

PLAN D' ACTIONS PLURIANNUEL REGIONAL D' AMELIORATION DE LA PERTINENCE DES SOINS

Région Provence Alpes Côte d'Azur

2016-2019

Révision octobre 2018



TABLE DES MATIERES

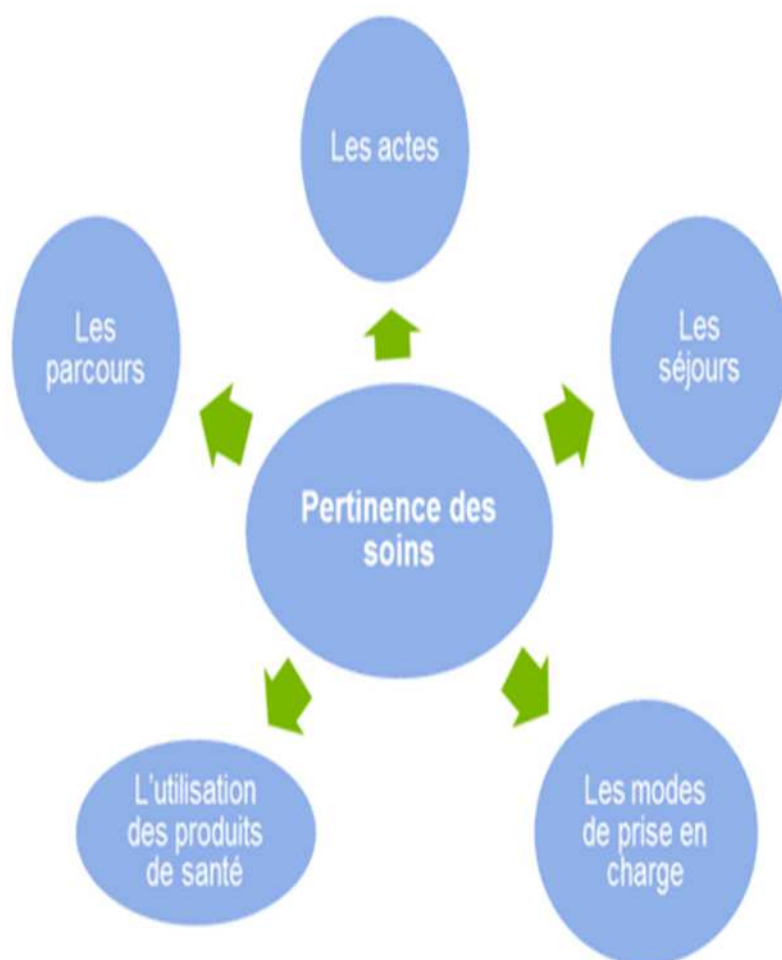
1. INTRODUCTION	3
2. LE DIAGNOSTIC DE LA SITUATION REGIONALE.....	8
2. LES DOMAINES D’ACTION PRIORITAIRES	17
4. LES Plans D’ACTION.....	18
ANNEXE I : Virage ambulatoire : CHIRURGIE AMBULATOIRE	28
ANNEXE II : VIRAGE AMBULATOIRE : ALTERNATIVE AU SSR	34
ANNEXE III : VIRAGE AMBULATOIRE : Réduction de la durée de séjour (retour à domicile) : PRADO	42
ANNEXE IV : VIRAGE AMBULATOIRE : Hôpital de jour en médecine et forfaits SE	48
ANNEXE V : VIRAGE AMBULATOIRE : Hôpital à domicile HAD	48
ANNEXE VI : VIRAGE AMBULATOIRE : Insuffisance rénale chronique (IRC).....	56
ANNEXE VII : pertinence du parcours en chirurgie bariatrique et indicateur composite de la pertinence de la prise en charge par établissement s’intégrant dans le réseau PACA OBESITE (PACO)	61
ANNEXE VIII : PERTINENCE DES SOINS : ANGIOPLASTIE ET PONTAGE CORONAIRE	66
ANNEXE IX : PERTINENCE DES ENDOSCOPIES.....	70
ANNEXE X : PERTINENCE DES SOINS : CHIRURGIE DU CANAL CARPIEN.....	73
ANNEXE XI : PERTINENCE DES SOINS : THYROIDECTOMIE.....	78
ANNEXE XII : PERTINENCE DES SOINS / CHOLECYSTECTOMIE	84
ANNEXE XIII : PERTINENCE DES SOINS / Examens biologiques pré-interventionnels.....	89
ANNEXE XIV : ARRETE DE COMPOSITION DE L’IRAPS	92

1. INTRODUCTION

Cette révision du PAPRAPS 2016-2020 est proposée par l'IRAPS. Elle est soumise à l'avis de la Commission Régionale de Coordination des Actions de l'ARS et de l'Assurance Maladie siégeant en formation plénière le 5 octobre 2018.

La pertinence des soins (actes, parcours, modes de prise en charge, prescriptions, etc...) consiste à délivrer le bon soin, et rien que le bon soin, au bon patient au bon endroit au bon moment.

L'amélioration de la pertinence vise à l'amélioration de l'efficacité des soins par une diminution des soins inutiles ou inadaptés, et leurs conséquences. Les variations de pratiques médicales sont importantes et interrogent sur la qualité et la valeur ajoutée des soins délivrés. Une partie de ces écarts est constituée par la réalisation d'actes dits «non pertinents».



Le principal axe d'amélioration de la pertinence des soins qui a été choisi par les pouvoirs publics pour s'attaquer à cette thématique est d'interroger et de réduire les

variations de pratiques médicales pour accroître la qualité et la sécurité des soins et optimiser l'efficacité des dépenses de santé.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 prévoit, dans un nouvel article du code de sécurité sociale (L 162-30-4 du CSS), l'élaboration par l'Agence Régionale de Santé d'un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS), intégré au programme pluriannuel régional de gestion du risque mentionné à l'article L 1432-2 du code de la santé publique.

Le décret n° 2015-1511 du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé

✓ Précise le contenu du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) ainsi que ses modalités d'élaboration et d'évaluation

Et

✓ Crée une instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS).

Le PAPRAPS est validé par la Commission Régionale de Coordination des Actions de l'ARS et de l'Assurance Maladie (CRC3A).

1 L'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins

✓ Ses missions

L'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS) contribue à l'amélioration de la pertinence des prestations, des prescriptions et des actes dans la région. Elle concourt à la diffusion de la culture de la pertinence des soins et à la mobilisation des professionnels de santé autour de cette démarche.

Elle doit représenter des professionnels de santé, des usagers, des fédérations hospitalières qui œuvrent à la démarche d'amélioration de la pertinence des soins et assurent une interface entre les tutelles et organismes payeurs et les professionnels de santé et usagers. Elle est en particulier chargée de diffuser la culture de la pertinence auprès d'eux.

L'IRAPS est consultée sur le projet de plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) lors de sa préparation, de sa révision et de son évaluation, par le directeur général de l'ARS.

Dans le cadre précis de la démarche de mise sous accord préalable des établissements réalisé par l'assurance maladie, le directeur général de l'agence régionale de santé lui communique chaque année la liste des établissements de santé ayant été ciblés pour une contractualisation tripartite ou une MSAP ainsi qu'une synthèse des résultats de l'évaluation de la réalisation des objectifs des contrats.

✓ Sa composition

Cette instance, dont le nombre de membres ne peut excéder vingt, est composée obligatoirement par :

- Le directeur général de l'Agence Régionale de Santé ou son représentant ;
- Le directeur de l'organisme ou du service, représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, ou son représentant ;
- Un représentant de chacune des fédérations hospitalières représentatives au niveau régional ;
- Un professionnel de santé exerçant au sein d'un établissement de santé de la région ;
- Un représentant de l'une des unions régionales des professionnels de santé ;
- Un représentant des associations d'usagers agréées

L'instance élit son président parmi les professionnels de santé qui en sont membres. Ses avis sont adoptés à la majorité des voix. Elle se réunit au moins deux fois par an à l'initiative de son président ou du directeur général de l'Agence Régionale de Santé. Son secrétariat est assuré par les services de l'Agence Régionale de Santé.

2 La Commission Régionale de Coordination des Actions de l'ARS et de l'Assurance Maladie

✓ Ses missions

La commission régionale de coordination des actions de l'ARS et de l'Assurance maladie a pour missions :

- D'organiser la participation des organismes d'Assurance maladie à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet régional de santé et du plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience du système de soins (PPRGDRESS) ;
- D'élaborer les conventions prévues aux articles L.1434-6 du code de la santé publique et L.812-2-1-1 du code de la sécurité sociale nécessaires à la mise en œuvre de ces plans ainsi que de suivre et d'évaluer ces conventions ;
- De veiller à la cohérence des conventions susmentionnées avec les actions prévues dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion signées entre l'autorité compétente et les organismes d'assurance maladie ;
- De donner un avis sur le projet de plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) mentionné à l'article R.162-44 du code de la sécurité sociale ;
- De donner un avis sur le projet de PPRGDRESS ;
- D'élaborer et de définir les modalités de mise en œuvre des actions complémentaires spécifiques ;
- De donner un avis sur le ou les projets de conventions avec les organismes d'Assurance maladie complémentaire du ressort de la région.

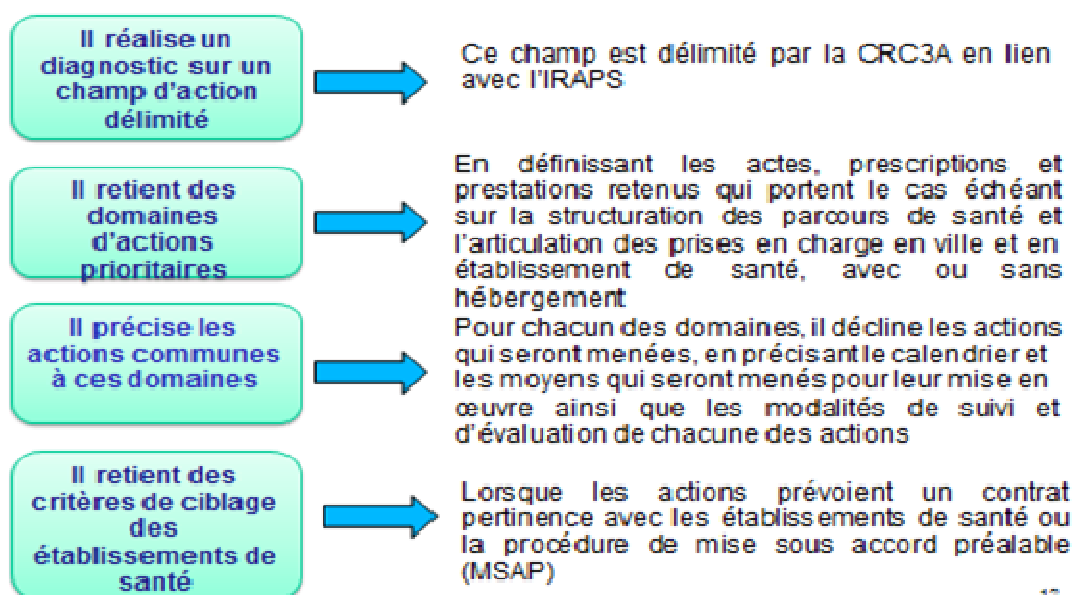
✓ Sa composition

Elle est présidée par le Directeur Général de l'ARS et est composée des représentants au niveau régional de chaque régime d'Assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'UNCAM, des directeurs des organismes d'Assurance maladie du ressort de la région et de représentants de l'ARS.

3. le PAPRAPS

Le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins est arrêté par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé pour une durée de quatre ans, après avis de la commission régionale de coordination des actions de l'ARS et de l'Assurance maladie siégeant en formation plénière. Il peut être révisé chaque année dans les mêmes conditions.

Le PAPRAPS : le programme régional d'action



La présente révision est la première révision du PAPRAPS initial de 2016

✓ Contenu du PAPRAPS

Le PAPRAPS 2016-2020 constitue pour 4 ans le programme d'actions de l'ARS visant à améliorer la pertinence des soins dans la région PACA.

Il comprend les éléments suivants¹ :

- « 1° Le **diagnostic de la situation régionale**, réalisé sur un champ délimité par la commission régionale de gestion du risque en lien avec l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins mentionnée à l'article R. 162-44-1 ;

¹ Articles L. 162-1-17 et L. 162-30-4

- « 2° **Les domaines d'actions prioritaires** en matière d'amélioration de la pertinence des soins en établissement de santé définissant les actes, prestations et prescriptions retenus . Ces domaines portent, le cas échéant, sur la structuration des parcours de santé et l'articulation des prises en charge en ville et en établissement de santé ;
- « 3° **Les actions communes** aux domaines d'action mentionnés au 2° et la déclinaison, pour chacun d'eux, des actions qui seront menées en précisant le calendrier et les moyens mobilisés pour leur mise en œuvre ;

2. LE DIAGNOSTIC DE LA SITUATION REGIONALE

1. L'offre de soins en région Provence Alpes Côte d'Azur

La région PACA est marquée par de grandes diversités géographiques, démographiques, économiques, sociales, urbaines et environnementales. Ces caractéristiques sont à l'origine de besoins spécifiques qui influencent la consommation et l'offre de soins et doivent nécessairement être prises en compte dans les priorités de santé publique.

Une démographie contrastée :

- un peu plus de 5 millions d'habitants en 2017
- 90% de la population habite sur la bande littorale ; en d'autres termes, 3 habitants sur 4 résident sur un dixième du territoire. Il existe de ce fait des zones reculées et isolées à plus de 45 minutes d'un service d'urgence à titre d'exemple.
- Des densités de population très hétérogènes (très faibles dans les zones alpines et rurales) et fluctuantes en fonction des saisons (31 millions de touristes par an et 150 000 travailleurs saisonniers).
- Une prévision de croissance démographique (5,7 millions d'habitants en 2040) de tous les départements, hormis dans les Alpes-Maritimes.
- Une croissance au profit des zones périurbaines : Marseille, Aix, Gap, Manosque, Grasse
- Une population plus âgée que la population nationale

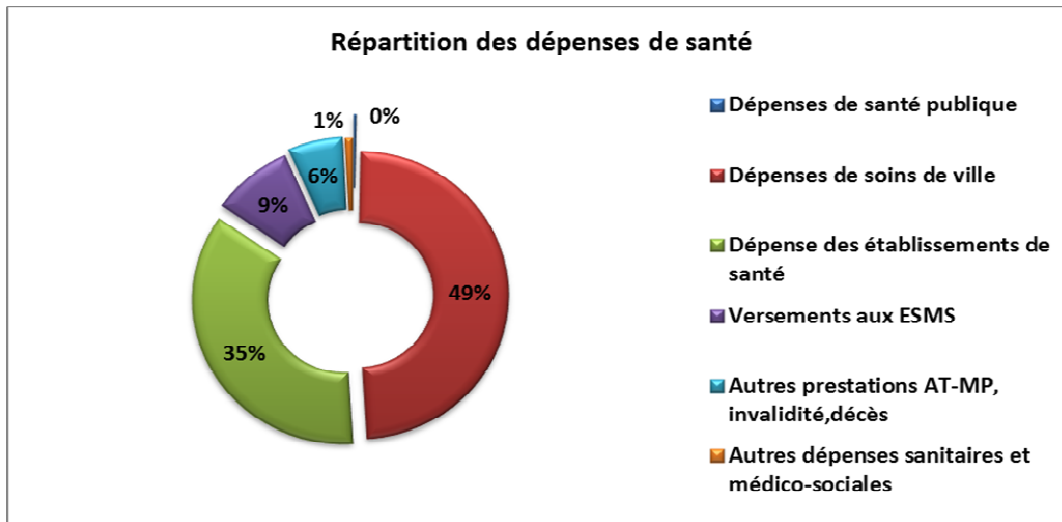
✓ **Une offre de santé comme une consommation de santé plus fortes que la moyenne nationale sur la plupart des soins médicaux (mais pas sur les soins médico-sociaux ou liés au handicap)**

Dépenses de santé en PACA

	PACA	France	PACA /FRANCE
En milliers d'euros	17 726	202 591	8,75%
Population	5 024	66 726	7,53%
Dépenses /habitants	3 528	3 036	+ 16%

- Près de 18 milliards d'euros de dépenses d'Assurance maladie en 2016 (9% des dépenses nationales, pour 8% de la population).
- En PACA, cette dépense est de 3 570€/habitant, soit 490€ de plus par habitant que la moyenne nationale (+16%) dont 413€ en soins de ville.
- Une dynamique de progression équivalente au niveau national (+12% entre 2011 et 2016) qui ralentit en 2016 (+1,86% contre +2,15% au niveau national).

✓ **L'hôpital et les soins de ville absorbent la majorité des dépenses**

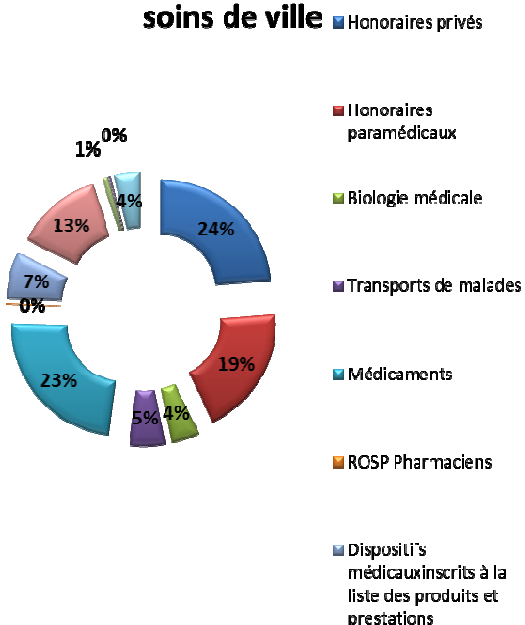


Les trois principaux postes de dépenses sont :

- les soins de ville : 8,638 milliards d'euros
 - les soins en établissement de santé: 6,304 milliards d'euros
 - les soins en établissements et services médico-sociaux : 1,548 milliards d'euros
- Ces deux postes représentent plus de 84% des dépenses de santé en PACA

✓ **Les soins de ville : une dépense élevée dans une région à forte densité médicale :**

Répartition des dépenses de soins de ville



- Dépenses de soins de ville : 8,638 milliards d'euros en 2016 soit une progression de 2,27% par rapport à 2015 (2,71 % au niveau national).

- Dépense moyenne par habitant en soins de ville en Paca : 1 719 euros contre 1 308 euros en moyenne nationale (un écart brut de + 31%).

- Honoraires privés, médicaments et honoraires paramédicaux représentent plus des 2/3 des dépenses

✓ **Une offre libérale nettement supérieure aux moyennes nationales :**

- Densité de médecins installés de +23% pour les médecins généralistes, +51% pour les spécialistes, +185% pour les infirmières.

- De fortes inégalités de répartition (concentration de l'offre sur la bande littorale) et des déserts médicaux en spécialistes (dans l'arrière-pays).

✓ Des capacités d'accueil sanitaires supérieures aux valeurs nationales (+12% en PACA en 2015) et en augmentation.

- Un secteur privé plus fortement représenté qu'au niveau national : hospitalisation à domicile (86% versus 71% en France), chirurgie (60% versus 57% en France) et les Soins de suite (81% versus 61% en France). Deux interventions chirurgicales sur trois sont réalisées dans le privé à but lucratif en Paca

✓ A contrario, **l'offre médico-sociale est inférieure aux moyennes nationales** : -17% pour les personnes âgées, -22% pour les adultes handicapés, -16% pour les enfants et adolescents handicapés (3ème région la plus mal dotée en places de MAS et FAM).

✓ **Une diversification de l'offre au profit des alternatives à l'hébergement temps plein**

- En psychiatrie générale : +18% en lits d'hospitalisation temps plein et +1% en places d'hospitalisation de jour par rapport au territoire national.

- En Médecine-Chirurgie-Obstétrique : +8% en lits et places en alternative à l'hospitalisation complète (19%).

- Les proportions d'HAD sont équivalentes à la moyenne nationale.

- En médico-social : les alternatives à l'hébergement complet sont peu développées et non saturées et il existe beaucoup de services à domicile : +9% en SSIAD, +7% en SESSAD.

- Une dynamique en grande partie tirée par une représentation de l'offre privée largement supérieure à celle du territoire national.

Ainsi, notre région se caractérise par un territoire contrasté, soumis à de nombreux risques environnementaux. Il abrite une population vieillissante, globalement pauvre bien que porteuse d'inégalités sociales très importantes et prise en charge par une offre de santé où les établissements et services privés ainsi que les professionnels libéraux sont

fortement représentés. Naturellement, ces déterminants de l'état de santé de la population ont leurs dynamiques propres et interagissent. Se pose alors la question de leurs évolutions dans les années à venir (prospective) et de l'influence que les plans et campagnes consacrés aux priorités de santé publique pourront exercer sur ces évolutions et sur l'état de santé de nos concitoyens.

2. diagnostic régional de pertinence

La méthode choisie pour aborder le terme de la pertinence au niveau national a été celle de l'analyse de la variation des pratiques médicales sur certains actes emblématiques. Les variations constatées, qui sont identifiées dans tous les pays de l'OCDE, n'ont souvent pas d'explication épidémiologique satisfaisante et ne sont pas corrélées avec des indicateurs de santé globale supérieurs dans une population donnée. Le service médical rendu et la valeur ajoutée des soins sont donc interrogés.

La lettre réseau assurance maladie LR-DDGOS-107/2015 propose que l'analyse de variation des pratiques repose sur la combinaison de deux méthodes d'analyses :

- L'une fondée sur une étude globale des taux de recours et sur l'impact médico-économique des atypies (cf diagnostic régional présenté infra, qui permettra de dégager des priorités régionales),
- L'autre reposant sur les actes prioritaires retenus au niveau national et pour lesquels des outils nationaux de recommandation et/ou de référentiels peuvent être disponibles, afin d'étudier les écarts à la référence.

Le périmètre mesuré jusqu'à présent en PACA au sein de l'IRAPS et du PAPRAPS est celui des 33 actes marqueurs choisis par l'assurance maladie. Ces actes ou prises en charge ont été sélectionnés par l'assurance maladie pour la variabilité de leur fréquence de réalisation au niveau national : il s'agit majoritairement de gestes chirurgicaux mais aussi de quelques gestes médicaux.

Ces actes ciblés bénéficient de taux de recours ajustés sur l'âge et le sexe par département ; 11 d'entre eux sont publiés dans un Atlas paru sur la variation de la consommation des soins 2014 ; une nouvelle publication de cet Atlas avec des chiffres réactualisés et ajustés sur des données épidémiologiques explicatives de santé publique est annoncé pour la fin 2018 par le groupe de travail DGOS pertinence avec l'appui de l'ATIH.

L'indice national est un rapport entre le taux régional standardisé sur l'âge et le sexe et le taux national.

Un indice national à 1,10 signifie que le taux de recours ajusté sur l'âge et le sexe pour le thème pour la population de la région PACA est supérieur de 10 % à celui observé au niveau national. Un taux à 0,95 signifie qu'il est inférieur de 5 % à celui observé au niveau national. Il s'agit donc de la mesure du recours par rapport au recours national et non de la mesure du recours par rapport à un recours idéal déterminé scientifiquement ou par rapport à des recommandations d'expert. Le terme de sur recours est donc à interpréter comme un recours supérieur au recours national.

2.1 Panorama des 33 actes :

Les 33 actes représentent 557 000 actes et ces actes ont augmenté de 5,6% en 4 ans. (2014-2017). A titre d'indication le nombre de chirurgies en PACA par an est de 580 000 en 2017.

1. Les actes en recours supérieur à la moyenne nationale représentent 380 000 actes. 70% du périmètre étudié est donc classé en recours supérieur au recours national.

Pour certains de ces actes le recours régional continue à croître.

Les actes en sur recours et en hausse ont augmenté de 7% en 4 ans pour un total de 355 000 actes environ.

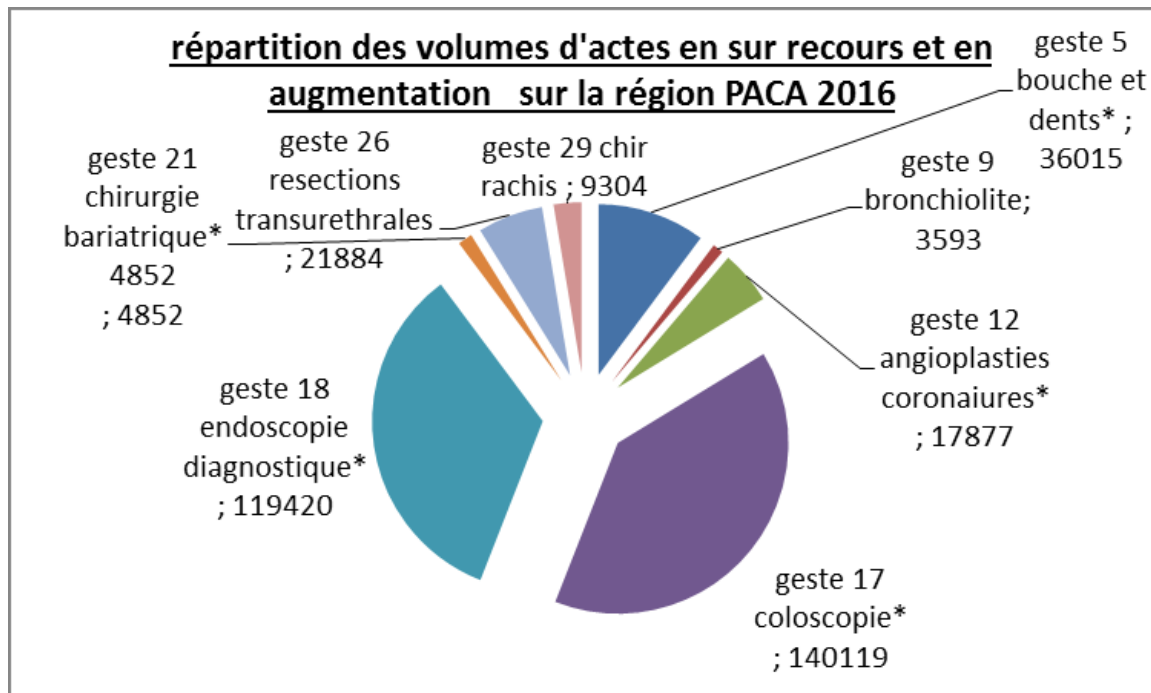
Ces actes représentent 64% du périmètre des 33 actes de la région.

