en œuvre la GDR en utilisant une **méthodologie rigoureuse**.

2.5.2 La nécessité de rigueur méthodologique

Concernant la méthodologie pour la mise en œuvre de la GDR, le mode « gestion projet » semble faire l'unanimité. Cette manière de travailler comprend plusieurs étapes :

- Choix du ou des thèmes ;
- Analyse des données scientifiques et des données économiques ;
- Définition des actions à mener ;
- Elaboration d'un calendrier ;
- Mise en œuvre des actions ;
- Evaluation, mesure des résultats ;
- Communication.

Le mode projet permet à plusieurs professionnels, de métiers différents de travailler ensembles et en même temps, pour un même objectif. De plus, ce concept implique que lorsqu'un programme est terminé, un nouveau est élaboré.

Par ailleurs, il convient d'utiliser une méthodologie rigoureuse pour définir les thèmes qui seront traités. Une analyse de risque doit être réalisée. Ainsi, la responsable médicale de la GDR en Ile-de-France précise que la « Méthode de Hanlon » est intéressante pour cela. En effet, celle-ci est souvent utilisée pour établir des priorités de santé publique. Elle repose sur l'attribution de scores à 4 facteurs :

- A = ampleur du « problème » : nombre de personnes concernées, pourcentage par rapport à l'ensemble de la population par exemple. (Score de 0 à 10)
- B = gravité : mortalité, taux de survie, phénomène émergent, impact économique sur une population par exemple. (Score de 1 à 20)
- C = efficacité estimée des actions mises en place à partir de l'analyse de la littérature et de la taille de la population sur laquelle l'action doit être menée. (Score de 1 à 10)
- D = facteurs de faisabilité : économiques, règlementaires, acceptabilité par exemple. Il s'agit de répondre à des questions par oui ou non (Score 1 ou 0)

Le calcul effectué à partir de ces scores permet ensuite de classer les thèmes étudiés et donc d'établir la priorité des actions à mener.

Le déploiement des programmes de GDR relatifs aux médicaments est en cours dans les ARS. Les objectifs sont définis et les responsables du pilotage sont désignés. De

nombreux PHISP sont impliqués dans ces programmes. Il est nécessaire, maintenant, de connaître leur avis sur cette mission.

3 L'implication des PHISP dans les PPRGDR

Au cours des entretiens avec les PHISP⁴² et au vu de certaines réponses apportées au questionnaire, il ressort que leurs missions ont évolué avec la création des ARS. Ce chapitre précise également leurs besoins pour une meilleure appropriation de la GDR ainsi que les perspectives d'évolution du métier de pharmacien.

3.1 Evolution de la profession

Les missions des PHISP se sont diversifiées. Dans certaines régions, cela s'est fait au détriment des missions d'inspection. Cependant, malgré une certaine réticence, quelques PHISP voient un intérêt à cette évolution. En rappelant les missions réglementaires des PHISP ainsi que leurs compétences telles qu'elles sont définies dans le référentiel, il est nécessaire de préciser que les activités des PHISP relèvent à la fois du champ de l'Inspection et de celui de la Santé Publique.

3.1.1 Les observations

A) Le manque de connaissance de la GDR

Il apparaît que dans plusieurs régions, des PHISP ont soit été nommés responsables du programme relatif aux prescriptions dans les EHPAD, soit impliqués dans le groupe de travail sans avoir été consultés. L'information et la définition des objectifs ont été inégales. En conséquence, la méconnaissance du sujet peut apparaître comme une difficulté pour certains. Un PHISP précise que « *son domaine de compétences est celui de la sécurité sanitaire* », non « *celui des chiffres qui relèvent de l'Assurance Maladie* ».

Une responsable de la GDR en ARS reconnaît également que « *les personnels de l'ARS comprennent le besoin de GDR mais ne savent pas comment faire* ». Enfin, « *après la stupeur, certains pharmaciens semblent intéressés mais font peu le lien avec leurs actions au quotidien* ». Concernant le programme relatif aux prescriptions hospitalières exécutées en ville, cette interlocutrice parle de « *grande stupeur* » et voit PHISP « *désarmés* ». Elle espère obtenir plus d'adhésion lorsque les programmes auront été mis en place et que l'impact aura pu être mesuré.

Par ailleurs, une responsable médicale de la GDR précise que « *dans certaines de leurs actions, les PHISP font de la GDR sans le savoir* ». Elle relève cependant que la démarche n'est pas complète car un travail de synthèse puis d'évaluation des résultats n'est pas systématiquement réalisé.

⁴² Voir en Annexe 4 : Exemple d'analyse des réponses obtenues lors des entretiens

B) Une évolution des objectifs mal comprise

Il convient de rappeler qu'avec la création des ARS, les Inspections Régionales de la Pharmacie (IRP) ont disparu. Cela a induit un changement de l'environnement des PHISP ainsi qu'une évolution des relations hiérarchiques. Les fiches de poste ont évolué, entraînant des difficultés de positionnement des PHISP au sein des ARS.

