

Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins

Auvergne-Rhône-Alpes

PAPRAPS | 2025-2029



IRAPS

Instance Régionale d'Amélioration
de la Pertinence des Soins

TABLE DES MATIÈRES

PREAMBULE - CONTEXTE

LES ENJEUX 2025-2029.....	6
LE CADRE NATIONAL	6
LE PILOTAGE REGIONAL.....	7

SYNTHESE DU DOCUMENT

8

CHAPITRE 1 LE DIAGNOSTIC REGIONAL DE LA PERTINENCE DES SOINS

12

1.1 LA PERTINENCE DES ACTES DE CHIRURGIE	13
1.1.1 Les 35 actes chirurgicaux (issus du programme national de la pertinence).....	13
1.1.2 Les sept actes chirurgicaux (selon le socle commun des référentiels HAS).....	14
1.2 LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS HOSPITALIERES EXECUTEES EN VILLE	15
1.2.1 Les produits de santé : les médicaments	15
1.2.2 Les dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations remboursables (LPP).....	23
1.2.3 Les transports	25
1.3 LA PERTINENCE DES PRESTATIONS	27
1.3.1 La chirurgie ambulatoire	27
1.3.2 Les soins médicaux et de réadaptation (SMR).....	30
1.3.3 Les hospitalisations potentiellement évitables associés aux parcours de soins	31

CHAPITRE 2 LES DOMAINES D'ACTIONS PRIORITAIRES DE LA PERTINENCE DES SOINS POUR LA REGION

33

2.1 RENFORCER LE DEVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE	34
2.2 AMELIORER LA PERTINENCE DE LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CARDIAQUES	36
AMELIORER LA PERTINENCE DU RECOURS POUR L'ANGIOPLASTIE CORONAIREE	36
FACILITER LE PARCOURS DU PATIENT ATTEINT D'INSUFFISANCE CARDIAQUE	39
2.3 ACCOMPAGNER LE PARCOURS DES PERSONNES AGEES	43
SOUTENIR LE PARCOURS DES PERSONNES AGEES ATTEINTES D'OSTEOPOROSE FRACTURAIRE	43
RENFORCER LES BONNES PRATIQUES DE PRISE EN CHARGE POUR PREVENIR LES CHUTES	46
2.4 PROMOUVOIR LA PERTINENCE DE LA JUSTE PRESCRIPTION ET LUTTER CONTRE LA IATROGENIE MEDICAMENTEUSE	49
LA JUSTE PRESCRIPTION EN ETABLISSEMENTS DE SANTE ET MEDICO-SOCIAUX POUR LA GERIATRIE	49
LA JUSTE PRESCRIPTION EN STRUCTURES D'EXERCICES COORDONNES POUR LES SOINS PRIMAIRES	52
LE BON USAGE DES PRESCRIPTIONS HOSPITALIERES EXECUTEES EN VILLE	54

CHAPITRE 3 PERSPECTIVES EN MATIERE DE PERTINENCE DES SOINS

59

3.1 LE CONTRAT D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE L'EFFICIENCE DES SOINS (CAQES)	60
3.2 ECO-RESPONSABILITE ET RESPONSABILITE SOCIALE	60

CHAPITRE 4 ANNEXES**64**

ANNEXE 1 : ANALYSE DEPARTEMENTALE DES ACTES DE CHIRURGIE	65
ANNEXE 2 : ANALYSE DES ACTES DE CHIRURGIE DU SOCLE COMMUN NATIONAL ET DES REFERENTIELS HAS	77
ANNEXE 3 : RESSOURCES DOCUMENTAIRES LIEES A L'ANALYSE DES BESOINS DES PATIENTS EN MATIERE DE REVASCULARISATION DES CORONAIRES.....	80
ANNEXE 4 : DESCRIPTION DES INDICATEURS DE SUIVI DU PARCOURS INSUFFISANCE CARDIAQUE DANS LA REGION	85

PREAMBULE

L'ARS et l'Assurance Maladie s'engagent ensemble dans les actions d'amélioration de la pertinence des soins en Auvergne-Rhône-Alpes

L'amélioration de la pertinence des soins en France en 2025 constitue un enjeu central pour garantir un système de santé à la fois efficace, équitable et durable. La pertinence des soins se définit par l'adéquation entre les besoins réels des patients et les interventions médicales proposées, en évitant les actes inutiles ou inappropriés.

Dans un contexte de contraintes économiques et de défis démographiques, cette démarche vise à optimiser les ressources tout en assurant une prise en charge de qualité. En 2025, et dans les années à venir, notre système de santé français est confronté à trois grands défis majeurs :

- **Le vieillissement de la population** s'accentue avec l'augmentation de l'espérance de vie, entraînant inévitablement une prévalence accrue des maladies chroniques et une nécessaire adaptation des parcours de soins.
- **Les inégalités territoriales** coexistent dans la région imposant des priorités d'intervention pour les territoires souffrant d'une offre de soins insuffisante, en veillant à un accès équitable aux services de santé.
- **Les contraintes socio-économiques et budgétaires** des pouvoirs publics sont une réalité nécessitant la mise en place de mesures attentives dans la maîtrise des dépenses de santé.

L'amélioration de la pertinence des soins nécessite une approche globale et concertée impliquant

- **les professionnels de santé** grâce à l'adoption des meilleures pratiques cliniques et la participation active aux programmes de pertinence des soins,
- **les patients** en tenant compte de leur sensibilisation à la pertinence des soins dans leur propre parcours de santé,
- **les structures de santé**, par la mise en place de politiques publiques favorisant la qualité et l'efficience des soins tout en assurant une allocation optimale des ressources.

Pour répondre à ces défis, et en lien avec le [Projet Régional de Santé \(PRS\)](#), élaboré pour la période 2018-2028 ; plusieurs axes d'amélioration sont identifiés dans notre région :

- **Le suivi attentif des parcours de soins pour les pathologies chroniques**, sachant qu'un tiers des usagers est touché par une maladie chronique. Leur prise en charge représente près de la moitié des dépenses de santé.
- **La réduction des actes médicaux non pertinents**, afin d'éviter les actes redondants ou non justifiées et générer ainsi des économies significatives
- **La promotion des bonnes pratiques cliniques**, issues d'initiatives interprofessionnelles ou s'appuyant sur des recommandations institutionnelles, démontrent, toutes deux par des preuves concrètes, la prise en charge optimale des patients avec un bénéfice réel pour eux et leurs aidants.

Cette amélioration de la coordination des soins entre les soins en établissements et ceux pratiqués par la médecine de ville, ainsi que la promotion renforcée de la prévention sont des composantes essentielles pour optimiser les parcours des personnes fragilisées dans leur parcours de santé.

Ce document illustre à date un état des lieux régional des pratiques observées ainsi que des recommandations d'actions sur des thématiques prioritaires pour notre région.

L'ARS et l'Assurance Maladie tiennent à remercier toutes les équipes associées à ces travaux de pertinence des soins tant dans les initiatives locales en établissement ou qu'en exercice coordonné ou libéral. **Le diagnostic régional de la pertinence des soins** dressé à ce jour donne une visibilité sur les pratiques actuelles et doit encourager les professionnels, patients et institutions vers une volonté collective d'optimiser la qualité des soins tout en maîtrisant les dépenses. La réussite de ces efforts repose sur l'engagement conjoint de tous.

Les membres de l'IRAPS témoignent

Le mot du président, Pr MICHEL, chef de service Prévention, Promotion, Santé populationnelle (HCL)

Depuis ses origines, l'exercice médical repose sur le principe fondateur primum non nocere. Au cours du XXe siècle, ce principe s'est traduit par des démarches structurées – médecine fondée sur les preuves, gestion des risques associés aux soins, amélioration de la qualité – nécessitant l'appui de politiques nationales, le développement des compétences professionnelles et la mise à disposition de ressources méthodologiques. En France, la Haute Autorité de Santé et les sociétés savantes jouent un rôle déterminant dans ce dispositif¹.

La réflexion sur la pertinence des soins s'inscrit dans un contexte marqué par la sur-prescription et la médicalisation croissante de la vie courante, mais également par une sous-prescription préoccupante. Ainsi, entre 20 et 30% des actes réalisés dans les pays occidentaux seraient non pertinents², tandis que 30 à 50% des patients atteints de pathologies chroniques ne recevraient pas les soins conformes aux recommandations, notamment en prévention cardiovasculaire³.

La pertinence se définit comme la délivrance de soins nécessaires et adaptés, au bon patient, au bon moment et dans les bonnes conditions⁴. Elle implique la coordination renforcée des acteurs sanitaires et sociaux et l'association du patient et de son entourage. Elle recouvre des enjeux de qualité, de sécurité et d'efficience, fondés sur une évaluation partagée de la balance bénéfices-risques et de l'impact économique des soins.

Depuis 2015, la politique nationale de promotion de la pertinence des soins s'est structurée autour de la création des Instances Régionales d'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS), instituées par le décret du 19 novembre 2015. Ces instances ont pour missions principales d'améliorer la pertinence des actes, prescriptions et prestations, de diffuser cette culture auprès des professionnels et usagers, et de participer à l'élaboration, la révision et l'évaluation des Plans d'Actions Pluriannuels Régionaux (PAPRAPS).

En Auvergne-Rhône-Alpes, l'IRAPS a contribué activement aux PAPRAPS 2016-2020 puis 2020-2023, en appui du pilotage assuré par l'ARS et l'Assurance Maladie. Son action s'est traduite par la mobilisation des professionnels de santé et la diffusion d'une culture commune à travers l'organisation de journées régionales d'information (2019 et 2022) et plusieurs webinaires thématiques. Durant le mandat 2020-2023, elle a accompagné et suivi la mise en œuvre de cinq chantiers prioritaires, dont les résultats sont présentés dans le bilan associé.

L'IRAPS tient à saluer le soutien constant de l'ARS et de l'Assurance Maladie dans ses travaux. À l'issue de deux mandats, ses membres réaffirment leur volonté d'inscrire cette dynamique interprofessionnelle et intersectorielle dans la durée, au service de l'amélioration continue de la pertinence, de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que de l'expérience des usagers.

Des membres impliqués dans les travaux témoignent.

« L'engagement des membres de l'IRAPS au sein des travaux menés autour de la pertinence des soins s'inscrit dans une volonté d'amélioration continue de la qualité et de l'efficience des prises en charges médicales et chirurgicales. Ma participation à la thématique 'chirurgie ambulatoire' m'a permis de contribuer à la réflexion sur les bonnes pratiques organisationnelles et sur les nouveaux dispositifs tels que les hôtels hospitaliers. Ces travaux s'inscrivent dans une coordination étroite et une démarche constructive entre les acteurs terrain, la DCGDR, les CPAM et l'ARS. »

Le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins a été très heureux et très intéressé par les réunions des différentes commissions de l'IRAPS. Il souligne et se félicite de la richesse et de la qualité des échanges. En particulier les groupes **insuffisance cardiaque** qui ont élaboré un dossier pédagogique pertinent qui sera certainement très apprécié lors de sa diffusion ; ainsi que le groupe **chirurgie ambulatoire**, qui a également participé à l'élaboration d'outils qui permettront la diffusion et la généralisation des pratiques. Le groupe sur le **sur et sous recours** permet une analyse fine et comparative de l'activité, suggérant des pistes d'amélioration.

L'ensemble des acteurs ayant participé souligne la bonne collaboration entre les différents intervenants (Assurance Maladie, MSA, ARS, URPS) et la richesse des échanges, favorisée par la diversité des parcours et des formations.

(1) Michel P. La prévention quaternaire pose le cadre de la pertinence des soins (éditorial). Actualités et Dossiers en Santé Publique 2015 ; 92 :2

(2) Berwick DM, Hackbart AD. Eliminating waste in US health care. JAMA 2012;307:1513-16

(3) Kotseva et al. Primary prevention efforts are poorly developed in people at high cardiovascular risk: A report from the European Society of Cardiology EURObservational Research Programme EUROASPIRE V survey in 16 European countries.. European journal of preventive cardiology 2020

(4) HAS, 2017

LES ENJEUX 2025-2029

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit la pertinence des soins comme le fait de "**fournir à chaque patient les soins appropriés à son état, au bon moment, dans les bonnes conditions, et en utilisant les ressources de manière optimale**".

Cette définition met l'accent sur plusieurs dimensions essentielles :

- **L'adéquation des soins aux besoins du patient** : chaque acte ou intervention doit être médicalement justifié et répondre aux spécificités de l'état de santé du patient.
- **L'optimisation des ressources** : les soins doivent être dispensés sans excès ni insuffisance, évitant les interventions inutiles ou à faible valeur ajoutée.
- **La qualité et la sécurité des soins** : les pratiques doivent être conformes aux données probantes les plus récentes et aux recommandations cliniques, tout en garantissant un environnement sécurisé pour le patient.

Cette vision globale vise à améliorer les résultats de santé tout en maîtrisant les coûts et en réduisant les disparités dans l'accès aux soins. La pertinence des soins est une notion évolutive du fait de l'évolution des connaissances, des techniques et de l'organisation des soins. Dans un système de santé aux ressources contraintes, la pertinence des soins est un élément important contribuant à la soutenabilité du système de santé face aux contraintes financières, démographiques, épidémiologiques, environnementales et technologiques.



Qualité
Sécurité
Pertinence
des soins

LE CADRE NATIONAL

Selon l'Organisation pour la coopération et le développement économique (OCDE), 20% des actes médicaux réalisés ne sont pas pertinents, et près d'un cinquième des dépenses de santé apportent ainsi une contribution « nulle, ou très limitée » à l'amélioration de l'état de santé de la population. Dans notre système de santé, les effets cumulés de soins ou de traitement dont la pertinence n'est pas toujours avérée sont loin d'être neutres. La revue de dépenses relative aux affections de longue durée (ALD) publiée en septembre 2024 relève par exemple que les patients en affection de longue durée, plus souvent polymédiqués, sont plus exposés au risque d'iatrogénie médicamenteuse. Une personne sur deux âgées de plus de 65 ans serait concernée, et le risque augmenterait pour les patients en ALD. Or, l'iatrogénie médicamenteuse est responsable de 20 % des hospitalisations des patients de plus de 80 ans – des hospitalisations pourtant évitables, et représentent jusqu'à 500 millions d'euros de dépenses annuelles.

Dans un contexte de forte dynamique des dépenses de santé, les acteurs de santé sont invités à apporter leur concours à la **juste allocation des ressources et au bon usage du système de santé**.

Signée le 4 juin 2024, la nouvelle convention médicale 2024-2029 témoigne de cette volonté commune d'améliorer le système de santé au bénéfice de tous. En effet, les représentants des médecins libéraux et l'Assurance Maladie se sont accordés sur un engagement collectif et partagé autour de **15 programmes d'actions assortis d'indicateurs chiffrés concernant la pertinence et la qualité des soins**, s'appuyant sur des recommandations scientifiques reconnues. Les thèmes prioritaires qui ont été identifiés pour fixer ces programmes sont :

- L'amélioration des parcours pour les patients atteints de pathologies chroniques ;
- Le juste recours aux arrêts de travail ;
- Le bon usage des produits de santé ;
- La sobriété des pratiques, avec notamment la réduction des actes d'imagerie ou de biologie inutiles.

S'ils engagent les médecins libéraux, ces indicateurs traduisent des priorités qui concernent également les prescripteurs hospitaliers, dont les pratiques ont un impact important (voire prépondérant sur certains postes) sur les soins remboursés en ville.

Le projet de la nouvelle stratégie nationale de santé, pour 2023-2033, tient compte des enseignements tirés de la crise sanitaire et de l'impact qu'elle a eu sur l'état de santé de la population. Une consultation publique a été ouverte. « *Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge au bénéfice de la population* ».

Cet axe rappelle la nécessité de mettre en place une organisation des soins fondée sur la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape des parcours de santé, en mettant au premier plan l'intérêt du patient et en contribuant à renforcer l'efficience du système de santé. Il s'agit d'encourager la réalisation des actes et la mise en œuvre des parcours de soins qui apportent une réelle valeur ajoutée à la santé des patients ainsi que réduire les actes médicaux inutiles ou redondants grâce à des référentiels et des pratiques fondées sur des données probantes.

Cette stratégie insiste notamment sur l'amélioration des parcours de soins pour les personnes atteintes de pathologies chroniques, notamment insuffisance cardiaque, par le renforcement de la pertinence des soins, actes et examens.

- Le "Ségur de la santé" a également posé en 2022 un objectif de renforcement de la qualité et de la pertinence des soins.
- La pertinence des soins fait également partie des leviers mobilisés annuellement par les pouvoirs publics dans le cadre de la Loi d'Approbation des Comptes de la Sécurité Sociale (LACSS).
- Le rapport d'évaluation des politiques de Sécurité Sociale, annexé aux projets de loi, reprend ainsi les principaux objectifs suivis en termes de qualité des soins et d'efficience, dont celui de garantir la pertinence des soins hospitaliers.

LE PILOTAGE REGIONAL

La politique d'amélioration de la pertinence des soins associe tous les acteurs de la santé. C'est dans ce sens qu'a été créée l'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS).

Auprès de l'Assurance Maladie et de l'ARS, cette instance associe étroitement les professionnels de santé, les représentants des usagers et les fédérations hospitalières à la démarche d'amélioration de la pertinence des soins. L'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 est consultée sur le projet du **plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins** (PAPRAPS), lors de sa préparation, de sa révision et de son évaluation.

Le PAPRAPS est l'outil qui dresse des enjeux prioritaires pour la région et permet de décliner la politique globale d'amélioration de la pertinence des soins.

En Auvergne-Rhône-Alpes, le premier PAPRAPS (2016-2019), a fait l'objet d'un intérêt prioritaire sur les actions de parcours de soins « insuffisance cardiaque » et « ostéoporose fracturaire ». Le PAPRAPS suivant (2020-2023) s'est inscrit dans la continuité s'agissant des champs déjà investis de la pertinence des actes, des prestations tout en élargissant son périmètre à la pertinence de la prescription selon les orientations actées dans le PRS 2018-2028. Une révision du PAPRAPS a eu lieu en 2021, à la demande de l'IRAPS pour en modifier son orientation. Il s'agissait principalement de rendre le plan plus opérationnel. Au regard du contexte du système de santé impacté par la crise COVID, il a été décidé de proroger ce second PAPRAPS jusqu'au 31 décembre 2024, pour repositionner les actions dans un contexte nouveau.

Le PAPRAPS 2025-2029 dresse un état des pratiques en Auvergne Rhône-Alpes, et présente les priorités d'actions retenues par l'ARS et l'Assurance Maladie en matière de pertinence des soins. Ce plan d'actions est resserré autour de huit domaines portant sur l'amélioration du parcours patient et la juste prescription en établissements pour répondre au mieux aux besoins du territoire et des populations.

SYNTHESE DU DOCUMENT

Garantir des soins justes, sûrs et adaptés.

Telle est l'ambition que porte l'Agence Régionale de Santé (ARS) et l'Assurance Maladie à travers le PAPRAPS 2025-2029. Dans le contexte marqué par le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, les inégalités territoriales et des ressources contraintes, la pertinence des soins constitue un enjeu important pour **assurer à la fois qualité, équité et soutenabilité** de notre système de santé. Ce plan ouvre aussi des perspectives vers l'éco-responsabilité au bénéfice du bien-être des patients et d'un usage optimal des produits de santé. C'est le reflet d'un engagement collectif et concret vers des actions pour les professionnels de santé et les établissements en Auvergne-Rhône-Alpes.

PARTIE I – LE DIAGNOSTIC REGIONAL

⊕ **Concernant la pertinence des actes chirurgicaux**, le diagnostic présente une étude de 35 interventions identifiées à niveau national par la HAS et l'ATIH. Celle-ci met en lumière des variations entre territoires et établissements de la région. Certains actes en **sur-recours** (ex. : prothèse du genou, ligamentoplastie) se justifient dans des zones montagneuses exposées à forts risques (randonnées, sports). D'autres en **sous-recours** (ex. : angioplastie coronaire) sont étudiés plus précisément sur les déterminants de santé et sur les profils des patients. Ces écarts ne s'expliquent pas uniquement par les caractéristiques démographiques ou épidémiologiques mais également par une hétérogénéité des pratiques. Certaines zones (notamment les zones rurales, montagneuses, ou sous-dotées en spécialistes) présentent un **accès inégal et restreint à certaines prises en charge**, notamment en cardiologie interventionnelle ou en chirurgie ambulatoire. L'ARS et l'Assurance Maladie agissent sur l'offre de santé dans un rôle de régulateur.

⊕ **En matière de pertinence des prescriptions hospitalières**, plusieurs constats sont relevés : une tendance à la sur-prescription de certains produits et une sous-prescription persistante dans certaines pathologies chroniques. Ces dépenses des prescriptions hospitalières exécutées en ville atteignent déjà 1,86 milliard d'euros en 2023 (soit 45% des dépenses de santé), en lien étroit avec des médicaments onéreux liés aux traitements du cancer et aux antirhumatismaux.

- L'ARS et l'Assurance Maladie réalisent un suivi attentif de la polymédication (définie par plus de 5 médicaments par patient), en particulier auprès des populations les plus exposées. Il est relevé des risques accrus **d'iatrogénie médicamenteuse** chez les personnes âgées, ce qui rappelle l'importance du suivi régulier des prescriptions, tant à domicile qu'en EHPAD. Cette polymédication reste préoccupante lors d'une prise en charge en établissement. En 2023, cela concerne 70% des patients âgés de 75 ans et plus, dont certains s'exposent également à des médicaments potentiellement inappropriés.
- Les dépenses de prescriptions hospitalières augmentent depuis 2022 tant dans les établissements publics que privés. Elles impactent fortement les **dispositifs médicaux** (perfusions à domicile, orthèses, pansements), et **certaines pathologies** (diabète, maladies cardio-neurovasculaires). L'offre des prestations de transports différenciés (ambulance, transport assis, taxis) évolue dans ses modes d'utilisation. Cela nécessite un contrôle attentif pour maintenir la qualité adaptée de la prise en charge dès l'arrivée du patient en établissement. Un encouragement aux transports partagés est proposé par l'Assurance Maladie lorsque cela s'avère possible dans le respect rigoureux des règles d'hygiène et du bien-être du patient.

⊕ Pour la pertinence des prestations, le diagnostic régional confirme la nécessité de poursuivre la promotion d'une chirurgie ambulatoire pertinente, ainsi que le suivi attentif dans les parcours des soins médicaux et de réadaptation (SMR), et d'hospitalisations potentiellement évitables (HPE).

- Les prises en charge ambulatoires, lorsqu'elles assurent une qualité et une sécurité équivalentes, constituent un levier pour améliorer l'**expérience patient** (réduction de l'exposition aux infections nosocomiales, retour rapide au domicile, satisfaction accrue) et optimiser les ressources hospitalières. La prise en charge ambulatoire augmente lentement (63,45% en 2023), au regard d'un recours à la chirurgie conventionnelle qui augmente lui aussi. Cependant les durées d'hospitalisations constatées deviennent moins longues et les réhospitalisations liées à une intervention ambulatoire sont plus faibles qu'en hospitalisation complète (4,95% après 30 jours).
- Concernant les soins médicaux et de réadaptation (SMR), le recours à ce type de prestation apparaît satisfaisant répondant ainsi aux besoins des territoires et des populations (taux régional de 406/1000 inférieur à la moyenne nationale évaluée à 438/1 000).
- Pour les hospitalisations potentiellement évitables (HPE), le taux régional (7,96% habitants) est également inférieur à la moyenne nationale (8,20%). Ces hospitalisations concernent majoritairement l'insuffisance cardiaque (55 % des cas), suivie de la BPCO (20 %) et de la déshydratation (22 %), et témoignent des marges de progrès dans l'organisation des parcours de soins pour pouvoir les rendre évitables. A ce titre, de nombreuses actions portant sur le parcours des patients atteints d'insuffisance cardiaque sont conduites et se poursuivent d'ici à 2029.

PARTIE II - LE PROGRAMME DES ACTIONS PRIORITAIRES REGIONALES

Ce programme d'actions prioritaires est conduit autour de domaines à fort impact médico-économique et sociétal. Le diagnostic régional et les travaux conduits avec les professionnels de santé dans le cadre de l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS) confirment l'intérêt autour de **8 actions prioritaires**. Regroupées par thème, ces priorités régionales portent sur le **renforcement de la chirurgie ambulatoire**, l'amélioration du **parcours de soins pour les maladies cardiaques** et l'accompagnement des **personnes âgées fragilisées par les chutes ou l'ostéoporose fracturaire** et le **bon usage des prescriptions** quel que soit le lieu d'exercice (établissement de soins, EHPAD, exercice coordonné).

La pertinence des actes de chirurgie

① Renforcement de la chirurgie ambulatoire (CA)

Constats : le taux régional d'ambulatoire, évalué à **63,45 %**, est en deçà du potentiel estimé à **83 %**, représentant environ **161 000 séjours transférables**. Des effets positifs multiples sont observés : réduction des infections nosocomiales (4 fois moins fréquentes en chirurgie ambulatoire qu'en hospitalisation complète), taux de réhospitalisation à 30 jours **2,8 fois inférieur**, satisfaction élevée des patients.

Notre objectif commun : améliorer le taux régional de chirurgie ambulatoire en s'appuyant notamment sur la promotion du livret des bonnes pratiques, sur l'usage de l'outil VISUCHIR. Des établissements à fort potentiel seront accompagnés dans le cadre de la contractualisation.

La prise en charge des maladies cardiaques

② Pertinence du recours à l'angioplastie coronaire

Constats : un sous-recours de 10 % comparé à la moyenne nationale est constaté notamment dans les zones défavorisées (Drôme-Ardèche, Savoie, nord Loire). L'analyse multicritères a révélé des facteurs prépondérants tels que des déterminants (âge, précarité, densité médicale), la mise en place de filières territoriales (CH), et le renforcement des équipements dans les zones déficitaires. L'absence de suivi des prédispositions du patient par un médecin traitant réduit de 24 % la probabilité de pouvoir recourir à une angioplastie. La distance vers un centre interventionnel est un facteur pénalisant au-delà de 45 minutes du domicile du patient. Une liste d'enseignements est présentée en détail.

Notre objectif commun : corriger les inégalités de recours à l'angioplastie, notamment dans les zones sous-dotées en centres de cardiologie et affiner l'analyse présentée dans la fiche action qui dégage déjà sept enseignements clés.

③ Parcours du patient atteint d'insuffisance cardiaque

Constats : L'insuffisance cardiaque, première cause d'hospitalisations évitables (HPE) dans notre région, s'illustre par un soutien attentif des structures sur ce parcours : deux tiers des CPTS ont un ACI dédié, 26 établissements l'ont inscrit dans leur contrat CAQES. En 2024, les structures témoignent d'une baisse de leur taux de réhospitalisations pour ces patients atteints.