Pour d'autres actes en sur recours, la tendance d'activité est à la baisse. Ils ne représentent que 26 000 actes soit 7% du total des actes en sur recours.

A. Les actes en sur recours régional supérieur à 1,10 ET en hausse

jaune : sur recours >+1,1 en hausse						
Gestes :	evolution 2014-2017	n actes 14 en region	EVOLUTION 2014-16 en %	n actes 2016 en région	n actes 2017 en région	indice /national 2016
GM12 Angioplasties coronaires	12,7%	17249	8%	17964	19763	1.31
GM130 Endoscopie digestive diagnostique	3,0%	116065	5	110426	119641	1.46
GM131 Coloscopies (nouveau)	7,2%	131427	9	140515	141558	1.17
GM15 Interventions transurétrales ou par voie transcut	15,3%	19923	5,7	21884	23567	1.28
GM17 Affection de la bouche et des dents avec certaine	6,6%	35203	2,7	30070	37692	1.58
GM18 Arthroscopie autres localisations	26,8%	1496	16,3	1783	2043	1.13
GM32 Chirurgie du rachis (nouveau)	16,7%	8520	8%	9304	10231	1.22
total gestes de la region	7,46%	329883		331946	354495	
total fibro diag parmi endoscopies diag	5,73%			81445	81141	indisponible
total coloscopies diagnostiques parmi coloscopies	1,46%			94591	91695	indisponible

Un certain nombre d'actions ont déjà entreprises en PACA sur ces thématiques



Sur la chirurgie bariatrique : un travail est en cours avec l'IRAPS avec la construction d'un indicateur de parcours pertinent, et donc de chirurgie pertinente (« label PACO »)

- **Sur les actes sur la bouche et les dents** : un travail a déjà été réalisé sur le passé : ce taux de recours élevé s'explique par des difficultés d'accès aux soins dentaires libéraux (dépassements d'honoraires). L'activité regroupée ambulatoire libérale et réalisée en établissement de santé est comparable à celles d'autres régions. C'est donc la pertinence de la modalité de prise en charge et non le volume ou la pertinence de l'acte qui est interrogée.

-**sur les angioplasties coronaires** : un travail de mesure de la pertinence est engagé avec la création d'un « registre » opérationnel depuis 2017. Le comité scientifique qui lui est attaché procède à l'analyse de pertinence des conduites diagnostiques ou thérapeutiques. Des indicateurs de pertinence issus du registre et des bases de données de l'assurance maladie sont en cours de mise au point.

- **Sur les endoscopies diagnostiques et les coloscopies** : un travail d'analyse a déjà été réalisé par l'IRAPS sur la « pertinence des endoscopies ». Une analyse détaillée des chiffres sur le sur recours a montré que ce sur recours se fait exclusivement en faveur des fibroscopies diagnostiques simples, pour les fibroscopies.

Quant aux coloscopies, l'étude approfondie a montré un sous recours au dépistage par le FIT (test dans les selles) associé à un sur recours net à la coloscopie diagnostique isolée et un normo recours à la coloscopie thérapeutique. L'objectif est donc d'augmenter le recours au FIT et à la coloscopie thérapeutique en baissant le recours à la coloscopie diagnostique isolée. Des recommandations régionales et des indicateurs de pertinence de la coloscopie sont en cours d'élaboration. On note une insuffisance d'utilisation du dépistage préalable du cancer du côlon par Helikit. Un meilleur recours à ce test diagnostic permettrait de mieux cibler les coloscopies qui auraient alors un

meilleur rendement médico économique (moins d'examens et moins d'examens inutiles).

B. les actes en recours régional supérieur à 1,1 et en baisse

vert: sur recours >=1,1 en baisse						
Gestes :	evolution 2014-2017	EVOLUTION 2014-16 en %	n actes 2014	n actes 2016 en région	n actes 2017 en région	indice /national 2016
GM01 Césarienne	-8,0%	-2,50%	12173	11395	11275	1,1
GM05 Bronchiolite	-15,0%	4,50%	3323	3593	2889	1.17
GM16 Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire	-11,8%	-4,6	4259	4010	3811	1.68
GM30 Thyroïdectomie	-16,0%	-6	4403	4113	3796	1.23
GM33 Chirurgie bariatrique (nouveau)	-9,0%	7%	4554	4852	4177	1.26
total gestes de la region	-9,7%		28726	27963	25948	

Les actes en sur recours en baisse représentent 26 000 actes soit 7% du total des actes en sur recours ; ces actes ont présenté une baisse de 9,7% en 4 ans. On constate que deux d'entre eux sont suivis par l'ARS qui accompagne les établissements dans leurs actions d'amélioration de prise en charge : césariennes et depuis 2016 chirurgie bariatrique.

➤ La chirurgie bariatrique :

La baisse du recours à la chirurgie bariatrique a été obtenue grâce à un contrôle de l'assurance maladie sur la procédure d'entente préalable en 2017 ; ce contrôle peut n'avoir entraîné qu'un décalage de la prise en charge et de la facturation provisoire plus que des actions durables de pertinence. En effet, cette chirurgie est en passe de devenir un élément du panel du traitement à part entière du diabète sévère chez le sujet obèse et devrait repasser dans la liste des actes en hausse de 2018 sans que cela soit a priori obligatoirement non pertinent. Pour autant cette croissance doit être sous contrôle au regard de sa pertinence. Cet axe chirurgical est un axe majeur de recherche de pertinence. C'est pourquoi la chirurgie bariatrique fait l'objet d'un travail en cours avec l'IRAPS avec la construction d'un indicateur de parcours pertinent, et donc de chirurgie pertinente (label PACO).

➤ Les césariennes :

A la suite d'un audit de pratiques réalisées par le réseau Périnatalité dans la région PACA, basé sur les recommandations de la HAS, des axes d'amélioration ont été identifiés. (nb : taux de césarienne : 20,3 en 2014 et 20,1 en 2016). 80% des maternités ont mis en place un plan d'actions portant sur l'information des femmes et des actions vis-à-vis des professionnels. Un 2e audit de pertinence a été lancé par le réseau et s'achèvera en septembre 2018, une restitution est prévue en fin d'année.

C. Les actes en sous recours par rapport à la moyenne nationale

Les actes-en sous recours en baisse

Ils représentent un phénomène anecdotique en nombre d'actes (2076) et vu la gravité de ces interventions on peut présumer que les indications sont relativement bien posées et pertinentes ; cependant ils ont baissé de 5,86% sur 4 ans.

bleu: sous recours en baisse					
Gestes :	evolution 2014-2017	EVOLUTION 2014-16 en %	n actes 2016 en région	n actes 2017 en région	indice /national 2016
GM22 Chirurgie de l'anévrisme de l'aorte	-15,4%	-2,3	198	247	0.85
GM23 Colectomie totale	-6,7%	0	204	193	0.87
GM27 Oesophagectomie	-15,3%	-16,3	84	98	0.76
GM29 Pontage coronaire	-3,5%	-7	828	933	0.51
GM31 Chirurgie de la valve aortique	-5,0%	-6	583	605	0.71
total geste de la region			1897	2076	

En pratique, on constate que les actes en sous recours sont quasiment tous en baisse. Ceci témoigne en réalité que le périmètre d'étude sur ces actes reflète des changements profonds de pratiques (remplacement par des techniques moins ou non invasives) et non de vrais sous recours. Notre région se caractérise dans cette perspective alors par « une avance technologique » sur d'autres régions françaises. En d'autres termes, cette diminution ne témoigne probablement pas nécessairement d'un recours plus vertueux ni d'un problème d'accès aux soins, mais plus d'un abandon de ces techniques au profit de techniques mini invasives de remplacement.

Ainsi, les actes de chirurgie cardiaque et vasculaire invasive sont en baisse peut-être parce qu'ils sont remplacés par des techniques interventionnelles mini invasives. A titre d'exemple, le remplacement de l'anévrisme de l'aorte (chirurgie lourde) est aujourd'hui remplacé par la pose de TAVI (prothèses endo aortiques posée par voie transcutanée) ; de même les pontages sont remplacés par des angioplasties. Cependant, plusieurs études internationales ont montré la supériorité en termes d'espérance de vie du pontage coronaire sur l'angioplastie pour les patients multi tronculaires, et pour l'atteinte du tronc commun avec des scores Syntax élevés. Il est donc important de s'assurer du respect des recommandations de bonne pratique de la HAS, et notamment de la concertation médico-chirurgicale préalable.

On peut également imaginer que les colectomies sont en partie en diminution en lien avec l'augmentation massive des coloscopies thérapeutiques principalement (ablation de petites tumeurs et de polypes) (+5,7%) (Travail ARS PACA). Ceci ne pose pas en soi de problème. C'est l'augmentation massive des coloscopies diagnostiques qui mérite d'être questionnée.

Le périmètre d'étude de ces actes « en déclin » gagnerait sans doute à être réorienté vers une surveillance des nouveaux actes interventionnels qui remplacent ces techniques chirurgicales classiques et qui ne sont pas monitorés, mais dont la bascule est certainement numériquement plus importante sur les nouvelles techniques

Les actes-en sous recours en hausse

Anecdotique concerne un seul acte à faible hausse et à faible sous recours

D. Les actes en normo recours

Les actes en normo recours en hausse

Il existe un certain nombre d'actes à la limite du sur recours (143 000 environ) mais dont l'augmentation rapide peut justifier que l'on s'y intéresse au regard notamment du contexte épidémiologique.

orange : normo recours <0,9-1,1 > ET actes en hausse						
Gestes :	evolution 2014-2017	EVOLUTIO N 2014-16 en %	n actes 2014 en région	n actes 2016 en région	n actes 2017 en région	indice /national 2016
GM02 Chirurgie du syndrome du canal carpien	4,1%	3%	10380	10454	10825	0,93
GM04 Cholécystectomie (attention 2 racines)	2,6%	3%	9905	9917	10172	1.08
GM06 BPC surinfectée	16,9%	-2,50%	6265	7381	7541	0.99
GM08 Pose de prothèse de genou	15,5%	5,3	6970	8237	8244	0.93
GM10 Infection et inflammation respiratoires (adultes)	7,5%	5,1	6936	3736	7502	0.91
GM19 Affections des voies biliaires	5,8%	8,4	6368	6707	6758	1.02
GM20 Infections des reins et des voies urinaires	10,3%	5,3	8000	9510	8921	0.98
GM26 Ligamentoplastie du genou	7,6%	6,2	4117	4269	4454	1.09
GM14 Chirurgie de la cataracte	13,53%	9,8	68251	75687	78928	1.04
total gestes de la region	12,70%	6,84%	127192	135898	143345	

2. LES DOMAINES D'ACTION PRIORITAIRES

Le champ proposé pour le PAPRAPS est très large : il couvre (...) non seulement la pertinence de l'acte (actes diagnostiques – biologie, imagerie médicale, ... - et thérapeutiques – médicaments, actes chirurgicaux, ...) mais également la pertinence de l'environnement (ou modalités de prise en charge : chirurgie ambulatoire ou hospitalisation complète, hospitalisation de jour ou actes externes, SSR ou kinésithérapie en ville) ainsi que la pertinence des parcours (trajectoire des patients dans le système de soins impliquant une décision d'orientation et une coordination entre plusieurs acteurs de santé). »

L'IRAPS a décidé d'élargir et d'approfondir le PAPRAPS en préparant sa révision 2018/2019. Elle a ainsi souhaité intégrer dans ce PAPRAPS les domaines d'actions prioritaires issus du diagnostic régional, ainsi que la mise en œuvre des recommandations régionales élaborées par les groupes de travail mis en place en 2017 au sein de l'IRAPS².

Le PAPRAPS est intégré au Programme Régional de Gestion du Risque et d'Efficiences du Système de Soins 2018/2020, programme validé par la Commission Régionale de Coordination des actions de l'ARS et de l'Assurance Maladie.

Cette orientation aboutit à délimiter ce PAPRAPS aux champs et domaines suivants :

Thèmes nationaux	
Champs	Domaines
Virage ambulatoire	Chirurgie ambulatoire
	Alternative au SSR
	Réduction de la durée de séjour (Retour à domicile)
	Hôpital de jour en médecine et forfaits SE
Pertinence des soins	Chirurgie bariatrique
	Chirurgie du canal carpien
	Thyroïdectomie
	Cholécystectomie

² Pertinence de la prise en charge médicale et chirurgicale de l'obésité

Pertinence des endoscopies diagnostiques et des coloscopies post polypectomies

Thèmes régionaux	
Champs	Thèmes/domaines
Virage ambulatoire	
	Insuffisance rénale chronique (IRC)
Pertinence des soins	Orthopédie : prothèse de genou : analyse de l'augmentation des actes
	Urologie : gestes endo-urétraux. Analyse du sur recours
	Parcours du patient coronarien stable (mise en œuvre) : plan d'action et indicateurs de pertinence
	Endoscopies digestives et coloscopies post polypectomies (mise en œuvre) plan d'action et indicateurs de pertinence
	Prise en charge chirurgicale du patient obèse (mise en œuvre) plan d'action et indicateurs de pertinence
	Bilan préopératoire : analyse du recours

4. LES PLANS D'ACTION

1. Les actions d'accompagnement

L'amélioration des pratiques professionnelles passe par :

- La diffusion aux professionnels de santé de référentiels de pratique clinique et de données comparatives sur les pratiques (indicateurs de ciblage) ;
- Le partenariat avec les sociétés savantes et groupes de pairs ;
- Le développement de l'axe « pertinence des soins » dans les dispositifs de certification (EPP, profil de risque) et de développement professionnel continu (DPC) ;
- L'évaluation par les professionnels pour juger de l'opportunité des prises en charge (études de dossiers, grille de pertinence ...).
- La détermination d'indicateurs composites de pertinence de parcours, élaborés par le groupe de travail, et fournis à chaque établissement de santé sur sa propre pratique.

En ce qui concerne l'amélioration des pratiques professionnelles, une gradation des actions pour inciter au respect des référentiels peut être proposée :

- Information (public, professionnels),
- Formation (formation initiale, DPC ...),
- Accompagnement (par les pairs, par l'assurance maladie ...)

Ces actions pourront être mises en œuvre soit par le réseau de l'assurance maladie, soit par l'ARS séparément ou ensemble ou d'autres opérateurs, dès lors qu'elles sont inscrites dans le plan d'actions, sous réserve qu'elles soient réalisables, disposent de référentiels et, le cas échéant, financées.

2. La contractualisation tripartite avec les établissements de santé, l'ARS et l'Assurance Maladie (CAQES) : le volet additionnel pertinence des CAQES

Le contrat d'amélioration de la pertinence des soins, nouveau dispositif contractuel instauré par l'article L 162-30-4 du CSS et précisé par le décret n° 2015-1511 du 19 novembre 2015 précité est remplacé par le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, dit CAQES, qui est entré en vigueur au 1er janvier 2018.

Ce contrat a pour objet d'améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins et des prescriptions et de permettre une diminution des dépenses de l'assurance maladie. Il réunit l'ensemble des contrats déjà existants ou attendus (CBU, CAQOS, CAPES, Pertinence) en un seul contrat. Il est donc complémentaire du CPOM, mais doit servir de support à un dialogue de gestion annuel entre l'établissement de santé, l'ARS et l'Assurance Maladie. Il doit sur la base d'un constat partagé aboutir à l'établissement d'une feuille de route d'amélioration des pratiques.

Il se compose :

- d'un volet obligatoire relatif au Contrat de Bon Usage des soins (CBU), à durée indéterminée
- et
- de volets additionnels facultatifs qui dépendent de la situation de l'établissement de santé et du PAPRAPS conclus pour 5 ans maximum : Contrat de régulation de la liste en sus, CAQOS PHEV, Transport, CAPES, Pertinence (CAPS ou MSAP).

Il est évalué chaque année, et peut donner lieu à des ajustements par avenant. Le CAQES, volet obligatoire et les volets additionnels ou encore les avenants, entrent en vigueur au 1er janvier de l'année suivante.

Il concerne l'ensemble des établissements de santé : tout statut (public, ESPIC, privé), tout domaine (MCO, PSY, SSR).

Chaque volet s'évalue indépendamment, en fonction des objectifs fixés. L'évaluation globale prévoit la somme des sanctions et intéressements, et la transmission d'un rapport d'évaluation par l'établissement de santé.

Le volet additionnel relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions de santé prévoit que :

- le contrat est une déclinaison du PAPRAPS,
- son champ d'application recouvre les actes, prestations et prescriptions correspondant aux domaines définis comme prioritaires par le PAPRAPS
- L'établissement a une obligation de résultat sur une thématique principale parmi les thématiques principales arrêtées dans le PAPRAPS
- Il peut s'engager de manière volontaire sur plusieurs autres obligations complémentaires

La réalisation des objectifs fait l'objet d'une évaluation annuelle effectuée par l'ARS conjointement avec l'organisme local d'Assurance Maladie sur la base des données disponibles et des résultats de l'auto évaluation de l'établissement de santé signataire du contrat.

Les thématiques principales ciblées dans les volets additionnels pertinence sont les suivantes :

- angioplasties
- chirurgie bariatrique
- fibroscopies et coloscopies

Il est proposé de cibler les 20% d'ES les plus atypiques de PACA sur la base des résultats de l'indicateur régional mis au point par les professionnels de l'IRAPS, plutôt que sur des croissances d'activité brutes. Ces thématiques ont fait l'objet d'un diagnostic régional approfondi et de la mise au point d'indicateurs qualitatifs régionaux par l'IRAPS.

Un même ES ne peut pas avoir la même année un volet pertinence et une MSAP

Des thématiques complémentaires pourront être rajoutées avec accord de l'établissement sur les thèmes suivants :

- SSR
- examens pré anesthésiques

Des volets additionnels pertinence pourront être contractualisés et signés au 31/12/2018. Ils seront applicables à compter du 01/01/2019, sur l'activité constatée en 2019. Ils feront l'objet d'une évaluation durant l'année 2020 sur les données de 2019 par l'ARS conjointement avec l'organisme local d'Assurance Maladie sur la base des données disponibles et des résultats de l'auto évaluation de l'établissement de santé signataire du contrat.

3. Les MSAP

Initié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, le dispositif de MSAP des établissements de santé répond à un objectif d'amélioration de la pertinence des actes, des prestations d'hospitalisation et des prescriptions.

Les campagnes de MSAP permettent de sensibiliser les établissements et les professionnels de santé à l'application des référentiels médicaux de la HAS ou des sociétés savantes et à améliorer l'organisation de la prise en charge des patients.

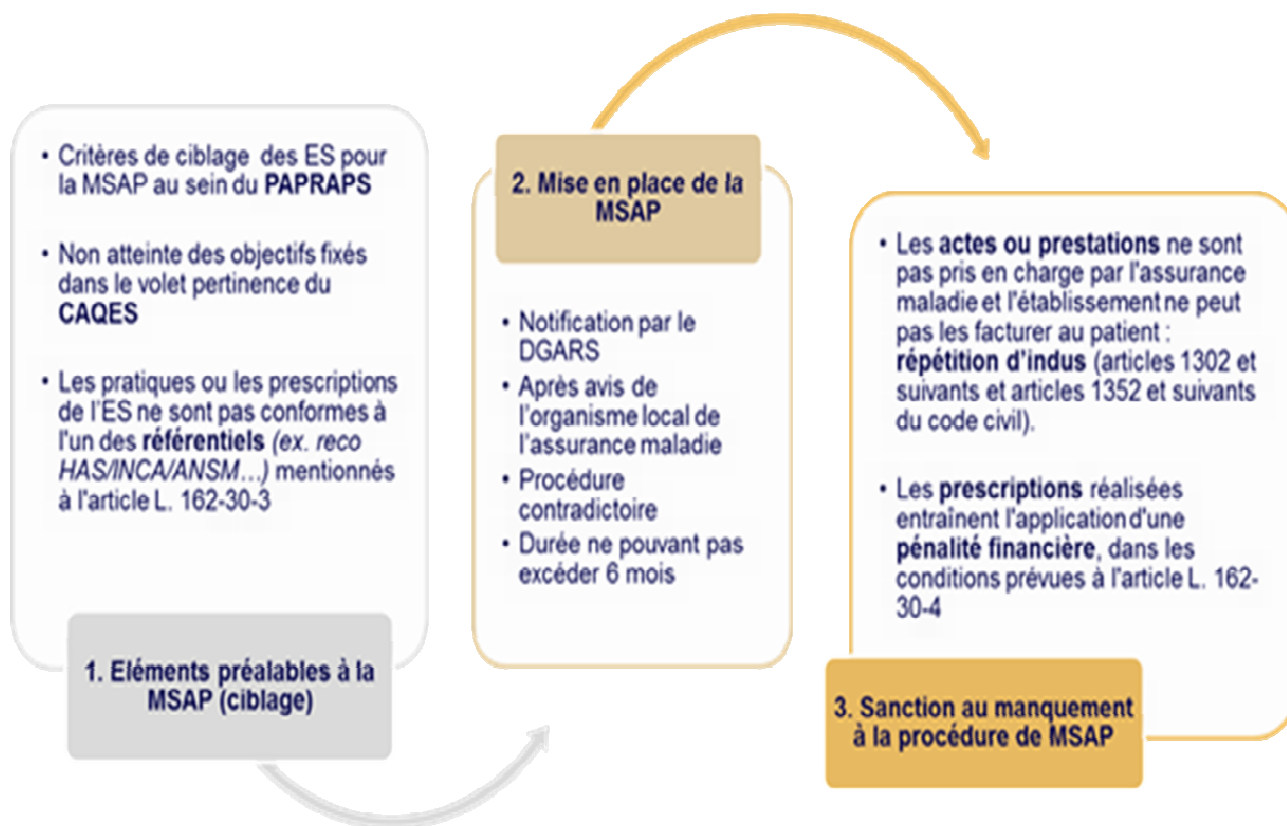
La gouvernance de la mise en œuvre des MSAP évolue en 2018. Cette transition progressive entraîne une diminution du nombre de MSAP entreprises.

La MSAP consiste en une procédure transitoire (six mois en général) de vérification a priori par le service médical de l'assurance maladie, du bien fondé d'un acte ou prestation (nécessité d'hospitalisation par exemple) avant sa réalisation. Le non respect de cette procédure ou sa réalisation malgré un avis défavorable déclenche des sanctions financières voire une absence totale de remboursement par l'assurance maladie.

La MSAP peut être mise en place désormais selon trois voies :

- dans le cadre des objectifs inscrits dans les plans d'actions pluriannuels régionaux d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS),
- par décision du Directeur général de l'ARS après avis de l'organisme local d'Assurance Maladie, pour certains établissements éloignés des référentiels nationaux ou des moyennes nationale et/ou régionale, (procédure habituellement menée jusqu'ici ces dernières années)
- par le biais des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) signés avec les établissements de santé dans le cadre des volets additionnels visant à l'amélioration des actes, des prescriptions ou des prestations. La MSAP peut intervenir en cas de non atteinte de l'objectif principal après évaluation l'année N+1,

entant que mesure de correction d'un CAQES dont l'objectif pertinence n'est pas atteint.



✓ Les critères de ciblage prévus par les textes

Les établissements de santé visés sont les établissements de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) quel que soit leur statut (public, ESPIC ou privé lucratif).

La loi permet de placer sous accord préalable les établissements de santé « prescripteurs » :

- d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement ou de prescriptions de ces prestations d'hospitalisation qui auraient pu se faire en ambulatoire,
- d'une proportion élevée d'actes, de prescriptions ou de prestations d'hospitalisation non conformes aux référentiels établis par la HAS,
- d'un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable.

Le ciblage des établissements est réalisé conjointement par l'Assurance Maladie et l'ARS. La liste des établissements retenue à l'issue du ciblage peut être complétée par l'insertion d'établissements à la demande de ces derniers.

✓ La procédure de MSAP

La mise sous accord préalable s'effectue en trois étapes :

1. L'Agence régionale de santé (ARS) envoie un courrier motivé à l'établissement hospitalier concerné sur proposition de la caisse primaire d'assurance maladie, qui cible les établissements sur des indicateurs spécifiques sur chaque thématique.
2. Une procédure contradictoire peut alors s'engager entre le directeur de l'ARS et l'établissement hospitalier puis, en l'absence de justification jugée valable, l'ARS peut maintenir sa décision de mise sous accord préalable. Cette procédure dure un mois au total.
3. L'ARS envoie à l'établissement hospitalier une notification de la décision de mise sous accord préalable sur l'acte ou les actes concernés ; la mise en œuvre et le suivi de la procédure se fait sous la responsabilité de l'assurance maladie

La mise sous accord préalable démarre alors à la date de sa notification ; elle est prononcée pour une période maximum de 6 mois et concerne un nombre limité de gestes.