Un PHISP précise qu'avant la création de l'ARS, son activité se répartissait de la façon suivante : 80% d'inspection et 20 % de gestion de dossiers. Avec l'ARS, la situation s'est inversée : « *On a bagarré pour conserver deux journées d'inspection par semaine* ». Un autre PHISP souligne : « *c'est dans ma fiche de poste, je n'ai pas le choix, mais ce n'est pas mon rôle* ». Enfin, dans une autre région, un personnel encadrant s'interroge même sur la « *valeur ajoutée de l'inspection* ». Faute de temps et d'objectifs clairement définis à ce sujet, les missions d'inspection doivent être délaissées au profit d'actions d'accompagnement. Pour cette raison, le PHISP qui estime « *ne pas avoir le choix* », déplore le manque de pharmaciens dans les ARS et notamment de pharmaciens issus de l'Assurance Maladie, précisant que « *la GDR est de leur ressort* ».

C) La GDR peut avoir un intérêt

A ce jour, peu de PHISP se sont investis dans le domaine médico-social. Dans la plupart des régions, un seul est identifié comme référent auprès de sa direction et de ses collègues. Ils ont cependant créé un petit réseau d'échange.

Il est important de relever qu'en Languedoc-Roussillon, Pays de Loire et Bourgogne notamment, des actions ont été menées, avant la création des ARS, afin de promouvoir la qualité du circuit du médicament dans les EHPAD. Ainsi,

- un outil d'aide à l'élaboration des listes préférentielles de médicaments dans les EHPAD a été créé ;
- 11 indicateurs relatifs à la qualité du circuit du médicament ont été insérés dans la convention tripartite ;
- des enquêtes sur le circuit du médicament avec restitution des résultats au cours de réunions d'information ont été réalisées.

Par ailleurs, d'autres outils ont été élaborés par la HAS et le Syndicat National des Pharmaciens des Etablissements Publics de Santé (Synpreph).

En France, le nombre d'EHPAD est très important : 11 à La Réunion, 32 en Martinique, 100 en Franche-Comté, 117 en Limousin, 165 en Haute-Normandie, 200 en Lorraine, 205 en Champagne-Ardenne, 273 en Bourgogne, 281 dans le Centre, 315 en Poitou-Charentes, 372 en Languedoc-Roussillon, 450 en Aquitaine, 500 en Pays de Loire, 570 en Rhône-Alpes et 650 en Ile-de-France. Concernant le circuit du médicament en

EHPAD, les textes réglementaires n'étant, à ce jour pas encore parus, les PHISP manquent de référentiels opposables. Dans ce contexte, il semble difficile de mener une inspection sur le circuit du médicament dans chacun de ces établissements.

Un autre PHISP voit un intérêt à la GDR et précise : « *Cette autre façon de fonctionner permet d'apporter d'autres choses et d'aider les professionnels à progresser dans la démarche d'amélioration de la qualité. Elle permet également aux PHISP d'établir de nouveaux partenariats* ». Le programme relatif aux prescriptions dans les EHPAD tel qu'il est défini apparaît donc intéressant car il permet de sensibiliser un plus grand nombre d'acteurs en un temps plus limité.

D) Les apports

Il ressort que la participation aux réunions de travail d'une part et aux réunions d'information d'autre part, a apporté beaucoup aux PHISP. Ils ont rencontré d'autres professionnels de l'ARS et de l'Assurance Maladie qui sont devenus des partenaires car ils avaient des objectifs communs en matière de qualité de la prise en charge des personnes âgées.

Dans le domaine médico-social, les PHISP ont apporté leur expérience du domaine sanitaire. Ceci est très appréciable car jusqu'à présent, l'accent n'avait pas été mis sur la qualité des soins dans ce domaine. Grâce à leur connaissance du terrain acquise au cours des inspections, ils ont pu apporter leur aide dans l'élaboration des messages diffusés au cours des réunions d'information. Ils ont rencontrés les professionnels des EHPAD qui, très souvent, sont en recherche d'information.

Seul un PHISP signale que l'utilisation d'une méthodologie rigoureuse basée sur le suivi des actions menées est nouvelle pour la profession. Difficile à acquérir, elle sera néanmoins intéressante au quotidien.

3.1.2 Les missions règlementaires

Les missions des PHISP sont définies dans l'article R1421-13. Dans leur domaine de compétences :

- Ils participent à la conception de la politique de santé publique ;
- Ils sont chargés de la mise en œuvre, de l'exécution et du contrôle de cette politique ;
- Ils contrôlent l'application des lois et règlements relatifs à l'exercice de la pharmacie et de la biologie médicale, aux produits de santé et aux médicaments vétérinaires ;
- Ils contribuent à l'organisation du système sanitaire et à la promotion de la santé.

3.1.3 Référentiel des compétences

En lien avec l'Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique (EHESP), un groupe de PHISP a élaboré un référentiel de compétences⁴³. En effet, il apparaît que les PHISP exercent essentiellement dans les ARS. Un certain nombre d'entre eux ont d'autres fonctions dans d'autres structures comme les différentes directions du Ministère de la Santé, l'Agence de Sécurité Nucléaire, le Service National des Douanes Judiciaires, etc.