Notre objectif commun : structurer des parcours de soins adaptés à cette pathologie chronique majeure, en s'appuyant notamment sur la contractualisation notamment à travers les indicateurs CAQES (réhospitalisation à 30 jours, complétude des lettres de liaison, et sur la mobilisation des structures de santé (GHT et CPTS) pour fluidifier les parcours.

Le parcours des personnes âgées

④ Parcours des personnes âgées atteintes d'ostéoporose fracturaire

Constats : seulement 9 % des patients ayant eu une fracture osseuse bénéficient d'un traitement ou d'une ostéodensitométrie dans les 6 mois. Le taux de réhospitalisation à 6 mois est évalué à 6% et reste à surveiller.

Notre objectif commun : repérer précocement les fractures de fragilité (notamment vertébrales), développer les traitements de fond, limiter les réhospitalisations. Une boîte à outils (produite dans le cadre du plan antichute), avec l'appui du GRIO et du Gérontopôle, facilite ce repérage par les professionnels dans les MSP. Un financement (ACI) est prévu pour inciter les équipes à structurer ce parcours (notamment les IPA).

⑤ Bonnes pratiques médicamenteuses en EHPAD – Prévention des chutes

Constats : Les médicaments FRIDs (*Fall-risk increasing drugs*) principalement du système nerveux central augmentent fortement le risque de chutes. Environ 25 % des EHPAD sont sans médecin coordonnateur, ce qui limite la capacité de prévention de ces fragilités.

Notre objectif commun : réduire les chutes médicamenteuses évitables, en formant les médecins coordonnateurs, les médecins libéraux et les pharmaciens. Les EHPAD bénéficieront d'un appui grâce à un programme de visites, des formations, et la constitution de filières gérontologiques appuyées par les établissements (CH, CHU).

La juste prescription et la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse

⑥ Prescriptions en gériatrie – Campagne « Choisir avec soin »

Constats : Les prescriptions de benzodiazépines, d'inhibiteurs de la pompe à protons et d'antipsychotiques chez les personnes âgées présentent un risque de non-pertinence élevé : 41,6 % des séjours des patients de plus de 75 ans comportent au moins une molécule inappropriée. La campagne 2025 a touché 45 établissements (dont 37 % d'EHPAD) et 109 services (USLD, MCO, SMR) ciblant 4 recommandations (bandelettes urinaires, benzodiazépine, antipsychotique, inhibiteurs de la pompe à protons).

Notre objectif commun : réduire les prescriptions non pertinentes en EHPAD et en établissements de santé. Intégrer à la campagne 2026 une 5e recommandation orientée Patient (« Dialogue sur la nature de l'accompagnement »).

⑦ Lutte contre la iatrogénie médicamenteuse en structures coordonnées

Constats : Le passage entre hôpital et ville est un moment critique. La polymédication en ville est fortement corrélée à des hospitalisations évitables. Les patients âgés polymédiqués (> 10 molécules) représentent un public à risque.

Notre objectif commun : accompagner les CPTS et MSP à structurer leurs bilans partagés de médication (BPM), la conciliation ville-hôpital, et la formation sur les prescriptions à risque. L'accompagnement proposera un kit pour faciliter l'adoption de bonnes pratiques.

⑧ Pertinence des prescriptions hospitalières exécutées en ville

Constats : Les produits de santé et les transports de patients présentent des enjeux économiques et environnementaux forts nécessitant d'accompagner les directions et services d'établissements vers une prescription pertinente et optimale. Les dépassements de seuils réglementaires impliquent l'action (suivi CAQES, visites en établissements, accompagnement OMEDIT). Chaque année, une soixantaine de structures est accompagnée. Par exemple, les thématiques portent sur l'**efficience des prescriptions** (biosimilaires, répertoire des génériques, pansements, PPC), tout en continuant à développer des **actions en faveur de la qualité** (antibiotiques, IPP et antalgiques).

Notre objectif commun : poursuivre l'accompagnement des établissements pour favoriser la pertinence des prescriptions de produits de santé et de prestations de transports en adéquation avec les besoins réels des patients et leur capacité à y répondre.

PARTIE III - PERSPECTIVES EN MATIERE DE PERTINENCE DES SOINS

Le PAPRAPS 2025-2029 incarne une volonté de s'adapter aux contraintes de fortes tensions économiques des structures avec l'évolution de la contractualisation (CAQES). Il suggère aussi par l'exemple d'initiatives locales, des pistes de transformation du système de soins basées sur l'**éco-responsabilité**. A ce titre, les projets favorisant les éco-soins peuvent entrer dans le cadre du PAPRAPS quel que soit le secteur ou l'activité de soin. Celles-ci contribuent par différents aspects à acculturer les professionnels de santé et les patients à la démarche de pertinence des soins.



CHAPITRE 1 *LE DIAGNOSTIC REGIONAL DE LA PERTINENCE DES SOINS*

1.1 -LA PERTINENCE DES ACTES DE CHIRURGIE	13
1.2 – LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS HOSPITALIERES EXECUTEES EN VILLE	15
1.3 – LA PERTINENCE DES PRESTATIONS HOSPITALIERES	27

La réglementation relative au PAPRAPS prévoit la réalisation d'un diagnostic de la situation régionale. Celui-ci est réalisé au regard des enjeux régionaux en matière de pertinence des soins. Pour ce diagnostic, trois axes d'analyses sont proposés : les **actes chirurgicaux** ; les **prescriptions hospitalières exécutées en ville** ; et les **prés-tations**. Les données de référence étudiées sont issues des bases de données de l'année 2023 principalement.

1.1 LA PERTINENCE DES ACTES DE CHIRURGIE

1.1.1 Les 35 actes chirurgicaux (issus du programme national de la pertinence)

L'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) recommande le ciblage de 35 actes et l'étude de la pertinence porte sur les variations des pratiques entre les territoires et par rapport aux recommandations de la HAS (source : <https://www.scansante.fr/applications/taux-de-recours-mco>).

Actes	Nombre de séjours en région			Taux de recours standardisé /1 000 hab.			Taux régional ARA comparé à l'indice national
	2021	2022	2023	2021	2022	2023	
Césariennes	16 547	16 363	14 893	7,27	7,18	6,51	0,91
Chirurgie du syndrome du canal carpien	17 813	18 058	20 033	2,23	2,25	2,48	1,05
Appendicectomie	9 181	9 083	8 735	1,14	1,12	1,07	1,07
Bronchiolite	6 426	6 240	4 787	0,79	0,76	0,58	0,83
BPC surinfectée	6 412	7 513	8 370	0,8	0,94	1,04	0,96
Amygdalectomie	4 989	5 691	8 292	0,61	0,7	1,01	0,96
Pose de prothèse genou	14 458	15 278	17 096	1,81	1,91	2,13	1,11
Pose de prothèse hanche hors traumatisme	14 616	14 548	15 759	1,83	1,81	1,96	1,08
Infection/inflammation respiratoires (adultes)	34 501	23 574	13 211	5,49	3,73	2,07	1,02
Pose de drains transtympaniques	1 939	2 848	3 874	1,09	1,61	2,2	1,38
Pose d'aérateur transtympanique (< 10 ans)	4 733	7 799	10 534	4,92	8,18	11,2	1,19
Angioplastie coronaire	21 001	20 845	22 240	2,62	2,59	2,76	0,94
Endoscopie digestive diagnostique	110 391	108 536	117 953	13,82	13,54	14,66	0,92
Coloscopie	173 763	173 211	185 979	21,76	21,63	23,15	1,02
Chirurgie de la cataracte	115 626	116 891	123 484	14,39	14,52	15,29	0,98
Interventions transurétrales ou transcutanées	29 768	30 673	32 126	3,71	3,81	3,98	0,99
Lithotritie extracorporelle appareil urinaire	3 731	3 657	3 921	0,47	0,45	0,49	1,65
Affection bouche/dents avec extractions	41 149	38 895	41 049	5,11	4,81	5,05	1,18
Arthroscopie autres localisations	969	861	923	0,12	0,11	0,11	1,01
Affections des voies biliaires	8 904	8 432	8 898	1,11	1,05	1,1	0,94
Infections des reins et des voies urinaires	12 167	11 865	13 353	1,51	1,47	1,65	1,01
Chirurgie des varices	5 512	5 020	5 116	0,69	0,63	0,64	1
Chirurgie de l'anévrisme de l'aorte	222	217	248	0,03	0,03	0,03	0,85
Colectomie totale	231	235	238	0,03	0,03	0,03	0,98
Chirurgie hypertrophie bénigne de la prostate	10 046	10 204	10 931	3,47	3,51	3,74	1,15
Hystérectomie	7 066	6 675	6 951	1,71	1,61	1,67	1
Ligamentoplastie du genou	6 376	10 326	10 694	0,79	1,27	1,31	1,37
Oesophagectomie	190	137	167	0,02	0,02	0,02	1,2
Pancréatectomie	692	705	673	0,09	0,09	0,08	1,16
Pontage coronaire	2 275	2 233	2 403	0,28	0,28	0,3	1,13
Thyroïdectomie	3 992	3 722	3 941	0,5	0,46	0,49	0,95
Chirurgie de la valve aortique	845	804	838	0,11	0,1	0,1	1,05
Chirurgie du rachis	11 370	11 719	12 386	1,42	1,46	1,53	0,93
Chirurgie bariatrique	5 303	4 568	4 395	0,66	0,57	0,54	1,06
Cholécystectomie (07C13)	3 682	3 427	3 310	0,46	0,43	0,41	1,04
Cholécystectomie (07C14)	10 729	10 325	10 890	1,34	1,29	1,35	1,07
Cholécystectomie (07C13 + 07C14)	14 411	13 752	14 200	1,8	1,71	1,76	1,06

Taux de recours > 3^{ème} quartile des données nationales

Indice de recours > 1,1.

Taux de recours standardisé : il s'agit de la consommation de soins sur un territoire (nombre d'actes ou de prescriptions). Il permet de s'affranchir de la structure par âge des territoires et facilite les comparaisons. Il n'y a pas de référentiel par rapport à un taux de recours recommandé. Les données présentées ci-dessous illustrent les potentielles hétérogénéités territoriales.

♦ Commentaires

Les actes présentant un indice régional supérieur à l'indice national (en orange). En Auvergne-Rhône-Alpes, **cinq actes sont atypiques** au regard de ces deux indicateurs régionaux :

- La pose de prothèse genou
- La ligamentoplastie du genou
- L'affection bouche/dents avec extractions
- La chirurgie hypertrophie bénigne de la prostate
- Le pontage coronaire

1.1.2 Les sept actes chirurgicaux (selon le socle commun des référentiels HAS)

Les sociétés savantes, la CNAM et le ministère de la Santé et de l'accès aux soins ont construit un socle commun national basé sur des interventions avec référentiels HAS, permettant d'articuler des actions auprès des établissements de santé, des professionnels de santé libéraux et des patients.

Les sept thèmes concernés par ce socle commun en 2023 sont :

- L'amygdalectomie chez les patients âgés de moins de 18 ans ;
- La chirurgie du canal carpien ;
- La cholécystectomie ;
- La thyroïdectomie ;
- Les examens préanesthésiques ;
- La chirurgie bariatrique ;
- L'appendicetomie.

Tableau : Principaux résultats par acte pour l'année 2023 en ARA

Source : CNAM - DCIR 2023 DRSM AURA

	Nb total de séjours (poids ARA / National)	Nb moyen de séjours / étab	Nb étab. dont le volume est > au seuil de référence	Nb de départements ARA avec un indice de recours > 1,1	Nb d'ETS considérés comme atypiques (cf. annexe 1)
Amygdalectomie patients < 18 ans	6 605 (11,6%)	132	50	5	4
Chirurgie du canal carpien	18 562 (12,8%)	265	70	7	15
Cholécystectomie	14 841 (12,8%)	181	82	3	5
Thyroïdectomie	2 702 (11,4%)	79	34	2	5
Examens pré anesthésiques	42 445 (8,9%)	376	113	nc	28
Chirurgie bariatrique	4 313 (12,6%)	117	37	5	9
Appendicetomie	8 538 (13,6%)	155	55	7	6

Indice de recours : consommation de soins sur un territoire (nombre d'actes ou de prescriptions) par rapport au volume de consommation national. Un indice de 1,1 représente une consommation supérieure de 10 % au taux de recours moyen national.

♦ Commentaires

Les indicateurs par établissement sont issus des bases de données PMSI et SNDS, qui sont soit des indicateurs « quantitatifs » (évolution du volume d'activité, durée moyenne de séjours...) soit des indicateurs « HAS » (construits à partir des recommandations HAS ou SFAR pour les examens préanesthésiques). Pour ces indicateurs « HAS », les établissements ont été considérés atypiques lorsqu'ils figuraient dans les 25 % d'établissements les plus atypiques.

1.2 LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS HOSPITALIERES EXECUTÉES EN VILLE

La pertinence des prescriptions hospitalières exécutées en ville est une action récurrente et au long cours, la première étude datant de 2008. L'approche retenue vise autant des mesures de régulation, d'économie que d'efficience.

Dans les politiques menées par l'Assurance Maladie l'**amélioration de l'efficience et de la pertinence des soins représente près de 70 % de l'impact attendu dont 40 % portent spécifiquement sur les prescriptions de produits santé et de transports**. La poursuite des actions de pertinence initiées ces dernières années par les établissements sur les prescriptions des produits de santé et des transports exécutés en ville (PHEV) reste une priorité.

En région Auvergne-Rhône-Alpes, les dépenses de santé en 2023 sur ces postes de dépenses, représentent au total 4,57 milliards d'€ dont 45% sont issus des PHEV, soit 1,86 milliard d'€ en 2023. (source : Ameli réseau - Statistiques des dépenses par caisse/Décembre 2023)

Ces dépenses de médicaments, des produits et prestations (LPP) liées aux dispositifs médicaux présentent une progression très dynamique dans la région. Dans les établissements publics, elles ont augmenté de 12% en 2022 et 10,8% en 2023, soit des augmentations bien supérieures au seuil de référence prévu par le CAQES (2,2%).

Ainsi sont étudiés successivement : les produits de santé par classes de médicaments, les dispositifs médicaux (produits et prestations associés), et les transports.

1.2.1 Les produits de santé : les médicaments

En 2023, la dépense s'élève à 1,47 milliard d'€ pour les établissements de santé (ES) publics et privés, soit une dépense supplémentaire de 156 millions d'€ par rapport à 2022 (+12 %). La hausse relève principalement de trois surclasses de médicaments, soit quasiment la moitié des dépenses supplémentaires (49 %), à savoir :

- les traitements du cancer (+ 31,6 M d'€),
- les antirhumatismaux spécifiques (+ 20,8 M d'€)
- ainsi que les antianémiques, antihémorragiques et autres (+ 20,7 M d'€),

Sur les dépenses globales, le nombre de patients évolue de façon plus maîtrisée, ce qui laisse penser que l'augmentation des dépenses est due à une hausse du prix des traitements (effet prix).

En effet, le coût moyen d'une boîte par patient a augmenté de 28 euros dans les établissements publics et de 7 euros dans les établissements privés :

Etablis- sements	Montants remboursés médicaments (PHEV)			Volumes		Données par patient			
	Montants 2023	Montants 2022	Taux évolu- tion	Nombre de boîtes	Taux évolu- tion	Nb patients distincts	Taux évolu- tion	Coût par patient en 2023	Différentiel coût 2023/ 2022
PUBLICS	1 403 157 277 €	1 255 617 462 €	11,8%	36 648 907	4,2%	3 028 951	4,9%	463 €	+28 €
PRISES	67 984 473 €	59 562 122 €	14,1%	4 485 561	6,3%	620 418	6,7%	110 €	+7 €

Une analyse approfondie par focus distingue les surclasses de médicaments, les médicaments biologiques, et les antibiotiques. De plus, ces dépenses de médicaments sont à relier potentiellement avec des parcours de soins. Ces derniers requièrent de la polymédication et nécessitent donc une vigilance accrue sur les médicaments potentiellement évitables et les iatrogénies potentielles.

❖ Les surclasses de médicaments présentant les montants remboursés les plus importants

Lorsque l'on étudie le top 15 des surclasses de médicaments, c'est-à-dire les sous-groupes thérapeutiques ou les sous-groupes pharmacologiques de la classification Anatomical Therapeutic Chemical (classes ATC 2 ou ATC 3) qui présentent les montants remboursés les plus importants, l'effet prix doit être nuancé.

En effet, on observe que le développement des pathologies chroniques implique une hausse des soins afférents à ces pathologies. Actuellement, les médicaments qui présentent la plus forte augmentation en matière de dépense sont ceux liés aux cancers, aux maladies inflammatoires chroniques (maladie de Crohn, polyarthrite rhumatoïde, psoriasis, etc...), aux dégénérescences maculaires liées à l'âge (DMLA), aux maladies du système nerveux, à l'asthme, aux maladies cardiovasculaires (antiagrégants, antithrombotiques) et au diabète.

Aussi, bien qu'une grande partie des augmentations soient dues à la hausse du prix des traitements (effet prix), plusieurs d'entre-elles sont également en corrélation avec l'augmentation du nombre de patients, voire de la posologie (effet volume).

Evolution de la consommation des médicaments (top 15) en Auvergne-Rhône-Alpes (en montant, et volume)

Sont distingués les patients pris en charge par les établissements publics ou privés dans la dernière colonne. Les taux d'augmentation significatifs (> 3,6 %) sont rendus visibles dans les zones rouges

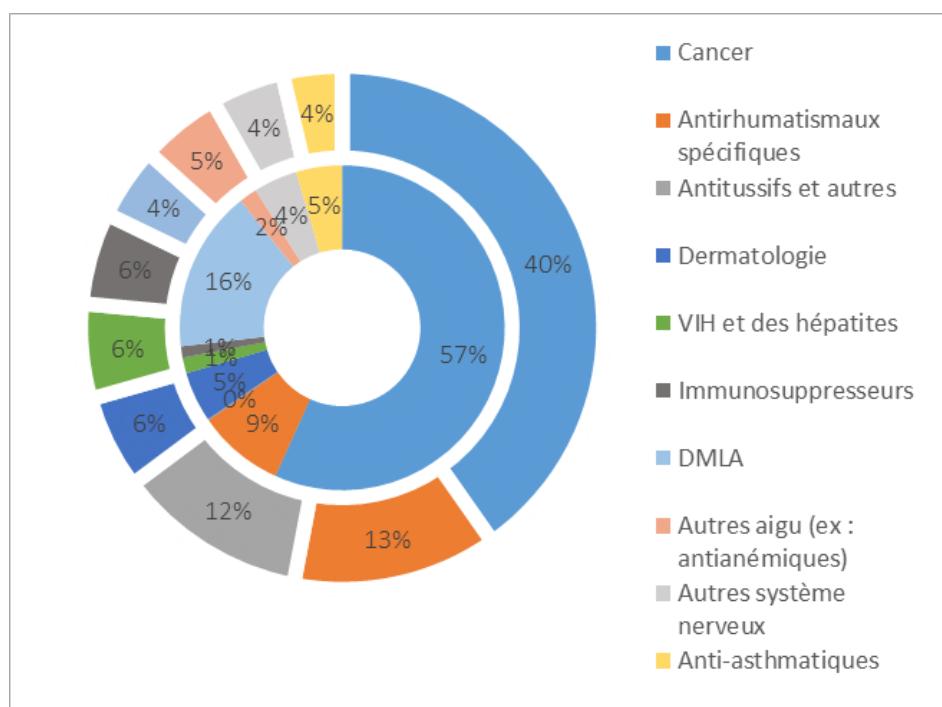
15 premières surclasses	Montants remboursés			Volumes		Données par patient		
	Montants en 2023	Tx évolution	Déféreriel 2022/2023	Nb de boîtes 2023	Tx évolution	Nb de patients 2023	Tx évolution	Coût par patient en
TRAITEMENT DU CANCER	411 175 105 €	9,2%	34 807 926 €	647 734	5,0%	71 518	6,2%	5 434 €
						7 846	11,9%	2 869 €
ANTIRHUMATISMAUX SPECIFIQUES	126 273 428 €	20,2%	21 263 844 €	507 929	11,0%	41 460	9,9%	2 963 €
						2 040	19,2%	1 677 €
ANTITUSSIFS ET AGENTS MUCOLYTIQUE	113 997 309 €	9,5%	9 873 557 €	53 490	-6,3%	21 621	-8,5%	5 270 €
						4 906	-15,3%	9 €
DERMATOLOGIE	58 118 105 €	36,8%	15 629 138 €	1 336 358	1,9%	457 321	1,2%	123 €
						123 274	2,8%	16 €
TRAITEMENTS VIH ET HEPATITES	57 330 121 €	2,5%	1 403 031 €	144 636	0,4%	18 025	6,4%	3 146 €
						297	20,7%	2 083 €
IMMUNOSUPPRESSEURS	55 360 698 €	13,1%	6 402 529 €	370 049	2,9%	18 648	5,4%	2 945 €
						706	6,2%	632 €
PRODUITS DE LA DMLA	50 189 344 €	3,6%	1 749 433 €	83 764	10,5%	14 155	7,8%	3 094 €
						2 901	8,5%	2 202 €
AUTRES AIGU (antianémiques, antihémorragiques)	49 395 098 €	72,2%	20 712 377 €	538 587	2,0%	174 307	2,4%	279 €
						18 799	0,1%	38 €
AUTRES MEDICAMENTS DU SYSTEME NERVEUX	45 913 384 €	25,2%	9 237 231 €	6 509	23,3%	985	26,4%	44 863 €
						72	63,6%	23 942 €
ANTI-ASTHMATIQUES	37 283 085 €	11,1%	3 711 958 €	813 621	8,8%	139 409	9,4%	254 €
						17 115	18,7%	106 €
ANTIAGREGANTS, ANTITHROMBOTIQUES	34 842 987 €	2,9%	990 676 €	1 610 337	2,6%	304 165	3,2%	99 €
						74 744	1,7%	64 €
ANTIDIABETIQUES	30 352 289 €	14,4%	3 822 867 €	1 130 660	15,6%	124 880	15,2%	235 €
						9 991	21,6%	99 €
EPO	25 935 655 €	-3,1%	-827 835 €	170 154	2,7%	14 324	4,1%	1 673 €
						1 578	7,2%	1 252 €
SCLEROSE EN PLAQUES	25 488 093 €	-16,1%	-4 888 050 €	46 476	-1,4%	4 912	-1,0%	5 122 €
						121	-9,0%	2 699 €
ANTIPSYCHOTIQUES	24 350 718 €	-8,1%	-2 146 429 €	1 283 208	0,4%	91 935	2,7%	259 €
						9 040	3,4%	58 €

Source : DRSM AURA - Données DRIMS PHEV 2023

Pour les établissements privés, sont pris en compte les remboursements pour lesquels le prescripteur correspond aux établissements regroupés sous la même entité juridique, auxquels sont ajoutés les remboursements des prescriptions faites par un PS libéral pour des assurés ayant eu des soins dans l'établissement sur la même période (PS libéral dont le RPPS est mentionné lors des remboursements pour l'établissement.).

Répartition des 10 premières surclasses de médicaments par type d'établissement

La représentation des établissements publics est sur le cercle extérieur et les établissements privés sur le cercle intérieur.



♦ Commentaires

Ces surclasses comprennent un champ de traitement et de pathologies larges et hétérogènes, nécessitant de la prudence dans l'interprétation.

- **Dermatologie** : l'augmentation constatée sur la « dermatologie » concerne essentiellement les anticorps monoclonaux (immunosuppresseurs), particulièrement onéreux, et qui sont susceptibles d'avoir également été utilisés dans le cadre de l'asthme (médicament DUPIXENT : 21,73 millions d'€ en 2023) et des maladies inflammatoires de l'intestin ou des rhumatismes inflammatoires (médicament STELARA : 26,81 millions d'€ en 2023).
- **Autres médicaments du système nerveux** : l'augmentation concerne exclusivement la polyneuropathie amyloïde à transthyrétine, avec ou sans atteinte cardiaque, qui touche peu de personnes mais dont le traitement est également très onéreux (TAFAMIDIS : 42,91 M d'€ en 2023 et nouvellement VUTRISIRAN).

❖ Les médicaments biologiques

Les biosimilaires représentent un enjeu majeur en termes d'efficience des prescriptions de médicaments biologiques et offrent plusieurs avantages :

Des économies pour le système de santé. Les médicaments biosimilaires ont un prix généralement inférieur de 30 % au prix du médicament biologique de référence car le laboratoire économise sur les frais de recherche. La commercialisation d'un médicament biosimilaire entraîne également une baisse de prix du médicament biologique de référence. Les médicaments biosimilaires permettent ainsi de maîtriser les dépenses de santé.

Un plus large choix de produits : Les médicaments biologiques peuvent parfois connaître des difficultés d'approvisionnement. Aussi, le développement des médicaments biosimilaires permet-il d'augmenter le nombre de médicaments biologiques disponibles sur le marché et donc de limiter les risques de ruptures de stock puisqu'un médicament biologique peut être remplacé par un médicament biosimilaire.

Le taux de biosimilaires, pour les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV), s'élève à 37,4 % en 2023 dans la région. On observe des écarts importants selon la surclasse concernée :

Surclasse	Quantité totale	Taux d'évolution	Montant total	Quantité de Référents + Bio-similaires	Quantité de Biosimilaires	Taux de Bio-similaires BS/(R+BS)
AIDE A LA PROCREATION	91 599	1,2%	8 301 550 €	43 494	36 391	83,7%
	435 595	-1,1%	7 770 931 €	435 595	72 729	16,7%
	297 193	8,6%	8 139 256 €	264 190	48 739	18,4%
	7 815	13,8%	1 438 444 €	7 815	4 671	59,8%
ANTIRHUMATISMAUX SPECIFIQUES	123 569	13,6%	61 029 605 €	92 366	46 889	50,8%
EPO	170 154	2,7%	25 935 655 €	71 084	65 124	91,6%
HORMONES DE CROISSANCE	43 183	-4,8%	17 214 514 €	19 652	11 703	59,6%
PRODUITS DE LA DMLA	27 230	4,0%	13 433 992 €	27 230	345	1,3%
TRAITEMENT DU CANCER	156 066	1,2%	27 493 497 €	126 780	120 179	94,8%

Taux < 80 % (objectif proposé dans le Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2025)

♦ Commentaires

Au-delà des objectifs de maîtrise de la hausse des dépenses, la pertinence des prescriptions de médicaments constitue également un fort enjeu de santé publique, en particulier face aux risques d'antibiorésistance et d'iatrogénie.