Conformément aux articles L 162-1-17, L 114-17-1 et R 162-44-4 du Code de Sécurité Sociale, un établissement mis sous MSAP pourra faire l'objet de sanctions financières :

- en cas de non-respect de la procédure de MSAP (absence de sollicitation de l'accord préalable ou non application de la décision de refus de prise en charge) : une répétition d'indus pourra être effectuée sur le montant couvrant désormais la totalité du séjour facturé ;
- en cas d'obstacle au contrôle de la procédure de MSAP : une pénalité financière pour faute pourra être prononcée en supplément.

4. Autres actions

La démarche d'amélioration de la pertinence de soins pour être valorisée doit également être portée par les professionnels de santé eux-mêmes, et ne peut pas se retrindre uniquement à des actions d'accompagnement et/ou d'incitations contractuelles.

Le PAPRAPS ainsi rédigé propose d'inclure une méthodologie de travail pour approfondir certaines thématiques et de définir des modalités de communication des bonnes pratiques et de l'avancée des travaux sur certains des domaines prioritaires.

L'idée étant de donner du sens à certaines thématiques et « faire vivre » le PAPRAPS.

Au-delà de la mise en place d'outils permettant le partage de documents (refonte du site internet de l'ARS PACA, création d'un espace dédiée, avec accès via des identifiants), les membres de l'IRAPS en lien avec l'ARS et l'Assurance Maladie pourront :

- Mener un travail de fond sur certaines thématiques ciblées prioritaires ;
- S'associer à une stratégie de communication qui sera définie pour faire vivre les thématiques et les porter auprès des différents réseaux.

✓ **Groupes de travail prioritaires**

Les membres de l'IRAPS conviennent de mener un travail en parallèle sur certaines thématiques avec pour objectif d'améliorer la pertinence des actes et/ou des parcours identifiés comme prioritaires.

Les thématiques ciblées pour la région PACA pour l'année 2018/2019 sont les suivantes :

- **orthopédie : prothèse totale de genou**
- **urologie : gestes endo uretraux**
- **insuffisance rénale chronique**

Il est proposé de mettre en place un sous-groupe de travail dédié à chacune de ces thématiques, dont la chefferie est nécessairement confiée à un membre de l'IRAPS, avec un référent ARS en appui logistique et organisationnel.

L'objectif est d'évoluer en parallèle des réunions de l'IRAPS, via la constitution d'une équipe projet, constituée d'experts référents sur le sujet dans la région. Chaque chef de projet, aura une lettre de mission dans laquelle les enjeux et objectifs de la thématique seront rappelés. L'idée étant de pouvoir formuler des axes régionaux d'amélioration de la pertinence sur les champs identifiés et de définir les modalités de diffusion des recommandations ou actions préconisées au-delà des mesures nationales déjà existantes.

5. La stratégie de communication

La définition d'une stratégie régionale de communication permettra de promouvoir davantage les actions proposées par les membres de l'IRAPS, et les experts référents des thématiques prioritaires.

L'ensemble des outils de communication existant doit être utilisé afin de s'assurer de la bonne diffusion des recommandations et des bonnes pratiques.

- Diffusion de la newsletter nationale pertinews
- Utilisation de la newsletter ARS PACA
- Création d'une newsletter spécifique dédiée au sujet (et proposée par l'IRAPS) qui pourrait être diffusée à l'ensemble des partenaires de l'ARS PACA, via l'Agora Social Club
- Site internet de l'ARS PACA, avec création d'un espace dédiée (en attente de refonte)
- Utilisation des canaux de diffusion de chacun des réseaux représentatifs de l'IRAPS (mailing, site internet etc...) : fédérations, associations des usagers, assurance maladie (site ameli et mailing aux PS), URPS, Ordre, etc..
- organisation de journées d'information sur la pertinence

6. Modalités de suivi et d'évaluation

Pour chacun des thèmes, un suivi spécifique devra être mis en place en fonction de l'action retenue. En particulier le calcul d'indicateurs de pertinence sur différentes thématiques, pour chaque établissement, permettra d'établir un tableau de bord de pertinence régional.

Le suivi dans le temps de ces indicateurs sera étudié.

De plus, les taux de recours de différents actes continuent à être surveillés par l'assurance maladie et de nouveaux actes pourront être analysés à l'avenir.

Une attention particulière sera portée aux actes innovants mini invasifs dont on connaît la tendance à court ou moyen terme de remplacer les actes classiques et dont la cinétique d'augmentation doit être adaptée à la pertinence réelle des indications.

Par ailleurs, la MSAP et la contractualisation future (CAQES) pourront être suivis et évalués par l'Assurance Maladie en lien avec l'ARS.

7. Synthèse

Thèmes nationaux		Action
Champs	Domaines	Action
Virage ambulatoire	Chirurgie ambulatoire	MSAP
	Alternative au SSR	CAQES (objectif complémentaire) puis éventuelle MSAP
	Réduction de la durée de séjour (Retour à domicile)	PRADO
	Hôpital de jour en médecine et forfaits SE	
Pertinence des soins	Chirurgie bariatrique	CAQES (objectif principal) puis éventuelle MSAP
	Chirurgie du canal carpien	MSAP
	Thyroïdectomie	MSAP
	Cholécystectomie	MSAP
Thèmes régionaux		

Champs	Thèmes/domaines	Action
Virage ambulatoire		
	Insuffisance rénale chronique (IRC)	Groupe de travail IRAPS 2018/2019
Pertinence des soins	Orthopédie : prothèse de genou	Groupe de travail IRAPS
	Urologie : gestes endo-uretraux	Groupe de travail IRAPS
	Parcours du patient coronarien stable (mise en œuvre)	CAQES (objectif principal)
	Endoscopies digestives et coloscopies post polypectomies (mise en œuvre)	CAQES (objectif principal) et diffusion des recommandations régionales
	Prise en charge chirurgicale du patient obèse (mise en œuvre)	CAQES (objectif principal) et diffusion des recommandations régionales
	Bilan préopératoire	CAQES (objectif complémentaire)

Pour chaque thème ou domaine, il est proposé de présenter sous la forme de « fiche », les enjeux, le contexte régional et le plan d'actions envisagé (type de mesures, types d'actions, et le calendrier).

Les données relatives aux taux de recours sont issues du PMSI après analyse des données du SNATIH.

Certaines des fiches sont alimentées par des données issues de l'Atlas des variations de pratiques médicales, édition 2016, publiée en juillet 2016. Cet atlas est le fruit des travaux menés par le groupe de travail national constitué autour de l'amélioration de la pertinence des soins auquel s'est joint l'Institut de Recherche et documentation en économie de la santé (IRDES).

L'objectif étant de disposer d'un outil de sensibilisation du plus grand nombre à cette problématique mais aussi comme une source d'informations mise à disposition des professionnels de santé.

Ces fiches sont jointes en annexes

ANNEXES

ANNEXE I : VIRAGE AMBULATOIRE : CHIRURGIE AMBULATOIRE

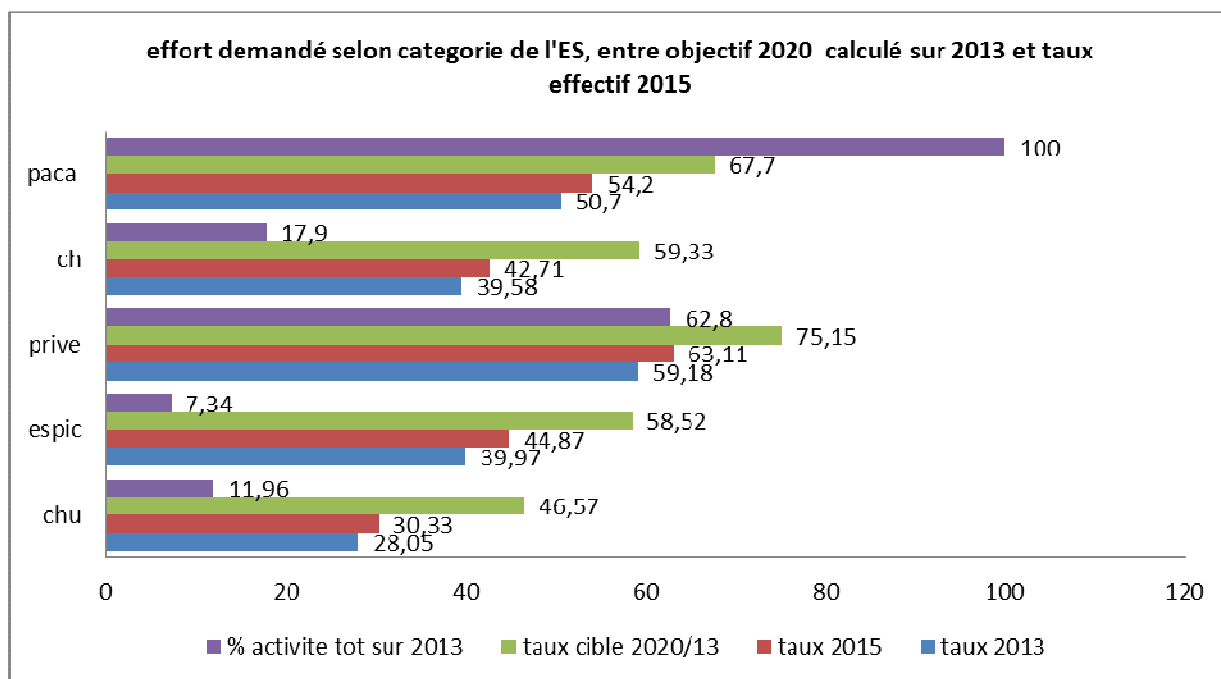
L'instruction n° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 fixe les objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour les années 2015-2020.

Le taux global national de CA 2015 est de 51,9%, soit – 0.6 points par rapport à la cible fixée de 52.5% (nouveau périmètre), ce qui doit inciter à amplifier le dispositif de déploiement sur les années 2016 et 2017.

L'optimisation des durées de séjours en chirurgie sera également recherchée ainsi que le développement de la réhabilitation améliorée en chirurgie (RAC).

a. Contexte régional

En 2015, le taux régional global de chirurgie ambulatoire en PACA atteignait 54.1% sans atteindre les objectifs attendus malgré un taux historiquement plus élevé que dans d'autres régions. .



Objectifs de chirurgie ambulatoire attendus en 2020 selon la DGOS, sur calcul de l'activité 2013.

b. Plan d'actions

- ✓ Développement des pratiques innovantes :
 - ✓ Réhabilitation Accélérée Après Chirurgie (RAAC)
 - ✓ Groupe de travail ARS

- ✓ Développer les liens avec la ville
- ✓ Appel à projet Chirurgie Ambulatoire
- ✓ Accompagnement des établissements :

L'Assurance Maladie et les ARS présentent annuellement aux établissements leur positionnement en matière de chirurgie ambulatoire. Pour permettre à chaque établissement de s'autoévaluer, un outil de visualisation des pratiques et des potentiels de transférabilité en ambulatoire des actes chirurgicaux va être mis à disposition prochainement : VISUCHIR, outil de visualisation des potentiels de transférabilité en ambulatoire des actes chirurgicaux

Cet outil de visualisation des données du PMSI permettra à chaque acteur de pouvoir comparer sa situation avec les autres établissements de son territoire, les établissements de même catégorie du territoire national et les établissements de même case-mix de spécialités chirurgicales. L'enjeu est de responsabiliser les établissements et les professionnels en les dotant d'un tableau de bord de pilotage et de comparaison de leurs pratiques. Les campagnes de mise sous accord préalable seront ainsi dorénavant organisées sur la base d'un diagnostic partagé par l'ensemble des acteurs. Cet outil contiendra 4 années de données (2014, 2015, 2016 et 2017), 1000 établissements de santé, 6 millions de séjour par an et 8 millions d'actes CCAM par an. Il analyse les pratiques et compare les établissements de santé en prenant en compte leurs spécificités (case-mix de spécialités chirurgicales, niveaux de sévérité des patients, innovation chirurgicale ambulatoire...). Il apporte des éléments prospectifs et identifie pour chaque établissement son potentiel de développement en se basant sur les 20% d'établissements français les plus performants en ambulatoire, acte CCAM par acte CCAM. L'outil mixe performance et potentiel permettant un accompagnement individualisé de chaque établissement de santé et de chaque spécialité chirurgicale.

- ✓ Mise sous accord préalable

c. Critères de ciblage des établissements (MSAP)

Afin de développer la chirurgie ambulatoire, certains actes chirurgicaux avec hospitalisation d'au moins une nuit sont, dans certains établissements hospitaliers, soumis à l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie. Cette procédure concerne 55 gestes chirurgicaux.

La mise sous accord préalable concerne certains établissements hospitaliers dont les taux de réalisation en chirurgie ambulatoire sont en dessous de la moyenne régionale ou nationale pour la réalisation des gestes chirurgicaux concernés par cette procédure

La mise sous accord préalable consiste à subordonner à l'avis du service médical l'accueil d'un patient en hospitalisation complète, c'est-à-dire comprenant au moins une nuitée, pour un acte couramment pratiqué en chirurgie ambulatoire, c'est-à-dire sans nuitée.

Applicable à compter de la date de sa notification, la mise sous accord préalable impose à l'établissement hospitalier de demander systématiquement l'accord du service médical de l'Assurance Maladie pour tout acte chirurgical - visé par la mise sous accord préalable - impliquant l'hospitalisation du patient pendant au moins 1 nuit. La réponse est donnée immédiatement ou dans un délai de 24h.

1/ On ne retient que les GM, représentant un volume de séjour régional > 1000 (HC + CA) en PACA et ayant une moyenne régionale de prise en charge en chirurgie ambulatoire $\geq 20\%$.

En ce qui concerne les séjours pour accès vasculaire, on exclut les séjours de plus de 48 heures, pour ne pas interférer avec des séjours d'hospitalisation pour diagnostique et bilan d'affections cancéreuses avec pose d'un accès vasculaire au cours du séjour.

2/ On différencie 3 groupes de geste marqueur :

Groupe 1 : moyenne nationale de CA $\geq 80\%$

Ecart entre le taux de chirurgie ambulatoire par GM et la moyenne nationale > 5 %

Potentiel de séjours transférables supérieur à 50

Groupe 2 : moyenne nationale de CA $\geq 40\%$ et < 80 %

Ecart entre le taux de chirurgie ambulatoire par GM et la moyenne nationale > 8 %

Potentiel de séjours transférables supérieur à 50

Groupe 3 : moyenne nationale de CA $\geq 20\%$ et < 40 %

Ecart entre le taux de chirurgie ambulatoire par GM et la moyenne nationale > 12 % »

- Potentiel de séjours transférables supérieur à 50

La moyenne régionale par geste marqueur en 2017 figure en annexe 1.

NB : exclusion des gestes marqueurs, mis sous MSAP Chirurgie ambulatoire lors du programme N-1 et N-2, sauf si l'établissement n'a pas respecté la procédure de MSAP.

Taux régionaux PACA de prise en charge en séjour de 0 jour en 2016 par geste marqueur (Source : PMSI)

Libelle	Nombre de séjours PACA 2016	taux national 2016 CA (%)	taux régional PACA 2016 CA (%)	
Accès vasculaire	15241	61,4%	56,7%	2
Adénoïdectomies	3920	97,6%	97,1%	1
Angioplasties du membre supérieur	1405	61,1%	67,8%	2
Angioplasties périphériques	66	43,1%	63,6%	NR
Arthroscopie de la cheville	117	61,0%	57,3%	NR
Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties	12564	84,7%	85,0%	1
Avulsion dentaire	34323	95,9%	97,1%	1
Chirurgie anale	2275	49,8%	53,1%	2
Chirurgie de la conjonctive (ptérygion)	1262	96,2%	95,3%	1
Chirurgie de la main	6215	91,2%	95,4%	1
Chirurgie de la main pour maladie de Dupuytren	2039	86,7%	93,9%	1
Chirurgie de la main pour réparation des ligaments et tendons	2440	93,0%	95,9%	1
Chirurgie de l'avant pied	1457	60,5%	66,2%	2
Chirurgie de l'épaule	3082	30,8%	32,2%	3
Chirurgie de l'utérus	21423	84,8%	86,0%	1
Chirurgie des bourses	2262	78,2%	76,9%	2
Chirurgie des bourses de l'enfant	243	86,8%	82,3%	NR
Chirurgie des hernies de l'enfant	281	88,2%	88,6%	NR
Chirurgie des hernies abdominales	5206	46,2%	41,4%	2
Chirurgie des hernies inguinales	10546	63,8%	59,9%	2
Chirurgie des maxillaires	3728	84,5%	92,0%	1
Chirurgie des sinus	2344	43,9%	43,6%	2
Chirurgie des varices	7182	86,8%	88,7%	1
Chirurgie du canal carpien et autres	13276	92,4%	93,8%	1

libérations nerveuses (MS)				
Chirurgie du col utérin, vulve, vagin	3474	92,3%	91,4%	1
Chirurgie du cristallin	77855	92,2%	91,9%	1
Chirurgie du glaucome	671	73,3%	72,9%	NR
Chirurgie du nez	4414	55,3%	54,2%	2
Chirurgie du pied	1344	76,1%	79,4%	2
Chirurgie du poignet	1427	83,1%	90,9%	1
Chirurgie du sein/tumorectomie	740	73,8%	71,5%	NR
Chirurgie du trou maculaire	262	54,6%	63,7%	NR
Chirurgie du tympan	913	64,8%	73,5%	NR
Chirurgie pour strabisme	1310	73,3%	85,5%	1
Cholécystectomie	7329	43,2%	34,7%	3
Cure de paraphimosis	24	68,4%	87,5%	NR
Exérèse de kystes synoviaux	1418	97,0%	98,5%	1
Exérèse de lésions cutanées	5047	84,8%	88,3%	1
Exérèse de lésions de la bouche	53	58,7%	77,4%	NR
Exérèse de lésions sous-cutanées	8922	81,0%	86,1%	1
Fermeture de fistule buccale	1690	81,8%	88,3%	1
Fistules artérioveineuses	1364	32,1%	33,4%	3
Geste secondaire sur lambeau	228	46,8%	38,2%	NR
Geste sur la vessie	992	46,9%	62,9%	NR
Geste sur les glandes salivaires	377	82,0%	84,6%	NR
Geste sur l'uretère	5251	36,8%	48,6%	2
Geste sur l'urètre	132	59,8%	67,4%	NR
Interruption tubaire	2166	87,7%	84,9%	1
LEC	4340	90,6%	93,9%	1
Plastie de lèvres	217	81,8%	83,9%	NR

Prélèvement d'ovocyte	5751	99,2%	98,7%	1
Réparation de perte de substance de l'extrémité céphalique	6306	85,4%	90,4%	1
Réparation de perte de substance en dehors de l'extrémité céphalique	10252	72,1%	75,6%	2
Vitrectomie avec pelage de membrane	1518	66,2%	54,9%	2
Vitrectomie postérieure isolée	504	52,8%	51,2%	NR
TOTAL	309188	81,9%	82,5%	

*NR : non retenu pour ciblage MSAP

ANNEXE II : VIRAGE AMBULATOIRE : ALTERNATIVE AU SSR

Un secteur stratégique pour une mission clé

Depuis 10 ans, la place des SSR s'est accentuée pour devenir un secteur stratégique de l'offre de soins en raison de sa position, entre soins de courte durée et retour à domicile, unité de soins de longue durée (USLD) ou secteur médico-social, lui conférant ainsi la mission clé de participation à l'animation des filières de prise en charge. Sa position le met en situation de devoir faire face aux évolutions de son environnement.

L'activité de soins de suite et de réadaptation concerne des actes à visée diagnostique et thérapeutique, des actes de rééducation et de réadaptation, la prévention, l'éducation thérapeutique et l'accompagnement à la réinsertion globale du patient. L'objectif est « l'application coordonnée et combinée de mesures dans les domaines médical, social, psychique, technique et pédagogique qui peuvent aider à remettre le patient à la place qui lui convient le mieux dans la société ou/et à lui conserver cette place ».

Elle est réglementée par le décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 qui permet de distinguer les prises en charge différenciées selon des catégories d'affections par des mentions complémentaires à l'autorisation.

Le virage ambulatoire en SSR consiste à la fois en :

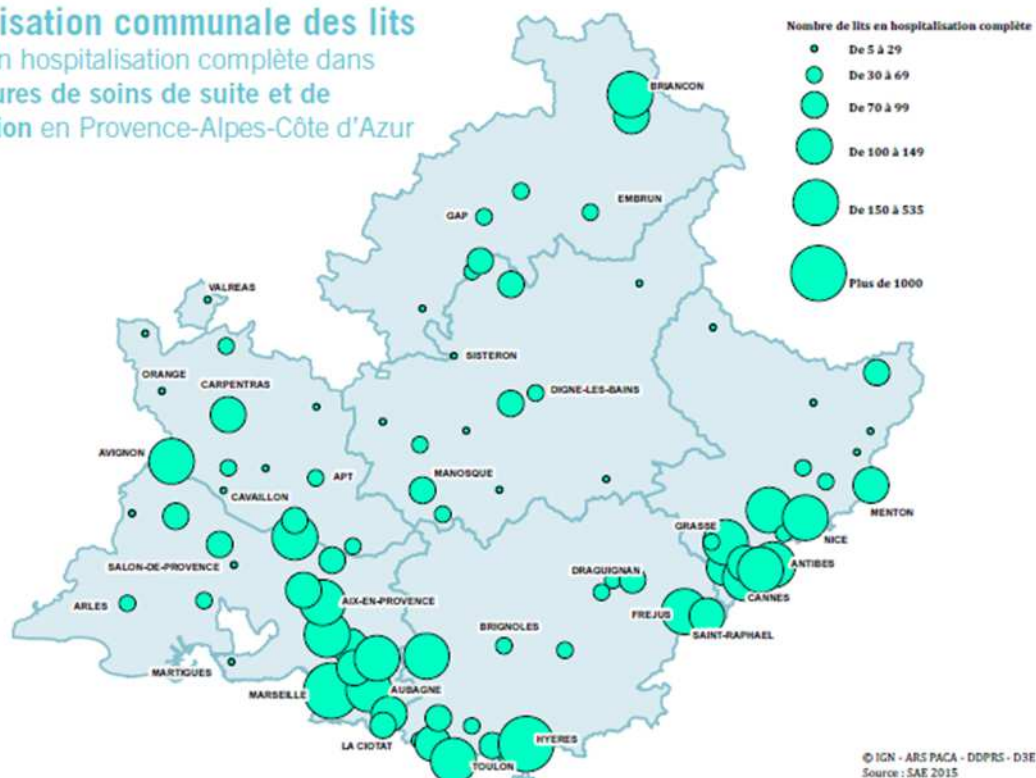
- Un transfert de séjours d'hospitalisation complète vers de l'hospitalisation de jour
- Une optimisation et un développement des HDJ existants : meilleure rotation des patients
- Une meilleure graduation de l'offre : HC, HS, HdJ, ACE, ville, et l'organisation du parcours patient en utilisant ces différents outils de façon pertinente. Ce chantier ayant un degré de maturité encore faible, il a été prévu de conduire les actions préparatoires en 2015 et 2016 pour déployer l'objectif principalement sur 2017.

Contexte régional

✓Un taux d'équipement élevé avec une répartition infrarégionale inégale

En 2015 en région PACA, on compte 155 établissements de santé ayant une activité de SSR: ils représentent 9,3% des établissements français ayant une activité SSR et 10,4% de l'activité nationale (3,9 millions journées en 2015).

Localisation communale des lits
installés en hospitalisation complète dans
les structures de soins de suite et de
réadaptation en Provence-Alpes-Côte d'Azur



En PACA, 1 établissement SSR sur 2 est un établissement privé à but lucratif. Ces derniers prennent en charge 64% de l'activité régionale ; 21% de l'activité régionale est prise en charge par des établissements privés d'intérêt collectif, le reste par les établissements publics de santé.

L'activité des établissements de SSR a été de 3 928 533 journées en 2015 (source ATIH).

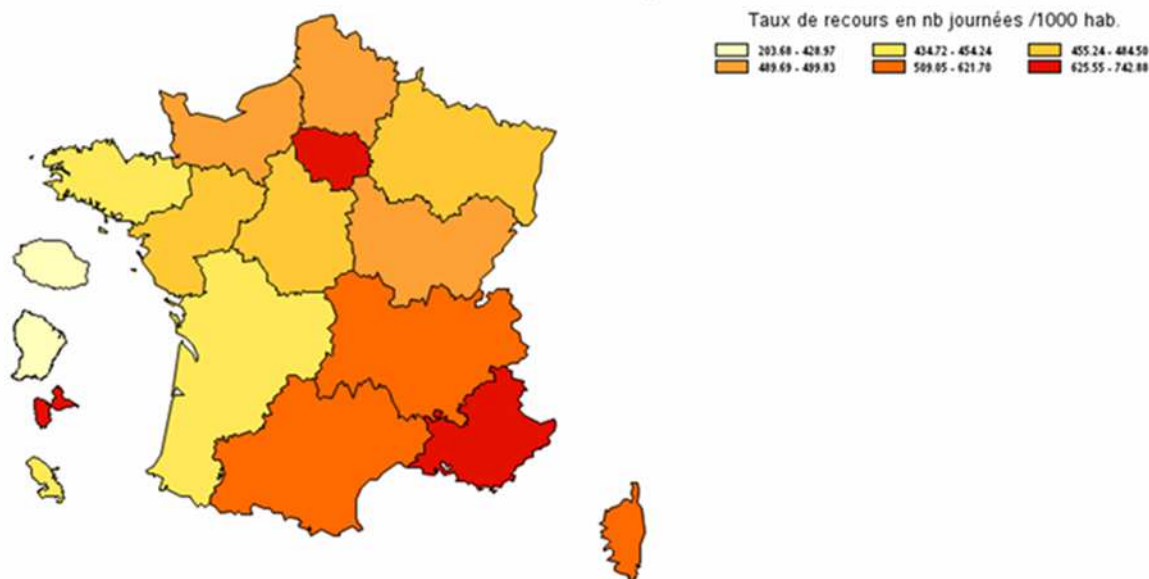
36% des établissements de PACA sont implantés dans les Bouches du Rhône, ces derniers concentrant 43% de l'activité régionale. Les établissements des Alpes Maritimes prennent en charge 21% de l'activité régionale et ceux du Var 19%. Concernant le département du Vaucluse, le taux d'équipement est en revanche presque deux fois inférieur au taux régional (14,2 contre 25 pour 10 000 habitants).