Ainsi huit domaines de compétences ont été définis :

- Pilotage, organisation et réalisation d'une mission d'inspection ;
- Analyse et gestion de dossiers relatifs aux médicaments, produits de santé et activités liées aux soins ;
- Observation en vue d'une amélioration continue de la qualité des services et des produits dans le domaine de la santé ;
- Communication et diffusion de l'information dans le domaine de la santé ;
- Prévention et gestion de situations exceptionnelles sanitaires et/ou à conséquences sanitaires ;
- Opérationnalisation des politiques publiques territoriales de santé ;
- Elaboration de textes législatifs et réglementaires ;
- Management d'une unité fonctionnelle au sein d'une structure administrative.

3.1.4 Quel métier pour les PHISP ?

Il apparaît donc que les fonctions ont évolué. Les PHISP qui étaient connus essentiellement par leurs inspections doivent envisager leur métier avec deux facettes, celle d'**Inspecteur** et celle de professionnel de **Santé Publique**.

A) Les missions d'accompagnement

Avec les ARS, il est nécessaire que les PHISP, tout comme tous les autres personnels des ARS s'impliquent dans des domaines tels que la GDR, l'Education Thérapeutique, la Prévention et Promotion de la Santé, etc. Ces missions, souvent appelées missions transversales ou missions d'accompagnement, sont nouvelles car apparues dans la loi HPST. Elles ne sont pas les seules. En effet, la loi HPST a également défini les missions des pharmaciens d'officine⁴⁴. Le décret⁴⁵ relatif aux missions du pharmacien d'officine correspondant vient confirmer ces évolutions.

De même, dans le secteur hospitalier, un rapport récent de l'IGAS⁴⁶ confirme que le pharmacien doit « [...] mettre son expertise à la disposition du prescripteur et des

⁴³ EHESP, Décembre 2010, Référentiel de compétences des PHISP.

⁴⁴ Article L 5125-1-1-A du Code de la Santé Publique.

⁴⁵ Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants.

⁴⁶ DAHAN M., SAURET J., 2010, *Sécurisation du circuit du médicament à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris*, IGAS, RM2010-098P : 115p. (N°7-3 et N°15-1)

soignants [...] » et « [...] déployer les compétences pharmaceutiques auprès du patient [...], vers une collaboration plus étroite avec les médecins et les soignants [...] ». »

Ainsi, c'est l'ensemble de la profession de pharmacien qui « revient » au cœur du médicament, au plus près des patients, en lien étroit avec les autres professionnels de santé, dans un objectif de santé publique et d'efficacité.

B) Les missions d'inspection

En parallèle, l'IGAS a élaboré les Orientations Nationales d'Inspection-Contrôle pour les ARS en lien avec les directions centrales du Ministère de la Santé et les Agences. Parmi les sujets du programme 2011 validé par le CNP, plusieurs concernent les PHISP. Il ne faut pas oublier que l'inspection permet d'être présent sur le territoire et a un rôle de dissuasion non négligeable. Pour les PHISP également, il est nécessaire de maintenir cette activité en routine afin d'être opérationnels en cas d'évènement indésirable, de dysfonctionnement grave, de plainte ou de signalement. En effet, dans ces situations, l'inspection réalisée de manière non programmée est indispensable.

3.2 Les besoins

3.2.1 Clarification de la situation des PHISP en ARS

L'inspection et les missions transversales correspondent à deux missions incontournables. Elles sont différentes mais complémentaires. Cependant, il convient de s'interroger :

- Un PHISP peut-il endosser ces deux missions à tour de rôle selon les situations ?
- Des PHISP doivent-ils être dédiés à l'inspection, d'autres aux missions transversales ?

Dans les deux cas, une même personne pourrait, soit au cours de sa carrière, soit à un même poste, alterner les missions d'inspection et les missions transversales. Il serait nécessaire d'envisager que ces missions soient organisées dans des secteurs géographiques et/ou sur des domaines différents.

Il importe donc que les fonctions des PHISP en ARS soient clairement définies et qu'en fonction des besoins, soit d'inspection, soit de missions transversales, les fiches de postes soient précisées et les effectifs soient adaptés.

3.2.2 Dans le cadre des missions transversales

Plus d'un an après leur création, les ARS semblent maintenant bien installées. Les actions relatives aux missions transversales, bien qu'encore récentes, se déploient

progressivement. La plupart des acteurs ont trouvé leur place mais l'appropriation des nouvelles missions est peut-être encore insuffisante.

Dans le cadre de la formation initiale des PHISP, la formation à la Santé Publique, au management des politiques de santé, à la planification est organisée. Elle pourrait être complétée par la gestion de projet, l'analyse de risque et la médico-économie.

Pour les PHISP actuellement en poste et intéressés par ces missions, le développement de la formation continue sur l'ensemble de ces thèmes est nécessaire.