❖ Les antibiotiques

La consommation en nombre de boites est en hausse de 2,3 %, avec un nombre de patients qui augmente de 2,1 % dans les établissements publics et 3,7 % dans les établissements privés (PHEV).

Le tableau ci-dessous présente les 15 principales classes d'antibiotiques (ATB) prescrits en PHEV en région ARA :

15 premières classes ATC d'antibiotiques	Montants remboursés		Volume			Données par patient (1ère ligne Public / 2ème ligne Privé)	
	Montants 2023	Taux évolution	Nb boites 2023	Taux évolution	Taux répertoire	Nb de patients 2023	Taux évolution
AMOXICILLINE ET INHIBITEUR D'ENZYME	1 473 244 €	-2,9%	389 858	-3,6%	99%	133 900	-1,4%
						32 336	-5,6%
						113 943	9,8%
AMOXICILLINE	648 033 €	9,2%	376 266	8,5%	98%	16 172	22,6%
						9 077	9,4%
CEFTRIAXONE	518 086 €	10,3%	105 079	12,3%	100%	916	22,1%
FOSFOMYCINE	292 146 €	10,7%	93 175	10,5%	100%	31 665	8,9%
						5 668	4,5%
AMPHOTERICINE B	357 059 €	-	84 783	11,8%	0%	13 693	-3,6%
		12,3%				1 352	1,4%
PRISTINAMYCINE	1 079 874 €	11,2%	82 116	16,8%	0%	22 065	19,9%
						6 740	17,2%
AZITHROMYCINE	463 676 €	16,4%	69 858	16,1%	66%	20 094	18,6%
						2 644	24,2%
OFLOXACINE	314 702 €	-1,7%	58 866	-2,7%	95%	19 727	-7,5%
						6 310	-7,6%
CLINDAMYCINE	302 519 €	-1,6%	58 190	1,8%	3%	10 025	16,3%
						2 301	40,7%
PHENOXYMETHYL PENICILLINE	218 908 €	-	52 459	-	0%	2 682	-1,0%
		14,9%		18,3%		132	2,3%
LEVOFLOXACINE	302 300 €	-	44 082	-	100%	8 941	-15,9%
		21,5%		21,8%		1 590	-12,3%
CIPROFLOXACINE	301 442 €	8,6%	42 519	10,9%	96%	14 379	10,0%
						2 292	13,1%
PIPERACILLINE ET INHIBITEUR D'ENZYME	302 756 €	19,1%	41 040	23,5%	100%	846	20,9%
						110	57,1%
DOXYCYCLINE	146 283 €	7,7%	40 431	7,5%	100%	17 682	6,4%
						1 131	7,6%
CEFIXIME	137 449 €	7,7%	29 038	9,4%	84%	9 725	9,3%
						2 350	19,6%

Volume des antibiotiques « critiques » (cf. infra)

Top 3 des augmentations en volume

♦ Commentaires

L'ANSM a établi une liste des antibiotiques dits critiques pour favoriser le bon usage des antibiotiques et limiter le risque d'antibiorésistance (liste ANSM 2015). Dans cette liste, on trouve l'amoxicilline associée (Augmentin®), les fluoroquinolones (ofloxacine, levofloxacine et ciprofloxacine), les céphalosporines de 3ème (ceftriaxone) et 4ème générations (cefixime). Ces antibiotiques sont particulièrement à l'origine de résistances bactériennes et leur identification est essentielle pour la santé publique et la pertinence des soins.

En région ARA, l'augmentation concerne principalement l'amoxicilline : + 29 505 boites, la pristinamycine (Pyostacine) : + 11 791 boites et la ceftriaxone : + 11 520 boites. De plus, les antibiotiques critiques sont en légère baisse (- 0,9%) mais ils représentent toujours une part importante des antibiotiques prescrits en 2023 : 40,4 % vs 41,9% en 2022.

Du point de vue des dépenses, le médicament le plus représenté est l'amoxicilline associée (1,47 M €), suivi de près de la pristinamycine (1,08 M €) qui n'a pas de générique (hors répertoire des génériques).

Lutte contre l'antibiorésistance

La lutte contre l'antibiorésistance s'appuie sur deux piliers : le bon usage des antibiotiques (BUA) et la prévention des infections : campagnes de vaccination, sensibilisation et acculturation aux gestes barrières, intervention ciblée du Centre d'appui à la prévention des infections associées aux soins (CPIAS). Le bon usage des antibiotiques (BUA) regroupe un ensemble d'actions dans les trois secteurs de soins (établissement de santé, établissements médico-sociaux et ville), en vue de mieux et moins utiliser les antibiotiques.

Depuis plus de 10 ans, sous le pilotage et le financement de l'ARS, un groupe de travail contribue au **bon usage des antibiotiques** et associe différents professionnels et structures : infectiologues, référents antibiotiques, structures d'appui, représentants des professionnels de santé. Ce groupe travaille à construire des actions de sensibilisation et de communication, des outils d'aide à la prescription, à fédérer et animer un réseau d'acteurs. En 2023, avec l'appui du Centre régional en antibiothérapie Auvergne-Rhône-Alpes ([CRAtb](#)) plusieurs actions concrètes ont pu être conduites, telles que :

- la couverture par des équipes mobiles d'hygiène de 98,8 % des places en EHPAD et de 21,2 % des places dans le secteur du handicap (Équipes Multidisciplinaires en Antibiothérapie).
- le soutien apporté aux recrutements d'infectiologues (infectiologie transversale).

Actuellement, l'enjeu principal est **d'optimiser la prise en charge des patients qui ont besoin d'une antibiothérapie** tout en prévenant la survenue éventuelle d'effets indésirables. Les actions régionales de ce collectif portent sur :

- l'amélioration de l'utilisation des antibiotiques (réduction de la consommation globale des antibiotiques et/ou diminution de l'utilisation des antibiotiques les plus pourvoeureurs d'antibiorésistance), en particulier pour les infections respiratoires et pour l'antibioprophylaxie préopératoire.
- la réalisation et diffusion d'un guide régional de bon usage des antibiotiques en Ehpad par le CRAtb/CPIAS/OMéDIT.
- l'évaluation des prescriptions d'ATB dans les établissements de santé par réalisation d'audits (CAQES).
- la réalisation de webinaires de formation sur le bon usage des ATB à l'attention des professionnels de santé.
- la réalisation des antibiogrammes ciblés par les laboratoires de biologie médicale.
- l'amélioration des connaissances des usagers sur l'antibiorésistance et les vaccinations.

Des perspectives d'actions restent à engager d'ici 2028, il s'agit notamment de :

- renforcer les équipes mobiles d'hygiène dans le secteur du handicap.
- renforcer le réseau d'ambassadeurs du BUA : au moins une Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) dans chaque département ayant intégré à minima la thématique antibiorésistance dans ses actions.
- améliorer et diffuser les outils d'aide aux professionnels pour développer des compétences sur la prescription des antibiotiques : pour les médecins généralistes (outil Antibioclic) et pour les chirurgiens-dentistes (outil de l'Association Dentaire Française).
- renforcer l'information des usagers sur les principes de l'antibiorésistance et la bonne utilisation des antibiotiques et les sensibiliser aux problèmes de l'antibiorésistance.
- renforcer la vaccination des usagers et des professionnels de santé.

❖ Maîtrise du risque de iatrogénie médicamenteuse

La iatrogénie chez les personnes âgées représente 20 % des admissions en urgence, 115 000 hospitalisations, 7 500 décès, pour un montant de plus de 500 millions d'€ sur l'ensemble du territoire national. La polymédication se définit à partir de 5 médicaments et plus. Notre attention s'est portée en particulier sur :

- les **personnes âgées polymédiées** (≥ 10 molécules au moins 3 fois dans l'année)
- les personnes âgées exposées à des **médicaments potentiellement inappropriés** (dits MPI) : augmentation du risque de chute, de confusion, d'AVC, de troubles digestifs, etc.

Listing des MPI (Médicaments Potentiellement Inappropriés) selon la liste établie dans le cadre de l'étude EPI-PHARE¹

Benzodiazépines (BZD)	Trois ou plus dispensations de BZD à demi-vie courte à intermédiaire BZD à demi-vie longue Hypnotiques de type Z Usage concomitant de 2 BZD ou plus Usage concomitant d'agonistes des récepteurs opioïdes et de BZD Usage concomitant de 3 médicaments actifs sur le système central ou plus
Antihypertenseurs	Antihypertenseurs d'action centrale alpha-bloquants Inhibiteurs calciques à libération immédiate

En région ARA, en 2023, le suivi des prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) montre des recours à la polymédication et aux MPI sur la patientèle âgée plus faibles qu'au niveau national. Cependant, il est bien constaté qu'environ 70 % des patients âgés sont concernés par la polymédication (plus de 5 médicaments).

Indicateurs	Moyenne régionale	Moyenne régionale des étab. publics	Moyenne régionale des étab. privés	Moyenne nationale
NB SÉJOURS 2023 SUR PATIENTÈLE ÂGÉE sur les patients de plus de 75 ans, en excluant les réhospitalisations	992	1 188	692	977
TAUX DE POLYMÉDUCTION	27,1%	31,4%	27,9%	30,3%
TAUX DE MPI (SUR TOUS LES SÉJOURS)	41,6%	44,3%	43,8%	44,2%
TAUX DE MPI (SUR LES POLYMÉDIQUÉS)	62,8%	64,4%	63,6%	64,2%

Parmi les patients de plus de 75 ans :

- 27,1 % des séjours sont précédés d'une hyper polymédication (au moins 10 molécules délivrées au moins 3 fois dans l'année précédent le séjour),
- 41,6 % des séjours sont précédés d'une ou plusieurs délivrances de molécules potentiellement inappropriées (au moins 1 molécule figurant dans la liste MPI délivrée jusqu'à 1 an avant le séjour)
- 62,8 % des séjours sont précédés d'une hyper polymédication et d'une ou plusieurs délivrances de molécules inappropriées (au moins 1 molécule cf. liste MPI délivrée jusqu'à un an avant le séjour parmi les séjours hyperpolymédiés).

¹Etude des prescriptions potentiellement inappropriées en population âgée à partir des données de l'Assurance Maladie. Cette analyse s'est intéressée à 17 critères de PPI, adaptés des listes de Beers et STOPP 2015.

La iatrogénie médicamenteuse peut ainsi représenter un risque élevé de gravité. Ces indicateurs rappellent la nécessité d'agir de façon ciblée pour la prévention et la sécurisation du circuit médicamenteux.

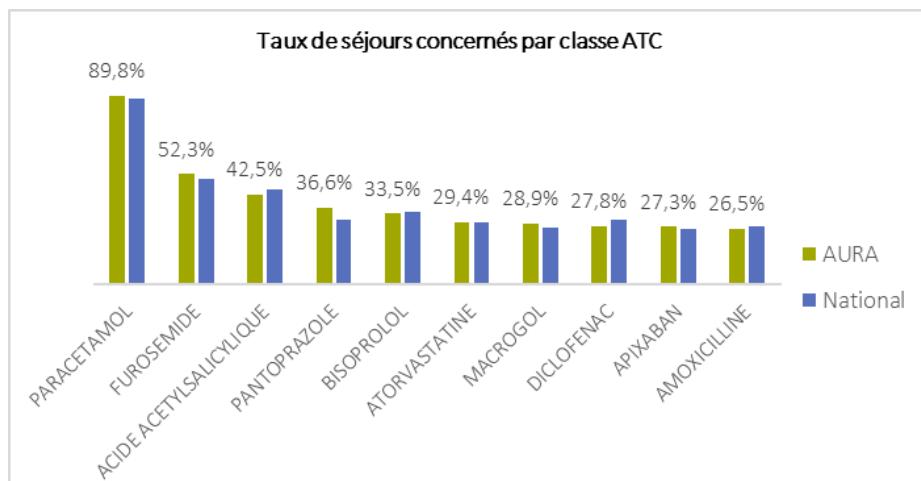
Au cours de l'année 2023, l'ARS a recensé 243 événements indésirables liés à l'iatrogénie médicamenteuse (dont 50 graves). Environ 83 % des événements indésirables seraient jugés évitables chez les patients de 75 ans et plus. ([source ARS 2023](#))

Grâce aux actions d'accompagnement de l'OMEDIT, un large éventail de ressources est à disposition des professionnels de santé en établissements autour de la prise en charge médicamenteuse. De nombreux outils et [une boîte à outils](#) sont publiés pour le diagnostic, la prévention, les audits, la sécurisation du circuit du médicament en EHPAD et en situation de handicap. En avril 2025, un [webinaire](#) animé par l'ARS, l'OMEDIT et le CEPPRAAL était destiné aux établissements médico-sociaux de la région pour améliorer la prise en charge médicamenteuse et sécuriser le circuit du médicament.

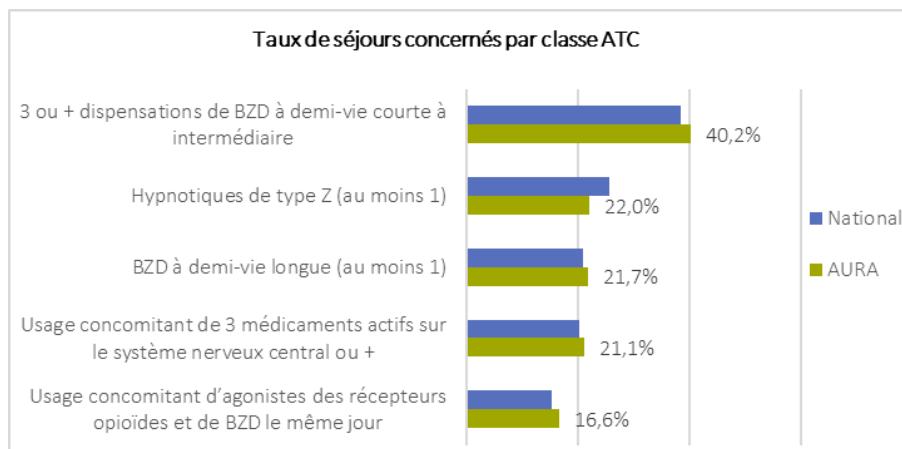
De manière générale, sur le thème de la polymédication, l'Assurance Maladie mène régulièrement des campagnes auprès des établissements sanitaires MCO et médico-sociaux, avec mise à disposition d'un profil reflétant leurs prescriptions.

Parmi la classification ATC (anatomique, thérapeutique et chimique) usuelle pour classer les médicaments, une vigilance particulière est accordée aux molécules les plus délivrées.

Top 10 des molécules les plus délivrées sur les patients hyperpolymédiqués :



Top 5 des molécules (médicaments potentiellement inappropriés) les plus délivrées sur les patients I2 :



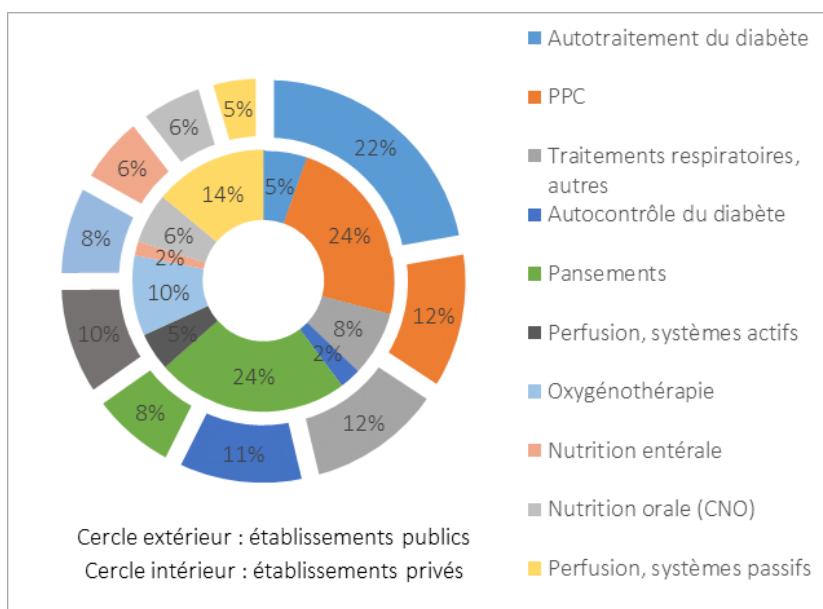
² Source : profils 2023 des établissements de santé de la région (VAES)

1.2.2 Les dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations remboursables (LPP)

Concernant les dispositifs médicaux (DM) inscrits à la LPP, la dépense régionale, en 2023, s'élève à 387,71 millions d'€ pour les établissements de santé (ES) publics et privés, soit une dépense supplémentaire de 26,91 millions d'€ par rapport à l'année 2022 (+ 7,5 %).

15 premiers niveaux de la LPP	Montants remboursés PHEV			Volumes		Données par patient (1ère ligne Public / 2ème ligne Privé)		
	Montants 2023	Tx évolution	Défis 2023/2024	Nb boites 2023	Tx évolution	Nb patients 2023	Tx évolution	Coût par patient
AUTOTRAITEMENT DU DIABÈTE	54 549 911 €	18,7%	8 587 038 €	7 519 611	20,6%	51 897	6,7%	1 024 €
						2 366	11,9%	589 €
PRESSION POSITIVE CONTINUE	34 917 860 €	7,5%	2 430 281 €	3 420 127	6,4%	64 663	4,9%	446 €
						14 874	19,1%	408 €
TRAITEMENTS RESPIRATOIRES	30 745 606 €	2,1%	635 302 €	523 970	5,4%	14 145	7,7%	2 028 €
						1 145	27,8%	1 796 €
AUTOCONTRÔLE DU DIABÈTE	27 339 059 €	2,7%	709 356 €	725 567	12,1%	69 993	4,7%	381 €
						3 198	7,5%	213 €
PANSEMENTS	24 846 655 €	3,5%	839 226 €	3 100 818	2,1%	430 023	3,0%	44 €
						156 355	2,9%	39 €
PERFUSION, SYSTÈMES ACTIFS	24 438 504 €	5,9%	1 355 439 €	275 474	10,1%	12 685	4,4%	1 832 €
						1 059	-14,9%	1 137 €
OXYGÉNOTHÉRAPIE	22 010 309 €	2,9%	622 774 €	352 816	4,1%	10 978	-4,0%	1 774 €
						1 535	7,8%	1 654 €
NUTRITION ENTÉRALE	15 782 617 €	1,8%	273 604 €	1 150 720	-2,0%	5 867	6,4%	2 614 €
						355	2,0%	1 257 €
NUTRITION ORALE	15 727 721 €	14,1%	1 943 470 €	1 886 491	16,4%	109 642	1,7%	129 €
						13 588	1,8%	117 €
PERFUSION, SYSTÈMES PASSIFS	14 571 140 €	11,8%	1 536 041 €	188 277	12,2%	21 159	15,2%	520 €
						7 248	18,0%	494 €
INCONTINENCE ET SON-DAGE VÉSICAL	13 379 360 €	7,6%	942 939 €	217 845	8,5%	15 428	5,9%	781 €
						3 367	7,6%	397 €
APPAREILLAGE ORTHOPÉDIQUE TRONC	9 428 534 €	12,3%	1 031 098 €	39 246	12,5%	5 108	7,0%	1 633 €
						940	44,4%	1 158 €
FAUTEUILS ROULANTS	9 286 255 €	5,9%	517 102 €	243 937	3,6%	20 893	3,5%	390 €
						3 109	0,1%	363 €
ORTHOPROTHESES	8 192 192 €	37,6%	2 239 617 €	13 019	22,0%	2 184	10,8%	3 751 €
						0	-	-
AUDIOPROTHÈSES	8 138 944 €	-0,2%	-17 937 €	89 201	35,5%	29 834	42,0%	264 €
						797	138,6%	347 €

Sur les 10 premiers niveaux, la répartition des dépenses est décomposée entre les établissements publics (cercle extérieur) et privés (cercle intérieur).



♦ Commentaires

Concernant les dispositifs d'autosurveillance et d'autotraitements du diabète, l'importance de la part représentée résulte essentiellement de la prévalence de la maladie qui s'élève à 5,8 % dans la région, juste en dessous des maladies cardio-neurovasculaires (7,6 %).

Par ailleurs, les nouveaux dispositifs tels que les lecteurs de glycémie de nouvelle génération et les pompes à insuline sont particulièrement onéreux.

- Concernant les **perfusions à domicile** on constate une surreprésentation des systèmes actifs (électriques ou par diffuseur) par rapport aux systèmes passifs, par gravité. Rappelons que les systèmes actifs sont particulièrement pertinents pour les traitements complexes, prolongés ou nécessitant une précision et que **les systèmes passifs conviennent**, selon la nature de la molécule à administrer, pour des perfusions simples, à faible risque ou pour une administration en mobilité. Dans ce dernier cas, qui reste majoritaire, une perfusion sur 1 semaine par exemple, coûte environ 4 fois moins cher qu'une perfusion par diffuseur et quasiment 6 fois moins cher qu'une perfusion par système actif électrique.
- S'agissant de la **pression positive continue** pour l'apnée du sommeil, il est possible de **favoriser les prescriptions les plus efficientes** au regard des situations médicales des patients concernés. En effet, lorsque l'Indice d'Apnées-Hypopnées (IAH) est entre 15 et 30 et en l'absence de comorbidités cardiovasculaires, il est possible d'adopter la primo-prescription d'une Orthèse d'Avancée Mandibulaire (OAM) qui permet de maintenir la mâchoire inférieure en position avancée afin de faciliter le passage de l'air dans les voies aériennes supérieures.
- Les **pansements** quant à eux sont de plus en plus innovants et donc de plus en plus onéreux. Pour certaines plaies pourtant, **les pansements traditionnels sont suffisants**. Par ailleurs, des durées de traitements sont recommandées par la HAS mais ne sont pas toujours respectées.

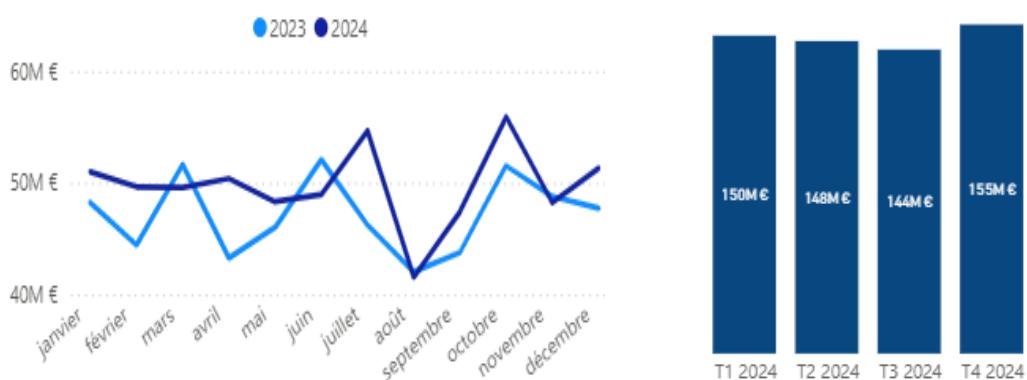
1.2.3 Les transports

Les prescriptions hospitalières exécutées en ville de transports de patients pour les patients de la région ont représenté en 2024 537,86 millions € de remboursements AM (en excluant les dépenses liées à la garde ambulancière et les prescriptions des SMUR), soit une augmentation de 5,5 % par rapport à 2023.

Ces montants n'incluent pas les transports réalisés au sein d'un même établissement de santé ou entre deux établissements de santé qui sont pris en charge par l'établissement à l'origine de la prescription de transport. Ces derniers sont inclus dans les tarifs des prestations et ne peuvent être facturés à l'Assurance Maladie (conformément à l'article 80 de la LFSS pour 2017).

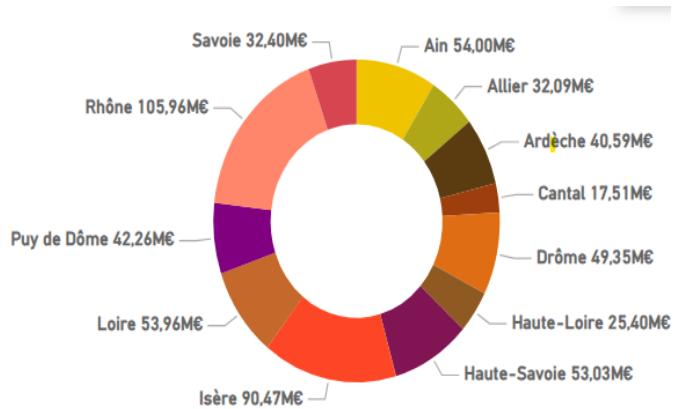
Evolution des dépenses ARA en million d'euros

Source : Tableau de bord Assurance Maladie –Transports 2024– remboursements des assurés de la région



Avec des taux d'évolution respectifs de 4,8 et 5,6 % en 2024, le Rhône et l'Isère sont les départements qui contribuent le plus à la hausse des dépenses de la région, compte tenu du poids qu'ils représentent en termes de montants remboursés (respectivement 105,96 et 90,47 millions d'€)

Contribution des départements aux dépenses, en million d'€ :



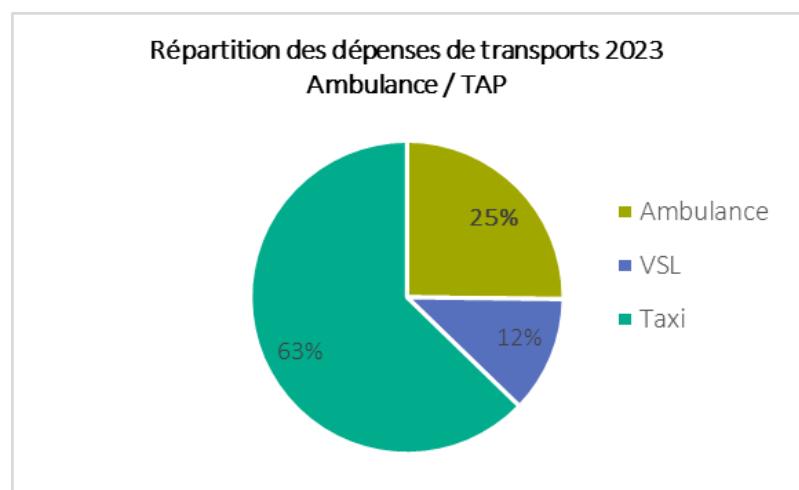
En France, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux sont à l'origine de 67,2 % de ces dépenses pour les assurés de la région (401,38 millions d'€).

Concernant les établissements de santé de la région, on constate que ceux-ci étaient à l'origine de 422,08 millions d'€ des dépenses en 2023.

- 72 présentaient un montant supérieur à un million d'€, dont 42 établissements publics.
- 196 établissements ont présenté un taux d'évolution des dépenses fortement supérieur au seuil de pertinence prévu dans le cadre du CAQES de 1^{ère} génération (cf. arrêté du 12 décembre 2018 fixant les référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils cf. l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale : « *Le taux d'évolution des dépenses de transports résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville est fixé à 2,2 %* »).

