



Commission spécialisée d'organisation des soins Octobre 2015

Pertinence des soins :
une ambition partagée

De quoi parle t'on ?



La pertinence des soins consiste à délivrer le bon soin (acte, séjour, prise en charge ...) au bon moment, au bon endroit, pour la bonne personne...

Améliorer la pertinence des soins a donc pour objet d'accroître la qualité et la sécurité des soins au meilleur coût

C'est aussi un moyen vertueux d'économiser des dépenses inutiles, voire dangereuses pour la santé

Comment on fait ?



- Les analyses menées sur certains segments d'activité montrent des **variations** très fortes des taux de recours aux soins hospitaliers entre les régions et entre les territoires de santé, que les indicateurs démographiques ou sanitaires (notamment épidémiologiques) ne suffisent pas à expliquer. Ce constat a induit une réflexion sur l'existence éventuelle de **soins non pertinents** et sur les **disparités d'accès aux soins**.

- En pratique on repère les mésusages, les abus, les inadéquations à partir des **atypies** relevées à l'aune des taux de recours relevés nationalement, comparés aux taux régionaux et territoriaux

- Ensuite les pratiques sont étudiées à l'appui des référentiels **scientifiquement validés** via la Haute Autorité de Santé. Les programmes visent ainsi à aligner les décisions et les comportements des acteurs sur les **bonnes pratiques** tout en dégagant suite les pratiques sont étudiées à l'appui des économies atteignables à court ou moyen terme.

Etat des lieux en PACA : ex : 1 fois ½ de plus de recours pour les deux premiers gestes en PACA

Thèmes prioritaires données SNATIH	2009		2013			2013
Les 15 gestes pour lesquels un sur recours est constaté en PACA, la moyenne nationale (indice) étant = 1	Taux National	Taux Régional	Taux National	Taux Régional	Priorité régionale	Indices nation- aux
Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire	0,57	0,85	0,54	0,86	1	1,59
Affection de la bouche et des dents avec certaines extractions (dents de sagesse)	4,25	6,34	4,69	7,11	1	1,51
Endoscopies digestive diagnostique	13,5	19,96	14,81	21,81	1	1,47
Angioplastie coronaire	1,95	2,73	2,13	2,87	1	1,35
Chirurgie bariatrique chez l'adulte	0,33	0,48	0,66	0,89	1	1,35
Interventions transurétrales ou par voie transcutanée	2,13	3,14	2,73	3,57	1	1,31
Arthroscopie autre (épaule)	0,11	0,16	0,22	0,28	1	1,28
Chirurgie du rachis	1,22	1,53	1,37	1,67	2	1,21
Cholécystectomie	0,59	0,68	0,62	0,66	1	1,2
Coloscopie post polypectomie	20,32	24,55	20,54	24,62	1	1,2
Thyroïdectomie	0,77	0,9	0,73	0,91	1	1,2
Ligamentoplastie du genou	0,69	0,74	0,75	0,86	1	1,14
Césarienne programmées à terme	2,45	2,55	2,36	2,68	1	1,13
Cataracte, intervention sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	9,88	10,3	11,28	11,71	2	1,04
Appendicectomie	1,43	1,39	1,22	1,25	4	1,02



Avant /plan triennal /Après



Un programme de travail est mené au niveau national depuis juin 2011 sur ce sujet afin de construire les dynamiques nationales, régionales et locales d'animation de la démarche et de doter les institutions et les professionnels de santé d'outils de diagnostic et d'amélioration des pratiques professionnelles. Ce programme de travail a débouché sur la mise en place, en 2013, d'un programme de GDR spécifique.

En région PACA, la démarche pertinence des soins a été initiée en 2012, avec une concertation à deux niveaux :

Au niveau de l'instance régionale de dialogue qui réunit l'ARS avec les Fédérations représentatives des établissements de santé, l'assurance maladie, les URPS, les représentants de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie et des représentants de CME. Des travaux thématiques ont été entrepris sous l'égide de cette instance.