Par ailleurs, les responsables de la GDR en ARS organisent, en lien avec le CNP et l'Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale (EN3S), une formation spécifique sur la méthodologie et les outils à mettre en œuvre dans le cadre de la GDR. Ce besoin pour les Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale (IASS), les PHISP, les IGS)/IES avait été souligné par Messieurs Bocquet et Peltier dans le rapport IGAS. Au point n°259, ils parlent « [...] d'acculturation des notions de GDR par les équipes des ARS [...] » et « [...] d'évolution importante dans la logique d'intervention de ces corps [...] ». En conséquence, les enjeux de maîtrise des dépenses de santé doivent être diffusés.

Enfin, ponctuellement, il pourra être nécessaire de suivre des formations spécifiques, sur des sujets scientifiques directement en lien avec la thématique abordée pendant l'année en cours. La connaissance d'un sujet donné permet aux PHISP de mieux analyser les données scientifiques et d'être plus pertinent dans la diffusion des messages et recommandations de bon usage et de bonnes pratiques.

3.3 Les perspectives

Une bonne connaissance de la GDR et de ses résultats positifs devrait permettre d'envisager de nouveaux programmes d'actions. Ce nouvel outil pour les PHISP doit leur permettre d'aider les EHPAD, mais aussi les nombreux établissements Médico-sociaux où des soins sont réalisés et où des produits de santé sont utilisés (Instituts jeunes enfants, établissements pour personnes handicapées, etc.).

Le développement des missions transversales devrait également améliorer les partenariats avec les autres professionnels, qu'ils soient au sein des ARS, de l'Assurance Maladie mais aussi d'autres structures dépendant d'autres ministères. Les coopérations en cours doivent pouvoir être déployées et amplifiées. Sur ce sujet, les personnels de l'Assurance Maladie évoquent notamment le suivi des officines en cas d'évolution significative du chiffre d'affaires ou en cas de surconsommation d'une classe particulière de médicament.

Ainsi, les PHISP peuvent jouer un rôle primordial auprès de tous les pharmaciens en exercice. Que ce soit en officine ou en Pharmacie à Usage Intérieur, ils peuvent soutenir leurs collègues et les aider à évoluer vers des démarches d'amélioration de la qualité. Les professionnels de santé pourront ainsi pleinement jouer leur rôle au plus près des patients, dans un souci de sécurité sanitaire, d'amélioration des pratiques et d'efficience. Il est important de rappeler le rôle des pharmaciens auprès des autres professionnels, dans tous les secteurs. Pour cela, il est peut-être nécessaire de faire évoluer la formation des pharmaciens, dès leur formation initiale à la faculté. Celle-ci pourrait notamment mettre l'accent sur le rôle des pharmaciens en matière de prévention, de dispensation, de sécurisation du circuit du médicament, que ce soit en établissement de santé, en établissement médico-social ou en ambulatoire.

Le métier des PHISP a évolué par rapport par rapport à celui qu'ils exerçaient en IRP. Cependant, les missions transversales s'inscrivent dans les missions déjà définies réglementairement. Il est nécessaire que la formation initiale et continue évolue afin que l'ensemble de ces missions rappelées et déclinées dans la Loi HPST puissent être assumées. Les PHISP doivent également trouver leur positionnement au sein des ARS, l'organisation et le fonctionnement de ces nouvelles structures étant différents de l'IRP en DRASS.

Conclusion

Ce travail a été extrêmement intéressant pour moi car j'ai découvert le secteur médico-social et ses problématiques. J'ai pu apprécier la richesse du métier de PHISP et les diverses modalités d'intervention possibles. La conduite d'entretiens a été très enrichissante sur le plan personnel. Elle m'a permis de connaître différents intervenants du système de santé avec lesquels je pourrai travailler en partenariat. J'ai pu créer des liens avec des collègues d'autres régions que celles des stages. Enfin, j'ai pu améliorer mes capacités d'écoute et de synthèse.

Les PHISP sont bien impliqués dans les programmes de GDR même si certains ne sont pas entièrement convaincus de l'intérêt de la démarche. En effet, les programmes sont en cours de déroulement et la partie évaluation reste à réaliser. Pour cette raison, ce travail présente des limites. La GDR est une activité très récente pour les ARS et encore méconnue par de nombreuses personnes. Les PHISP impliqués manquent probablement de recul. De plus, comme je ne me suis intéressée qu'au programme relatif aux prescriptions dans les EHPAD, les résultats obtenus risquent d'être biaisés.

La GDR en ARS est un profond changement culturel pour les personnels qui exerçaient en DRASS. Le manque de connaissance de la GDR reste un frein à sa mise en œuvre. La diffusion de « l'état d'esprit de la GDR » auprès des personnels des ARS passera nécessairement par une démarche volontariste de la part des équipes d'encadrement.

La GdR est une priorité des ARS. Elle correspond à un nouveau moyen de levier pour l'amélioration de la qualité des soins et elle permet de mesurer les résultats. Elle doit être intégrée dans l'ensemble des actions menées par l'ARS.