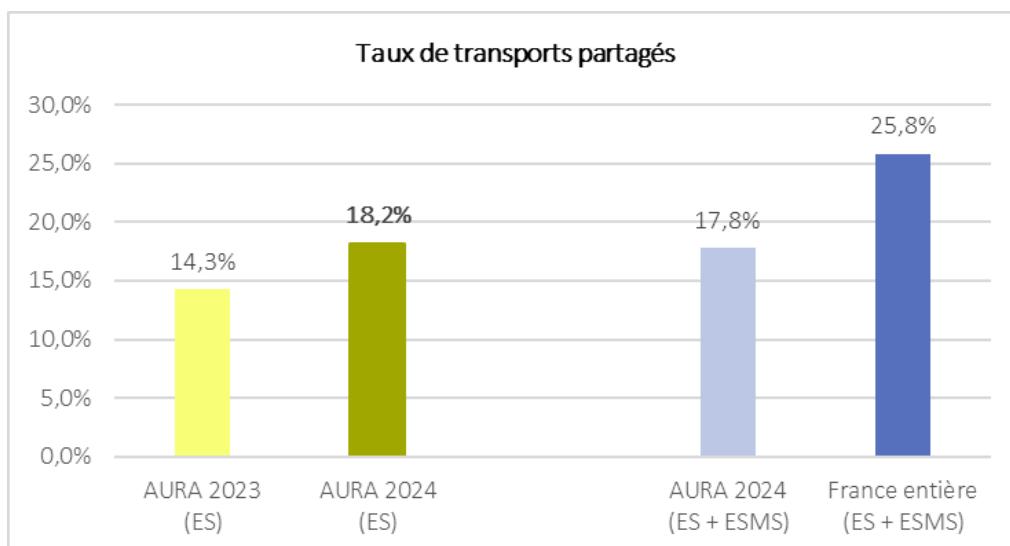
Toujours parmi ces établissements, la répartition des dépenses montre un **taux de recours à l'ambulance** de 2 5%. Bien qu'ayant des montants de dépenses moindres, la part du taux de recours à l'ambulance est plus importante dans les établissements privés que publics : 30 % vs 24 %.

Répartition des dépenses entre les transports en ambulance et les transports assis professionnalisés (TAP : VSL + taxis) prescrits par les établissements de santé de la région ARA



En 2024, le **taux de recours aux transports partagés** pour les établissements de la région est de 17,8 %, soit un taux inférieur au taux national. Un plus grand dynamisme est attendu pour ce type de prestation, recommandé par les services de l'Assurance Maladie.

Evolution et comparaison du taux de transports partagés en établissement (VSL-DCIR2024) :



1.3 LA PERTINENCE DES PRESTATIONS

Par prestations, il est entendu les prestations hospitalières (complètes, ambulatoires ou en séance). Cette partie aborde la pertinence des séjours quant à leurs modalités de prise en charge. Les actions de pertinence sur les prestations participent au **développement des prises en charge ambulatoires qui constitue un axe fort de la stratégie nationale de santé**.

La prise en soins en ambulatoire est la référence au regard de l'alternative en hospitalisation complète, dès lors qu'elle assure une qualité au moins équivalente en particulier au regard de la sécurité des soins et du retour à domicile.

Les objectifs sont multiples, il s'agit notamment de :

- centrer l'hôpital sur les soins, au bénéfice du patient et non plus sur l'hébergement,
- réduire l'exposition du patient aux infections nosocomiales,
- réduire les durées moyennes de séjour (DMS),
- fluidifier les parcours des patients et éviter toute rupture liée à l'hospitalisation.

La logique de transfert des prises en charge vers l'ambulatoire peut se faire sous plusieurs formes :

- avec les professionnels de ville ou en centres de soins médicaux et de réadaptation (SMR),
- vers d'autres modalités de structures hospitalières,

O au bénéfice des Unités de chirurgie Ambulatoire pour la chirurgie,

O au bénéfice des HDJ de médecine, de Soins Médicaux de Réadaptation, de psychiatrie sous réserve d'une activité substitutive,

O au bénéfice de modalités de dialyse autres que les dialyses en centre pour l'IRC,

O au bénéfice de l'Hospitalisation A Domicile.

1.3.1 La chirurgie ambulatoire

A titre d'illustration de la pertinence du développement des soins en ambulatoire, les enjeux de la chirurgie ambulatoire sont pluridimensionnels, concernant à la fois les patients, les professionnels de santé et les structures :

- **Meilleure qualité et sécurité des soins** avec un moindre risque d'exposition aux infections nosocomiales contractées lors de séjours à l'hôpital (4 fois moins d'infections du site opératoire), et également un moindre risque thromboembolique, puisque le patient est plus mobile à son domicile qu'à l'hôpital ;
- **Plus grande satisfaction des patients** pris en charge en ambulatoire. Libéré des contraintes de l'hôpital, le malade retrouve son domicile et son environnement familial rapidement. Les enquêtes réalisées sur la prise en charge en ambulatoire révèlent d'excellents taux de satisfaction chez les patients et leurs proches (score national de satisfaction globale et expérience patient : 78 % en CA vs 73 % en HC).
- **Optimisation des ressources humaines** des hôpitaux et cliniques, avec un redéploiement du personnel vers l'ambulatoire, un développement de coopérations professionnelles et une formation à de nouvelles compétences et de nouveaux métiers.

Analyse régionale de l'évolution

Après la forte baisse en 2020, l'activité chirurgicale globale a repris et, en 2023, le volume chirurgical a fortement augmenté (+ 5,99 %) pour atteindre 839 235 séjours. A l'instar des autres régions elle dépasse cette année son activité pré-COVID (788 356 séjours en 2019), sans rattrapage de la baisse d'activité constatée durant la crise sanitaire.

Cette augmentation régionale d'activité chirurgicale en 2023 se caractérise par un effet ciseaux : faible progression de l'ambulatoire à 63,45 % (un point de progression par rapport à 2022, proche du taux national de 63,5 %) et ré-augmentation du volume de la chirurgie conventionnelle caractérisée par des hospitalisations moins longues et des patients présentant moins de comorbidités.

L'effet ciseaux induit de fait une augmentation du volume potentiel ambulatoire d'interventions transférables, estimé à 161 000 séjours. Néanmoins, la région Auvergne- Rhône-Alpes se situe au troisième rang des régions métropolitaines pour la hausse de volume de prise en charge en chirurgie ambulatoire des cinq dernières années avec une augmentation de 17 %.

Analyse par des potentiels en chirurgie ambulatoire selon la catégorie d'établissements

Dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, comme sur l'ensemble du territoire français, les cliniques privées demeurent au 1er rang pour la prise en charge en chirurgie ambulatoire et les CHR/U au dernier rang.

Les plus importants volumes potentiels ambulatoires restent au niveau des cliniques privées avec 73 600 séjours potentiellement transférables, suivies des CH et des 4 CHU de la région :

Déclinaison des potentiels en chirurgie ambulatoire par catégorie juridique en ARA:

Catégorie juridique	Taux ambulatoire 2023	Comparatif national : taux ambulatoire 2023	Taux potentiel ambulatoire	Potentiel séjours transférables en ambu
CHU 2023	42.39 %	40.9 %	68.85 %	34 000
CH 2023	51.92 %	52.4 %	77.67 %	43 500
ESPIC 2023	60.96 %	64.9 %	81.99 %	7 9000
Cliniques privées	73.47 %	73.3 %	88.40 %	73 600
CLCC (CLB)	46.73 %	56.60 %	67.88 %	2 090

Approche qualitative au travers des taux de réhospitalisation.

De nouveaux indicateurs de résultats, plus directement liés à la qualité des soins, complètent dorénavant le panorama annuel disponible sur l'outil Visuchir et permettent de préciser les pratiques.

Ainsi les nouveaux taux bruts de ré-hospitalisation, positionnés comme des indicateurs de vigilance pour « aller plus loin », permettent de préciser les pratiques, même s'ils ne reflètent pas stricto sensu les taux de complication.

En région Auvergne Rhône-Alpes, comme France entière, 8,5 % des séjours chirurgicaux sont suivis d'une ré-hospitalisation dans les 30 jours.

Le tableau ci-dessous précise les taux de réhospitalisation cumulés après chirurgie en ARA à 3 jours, 7 jours et 30 jours, en détaillant le mode de prise en charge :

Taux de rehospitalisation cumulée (%)

	3 jours	7 jours	30 jours
ambulatoire	0,51 %	1,31 %	4,95 %
conventionnel	1,67 %	4,06 %	13,98 %
Total général	0,97 %	2,39 %	8,50 %

La chirurgie ambulatoire, avec un taux de réhospitalisations de 4,95 % à 30 jours, présente donc 2,8 fois moins de ré-hospitalisation que la chirurgie conventionnelle. Le constat d'un taux de réhospitalisations plus faible à l'issue d'une chirurgie en mode ambulatoire se confirme également pour les réhospitalisations précoces, à 3 et 7 jours.

Les Indices Globaux de Réhospitalisation (IGR) à 7 et 30 jours sont des indicateurs standardisés sur le case mix des structures (éventail des cas traités).

- l'IGR à 7 jours, un des éléments de la qualité intrahospitalière des soins, s'établit à 1. Le taux de réhospitalisation annuel dans les établissements ARA est égal à l'indice national de référence de 1.
- l'IGR à 30 jours, s'établit pour la région à 1.01 ce qui signifie un excès de réhospitalisation très faible au regard du comparatif national. Cet indice IGR 30 jours reflète potentiellement une fragilité du lien ville-hôpital.

Analyse par spécialité

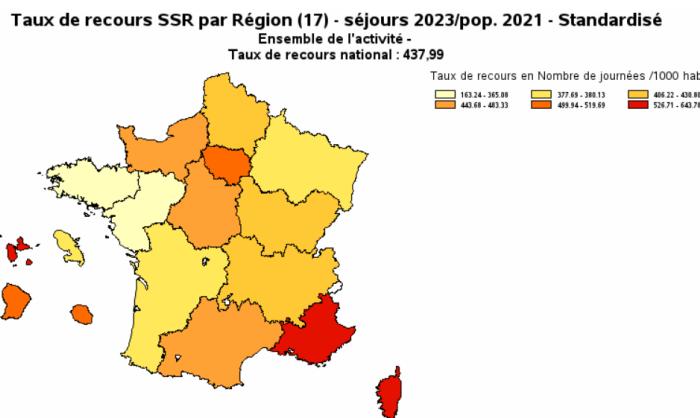
Au sein des actes potentiellement transférables en ambulatoire, l'appareil urinaire et génital arrive en tête avec 44 002 actes potentiellement transférables, suivi par l'appareil ostéoarticulaire et musculaire du membre inférieur (40 343 actes), l'appareil digestif (24 407), les actes classés en appareil tégumentaire et chirurgie mammaire (22 271) et l'appareil ostéoarticulaire et musculaire du membre supérieur (21 786), ce classement selon le type d'actes CCAM est similaire au classement national.

Dorénavant, pour chaque acte chirurgical, chaque équipe chirurgicale de chaque spécialité dans chaque établissement est en mesure de comparer ses taux de réhospitalisation par rapport à l'ensemble des établissements de santé.

1.3.2 Les soins médicaux et de réadaptation (SMR)

Le recours aux **soins médicaux et de réadaptation** s'inscrit dans la continuité des objectifs fixés par l'article 58 de la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2015 sur la favorisation des prises en charges extrahospitalières.

Taux de recours standardisé par région (Source : Taux de recours SMR / Stats ATIH):



Taux de recours standardisé par département :

Indice de recours > 1,1

Département	Taux de journées Standardisé /1000 hab.			Taux départemental comparé à l'indice national		Taux départemental comparé à l'indice régional	
	2021	2022	2023	2022	2023	2022	2023
	444,24	445	442,17	1,04	1,01	1,11	1,09
ALLIER	320,97	351,09	364,52	0,82	0,83	0,88	0,9
ARDÈCHE	385,29	406,42	416,14	0,95	0,95	1,02	1,02
CANTAL	455,62	478,85	512,09	1,12	1,17	1,2	1,26
DRÔME	364,48	355,78	361,98	0,83	0,83	0,89	0,89
ISÈRE	370,02	356,57	379,9	0,83	0,87	0,89	0,94
LOIRE	379,72	385,88	404,39	0,9	0,92	0,97	1
HAUTE-LOIRE	511,62	536,21	551,31	1,26	1,26	1,34	1,36
PUY-DE-DÔME	408,45	415,87	409,99	0,97	0,94	1,04	1,01
RHÔNE	419,98	412,18	405,97	0,96	0,93	1,03	1
SAVOIE	378,99	354,43	353,72	0,83	0,81	0,89	0,87
HAUTE-SAVOIE	446,59	440,87	442,67	1,03	1,01	1,1	1,09
Moyenne région ARA			406,22			1	1
Moyenne France	423,07	427,25	437,99	1	1		

En 2023, le taux de journées standardisées en SMR pour la région ARA est de 406,22 pour 1 000 habitants, soit un taux de recours nettement inférieur au taux national de 437,99 pour 1 000 habitants. L'indice national baisse de 0,01 point chaque année et ce, depuis 2019 (variation de l'indice de 0,97 à 0,93). Seuls deux départements (Cantal et Haute-Loire) présentent un recours plus important que la moyenne sans justification a priori de spécificités locales que ce soit de l'offre ou du besoin des populations.

1.3.3 Les hospitalisations potentiellement évitables associés aux parcours de soins

Les facteurs déterminants dans les fréquences des hospitalisations potentiellement évitables sont :

- les **caractéristiques de la population** : les ouvriers et agriculteurs exploitants sont plus exposés, de même que les patients âgés (61 % des HPE concernent des patients de plus de 75 ans),
- les **caractéristiques de santé** : 75% des patients concernés par des HPE ont une Affection de Longue Durée (ALD),
- les **caractéristiques du système de soins** : l'organisation des acteurs de santé dans les territoires et notamment dans le cadre de parcours de soins,

Les hospitalisations potentiellement évitables

Les hospitalisations potentiellement évitables (HPE) désignent des séjours hospitaliers qui, bien que médicalement justifiés à l'admission, auraient pu être évités avec une prise en charge appropriée des soins de premier recours. Elles ne concernent donc pas le taux de réhospitalisations après un séjour en chirurgie. Cet indicateur, marqueur de la qualité de la prise en charge en chirurgie, est dorénavant inscrit dans l'outil Visuchir et fait l'objet d'un suivi spécifique (cf. supra La chirurgie ambulatoire).

Les principales affections associées aux HPE relèvent **d'épisodes aigus** (tels que la pneumonie bactérienne), **de décompensation ou d'exacerbation de maladies chroniques** (hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, asthme ou diabète).

La liste d'affections utilisée en France et la plus courante est celle de l'AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) et **cible six affections** :

1. Insuffisance cardiaque,
2. Asthme,
3. BPCO,
4. Complications du diabète à court terme,
5. Angine de poitrine sans IDM (entrée par les urgences),
6. Déshydratation avec des critères d'âge.

Ces HPE témoignent souvent d'un défaut de suivi en médecine de ville, d'une prise en charge tardive des patients ou d'une organisation des soins insuffisamment coordonnée entre l'hôpital et les acteurs de santé de proximité.

En 2023, le **taux d'HPE observé en France, toutes affections confondues, est de 5 % des habitants** de 18 ans et plus, ce qui représente 1,6 % des séjours hospitaliers de MCO hors séances, soit 265 893 séjours. En valorisant ces séjours, on obtient une approximation proche de 988,5 millions d'€ pour l'année 2023 pour les 6 affections considérées.

- La majorité de ces hospitalisations HPE (55 %) concernent **l'insuffisance cardiaque**. Ces HPE font l'objet d'une attention particulière en qui a inscrit la pertinence du parcours Insuffisance Cardiaque à son programme de travail.
- Vient en 2ème position la BPCO (20 %) puis en 3ème place les séjours liés à une déshydratation.
- Les complications du diabète à court terme ne représentent qu'une faible part mais sont en augmentation continue.

L'ATIH met à disposition un indicateur HPE qui prend la forme d'un taux de recours mesurant la consommation de soins hospitaliers potentiellement évitables des habitants d'une zone géographique donnée, rapportée à la population adulte domiciliée dans cette zone pour 1000 habitants (mesurable à partir des données du PMSI). Il permet ainsi d'identifier les territoires pour lesquels la coordination ville-hôpital pourrait être améliorée par des actions conjointes avec les professionnels concernés.

Pour la région, ci-dessous les taux bruts d'HPE par pathologie (ATIH 2023)

HPE 2023	Taux région	Taux national
Toutes affections confondues	7,96 %o	8,20 %o
Insuffisance cardiaque	4,02 %o	4,07 %o
BPCO	0,90 %o	1,01 %o
Déshydratation	2,22 %o	2,19 %o
Asthme	0,25%o	0,32%o
Angine de poitrine	0,37%o	0,39%o
Complications du diabète	0,21%o	0,21%o

Les parcours de soins

Les parcours de soins sont un des leviers principaux d'une prise en charge efficiente des malades, notamment ceux atteints de maladies chroniques. Ils permettent de diminuer le recours à une hospitalisation, notamment via les urgences, et une meilleure anticipation de l'aggravation de l'état de santé des personnes. Un des enjeux est aussi d'éviter les ruptures de parcours, qui apparaissent lorsqu'un dispositif ne joue pas le rôle qui lui est dévolu. L'usager se retrouve confronté à des périodes de rupture de continuité des soins, voire de rupture de prises en charge qui peuvent conduire à des pertes de chance.

Pour la Haute Autorité de Santé (HAS), l'amélioration de la qualité de la prise en charge clinique et thérapeutique et de l'accompagnement des malades atteints de maladies chroniques passe d'abord par de bonnes pratiques professionnelles, mais doit également s'appuyer sur la promotion **de parcours de soins** qui comprennent, pour le patient, le juste enchaînement et au bon moment de ces différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus (décompensation, exacerbation), autres prises en charge (médico-sociales notamment).

La démarche consiste à développer une meilleure coordination des interventions professionnelles, fondées sur de bonnes pratiques, lors des phases aiguës de la maladie comme lors de l'accompagnement global du patient sur le long terme. Cette notion de parcours de soins permet ainsi de s'appuyer sur les bonnes pratiques de chaque professionnel mais aussi de développer les actions d'anticipation, de coordination et d'échanges d'informations entre tous les acteurs impliqués. Une coordination de qualité s'avère d'autant plus nécessaire avec un plus grand nombre de professionnels impliqués, une complexité des parcours et un accroissement des poly-pathologies, notamment en lien avec les maladies cardio-vasculaires et associées (MCVA).

La démarche permet une meilleure intégration des différentes dimensions de la qualité des soins : pertinence, sécurité, efficacité clinique mais aussi accessibilité, continuité et « point de vue du patient ».

Les objectifs sont les suivants :

- Promouvoir une gestion prospective et coordonnée de la prise en charge,
- Conjuguer harmonisation des pratiques et personnalisation du parcours du patient,
- Faciliter l'implication du patient dans sa prise en charge.

Cette approche s'inscrit en cohérence avec les travaux menés en région. Le Schéma Régional de Santé 2023-2028, poursuit son engagement autour d'objectifs structurants, dont l'un d'entre eux est « d'améliorer la qualité et l'efficience du système de santé par une organisation en parcours reposant prioritairement sur l'ambulatoire et par le soutien à domicile ».



CHAPITRE 2 LES DOMAINES D'ACTIONS PRIORITAIRES DE LA PERTINENCE DES SOINS POUR LA REGION

2-1 Renforcer le développement de la chirurgie ambulatoire	34
2-2 Améliorer la pertinence de la prise en charge des maladies cardiaques	
Améliorer la pertinence du recours à l'angioplastie coronaire	36
Faciliter le parcours du patient atteint d'insuffisance cardiaque	39
2-3 Accompagner le parcours des personnes âgées	
Soutenir le parcours de l'ostéoporose fracturaire	43
Renforcer les bonnes pratiques de prise en charge pour prévenir les chutes	46
2-4. Promouvoir la pertinence de la juste prescription et lutter contre la iatrogénie	
en établissements de santé et médico-sociaux pour la gériatrie	49
en structures d'exercice coordonne pour les soins primaires	52
en matière de prescription hospitalière exécutée en ville	54

2.1 RENFORCER LE DEVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

① Enjeux régionaux

En 2024, la région est classée **3^{ème} région métropolitaine pour la hausse de volume de prise en charge en chirurgie ambulatoire** ces cinq dernières années avec une augmentation significative de 17 %.

Ainsi, dans la région, la pertinence du recours à la chirurgie ambulatoire est fortement encouragée, limitant ainsi d'éventuelles réhospitalisations, évaluées en 2023 à 2,8 fois moins de réhospitalisation que la chirurgie conventionnelle. La chirurgie ambulatoire est susceptible de contribuer grandement à l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins :

- moins d'infections nosocomiales : 4 fois moins d'infections du site opératoire en chirurgie ambulatoire (CA) qu'en hospitalisation complète (HC)
- meilleure satisfaction des patients : 78 % de patients satisfaits en CA versus 73,4 % en HC
- meilleure qualité de la lettre de sortie d'une hospitalisation : score moyen national pondéré de 62 % en CA versus 56 % en HC

Le groupe de travail de l'IRAPS **soutient ce dynamisme de l'activité ambulatoire** et souhaite maintenir une grande vigilance pour éviter tout recul net tant les bénéfices sont qualitatifs. Il a été observé :

- un ralentissement inexplicable est constaté en 2022 (progression annuelle divisée par 2 en 5 ans),
- un recul de l'activité ambulatoire des établissements publics (CH et CHU) au profit du secteur privé.

Le taux régional de chirurgie ambulatoire est en 2024 de 62,64 % alors que le taux de potentiel ambulatoire ARA est de 83,22 %. Aussi, il s'agit de lutter contre le ralentissement de la dynamique de l'activité ambulatoire, et de promouvoir les pratiques recommandées par le Haut Conseil en Santé Public (HCSP) grâce notamment à l'outil VISUCHIR.

Il a été décidé, de trouver des leviers d'actions régionaux pour permettre aux établissements d'améliorer leurs pratiques tout en permettant d'augmenter le taux de chirurgie ambulatoire chaque année, et d'agir sur le taux de réhospitalisation à 1 mois.

② Méthode adoptée

Les travaux sont conduits avec les membres de l'IRAPS par l'ARS et l'Assurance Maladie. L'usage de VISUCHIR étant devenu l'outil de référence dans les établissements, il s'agissait d'en assurer la promotion concrète avec des actions de communication et de pédagogie.

En complément, les actions de contractualisation avec les établissements pour tendre vers les taux attendus de chirurgie ambulatoire se poursuivent dans le cadre usuel (CPOM, CAQES). A titre informatif, il est rappelé que l'indicateur composite de performance de chirurgie ambulatoire (IPCA) intègre différentes données (volume d'activité ambulatoire, indice d'organisation, volume ambulatoire innovant).

Le choix s'est porté sur le renforcement du parcours patient (amont et aval) et sur une amélioration de la pertinence des prises en soins grâce à des témoignages de professionnels en établissements et en ambulatoire.

③ Plan d'actions réalisées en 2025

Conception et diffusion du livret « Pour une chirurgie ambulatoire pertinente »

Dès la fin de la crise sanitaire, a émergé le besoin de partager en région de bonnes pratiques. Un webinaire auprès des professionnels de santé de la région a permis deux témoignages de professionnels de l'activité et l'intervention d'un expert national du HCSP.

Le groupe de travail des membres de l'IRAPS a élaboré un livret à destination des équipes chirurgicales et des directions d'établissement. Il rappelle de manière synthétique les recommandations en matière d'organisation, de qualité et de sécurité des soins, fait état des preuves scientifiques en la matière et apporte des informations sur les hôtels hospitaliers.

Ce document livre un double regard valorisant :

- les **préconisations des professionnels de santé** : URPS Pharmaciens et les membres de l'IRAPS,
- ainsi que le point de vue du patient grâce à un représentants des usagers.

Ce document est disponible en ligne :

<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/media/116642/download?inline>

Une première campagne d'accompagnement a été menée sur la région en 2023 : visites de promotion de Visuchir et du livret IRAPS, par des médecins de l'Assurance Maladie, auprès des 25 établissements au plus fort potentiel de développement et courriers adressés à 67 établissements à moindre potentiel. Ces visites ont permis de recueillir les freins au développement de la chirurgie ambulatoire perçus par les acteurs et donc de collecter leurs difficultés potentielles dans le but d'apporter des éléments de réponse : deux experts nationaux ont été sollicités à ce titre.

Promotion des bonnes pratiques en établissements :

Sur la base de ce retour d'expérience autour des freins et leviers à la chirurgie ambulatoire, il a été proposé aux équipes médicales hospitalières des pistes de travail concrètes. Le partage d'informations aux équipes hospitalières de la région a été réalisé lors d'un webinaire animé par l'Assurance Maladie en présence des deux experts nationaux (présidente de l'Association Française de Chirurgie ambulatoire et médecin référent national Visuchir) et de l'ARS. Cette séance a permis d'apporter des réponses aux objections relevées et des compléments d'information https://youtu.be/K_XM81tGYIg

Accompagnement des établissements lors des visites annuelles (VAES)

L'Assurance Maladie poursuit l'accompagnement des structures sur la thématique dans le cadre des visites VAES des établissements se maintenant à fort potentiel ambulatoire. Ces visites sont l'occasion d'apporter des informations sur la documentation nationale à disposition, le livret régional IRAPS, les constats et opportunités retrouvés sur Visuchir.

Dans un objectif de qualité et de pertinence des soins, l'accent peut dorénavant être mis sur les réhospitalisations, information intégrée à l'outil Visuchir.

④ Objectifs pour 2026-2029

- Accompagner les structures sanitaires ayant un potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire pour tendre vers la cible d'usage attendue : échanger lors des visites annuelles (VAES) de l'Assurance Maladie et accompagner spécifiquement les services concernés de l'établissement sur leur demande. Cible 19 établissements pour 2025
- Enrichir et faire vivre ce livret pédagogique (ex : ajouter le témoignage d'infirmiers, actualiser les références scientifiques...). Première actualisation prévue en 2025.

2.2 AMELIORER LA PERTINENCE DE LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CARDIAQUES

AMELIORER LA PERTINENCE DU RECOURS POUR L'ANGIOPLASTIE CORONAIRE

① Enjeux régionaux

L'analyse des consommations de soins a été réalisée afin de s'assurer de l'équité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire régional. Cette étude s'est faite à l'échelle des **zones de soins de proximité (ZSP)**. Les ZSP sont des territoires pour lesquels les patients ont les mêmes habitudes de recours aux soins hospitaliers. La région est couverte par 62 zones de soins de proximité aux caractéristiques variables, notamment en termes de population.