L'activité augmente dans l'ensemble des départements, excepté dans le département des Hautes Alpes où cette dernière diminue très légèrement (recomposition de l'offre en cours).

✓ **Un taux de recours élevé en PACA**

La région PACA se caractérise par un taux régional standardisé de recours (636,10journées) supérieur à la moyenne nationale (524,52 journées) en hospitalisation complète (HC) tout en ayant un taux régional standardisé de recours important en hospitalisation partielle (HP) (69,75 journées) supérieur à la moyenne nationale (56,18 journées).

Taux de recours SSR par Région - nb journées 2015 / pop 2013 - Taux Standardisé
Hospitalisation Partielle/Complète - HC : Hospitalisation complète
Taux de recours national : 524,52



Source : ATIH

Deux départements ont des taux de recours standardisés particulièrement importants : les Alpes de Haute Provence et les Hautes Alpes.

Une activité en hausse et un virage ambulatoire engagé

En 2015, en région PACA, l'activité continue de progresser (+2,3%) mais de façon moins importante qu'au niveau national (+3%)

En 2015, la prise en charge en hospitalisation à temps partiel représente 9,1% de l'activité régionale et l'hospitalisation complète 90,9 %.

L'activité en hospitalisation partielle a augmenté de manière plus importante (+15,6% contre 8,4% en moyenne nationale) qu'en hospitalisation complète (+1,1% contre 2,4 % en moyenne nationale) ; cependant des marges de progrès existent compte tenu de l'évolution des pratiques.

Deux départements ont plus particulièrement développé la prise en charge ambulatoire : les Bouches-du-Rhône et le Var.

Au niveau régional, l'activité SSR concerne pour 39% des patients d'au moins 80 ans et pour 23% des patients âgés de 40 à 64 ans ce qui diffère peu des caractéristiques nationales. La croissance régionale en volume est essentiellement due à la hausse des prises en charge des patients âgés d'au moins 80 ans.

Objectifs opérationnels

Objectif 1. Poursuivre et augmenter le recours aux solutions alternatives à l'hospitalisation complète

Le développement de l'hospitalisation à temps partiel à partir des capacités d'hospitalisation à temps plein sera privilégié compte tenu de l'évolution des pratiques

de prise en charge et du contexte de taux d'équipement important en hospitalisation à temps complet.

- Optimiser l'offre ambulatoire

Favoriser un parcours progressif fluide des patients, de l'hospitalisation complète vers l'hospitalisation de jour (HDJ) puis le retour à domicile, avec appui des professionnels de santé de ville.

- En développant les HDJ existantes en fonction de l'évolution des pratiques y compris à partir de l'hospitalisation temps plein pour apporter une réponse de proximité au plus près du domicile des patients.
- En favorisant le développement de structures alternatives à l'hébergement comme les hôtels hospitaliers, en fonction de l'évaluation des expérimentations en cours.
- En proposant une offre ambulatoire dans la plupart des mentions spécialisées et dans la plupart des territoires (sauf cas particulier de mention ayant le caractère de recours régional) en privilégiant les zones de forte densité de population, facilement accessibles et en complémentarité des dispositifs existants comme ceux de l'assurance maladie (PRADO).

- Accompagner le virage ambulatoire par la formation des professionnels

Notamment par des formations sur l'organisation des flux de patients entre les différents types de prise en charge (hospitalisation complète, hospitalisation à temps partiel...).

Objectif 2. Améliorer la pertinence du recours au SSR et l'efficience des structures de SSR

- Encourager les projets de regroupement de l'offre de santé en SSR dans un objectif double

- De qualité : favoriser tout projet de regroupement des structures de soins de suite avec les plateaux de court séjour le plus souvent urbains afin d'améliorer le parcours du patient et le fonctionnement en filière, en particulier pour une meilleure synergie avec des établissements de SSR spécialisés appelés à prendre en charge des patients en post aigu précoce.
- D'efficience : permettre aux établissements de répondre aux normes et recommandations (plateaux techniques, compétences humaines...) en se regroupant afin de mutualiser et optimiser les plateaux techniques et autres services supports. Il est souhaitable de rechercher l'efficience des structures pouvant déployer un volume d'activité significatif selon que la structure est adossée à une structure de soins aigus (médecine, chirurgie) ou qu'elle exerce une activité de SSR exclusive.

- Fluidifier le parcours des patients

- En développant des outils de communication entre professionnels de santé en particulier entre les professionnels libéraux et les établissements

- En permettant l'ouverture des plateaux techniques spécialisés aux professionnels libéraux dans une logique d'attractivité et d'efficience
- En garantissant l'accessibilité économique aux SSR (notamment aux personnes en situation de précarité (voir PRAPS)).

- Améliorer la pertinence des admissions en SSR

- Généraliser l'utilisation du logiciel d'orientation des patients et poursuivre son optimisation,
- Améliorer l'adéquation des orientations en renforçant la formation des médecins adresseurs par l'élaboration et la diffusion de « guides ».

- Améliorer la fluidité des sorties de SSR

- Améliorer les liens entre professionnels des établissements et professionnels libéraux : établir une cartographie des compétences spécialisées des professionnels libéraux,
- Mieux organiser la coordination de l'aval : au niveau de chaque territoire organiser des rencontres entre la MDPH, les services du Conseil Départemental et les établissements pour une meilleure fluidité dans l'orientation post SSR (organisation du retour à domicile, mesures de protection juridique ...).

- Objectiver les modalités de collaboration et de partenariat entre les secteurs aigus (médecine, chirurgie), SSR et médico-social

Les projets d'établissements et/ou les contrats d'objectifs et de moyens devront mentionner l'organisation des collaborations et la place dans les filières.

- Poursuivre l'amélioration de la qualité et de la sécurité de soins

- Favoriser les échanges de pratiques en particulier en matière d'éducation thérapeutique du patient
- Veiller à la bonne prise en compte par les établissements de leur rôle en matière de réinsertion sociale.

- Accompagner les établissements dans leurs évolutions

- Dans la mise en œuvre de la réforme du financement des activités de SSR : il s'agit de favoriser une meilleure qualité de remplissage du PMSI et d'optimiser le codage PMSI.
- Dans leur adaptation aux besoins en particulier lorsque des conversions d'activité vers le secteur médico-social sont envisagées.

✓Volet additionnel pertinence des CAQES et rééducation en SSR

Un des enjeux de la pertinence des soins est l'amélioration de l'organisation des soins avec la pertinence des parcours de soins et en particulier l'amélioration du recours au SSR pour les patients qui le justifient.

La Haute Autorité de santé (HAS) a dressé la liste des actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas, pour un patient justifiant de soins de masso-kinésithérapie, de recourir systématiquement à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation.

Elle a également publié des critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en établissements SSR.

Les patients concernés sont des adultes pour lesquels il n'existe pas d'incompatibilité avec le maintien à domicile du fait de complications locales, régionales ou générales, de pathologies associées ou d'un isolement social

Les gestes de chirurgie orthopédique visés sont les suivants :

- Arthroplastie de genou par prothèse totale de genou (PTG) en 1ère intention (recommandation HAS de 2008),
 - Chirurgie réparatrice des ruptures de coiffe de l'épaule (recommandation HAS de 2008),
 - Ligamentoplastie du ligament croisé antérieur (LCA) du genou (recommandation HAS de 2008),
 - Arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche (PTH) en 1ère intention hors fracture du col du fémur (recommandation HAS de 2006),
 - Ostéosynthèse d'une fracture trochantérienne du fémur (Osteo_femur) (recommandation HAS de 2006),
 - Arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche suite à une fracture du col du fémur (hanche/fracture) (recommandation de 2006). Taux régionaux PACA d'orientation en SSR en 2014 par geste marqueur Ces gestes chirurgicaux ont été choisis en fonction :
- des recommandations existantes de la Haute Autorité de santé portant sur les critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en établissements SSR pour certains actes ;
 - du taux de recours élevé, au niveau national, aux établissements SSR pour la rééducation de ces mêmes actes.

Établissements de santé concernés :

- l'établissement de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) prescripteur des soins de suite et de réadaptation, quel que soit son statut (public, Espic ou privé), qui présente un nombre élevé d'admissions de patients en SSR, pour rééducation des gestes chirurgicaux concernés.

L'ensemble des séjours en SSR prescrits par un professionnel d'un établissement MCO est concerné, c'est-à-dire :

- un transfert direct ou la mutation vers le SSR depuis le MCO après une intervention programmée ou en urgence ;

- une entrée en SSR programmée par le MCO après un retour au domicile.

Le ciblage concerne l'une des six interventions figurant sur la liste CNAMTS.

On différencie 3 groupes de séjours :

Groupe 1 : Prothèse totale de hanche hors traumatisme ou Prothèse totale de genou

- Nb de séjours par geste > 50
- Ecart entre le taux d'orientation en SSR par transfert ou mutation et la moyenne régionale > 8 %

Groupe 2 : Chirurgie de la coiffe des rotateurs ou Ligamentoplastie du croisé antérieur (LCA)

- Nb de séjours par geste > 40
- Ecart entre le taux d'orientation en SSR par transfert ou mutation et la moyenne régionale > 6 %

Groupe 3 : Fracture du Trochanter ou Prothèse totale de hanche post traumatique

- Nb de séjours par geste > 40
 - Ecart entre le taux d'orientation en SSR par transfert ou mutation et la moyenne régionale > 12 %
- NB : exclusion des gestes marqueurs, mis sous MSAP SSR lors des années N-1 et N-2, sauf si l'établissement n'a pas respecté la procédure de MSAP.

On exclura les établissements ayant adhéré à PRADO, pour lesquels le nombre de propositions d'adhésions faites par les médecins de l'établissement seront au moins égales à la moitié des séjours potentiellement éligibles au vu du PMSI.

Par définition, la procédure ne concerne que les séjours sans complication ne nécessitant pas une hospitalisation en soins de suite au vu des référentiels HAS.

	Séjours MCO PACA 2016	Taux d'orientation en SSR par transfert ou mutation PACA 2016	Taux d'orientation en SSR après une sortie Domicile PACA 2016	Total orientation SSR PACA 2016	Total orientation SSR France entière 2016	Groupe
Coiffe des rotateurs	4410	7,27%	7,57%	14,86%	11,58 %	2
Fracture trochanter	4636	57,03%	5,89%	62,92%	60,88%	3
LCA genou	3701	4,73%	13,72%	18,00%	15,17%	2
Prothèse totale hanche hors traumatique.	7895	39,59%	7,64%	47,23%	32,60%	1
Prothèse totale hanche traumatique	3658	56,97%	6,81%	63,78%	60,93%	3
Prothèse totale du genou	7191	57,50%	12,13%	70,0%	57,96%	1
Total général	31491	39,64%	9,01%	48,66%	40,61%	

Base de ciblage :

Données PMSI : requête CNAMTS.

Le taux d'orientation en SSR est calculé sur la base du nombre de séjours MCO ayant donné suite à une orientation vers un SSR par mutation ou transfert.

Le dispositif PRADO orthopédie proposé à l'ensemble des services d'orthopédie de la région est une offre de service qui vient compléter le dispositif et permet une prise en charge adaptée pour les patients ne relevant pas d'un SSR.

ANNEXE III : VIRAGE AMBULATOIRE : REDUCTION DE LA DUREE DE SEJOUR (RETOUR A DOMICILE) : PRADO

L'Assurance maladie poursuit le développement de ses services PRADO au bénéfice des assurés ou des offreurs de soins pour favoriser un parcours du patient plus adéquat en sortie d'hospitalisation et accompagner l'évolution vers l'ambulatoire.

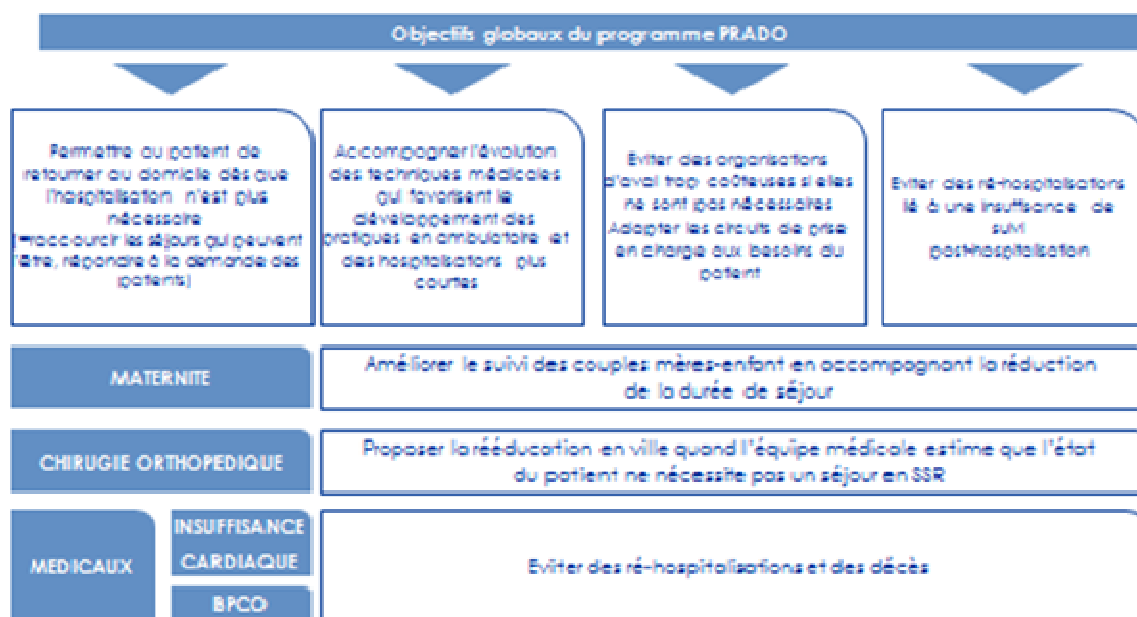
Les programmes PRADO contribuent :

- à la réduction de la durée moyenne de séjour en ES (maternité avec l'expérimentation d'un programme adapté à la sortie précoce) ;
- au développement de prise en charge en ambulatoire et à l'optimisation du recours aux SSR (interventions orthopédiques) ;
- la réduction des ré-hospitalisations en améliorant la qualité de la prise en charge en ville par une meilleure coordination des PS (Insuffisance cardiaque, plaies chroniques, BPCO).

Objectifs du programme :

L'accompagnement du retour à domicile après hospitalisation a pour objectifs :

- D'anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile et fluidifier le parcours hôpital – ville ;
- De favoriser le retour à domicile des patients nécessitant temporairement un soutien à la vie quotidienne en participant au financement ;



Le conseiller de l'Assurance Maladie (CAM) est un facilitateur entre les professionnels de santé de ville et le patient pour son retour à domicile. Il recueille l'adhésion du patient, le choix des professionnels de santé libéraux et organise les premiers rendez-vous à sa sortie et informe le médecin traitant.

- Les thèmes en cours :

PRADO maternité débuté en 2010 a été étendu aux sorties précoces sur une vingtaine de territoire fin 2015.

Principe :

Il répond à la demande des patientes qui souhaitent retourner rapidement à leur domicile et bénéficier d'une transition en douceur entre la maternité et la prise en charge seule de leur bébé. Il s'explique en outre par le besoin d'améliorer l'efficacité du système de soins hospitalier. En effet, aujourd'hui la France se situe en 23ème position sur les 25 pays de l'OCDE en termes de durée moyenne de séjour (4,3 jours contre 3,2).

Mise en relation de parturiente (ayant accouché par voie basse ou césarienne sans complications d'un enfant unique) avec la sage-femme libérale de son choix

Déploiement :

Généralisation depuis 2012

82 205 adhésions en région depuis la mise en place du dispositif

32 établissements adhérents

PRADO sorties précoces :

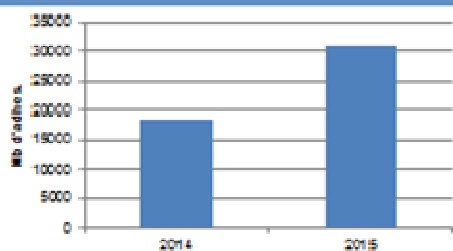
Généralisation du dispositif pour l'ensemble des établissements concernés en 2016 – en lien avec les travaux du groupe de travail ARS PACA sur ce sujet ;

Extension de l'expérimentation : sur l'année 2017, 6 425 adhésions pour 21 établissements adhérents

Un outil ePRADO mis à disposition : application permettant la dématérialisation des différentes étapes du PRADO maternité : 11 établissements adhérents



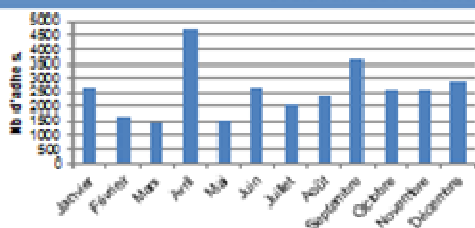
Évolution du programme sur 2 ans



- Plus de 49 400 femmes ont adhéré au programme
- Nb. d'adhésions 2015 par rapport à 2014 : + 12 324
- PRADO a été déployé dans 30 établissements

Alpes de Haute Provence	2 établissements
Hautes Alpes	1 établissement
Alpes-Maritimes	5 établissements
Bouches-du-Rhône	10 établissements
Var	6 établissements
Vaucluse	6 établissements

Evolution 2015 du nombre des adhésions



- Près de 30 884 femmes ont adhéré au PRADO en 2015
- Le nombre moyen d'adhésions par mois est de : 2 574 par mois par rapport à 2014

DRM PACA - Corse

12

RESTREINT



PRADO Chirurgie (Orthopédie)

Le volet chirurgie initialement lancé en 2011 sur la chirurgie orthopédique a été étendu progressivement en 2016 à toute la chirurgie en débutant par la chirurgie digestive.

Principe

Mise en relation du patient opéré d'une des 23 interventions de la liste HAS avec l'IDEL et/ou le MKL de son choix + possibilité de bénéficier d'une aide à la vie (portage de repas et/ou aide-ménagère)

Déploiement

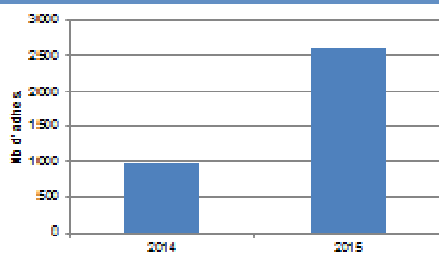
Généralisation en 2014

19 822 adhésions en région depuis la généralisation

51 Etablissements adhérents en région



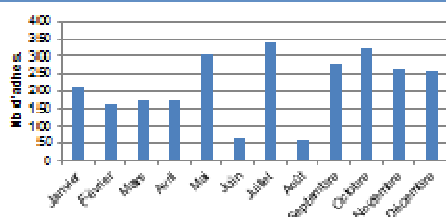
Évolution du programme sur 2 ans



- Plus de 3 580 patients ont adhéré au programme
- Nb d'adhésions 2015 par rapport à 2014 : +1 404
- 38 établissements ont déployé le PRADO

Alpes de Haute Provence	2 établissements
Hautes Alpes	2 établissements
Alpes-Maritimes	8 établissements
Bouches-du-Rhône	13 établissements
Var	9 établissements
Vaucluse	4 établissements

Evolution 2015 du nombre des adhésions



- Près de 2604 patients ont adhéré au PRADO en 2015
- Le nombre moyen d'adhésions par mois est de : 217 par mois par rapport à 2014

DRSM PACA - Corse

15

RESTREINT



Evolutions prévues du programme :

Fragilité osseuse

Objectif : réduire les ré-hospitalisations pour fractures par fragilité osseuse

Activité déployée à partir du début de l'année 2016

Extension à l'ensemble de la chirurgie

Extension prévue sur les actes majeurs de chirurgie (majoritairement digestifs) nécessitant un accompagnement en sortie d'hospitalisation

Une anticipation et organisation de cette prise en charge en ville par PRADO pourrait permettre de :

diminuer les durées de séjour en accompagnant la RAC

accompagner le développement de la chirurgie ambulatoire

PRADO Médicaux : Insuffisance Cardiaque

Principe :

Mise en relation du patient ayant subi une décompensation cardiaque avec l'IDEL, le MT et le cardiologue de son choix

Accompagnement jusqu'à 6 mois

Déploiement :

France entière = Expérimentation depuis 2013 : 10 223 adhésions en 2017/ 3 700 IDE ont formées ont participé au dispositif en 2017

Mise à jour en juin 2018 du mémo validé par la Société Française de Cardiologie après avis de la HAS, suite au passage de l'acte RAD à la nomenclature

Région PACA

Activité déployée depuis 2016 avec 30 établissements adhérents

PRADO Médicaux : BPCO

Principe :

Mise en relation du patient ayant subi une exacerbation de BPCO avec l'IDEL, le MT, le MKL et le pneumologue de son choix

Accompagnement jusqu'à 6 mois

Déploiement :

France entière : 2 845 adhésions en 2017/1 055 IDE et 930 MK ont participé au dispositif en 2017

Région PACA

Activité déployée depuis 2016 avec 24 établissements adhérents

Depuis le déploiement de PRADO pathologies chroniques (IC + BPCO), 1618 adhésions ont été enregistrées.

Les expérimentations en cours

PRADO Médicaux : AVC

Un nouveau volet est à l'étude pour les patients ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) après une hospitalisation en MCO (2017).

Expérimentation au niveau national à compter de 2017

2 parcours AVC identifiés :

AIT ou AVC sans déficience visible

AVC avec déficience

5 sites expérimentateurs qui ont tous démarré les inclusions

Ce dispositif sera proposé à l'ensemble des établissements concernés dès généralisation.

Prado Personnes Agées :

L'objectif est de proposer un accompagnement au retour à domicile suivant l'hospitalisation afin de :

Diminuer les ré-hospitalisations en améliorant la prise en charge médico-sociale des patients âgés de plus de 75 ans

Accompagner la diminution de la DMS

Eviter les séjours en SSR et HAD non pertinents

Expérimentation débutée en 2017

13 sites concernés France entière dont 7 ont démarré les inclusions

Au 4 mai 2018, 490 inclusions ont été réalisées pour les départements concernés dont 310 depuis début janvier.

Pour notre région, 4 départements sont concernés : 06, 13, 83, 84

PRADO Médicaux : Plaies chroniques

Expérimentation suspendue

ANNEXE IV : VIRAGE AMBULATOIRE : HOPITAL DE JOUR EN MEDECINE ET FORFAITS SE

Eviter la prise en charge en hospitalisation complète de séjours médicaux réalisables en hôpital de jour et la facturation en chirurgie ambulatoire de séjours relevant de forfaits sécurité-environnement.

Contexte régional

Deux actions sur la problématique de l'environnement particulier dans le même esprit que la MSAP CA : hospitalisation de jour médecine et actes ouvrant droit à SE (forfait Sécurité Environnement) réalisés en hospitalisation de jour.

Ces deux actions ont été choisies du fait des anomalies découvertes dans l'utilisation du codage lors des contrôles T2A réalisés par les médecins conseils.

Plan d'actions

Dans l'attente de la révision de la circulaire frontière, il est proposé d'ouvrir une réflexion territoriale sur ce sujet.

ANNEXE V : VIRAGE AMBULATOIRE : HOPITAL A DOMICILE HAD

Contexte

L'hospitalisation à domicile (HAD) permet d'assurer au domicile du patient, des soins médicaux continus et coordonnés. Ils se différencient de ceux habituellement dispensés au domicile par la complexité et la fréquence des actes. L'HAD peut se faire soit directement au domicile, soit après un passage aux urgences ou en sortie d'hospitalisation ou de SSR.

L'intervention de l'HAD dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est une modalité en développement, qui a pour avantage d'éviter au patient âgé fragile une rupture avec son environnement et de soulager les équipes soignantes de l'EHPAD sur des soins lourds.