La GDR fait partie des nouvelles missions instituées par la loi HPST et les ARS attendent que l'ensemble des personnels s'en saisissent. Aidés de formations adéquates, les PHISP doivent se les approprier mais cela ne doit pas se faire au détriment des missions d'inspection. Celles-ci sont également un outil indispensable pour maintenir le système de santé français à un niveau de qualité élevé.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

L-1431-2 du Code de la Santé Publique

Article L1433-1 du Code de la Santé Publique

Articles L-1434-1 à L-1434-13 du Code de la Santé Publique

Articles L1434-14 et 15 du Code de la Santé Publique

Article L 5125-1-1-A du Code de la Santé Publique

Article R.1421-13 du Code de la Santé Publique

Article L-161-28 du Code de la Sécurité Sociale

Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS Décret n°2010-515 du 18 mai 2010 relatif au programme pluriannuel régional de gestion du risque[en ligne], JO n°0115 du 20 mai 2010. [visité le 20/01/2011], disponible sur internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=1361920E16CE9C5DC2F6E86DB55FC2A3.tpdjo15v_1?cidTexte=JORFTEXT000022235403&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id

Décret n°2005-1023 du 24 août 2005 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 portant réforme de la Sécurité Sociale

Ordonnance N° 96-344 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins

Ordonnance N° 96-345 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins

Circulaires et instructions

CIRCULAIRE N° DSS/SD1MCGR/DGCS/2011/68 du 11 mars 2011 relative à la mise en place par les agences régionales de santé de réunions avec les EHPAD portant sur les bonnes pratiques professionnelles en 2011 - Validée par le CNP le 11 mars 2011 (Visa CNP 2011-38 bis)

Circulaire n° DSS/1C/DGOS/PF2/2010/389 du 12 novembre 2010 relatives à la mise en œuvre des dispositions relatives à la maîtrise des dépenses de produits de santé des listes en sus

Circulaire DHOS/E2/DSS/1C no 2006-30 du 19 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du contrat de bon usage des médicaments et produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale

Circulaire CNAMTS 5/99 du 5 mars 1999

Instruction DSS/DGOS du 8 février 2011 relative à la diffusion, pour application du guide méthodologique relatif à la contractualisation en application du dispositif de régulation

Instruction validée par le CNP le 28 janvier 2011 (Visa CNP 2011-27)

Instruction du 19/07/2010 (Visa CNP 2010-150 du 9/07/2010)

Instruction du 9 novembre 2010, validée par le CNP le 22 octobre 2010 (Visa CNP 2010-259)

Rapports

BOCQUET PY. PELTIER M, 2010, *Mission sur la gestion du risque*, IGAS, RM2010-163P : 105p

BUR Y., Février 2008, *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les ARS*, n° 2008-697 – 168p

COURREGES C., DUHAMEL G., Mars 2003, *La gestion du risque par les URCAM*, Note 2003 039 : 11p

DAHAN M., SAURET J., 2010, *Sécurisation du circuit du médicament à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris*, IGAS, RM2010-098P : 115p

DELOMENIE P., 2005, *Conclusions du groupe de travail sur la prise en charge de médicaments dans les maisons de retraite médicalisées*, IGAS 2005 022 : 212p

LANCRY JP., 2009, *Mission préparatoire à l'expérimentation de la réintégration du budget médicaments dans le forfait soins des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes* : 37p

NAVES P., DAHAN M., 2010, *Rapport d'évaluation de l'expérimentation de la réintroduction des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans pharmacie à usage intérieur*, IGAS, RM2010-133P : 100p

RITTER P., Décembre 2007, *Rapport RGPP Santé, Solidarité, Sports*.

Autres communications

ARS Rhône Alpes – Page Coordination Gestion du Risque assurantiel [Consulté le 22/06/2011]

<http://ars.rhonealpes.sante.fr/Coordonnation-gestion-du-risqu.110922.199.html>

ARS Franche-Comté, Gestion du Risque en Franche-Comté. Programme 2010-2013, 68p [Consulté le 22/06/2011]

<http://ars.sante.fr/Programme-pluriannuel-regional.105739.0.html>

Site HAS, Page « Mieux connaître la certification [Consulté le 22/06/2011]

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_411173/mieux-connaître-la-certification-des-etablissements-de-sante

Site HAS, Page d'accueil [consulté le 22/06/2011]

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil

Site ANAP, Page d'accueil [Consulté le 22/06/2011]

<http://www.anap.fr/>

Site ANESM, Page d'Accueil [Consulté le 22/06/2011]

<http://www.anesm.sante.gouv.fr/>

EHESP, Décembre 2010, Référentiel de compétences des PHISP.