Le recours aux soins est mesuré par l'**indice de recours aux soins**. Les indices de recours aux soins hospitaliers permettent une comparaison du recours aux soins hospitaliers des habitants d'une zone géographique donnée (région, ZSP) par rapport au recours aux soins hospitaliers en France métropolitaine. Cet indice traduit donc le recours aux soins d'une population sur un territoire (y compris quand le recours aux soins se fait en dehors de ce territoire, et hors région). Pour les territoires frontaliers à la Suisse, le recours aux soins dans les établissements helvétiques ne peut pas être pris en compte puisque les données utiles des résidents français concernés n'étant pas connues (lieu de domicile, âge, genre).

L'analyse des indices de **recours pour l'angioplastie coronaire** (dilatation et pose de stent sur une artère du cœur) a laissé apparaître en 2021 un sous recours régional de 10 % par rapport à la moyenne nationale de cette même année. De plus une forte hétérogénéité est observée selon les différentes zones sanitaires de la région. Dans le cadre du groupe de travail de l'IRAPS il est apparu pertinent de chercher les facteurs pouvant expliquer cette hétérogénéité de recours. Plusieurs hypothèses ont été évoquées pour expliquer ces différences :

- Des facteurs épidémiologiques : on pourrait s'attendre à un recours à l'angioplastie coronaire plus élevé dans les zones où il existe une plus forte prévalence de la mortalité prématûrée notamment par cardiopathie ischémique et de la précarité sociale.
- Des facteurs liés à la densité d'offre de soins (pourcentage de patients de plus de 11 ans sans médecin traitant, densité de cardiologues : dans les zones où la proportion de patients de plus de 11 ans sans médecin traitant est élevée, ou dans les zones pour lesquelles la densité de cardiologue est faible, on pourrait s'attendre à un plus faible recours à l'angioplastie)
- Le taux d'équipements en centre de cardiologie interventionnelle : le taux d'autorisation de centre de cardiologie interventionnelle rapportée à la population varie selon les zones et peut influer sur le recours des populations. Cet élément serait à pondérer au nombre de salles actives par autorisation

② Méthode adoptée

Des premières analyses de l'Assurance Maladie sur les taux de recours à la revascularisations coronaires avaient été présentées à l'IRAPS et ont fait l'objet de premières études du groupe de travail. Des travaux complémentaires ont été menés par l'ARS en 2025. Le taux d'équipement est un des facteurs qui semble influer le recours à l'angioplastie. Les zones les moins dotées en autorisation sont celles où les indices de recours sont les plus faibles. Toutefois, **deux axes d'analyses ont été retenus** pour affiner la connaissance des besoins de santé des populations.

- Une **approche descriptive** est réalisée en étudiant les différents indicateurs à l'échelle des zones de soins de proximité (ZSP) et en étudiant leur impact sur l'indice de recours à l'angioplastie.

- Cette approche descriptive est complétée par une analyse statistique pour chercher un lien significatif qui conduit à ce recours à l'angioplastie. La méthode retenue est celle de la régression logistique. La régression logistique compare pour chaque variable, l'influence d'une des modalités par rapport aux autres sur la probabilité de bénéficier d'une angioplastie coronaire. Pour procéder à cette analyse, une approche cartographique a été adoptée et certaines cartes présentées en annexe apportent un complément d'informations.

3 Plan d'actions réalisées en 2025

Taux de recours à l'angioplastie

Cette analyse a été approfondie sous l'angle de la **pertinence des actes d'angioplasties coronaires** sur une période longue (réalisés entre 2015 et 2023) et objectivée grâce à une analyse fine des besoins de santé. Cette approche permet de lisser ainsi les hétérogénéités de recours qui tiennent à des facteurs conjoncturels. Ce diagnostic identifie :

- trois zones infrarégionales perçues en **sous recours** : une partie de la Drôme Ardèche, les deux Savoie et la partie Nord de la Loire. Dans une moindre mesure, un sous recours est identifié dans le département de Haute Loire ; celui-ci ayant évolué depuis avec l'installation d'un nouveau centre de coronarographie sur la période d'étude.
- certaines zones apparaissant en **sur recours** tel que l'Allier, le Cantal ou le Puy de Dôme

Etude des facteurs déterminants le recours à l'angioplastie coronaire

La population sur laquelle est menée l'étude est celle des habitants d'Auvergne-Rhône-Alpes identifiés dans le SNDS comme étant atteints de syndrome coronaire aigu et/ou de maladie coronaire chronique selon les critères de la cartographie des pathologies.

L'objectif est de rechercher sur cette population de 250.000 personnes quels facteurs ont le plus d'impact sur le fait d'avoir bénéficié d'une angioplastie coronaire entre 2014 et 2022. Les variables étudiées sont :

- l'âge, l'indice de défavorisation sociale,
- le temps de trajet de la commune de domicile vers le centre d'angioplastie le plus proche
- le fait d'avoir ou non un médecin traitant en 2022,
- le fait d'habiter un canton où sont installés des cardiologues libéraux :

Gradient de défavorisation sociale

L'indice de défavorisation sociale appelé « FDep » est un indicateur composite qui rend compte de la précarité (défaveur sociale) à l'échelle communale. Cet indice est construit à partir des données de recensement de la population et des revenus fiscaux des ménages ; les quatre variables sont retenues (pourcentage d'ouvriers dans la population active ; pourcentage de bacheliers chez les 15 ans et plus ; pourcentage de chômeurs dans la population active ; revenu médian par foyer). La défavorisation sociale est rendue perceptible sur un arc de défaveur orienté à l'ouest et vers le sud de la région. Les populations résidantes dans cet arc de défaveur, potentiellement plus exposées aux facteurs de risque cardio vasculaire, auraient pu présenter un recours plus élevé à l'angioplastie coronaire. Pour autant **ce lien de cause à effet ne se vérifie pas systématiquement dans toutes les ZSP** puisque des ZSP présentant une défavorisation sociale équivalente peuvent avoir des indices de recours à l'angioplastie qui varient en sens inverse.

Gradient de mortalité par cardiopathie ischémique

La situation épidémiologique diffère dans la région notamment pour la mortalité prématûrée ou par cardiopathie ischémique. Que ce soit pour la mortalité prématûrée avant 65 ans ou pour la mortalité par cardiopathie ischémique, il se dessine assez nettement « un arc de défaveur » à l'ouest au sud de la région. Pour autant, là encore, **à taux de mortalité prématûrée équivalent, le recours à l'angioplastie peut différer nettement**.

Patients sans médecins et densité de cardiologues libéraux

La moyenne régionale de patients (de plus de 17 ans) sans médecin traitant est de 11,2 % en 2024. Ce taux diffère notablement selon les zones. Il en est de même pour la densité de cardiologues. On émettre l'hypothèse que les zones les moins denses en médecin traitant ou en cardiologues libéraux sont celles où les patients auront le plus de difficultés à accéder à l'acte d'angioplastie. **Toutefois, cette relation ne se vérifie pas systématiquement**. Ainsi à pourcentage de patients sans médecin traitant sensiblement égal, le recours à l'angioplastie peut varier en sens contraire.

Lien entre précarité ou défavorisation sociale et mortalité prématuée (avant 65 ans) :

Il existe un lien statistiquement significatif entre précarité sociale et mortalité prématuée avant 65 ans. Ce lien a été documenté selon deux approches : l'une corrélant la mortalité prématuée à la couverture complémentaire solidaire ; et la seconde corrélant la mortalité prématuée à l'indice FDEP pondéré par ZSP. Le taux de mortalité avant 65 ans, sur les années 2018 à 2022, des personnes couvertes par la complémentaire santé solidaire (C2S) en Auvergne-Rhône-Alpes était plus fort d'un tiers par rapport au taux de mortalité prématuée des personnes ne bénéficiant pas de la C2S. De plus, la corrélation entre l'indice de précarité (FDEP 2020 moyen pondéré par ZSP) et l'indice comparatif de mortalité prématuée (mortalité avant 65 ans sur les années 2018 à 2022) reste très élevé.

Enseignements des analyses

1. Ce travail exploratoire des indices de recours à l'angioplastie documente les inégalités territoriales de santé. Celles si sont complexes et d'origine multi factorielles. Le recours à l'angioplastie coronaire fait intervenir des déterminismes liés à l'épidémiologie des populations et des maladies, des déterminants socioéconomiques mais également des critères liés à l'offre de soins aussi bien sur la question du premier et deuxième recours.
2. La densité de plateaux techniques interventionnels est un facteur puissant pour déterminer le recours. La distance de l'usager à ce plateau semble également jouer un rôle.
3. Le fait d'avoir un médecin traitant est très impactant (24 % de chance supplémentaire d'avoir eu une angioplastie coronaire)
4. L'influence de l'âge ; la chance d'avoir eu une angioplastie coronaire diminuant avec l'âge
5. L'indice de défavorisation sociale FDEP est lié à une plus forte mortalité prématuée, probablement par une plus forte exposition aux facteurs de risques cardiovasculaires (hypertension artérielle, tabagisme, surpoids et sédentarité, dyslipidémie et diabète). Cet indice a peu d'influence, sur le recours à l'angioplastie coronaire
6. La distance aux plateaux techniques d'angioplastie a une influence significative qu'au-delà de 45 minutes du domicile du patient, limite à partir de laquelle la probabilité d'avoir eu une angioplastie coronaire diminue
7. La densité de cardiologues libéraux a peu d'impact sur la probabilité d'avoir une angioplastie coronaire. Toutefois l'analyse n'a pas pris en compte les cardiologues hospitaliers

Principe de précaution dans l'analyse des déterminismes à l'angioplastie coronaire.

- Il ne s'agit pas de tirer des conclusions hâtives ou définitives qui s'appliqueraient de manière uniforme à tous les territoires et expliquant cette variabilité des indices de recours à l'angioplastie coronaire. La situation de chaque territoire est différente et l'analyse ne peut être qu'au cas par cas pour chaque ZSP. Cette approche dégage certaines tendances qui sont intéressantes. Les cartes en annexe illustrent les spécificités de chaque territoire.
- Des analyses complémentaires pourraient être nécessaires pour compléter ce travail exploratoire. Une restitution et partage des analyses est proposée aux membres de l'IRAPS.

4 Objectifs pour 2026-2029

- Accompagner les établissements autorisés aux activités d'angioplastie pour mettre en place des filières de prise en charge en cardiologie interventionnelle à l'échelle des territoires infra régionaux pour assurer l'équité d'accès à ces techniques.
- Promouvoir les actions de prévention pour diminuer l'exposition aux facteurs cardiovasculaires notamment dans l'arc de défaveur identifié (inégalités de santé, précarité sociale, marqueurs épidémiologiques, accès aux soins).
- Rester attentif aux conditions d'accès aux dépistages et aux soins ambulatoires pertinents sur des pathologies cardiovasculaires en s'appuyant sur des parcours ville-hôpital.

FACILITER LE PARCOURS DU PATIENT ATTEINT D'INSUFFISANCE CARDIAQUE

① Enjeux régionaux

L'insuffisance cardiaque (IC) fait l'objet d'une mobilisation soutenue des acteurs de santé de la région au regard des enjeux de santé publique et des pistes d'amélioration de la pertinence de ce parcours en particulier autour des hospitalisations potentiellement évitables. Des accompagnements spécifiques ont été proposés par l'Assurance Maladie aux structures sanitaires et d'exercice coordonné pour les sensibiliser à ce parcours, dans l'optique d'un déploiement large en région :

- Près des 2/3 des CPTS d'ARA ont inscrit le parcours IC à leurs travaux et bénéficient d'un accompagnement avec mise à disposition de profils territoriaux et d'outils d'aide à la pratique.
- 26 établissements font l'objet d'un CAQES (Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins), sur ce parcours pour lesquels ils sont accompagnés à travers la mise à disposition d'un profil établissement : 18 structures ont baissé en 2024 leur taux de réhospitalisations.

D'autres dispositifs interviennent en soutien tel que le Prado Insuffisance Cardiaque (en particulier pour les patients en situation de précarité) dans 63 établissements, le développement de la télésanté (dispositifs de télé suivi des patients, téléconsultation post-hospitalisation, télalexpertise).

Les travaux avec les structures et organisations coordonnées se sont essentiellement centrés sur la phase vulnérable de la sortie d'hospitalisation. En sus de l'attention portée à ce segment de parcours, l'enjeu est :

- d'améliorer le diagnostic précoce et la reconnaissance des signes de décompensation,
- d'améliorer l'organisation du suivi des professionnels libéraux, en particulier pour les médecins généralistes isolés.

Un groupe de travail est animé par l'Assurance Maladie depuis 2022. Les travaux, se sont centrés sur la priorisation des soins de second recours en valorisant des outils nationaux (documents du CMG et CNP de la spécialité) et sur la validation d'un kit de soutien éducatif établi avec l'appui du représentant des patients (2024). Ces productions sont relayées aux structures lors des accompagnements de l'Assurance Maladie.

Premier bilan régional :

Compte tenu du fort investissement sur ce parcours Insuffisance Cardiaque et du nombre de CPTS partenaires, une première analyse des indicateurs de suivi de la région a été réalisée, elle objective des résultats particulièrement encourageants.

En 2023 le suivi recommandé des patients insuffisants cardiaques est meilleur dans les territoires de responsabilité des 20 premières CPTS engagées sur le parcours IC (au moins depuis 2 ans), versus le suivi des patients résidant dans les autres territoires de la région :

Indicateurs de moyens du parcours IC	Valeurs 2023	
	CPTS engagées (13 021 patients IC)	AuRA (sauf CPTS engagées)
Taux de patients vaccinés contre la grippe	64,1%	62,1%
Taux de patients vaccinés contre le pneumocoque	18,1%	15,5%
Patients non hospitalisés		
Taux de recours au cardiologue (>= 1 contact)	58,2%	56,3%
Taux de recours aux examens biologiques (carence en fer)	47,9%	45,3%
Patients hospitalisés IC		
Taux de recours MG à 14 jours	42,3%	37,7%
Taux de recours cardiologue à 2 mois	39,6%	35,0%
Taux de recours IDE à 14 jours	58,5%	53,0%

Taux meilleur que la région significativement

L'évolution de ces mêmes indicateurs de moyens de 2018 à 2023, a été positive (évolutions toutes statistiquement significatives sauf pour le recours au MG : amélioration non significative). La région Auvergne-Rhône-Alpes ayant mis en place des actions plus précoce que la plupart des autres régions françaises, il est intéressant de constater qu'elle présente également des **indicateurs de résultats** des soins meilleurs que France entière :

- l'évolution comparative des cohortes de patients repérés insuffisants cardiaques 2018/2019 et des patients 2022/2023 (source ODT CNAM) objective des résultats remarquables pour la région, avec un différentiel d'évolution positive de 0.5 points par rapport à la France entière pour les taux de décès et de 0.6 points pour les taux de réhospitalisations :

Indicateurs de résultat	Cohorte 2018/2019	Cohorte 2022/2023	Evolution entre les 2 cohortes (en points)
Taux de décès AuRA	26.0%	21.2%	-4.8
<i>Taux de décès France</i>	26.8%	22.5%	-4.3
Taux de réhospitalisations à 6 mois AuRA	26.1%	22.6%	-3.5
<i>Taux de réhospitalisations à 6 mois France</i>	27.0%	24.1%	-2.9

Les hospitalisations évitables sont un enjeu majeur en terme économique comme en termes de pronostic et de possibilité de retour à domicile pour les patients. Âge, complexité et comorbidités induisent un besoin d'éducation thérapeutique, d'accompagnement et de suivi MG de ces patients fragiles.

L'objectif de meilleur suivi du patient IC par le MG a d'autant plus de sens que l'ARS a objectivé des difficultés dans l'offre de second recours (cardiologues libéraux ARA : 6,6 / 100 000 hab. ; médiane nationale : 8,4) avec des perspectives d'évolution défavorables.

Par ailleurs, au moins 22 % des résidents d'EHPAD souffrent d'insuffisance cardiaque diagnostiquée (source : bilans Pathos national). La population âgée et fragile des EHPAD présente des comorbidités exposant au risque de développement d'une insuffisance cardiaque, avec un sous-diagnostic de cette maladie d'évolution progressive et une qualité de vie des résidents à améliorer ou préserver.

2 Méthode adoptée

L'accompagnement de l'Assurance Maladie est porté de façon très large vers les acteurs de soin et les patients : les structures de premiers recours (CPTS, MSP), les établissements de soins, et les acteurs libéraux :

A titre d'exemple :

- des documentations et référentiels spécifiques (médecins, infirmiers, pharmaciens),
- des synthèses des cotations existantes pour les professionnels libéraux (en particulier pour l'IC),
- un guide parcours en CPTS prenant exemple sur le parcours IC,
- des campagnes nationales avec mise à disposition de rubriques d'information sur le site ameli.fr

Les opportunités de contractualisation avec l'Assurance Maladie et l'ARS sont l'occasion d'apporter une valorisation financière aux investissements des acteurs : contrats CAQES des établissements MCO, mission socle parcours des CPTS, mission parcours IC en MSP, dispositifs conventionnels des médecins libéraux.

Il est important de souligner l'investissement spécifique de cardiologues membres de l'IRAPS, et associés au groupe de travail ainsi que la représentation des patients.

Les acteurs de santé libéraux sont régulièrement informés des avancées du parcours Insuffisance cardiaque lors des commissions conventionnelles régionales de l'Assurance Maladie en particulier CPTS, Structures pluri-professionnelles et médecins et en IRAPS.

De nouveaux modes d'action sont également engagés par l'Assurance Maladie :

- Démarche « d'aller vers » pour les patients en écart aux soins de médecin généraliste, au regard de l'enjeu d'un suivi régulier par le médecin traitant
- Echanges confraternels spécifiques avec les médecins généralistes les plus concernés par ce parcours (forte patientèle de patients atteints ou à risque d'insuffisance cardiaque)
- Les EHPAD vont dorénavant également bénéficier d'un accompagnement spécifique afin d'améliorer la qualité de vie des résidents IC mais aussi de mieux détecter la maladie et de réduire les hospitalisations liées à l'insuffisance cardiaque

Ces méthodes ont pour ambition à moyen terme :

- D'augmenter le nombre de CPTS engagées dans un parcours IC en lien avec leur(s) établissement(s) partenaire(s),
- D'améliorer la prise en soins des insuffisants cardiaques et donc d'agir sur les réhospitalisations évitables

③ Plan d'actions réalisées en 2025

Des éléments d'accompagnement sur la thématique ont été proposés aux CPTS, afin de les soutenir si elles souhaitent travailler sur l'insuffisance cardiaque. Le profil spécifique à leur territoire leur est apporté, les actualisations successives leur sont adressées en particulier dans le cadre de leur préparation de dialogues de gestion avec les tutelles.

Réalisation et promotion d'un kit soutien éducationnel.

Ce kit a été présenté aux référents organisations coordonnées de l'Assurance Maladie pour assurer une large diffusion dans les départements, et notamment à l'occasion des présentations en commissions conventionnelles. (lien avec la campagne EPON 2025 de l'Assurance Maladie auprès des professionnels de santé et des patients)

Sensibilisation des patients en écart aux soins : actions « d'aller-vers »

- Sensibilisation des patients repérés comme insuffisants cardiaques et en écart aux soins de MG à l'intérêt d'un suivi régulier pour les inciter à consulter : en mai 2024 des courriers ont été adressés par le médecin chef de l'Assurance Maladie à 7 873 patients
- Campagne téléphonique par les infirmières du dispositif Sophia auprès des patients demeurant en écart aux soins de médecin généraliste lors du semestre suivant (S2 2024) : au total 2955 patients ont pu être joints au téléphone et ces patients ont eu au moins un contact avec leur médecin généraliste, de façon plus importante que les patients qui n'ont pas été joints.

Sensibilisation des médecins généralistes

- Réalisation de visites par un praticien de l'Assurance Maladie auprès des médecins généralistes.
- Proposition d'échange autour d'un profil « patientèle à risque d'insuffisance cardiaque » aux 474 médecins ayant une patientèle fortement concernée par les maladies cardio-vasculaires et associées, afin de les sensibiliser au suivi et à la détection des patients insuffisants cardiaques.

Sensibilisation des établissements de santé

- Poursuite des contacts réguliers avec les 26 établissements ayant contracté un CAQES.
- Visites en structures MCO : 63 établissements rencontrés en 2024, nouvelles rencontres programmées en 2025 pour 60 établissements.

Sensibilisation des EHPAD

Un accompagnement spécifique a été réalisé auprès des EHPAD ayant un médecin coordonnateur. Sont proposés des messages à destination du médecin coordonnateur et des équipes, principalement centrés sur la qualité de vie du résident et de l'enjeu des hospitalisations évitables.

4 Objectifs pour 2026-2029

► Poursuivre la promotion du kit « soutien éducationnel » et des outils

- approfondissement de la réflexion autour des rôles des différents acteurs de santé, le cas échéant proposer des témoignages,
- partage avec les cardiologues, référents d'analyses régionales de l'Assurance Maladie, sur des thématiques à très fort enjeu médico-économique, et notamment les traitements de l'amylose cardiaque.

► Assurer la sensibilisation des professionnels lors de visites d'accompagnement

- diffusion régulière auprès des CPTS et autres structures d'exercice coordonné des profils et outils disponibles,
- diffusion auprès des professionnels de santé libéraux des outils d'aide à la pratique : relai des campagnes nationales sur les sites AMELI, information en commission conventionnelles,
- visites des établissements de santé MCO : au moins un accompagnement en 2025/2026 pour messages lors de la VAES ou CAQES (60 structures au total),
- visites des EHPAD : 265 structures sur 2025 / 2026 ou une réunion collective avec mise à disposition d'une documentation spécifique à l'attention du médecin coordonnateur et à l'attention des équipes soignantes,
- diffusion d'informations auprès des fédérations représentées au sein de l'IRAPS.

► Evaluer l'impact des bénéfices de cet accompagnement régional au moyen d'outils statistiques

- suivi des indicateurs de moyens principaux au regard des recommandations médicales de bonne pratique pour le parcours IC : indicateurs de moyens source profils (Assurance Maladie),
- suivi des indicateurs de résultats,
- suivi des taux de réhospitalisation (fort enjeu autour des réhospitalisations évitables)

2.3 ACCOMPAGNER LE PARCOURS DES PERSONNES AGEES

SOUTENIR LE PARCOURS DES PERSONNES AGEES ATTEINTES D'OSTEOPOROSE FRACTURAIRE

① Enjeux régionaux

L'ostéoporose est une maladie osseuse caractérisée par une réduction de la résistance osseuse conduisant à une augmentation du risque de fracture. L'objectif de son traitement est de prévenir la survenue de fractures. Parmi les personnes identifiées avec une fracture par fragilité osseuse, 9 % seulement ont eu une ostéodensitométrie dans les 6 mois suivants la fracture et 7 % ont bénéficié d'un traitement de fond anti-ostéoporotique dans les 3 mois. Après hospitalisation, il est constaté un taux de ré hospitalisation pour fracture ostéoporotique de 6 % dans les 6 mois (source : SNDS, PMSI 2022) ».

En Auvergne-Rhône Alpes, le parcours de la prise en charge de l'ostéoporose fracturaire est une priorité dans le plan d'actions régionales PRAPAPS, et intégré dans le cadre du plan antichute engagé en 2022. L'ARS a constaté sur la base de l'état des lieux régional que les recommandations HAS du repérage et du traitement de l'ostéoporose étaient peu suivies.

Ce sujet est à double enjeux qu'il soit au titre de la pertinence des parcours en limitant les réhospitalisations ou que ce soit au titre de la qualité des prises en charges en lien avec le plan antichute qui engage vers plus de prévention, et de dépistage le plus en amont possible.

L'ostéoporose n'entraîne pas de symptôme au début de son évolution, mais doit être évoquée en présence de facteurs de risque d'ostéoporose. L'ostéoporose peut être diagnostiquée lors de la survenue d'une fracture non traumatique dite de fragilité. Cette fracture survient à la suite d'un traumatisme de faible énergie équivalent au plus, à une chute de sa propre hauteur en marchant.

En Auvergne-Rhône Alpes,

- 66 % des fractures vertébrales ne sont pas diagnostiquées ; elles peuvent être progressives et itératives, le syndrome douloureux peut passer inaperçu (Grade 1 de l'Index de Genant),
- le 1/3 restant va nécessiter une hospitalisation, ce sont les Grades 2 et 3 de l'Index de Genant, ils sont plus douloureux et plus invalidants.

Ces fractures-tassements sont des facteurs prédictifs d'une fracture fémorale. Lors d'une première fracture ostéoporotique du poignet, le risque de récidive de fracture est multiplié par 2 pour les patientes en post ménopause (données ASNAC).

② Méthode adoptée

Depuis février 2022, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes coordonne avec l'aide du Gérontopôle le [plan antichute des personnes âgées](#) sur la région, dans l'objectif de **réduire de 20 %** les chutes mortelles ou invalidantes chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Ces chutes entraînent des conséquences physiques, psychologiques, sociales et marquent une rupture dans la vie des individus et une perte d'autonomie. En Auvergne-Rhône-Alpes, ces chutes sont responsables en 2022 de 22 000 hospitalisations et 3 000 décès chaque année.

Les travaux engagés par le plan antichute réunissent les principaux acteurs de la région autour des leviers possibles d'atteinte des objectifs de réduction des chutes mortelles et invalidantes. Ces travaux ont permis de définir une **méthodologie de ciblage** des actions de prévention/dépistage distinguant trois profils chuteurs

- PA 65 ans et +, autonomes à domicile, n'ayant pas chuté - Prévention primaire.
- PA 65 ans et +, autonomes à domicile, primo-chuteurs - Prévention secondaire.
- PA et plus, dépendantes à domicile ou en EHPAD - Prévention tertiaire

Concernant l'ostéoporose, qui a été particulièrement distinguée comme une cause majeure d'aggravation des chutes et sur laquelle une action efficiente pouvait être réalisée sur chacune des 3 populations définies ci-dessus, un groupe de travail a été constitué. Ainsi les travaux du plan sur la prévention, dépistage et prise en charge de l'ostéoporose sont conduits sous forme d'un groupe de travail, réuni 3 fois depuis avril 2024 et animé par l'ARS et le Gérontopôle. Ce groupe s'appuie sur des membres du Groupe de Recherche et d'Information sur l'Ostéoporose (GRIO) et comprend des représentants de CPTS, d'établissements de santé (rhumatologues et gériatres), de l'URPS pharmaciens, de l'URPS dentistes, de l'URPS infirmiers, des membres de l'association des Médecins coordonnateurs du Rhône, et de la Direction Régionale du Service Médical. Ce groupe a produit des analyses, des synthèses sur les parcours existants et a proposé des outils novateurs.