Dans de multiples situations telles que les maladies chroniques, les soins palliatifs, la pédiatrie, les accidents vasculaires cérébraux, l'hospitalisation à domicile permet une meilleure prise en charge. Elle permet également une proximité avec les aidants, en particulier :

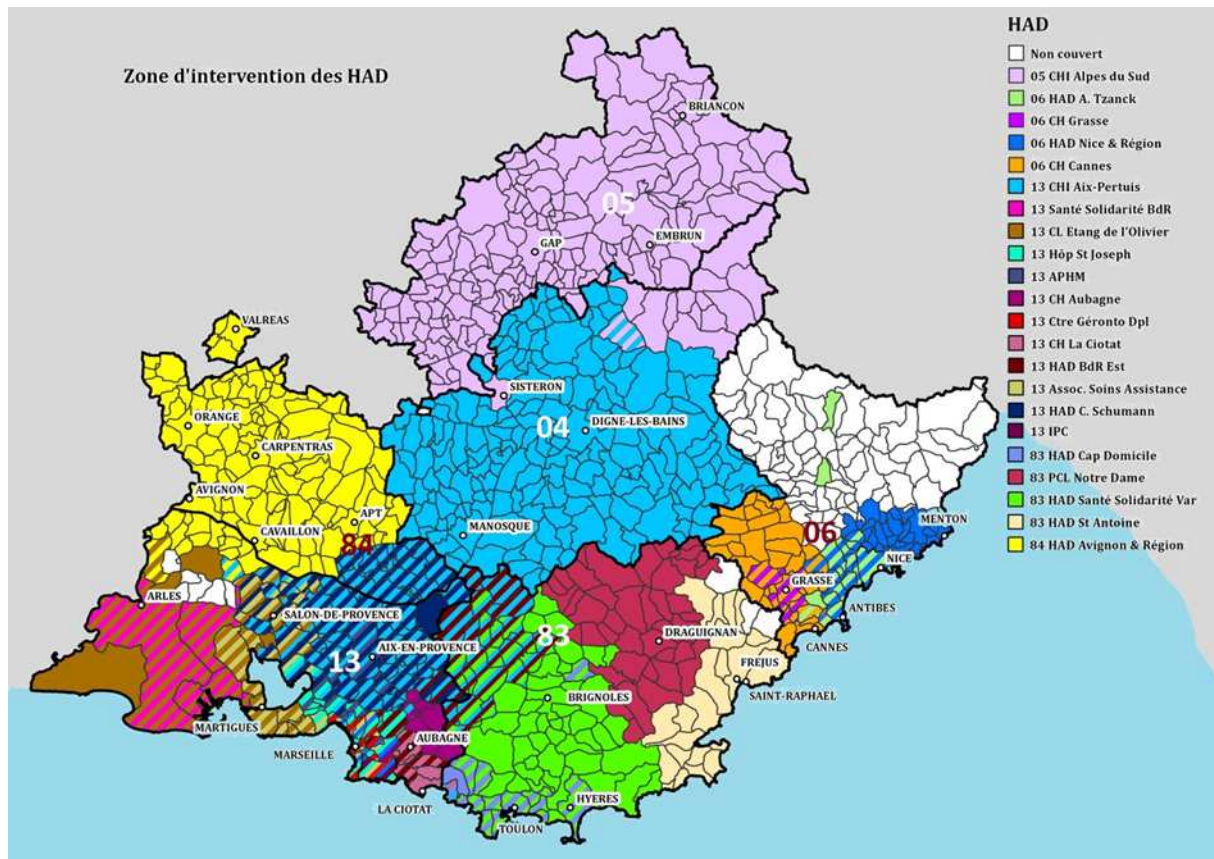
- Pour le sujet âgé fragile qui perd vite son autonomie lorsqu'il est alité, et se dénutrit facilement à l'hôpital.
- Pour le patient handicapé pour lequel une organisation spécifique est souvent mise en place au domicile ou en institution (appareillage, domotique...).

- Pour l'enfant qui reste proche de ses parents et de sa fratrie.
- Pour le patient avec des séquelles d'AVC qui peut bénéficier d'une rééducation à domicile et de soins de nursing pouvant être de longue durée et impacter la durée de séjour des structures de court séjour hospitalier.
 - Pour le patient atteint de cancer qui peut bénéficier au domicile d'une prise en charge par des soins de support nécessitant une HAD ou une prise en charge médicalisée de sa fin de vie ...

Données de cadrage

En région PACA, 23 HAD sont implantées sur le territoire comprenant douze structures privées et onze structures publiques et ESPIC. Les structures HAD sont réparties de façon non homogène sur le territoire.

Territoires de santé	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	PACA
Nombre de structures HAD	0	1	4	13	4	1	23
Dont nombre de structures publiques ou espic	0	1	2	7	0	1	11
Dont nombre de structures privées	0	0	2	6	4	0	12



Les différences statutaires induisent aussi des différences de fonctionnement, et révèlent une hétérogénéité des organisations et des pratiques.

Douze HAD sont adossées à un établissement de santé.

C'est le cas de toutes les structures publiques et ESPIC (sauf 1 ESPIC) ainsi que deux HAD privées. Onze HAD ne sont pas adossées à un établissement de santé, pour la très grande majorité des structures privées et un ESPIC.

Certaines HAD sont dotées d'une pharmacie à usage interne (PUI). Pour la plupart ce sont celles adossées à un établissement de santé. Les autres fonctionnent avec les officines de ville.

En matière de recrutement, la plupart des HAD (sauf 4) ont un fonctionnement mixte employant à la fois des infirmières salariées et ayant des conventions avec des infirmières libérales. Les structures privées travaillent majoritairement avec des infirmières libérales avec lesquelles elles conventionnent. Les structures publiques travaillent avec des infirmières salariées et développent moins de conventions avec les infirmières libérales, ce qui peut être un frein à leur extension territoriale.

L'enquête réalisée en 2017 auprès des structures de PACA a confirmé la pluridisciplinarité du personnel titularisé en HAD et des modalités de prise en charge, associant plusieurs types de professions paramédicales libérales.

Quelques caractéristiques de l'activité des structures HAD en PACA

Indicateurs de la circulaire 04/12/2013 (intitulé)	Année	PACA	FRANCE
Nombre moyen de patients/jour/100 000 habitants	2015	19.7	19.3
	2016	19.1	20.2
Taux brut de journées d'HAD pour 100 séjours d'hospitalisation complète (val. Cible = 1,2)	2015	0.8	1.3
	2016	0.7	1.4
Taux brut de journées d'HAD pour 1 000 journées d'hospitalisation complète (val. Cible = 74)	2015	37.9	43.3
	2016	37	46.2
Part des admissions en HAD faisant suite à une hospitalisation complète à temps plein (MCO+SSR) (en %)	2015	59.3	67
	2016	62.7	63
Part des séjours en HAD à partir du domicile (en %)	2015	34.7	29.7
	2016	30.1	33.1
Part des séjours en HAD réalisés au bénéfice de résidents d'établissements sociaux et médico-sociaux	2015	14.4	5.1
	2016	16.6	5.7
Part de certaines prises en charge spécialisées dans l'activité global d'HAD (rééducation neurologique ou chimiothérapie anticancéreuse ou soins palliatifs) (en %)	2015	22	27.1
	2016	21.6	27.9
Taux d'établissements d'HAD disposant d'une astreinte médicale ou ayant formalisé un recours à un avis médical 24 heures sur 24, 7 jours sur 7	2015	65.2	82.4
	2016	73.9	82.2
Part des séjours en HAD couverts par une astreinte médicale ou un recours formalisé à un avis médical 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7	2015	79	88.4
	2016	87.3	88.5
Taux d'établissements d'HAD disposant d'une astreinte opérationnelle soignante 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7	2015	91.3	89.6
	2016	91.3	89.6
Part des séjours en HAD couverts par une astreinte opérationnelle soignante 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7	2015	89.4	92.8
	2016	92.8	93.4

Le mode de sortie des patients reflète le poids des patients pris en charge avec une part non négligeable de décès.

Les soins palliatifs, les pansements complexes, et les soins de nursing lourds sont les trois principaux modes de prise en charge par les structures HAD en région, comme en France.

Certaines HAD sont polyvalentes, d'autres plus orientées sur des prises en charge spécifiques (patients âgés en EHPAD, surveillance des patients atteints de cancer).

Les activités réalisées par les HAD sont ainsi très hétérogènes en fonction des territoires, et certaines prises en charge non couvertes par des HAD dans certains territoires. C'est le cas en particulier pour les soins palliatifs, pour les prises en charge pédiatriques et la prescription de chimiothérapies en HAD.

Enjeux

La difficile coordination des intervenants au domicile du patient, dans un contexte concurrentiel avec les prestataires et les différents intervenants du 1er recours (médecins, kinésithérapeutes, infirmiers libéraux, aides à domicile, ...).

Certaines sociétés de prestation de services sont en concurrence directe avec les HAD et satisfont les professionnels par leur réactivité. En revanche, elles n'ont pas les mêmes missions que l'HAD : elles n'assurent pas les prises en charge complexes ou encore la continuité des soins.

Le travail avec les professionnels libéraux est encore peu fluide : les médecins traitants dont le rôle est reconnu dans ce dispositif, manquent de disponibilité. Les prises en charge au domicile peuvent se révéler très complexes, alors même que certains personnels nécessaires ne sont pas disponibles (infirmiers, kinésithérapeutes)

Cette difficile coordination peut être à l'origine de points de rupture dans le parcours de santé des patients. Par exemple, après le passage aux urgences, certains patients complexes pourraient bénéficier d'une entrée directe en HAD, et ainsi éviter une hospitalisation complète, surtout lorsqu'ils sont en EHPAD. Les prises de relais sont à améliorer après les séjours HAD, avec parfois la nécessité de s'assurer de l'effectivité de l'intervention d'un SSIAD ou du passage d'une infirmière libérale.

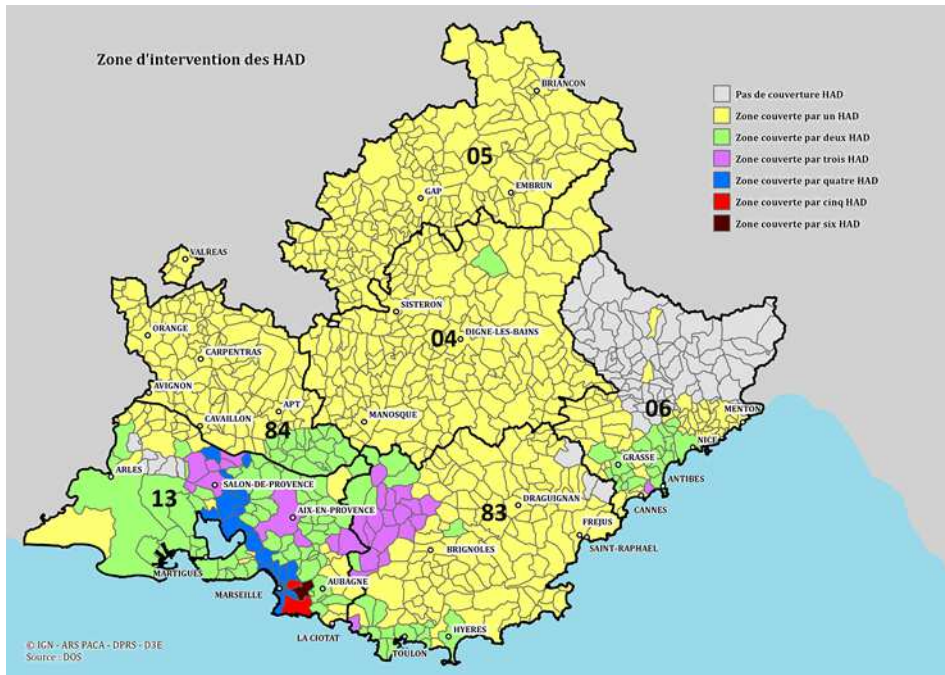
La lisibilité de l'offre en HAD est encore trop faible, notamment au sein du répertoire opérationnel des ressources.

Des astreintes médicales insuffisantes

Les pratiques des structures et leurs interprétations des textes sur les astreintes dans notre région sont hétérogènes. Ainsi, si certaines structures ont mis en place des astreintes médicales rémunérées par l'HAD, plusieurs autres opposent le rôle premier du médecin traitant ou du centre 15, considérant que les services de HAD ne sont réglementairement pas tenus de mettre en place une astreinte médicale permanente. Lors du séjour en HAD, certains patients peuvent voir leur séjour interrompu par un passage aux urgences, situation qui aurait pu être évitée avec un dispositif d'astreinte médicale disponible 24/24h, surtout dans des situations d'accompagnement de fin de vie.

L'hétérogénéité et le manque de visibilité des zones d'intervention des HAD

Certaines zones du territoire régional ne sont pas couvertes, comme l'arrière-pays niçois ou encore les zones montagneuses des Alpes de Haute Provence. Sur d'autres zones, elles sont en superposition et donc en concurrence directe, comme dans le sud des Bouches du Rhône, ou encore sur la bordure côtière (limite ouest) des Alpes maritimes.



La coordination nécessaire de la place des HAD dans le parcours de santé du patient

Pour consolider leur place et dans le contexte de réduction des durées de séjour, les HAD ont des marges de progression dans leurs organisations, notamment dans la rapidité de la réponse apportée. En 2017, le délai moyen d'intervention à compter de la demande est de 36 h avec des délais déclaratifs entre 24 et 72h.

Les structures font part de leurs difficultés de transmission de l'information par les structures et professionnels qui adressent les patients. En 2017, seules 16 HAD avaient un dossier informatisé et 12 un accès à une messagerie sécurisée.

Objectifs opérationnels

Objectif 1 : Positionner les HAD pour fluidifier le parcours du patient

- Favoriser l'accès à l'HAD, en particulier la prise en charge directe au domicile, en EHPAD ou à partir des urgences
- Développer l'usage des outils numériques (e-santé, télémédecine) pour améliorer la transmission d'information entre les structures d'hospitalisation, le médecin traitant et la structure : par l'utilisation de la messagerie sécurisée et le partage des informations du dossier HAD ou encore par le développement de la télémédecine, qui pourra être un moyen efficace d'améliorer la couverture dans les zones reculées montagneuses, en garantissant le lien avec les structures HAD et centres hospitaliers des zones urbaines (par exemple : arrière-pays niçois)
- Spécialiser certaines structures HAD en appui à des parcours complexes, afin qu'elles deviennent le recours pour les HAD polyvalentes, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques (critères HAS) : pédiatrie, obstétrique (grossesse pathologique, post-partum pathologique), soins palliatifs avec la prise en charge de la douleur. Pour cela, des coopérations doivent être mises en place avec les différents réseaux de

périnatalité, les équipes de pédiatrie, les réseaux de soins palliatifs et les équipes mobiles externes de soins palliatifs.

- Poursuivre le développement du recours aux HAD en établissements sociaux et médico-sociaux pour améliorer l'efficacité de prise en charge des âgés dépendants et des patients handicapés, par l'intervention en maison d'accueil spécialisée ou en foyer d'accueil médicalisé.

- Promouvoir ce type de prise en charge auprès des patients, des professionnels libéraux, des professionnels hospitaliers ceci afin d'étendre dans les 10 ans, la place de l'HAD dans la culture médicale, et sociétale.

- Augmenter la réactivité de la mise en place des interventions des HAD. Un travail d'identification des freins, en particulier sur le plan informatique, doit permettre de réduire les délais d'intervention. Le développement des liens par messagerie sécurisée et par la e-santé plus généralement seront sollicités.

Objectif 2 : Améliorer l'efficacité des structures d'hospitalisation à domicile

- Améliorer la lisibilité de l'offre de structures d'hospitalisation à domicile, ceci afin de faciliter la prescription de ce mode d'intervention. Pour cela, des outils seront développés pour permettre une meilleure lisibilité des zones d'intervention des structures HAD, leurs degrés de polyvalence et de spécialités, par exemple sous la forme d'un guichet téléphonique unique. La mise en place de ce guichet téléphonique unique se fera en cohérence avec les dynamiques actuelles de coopération dans les territoires, notamment au niveau des plateformes territoriales d'appui, ou encore au niveau des groupements hospitaliers de territoires.

- Anticiper l'aval de la prise en charge en HAD, en établissant des coopérations avec les médecins prescripteurs, les EHPAD, les SSIAD.

- Sensibiliser les prescripteurs à une démarche d'anticipation de sortie en HAD. Parmi d'autres démarches, l'amélioration de la pertinence des transferts et admissions en HAD pourra être un critère de pertinence intégré dans les CPOM établissements de santé et dans les projets médicaux des groupements hospitaliers de territoire avec un objectif sur le taux de recours aux HAD.

- Proposer des coopérations-rapprochements entre les HAD notamment dans le cadre des réflexions sur les groupements hospitaliers de territoires ainsi que le regroupement des petites structures. Ces rapprochements permettraient par exemple d'améliorer l'efficacité des astreintes médicales et soignantes, par la mutualisation des astreintes médicales et soignantes H24/24 et 7j/7.

Objectif 3 : Homogénéiser la couverture territoriale dans leur polyvalence et dans leurs spécialités

- Revoir la répartition géographique des zones couvertes par chacune des HAD, selon leur degré de polyvalence et de spécialité.

- Améliorer le maillage territorial dans l'offre de soins de spécialité en particulier pour les soins palliatifs, la pédiatrie, périnatalité, la chimiothérapie éventuelle. Pour garantir un niveau de recours, mettre en œuvre les collaborations avec des HAD ultraspécialisées, pour développer des antennes délocalisées développer des collaborations entre HAD par le biais de formations et d'un compagnonnage.

- Apporter une réponse à la problématique des vallées éloignées et des zones montagneuses en développant des antennes en lien avec les structures de premier recours installées dans des zones d'accès difficile : maisons de santé pluri professionnelles, hôpitaux locaux de proximité,...

Objectif 4 : Améliorer la qualité

- Faire évoluer le rôle du médecin coordonnateur en cohérence avec le rôle du médecin traitant, ceci afin de fluidifier les prises en charge

- Anticiper et accompagner l'évolution des métiers avec une amélioration de la formation des médecins généralistes pour la prise en charge de patients en HAD : soins palliatifs, périnatalité, grossesses à risque,....

- Expérimenter de nouvelles organisations alliant la coordination HAD avec les SSIAD. Ceci permettrait de faire bénéficier au personnel des SSIAD de formations organisées par les HAD concernées, et ainsi améliorer les compétences pour intervenir au domicile, en soins palliatifs, en gériatrie, pour les pansements complexes, la pédiatrie....

o Accompagnement des structures d'HAD par l'Assurance maladie

La nouvelle campagne lancée dès l'automne 2018 est articulée autour d'un nouveau profil pour objectiver les potentiels de partenariat, fournir une information personnalisée et contextualisée dont l'analyse peut donner lieu à la définition d'orientations et d'engagements avec la structure d'HAD. Cette campagne vient en complément d'autres outils qui permettent d'évaluer des potentiels de transférabilité en HAD en lien avec des établissements MCO ou SSR.

Le nouveau profil permet une comparaison de la patientèle de l'HAD avec celle de sa région. Il propose un focus sur la trajectoire des patients en amont et en aval de l'HAD, et décline les provenances par mode de prise en charge principal (MPP) : domicile / MCO (séjours MCO dans les 7 jours précédents l'entrée en HAD, pour neutraliser un très bref retour au domicile en attente de l'entrée en HAD). Le profil offre également un focus sur les relations avec les EHPAD.

La visite a pour objet d'aider les HAD à se positionner, s'évaluer et à développer leurs partenariats. Elle vise aussi à faire la présentation de l'outil ORFEE (Outil de Représentation des Flux Entre Etablissements), développé par l'ATIH et l'ANAP, et qui permet à une structure HAD de connaître à la fois le niveau et la nature du recours à l'HAD des établissements MCO de son territoire/département/région et d'analyser les flux, le cas échéant, concurrentiels avec d'autres structures HAD.

ANNEXE VI : VIRAGE AMBULATOIRE : INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE (IRC)

Identification des grandes ruptures et/ou problématiques

L'insuffisance rénale chronique est une maladie silencieuse et insidieuse. Elle concerne un grand nombre de patients et a des conséquences fortes sur la qualité de vie et les traitements mis en œuvre. Les coûts liés sont importants.

La prévention de cette maladie est encore trop peu développée pour enrayer l'évolution croissante du nombre de nouveaux cas.

Cette maladie est peu connue des usagers et patients, un réel déficit d'information est constaté sur ses facteurs de risques et sur ses conséquences.

Le suivi des patients diagnostiqués à risque ou devenus insuffisant rénaux chroniques mériterait d'être amélioré, pour anticiper et limiter les dégradations de l'état de santé.

Le parcours de santé du patient porteur d'une insuffisance rénale chronique comprend l'intervention de plusieurs professionnels et leur coordination est insuffisante.

La dialyse fait partie du parcours de soins du patient porteur. Indispensable et régulière, elle impacte fortement l'organisation quotidienne du patient. Actuellement, les choix des modalités de traitement et le fonctionnement des structures de dialyse sont peu connus.

La greffe est une étape clef dans le parcours du patient porteur d'IRC, car elle permet la guérison. Cependant, le parcours est complexe pour l'inscription sur la liste d'attente à la greffe. Une fois greffé, le suivi des patients doit être organisé pour éviter les perdus de vue.

Contexte régional

Incidence en PACA en 2015 : 1025 nouveaux patients dont 967 dialysés en PACA, 22 dialysés hors PACA et 36 greffes préemptives (réalisées avant passage en dialyse).

L'évolution de l'incidence en PACA (données REIN) : 679 nouveaux patients en 2004, 904 en 2011 et 1025 en 2015.

Prévalence globale en PACA en 2015 : 6812 patients (répartis ainsi = 4120 en dialyse et 2692 en greffe)

Concernant la greffe, on observe un taux de réalisation de 7,7 % sur donneur vivant (vs 10,4 % en France métropolitaine).

Un grand nombre de pathologies surreprésentées dans la population des dialysés justifiaient une politique de prévention ciblée :

- Le diabète : 41,2 % des nouveaux dialysés de PACA sont diabétiques (vs 5,1 % dans la population générale PACA).

- Les comorbidités cardio-vasculaires (dont pathologies coronariennes, insuffisance cardiaque, ... mais aussi obésité et tabagisme) : au moins une de ces comorbidités est retrouvée dans 57,7 % de ces patients.

- L'obésité (analysée séparément) : 20 % des patients ont un Indice de Masse Corporelle supérieure ou égal à 30 versus 11,7 % dans la population générale PACA).

L'entrée précoce dans une filière de prise en charge à un impact majeur sur l'espérance de vie. Or en PACA l'âge médian des dialysés incidents en PACA est de 76,6 ans (vs 71,4 ans en France métropolitaine, soit l'un des plus élevés).

La greffe rénale est le traitement le plus efficace de l'insuffisance rénale chronique terminale. La Haute Autorité de santé reconnaît qu'elle procure la meilleure qualité de vie. Notre région connaît un certain retard dans le déploiement de la greffe : elle se situe au 18ème rang en France pour l'inscription des patients de moins de 60 ans sur la liste d'attente pour l'accès de la greffe à M0, et au 17ème rang à M3.

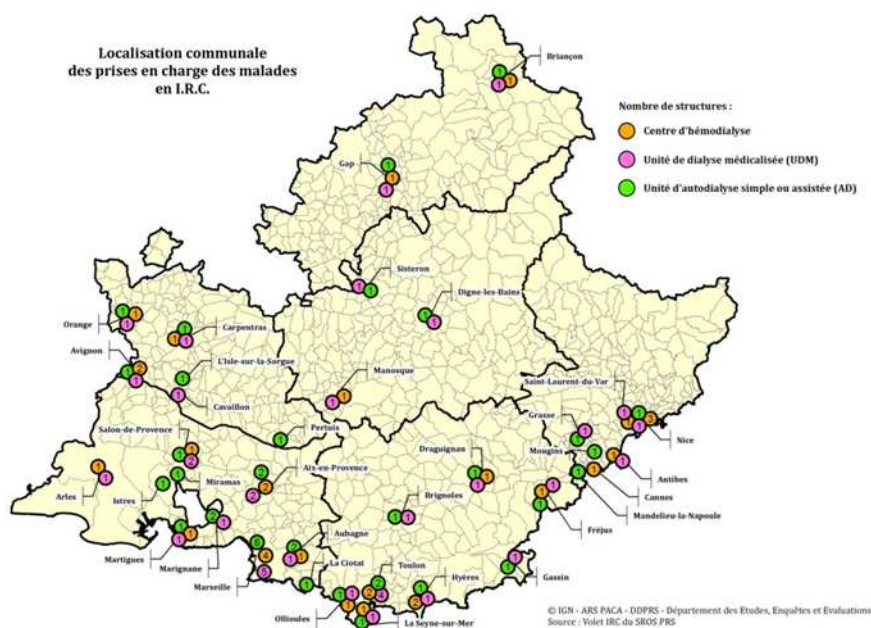
L'offre de soins

L'offre de soins en IRC est conséquente de notre région, mais il existe des inégalités entre les territoires, certains étant beaucoup mieux dotés que d'autres.

L'offre de soins à domicile est peu développée, notamment pour la dialyse. La dialyse péritonéale doit être d'avantage proposée.

L'offre de proximité pourra être renforcée en s'appuyant sur la télémédecine.

Dans notre région, l'accès à la greffe doit être développé.



Enjeux

- Améliorer le repérage des facteurs de risques comme le diabète et l'HTA, le suivi régulier des patients repérés et l'information des patients sur leur maladie et son évolution sont autant de démarches à amplifier pour éviter ou retarder l'apparition de la maladie mais également ralentir son évolution. Diminuer le nombre de dialyse en urgence et le nombre de patients arrivant en suppléance :

-Privilégier la réalisation des traitements par dialyse en dehors des centres, à proximité du lieu de vie du patient, en dehors des centres. Dans notre région, le nombre de patients traités en centres est bien supérieur à celui constaté sur le reste du territoire national (68 % en Paca contre 59% en France). La prise en charge à domicile est également à développer (4,5 % de dialyse péritonéale à domicile en Paca ; 6,5 % en France).

- Augmenter le nombre de patients greffés et l'inscription sur la liste d'attente pour l'accès à la greffe chez les personnes de moins de 60 ans.