Liste des annexes

- Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées
- Annexe 2 : Guide d'entretien
- Annexe 3 : Questionnaire envoyé aux responsables de la GdR des ARS
- Annexe 4 : Résultats des entretiens réalisés - Thème : Place de l'inspection par rapport à la GDR
- Annexe 5 : Liste des différentes sources de données disponible au sein du Département Accès à l'information et études de l'ARS Ile de France (Mai 2011)

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées

Entretiens exploratoires :

- Vincent Méhinto : PHISP en ARS Aquitaine
- Carole Morlan-Salesse – PHISP en ARS Languedoc Roussillon
- Martine Bouley – PHISP en ARS Ile de France

Entretiens semi-directifs :

- Hélène Dupont : PHISP en ARS Bourgogne
- Valérie Bérol : PHISP en ARS Pays de Loire

- Bertrice Loulière : PHISP responsable de l'OMEDIT d'Aquitaine

- Bruno Mattern : Pharmacien Conseil à la Direction Régionale du Service Médical Aquitaine
- Pierre Sallé : Pharmacien Conseil à la Direction Régionale du Service Médical Centre (*Entretien non réalisé car présentation d'un cours sur ce thème à l'EHESP*)
- Bernard Quéhen : Responsable GdR à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Côte d'Opale

- Christine Chevalier : Médecin, Coordonnateur médical de la GdR auprès de la Directrice Adjointe, à l'ARS Ile de France
- Joëlle Guilhot : Médecin, Coordonnateur GdR, Chef de projet qualité et efficience, à l'ARS Rhône Alpes
- Michèle Dupuy : Responsable GDR à l'ARS Aquitaine

Guide d'entretien

Les Programmes de Gestion du Risque : quelle implication des pharmaciens dans cette nouvelle activité des ARS ?

Présentation

Je suis élève PHISP, en formation pour 1 an à l'EHESP à Rennes. Pour mon mémoire de fin d'année, j'ai choisi de travailler sur les PPGdR. Je souhaite connaître l'implication des PHISP dans cette mission et connaître ce que cela peut leur apporter.

Pour délimiter le sujet de ce mémoire, j'ai choisi de m'intéresser davantage au programme relatif aux prescriptions dans les Ehpad.

1. Je souhaiterais que vous vous présentiez

- Quelle est votre formation initiale ?
- Quel est votre poste actuel ?
- Quelles sont les missions qui vous sont confiées ?
- Quelle est votre expérience professionnelle ?

2. Je souhaiterais aborder la mise en place des ARS et la période de préfiguration

- Pouvez-vous m'expliquer comment s'est passée la période de préfiguration ?
- Quel rôle avez-vous eu pendant cette période ? Comment avez-vous vécu ce changement ?

- Quel est l'organigramme actuel de votre ARS ?
- Où se situent les PHISP dans cet organigramme ?
- Quel est le pilotage de la GdR au niveau régional ?

3. Nous allons aborder la question de la GdR

- Que représente pour vous la GdR ? Pouvez-vous me faire un bref rappel historique¹ ?
- Comment la présenteriez-vous à une personne qui ne la connaît pas ?
- Quand en avez-vous entendu parler pour la 1^{ère} fois ? Quelle a été la première image que vous avez eue ?
- Quelle connaissance en aviez-vous avant la publication de la loi HPST ?
- Comment avez-vous appréhendé le sujet ?
- Que pensez-vous du fait que cette activité soit transférée de l'Assurance Maladie vers l'ARS ? Pouvez-vous m'expliquer comment la GdR était gérée par l'Assurance Maladie ?
- Quelle est la place de la GdR parmi les autres modes de régulation ?
- Pouvez-vous préciser ce que l'on attend concrètement de la GdR ? Que pensez-vous que la GdR va apporter réellement ? Quels seront les éventuels écarts entre ce qui est attendu et ce que cela va apporter ?

4. J'aimerais connaître votre rôle dans le programme actuel relatif aux prescriptions dans les Ehpad

- Pouvez-vous me présenter ce programme ? Quels en sont les objectifs, les moyens ?
- Comment avez-vous été associé au programme ? Pourquoi vous ? Est-ce le fait de vos expériences antérieures ? de votre intérêt pour cette thématique ?
- Concrètement, comment cela se passe-t-il ?
- Quel est votre niveau d'implication ? (organisation, choix des thèmes, préparation des diaporamas, intervention en réunion, etc.)

¹ Pour les personnes travaillant ou ayant travaillé pour l'Assurance Maladie

5. J'aimerais connaître les relations que vous avez avec les autres personnels de l'ARS dans le cadre de la GdR ?

- Pouvez-vous me dire avec qui vous travaillez dans le cadre de ce programme ? à quel service ces personnes appartiennent-elles ? Quelle est leur origine professionnelle ? Existe-t-il des cultures professionnelles différentes ? Si oui, pouvez-vous les expliquer ?
- Comment ces relations évoluent-elles dans le temps ?
- Quelle est la place de l'Omédit dans ce programme ?

6. J'aimerais savoir comment vous travaillez avec les personnes de l'Assurance Maladie

- Comment cela se passe-t-il ? Décrire les types échanges pour la préparation des réunions, pour faire le lien avec le programme de visites organisé par l'Assurance Maladie, et.
- Avec qui travaillez-vous ? Quelle est la profession de ces personnes ? Existe-t-il des cultures professionnelles différentes ? Si oui, pouvez-vous les expliquer ?
- Aviez-vous déjà travaillé avec elles auparavant ? Dans quel cadre ?
- Quelle articulation avec les programmes préexistants ?