Au niveau de la CRSA où il était prévu de présenter et discuter les sujets de régulation de l'activité et de pertinence de l'organisation du système de soins, permettant ainsi à l'ensemble des acteurs de la santé de la région d'être associés.

l'instance régionale de dialogue a retenu de travailler sur l'analyse des pratiques des établissements et le repérage des pratiques en se limitant à quelques thèmes et en se fondant sur les recommandations médicales émises par la HAS.

Plusieurs axes de travail avaient été identifiés .

ONDAM 2015 : 182,3 Md€

**Avec un taux de progression de +
2,1 % par rapport à 2014**

**Il s'agit de contenir la progression
de la dépense**

**tout en améliorant la qualité et
l'accès aux soins**



Quatre blocs impliquent conjointement l'ARS et l'AM



Blocs

Objectifs du bloc

1 VIRAGE AMBULATOIRE
ET
IMPACT CAPACITAIRE

- Promouvoir un développement ambitieux des prises en charge ambulatoires en substitution de l'hospitalisation complète.
- Accompagner les établissements de santé dans l'adaptation de leurs organisations et l'optimisation de leurs capacités.

2 PERTINENCE

Réduire les soins redondants ou inadéquats en ville et à l'hôpital, notamment par des mécanismes de contractualisation entre ARS, AM et établissements de santé.

3 TRANSPORTS

Renforcer la pertinence des prescriptions médicales de transport par les établissements, par des actions d'incitation, de contrôle et de communication

4 MÉDICAMENTS

Améliorer la pertinence de la prescription et l'optimisation du rapport efficacité-prix, en incitant les établissements à maîtriser le recours à certains médicaments de spécialité, prescrire dans le répertoire des génériques, utiliser la liste en sus de façon opportune et assurer un meilleur suivi grâce au numéro RPPS.

PERTINENCE DES SOINS (gestes ciblés)

Objectifs



Les variations de pratiques médicales importantes interrogent sur la qualité et l'égalité des soins : une partie s'explique par la réalisation d'actes dits « non pertinents » : l'objectif est l'amélioration de la pertinence de ces actes sur le fondement des bonnes pratiques (références validées)

Cible nationale



L'économie totale attendue à l'horizon 2017 pour la pertinence des soins est de 140 M€ (dont 50M€ sur les actes hospitaliers)

Indicateurs régionaux



CPOM et plan triennal/ONDAM : obligation de moyens via un taux de contractualisation.
A terme le suivi s'orientera vers un indicateur de résultat : la réduction de la variabilité du taux de recours dans la région sur les thématiques ciblées

Éléments de contexte



- des actions sont engagées sur l'offre de ville par l'assurance maladie
- un plan d'actions régional concerté ARS AM formalisera les domaines et les critères qui permettront de cibler les ES qui feront l'objet d'un contrat tripartite (PLFSS 2015) ; dans l'attente, 7 gestes ciblés + 5 en accompagnement CNAMTS
- sur 33 gestes, PACA est en sur recours sur 15 d'entre eux

Les taux de recours standardisés par territoire sur les **gestes ciblés** régionalement : Etat des lieux en PACA

Thèmes prioritaires données SNATIH	Disciplines	2009		2013		2013	2013					
		Taux National	Taux Régional	Taux National	Taux Régional	Indices nationaux	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse
Césariennes	GYNECO-OBST	2,45	2,55	2,36	2,68	1,13	1,4	1	1,06	1,2	1,02	1,19
Angioplastie coronaire	CARDIO	1,95	2,73	2,13	2,87	1,35	1,1	0,81	1,14	1,52	1,36	1,4
Pontage coronaire	CARDIO	0,3	0,16	0,3	0,17							
Endoscopies digestive diagnostique	GASTRO	13,5	20	14,81	21,81	1,47	0,96	1,1	1,73	1,53	1,37	1,18
Coloscopie post polypectomie	GASTRO	20,32	24,6	20,54	24,62	1,2	0,91	1,19	1,37	1,19	1,19	0,98
Chirurgie bariatrique chez l'adulte	CHIR	0,33	0,48	0,66	0,89	1,35	1,04	0,62	1,01	1,44	1,84	1,15
Cholécystectomie	DIGESTIF	0,59	0,68	0,62	0,66	1,2	1,27	0,88	1,06	1,24	1,21	1,42
Thyroïdectomie	CHIR	0,77	0,9	0,73	0,91	1,2	1,17	1,13	0,92	1,46	1,1	1,04
Appendicectomie	DIGESTIF PEDIATRIE	1,43	1,39	1,22	1,25	1,02	1,07	0,84	1,02	0,94	1,13	1,18
Libération du canal carpien et autres nerfs superficiels	ORTHO	2,3	1,97	2,23	1,94	0,87						