③ Plan d'actions réalisées en 2025

Les analyses produites répondent aux besoins des professionnels impliqués dans la prévention et prise en charge des chutes des personnes âgées : présentation de parcours et d'expériences efficientes

Le constat d'un déficit et d'une hétérogénéité régionale de prescriptions d'ostéodensitométrie et de traitement de fond dans les 6 mois après la 1ère chute détectée, avait été partagé lors de la 1^{ère} journée régionale en octobre 2023. Une représentation de tous les territoires à cette première journée visait à diffuser ces bonnes pratiques. En avril 2025, l'organisation d'une nouvelle journée régionale du plan antichute a réuni un peu plus de 250 professionnels. Les objectifs de cet événement étaient non seulement de permettre la rencontre des différents acteurs de terrain, mais aussi d'exposer les avancées du plan et notamment les résultats des groupes de travail sur l'ostéoporose (de la prévention à la prise en soin), la iatrogénie médicamenteuse, les parcours de prévention et prise en charge des chutes existants et la communication.

Lors de la table ronde dédiée à l'ostéoporose, les professionnels du Cantal et du Centre hospitalier de Clermont-Ferrand ont présenté le parcours de santé/prévention ostéoporose mis en œuvre, illustrant l'importance d'une approche pluridisciplinaire et pour le CHU de Clermont-Ferrand le rôle central des Infirmiers en Pratique Avancée (IPA).

Le groupe de travail pluridisciplinaire a produit une **boîte à outils de bonnes pratiques** : article d'expert à destination des chirurgiens-dentistes, fiche de prévention à destination des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP). Cette documentation de bonnes pratiques est à présent adaptée pour tous ces professionnels. Il s'agit de la diffuser largement auprès de tous les acteurs qui œuvrent dans le champ du vieillissement dans les années à venir.

④ Objectifs pour 2026-2029

► Sensibiliser les professionnels de santé des MSP et autres structures d'exercice regroupé :

Une fiche action de santé publique « ostéoporose fracturaire – assurer le parcours de prévention, de dépistage, de la prise en charge et du suivi » a été rédigée par l'ARS avec l'Assurance Maladie.

Cette fiche pourra être prise en compte pour le financement prévu dans le cadre des accords conventionnels interprofessionnels (ACI). Elle sera publiée sur le site de l'ARS et du Gérontopôle AURA.

La patientèle visée concerne tous les patients de plus de 65 ans, ceux à risque, les femmes ménopausées quel que soit leur âge et les hommes s'ils présentent des signes d'ostéoporose.

Dans les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, grâce à cette fiche de prévention dédiée à l'ostéoporose, les professionnels de santé (infirmiers, médecins, masseurs-kinésithérapeutes) pourront ainsi :

- repérer les patients à risque d'ostéoporose (ATCD familiaux de fracture du col du fémur, ADTC personnels de fracture, ATCD personnels médicaux, Taille et IMC, facteur de sédentarité, apports calciques quotidiens, consommation de tabac et d'alcool), et possibles causes secondaires (endocrinologie, hémopathie, corticoïdes...) ;
- rechercher les risques associés (chutes, malnutrition et dénutrition, hygiène de vie, adaptation de son intérieur de vie...) ;
- informer le patient (mettre en œuvre des mesures de prévention et de soutien éducationnel) ;
- prescrire les examens nécessaires au diagnostic, et le cas échéant la prise en soins : ostéodensitométrie, bilan dentaire, bilan biologique d'ostéoporose, consultation diététique si besoin ;
- orienter le patient et assurer le suivi du patient en particulier le suivi de son traitement de fond.

► Etendre la fiche ostéoporose fracturaire aux professionnels des CPTS et centres de santé.

L'Assurance Maladie mettra à disposition des référents CPTS concernés le profil du territoire et le mémo synthétique de sensibilisation des professionnels à la thématique.

► Prévenir le refus de traitement en sensibilisant les chirurgiens-dentistes au bénéfice du traitement

Afin de lever les freins des dentistes devant le traitement anti ostéoporotique par biphosphonates pouvant entraîner dans de très rares cas une ostéonécrose de la mâchoire et de diffuser les dernières connaissances scientifiques sur la mesure des bénéfice-risques de ces traitements, le groupe de travail interprofessionnel a réalisé un article d'expert. Cet article est publié par les sites internet :

- de l'ARS: [Outils pour lutter contre les chutes des personnes de 60 ans et plus | Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes](#)
- du Gérontopôle: [Rapport-Bénéfice-Risque-des-Bisphosphonates-dans-le-Traitemen](#)
[t-de-lOsteoporose-Post-Menopausique.pdf](#)

Plusieurs actions de communication sont proposées : publication dans la revue trimestrielle de l'URPS Chirurgiens-Dentistes, diffusion de l'article aux médecins coordonnateurs des EHPAD de la région.

► Sensibiliser et former les médecins en EHPAD grâce à des guides référentiels pour améliorer les prises en soins de l'ostéoporose du résident

L'ARS et le Gérontopôle et leurs principaux partenaires diffusent ces fiches pratiques à destination des médecins coordonnateurs et médecins traitants.

Mémo à destination des médecins coordonnateurs des EHPAD accessible sur les sites internet ARS Gérontopôle et l'association des médecins coordonnateurs du Rhône (AMC69). [Documents accessibles](#). Ce document sera également adressé directement aux médecins coordonnateurs de la région par le Gérontopôle AURA et l'AMC69. Ce mémo a été élaboré par les représentants de l'association des médecins coordonnateurs du Rhône (AMC69), des gériatres et rhumatologues hospitaliers et validé par le comité scientifique du GRIO (groupe de recherche et d'information pour l'ostéoporose). Il inclut des QR codes permettant le lien avec les recommandations GRIO, des éléments pratiques sur la prescription d'Aclasta et un QR code permettant le lien avec l'article précité sur le rapport bénéfice risque des biphosphonates dans le traitement de l'ostéoporose fracturaire

Fiches pratiques mémo à destination des médecins généralistes, avec les spécificités en lien avec l'âge et la polyopathologie du public d'EHPAD (recommandées par l'Assurance Maladie et celles par GRIO). [Documents accessibles](#) sur le site de l'ARS et sur le [site du Gri](#)

► Renforcer le lien ville hôpital grâce à l'action des IPA dans le parcours de l'ostéoporose fracturaire

Le groupe de travail a mis en avant un manque de coordination dans le parcours « ostéoporose » qui peut expliquer le manque de suivi des recommandations HAS sur la prise en charge de l'ostéoporose fracturaire. L'ARS et les professionnels de santé du groupe de travail (rhumatologues et gériatres) travaillent à une consolidation du parcours de l'ostéoporose fracturaire, notamment en sortie d'hospitalisation, avec la mise en place d'Infirmiers en Pratiques Avancées. Les objectifs des IPA seront de s'assurer que le traitement initial après une fracture ostéoporotique soit bien mis en place ou soit renouvelé et de diminuer les patients perdus de vue.

► A moyen terme, d'autres chantiers sont à approfondir

- **Sensibiliser les professionnels à la qualité du soin des pieds** chez les personnes âgées pour limiter les risques de chute en impliquant notamment les pédicures-podologues : partage / amélioration des outils existants dans un groupe de travail interprofessionnels (ESMS, domicile, URPS) et communication ciblée auprès des professionnels et des bénéficiaires.
- **Accompagner le parcours ICOPE** (entrant en phase de généralisation des expérimentations article 51) pouvant être un levier efficace pour renforcer la promotion des actions de prévention des chutes. Ces actions de sensibilisation pourraient être relayées par le Gérontopôle et les partenaires de l'ARS (CARSAT, conseils départementaux, Assurance Maladie, etc.)
- **Déployer le dispositif EQLAAT** en accompagnant le recours aux aides techniques prescrites par les médecins aux personnes concernées avec l'appui des professionnels de santé (ergothérapeutes, masseurs-kinésithérapeutes)

REFORCER LES BONNES PRATIQUES DE PRISE EN CHARGE POUR PREVENIR LES CHUTES

1 Enjeux régionaux

La iatrogénie médicamenteuse est un facteur de risque de chutes davantage fréquent chez les personnes âgées, et particulièrement celles soumises à une polymédication. En France, 1 personne sur 2 âgée de 65 ans et plus est en situation de polymédication (plus de 5 molécules délivrées au moins 3 fois dans l'année). Certaines études ont ainsi montré que les effets indésirables médicamenteux étaient, en moyenne, deux fois plus fréquents après 65 ans. Certains médicaments sont bien connus pour augmenter ce risque de chutes : on les appelle les FRIDs ('Fall-risk increasing drugs'). Les principales classes médicamenteuses concernées sont les médicaments du système nerveux central, les antihypertenseurs et les vasodilatateurs, les antidiabétiques hypoglycémiants, et les antalgiques.

Le Schéma Régional de Santé (SRS) 2023-2028 consacre un axe majeur à l'amélioration de la qualité, de l'efficience et de la résilience du système de santé via un levier qualité destiné à assurer un renfort de la pertinence et de la sécurité des soins. Un des enjeux stratégiques pour 2028 est de poursuivre et renforcer les actions de prévention du risque iatrogénique chez le patient âgé fragile. Cet objectif s'inscrit également dans les orientations du plan antichute national dont la mise en œuvre est confiée à l'Agence Régionale de Santé.

Également, dans le cadre du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins (CAQES), les établissements de santé MCO de la région sont incités à entreprendre une démarche de réduction des médicaments potentiellement inappropriés (incluant les FRIDs) chez le sujet âgé en se structurant au sein de l'ES en équipe pluriprofessionnelle. Cette démarche inclue également la promotion d'actions favorisant la persistance de l'expertise hospitalière après la sortie du patient.

2 Méthode adoptée

Un groupe de travail régional « iatrogénie médicamenteuse » a été constitué en juin 2024 réunissant des représentants des acteurs historiques hospitaliers, OMEDIT, ARS et Gérontopole, avec la participation d'un médecin coordonnateur, deux gériatres et l'URPS Pharmaciens. Ce groupe est force de propositions notamment dans le cadre de la prévention des chutes. Le dispositif régional se structure en 2024-2025 autour d'un comité de pilotage qui souhaite prendre en compte l'**intégralité du parcours du résident d'EHPAD chuteur**, avec bien souvent un ou plusieurs passages aux urgences, suivis d'hospitalisations ou non, avant un retour à l'EHPAD. La problématique du résident d'EHPAD qui chute en lien avec une éventuelle iatrogénie médicamenteuse, ne concerne donc pas uniquement le secteur médico-social et ses interlocuteurs (les médecins libéraux en particulier), mais aussi le secteur sanitaire et notamment le service d'accueil des urgences.

La **démarche d'Optimisation de la Prise En Charge Médicamenteuse du Sujet Agé et de Prévention de l'Iatrogénie Médicamenteuse (OPECM-SA)** a pour objectif de renforcer ce lien ville hôpital et hôpital ville, pour une méthodologie d'approche commune. Pour 2025-2026, l'ARS finance une action d'adaptation d'OPECM SA et le déploiement de formations auprès de professionnels ciblés. Des sous-groupes se répartissent les travaux se mobilisent des représentants des professionnels ciblés avec pour objectifs :

- la conception de modules de formation,
- la proposition d'actions de communication,
- la préparation de l'évaluation.

Les actions ciblées dans le cadre du plan antichute reposent essentiellement sur des actions de sensibilisation et les formations des médecins et des pharmaciens. L'approche régionale choisie a permis de mobiliser également les pharmaciens de CHU sur le projet, de construire et diffuser des outils adaptés à chacun. Les actions ont été conduites en ciblant deux profils de publics : les résidents en EHPAD d'une part, et les personnes âgées hébergées à leurs domiciles.

③ Plan d'actions réalisées en 2025

Le choix du groupe de travail a été de conduire des actions de sensibilisation **en priorité auprès des résidents d'EHPAD**. Les professionnels, acteurs de la juste prescription des résidents d'EHPAD ciblés sont les suivants :

- médecins libéraux intervenant en EHPAD,
- médecins coordonnateurs d'EHPAD,
- pharmaciens d'officine intervenant en EHPAD,
- équipe pharmaciens/gériatres des établissements sanitaires de santé, accueillant les résidents d'EHPAD aux urgences suite à une chute.

Les professionnels de santé à accueillir dans ces actions formations et de sensibilisation ont été attentivement recensés pour couvrir largement les besoins communs de pratiques. Le groupe de travail ayant retenu que près d'un quart des EHPAD étaient sans médecin coordonnateur (soit 220 structures pour les 925 EHPAD), ces structures devenaient prioritaires pour cette campagne.

Le programme d'actions de formations a été priorisé en EHPAD et validé par le groupe de travail et le comité de pilotage régional en 2025. Ces actions prioritaires se déroulent dès l'année 2025 de la manière suivante.

Les structures et les professionnels retenus et invités à suivre ce programme de sensibilisation sont :

- les EHPAD avec médecin coordonnateur,
- les EHPAD d'au moins 1 filière gérontologique par département (si existante) en priorisant les filières structurées et dynamiques,
- les EHPAD de la ou des filières gérontologiques rattachées aux établissements sanitaires,
- les établissements sanitaires au sein desquels il a été proposé de s'adresser :
 - o d'abord aux structures sanitaires publiques
 - o puis aux centres hospitaliers affiliés aux groupements hospitaliers de territoires (GHT),
 - o et enfin aux structures n'appartenant pas à des GHT.

Plusieurs modules de formation ont été élaborés ; proposant le choix de deux options pour les filières gérontologiques :

- soit ces formations sont portées par l'équipe pharmaciens/gériatres des centres hospitaliers concernés auprès des médecins libéraux et des médecins coordonnateurs de ces EHPAD - s'ils le souhaitent et s'ils ont bénéficié de la formation.
- soit ces formations sont assurées par l'équipe OPECMSA du groupe iatrogénie du plan antichute.

Par ailleurs, l'Assurance Maladie a engagé en 2025 une **action de sensibilisation des personnels aux risques de la polymédication chez les personnes âgées**. Il s'agit d'améliorer les pratiques de prescription et prévenir le risque d'événements médicamenteux indésirables.

Cette action a été conduite dans le cadre d'un programme de visites des EHPAD par l'Assurance Maladie avec les objectifs suivants :

- repérer les polymédications (10 molécules et plus au moins 3 fois dans l'année),
- réaliser une revue partagée des Médicaments Potentiellement inappropriés (MPI)
- mener des actions de sensibilisation au risque iatrogénique,
- inciter à l'optimisation médicamenteuse via la mise en œuvre du bilan partagé de médication (BPM) avec les pharmaciens d'officine ou via la conciliation médicamenteuse à l'hôpital.

4 Objectifs pour 2026-2029

Concernant le plan antichute

- ▶ Assurer la promotion du livret des formations grâce aux canaux de communication auprès des professionnels en respectant le plan de priorisation (en EHPAD et hors EHPAD).
- ▶ Construire et adapter les modules de formation en fonction des besoins des professionnels en tenant compte des avis de leurs représentants et des institutions pilotes du plan antichute (format, habilitation) : les médecins libéraux (en particulier les médecins traitants des résidents en EHPAD), les médecins coordinateurs, et les pharmaciens.
- ▶ Proposer le programme de formation, avec l'appui de l'Assurance Maladie et des URPS, à destination des professionnels accompagnant les personnes âgées ne résidant pas en EHPAD : médecins libéraux et pharmaciens d'officine.
- ▶ Etendre les formations aux professionnels de santé exerçant dans les CPTS et s'adressant spécifiquement aux personnes âgées.

Concernant la sensibilisation des personnels en EHPAD

- ▶ Poursuivre les actions de sensibilisation par la réalisation d'un programme de visite en EHPAD. Pour 2025-2026, l'objectif est de proposer une visite ou une réunion collective à 265 structures (médecin coordinateur, équipes soignantes). Un profil relatif aux pratiques de l'établissement leur sera fourni avec un focus sur les médicaments potentiellement inappropriés (MPI).

2.4 PROMOUVOIR LA PERTINENCE DE LA JUSTE PRESCRIPTION ET LUTTER CONTRE LA IATROGENIE MEDICAMENTEUSE

LA JUSTE PRESCRIPTION EN ETABLISSEMENTS DE SANTE ET MEDICO-SOCIAUX POUR LA GERIATRIE

1 Enjeux et état de la situation actuelle

La campagne « Choisir avec soin » vise à informer les patients et les médecins afin qu'ils puissent dialoguer en toute connaissance de cause sur la pertinence de tels ou tels traitements ou examens. Il s'agit de permettre aux patients et aux soignants de disposer d'une information fiable et validée, indépendante des laboratoires pharmaceutiques ou des fabricants de dispositifs ou de matériels médicaux, dans l'objectif de limiter les actes et les traitements inutiles. Cette initiative « **Choisir avec soin** » recense 250 recommandations de bonnes pratiques, élaborées par des sociétés savantes d'après les dernières données de la littérature scientifique, celles-ci sont classées par spécialité médicale.

De nombreux décès et hospitalisations sont liés à une erreur médicamenteuse ou à un effet indésirable médicamenteux ; ces constats sont similaires dans toutes les régions.

- Les personnes âgées sont concernées prioritairement puisque les éléments iatrogènes sont 2 fois plus fréquents après 65 ans. Ces accidents entraînent des conséquences graves : 10 % des hospitalisations chez les sujets âgés et près de 20 % chez les octogénaires. Une estimation de 30 à 60 % des événements iatrogènes seraient évitables. [source : ADSP, n°27 juin 1999 : risque iatrogène et population âgée, p41]
- La polypathologie est associée à une polymédication : plus de 10 % des plus de 75 ans prennent quotidiennement entre 8 et 10 médicaments (Cnam - 2012). La consommation moyenne des plus de 75 ans est de 3 à 4 médicaments par jour +2 en automédication. La polymédication reste un facteur de risque d'évènement indésirable médicamenteux, de mauvaise observance et de majoration des coûts de prise en charge.

Dans le cadre de « Choisir avec soin » la société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) a travaillé sur 5 situations à haut risque de non pertinence en termes de prescription et sur des boîtes à outils pour chacune d'elles. Elle propose également, des campagnes d'évaluation régulière des pratiques professionnelles (revues de pertinence des soins).

En 2025, 4 situations parmi les 5 disponibles ont été retenues par le groupe de pilotage de la campagne.

- Recommandation « Bandelettes urinaires/ECBU » (infection urinaire) :
 - o En l'absence de symptômes cliniques urinaires, il n'y a d'indication ni à une analyse d'urine ni à un traitement antibiotique.
- Recommandation « benzodiazépines » :
 - o En cas d'anxiolytiques ou d'hypnotiques depuis plus de 3 mois, une dynamique de déprescription doit s'engager à partir d'un échange avec le patient.
- Recommandation « antipsychotique » :
 - o En cas de symptômes psychocomportementaux chez une personne atteinte d'un trouble neurocognitif majeur, les antipsychotiques ne doivent être prescrits qu'en dernier recours et pour une durée définie.
- Recommandation « IPP » :
 - o Tout traitement par inhibiteurs de la pompe à protons long cours (durée de prescription supérieure à 8 semaines) doit faire l'objet d'une dynamique de déprescription si aucune indication ne persiste.

L'objectif est d'améliorer la pertinence des prescriptions médicamenteuses chez la personne âgée de plus de 75 ans, en ayant tenant compte des enjeux constatés pour la région :

- Favoriser la qualité des soins et replacer la personne âgée au cœur du soin quel que soit son secteur de prise en charge (sanitaire et médico-social),
- Développer une logique de parcours de soins,
- Développer des indicateurs d'efficacité clinique (au-delà des indicateurs de sécurité).

② Méthode adoptée

Il a été proposé aux établissements de la région Auvergne-Rhône-Alpes (établissements de santé signataires ou pas d'un CAQES et établissements médico-sociaux) de participer à cette campagne d'évaluation de pratiques professionnelles. Les structures volontaires qui se sont engagées (MCO, SMR, EHPAD ou USLD) ont répondu sur leurs modalités de prescriptions pour les recommandations de leur choix parmi les 4 proposées.

La collecte des données dure 6 semaines. Pour chaque recommandation les professionnels disposent de :

- une grille d'évaluation des pratiques professionnelles (nécessite un audit de 30 dossiers sur un jour donné),
- une saisie des résultats sur une application connectée ou un site internet pour assurer le recueil et production de rapport de résultats automatisés,
- un logigramme et des indicateurs de non-pertinence pour suivre les recommandations.

La participation des ES et EHPAD nécessite de respecter la méthode suivante.

- L'établissement qui s'engage dans la démarche peut s'évaluer sur une ou plusieurs recommandations (parmi les 4 recommandations retenues dans la région Auvergne-Rhône-Alpes).
- Le jour J, l'établissement tire au sort 30 dossiers (algorithme de décisions) et examine si les prescriptions correspondent aux recommandations. Il s'agit de déterminer le nombre de prescriptions non pertinentes.
- la participation nécessite environ 1h30 de travail par recommandation (saisie en ligne, rapport de résultats automatisé. L'établissement a les résultats de suite, ce qui a du sens pour lui. Les professionnels mobilisés pour la saisie des données selon la structure sont le médecin coordonnateur, le gériatre ou le pharmacien.

Cette démarche s'inscrit dans la durée grâce à une approche inter-régionale d'évaluation de pratiques professionnelles dont les objectifs sont de :

- sensibiliser les professionnels aux recommandations et faciliter leur appropriation ;
- permettre aux professionnels de santé de s'évaluer/ se questionner par rapport à certaines pratiques ciblées par la SFGG comme étant à risque de non-pertinence ;
- inciter à mettre en place des actions d'amélioration afin de réduire les pratiques non pertinentes.

③ Plan d'actions réalisées en 2025

Cette organisation s'est réalisée avec l'appui des principaux acteurs (CEPRAAL, OMEDIT, l'ARS, la DRSM, les usagers, le CRATB) ainsi que de gériatres ou de spécialistes du vieillissement (HCL, CHU Clermont-Ferrand, EHPAD Chazelles-sur-Lyon et de St Symphorien sur Coise). Le périmètre des établissements cibles ainsi que les recommandations visées par le recueil ont été validés par les membres du groupe projet. Pour l'année 2025, le calendrier a été le suivant :

- Engagement des établissements (formulaire en ligne) : janvier 2025.
- Diffusion des recommandations (kit fourni) : fin janvier 2025.
- Recueil des données : de fin janvier à fin février 2025.
- Restitution régionale : webinaire mi-mars 2025.

Dans le cadre de cette première initiative, la région Auvergne-Rhône-Alpes a recensé la participation de 45 établissements et 109 services (USLD, MCO, SMR, EHPAD). Dans cette campagne, les EHPAD ont représenté 37 % des participants (principalement des EHPAD hospitaliers). Pour comprendre les résultats des pratiques de la région analysés par les gériatres de l'équipe projet, il est possible d'accéder aux documents présentés le 17 mars 2025 par le groupe de pilotage régional lors d'un webinaire (diaporama, replay) disponible sur le site du CEPPRAAL.

[Présentation PowerPoint](#) ; [Webinaire de présentation des résultats régionaux "Campagne Choisir avec soin en gériatrie en Auvergne-Rhône-Alpes"](#)

4 Objectifs pour 2026-2029

► **Renouveler la démarche de promotion de la juste prescription dans les services accueillant des personnes âgées de plus de 75 ans (MCO, SMR, USLD et EHPAD)**

Les membres du groupe de pilotage régional souhaitent pouvoir ajouter pour la campagne en 2026 la 5^{ème} recommandation de la SFGG : « Dialogue sur la nature de l'accompagnement ». Il s'agit de mener des entretiens de 20 minutes auprès des patients pour les ES (si possible 10 personnes par structure). Un appui des représentants d'usagers et une participation de France Assos Santé dans le comité de pilotage sont envisagés.

► **Poursuivre la dynamique inter-régionale des revues de pratiques pour l'application des recommandations de la SFGG dans les services accueillant des personnes âgées de plus de 75 ans (MCO, SMR, USLD et EHPAD)**

Le groupe de travail national composé de gériatres membres de la SFGG, de représentants d'usagers, et des structures régionales d'appui (SRA) à la qualité des soins et la sécurité des patients adresseront une communication sur la revue des pratiques constaté dans les 9 régions participantes en 2024-2025 d'ici la fin d'année 2025.

► **Accompagner les établissements demandeurs avec l'appui d'experts selon les cas (gériatres de la SFGG, CEPPRAAL, équipe OMEDIT, etc.)**

LA JUSTE PRESCRIPTION EN STRUCTURES D'EXERCICES COORDONNES POUR LES SOINS PRIMAIRES

① Enjeux régionaux

La région Auvergne-Rhône-Alpes fait de la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées une priorité structurante de son PRS 2018-2028. L'enjeu central est la réduction de la polymédication et l'amélioration de la pertinence des prescriptions, avec une attention particulière aux transitions de soins entre la ville et l'hôpital. Cette orientation se traduit par la promotion des bilans partagés de médication et par le renforcement des pratiques de pharmacie clinique tout au long du parcours de soins.

Ce cap stratégique s'appuie sur des expérimentations régionales déjà menées. Dans le Roannais (2016-2018), le programme PAERPA a permis de consolider les liens domicile-ESMS-hôpital, d'outiller la conciliation médicamenteuse à la sortie via une fiche dédiée remise au patient et d'observer des retombées favorables sur les recours aux urgences et aux hospitalisations. Ces acquis nourrissent la démarche actuelle en posant la conciliation comme un levier concret de sécurisation des prescriptions à chaque étape du parcours.

Parallèlement, le programme régional OPECM-SA, initié dès 2012, a structuré une dynamique pluridisciplinaire avec les URPS et les Ordres professionnels. Démarrée autour du CH Annecy Genevois et de 37 EHPAD, cette démarche a produit des outils opérationnels (grilles d'audit du circuit du médicament, livrets, listes préférentielles gériatriques, « règle des 5B », etc.) et s'est progressivement étendue : au CHU Grenoble Alpes avec 48 EHPAD (bassin Sud-Isère) puis, en 2021, au CHU de Saint-Étienne avec 27 EHPAD (bassin stéphanois). Cette montée en charge traduit la volonté de diffuser des pratiques homogènes et éprouvées sur l'ensemble du territoire.

Concernant plus particulièrement les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) prescrits hors recommandations AMM, l'Assurance Maladie a mené avec l'appui de 2 experts PU-PH cardiologue et Gérontopôle de la région une campagne de sensibilisation des médecins généralistes prescrivant des IPP dans ces situations. La campagne a porté sur les prescriptions d'IPP associant 1 anti agrégeant ou 1 anti-coagulant.