7. Dès à présent, je souhaiterais que vous fassiez un bilan de la GdR

- Que pensez-vous que la GdR apporte à l'ARS ? Comment la GdR a-t-elle évolué du fait du pilotage par les ARS ?
- Pensez-vous que ce soit efficace pour limiter les dépenses de santé ?
- Qu'avez-vous tiré de la GdR ? à titre personnel ? en tant que PHISP ? Quelles sont les incidences sur l'exercice du métier de PHISP ?
- Quelle est la place de la GdR au sein des missions du PHISP ?
- Pensez vous que les PHIP pourront, dans les années à venir, s'impliquer dans d'autres programmes de GdR ? Quels sont les freins et leviers de cette possible implication ? Dans quelles conditions les PHISP peuvent-ils s'impliquer ?

Remerciements

Dans l'instruction CNP de novembre 2009, j'ai noté que 2 régions (Pays de Loire et Bourgogne) avaient expérimenté les réunions d'échanges, fin 2009, dans le cadre de la préfiguration des ARS².

8. Je voudrais savoir comment s'est passée l'expérimentation dans votre région

Identifier les différences avec les instructions de l'année 2010 ? Quelles conclusions ont été tirées de cette expérimentation et quelles conséquences pour le programme 2010 ?

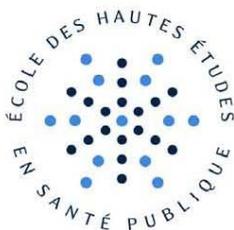
- Quelle période ? combien de réunions ? quelle durée ? où ?
- Qui étaient les organisateurs ?
- Quels participants ? quels Ehpad ?
- Quels thèmes ?

9. Quel a été le rôle des PHISP au moment de l'expérimentation ?

- Comment avez-vous été impliquée dans la GdR ? (organisation, choix des thèmes, préparation des diaporamas, intervention en réunion, etc.)
- Qu'est ce qui a fait que vous vous êtes impliquée dans la GdR ? vous en tant que PHISP, d'une part et vous par rapport aux autres PHISP

² Questions supplémentaires pour les PHISP de Bourgogne et Pays de Loire.

Annexe 3 : Questionnaire envoyé aux responsables de la GdR des ARS



EHESP

Les Programmes Pluriannuels de Gestion du Risque : Quelle implication pour les Pharmaciens Inspecteurs de Santé Publique ?

Enquête

Actuellement élève Pharmacien Inspecteur de Santé Publique à l'EHESP, j'ai choisi, pour mon mémoire de fin d'études, de travailler sur les Programmes Pluriannuels de Gestion du Risque (PPGdR).

Ce questionnaire a pour objectifs de connaître les modalités du pilotage de la GdR dans les ARS et d'identifier précisément l'implication des Pharmaciens Inspecteurs de Santé Publique (PHISP) dans les programmes relatifs aux produits de santé. Il comporte 4 pages (page de présentation comprise).

Il peut être rempli directement (cases à cocher et/ou texte libre) et renvoyé par mail à :

corinne.jouanslocatelli@eleve.ehesp.fr

Ou imprimé et renvoyé par courrier à

Corinne Locatelli-Jouans
EHESP - Filière PHISP
Avenue du Professeur Léon Bernard
CS 74312
35043 RENNES cedex

1. Pilotage régional des PPGdR

Fonction de la personne chargée du pilotage régional à l'ARS :

.....

Position dans l'organigramme de l'ARS :

- Département Stratégie
- Département Offre de soin
- Département Prévention et qualité des soins
- Autre Préciser :

2. Pilotage des 3 programmes relatifs aux médicaments

Dans le tableau ci-dessous, préciser les professions et origines professionnelles des personnes chargées du pilotage spécifique de ces 3 programmes. (Merci de cocher plusieurs cases dans le cas où des binômes auraient été désignés)

Annexe 4 :