- Construire une nouvelle relation entre les patients et les soignants à travers une meilleure information du patient et le changement des pratiques des professionnels de santé, ceci afin d'apprendre au patient à mieux gérer sa vie avec une maladie chronique et changer ses comportements face à la maladie.

L'e-santé et la télémédecine offrent de nouvelles possibilités pour sécuriser les soins à distance.

Objectifs opérationnels

Objectif 1 : Renforcer la politique de prévention et le repérage précoce de l'insuffisance rénale chronique

- Impliquer tous les professionnels de santé du premier recours. L'information et la formation des médecins généralistes et spécialistes ainsi que des autres professionnels de santé pourront prendre des formes différentes, associant la formation initiale, la formation continue et les démarches d'information menées par l'assurance maladie.

- Renforcer le rôle de tous les professionnels intervenant dans le suivi et l'accompagnement des patients : les pharmaciens, sur la iatrogénicité, la néphrotoxicité des molécules (ex AINS), la prévention ; les biologistes, sur la surveillance de résultats biologiques et la réalisation de courbes de surveillance : les infirmières sur le suivi des patients à risque ou en ALD, le suivi du cahier de surveillance, le lien avec le médecin généraliste ou spécialiste.

- Mettre en place des campagnes d'information de tous les publics, sur l'éducation à la santé, sur le don d'organes, en lien avec l'éducation nationale, les coordonnateurs hospitaliers de prélèvement, et les médias.

Objectif 2 : Améliorer l'information du patient, et de ses proches, sur sa maladie, son traitement et son suivi

- Participer à la création d'une plateforme d'information et de formation des patients, accessible à tous. Le contenu de cette plateforme sera constitué d'informations simples et compréhensibles, utilisant les différentes formes de médias disponibles (par exemple, des vidéos). Ce contenu sera élaboré avec des médecins spécialistes et approuvé par un comité scientifique. Cette plateforme pourra également proposer une offre d'e-learning, pour conforter l'information donnée aux patients pendant la consultation d'annonce et lors des séances d'éducation thérapeutique.
- Développer l'offre d'éducation thérapeutique du patient dans la proximité et sur tout le territoire, notamment dans les cabinets de médecins libéraux, dans les structures d'exercice coordonné type maison de santé pluri professionnelles ou centre de santé.
- Elaborer des recommandations régionales pour la consultation d'annonce.
- Développer et rendre lisible l'offre de soins de support : diététicien, psychologue, assistante sociale, éducation thérapeutique.

Objectif 3 : Améliorer le suivi des patients pour retarder la mise en œuvre de la suppléance (dialyse-greffe stade 4-5) et éviter le nombre trop important de dialyses en urgence.

- Expérimenter l'accompagnement par une infirmière, qui anticipera les étapes nécessaires à la prise en charge du patient, s'assurera de la bonne réalisation des dossiers nécessaires pour l'inscription de la liste de greffe, et préparera les bonnes conditions pour l'entrée en dialyse.
- Identifier les critères de pertinence des dialyses, mettre en place le suivi pour préciser les dialyses potentiellement évitables.

Objectif 4 : Identifier des «filiales de soins dialyse-greffe» pour optimiser la gradation des soins

- Analyser l'organisation territoriale de l'offre de soins existante, en identifiant les points forts et les points faibles. Proposer des actions ciblées d'amélioration sur les filiales qui ne répondent pas aux objectifs fixés.
- Identifier et rendre visibles des filiales de soins dialyse-greffe. Ce sont des regroupements d'établissements sur une zone géographique définie offrant les quatre modalités de traitement sous l'autorité d'une équipe de néphrologues. L'analyse de l'activité, notamment celles du registre REIN, se réalisera ensuite par filiale. Elle aura notamment pour objet d'identifier les leviers d'amélioration à mettre en place pour la prise en charge de l'IRC.
- Déployer les outils de la télémédecine, en particulier dans les zones fragiles : télésurveillance pour les patients dialysés, téléconsultation demandée par une infirmière intervenant dans une unité de dialyse située à proximité du domicile des patients et loin du néphrologue.
- Optimiser les conditions de réalisation des dialyses au domicile.

- Expérimenter des organisations permettant les prises en charge à proximité du domicile, par exemple avec la création d'une unité mobile d'auto dialyse, dans des zones isolées, pour prendre en charge les patients fatigués par les transports et qui ne peuvent pas bénéficier d'une dialyse à domicile.

Objectif 5 : Adapter les prises en charge des patients en situation complexe, en situation de dépendance ou de handicap.

- Proposer une prise en charge pluridisciplinaire néphrologue - consultations spécialisées (gériatre ou autre) - service sociaux, afin de retarder la mise en dialyse systématique.

Objectif 6 : Promouvoir la greffe, particulièrement préemptive et par donneurs vivants et améliorer l'inscription sur la liste d'attente pour l'accès à la greffe.

- Identifier un coordonnateur du parcours du patient en pré-greffe, qui assurera également le suivi post-greffe.

- Organiser des réunions de concertation pluridisciplinaires par visioconférence pour les dossiers complexes et de la téléconsultation pour les donneurs vivants qui habitent à distance du centre hospitalo-universitaire référent.

- Utiliser des outils d'information partagée entre les professionnels de la filière et l'équipe de proximité (néphrologue de la greffe, le néphrologue référent et le médecin traitant) : dossier partagé, messagerie sécurisée.

- Elaborer et suivre des indicateurs de greffe.

Objectif 7 : Développer la formation et l'exercice des infirmières de pratiques avancées en néphrologie.

- Poursuivre le cursus universitaire de master d'infirmière de pratiques avancées en néphrologie, créé en septembre 2017. Ce cursus doit permettre de former des infirmières pour accompagner le suivi du parcours du patient de la découverte de son IRC jusqu'à la suppléance et le suivi du patient greffé. Il doit également rendre possible le bon exercice de la délégation de tâches (cf partie 1-3 sur les ressources humaines en santé).

- Expérimenter des organisations pour les transports.

- Expérimenter une régulation des transports départementale ou régionale, en particulier sur le transport des personnes bénéficiant de dialyse de façon régulière (3 fois par semaine). Afin d'optimiser les transports récurrents et de gérer les horaires en fonction de la distance, des difficultés d'accessibilité sont identifiées dans les départements des Alpes de Haute Provence, des Alpes Maritimes et du Var, en particulier l'été.

ANNEXE VII : PERTINENCE DU PARCOURS EN CHIRURGIE BARIATRIQUE ET INDICATEUR COMPOSITE DE LA PERTINENCE DE LA PRISE EN CHARGE PAR ETABLISSEMENT S'INTEGRANT DANS LE RESEAU PACA OBESITE (PACO)

Le sujet de la pertinence de la chirurgie bariatrique renvoie à la fois de la santé publique, au parcours de soins et aux dépenses d'assurance maladie :

- chirurgie en pleine croissance dont la pertinence est un enjeu de santé publique, dans un contexte mondial d'épidémie d'obésité et de diabète induit mais dans une région moins affectée par l'obésité que le reste de la France parcours de soins pré opératoire obligatoire et codifié selon le référentiel HAS de prise en charge de l'obésité, dont l'étude permet d'identifier des situations cliniques où les indications opératoires sont susceptibles d'être non pertinentes par rapport au référentiel
- suivi à moyen et long terme insuffisant, coûts induits de la non pertinence : non seulement en termes de coût du geste et de l'hospitalisation, complications post opératoires (1 à 3% de complications graves), arrêt de travail ... mais aussi en termes de morbidité et de séquelles à long terme sur une chirurgie aux conséquences définitives (malabsorption, insuffisance de données épidémiologiques sur les conséquences à long terme).

d. Contexte régional

Chirurgie bariatrique

Taux de recours national 2009 : 0,33 - 2014 : 0,72

Taux de recours régional 2009 : 0,48 - 2014 : 0,94

		Indices nationaux					
Code région	Région	2009	2010	2011	2012	2013	2014
93	PROVENCE-ALPES-COTE d'AZUR	1,44	1,41	1,35	1,4	1,35	1,31

		Indices nationaux					
Territoire	Territoire de santé	2009	2010	2011	2012	2013	2014

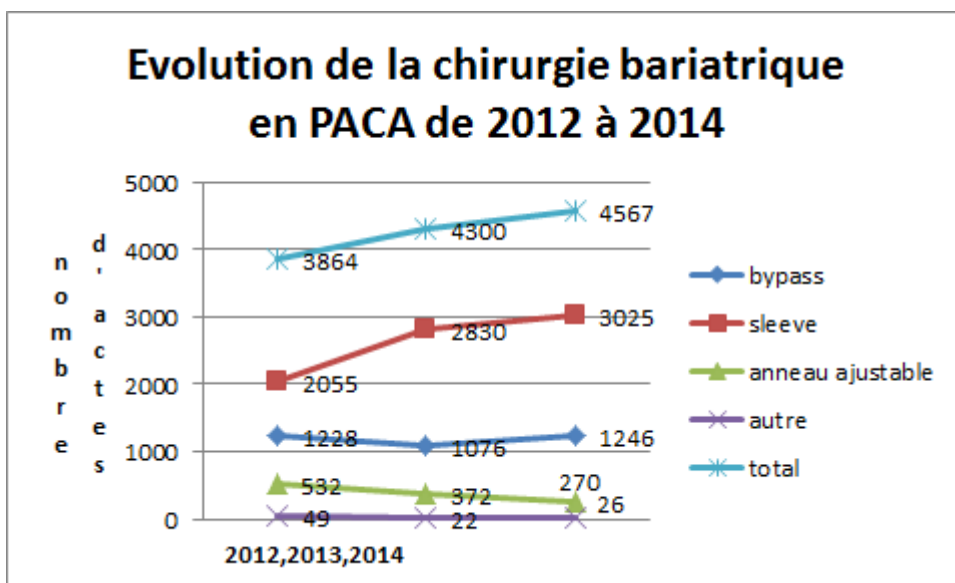
93S0000001	Alpes-de-Haute-Provence	1,08	0,98	0,93	1,05	1,04	0,91
93S0000002	Hautes-Alpes	0,71	0,54	0,57	0,66	0,62	0,55
93S0000003	Alpes-Maritimes	1,3	1,24	1,07	1,21	1,01	1,07
93S0000004	Bouches-du-Rhône	1,68	1,64	1,51	1,5	1,44	1,36
93S0000005	Var	1,38	1,53	1,67	1,78	1,84	1,7
93S0000006	Vaucluse	1,16	1,02	1,11	1,02	1,15	1,22

Dans la région PACA, le taux est passé de 44 % en 2009 à 31 % en 2014.

La disparité intra régionale est très importante, puisqu'entre les Hautes Alpes et le Var, le taux de recours standardisé varie de 0,55 à 1,70 soit trois fois plus.

Deux départements ont à la fois un taux supérieur à la moyenne nationale en 2009 et 2014 et une augmentation de celui-ci dans la période : le Var qui évolue de 1,38 à 1,70, et le Vaucluse qui passe de 1,16 à 1,22. Les Bouches du Rhône ont un taux supérieur à la moyenne régional (1,36 en 2014), mais celui-ci a un peu diminué par rapport à 2009 (1,68)

Une action d'accompagnement est prévue par l'Assurance Maladie auprès des établissements publics et privés concernés en 2016, ainsi qu'auprès des spécialistes libéraux.



e. Plan d'actions

✓ **Accompagnement AM – Diffusion des recommandations HAS-SFCOM**

HAS 2009 : « Obésité » - Prise en charge chirurgicale de l'adulte

Indicateurs IPAQSS 2015 OBE, via la plateforme QUALAS mise en place par l'HAS.

Messages du référentiel :

Améliorer la pertinence des actes de chirurgie bariatrique et réduire la survenue de complications par :

- une juste sélection (indications et contre-indications),
- une évaluation médico-chirurgicale préopératoire et une prise en charge « cadrée » du patient avant l'intervention,
- une concertation pluridisciplinaire avant la décision chirurgicale,
- une information et /préparation importante des patients,
- une prise en charge et un suivi médical du patient après son intervention et à long terme.

La chirurgie ne peut être envisagée que chez des patients adultes réunissant l'ensemble des conditions suivantes :

INDICATIONS :

- patients avec un IMC ³ 40 kg/m² ou bien avec un IMC ³ 35 kg/m² associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie,
- en deuxième intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6-12 mois,
- en l'absence de perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de la perte de poids,
- patients bien informés au préalable, ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoires pluridisciplinaires,
- patients ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme,
- avec un risque opératoire acceptable.

CONTRE-INDICATIONS :

- les troubles cognitifs ou mentaux sévères,
- les troubles sévères et non stabilisés du comportement alimentaire,
- l'incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé,
- la dépendance à l'alcool ou à des substances psychoactives licites ou illicites,
- l'absence de prise en charge médicale préalable identifiée,
- les maladies mettant en cause le pronostic vital à court ou moyen terme,
- les contre-indications à l'anesthésie générale.

✓ indicateurs composites élaborés par le groupe de travail régional sur la pertinence du parcours en chirurgie bariatrique

Le groupe de travail «pertinence du parcours chirurgie bariatrique» a élaboré un indicateur composite issu de différentes sources (PMSI SNDS IPAQS et registre professionnel). Les établissements réalisant de la chirurgie bariatrique évalueront la pertinence de leur prise en charge selon cet indicateur.

Sur le modèle des indicateurs ICHOM, la pertinence sera évaluée tant sur des indicateurs de moyens que des indicateurs de résultats objectifs et des résultats évalués par le patient (patient related outcome measures ou PROM)

Ces indicateurs seront contractualisés dans le cadre des volets additionnels pertinence des CAQES.

source	famille	n° indic	description indicateur	valeur cible	definition precise
2017					
elements recueillis par etablissement et par an					
general					
pmsi	activite	1.	nb de patients operes/an	>50	ayant un code CCAM de bariatrique (liste etablie)
pmsi		2.	nb patients operes depuis 5 ans	>250	idem
registre		3.	labellisation soff com d'au moins un chirurgien en cours	Oui	
assurance maladie		4.	% DMP ouvert par patient inclus en chirurgie bariatrique	80%	
"précisé dans indicateur IPAQS"					
ipaqs		5.	% patients avec complétude de l'évaluation des quatre comorbidités	80%	" les plus fréquentes (HTA, diabète, dyslipidémie et sas)"
ipaqs		6.	% communication du résultat de la RCP au médecin traitant	80%	le suivi du retour du medecin traitant fera partie du label mais ne sera pas mesuré dans les indicateurs
ipaqs		7.	% Délivrance d'une information minimale au patient	90%	" Cette information minimale doit comporter: risques de l'obésité, différentes prises en charge, différentes techniques chirurgicales, limites de la chirurgie, necessite suivi post op, benefices et inconvenients de la chirurgie, modifications attendues du comportement alimentaire, necessite suivi a vie "
ipaqs		8.	% patients avec bilan bio preop fait	90%	" Albumine hemoglobine ferritine et coef saturation transferrine calcemie dosage vit D vit B1 B9 B12 "
ipaqs		9.	% de dossiers patient contenant Résultats de la RCP de décision chirurgicale	80%	" Avec identification et avis De tous les acteurs "
ipaqs	preop	10.	% patients avec fibro et depistage HP preop	80%	
ipaqs		11.	% de patients avec Evaluation psychiatrique ou psychologique	80%	doit contenir traçabilité de "Contre-indication chirurgie (trouble mental sévère ou addiction) Motivation et capacité au changement Connaissances du patient Qualité de vie et facteurs de risques d'échec". La trame d'évaluation psy sera fournie clé en main ds label
registre		12.	% patients respectant trame de rop regionale	80%	
registre		13.	n moyen interventions educatives par patient en preop (sur 12 interventions en 4 seances)	8 ateliers suivis pour > 80 % des patients	passport de competences en 4 grands familles à remplir par patient et passeport colligeant les interventions realisees en preop et en post op. sur les 12 interventions socle minimum de 4 (1 competences medicales 1 dietetique 1 APA 1 psy) et 8 selon besoins specifiques, parmi les 4 competences
registre		14.	n patients avec mesure du To du PROM retenu (Barros)	80%	
pmsi	perop	15.	n patients avec Duree de sejour >5j taux de rehos	<10%	
pmsi		16.	toutes causes et tous ES 90e jour	<10%	
post op 1ere année					
registre	1ere année	17.	n consult medicales par patient sur la premiere annee post op	4 consults	on compte les consultations medicales d'un des medecins de l'equipe specialisee ayant réalise la RCP
registre		18.	n interventions educatives sur 12 (4 seances) par patient la premiere annee post op en lien avec le passeport des competences et des interventions	8 ateliers suivis pour > 80 % des patients	sur les 12 interventions socle minimum de 4 (1 competences medicales du patient 1 dietetique 1 APA 1 psy) et 8 au choix selon besoins specifiques, parmi les 4 competences
SNDS		19.	% patients avec 4 bilan biologique remboursé	>80%	Albumine hemoglobine ferritine fer dosage vit D vit B12
		20.	% patients avec mesure PROM BAROS 1ere annee post op	>80%	
post op deuxieme année					
registre	deuxieme année	21.	n consult medicales par patient sur la deuxieme annee post op	2 consults	on compte els consultations medicales d'un des medecins de l'equipe specialisee ayant réalise la RCP
registre		22.	n interventions educatives sur 6 (en 2 seances) par patient en lien avec le passeport des competences et des interventions	8 ateliers suivis pour > 80 % des patients	sur les 12 interventions socle minimum de 4 (1 competences medicales 1 dietetique 1 APA 1 psy) et 8 selon besoins specifiques, parmi les 4 competences

ANNEXE VIII : PERTINENCE DES SOINS : ANGIOPLASTIE ET PONTAGE CORONAIRE

Contexte régional

En 2015, les taux de recours aux soins d'angioplasties standardisés sont plus élevés en PACA qu'au niveau national et les disparités de recours aux soins sont fortes entre territoires de santé (de 0.95 dans les Hautes Alpes, à 1.54 dans les Bouches du Rhône).

- Taux de recours aux angioplasties supérieur au taux national mais stable depuis 2011.
- Par contre, le taux de recours au pontage aorto-coronaire reste inférieur à la moyenne nationale.
- Augmentation régulière des actes de Cardiologie Interventionnelle Structurale. Elle est pratiquée dans 4 centres médico chirurgicaux autorisés. Les délais de prise en charge s'allongent.

- 12 -Angioplastie coronaire –

Taux de recours national : 2012 : 2,08 - 2016 : 2,49

Taux de recours régional : 2012 : 2,75 - 2016 : 3,25

		Indices nationaux				
Code région	Région	2012	2013	2014	2015	2016
93	PROVENCE-ALPES-COTE d'AZUR	1,32	1,35	1,34	1,33	1,31

		Indices nationaux				
Territoire	Territoire de santé	2012	2013	2014	2015	2016
93S0000001	Alpes-de-Haute-Provence	1,18	1,11	1,06	1,09	1,02
93S0000002	Hautes-Alpes	0,78	0,82	0,81	0,86	0,87

93S0000003	Alpes-Maritimes	1,06	1,14	1,07	1,1	1,16
93S0000004	Bouches-du-Rhône	1,5	1,52	1,55	1,49	1,43
93S0000005	Var	1,36	1,36	1,4	1,38	1,35
93S0000006	Vaucluse	1,38	1,4	1,37	1,34	1,31

Plan d'actions

Améliorer la pertinence des actes

Les évolutions rapides des indications mais aussi les taux de recours élevés dans notre région rendent difficiles la mesure des besoins et l'interprétation des volumes d'activité constatés. Il est donc important de conduire, en parallèle à ces constats, une démarche généralisée d'analyse de la pertinence, seule à même de garantir une réponse suffisante et adaptée aux besoins de la population régionale.

- Le suivi du registre régional des actes d'angioplasties et de coronarographie doit constituer une priorité, compte-tenu des interrogations qualitatives posées par le taux de recours régional. S'agissant de qualités des pratiques, c'est tout particulièrement son comité scientifique qui doit en avoir la responsabilité technique.
- Les actes de coronarographie sont parfois prescrits par des urgentistes ou des cardiologues médicaux ; l'impact important de cette première prescription sur les modalités ultérieures de la prise en charge justifie qu'une politique d'information sur les bonnes pratiques soit conduite auprès de ces professionnels
- Afin de stimuler des stratégies médicales partagées, il faut favoriser les revues de pertinence au sein des établissements
- De même, et pour les mêmes motifs, il convient d'insister sur l'importance, pour les cas complexes, des réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP) médico-chirurgicales. Ceci passe par le développement d'outils de télémédecine sécurisés partagés entre les centres non chirurgicaux et les autres centres.
- La pertinence des actes d'électrophysiologie doit être analysée au regard des recommandations des sociétés savantes
- La pratique isolée de la coronarographie ne se justifie pas en dehors d'un centre autorisé pour l'angioplastie coronaire.
- Pour la pose des stimulateurs simple et double chambres les recommandations des sociétés savantes doivent être respectées.
- Les cardiologues qui contrôlent périodiquement ces stimulateurs doivent être aguerris à la pose de ces derniers

La société française de cardiologie a émis des recommandations sur les implantations de stimulateurs. Il est important que ces recommandations soient respectées. Il est notamment stipulé que tous les médecins pratiquant des implantations de stimulateurs et que tous ceux impliqués dans le suivi des patients porteurs de stimulateurs cardiaques suivent une formation continue régulière

Si la pratique de cette activité n'est pas soumise à autorisation, il reste essentiel que les recommandations de la SFC en termes d'activité, d'équipement, d'organisation, d'évaluation soit satisfaites dans une région largement dotée comme la nôtre. Elle doit aussi satisfaire aux critères de remboursement des dispositifs de la Liste des Produits et Prestations (LPP).

- les volets additionnels pertinence des CAQES

Indicateurs de moyens, chez le patient porteur d'un angor stable*

Ces indicateurs sont calculés par établissement, et pour la région et le national

Angor stable*: inclus les patients avec un diagnostic principal d'angor stable ou d'ischémie silencieuse. Les codes d'infarctus aigu ou d'acte diagnostique dans le cadre d'une valvulopathie sont exclus

1. Nb angioplastie / par séjour /par ES/par an Hors urgence
2. Nb ACT ad hoc (angio avec stent dans la foudée) /n ACT programmée/ES/AN
4. % coronarographie sans exploration fonctionnelle datant de moins de 6 mois
 - Epreuve effort
 - Echographie d'effort
 - Scintigraphie myocardique
 - Echographie de stress
 - Coroscanner
5. taux d'utilisation de la FFR

Indicateurs de résultats après angioplastie chez les patients ayant eu une angioplastie pour coronaropathie stable ou ischémie silencieuse, d'après l'indicateur ICHOM

7. Outcome à 1 an : % patients décédés de mortalité toute cause dans les douze mois filants depuis l'angioplastie pour angor stable *
8. Outcome à 1 an : % patients entrés pour la première fois en dialyse dans les douze mois filants depuis l'angioplastie pour angor stable *
9. Outcome à 1 an : % patients avec nouvelle angioplastie ou pontage dans les douze mois filants depuis l'angioplastie de l'année
10. Outcome à 1 an % de patients ayant présenté un infarctus du myocarde dans les douz.

11 Outcome à 1 an % de patients avec coronarographie dans les 12 mois filants depuis l'angioplastie

Objectif: Développer la prise en charge ambulatoire pour les actes simples d'angioplasties et d'électrophysiologie

Ce développement nécessitera des adaptations du tissu d'aval (télésurveillance, formation spécifiques des paramédicaux) avec une organisation spécifique qui nécessite des gros volumes d'activité ce qui justifie du regroupement de ces activités sur les plateaux techniques importants.

- L'extension des indications d'ablations et notamment d'ablations de fibrillation auriculaire en électrophysiologie interventionnelle

Dans le contexte d'extension des indications de ces actes qui ne sont jamais réalisés en urgence, une harmonisation et une amélioration des pratiques restent les priorités. L'évaluation des pratiques sera une nécessité absolue dont l'enjeu est la qualité et la sécurité optimales des soins délivrés aux patients. Aujourd'hui, il est prématuré, dans ce contexte, d'envisager des créations de nouveaux sites.

Par contre, les centres existants peuvent s'ouvrir afin de permettre à des cardiologues qui travaillent sur des centres non autorisés, de réaliser ces actes soumis à autorisation. Au terme de l'évaluation, et en fonction de ses résultats quantitatif et qualitatif, l'hypothèse d'une nouvelle augmentation du nombre de sites autorisés pourra être étudiée.

ANNEXE IX : PERTINENCE DES ENDOSCOPIES

Pertinence des coloscopies

Le constat en PACA : un sur-recours aux coloscopies majoritairement aux dépends des coloscopies diagnostiques isolées et un sur recours minime aux coloscopies thérapeutiques. Par ailleurs une sous-utilisation du test immunologique de dépistage FIT chez les 50-74 ans (population soumise au dépistage) malgré une meilleure sensibilité et spécificité du FIT que le test d'ancienne génération (hemocult) avec une bonne rentabilité diagnostique.

Une surveillance inadéquate des coloscopies thérapeutiques : trop de surveillance précoce, trop peu de tests adéquats à distance.