Si l'indice par territoire est supérieur à 1, le taux d'hospitalisation standardisé (tenant compte de l'âge et du sexe) de la région ou du territoire de santé considéré est plus important que le taux national

Par exemple en PACA on pratique 1,47 fois plus de coloscopies que dans le reste de la France

Une feuille de route pour 3 ans

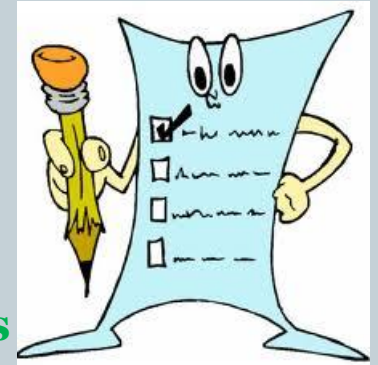


- **Les pilotes :**

- ARS : Dr Henri CLAVAUD et Emmanuel DE BERNIERES
- AM : Dr Jacques ALBIZATTI

- **La feuille de route régionale:**

- **Poursuivre les actions en cours en utilisant les nouveaux outils**
- **Elaborer le PAPRAPS**
- **Mettre en œuvre le programme régional**
- **Accompagner la mise en œuvre des actions**



- **La cible :** l'objectif est de diminuer les extrêmes hauts et bas avec une économie globale nationale de 50 M€ pour les ES ; en région : se rapprocher du taux moyen national pour les gestes ciblés
 - Diminuer le sur recours sur les gestes suivants :
 - ✦ Césarienne, angioplasties coronaire liés au sous recours pontage coronaire, thyroïdectomie, chirurgie bariatrique, endoscopie digestive diagnostique et coloscopie pos polypectomie
 - Mettre en œuvre le programme CNAMTS (accompagnement, MSO ou MSAP) sur 5 gestes ciblés
 - ✦ Canal carpien, appendicectomies, cholecystectomie, thyroïdectomie, chirurgie bariatrique

Des engagements partagés



1- => Avec les professionnels de santé

- * Diagnostic et analyse des risques et des causes
- * Recherche de solutions : ex. cardiologie interventionnelle, césarienne

2- => Avec les établissements de santé

- * Dialogue « plan triennal » ARS-AM-ES
- * Déclinaison des objectifs et actions dans chaque feuille de route ES



3- => Avec les représentants régionaux concernés

- * Mise en place d'une « IRPOPS »
- * Elaboration d'un programme d'action pluriannuel d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) précisant les domaines et les critères de sélection des ES pour la mise en œuvre des MSAP et des contrats

Une mise en œuvre graduée...



1- => L'accompagnement des professionnels et des usagers

- * Benchmark, profils de consommation, diagnostic partagé sur les causes et solutions
- * Rappel ou/et diffusion des bonnes pratiques, communications

2- => La contractualisation tripartite pour atteindre les objectifs

- * Vers un seul contrat ARS/AM/ES (CBU, CAQOS, pertinence, sécurité...) , annexe du CPOM ARS/ES, sur la base des critères retenus dans le PAPRAPS,
- * Des sanctions éventuelles en cas de refus, voire de non atteinte des objectifs

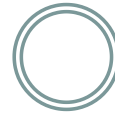
3- => La MSO et la MSAP

- * Sur la base des critères définis dans le PAPRAPS, concernant tout les domaines (actes, soins, prise en charge ...)
- * Et sur commande des programmes nationaux CNAMTS

... En attente de textes d'application



Coordination Gestion du risque
Provence Alpes Côte d'Azur



Programme « pertinence des soins »

Merci pour votre attention