Résultats des entretiens réalisés

Thème : Place de l'inspection par rapport à la GDR

Fonction de la personne rencontrée	Réponse	Interprétation des réponses Confirmation de cette notion dans la bibliographie
PHISP A	« Si on fait de la GdR, on n'aura plus le temps de faire de l'inspection, déjà qu'on n'avait pas beaucoup de temps pour faire de l'inspection, en ce moment, on travaille sur le SROS Biologie, il y a beaucoup de commissions internes à l'ARS, la mise en place de la nouvelle gouvernance, les nouvelles commissions, les URPS, etc. donc on sait plus trop où on en est là, en fait en ARS. »	Refus de la GDR
PHISP B	« L'inspection n'est pas une finalité, mais un moyen d'arriver à nos fins en faisant des campagnes ciblées. C'est un moyen de diffuser la « bonne parole ». Là, je ne sais pas trop s'il y a un beaucoup de liens entre la GDR et le contrôle. »	Méconnaissance de la GDR alors que les PHISP font de la GDR sans le savoir Rapport IGAS « Mission sur la GDR » : N°262 « Les approches que les services ont pu développer dans leurs activités de contrôle et de police administrative, notamment sous l'appellation « gestion des risques » [...], participent à l'évidence à l'amélioration de l'efficience du système de santé, et elles impliquent en général les mêmes acteurs que ceux qui visent les actions de GDR »
PHISP C	« Attention, il ne faut pas faire de dichotomie entre les nouvelles missions et les missions régaliennes. Le rôle des PHISP est de faire se développer les Démarches Qualité. »	
PHISP D	« Il faut garder en tête l'intérêt de l'inspection qui est un outil nécessaire et qui permet d'avoir un contact avec le terrain et de voir la réalité du terrain. La GDR est un nouvel outil, notamment pour les EHPAD. C'est une autre façon de fonctionner, c'est apporter autre chose »	Evolution du métier de PHISP Rapport IGAS « Mission sur la GDR » : N°259 « ce mouvement constitue, en effet, sinon une rupture, du moins une évolution importante dans la logique d'intervention de ces corps [...] »

PHISP E	<p><i>« Le contrôle de la GDR correspond à l'inspection. A la différence des Inspections Régionales de la Pharmacie, celui-ci doit être ciblé. Il faut s'assurer que les Bonnes Pratiques et les Résumés des Caractéristiques du Produit sont bien respectées. »</i></p>	<p>Nécessité d'acculturation</p> <p>Rapport IGAS « Mission sur la GDR » : N°259, al3 « L'activité de contrôle [...] porte surtout sur les questions de sécurité sanitaire et de politique de qualité du médicament, et peu sur les pratiques de prescription ou, a fortiori, les enjeux de la maîtrise médicalisée. »</p>
Représentant Assurance Maladie	<p><i>Le principe de la GDR, c'est de mettre en place des actions, de mesurer le changement, ça c'est positif. Avec l'inspection, on montre en plus que l'on est présent sur le territoire, cela permet de faire de la dissuasion. »</i></p>	<p>Bonne connaissance du fait de l'expérience antérieure à l'Assurance Maladie</p>
Responsable GDR en ARS	<p><i>« L'inspection et le contrôle viennent en aval des actions menées dans la GDR. Le contrôle du respect de la réglementation, c'est seulement une partie. Il ne faut pas oublier de relier le au côté financier »</i></p>	

Annexe 5 : LES DIFFERENTES SOURCES DE DONNEES AU SEIN DU DEPARTEMENT ACCES A L'INFORMATION ET ETUDES – ARS Ile de France

ENQUETE LABORATOIRE

- Annuelle (Activité et Personnels)
- Logiciel VYSUFORMS

ENQUETE ES (Enquête Sociale)

- Enfants et Adultes handicapés (Activité - Personnels)
- Logiciel AMEDEE

ENQUETE BILAN SOCIAL (Enquête annuelle sur les établissements publics de santé en Ile de France)

ENQUETE EHPA (Personnes Agées)

- Maisons de Retraite et Foyers-Logements (Activité - Personnels)
- Logiciel BLAISE

ENQUETE SAE (Statistiques des Etablissements de santé)

- Activité – Equipement – Personnels
- Internet : site collecte SAE
- Internet : site diffusion – consultation

REPERTOIRE ADELI

- Professionnels de Santé (Activité – Diplôme – données personnelles)
- Logiciel de requête BO (Business objects)

REPERTOIRE PMSI

- Répertoire de l'Activité des établissements
- MCO – segment – T 2 A (tarification à l'activité)

REPERTOIRE ARHGOS

- Infos – Autorisation des Etablissements Sanitaires et OQOS (objectifs quantifiés de l'offre de soins)

REPERTOIRE CABESTAN

- EPRD
- Compte Annuel
- Plan d'action financier

BASE DEPENSES EN SUS

- Molécules onéreuses
- Dispositifs Médicaux Implantable

ETUDE REPERTOIRE

- Organismes partenaires (ORS – IAU – CREAHI – IRDES)

REPERTOIRE FINESS

- Immatriculation des Etablissements (EJ – de Santé – MS –PMI – laboratoire – pharmacie)
- FINESS consultation
- Site Internet
- BO pour requête

IVG –BASE D’INFORMATION

- Recensement de l’ensemble des IVG de la région en fonction de chaque établissement (Age – Type d’IVG –Catégorie Socioprofessionnelle)
- ACCESS

REPERTOIRE BREX

- Base sur les tarifs de prestation gérée par L’Assurance Maladie (T 2 A)

SNIIRAM (Système Nationale Inter-Régime d’Assurance Maladie)

Recensement des dépenses

AUTRES SITES D’INFO

- INSEE (site internet)
- Site INTRANET du Ministère
- PLATINES (Infections nosocomiales,)
- ECO SANTE (pas de mise à jour régulières)
- IAU (Institut d’Aménagement Urbain)
- INVS (Institut National de Veille Sanitaire)
- APUR (Agence pour l’Urbanisme)
- ORS (observatoire Régional de Santé)