Ces prescriptions concernent très majoritairement des personnes âgées polymédiquées et sont à risque de iatrogénie.

② Méthode adoptée

La feuille de route se décline en trois axes complémentaires :

- en ville, mobilisation des professionnels (revues pluriprofessionnelles, revues de prescriptions)
- à l'hôpital, déploiement de la pharmacie clinique (conciliation à l'entrée et à la sortie, analyses pharmaceutiques) ;
- en transversal, sécurisation notamment à la sortie, par un partage d'informations renforcé au-delà de la lettre de liaison en s'alignant sur les recommandations du Ségur numérique

Les publics ciblés sont prioritairement les personnes de 75 ans et plus, non résidentes d'EMS, hospitalisées en court séjour et polymédiquées (plus de huit molécules pendant au moins six mois). Les classes à risque prioritaires concernent les médicaments cardiovasculaires (dont anticoagulants), les psychotropes et les antalgiques/anti-inflammatoires.

Enfin, la région organise un déploiement par « micro-territoires » associant CPTS/MSP et établissements volontaires, avec un calendrier d'ateliers et de groupes de travail, un recensement/partage des outils disponibles et une capitalisation des expérimentations nationales (PAERPA, ICOPE). Les indicateurs suivis sont : « iatrogénie médicamenteuse potentielle » et « polymédication en ville et à l'hôpital », complétés par un indicateur de « qualité des échanges numériques » (réalisation de la conciliation à l'entrée et à la sortie). L'ensemble dessine un cadre régional cohérent, articulant stratégie, outillage et évaluation pour réduire durablement l'iatrogénie chez les aînés.

3 Plan d'actions réalisées en 2025

Dans le cadre du GT IRAPS constitué initialement, outre la réflexion engagée sur un « parcours » type, l'accompagnement qui pouvait être proposé a également été défini, à savoir :

- un appui autour de l'identification de l'équipe primaire et du lien ville-hôpital,
- un appui à l'initiation des RCP
- des formations sur le thème de l'iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé.

Lors d'un webinaire, un accompagnement a été proposé à l'ensemble des CPTS de la région dès 2023. Parmi les structures volontaires, 4 CPTS ont été sélectionnés à la suite de l'appel à manifestation d'intérêt lancé au premier trimestre 2023. Entre 2023 et 2025, l'accompagnement s'est donc structuré autour des problématiques, attentes et contraintes territoriales de chacune des CPTS retenues

Concernant les inhibiteurs de la pompe à proton, une campagne d'accompagnement a été menée par l'Assurance Maladie auprès des médecins traitants les plus concernés en présentant un mémo et deux témoignages (cardiologues et gériatres). La liste de leurs patients potentiellement concernés leur a été transmise afin de les inciter à réévaluer la pertinence du traitement. Ces patients ont reçu un courrier les invitant à consulter leur médecin traitant pour que celui-ci puisse se prononcer sur la poursuite ou non du traitement. L'évaluation de cette campagne menée en 2024 auprès de 1162 médecins généralistes et plus de 18 000 patients, a objectivé un taux de déprescription de 13 % (versus 4.7 % pour le groupe témoin)

4 Objectifs pour 2026-2029

- ▶ **Capitaliser sur les expériences de terrain** en recensant les organisations mises en place avec succès, les facteurs de réussite et les outils qui ont pu être développés/utilisés
- ▶ **Elaborer un kit d'accompagnement** à destination des CPTS voire des structures d'exercice coordonné (maison de santé pluriprofessionnelles par exemple). Ce kit contiendra une Boîte à outils constitué d'éléments issus du retour d'expérience, personnalisable (à titre d'exemple, il pourrait s'agir de grille d'analyse des prescriptions, d'outils méthodologiques pour la mise en place de RCP, d'informations sur les outils d'échanges d'information entre professionnels libéraux et/ou avec l'hôpital) et des supports de formation/sensibilisation à la juste prescription chez le sujet âgé ; supports sur les pratiques de prescription à risque iatrogène, notamment mémo de l'Assurance Maladie sur les IPP en association avec un antiagrégant (AAP) ou un anticoagulant.
- ▶ **Mettre à disposition du kit méthodologique et accompagnement** auprès des CPTS et MSP volontaires
 - Identification de CPTS/MSP intéressées (outil de communication à définir : webinaire, newsletter, mailing...)
 - Accompagnement des CPTS qui souhaitent s'engager dans la démarche (ARS/OMEDIT/AM).
- ▶ **Renforcer la sensibilisation des médecins et les pharmaciens** à la juste prescription des inhibiteurs de la pompe à proton et les enjeux en matière de iatrogénie

LE BON USAGE DES PRESCRIPTIONS HOSPITALIERES EXECUTEES EN VILLE

1 Enjeux régionaux

Enjeux économiques

En 2023, en France les dépenses totales de prescriptions hospitalières exécutées en ville s'élevaient à 21,5 milliards d'€, représentant 21 % des dépenses de soins de ville. Les **produits de santé et les transports de patients** représentent les postes pour lesquels la part des prescriptions hospitalières exécutées en ville est la plus importante. Ces deux postes de dépenses font l'objet depuis 2011 d'indicateurs et de plans d'actions nationaux, basés notamment sur la communication et sur le recours à des leviers contractuels. [Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale 2024, annexe 1- maladie, page 203].

En Auvergne-Rhône-Alpes, les dépenses liées aux produits de santé représentent en 2023, tous régimes, 4,57 milliards d'€, dont 45 % sont issus des prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV), soit 1,86 milliard d'€ en 2023. Ces enjeux économiques sont suivis attentivement dans la région. Les dépenses liées aux PHEV de médicaments et produits de la liste des produits et prestations (LPP) présentent une évolution très dynamique depuis 2020. Dans les établissements publics, elles ont augmenté de 6,4 % en 2020, 20,4 % en 2021, 12 % en 2022 et 10,8 % en 2023.

Quant aux transports de malades, prescrits par les établissements de santé et les établissements médico-sociaux, représentent 451,34 millions d'€ en 2024 soit près des trois quarts des dépenses totales de transport remboursées dans la région.

Enjeux environnementaux

En 2025, le ministère de la Santé et l'Assurance Maladie soutiennent la démarche de soins éco-responsables qui vise à offrir une prise en charge de qualité, sécurisée et pertinente, tout en réduisant l'impact environnemental. La pertinence des soins prend une dimension économique, sociale et responsable : il s'agit de faire un pas vers une santé décarbonée. En effet, le secteur de la santé est à l'origine d'environ 8 % des émissions de gaz à effet de serre de la France. D'après le rapport Décarboner la santé pour soigner durablement du Shift Project en 2023, ces émissions proviennent principalement de la chaîne de production des médicaments (29 %) et des dispositifs médicaux (21 %).

- le comité pour le développement durable en santé (C2DS) et le Résomédit, ayant conduit une étude nationale impliquant 210 établissements de santé en septembre 2025, a montré que plus de 30 % des médicaments jetés à l'hôpital le sont en raison du dépassement de leur date de péremption.

Parmi les principales causes d'émissions de gaz à effet de serre dans le secteur de la santé en France, les transports utilisés par les employés et les patients se placent en quatrième position (13 %). Agir sur la meilleure organisation des transports et sur la bonne adéquation des prescriptions contribue à la stratégie de maîtrise de l'impact environnemental du système de santé.

2 Méthode adoptée

Deux leviers d'actions sont mobilisés : le CAQES, et l'accompagnement des établissements de santé.

Le CAQES Le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins (CAQES) se pose en complémentarité avec les autres dispositifs existants : incitation financière à la qualité (IFAQ), certification. Le CAQES est complémentaire du Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé entre l'ARS et les établissements de santé.

En Auvergne-Rhône-Alpes, le comité de suivi du dispositif CAQES associe les représentants de l'ARS, de l'Assurance Maladie, l'OMEDIT et les fédérations hospitalières. Ce comité se réunit a minima annuellement dans le cadre de l'évaluation des résultats des établissements signataires.

Un cadre précis est défini dans le modèle de contrat-type qui contient des indicateurs relatifs aux prescriptions hospitalières d'IPP, de perfusions et de pansements délivrés en ville. Il a été convenu de retenir un indicateur complémentaire régional portant spécifiquement sur le champ des prescriptions hospitalières de produits de santé. Cet indicateur régional permet aux établissements signataires de **choisir 3 ou 2 classes de médicaments ou de LPP** (liste des produits et prestations remboursables) sur lesquels ils souhaitent s'engager avec la mise en place de plans d'actions évalués de façon qualitative par les pharmaciens-conseil de l'Assurance Maladie.

- Les établissements opèrent leurs choix sur des considérations qui peuvent être soit d'ordre financier, grâce aux données fournies régulièrement par l'Assurance Maladie, soit d'ordre qualitatif en termes de bon usage.
- A ce jour, les établissements de santé de la région sont engagés sur des thématiques produits de santé qui portent principalement sur **l'efficience des prescriptions** (biosimilaires, répertoire des génériques, pansements, PPC), tout en continuant à développer des **actions en faveur de la qualité** (antibiotiques, IPP et antalgiques par exemple).

Le CAQES s'est imposé comme un levier pour agir sur les dépenses de transport en s'appuyant sur le taux d'évolution des dépenses à ne pas dépasser. En 2022, les modalités du CAQES ayant évolué pour plus de lisibilité, celui-ci prend en compte les efforts fournis par les établissements en matière de transports. L'indicateur retenu vise à diminuer la prescription d'ambulance, au bénéfice des transports assis professionnalisés (TAP – VSL ou Taxi). Il laisse entrevoir la progression possible d'une meilleure indication médicale du mode de transport, et permet d'avoir une action pédagogique auprès des prescripteurs en établissement. La connaissance des montants prescrits par structure et par mode de transports est nécessairement à partager.

L'indicateur retenu est la part attribuée à l'ambulance par rapport aux montants remboursés par l'Assurance Maladie prescrits en ambulance et en TAP (VSL et Taxi) et financés sur l'enveloppe de ville de l'établissement (hors article 80). L'objectif de l'établissement est d'obtenir le ratio le plus faible possible. L'objectif est d'améliorer la pertinence des prescriptions des professionnels de santé exerçant en établissement, dans le choix du mode de transport le plus adapté à l'état de santé des patients.

La prescription de transport est un acte médical. Le médecin prescripteur doit s'appuyer sur le référentiel de prescription médicale de transport, publié par arrêté du 23 décembre 2006 – J.O du 30.12.2006 prévu à l'article R 322.10 du code de la sécurité sociale. Celui-ci précise tous les éléments d'incapacité ou de déficience en lien avec l'état de santé du patient orientant sur le mode de transport adéquat.

L'ambulance est indiquée pour les patients nécessitant un transport obligatoirement en position allongée ou demi-assise, avec brancardage ou portage, une surveillance par une personne qualifiée ou nécessitant l'administration d'oxygène ou un transport devant être réalisé dans des conditions d'asepsie. L'appropriation de ces bonnes pratiques est essentielle.

La VAES

Dans le cadre d'orientations partagées avec l'ARS, l'Assurance Maladie engage depuis 2024 une démarche d'accompagnement dite « VAES » (Visite Annuelle en Etablissement), qui porte également sur des thèmes en lien avec les prescriptions hospitalières. La visite annuelle correspond à l'instauration d'un rendez-vous annuel récurrent entre l'Assurance Maladie et la direction générale de l'établissement de santé, portant sur la globalité des thèmes de travail communs.

Cette visite est l'occasion d'échanger autour de composantes médico-administratives, sur les priorités de gestion du risque portées par l'Assurance Maladie et d'identifier des problématiques propres à l'établissement. Un dialogue peut ainsi s'établir autour de ces priorités pour identifier comment l'établissement de santé se positionne par rapport à elles et dans quelle mesure il peut contribuer à agir. L'un des objectifs de cette visite annuelle est de construire avec l'établissement de santé, une feuille de route, voire un plan d'action sur le long terme (pluriannuel), sur des priorités et enjeux partagés de gestion du risque (GDR) pour lesquels l'ARS est tenu informée par le réseau des délégations départementales.

Les actions inscrites à cette feuille de route peuvent être :

- Des actions d'accompagnement proposées par l'Assurance Maladie dans une posture d'offre de service répondant à un besoin exprimé par l'établissement ou inscrites dans un programme national de gestion des risques (GDR).
- Des actions mises en œuvre à l'occasion d'un ciblage dans le cadre d'un programme annuel de GDR, dont les ES ont été préalablement et dûment informés.
- Des actions construites et mises en œuvre par l'établissement lui-même, seul avec ses propres ressources (par exemple IFAQ, qualité du codage...).

Ces rencontres annuelles en établissement, si cela s'avère nécessaire (et en lien avec le CAQES), sont l'occasion pour l'Assurance Maladie de sensibiliser les établissements aux modes de transport à adopter pour faire évoluer les pratiques des professionnels de santé vers une prescription pertinente et adaptée au regard des besoins des patients accueillis. A titre d'exemples, les sujets évoqués sont :

- Le rappel de la réglementation spécifique au transport à la charge des établissements (article 80) et du droit commun relatif à la prise en charge par l'Assurance Maladie
- La nécessaire adéquation des modes de transports à l'état de santé du patient en privilégiant le transport le moins onéreux
- La centralisation de la commande de transports et le développement du transport partagé

③ Plan d'actions réalisées en 2025

► Les actions auprès des établissements dans le cadre du CAQES

Les équipes de l'Assurance Maladie ont accompagné en 2024, les directions et services des établissements sur des enjeux de pertinence des prescriptions de produits de santé telle que la polymédication, les médicaments potentiellement inappropriés (MPI) chez la personne âgée, l'antibiorésistance (prescription des antibiotiques à la sortie des urgences) et l'observance de la chimiothérapie orale. En matière d'efficience, l'accompagnement a porté sur les traitements de l'apnée du sommeil, la promotion des prescriptions d'orthèses d'avancée mandibulaire (OAM) en lieu et place de la pression positive continue.

Plus récemment en 2025, l'accompagnement sur les médicaments potentiellement inappropriés (MPI) s'est particulièrement focalisé sur la prescription des benzodiazépines et du Tramadol. En matière d'efficience, l'accompagnement sur les dispositifs de la liste des produits de santé et prestations remboursables, a été étendu aux pansements post chirurgicaux. De plus, un renforcement en matière de prescription des biosimilaires en ophtalmologie, a été proposé aux services des établissements.

En Auvergne-Rhône-Alpes, 82 établissements sont signataires d'un CAQES ; dont **60 s'engagent sur des thèmes portant sur la prescription des produits de santé exécutée en ville avec un plan d'actions associé**.

- La promotion des biosimilaires : 50 établissements.
- La pertinence et l'efficience des prescriptions de pansements : 23 établissements
- La pertinence et le bon usage des IPP : 14 établissements.
- La pertinence et l'efficience des dispositifs LPP autres que pansements : 12 établissements (LPP diabète, nutrition, perfusion, PPC, produits de contraste, sondes urinaires et stomie).
- Le bon usage des antalgiques : 6 établissements.
- Le bon usage des anti-infectieux : 5 établissements dont 3 sur les antibiotiques.
- Le bon usage et l'efficience des médicaments relatifs aux pathologies chroniques (antidiabétiques, hypolipémiants, antithrombotiques, anticancéreux oraux, les antirhumatismaux spécifiques).
- D'autres actions plus spécifiques portant sur les psychotropes, les progestatifs et les antirétroviraux.

Sur le volet « Transports » du CAQES, 35 établissements se sont engagés à agir sur la part de l'ambulance par rapport aux montants remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire prescrits en ambulance et en TAP. La réalisation d'économies sur les prescriptions de transports en ambulance exécutées en ville permet d'une année sur l'autre à l'établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de 20 % des économies générées (montant des dépenses évitées de transport en ambulance estimée à 98,50 € en moyenne par trajet versus 46,70 € en moyenne pour un trajet TAP).

► L'accompagnement de l'Assurance Maladie dans le cadre de la VAES

Les équipes de l'Assurance Maladie ont accompagné les services pour lesquels chaque direction d'établissement avait jugé utile la mise en place de campagnes de sensibilisation pour une meilleure pertinence des prescriptions.

En 2024, cela représentait 54 directions d'établissement rencontrées dans le cadre des visites annuelles. Concernant les dispositifs médicaux, 27 établissements sont accompagnés sur le syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (OAM/PPC). S'agissant des médicaments, 38 établissements renforcent leurs actions de juste prescription sur les antibiotiques et 34 structures sont attentives en particulier sur la polymédication.

En 2025, cet accompagnement se poursuit auprès de 60 établissements concernés (dont 54 ciblés sur les produits de santé et 31 sur les transports de patients). Cette nouvelle campagne fait l'objet de thèmes complémentaires sur la polymédication et les MPI, telles les prescriptions de benzodiazépines et de Tramadol et un nouveau sujet sur les pansements post-chirurgicaux. Par ailleurs, 29 établissements font l'objet en 2025 d'une visite de direction « bilan », suite aux actions mises en œuvre dans le cadre de la campagne 2024.

La thématique Transport a retenu l'attention de 50 directions d'établissement, pour lesquels 56 sites géographiques ont bénéficié en 2025 d'une sensibilisation directement dans leurs services. La présentation proposée aborde les sujets suivants : chiffres clés des dépenses de transports, référentiel de prescription de transports, présentation du Cerfa Prescription médicale de transport, du mémo « Assurance Maladie - les conditions de prise en charge », ainsi que le fascicule ANAP « Optimisez vos prescriptions de transports ».

► L'appui de l'OMEDIT

L'OMEDIT ARA a fortement contribué, sous l'égide du RESOMEDIT, au développement des outils d'appui aux établissements de santé qui contribuent à la pertinence des prescriptions de produits de santé. Le guide des bonnes pratiques de perfusion à domicile (PERFADOM) développé dans ce cadre est mis à disposition des établissements de la région par l'OMEDIT.

4 Objectifs pour 2026-2029

► Poursuite et ajustement du pilotage du dispositif de contractualisation

Dans l'attente d'une évolution vers un nouveau dispositif de contractualisation, le CAQES et son mécanisme d'intérressement restent un levier d'incitation des actions d'amélioration de la pertinence des prescriptions, et en particulier sur la thématique des produits de santé et/ou les transports sanitaires.

- Le dispositif CAQES a pour cette raison été prolongé sur les années 2025 et 2026, avec des évaluations et intéresses menés sur les années 2026 et 2027. A ce stade, un éventuel dispositif de contractualisation postérieur à 2026 n'est pas prévu.
- Le PLFSS 2024 prévoit une évolution vers un modèle de financement susceptible de valoriser ce type d'action via une dotation annuelle forfaitaire portant sur la qualité et la pertinence (compartiment de financement Objectifs de Santé Publique).

Il conviendra le moment venu de définir ou d'ajuster les nouvelles modalités de suivi de ces actions d'amélioration de la pertinence des prescriptions en établissement.

► **Maintien de l'accompagnement des établissements grâce au VAES**

Cette démarche d'accompagnement des établissements de santé par les équipes de l'Assurance Maladie a vocation à se poursuivre durant les années suivantes, s'adaptant aux directives et thématiques d'actualités.

► **Maintien de l'accompagnement des acteurs ville / hôpital**

Les actions d'accompagnement de l'OMEDIT se poursuivront dans le cadre de son programme de travail, avec la volonté d'assurer l'adoption des bonnes pratiques de prescriptions au-delà du secteur hospitalier. L'enjeu est notamment d'accompagner les CPTS dans les actions suivantes :

- promotion des actions de pharmacie clinique : conciliation médicamenteuse en entrée et en sortie d'hospitalisation, « déprescription »,
- accompagnement ayant l'objectif de lutter contre la iatrogénie médicamenteuse

► **Promotion des soins écoresponsables et lutte contre le gaspillage des produits de santé**

L'ARS, l'OMEDIT et l'Assurance Maladie seront attentifs aux projets d'expérimentations visant à éviter le gaspillage de produits de santé, y compris sur le champ des prescriptions exécutées en ville.



CHAPITRE 3 PERSPECTIVES EN MATIERE DE PERTINENCE DES SOINS

3.1 LE CONTRAT D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE L'EFFICIENCE DES SOINS (CAQES)

Le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins (CAQES) a été créé par l'article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2016. Ce contrat tripartite lie les établissements de santé ciblés, l'Agence régionale de santé (ARS) et l'Assurance Maladie (AM) et s'inscrit dans une démarche globale de pertinence, d'efficience et de régulation de l'offre de soins. Il a été modifié par l'article 64 de la LFSS pour 2020 et a évolué pour être plus lisible et efficace (CAQES dits de 2ème génération). Les nouveaux CAQES sont entrés en vigueur le 1er juillet 2022 et offrent désormais aux établissements concernés une meilleure visibilité sur l'ensemble de leurs marges de progression en proposant un contrat adapté à chacun.

Ce contrat s'inscrit dans la démarche globale du PAPRAPS de recherche de pertinence, d'efficience et de régulation de l'offre de soins. Il constitue le support d'un dialogue de gestion annuel entre l'établissement, l'ARS et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).

La signature du contrat a pour objet d'impliquer les établissements à concourir à la mise en œuvre d'actions pour les thèmes qui les concernent, conformément aux référentiels nationaux et aux orientations régionales et nationales d'amélioration de la pertinence et de l'efficience des soins. Il peut comporter un ou plusieurs volets incitatifs relatifs :

- Au bon usage des médicaments, des produits et prestations,
- À l'amélioration de l'organisation des soins, notamment sur les transports,
- À la promotion de la pertinence des actes, prescriptions et prestations.

Depuis le 1er janvier 2022, le CAQES « rénové » est recentré sur la qualité de la prise en charge des patients en favorisant la pertinence et l'efficience des prescriptions et des parcours. Pour la période 2022-2024, il a été décidé de recentrer les établissements de santé concernés sur un nombre limité de priorités d'amélioration de l'efficience et de la pertinence des soins un nombre restreint d'indicateurs (indicateurs nationaux et régionaux).

Dans notre région, 83 établissements sont concernés par ce CAQES prorogé jusqu'à 2026 en attendant l'évolution du dispositif.

3.2 ECO-RESPONSABILITE ET RESPONSABILITE SOCIALE

L'enjeu d'un système santé éco-responsable a émergé avec l'ensemble des politiques liées au changement climatique et la nécessité de réduire l'impact environnementale de l'activité humaine, notamment en matière d'émission de gaz à effet de serre.

Concernant le système de soins français, celui-ci représente plus de 8 % des émissions de gaz à effet de serre nationales (près de 50 millions de tonnes équivalent CO2).

- L'impact de l'offre de soins est d'environ 45 % de ces 50 millions de tonnes.
- Les médicaments et les dispositifs médicaux engendrent les 55% restants.

A ce jour l'approche de l'éco-responsabilité du système de santé se décline aux travers de la [feuille de route : Planification écologique du système de santé](#) publiée en décembre 2023 et du Contrat d'Objectifs et de Gestion 2023 -2028 Etat - Assurance Maladie. Plus particulièrement concernant la feuille de route, celle-ci se décline en huit domaines d'actions prioritaires :

- rénover les bâtiments ;
- décarboner les industries et produits de santé ;
- développer les achats durables ;
- promouvoir les soins écoresponsables ;
- valoriser les déchets ;
- former et sensibiliser les professionnels ;
- transformer les mobilités ;
- limiter l'impact du numérique.

L'ensemble de ces actions doit permettre au secteur de contribuer à la neutralité carbone tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins.

❖ Des enjeux aux orientations et actions concrètes

Concernant **soins éco-responsables**, la feuille de route prévoit plus spécifiquement :

- des actions visant à la fois la production de référentiels la diffusion de bonnes pratiques de soins écoresponsable (HAS) ;
- des actions en matière de sobriété médicamenteuse et la reconnaissance des alternatives non médicamenteuses ;
- la réduction de la production de gaz à haute émission d'effet de serre (ex. desflurane, protoxyde d'azote) ;
- l'expérimentation du retraitement des dispositifs médicaux à usage unique (DMUU),
- l'intégration progressive de la dimension environnementale dans les recommandations de la HAS
- la promotion d'un usage raisonnable des produits chimiques (ex. biocides pour le nettoyage).

Le Ministère de la santé et de l'accès aux soins a engagé la réflexion sur les « **soins écoresponsables une nouvelle approche de la pertinence des soins** ». Il s'agirait ainsi d'intégrer dans les années à venir dans les actions du PAPRAPS : la diffusion et la promotion des référentiels, la diffusion de bonnes pratiques de soins écoresponsables rédigés pour une appropriation facilitée des structures de soin, et d'intégrer plus systématiquement une dimension d'une pertinence environnementale aux soins.

Pour l'Assurance Maladie, celle-ci a inscrit les **enjeux de transition écologique** comme l'un de ses 6 grands objectifs du Contrat d'Objectifs et de Gestion 2023 -2028. Elle prévoit d'intégrer systématiquement les enjeux environnementaux dans ses actions de gestion du risque. Le contrat prévoit la promotion de la sobriété et la pertinence des soins, en tenant compte de leur empreinte écologique, tout en maintenant la qualité et la sécurité des prises en charge.

Les actions proposées rejoignent, pour certaines d'entre elles, celles indiquées dans la feuille de route du ministère de la Santé. A titre d'illustration, un volet "transition écologique" doit figurer dans tous les accords conventionnels mono- et pluriprofessionnels. Cela concernera notamment :

- la dispensation de médicaments à l'unité, pour limiter le gaspillage,
- la sensibilisation des professionnels à l'écoresponsabilité dans l'organisation des soins en cabinet,
- le développement des transports partagés pour les patients et professionnels à dispensation de médicaments à l'unité, pour limiter le gaspillage,
- la sensibilisation des professionnels à l'écoresponsabilité dans l'organisation des soins en cabinet,
- le développement des transports partagés pour les patients et professionnels

Cette évolution devrait conduire à terme à redéfinir en partie les enjeux et le contenu du PAPRAPS tels qu'actuellement prévus par l'article [R162-30-3 du code de la sécurité sociale](#). Dans l'attente de ces évolutions, il est proposé d'ores et déjà que l'IRAPS puisse être informée régulièrement des actions mises en œuvre dans le cadre de cette feuille de route et de la COG. Il pourra être envisagé, dans un second temps, une mise à jour du présent PAPRAPS si des actions plus spécifiques engageantes sont à inscrire.

❖ Quelques initiatives en Auvergne-Rhône-Alpes

En Auvergne-Rhône-Alpes, ces actions locales témoignent d'initiatives pouvant accompagner la juste prescription des médicaments, l'amélioration des modes de prise en charge adaptée aux patients, un renforcement engagé vers une responsabilité sociétale plus respectueuse de l'environnement, limitant les risques pour le patient, son établissement ou le professionnel de santé associé. Ce court panorama est loin d'être exhaustif.