Indicateurs envisagés par an par établissement (CAQES pertinence)

1. % de coloscopies précédées d'un FIT chez les 50-74 ans cible 80%
2. % de coloscopies thérapeutiques par rapport à l'ensemble des coloscopies objectif 50%
3. % de coloscopies post coloscopie thérapeutique entre 6 et 24 mois /nb coloscopies post coloscopies thérapeutiques ds les 3 ans

Numérateur : nombre de coloscopies diagnostiques et thérapeutiques survenant dans les 6 à 24 mois après une coloscopie thérapeutique

Dénominateur : nombre total de coloscopies Diagne thérapie dans les Trois ans suivant une coloscopie thérapeutique

4. % de coloscopies thérapeutiques bénéficiant d'une nouvelle coloscopie diagnostique ou thérapeutique ou d'un FIT dans les 5 ans suivants

La liste d'actes utilisée dans le programme est :

HHQE002 Coloscopie totale, avec franchissement de l'orifice iléocolique

HHQE003 Exploration complète du côlon après colectomie droite, par endoscopie

HHQE004 Coloscopie partielle au-delà du côlon sigmoïde

HHQE005 Coloscopie totale avec visualisation du bas-fond cæcal, sans franchissement de l'orifice iléocolique

Ne sont pas pris en compte dans les coloscopies diagnostiques

HJQE001 Rectosigmoïdoscopie

HJQE002 Rectoscopie au tube rigide

- Coloscopies diagnostiques
- Coloscopies thérapeutiques

HHNE004	Séance de destruction de lésion du côlon et/ou du rectum sans laser, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle	
[A, 7]	(GELE001)	<i>anesthésie</i>
HHNE001	Séance de destruction de lésion du côlon et/ou du rectum sans laser, par coloscopie totale	
[A, 7]	(GELE001)	<i>anesthésie</i>
HHNE003	Séance de destruction de lésion du côlon et/ou du rectum avec laser, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle	
[A, 7]	(GELE001)	<i>anesthésie</i>
HHNE002	Séance de destruction de lésion du côlon et/ou du rectum avec laser, par coloscopie totale	
[A, 7]		<i>anesthésie</i>

HHFE001 Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre du côlon et/ou du rectum, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle

HHFE002 Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre du côlon et/ou du rectum, par coloscopie totale

HHFE004 Exérèse d'un polype de plus de 1cm de diamètre ou de 4 polypes ou plus du côlon et/ou du rectum, par coloscopie totale

HHFE005 Exérèse d'un polype de plus de 1cm de diamètre ou de 4 polypes ou plus du côlon et/ou du rectum, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle

HHFE006 Séance de mucosectomie rectocolique, par endoscopie

- Toutes les Coloscopies : la somme des deux

Pertinence des fibroscopies hautes diagnostiques : indicateurs envisagés par an par établissement (CAQES pertinence):

1. % de Fibroscopie diagnostique haute avec biopsie et antibiotique remboursés, avec contrôle de test à l'urée dans un délai de 3mois cible <80%
2. % de Fibroscopie diagnostique haute chez des sujets de moins de 40 ans sans prise d'IPP préalable, sur ensemble des fibroscopies diagnostiques hautes

La liste d'actes ccam envisagée est

HEQE002 Endoscopie œso-gastro-duodénale

HEQE003 Endoscopie œso-gastro-duodénale avec test à l'uréase, avant l'âge de 6 ans

HEQE005 Endoscopie œso-gastro-duodénale avec test à l'uréase, après l'âge de 6 ans

ANNEXE X : PERTINENCE DES SOINS : CHIRURGIE DU CANAL CARPIEN

Contexte régional

Canal carpien

Taux de recours national : 2012 : 2,22 - 2016 : 2,13

Taux de recours régional : 2012 : 2,02 - 2016 : 1,99

Indices nationaux		2012	2013	2014	2015	2016
Code région	Région					
93	PROVENCE-ALPES-COTE d'AZUR	1	1	1	1	1

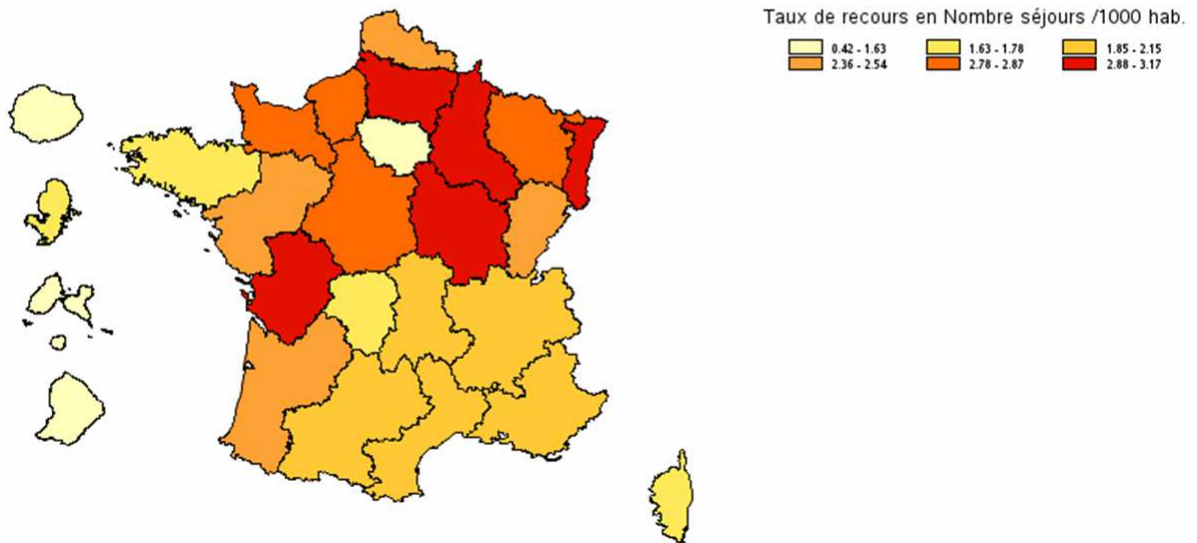
Territoires de santé		2012	2013	2014	2015	2016
Indices nationaux						
93S0000001	Alpes-de-Haute-Provence	1,02	0,91	0,92	0,65	0,7
93S0000002	Hautes-Alpes	0,95	1,11	1,04	1,13	1,06
93S0000003	Alpes-Maritimes	0,7	0,68	0,66	0,73	0,78
93S0000004	Bouches-du-Rhône	0,94	0,85	0,86	0,86	0,93
93S0000005	Var	1,01	0,96	0,99	1	1,05
93S0000006	Vaucluse	1,04	1,05	1,13	1,09	1,05

Taux de recours MCO par Région - séjours 2012/pop. 2010 - Taux Standardisé

Indicateurs pertinence des soins : Chirurgie du syndrome du canal carpien

Sélection par geste

Taux de recours national : 2,22
version 2016

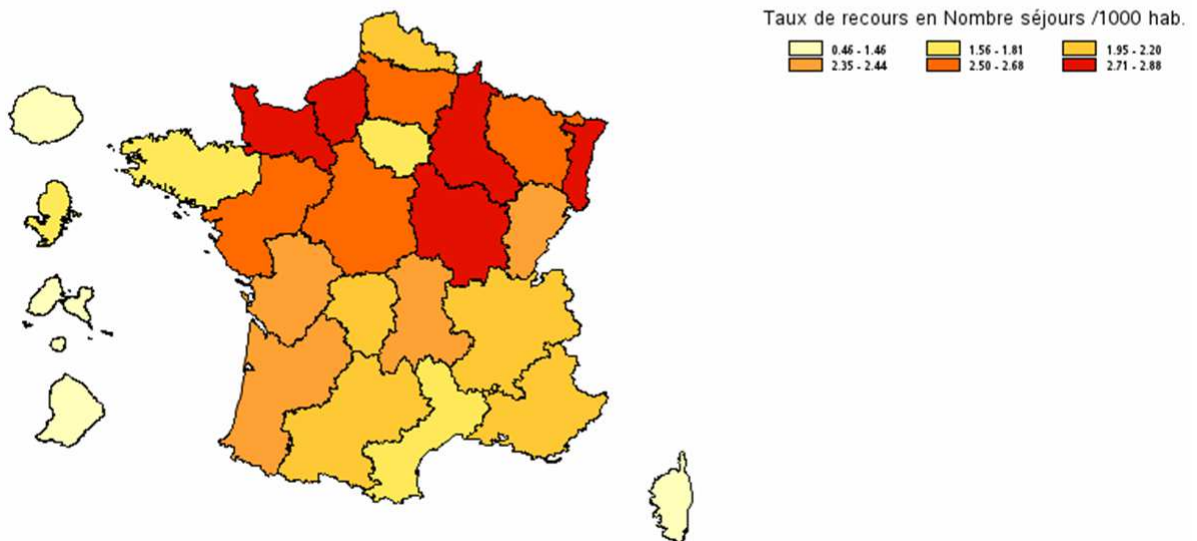


Taux de recours MCO par Région - séjours 2016/pop. 2014 - Taux Standardisé

Indicateurs pertinence des soins : Chirurgie du syndrome du canal carpien

Sélection par geste

Taux de recours national : 2,13
version 2016



Pour la libération du canal carpien, la région PACA est à un taux standardisé de 1,99 en 2016, soit 14 % en dessous du niveau national

Parmi l'ensemble des départements, seuls les Hautes Alpes (1,03), le Vaucluse (1,05) et le Var (1,05) sont au-dessus du niveau national.

Ce thème a fait l'objet d'un accompagnement fort au niveau national par la CNAMTS, déployé en région en 2014.

Plan d'actions

✓ Outils disponibles

- Chirurgie du canal carpien : approche multidimensionnelle pour une décision pertinente
- Note de cadrage, décembre 2011
- Rapport d'évaluation technologique (textes long et court), septembre 2012
- Analyse et amélioration des pratiques / Optimiser la pertinence du parcours patient, février 2013
 - http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/syndrome_du_canal_carpien_optimiser_la_pertinence_du_parcours_patient.pdf
 - En collaboration avec la HAS, les outils CNAMTS / HAS :
 - <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/aide-a-la-pratique-memos/les-memos-de-bonne-pratique/syndrome-du-canal-carpien.php>
 - Guides patient : Le syndrome du canal carpien. Vous ressentez des fourmillements dans la main ?
 - <http://www.ameli-sante.fr/syndrome-du-canal-carpien/definition-syndrome-du-canal-carpien.html>
-

✓ Objectifs de qualité pour la chirurgie du canal carpien :

- Essayer systématiquement un traitement médical avant la chirurgie, en l'absence de signe de gravité
- Réaliser un électroneuromyogramme dans les 3 à 6 mois précédant la chirurgie
- Faire participer le patient à la décision de chirurgical
- Analyse de la décision de traitement chirurgical :
 - la présence ou l'absence de signe de gravité est notée dans le dossier,
 - en l'absence de signe de gravité clinique (trouble objectif de la sensibilité, faiblesse ou amyotrophie des muscles thénariens externes) ou à l'électroneuromyogramme (perte axonale), un traitement par infiltration de corticoïdes a été tenté avant la chirurgie,
 - un électroneuromyogramme a été fait dans les 6 mois précédant la chirurgie,
 - l'électroneuromyogramme avant chirurgie est positif (vitesse de conduction nerveuse diminuée).

✓ Proposition d'accompagnement et d'engagements qualitatifs

Proposition de mise en place d'un plan d'accompagnement dans les ES qui pourrait être suivi de plusieurs exigences en terme de traçabilité, transmission d'informations aux patients etc...et qui pourrait aboutir à l'engagement d'une MSAP après procédure contradictoire en fonction de la mise en œuvre effective de ces préconisations.

Exemple :

- Mise à la disposition des rhumatologues, neurologues, chirurgiens orthopédistes et/ou de la main du mémo CNAMTS/HAS
- Distribution systématique aux patients avant l'intervention du guide patients disponible sur ameli.fr
- Exigence de traçabilité systématique au dossier médical de l'établissement de tous les éléments nécessaires pour apprécier la pertinence de l'intervention chirurgicale réalisée : diffusion du guide patients, EMG, résultat, traitements préopératoires (infiltration de corticoïdes, orthèse) et résultats.
- Réalisation et communication à l'ARS d'une auto évaluation annuelle par l'établissement sur 50 dossiers anonymisés sur 3 items : Diffusion du guide patient, EMG, traitement préopératoire.

Pour les établissements qui ne fourniraient pas cette évaluation, ou pour ceux pour lesquels l'évaluation montrerait plus de 25 % des dossiers non conformes pour au moins un de ces 3 items, une MSAP pourra être engagée après procédure contradictoire.

Critères de ciblage des établissements

Le ciblage des ES pourrait être réalisé à partir des indicateurs suivants :

- Taux d'évolution du nombre d'intervention pour un SCC sur les 5 dernières années.
- Part relative des patients de 65 ans et plus opérés pour un SCC.
- Part relative des interventions pour SCC dans l'activité d'orthopédie.
- Part des patients ayant réalisé un EMG dans les 12 mois avant l'intervention.
- Part relative des patients avec infiltrations avant intervention (12 mois).
- Part relative de patients avec attelles avant intervention (12 mois).

Source : SNIIRAM : PMSI - SNIIRAM

La méthode de ciblage

- Taux d'évolution du nombre d'intervention pour un SCC sur les 5 dernières années > 95ème percentile
- Part relative des patients de 65 ans et plus opérés pour un SCC > 95ème percentile
- Part relative des interventions pour SCC dans l'activité d'orthopédie > 95ème percentile
- Part des patients ayant réalisé un EMG dans les 12 mois avant l'intervention < 5ème percentile
- Part relative des patients avec infiltrations avant intervention (12 mois) < 5ème percentile
- Part relative de patients avec attelles avant intervention (12 mois) < 5ème percentile

Segmentation du ciblage :

A : les établissements n'ayant aucun indicateur d'atypie ;

B : les établissements n'ayant qu'un seul indicateur d'atypie ;

C : les établissements ayant au moins 2 indicateurs d'atypie.

Sont considérés comme atypiques les établissements ayant au moins 2 indicateurs de ciblage suivant la règle de décision :

- Au moins 60 interventions de chirurgie SCC dans l'année
- Etablissement classé en C selon la méthodologie CNAMTS
- Etablissement ayant bénéficié d'un accompagnement lors de l'exercice antérieur*

**En l'absence d'accompagnement l'année antérieure et en cas d'une atypie majeure constatée lors de ciblage réalisée par la CNAMTS, les établissements concernés pourront être éligibles au dispositif.*

ANNEXE XI : PERTINENCE DES SOINS : THYROÏDECTOMIE

Le nodule thyroïdien est fréquent et le plus souvent bénin. Seul 5% des nodules détectés sont à risque cancéreux, ils font généralement l'objet d'un bon pronostic.

Les constats :

- Un recours insuffisant/inadapté aux examens diagnostics préalables,
- Des disparités régionales de prise en charge,
- Des dosages T3 et T4 pratiqués dans plus du 1/3 des cas,
- Seulement 40% des patients opérés ont eu une cytoponction, et disparités régionales : de 6% à 51%,
- 66% des patients thyroïdectomisés pour nodule bénin n'ont pas eu de cytoponction,
- Une faiblesse du ratio malin/bénin dans certaines régions et fortes disparités régionales
- Un ratio allant de 0,6 à 2,7 selon les régions.

Pour les 2/3 des patients thyroïdectomisés, le parcours n'a pas été optimal.

Ces dernières décennies, de nombreux pays ont rapporté une épidémie de cancers de la glande thyroïde, principalement de petites tumeurs, de type papillaire.

En vingt ans, plus de 470 000 femmes et 90 000 hommes auraient eu un sur diagnostic de cancer de la thyroïde, dans une douzaine de pays dont les Etats-Unis, la France, la Corée du Sud, l'Italie. Soit autant d'ablations inutiles de cette glande, puisque les sur diagnostics correspondent à des tumeurs détectées par des examens médicaux, alors qu'elles ne sont à l'origine d'aucun symptôme et ne conduisent pas à des décès.

Publiées le 18 août dans le New England Journal of Medicine (NEJM) par des scientifiques du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC,

Lyon) et de l'Institut national du cancer italien, ces estimations viennent quantifier un phénomène déjà connu mais dont beaucoup ne soupçonnaient pas l'ampleur.

« L'introduction des échographies, scanners, IRM, combinée avec l'augmentation des suivis médicaux et de l'accès aux services de santé, peut conduire à une hausse massive de la détection de petites lésions papillaires », écrivent les auteurs de l'article du NEJM.

Pour la période 2003 et 2007 (dernière pour laquelle les données sont disponibles), la part de ces sur diagnostics apparaît très importante, en particulier chez les femmes.

Elle atteindrait 80 % en France.

Les objectifs du programme d'accompagnement :

- Détecter les nodules à risque de malignité,
- Eviter les interventions inutiles et améliorer la qualité du diagnostic,
- Améliorer l'information des patients,
- Optimiser le parcours de soins,
- Augmenter le taux de recours aux examens diagnostiques préalables (dosage TSH / échographie thyroïdienne, cytoponction),
- Diminuer le recours aux dosages associés T3L et T4L,
- Diminuer le recours à la scintigraphie,
- Augmenter le ratio nodules malins/bénins opérés.

Contexte régional

Thyroïdectomie

Taux de recours national - 2012 : 0,76 - 2016 : 0,65

Taux de recours régional - 2012 : 0,92 - 2016 : 0,8

		Indices nationaux				
Code région	Région	2012	2013	2014	2015	2016
93	PROVENCE-ALPES-COTE d'AZUR	1,22	1,2	1,21	1,23	1,23

		Indices nationaux				
Code région	Région	2012	2013	2014	2015	2016
93S0000001	Alpes-de-Haute-Provence	1,08	1,17	0,93	1,05	1
93S0000002	Hautes-Alpes	0,98	1,13	1,23	1,2	1,26
93S0000003	Alpes-Maritimes	0,93	0,92	0,95	1,03	1,05
93S0000004	Bouches-du-Rhône	1,47	1,47	1,51	1,47	1,46
93S0000005	Var	1,32	1,1	1,06	1,09	1,12
93S0000006	Vaucluse	1,04	1,04	1,08	1,09	1,07

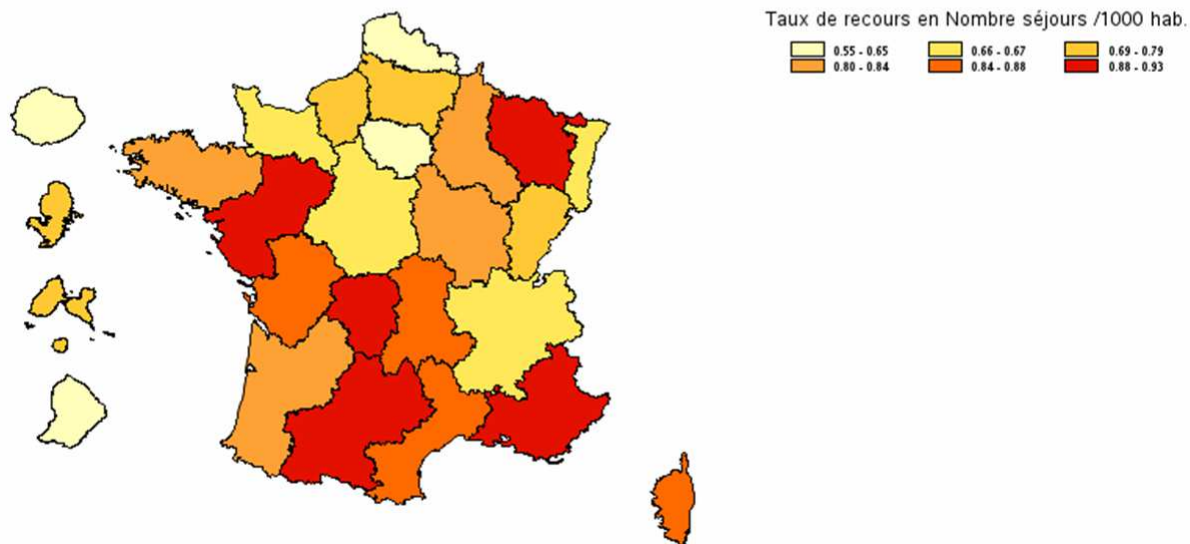
Taux de recours MCO par Région - séjours 2012/pop. 2010 - Taux Standardisé

Indicateurs pertinence des soins : Thyroïdectomie

Sélection par geste

Taux de recours national : 0,76

version 2016



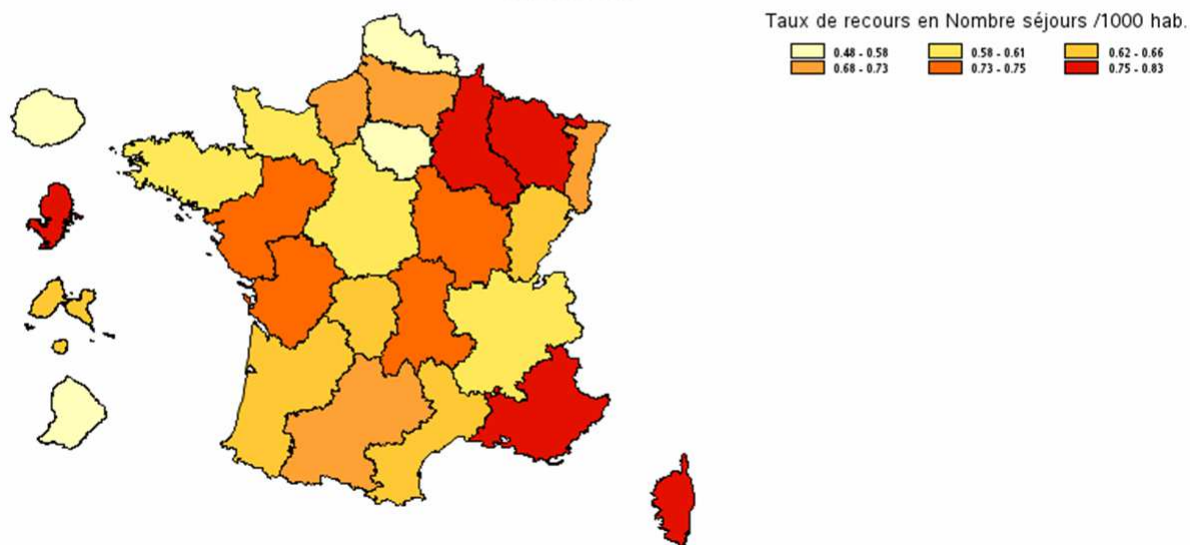
Taux de recours MCO par Région - séjours 2016/pop. 2014 - Taux Standardisé

Indicateurs pertinence des soins : Thyroïdectomie

Sélection par geste

Taux de recours national : 0,65

version 2016



Plan d'actions

- ✓ Accompagnement AM

Messages du mémo CNAMTS « surveillance et traitement du nodule thyroïdien sans hyperthyroïdie » validé par la HAS :

- Evaluer le risque de malignité au moyen des examens recommandés,
- Promouvoir la surveillance du patient dont le risque de malignité du nodule a été écarté ou est jugé faible,
- Faciliter la coordination de la prise en charge :
 - Identification du contexte à risque + examen clinique,
 - Examens préalables à combiner : dosage TSH + échographie,
 - Dosages non recommandés en phase diagnostic : T3L et T4L, dosage thyroglobuline,
 - Scintigraphie thyroïdienne non recommandée, hors cas particuliers,

Cytoponction, examen clé pour déterminer l'orientation opératoire.

Référentiels – outils – documents :

- HAS, ALD n°30, Guide médecin sur le cancer de la thyroïde, mai 2010
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-07/ald_30_gm_cancer
- HAS, ALD n°30, Guide patient : la prise en charge du cancer de la thyroïde, septembre 2010
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/ald_30_gp_prostate_web_2010-09-28_10-55-8_471.pdf
- HAS, ALD n°30, Actes et prestations sur le cancer de la thyroïde, actualisation octobre 2012
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-07/ald_30_lap_cancer_thyroide_web.pdf
- CNAMTS, Arrêt de travail. Thyroïdectomies (après avis HAS), novembre 2010
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/memo_AT_thyroïdectomie_BD.pdf
- CNAMTS, Référentiel parcours de soins : Nodule thyroïdien sans hyperthyroïdie, diagnostic et surveillance d'un nodule thyroïdien, novembre 2014
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/502-2014-DIAGNOSTIC-SURVEILLANCE-BD.pdf
- CNAMTS, Référentiel parcours de soins : Nodule thyroïdien sans hyperthyroïdie, traitement et suivi d'un nodule suspect de malignité, novembre 2014
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/502-2014-TRAITEMENT-SUIVI-BD.pdf
- CNAMTS, Guide patient Parcours de soins : « Nodule thyroïdien (sans hyperthyroïdie, quel sera mon parcours de soins ? », décembre 2015

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/2015377-THY_guide_patient-nodule_Vdef2_dec_2015_18122015-2.pdf

- Institut National du Cancer (INCa), Les traitements des cancers de la thyroïde, juillet 2013
<http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-traitements-des-cancers-de-la-thyroïde>

- ✓ Proposition d'accompagnement et d'engagements qualitatifs

Proposition de mise en place d'un plan d'accompagnement dans les ES qui pourrait être suivi de plusieurs exigences en terme de traçabilité, transmission d'informations aux patients etc...et qui pourrait aboutir à l'engagement d'une MSAP après procédure contradictoire en fonction de la mise en œuvre effective de ces préconisations.

Exemple :

- Mise à la disposition des endocrinologues, médecins internistes, chirurgiens ORL et de la Thyroïde, radiologues et échographistes, du mémo CNAMTS/HAS
- Distribution systématique aux patients avant l'intervention du guide patients CNAMTS après avis de la HAS
- Exigence de traçabilité systématique au dossier médical de l'établissement de tous les éléments nécessaires pour apprécier la pertinence de l'intervention chirurgicale réalisée : diffusion du guide patients, résultats du dosage de la TSH et de l'échographie avec compte rendu détaillé et schéma de repérage, résultats de la cytoponction du nodule, avis de la commission de concertation pluri disciplinaire, dosage de la calcitonine en préopératoire.
- Réalisation d'une auto évaluation annuelle par l'établissement sur 30 dossiers anonymisés sur 6 items : Diffusion du guide patient, TSH, échographie, cytoponction, avis de la RCP, dosage de la calcitonine.

Critères de ciblage des établissements

Les indicateurs ont été élaborés sur la base des recommandations de 2011 de la Société Française d'Endocrinologie pour la prise en charge des nodules thyroïdiens (en accord avec l'Association Francophone de Chirurgie Endocrinienne) et des constats épidémiologiques. Après avoir été testés statistiquement, ils ont été choisis et pondérés en lien avec la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive.

L'objectif de la méthode proposée est d'identifier les établissements les plus atypiques en s'appuyant sur les différents indicateurs sélectionnés. Seuls les établissements ayant un minimum d'activité (ici au moins 20 actes) sont concernés.

Les indicateurs

N°	Libellé indicateur	Sens de pertinence	non Poids
1	Part des patients opérés pour nodule thyroïdien non toxique ayant eu une cytoponction préopératoire ou une biopsie (dans les 12 mois précédents le geste)	Valeur basse	1.5
2	Part des patients opérés d'une thyroïdectomie pour cancer / tous les patients opérés d'une thyroïdectomie pour nodule (bénin ou malin)	Valeur basse	1.5
3	Taux d'évolution du nombre d'interventions pour l'ensemble des thyroïdectomies (totales et partielles)	Valeur élevée	1
4	Part des patients ayant eu une échographie préopératoire thyroïdienne dans les 12 mois précédent	Valeur basse	1.5
5	Part des hommes	Valeur élevée	1

La méthode de ciblage

La méthode statistique utilisée est celle des rangs en quartile : le positionnement de l'ES est apprécié de façon globale en prenant en compte l'ensemble des critères.

Définition d'un seuil d'activité annuel minimum ≥ 30 .

Pour chaque ES retenu, affectation d'une note par indicateur de la façon suivante :

- Les 25% d'établissements les moins élevés (1er quartile) auront une note de 1,
- Les 25% d'établissements suivants (2nd quartile) auront une note de 2,
- Les 25% d'établissements suivants (3ème quartile) auront une note de 3,
- Les 25% d'établissements les plus élevés (4ème quartile) auront une note de 4

L'ensemble des notes sera ensuite pondérée afin de calculer un score moyen.

C'est sur ce score moyen que se fera le ciblage en ciblant les 10% d'établissements ayant les notes les plus importantes.

Calcul d'un score global = somme des notes précédentes pondérées.

Calcul du score final (de 1 à 4) : division du score global par la somme des pondérations des indicateurs pour chaque établissement.

Ciblage d'un nombre d'établissements ciblé prédéfini (10%)

- Au moins 30 interventions dans l'année
- Classé dans les 10% les plus atypiques selon la méthodologie CNAMTS
- Etablissement ayant bénéficié d'un accompagnement lors de l'exercice antérieur³

ANNEXE XII : PERTINENCE DES SOINS / CHOLECYSTECTOMIE

Cholécystectomies non aiguës (07C14)

Taux de recours national : 2016 : 1,32 Taux de recours régional : 2016 : 1,41

		Indices nationaux				
Code région	Région	2012	2013	2014	2015	2016
93	PROVENCE-ALPES-COTE d'AZUR	1,02	1,03	1,03	1,08	1,08

Territoires de santé		Indices nationaux				
		2012	2013	2014	2015	2016
93S0000001	Alpes-de-Haute-Provence	0,93	1,08	1,1	1,1	1,14
93S0000002	Hautes-Alpes	0,99	0,87	0,86	0,96	0,77
93S0000003	Alpes-Maritimes	0,8	0,8	0,92	0,87	0,89
93S0000004	Bouches-du-Rhône	1,16	1,16	1,13	1,17	1,14
93S0000005	Var	0,99	1,2	1,1	0,99	1,03

³ *En l'absence d'accompagnement l'année antérieure et en cas d'une atypie majeure constatée lors de ciblage réalisée par la CNAMTS, les établissements concernés pourront être éligibles au dispositif.

93S0000006	Vaucluse	1,08	1,05	1,05	1,09	1,23
------------	----------	------	------	------	------	------

Cholécystectomies aiguës (07C13)

Taux de recours national 2012 : 0,56 - 2016 : 0,45

Taux de recours régional 2012 : 0,64 - 2016 : 0,49

		Indices nationaux				
Code région	Région	2012	2013	2014	2015	2016
93	PROVENCE-ALPES-COTE d'AZUR	1,15	1,2	1,19	1,13	1,09

		Indices nationaux				
Territoire	Territoire de santé	2012	2013	2014	2015	2016
93S0000001	Alpes-de-Haute-Provence	1,54	1,29	1,02	0,99	1,25
93S0000002	Hautes-Alpes	0,93	0,88	0,97	1,18	1,41
93S0000003	Alpes-Maritimes	1,1	1,06	1,01	0,96	1,04
93S0000004	Bouches-du-Rhône	1,11	1,24	1,22	1,22	1,17
93S0000005	Var	1,13	1,21	1,33	1,26	1,09
93S0000006	Vaucluse	1,41	1,42	1,32	0,94	0,77

Existence de référentiels récents sur la lithiase biliaire, permettant d'identifier des situations cliniques où les indications sont susceptibles d'être non pertinentes :

- Recommandations professionnelles élaborées en 2009 (SNFGE),
- Rappel des points clés et une note de problématique concernant la pertinence des cholécystectomies par la HAS, en lien avec la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive, le Conseil National Professionnel d'Hépatogastroentérologie et le Collège de Médecine Générale (Points clés et solutions).

Pertinence des soins : quand faut-il faire une cholécystectomie ? HAS, janvier 2013

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/points-clé_solution_-_qd_faire_cholecystectomie.pdf

- HAS, *Note méthodologique, Programme pertinence Cholécystectomie*, février 2013
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/points-clé_solution_-_pertinence_cholecystectomie.pdf
- CNAMTS, Mémo parcours : « Lithiase biliaire, quand réaliser une cholécystectomie ? », février 2015
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cholecystectomie_memo_parcours_BD.pdf
- CNAMTS, Arrêt de travail. Cholécystectomie, après avis de la Haute Autorité de santé, février 2011.
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/memo_AT_cholecystectomie_BD.pdf
- CNAMTS, Guide patients : « Calculs biliaires, que faire ? », mars 2015

Messages du référentiel HAS

- La lithiase peut être découverte de façon fortuite lors d'un examen d'imagerie,
- Dans 80% des cas, la lithiase restera asymptomatique,
- Nécessité d'améliorer le diagnostic :
 - Rappel de la douleur typique de colique hépatique (*)
« La douleur biliaire typique (« colique hépatique ») survient par crises d'apparition rapidement progressive dans l'épigastre ou dans l'hypochondre droit parfois associée à des nausées ou vomissements. D'intensité constante, elle dure d'une trentaine de minutes à quelques heures et peut être suffisamment intense pour obliger le patient à interrompre son activité ou le réveiller. Elle peut irradier en héli-ceinture droite ou en bretelle ».

Diffusions des dernières recommandations de la HAS sur la pertinence de l'acte (*)

« En cas de lithiase vésiculaire asymptomatique, la cholécystectomie n'est pas réalisée de principe »

En l'état actuel des connaissances, aucune recommandation ne peut être faite en matière de cholécystectomie prophylactique :

- lors de la chirurgie bariatrique,
- en cas de calculs de taille supérieure à 3 cm.

(*) HAS janvier 2013 / Points clés et solutions / Pertinence des soins : quand faut-il faire une cholécystectomie?

Plan d'actions

✓ Accompagnement AM

Une action d'accompagnement a été réalisée par l'Assurance Maladie auprès des établissements publics et privés concernés en 2015, ainsi qu'auprès des généralistes et spécialistes libéraux.

✓ Proposition d'accompagnement et d'engagements qualitatifs

Proposition de mise en place d'un plan d'accompagnement dans les ES qui pourrait être suivi de plusieurs exigences en terme de traçabilité, transmission d'informations aux patients etc...et qui pourrait aboutir à l'engagement d'une MSAP après procédure contradictoire en fonction de la mise en œuvre effective de ces préconisations.

Exemple :

- Mise à la disposition des gastro-entérologues, médecins internistes, chirurgiens digestifs et/ou viscérales, du mémo CNAMTS/HAS
- Distribution systématique aux patients avant l'intervention du guide patients CNAMTS après avis de la HAS
- Exigence de traçabilité systématique au dossier médical de l'établissement de tous les éléments nécessaires pour apprécier la pertinence de l'intervention chirurgicale réalisée : diffusion du guide « patients », résultats de l'échographie, description des signes de gravité clinique et/ou paracliniques, balance bénéfice/risque de l'intervention.

Réalisation d'une auto évaluation annuelle par l'établissement sur 50 dossiers anonymisés sur 4 items : Diffusion du guide patient, échographie, signes de gravité clinique et/ou paracliniques, balance bénéfice/risque de l'intervention.

Critères de ciblage des établissements

Recommandations HAS

Recommandations de la Société Française d'Endocrinologie traduite par la CNAMTS dans un référentiel de bonne pratique validé par la HAS

Les indicateurs

N°	Libellé indicateur	Sens de non pertinence	Poids
1	Evolution du nombre de cholécystectomie sur 3 ans	Valeur élevée	1.5
2	Evolution du nombre de cholécystectomies hors infection aiguë par rapport aux cholécystectomies avec infection aiguë, sur 3 ans	Valeur élevée	1.25
3	Part des cholécystectomies dans l'activité de chirurgie digestive	Valeur élevée	1.5
4	Part des cholécystectomies hors aiguë sans exploration de la VBP de niveau de sévérité 1 par rapport à tous les niveaux de sévérité	Valeur élevée	1.
5	Part des sujets âgés de moins de 75 ans	Valeur basse	1
6	Part des patients opérés d'une cholécystectomie ayant eu dans les 6 mois précédents une échographie abdominale	Valeur basse	1

La méthode de ciblage

La méthode statistique utilisée est celle des rangs en quartile : le positionnement de l'ES est apprécié de façon globale en prenant en compte l'ensemble des critères.

Définition d'un seuil d'activité annuel minimum ≥ 30 .

Pour chaque ES retenu, affectation d'une note par indicateur de la façon suivante :

- Les 25% d'établissements les moins élevés (1er quartile) auront une note de 1,
- Les 25% d'établissements suivants (2nd quartile) auront une note de 2,
- Les 25% d'établissements suivants (3ème quartile) auront une note de 3,
- Les 25% d'établissements les plus élevés (4ème quartile) auront une note de 4

Calcul d'un score global = somme des notes précédentes pondérées.

Calcul du score final (de 1 à 4) : division du score global par la somme des pondérations des indicateurs pour chaque établissement.

Ciblage d'un nombre d'établissements ciblé prédéfini (10%)

- Au moins 50 interventions dans l'année
- Classé dans les 10% les plus atypiques selon la méthodologie CNAMTS
- Etablissement ayant bénéficié d'un accompagnement lors de l'exercice antérieur*

**En l'absence d'accompagnement l'année antérieure et en cas d'une atypie majeure constatée lors de ciblage réalisée par la CNAMTS, les établissements concernés pourront être éligibles au dispositif.*

ANNEXE XIII : PERTINENCE DES SOINS / EXAMENS BIOLOGIQUES PRE-INTERVENTIONNELS

La CNAMTS a lancé en 2016 avec la Société française d'anesthésie réanimation une campagne d'accompagnement des établissements de santé pour l'amélioration de la pertinence des examens biologiques pré-anesthésiques.

Un premier courrier cosigné par la SFAR et la CNAMTS, ainsi qu'un flyer sur les examens pré interventionnels a été adressé en septembre 2016 aux établissements de santé ciblés.

La liste de ces établissements concernés, ainsi que les documents y afférents ont été transmis à l'ARS.

Un second courrier a été adressé aux directeurs de ces établissements (avec copie au président de la CME et au médecin DIM), accompagné des profils 2014 et 2015.

Le profil MCO 2016, présenté aux établissements, comprenait également des données sur un indicateur composite.

II. Indicateur de comparaison des pratiques CNAMTS

III. L'indicateur composite :

La fiche présente le recours aux examens pré-anesthésiques pour les patients opérés dans l'établissement avant certains actes. Les indicateurs et leurs modes de calcul ont été choisis en lien avec la Société Française d'Anesthésie-Réanimation Ils définissent les situations pour lesquelles l'examen est jugé inutile : le résultat attendu pour chaque indicateur est donc de 0%.

Le mode de calcul de ces indicateurs est le suivant :

1. Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'enfant, avant amygdalectomie et adénoïdectomie [association NFS + plaquettes + TP + TCA]
2. Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'adulte [association TP + TCA]
3. Taux de recours au groupe sanguin [association GS + RAI + phénotype]
4. Taux de recours au ionogramme sanguin [Na + K +/- Cl +/- (CO2 + Protides)]

IV. Résultats des indicateurs :

Le calcul est effectué uniquement si, pour l'indicateur, le volume annuel d'actes (dénominateur de l'indicateur) est ≥ 30 .

Pour chaque indicateur sélectionné, les établissements sont triés :

- les 25% d'établissements les moins élevés (1er quartile) ont une note de 1 (curseur dans le rectangle bleu)
- les 25% d'établissements suivants (2ème quartile) ont une note de 2 (curseur dans le rectangle vert)
- les 25% d'établissements suivants (3ème quartile) ont une note de 3 (curseur dans le rectangle orange)
- les 25% d'établissements les plus élevés (4ème quartile) ont une note de 4 (curseur dans le rectangle rouge)

Score agrégé (compris entre 1 et 4)

L'ensemble des notes est ensuite pondérée (pour chaque établissement, selon le volume d'actes de chaque indicateur) afin de calculer un score agrégé : pour chaque indicateur, sa note a été multipliée par son volume d'actes concernés ; la somme de ces résultats a été faite, puis divisée par la somme des volumes d'actes des 4 indicateurs. Le score agrégé et les résultats des indicateurs reposent sur une méthode statistique permettant à l'établissement d'évaluer son écart par rapport à la moyenne nationale et à la moyenne des établissements de la même catégorie.

Pour les établissements les plus atypiques, il est recommandé de suivre l'**aide à la mise en place des recommandations de la SFAR dans la prescription des examens pré-interventionnels**

Etape 1 : Etat des lieux

Faire un état des lieux des pratiques du centre :

- 1) Former un groupe de travail sur le sujet composé de quelques praticiens anesthésistes et chirurgiens
- 2) Identifier les sources de prescription dans l'établissement : consultation d'anesthésie, Consultation de chirurgie...etc..
- 3) Avoir accès à l'ensemble des prescriptions d'examens pré-interventionnels sur une période donnée correspondant à un nombre de patients représentatif de votre activité
 - a. Soit rétrospectivement via un outil de prescription informatisé ou des dossiers papiers
 - b. Soit prospectivement en collectant sur 2 semaines l'ensemble des prescriptions informatiquement ou sur papier
- 4) Analyser ces résultats
 - a. Analyser les chiffres bruts (% de NFS par exemple)
 - b. Analyser la pertinence des prescriptions (cette NFS chez ce patient pour cette chirurgie était-elle pertinente ?)
 - c. Analyser la pertinence au regard des recommandations SFAR (cette NFS était-elle recommandée ?)

Faire un état des lieux des spécificités du centre en termes de transfusion/risque hémorragique

Travail fait par le groupe en lien avec l'hémovigilance et l'EFS

En termes de transfusion, les habitudes transfusionnelles et le risque hémorragique spécifiques au centre doivent être analysés. Par exemple, l'intervention X est associée à un risque hémorragique mineur dans mon centre (pas de transfusion dans l'année qui précède), la pertinence de la prescription systématique d'un groupe + RAI doit être évoquée.

Etape 2 : Recommandations locales

S'approprier les recommandations de SFAR

Le groupe de travail propose une adaptation locale en fonction des spécificités locales (ou une application stricto sensu) des recommandations SFAR. Garder à l'esprit que le plus important est le consensus. Il faut que l'ensemble des prescripteurs adhère. Anesthésistes et chirurgiens doivent être impliqués.

Mettre en place ces recommandations : par exemple, ajout d'un questionnaire sur le risque hémorragique à la consultation anesthésique (informatique ou papier) pour limiter les prescriptions d'examens d'hémostase

Etape 3 : Diffusion des recommandations locales

1) Vers les praticiens : Diffuser les recommandations locales très largement : staff, réunions, aide à la prescription informatisée, aide à la prescription papier, diffusion de fiches mémo etc...

2) Vers les patients : poster de la CNAM/SFAR

Etape 4 : Audit à un an

1) Refaire un état des lieux à un an de mise en place des recommandations locales. Comparer avec le premier état des lieux (% brut des prescriptions mais aussi pertinence par rapport aux recommandations et potentiel gain économique)

2) Diffuser les résultats, encourager les équipes et poursuivre l'effort sur les points qui peuvent être améliorés

ANNEXE XIV : ARRETE DE COMPOSITION DE L'IRAPS

Composition de l'IRAPS – Arrêté du 27/07/2018

Réf : DOS-0418-2813-D

ARRETE du 27 juillet 2018

**Modifiant la composition de l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins
de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur**

Le directeur général de l'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1431-2, L.1431-14, et R.1434-9 à R.1434-20 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 182-2-1-1, L.162-1-17, L.162-30-4, et R.162-44 à R.162-44-5 ;

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences régionales de santé ;

Vu le décret du 8 décembre 2016 portant nomination de Monsieur Claude d'Harcourt, en qualité de directeur général de l'Agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur ;

Vu l'arrêté du 11 mars 2016, portant création de l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur

ARRETE :

ARTICLE 1 : L'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins contribue à l'amélioration de la pertinence des prestations, des prescriptions et des actes dans la région. Elle concourt à la diffusion de la culture de la pertinence des soins et à la mobilisation des professionnels de santé autour de cette démarche. Elle est consultée sur le projet de plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, lors de sa préparation, de sa révision et de son évaluation.

Outre le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant, elle comprend les membres ci-dessous nommés :

- **Monsieur le docteur Gaetano SABA**, directeur de la direction régionale du service médical PACA-Corse représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie,



- **Monsieur le professeur Xavier FLECHER**, représentant la Fédération Hospitalière de France (FHF-FHR),
- **Monsieur le docteur Jean LACOSTE**, représentant la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP),
- **Madame Sophie DOSTERT**, directrice générale de l'hôpital Saint-Joseph, représentant la Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP),
- **Monsieur Philippe MICHARD**, représentant la Fédération nationale des Centre de lutte contre le cancer (UNICANCER),
- **Madame Fabienne REMANT-DOLE**, représentant la Fédération nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD),
- **Monsieur le docteur Henri ESCOJIDO**, médecin cardiologue exerçant à l'hôpital Clairval,
- **Monsieur le docteur Philippe SAMAMA**, représentant l'union régionale des professionnels de santé en PACA,
- **Madame Catherine CHAPTAL**, représentant des associations d'usagers agréées mentionnées à l'article L.114-1 du code de la santé publique au niveau régional,
- **Madame le docteur Sylvia BENZAKEN**, vice-présidente de la commission médicale d'établissement du CHU Nice l'Archet,
- **Monsieur le docteur Jean-Louis BLACHE**, anesthésie réanimation, Sous directeur de l'Institut Paoli Calmette (Marseille),
- **Monsieur Christian DUTREIL**, président de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie,
- **Monsieur Didier FEBVRE**, cadre supérieur de santé, Direction Qualité Risques Evaluation, CHU de Nice,
- **Professeuse Stéphanie GENTILE**, économiste de la santé au laboratoire de santé publique de Marseille,
- **Monsieur le professeur Jean Robert HARLE**, Espace éthique, responsable du département de médecine interne Timone (AP-HM),
- **Monsieur le professeur Dominique MARANINCHI** Professeur de Cancérologie à l'institut Paoli Calmettes, Président de l'institut d'études avancées d'Aix Marseille Université (Imera),
- **Docteur Céline ORHOND**, directrice de l'association aixoise Apport Santé,
- **Monsieur le docteur Bernard POL**, chirurgien digestif, chef de service à l'hôpital Saint Joseph (Marseille),
- **Professeuse Jean-François SEITZ**, responsable de l'unité d'oncologie digestive et hépato gastro-entérologie Timone (AP-HM),

Sont invités aux réunions de l'instance régionale à titre permanent en tant qu'experts :

- **Madame Virginie CASSARO**, directrice adjointe à la CPAM des Bouches-du-Rhône, représentant le directeur coordonnateur régional de la gestion du risque (régime général),
- **Madame le docteur Anne-Marie VERNE** Médecin Coordonnateur Régional MSA, Spécialisée en Santé Publique représentant du régime agricole (AROMSA – MSA), (excusée)
- **Monsieur le docteur Alain FUCH**, Médecin conseil Chef de Service, représentant la Caisse déléguée pour la Sécurité Sociale des indépendants Côte d'Azur et la Caisse déléguée pour la Sécurité Sociale des Indépendants Provence Alpes.

ARTICLE 2 : La durée du mandat des membres de l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins court jusqu'au mois qui suit la durée du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins et au plus tard le 1^{er} septembre 2020 ;

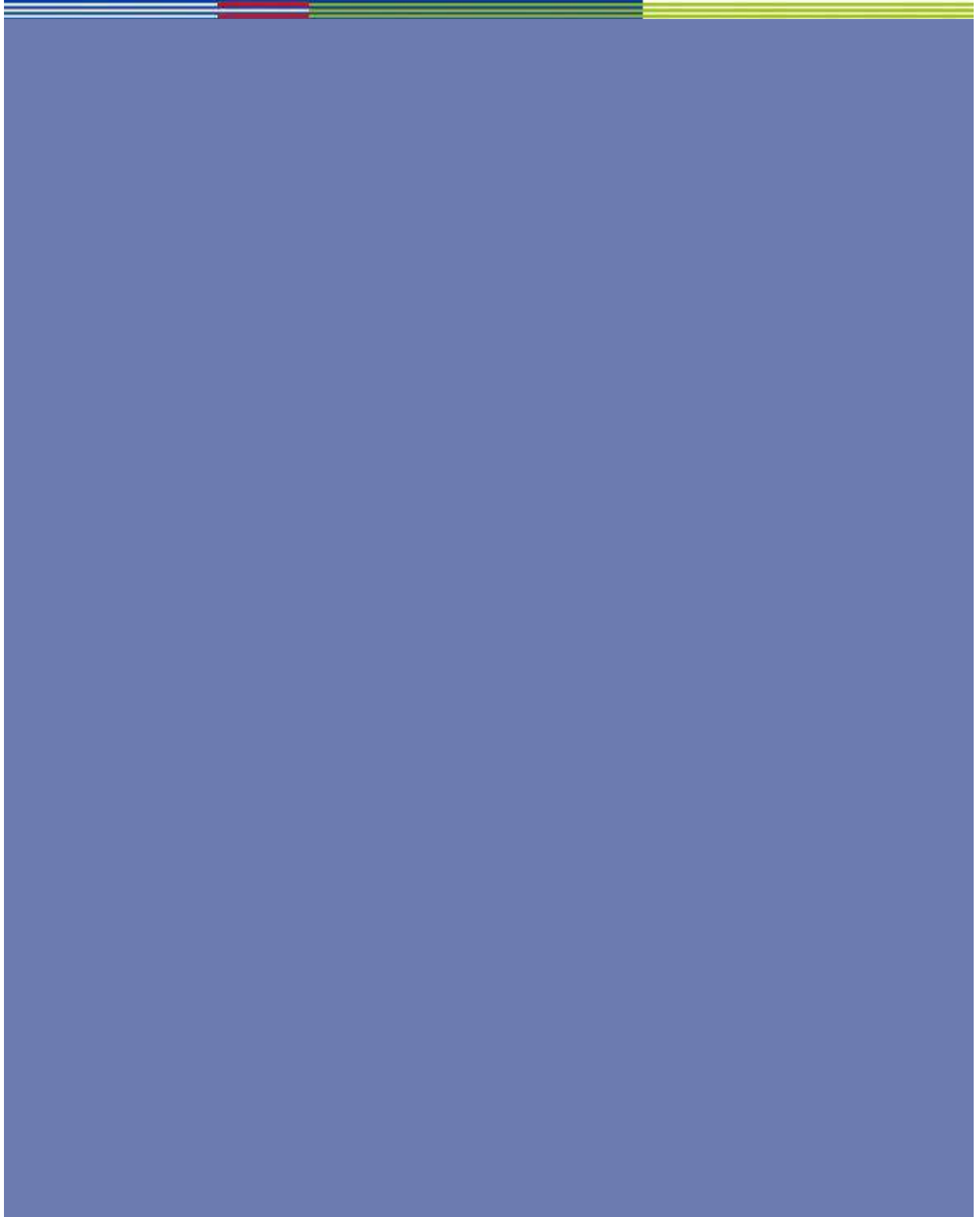
ARTICLE 3 : Tout membre de droit perdant la qualité pour laquelle il a été désigné cesse de faire partie de l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins ; tout autre membre cesse ses fonctions à la demande du directeur général de l'agence régionale de santé ;

ARTICLE 4 : Le directeur général est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs.

Fait à Marseille, le 27 juillet 2018

pl **Véronique BILLAUD**

Directrice des politiques régionales
de santé



Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur

132, boulevard de Paris - 13003 Marseille

Adresse postale : CS 50039 - 13331 Marseille cedex 03