Ces exemples pourraient concourir à renforcer une volonté nationale ou à des directives ministérielles dans le cadre de la prochaine publication de plans nationaux afférents à l'amélioration de la pertinence des soins.

La réflexion écologique des blocs opératoires du CH Métropole Savoie

Le centre Hospitalier de Métropole Savoie a initié une démarche de réflexion dans ses blocs opératoires pour diminuer l'impact environnemental de ses chirurgies. Des groupes de travail se sont constitués pour faire évoluer leurs exigences auprès des acheteurs. A été questionné le type d'emballage utilisé (un type de plastique unique permettant un meilleur recyclage), le nombre nécessaire d'instruments utilisés lors des chirurgies (beaucoup étant proposés par habitude sans qu'ils soient utilisés, mais seront tout de même jetés à la fin), et la composition des packs proposés (pour également éviter le gâchis). En parallèle, l'hôpital mène une réflexion pour une démarche plus écologique dans la préparation des patients à la chirurgie et le choix des médicaments (gaz anesthésiants, per os vs intra-veineux...). Une démarche complémentaire pourrait être mené sur le choix du jetable par rapport au réutilisable après stérilisation adéquate. Cette initiative s'intègre dans celles des « Green-blocs » menés par beaucoup d'autres structures sur le territoire.



Le Greencab, une itinérance réussie pour les soins dentaires au cœur des territoires ruraux



Innovation destinée à offrir une solution à court et long terme aux territoires touchés par la désertification dentaire, le GreenCab est un cabinet éphémère et nomade conçu à l'initiative de l'URPS Chirurgiens-Dentistes Auvergne-Rhône-Alpes, avec le soutien de la Région et de l'ARS. Ce cabinet est réalisé dans une approche écologique et responsable dans la conception, le fonctionnement et son itinérance. Ce dispositif fonctionne grâce à l'engagement volontaire de professionnels prêts à s'impliquer pour améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires dans les secteurs en souffrance.

Depuis deux ans d'existence, l'Ardèche, le Cantal, ont bénéficié de ce service dentaire éphémère et mobile pour répondre aux demandes de soins de leurs habitants. D'abord à Saint-Julien-en-Saint-Alban, en Ardèche, où il a comblé les besoins immédiats de la population avant de favoriser l'installation de chirurgiens-dentistes dans la commune. Le même procédé a été engagé ensuite à Chaudes-Aigues, dans le Cantal. Pour la Haute-Loire, l'installation du Greencab est envisagée près de Monistrol-sur-Loire sur la commune de Beauzac (commune de 4 000 habitants) privée de chirurgien-dentiste depuis la fin de l'année 2022.

Le centre de santé communautaire et planétaire de Bron, une approche respectueuse de l'environnement



En partenariat avec l'Assurance Maladie et la Métropole de Lyon, l'ARS soutient le projet du Centre de santé planétaire et communautaire de Bron. Composé d'une équipe de 6 médecins et d'une infirmière Azalée (spécialisée en accompagnement thérapeutique) salariés, le centre propose des consultations médicales adaptées pour permettre une co-construction avec le patient du programme thérapeutique.

Une attention particulière est également accordée au soin écologiquement vertueux, qui permet une prise en charge optimale du patient tout en respectant l'équilibre environnementale : 30 % du temps médical est dégagé pour des réunions, des ateliers de questionnement de la pratique et de la coordination. L'équipe a fait le choix de privilégier le non-jetetable, ce qui a demandé la création d'un circuit de stérilisation au sein de la structure.

En complément des professionnels de santé, le centre emploie deux coordinatrices et deux médiatrices en santé pour accompagner les patients dans leur parcours de soin et organiser des ateliers thématiques d'éducation à la santé. Bien identifié par des acteurs comme le CADA (centre d'accueil pour demandeurs d'asile) ou le CMP qui leur orientent leurs usagers, le centre a également vocation à suivre un public en situation de précarité qui a besoin de bénéficier d'un parcours de soin coordonné.

L'éco-nettoyage déployé dans les couveuses du CHU de Lyon

Le centre hospitalier universitaire de Lyon développe une réflexion autour de pratiques de nettoyage plus vertueuses depuis plusieurs années. En 2021, l'hôpital femme-mère-enfant (HFME) s'est plus spécifiquement penché sur celle des couveuses pour les nouveau-nés. Le choix a été fait de supprimer l'usage des produits chimiques pour le nettoyage des incubateurs et de le remplacer par la vapeur d'eau. Cela a nécessité une formation des équipes et une réorganisation des espaces de travail pour faire évacuer la chaleur générée et éviter les brûlures. Aujourd'hui, les services obtiennent une efficacité de décontamination identique pour une moindre utilisation de l'eau et une exposition réduite des professionnels et des bébés aux produits chimiques. Cette méthode a donc été généralisé à toutes les maternités des HCL.



Le guide régional d'éco-nettoyage conçu par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes



Un groupe de travail coordonné par le CPIAS Auvergne-Rhône-Alpes, avec le soutien et la participation de l'ARS sur l'utilisation des produits chimiques pour désinfecter les sols et les surfaces a produit un guide de bonnes pratiques afin de conseiller les établissements sanitaires et médico-sociaux. Il promeut l'usage de bandeaux ou lavettes microfibre 100% polyester humides en remplacement des détergents-désinfectants pour éliminer les microbes. Cette technique est écologique et économique, pourtant, bien que des études aient démontré une efficacité similaire pour un coût moindre, le changement de pratique est long à se mettre en place. La promotion de cette technique auprès des établissements doit se poursuivre de manière plus affirmée, en particulier dans le cadre de la dynamique d'accompagnement des établissements dans leur transition écologique.

[Guide "Éco-nettoyage : généralités et secteurs de soins hors salles propres et environnement maîtrisé"](#)



CHAPITRE 4 ANNEXES

ANNEXE 1 : ANALYSE DEPARTEMENTALE DES ACTES DE CHIRURGIE

Taux de séjours Standardisé et Nombre de séjours

Indices régionaux (Tx stand Département / Tx stand Reg) et Indices nationaux (Tx stand Département / Tx stand Nat)

AIN	Nombre de séjours			Taux de séjours Standardisé /1000 hab.			Ecart du département comparé au taux régional	Ecart du département comparé au taux national
	2021	2022	2023	2021	2022	2023		
Césariennes	1 375	1 233	1 114	7,51	6,72	6,05	0,93	0,84
Chirurgie du syndrome du canal carpien	1 700	1 658	1 814	2,66	2,58	2,81	1,13	1,18
Appendicectomie	749	757	728	1,15	1,15	1,09	1,02	1,09
Bronchiolite	586	630	484	0,82	0,88	0,67	1,15	0,96
BPC surinfectée	418	464	583	0,69	0,76	0,95	0,91	0,87
Amygdalectomie	481	510	858	0,7	0,73	1,2	1,19	1,14
Pose de prothèse de genou	1 105	1 191	1 334	1,83	1,96	2,17	1,02	1,13
Pose prothèse de hanche hors traumatisme	1 118	1 052	1 281	1,84	1,72	2,08	1,06	1,15
Infection/inflammation respiratoires (adultes)	2 565	1 712	1 027	5,34	3,64	2,17	1,05	1,07
Pose de drains transtympaniques	137	173	301	0,88	1,1	1,91	0,87	1,2
Pose d'aérateur transtympanique (< 10 ans)	384	635	996	4,53	7,52	11,87	1,06	1,26
Angioplasties coronaires	1 710	1 803	1 801	2,77	2,9	2,85	1,03	0,97
Endoscopie digestive diagnostique	7 971	7 617	8 506	12,45	11,83	13,06	0,89	0,82
Coloscopies	12 719	12 423	13 610	20,04	19,45	21,07	0,91	0,93
Chirurgie de la cataracte	8 189	8 352	9 345	13,87	14,01	15,45	1,01	0,99
Interventions transurétrales ou transcutanée	2 193	2 200	2 391	3,5	3,49	3,75	0,94	0,93
Lithotritie extracorporelle appareil urinaire	131	131	130	0,2	0,2	0,2	0,4	0,66
Affection bouche/dents avec extractions	3 998	3 900	4 336	6,4	6,17	6,84	1,35	1,6
Arthroscopie autres localisations	73	93	97	0,11	0,14	0,15	1,29	1,31
Affections des voies biliaires	598	542	582	0,98	0,88	0,94	0,85	0,8
Infections des reins et des voies urinaires	979	978	1 022	1,65	1,66	1,71	1,04	1,04
Chirurgie des varices	459	510	532	0,71	0,79	0,81	1,28	1,27
Chirurgie de l'anévrisme de l'aorte	25	18	12	0,04	0,03	0,02	0,61	0,52
Colectomie totale	22	21	19	0,04	0,03	0,03	0,98	0,96
Chirurgie hypertrophie bénigne de la prostate	712	713	708	3,21	3,19	3,1	0,83	0,96
Hystérectomie	591	581	564	1,75	1,71	1,63	0,98	0,97
Ligamentoplastie du genou	477	722	720	0,76	1,14	1,13	0,86	1,18
Oesophagectomie	13	11	19	0,02	0,02	0,03	1,43	1,72
Pancréatectomie	67	44	60	0,11	0,07	0,1	1,14	1,32
Pontage coronaire	222	227	230	0,36	0,36	0,36	1,21	1,37
Thyroidectomie	305	273	316	0,48	0,42	0,48	0,99	0,94
Chirurgie de la valve aortique	62	74	58	0,1	0,12	0,09	0,89	0,93
Chirurgie du rachis	1 120	1 135	1 240	1,73	1,75	1,9	1,24	1,15
Chirurgie bariatrique	535	428	459	0,81	0,64	0,68	1,26	1,34
Cholécystectomie (07C13)	369	274	293	0,59	0,44	0,46	1,13	1,18
Cholécystectomie (07C14)	815	886	915	1,27	1,38	1,4	1,04	1,11
Cholécystectomie (07C13 + 07C14)	1 184	1 160	1 208	1,86	1,82	1,86	1,06	1,13

	Nombre de séjours			Taux de séjours Standardisé /1000 hab.			Ecart du département comparé au taux régional	Ecart du département comparé au taux national
	2021	2022	2023	2021	2022	2023		
ALLIER								
Césariennes	587	515	505	8,01	7,05	6,98	1,07	0,98
Chirurgie du syndrome du canal carpien	1 024	975	1 066	2,8	2,64	2,84	1,14	1,2
Appendicectomie	351	343	317	1,13	1,08	1,02	0,95	1,02
Bronchiolite	260	261	223	0,98	0,96	0,82	1,4	1,17
BPC surinfectée	327	321	362	0,75	0,74	0,84	0,81	0,77
Amygdalectomie	96	92	164	0,34	0,33	0,6	0,59	0,56
Pose de prothèse de genou	836	904	1 041	1,92	2,08	2,41	1,13	1,26
Pose prothèse de hanche hors traumatisme	785	846	903	1,8	1,96	2,09	1,07	1,15
Infection/inflammation respiratoires (adultes)	1 151	1 038	653	3,52	2,97	1,83	0,88	0,9
Pose de drains transtympaniques	51	63	80	0,87	1,08	1,4	0,63	0,87
Pose d'aérateur transtympanique (< 10 ans)	121	186	241	3,86	5,97	7,92	0,71	0,84
Angioplasties coronaires	1 751	1 755	1 824	4,07	4,11	4,28	1,55	1,46
Endoscopie digestive diagnostique	4 293	4 432	4 584	11,49	11,79	12,33	0,84	0,77
Coloscopies	8 536	8 880	8 676	21,7	22,55	22,22	0,96	0,98
Chirurgie de la cataracte	6 855	6 783	6 538	15,08	15,04	14,62	0,96	0,94
Interventions transurétrales ou transcutanée	1 525	1 628	1 746	3,81	4,07	4,4	1,11	1,09
Lithotritie extracorporelle appareil urinaire	664	595	733	1,77	1,61	2	4,11	6,78
Affection bouche/dents avec extractions	1 227	1 088	1 145	4,25	3,73	3,95	0,78	0,92
Arthroscopie autres localisations	19	17	23	0,06	0,06	0,07	0,65	0,66
Affections des voies biliaires	464	426	462	1,13	1,04	1,15	1,04	0,98
Infections des reins et des voies urinaires	615	563	660	1,49	1,36	1,59	0,97	0,97
Chirurgie des varices	168	148	146	0,45	0,39	0,38	0,59	0,59
Chirurgie de l'anévrisme de l'aorte	20	20	24	0,05	0,05	0,06	1,79	1,51
Colectomie totale	1 à 10	1 à 10	1 à 10	NA	NA	NA	NA	NA
Chirurgie hypertrophie bénigne de la prostate	565	658	595	3,53	4,14	3,73	1	1,15
Hystérectomie	383	398	428	2,08	2,13	2,28	1,36	1,36
Ligamentoplastie du genou	164	278	305	0,58	0,99	1,09	0,83	1,14
Oesophagectomie	0	0	0	NA	NA	NA	NA	NA
Pancréatectomie	36	26	19	0,09	0,06	0,05	0,55	0,64
Pontage coronaire	113	95	129	0,27	0,23	0,3	1,02	1,15
Thyroidectomie	174	140	138	0,5	0,4	0,39	0,8	0,76
Chirurgie de la valve aortique	79	69	72	0,19	0,16	0,17	1,62	1,7
Chirurgie du rachis	434	391	456	1,23	1,08	1,27	0,83	0,76
Chirurgie bariatrique	108	93	99	0,36	0,31	0,33	0,61	0,65
Cholécystectomie (07C13)	162	166	167	0,43	0,43	0,44	1,07	1,11
Cholécystectomie (07C14)	522	443	483	1,47	1,26	1,35	1	1,07
Cholécystectomie (07C13 + 07C14)	684	609	650	1,9	1,69	1,79	1,02	1,08

	Nombre de séjours			Taux de séjours Standardisé /1000 hab.			Ecart du département comparé au taux régional	Ecart du département comparé au taux national
	2021	2022	2023	2021	2022	2023		
ARDECHE								
Césariennes	618	573	519	8,28	7,69	6,93	1,06	0,97
Chirurgie du syndrome du canal carpien	848	898	1 036	2,34	2,47	2,82	1,14	1,19
Appendicectomie	337	354	357	1,09	1,16	1,13	1,05	1,13
Bronchiolite	224	264	123	0,8	0,94	0,43	0,73	0,61
BPC surinfectée	258	306	390	0,64	0,76	0,96	0,92	0,88
Amygdalectomie	201	217	346	0,71	0,75	1,17	1,16	1,11
Pose de prothèse de genou	654	717	771	1,64	1,78	1,88	0,89	0,99
Pose prothèse de hanche hors traumatisme	661	704	764	1,66	1,78	1,9	0,97	1,05
Infection/inflammation respiratoires (adultes)	1 626	1 324	777	5,44	4,23	2,46	1,19	1,21
Pose de drains transtympaniques	45	63	91	0,72	1,01	1,45	0,66	0,91
Pose d'aérateur transtympanique (< 10 ans)	98	174	251	2,93	5,25	7,61	0,68	0,81
Angioplasties coronaires	908	944	1 015	2,28	2,36	2,52	0,91	0,86
Endoscopie digestive diagnostique	4 832	5 348	5 343	13,42	14,82	14,73	1	0,92
Coloscopies	7 625	8 422	8 839	20,36	22,43	23,42	1,01	1,03
Chirurgie de la cataracte	6 046	6 078	6 194	14,97	15	15,18	0,99	0,98
Interventions transurétrales ou transcutanée	1 408	1 456	1 521	3,72	3,84	3,95	0,99	0,98
Lithotritie extracorporelle appareil urinaire	125	111	129	0,34	0,3	0,35	0,72	1,19
Affection bouche/dents avec extractions	1 981	1 701	1 717	6,95	5,99	6,03	1,19	1,41
Arthroscopie autres localisations	28	22	14	0,09	0,07	0,05	0,41	0,41
Affections des voies biliaires	434	456	527	1,16	1,2	1,38	1,26	1,18
Infections des reins et des voies urinaires	589	644	688	1,59	1,73	1,82	1,1	1,11
Chirurgie des varices	352	252	226	0,98	0,69	0,61	0,95	0,95
Chirurgie de l'anévrisme de l'aorte	1 à 10	11	17	NA	0,03	0,04	1,35	1,14
Colectomie totale	1 à 10	12	12	NA	0,03	0,03	1,13	1,11
Chirurgie hypertrophie bénigne de la prostate	480	464	508	3,21	3,08	3,32	0,89	1,02
Hystérectomie	304	316	301	1,7	1,75	1,66	0,99	0,99
Ligamentoplastie du genou	212	340	348	0,77	1,24	1,26	0,96	1,32
Oesophagectomie	11	1 à 10	1 à 10	0,03	NA	NA	NA	NA
Pancréatectomie	30	39	18	0,07	0,1	0,05	0,55	0,64
Pontage coronaire	81	92	126	0,2	0,23	0,3	1,02	1,15
Thyroidectomie	198	174	177	0,57	0,5	0,49	1,01	0,96
Chirurgie de la valve aortique	38	52	62	0,09	0,13	0,15	1,46	1,53
Chirurgie du rachis	513	497	550	1,44	1,39	1,54	1	0,93
Chirurgie bariatrique	171	153	148	0,58	0,5	0,49	0,91	0,97
Cholécystectomie (07C13)	165	160	163	0,45	0,43	0,43	1,05	1,1
Cholécystectomie (07C14)	415	459	453	1,21	1,31	1,31	0,97	1,04
Cholécystectomie (07C13 + 07C14)	580	619	616	1,67	1,75	1,74	0,99	1,05

	Nombre de séjours			Taux de séjours Standardisé /1000 hab.			Ecart du département comparé au taux régional	Ecart du département comparé au taux national
	2021	2022	2023	2021	2022	2023		
CANTAL								
Césariennes	195	191	160	6,38	6,33	5,27	0,81	0,74
Chirurgie du syndrome du canal carpien	500	448	432	3,01	2,64	2,57	1,03	1,08
Appendicectomie	160	145	174	1,22	1,1	1,33	1,24	1,33
Bronchiolite	86	96	52	0,83	0,94	0,5	0,86	0,72
BPC surinfectée	205	285	284	1,03	1,41	1,44	1,39	1,33
Amygdalectomie	57	69	120	0,5	0,6	1,08	1,07	1,03
Pose de prothèse de genou	352	367	447	1,81	1,91	2,32	1,09	1,21
Pose prothèse de hanche hors traumatisme	378	389	411	1,95	2,01	2,15	1,1	1,18
Infection/inflammation respiratoires (adultes)	485	501	354	3,13	3,18	2,21	1,07	1,09
Pose de drains transtympaniques	12	38	47	0,51	1,68	2,09	0,95	1,31
Pose d'aérateur transtympanique (< 10 ans)	39	82	124	3,16	6,79	10,34	0,92	1,1
Angioplasties coronaires	663	753	936	3,39	3,88	4,81	1,75	1,65
Endoscopie digestive diagnostique	2 262	2 133	2 440	13,72	12,99	14,73	1,01	0,92
Coloscopies	3 202	2 948	3 234	18,4	17,05	18,6	0,8	0,82
Chirurgie de la cataracte	2 227	2 385	2 696	11,23	11,99	13,58	0,89	0,87
Interventions transurétrales ou transcutanée	722	731	754	4,11	4,06	4,28	1,08	1,06
Lithotritie extracorporelle appareil urinaire	65	67	81	0,38	0,38	0,48	0,99	1,64
Affection bouche/dents avec extractions	679	721	728	5,84	6,12	6,24	1,24	1,46
Arthroscopie autres localisations	0	0	0	NA	NA	NA	NA	NA
Affections des voies biliaires	262	280	235	1,41	1,48	1,24	1,13	1,06
Infections des reins et des voies urinaires	334	316	323	1,7	1,61	1,65	1	1,01
Chirurgie des varices	62	63	98	0,37	0,4	0,57	0,89	0,89
Chirurgie de l'anévrisme de l'aorte	1 à 10	1 à 10	14	NA	NA	0,07	2,31	1,95
Colectomie totale	0	0	0	NA	NA	NA	NA	NA
Chirurgie hypertrophie bénigne de la prostate	321	319	377	4,44	4,41	5,12	1,37	1,58
Hystérectomie	149	115	114	1,83	1,45	1,44	0,86	0,86
Ligamentoplastie du genou	88	151	197	0,77	1,34	1,73	1,32	1,81
Oesophagectomie	0	0	0	NA	NA	NA	NA	NA
Pancréatectomie	16	11	15	0,09	0,06	0,08	0,98	1,13
Pontage coronaire	34	28	33	0,18	0,14	0,17	0,57	0,64
Thyroidectomie	96	67	83	0,6	0,44	0,55	1,11	1,06
Chirurgie de la valve aortique	32	27	27	0,17	0,14	0,14	1,31	1,37
Chirurgie du rachis	187	187	203	1,17	1,19	1,27	0,83	0,76
Chirurgie bariatrique	18	20	31	0,14	0,17	0,23	0,43	0,46
Cholécystectomie (07C13)	95	78	71	0,53	0,44	0,42	1,02	1,07
Cholécystectomie (07C14)	224	267	233	1,4	1,68	1,47	1,09	1,17
Cholécystectomie (07C13 + 07C14)	319	345	304	1,93	2,12	1,89	1,08	1,14

DROME	Nombre de séjours			Taux de séjours Standardisé /1000 hab.			Ecart du département comparé au taux régional	Ecart du département comparé au taux national
	2021	2022	2023	2021	2022	2023		
Césariennes	1 088	1 218	1 021	8,12	9,09	7,61	1,17	1,06
Chirurgie du syndrome du canal carpien	1 448	1 380	1 619	2,72	2,57	3	1,21	1,27
Appendicectomie	565	520	560	1,13	1,04	1,11	1,04	1,11
Bronchiolite	399	442	261	0,78	0,87	0,51	0,88	0,73
BPC surinfectée	437	528	520	0,78	0,94	0,92	0,89	0,85
Amygdalectomie	448	476	625	0,87	0,94	1,22	1,21	1,16
Pose de prothèse de genou	927	1 026	1 134	1,65	1,82	2	0,94	1,05
Pose prothèse de hanche hors traumatisme	943	981	1 068	1,69	1,75	1,9	0,97	1,05
Infection/inflammation respiratoires (adultes)	2 447	1 636	869	5,7	3,76	1,97	0,95	0,97
Pose de drains transtympaniques	82	136	163	0,73	1,22	1,47	0,67	0,92
Pose d'aérateur transtympanique (< 10 ans)	240	373	494	3,95	6,25	8,38	0,75	0,89
Angioplasties coronaires	1 556	1 565	1 671	2,79	2,8	2,97	1,08	1,02
Endoscopie digestive diagnostique	6 680	6 740	6 825	12,54	12,61	12,73	0,87	0,8
Coloscopies	11 020	11 276	11 577	20,32	20,72	21,2	0,92	0,94
Chirurgie de la cataracte	8 335	8 262	8 455	14,73	14,56	14,8	0,97	0,95
Interventions transurétrales ou transcutanée	2 139	2 222	2 149	3,93	4,08	3,91	0,98	0,97
Lithotritie extracorporelle appareil urinaire	207	212	179	0,39	0,4	0,33	0,68	1,12
Affection bouche/dents avec extractions	2 987	2 695	2 717	6,22	5,58	5,65	1,12	1,32
Arthroscopie autres localisations	55	45	33	0,11	0,09	0,07	0,62	0,62
Affections des voies biliaires	675	681	727	1,25	1,24	1,33	1,21	1,14
Infections des reins et des voies urinaires	860	818	1 003	1,59	1,51	1,83	1,11	1,12
Chirurgie des varices	379	243	235	0,71	0,45	0,43	0,68	0,68
Chirurgie de l'anévrisme de l'aorte	1 à 10	1 à 10	12	NA	NA	0,02	0,69	0,58
Colectomie totale	15	22	21	0,03	0,04	0,04	1,32	1,29
Chirurgie hypertrophie bénigne de la prostate	683	638	708	3,33	3,11	3,41	0,91	1,05
Hystérectomie	434	420	436	1,58	1,52	1,58	0,94	0,94
Ligamentoplastie du genou	322	524	577	0,68	1,1	1,21	0,92	1,27
Oesophagectomie	15	1 à 10	12	0,03	NA	0,02	1,04	1,25
Pancréatectomie	50	62	55	0,09	0,11	0,1	1,16	1,35
Pontage coronaire	127	136	157	0,23	0,24	0,28	0,93	1,05
Thyroidectomie	268	258	236	0,51	0,49	0,44	0,9	0,86
Chirurgie de la valve aortique	48	47	46	0,08	0,08	0,08	0,79	0,83
Chirurgie du rachis	723	764	798	1,36	1,42	1,49	0,97	0,9
Chirurgie bariatrique	310	293	293	0,63	0,6	0,59	1,09	1,15
Cholécystectomie (07C13)	184	186	154	0,34	0,35	0,28	0,69	0,72
Cholécystectomie (07C14)	781	724	775	1,49	1,37	1,46	1,08	1,16
Cholécystectomie (07C13 + 07C14)	965	910	929	1,83	1,72	1,74	0,99	1,06

ISERE	Nombre de séjours			Taux de séjours Standardisé /1000 hab.			Ecart du département comparé au taux régional	Ecart du département comparé au taux national
	2021	2022	2023	2021	2022	2023		
Césariennes	2 652	2 572	2 343	7,44	7,22	6,54	1	0,91
Chirurgie du syndrome du canal carpien	2 937	3 099	3 368	2,38	2,51	2,71	1,09	1,14
Appendicectomie	1 503	1 379	1 468	1,16	1,06	1,12	1,04	1,12
Bronchiolite	929	901	701	0,71	0,68	0,53	0,91	0,76
BPC surinfectée	772	954	1 082	0,64	0,79	0,9	0,86	0,82
Amygdalectomie	559	685	1 027	0,42	0,52	0,77	0,76	0,73
Pose de prothèse de genou	2 192	2 383	2 533	1,83	1,98	2,1	0,99	1,1
Pose prothèse de hanche hors traumatisme	2 104	2 180	2 299	1,75	1,81	1,89	0,97	1,04
Infection/inflammation respiratoires (adultes)	4 752	3 239	1 695	5,05	3,46	1,81	0,87	0,89
Pose de drains transtympaniques	447	684	928	1,55	2,38	3,24	1,47	2,03
Pose d'aérateur transtympanique (< 10 ans)	776	1 390	1 960	4,97	8,99	12,82	1,15	1,36
Angioplasties coronaires	3 331	3 188	3 379	2,76	2,62	2,76	1	0,94
Endoscopie digestive diagnostique	20 150	18 878	21 190	16,29	15,21	16,95	1,16	1,06
Coloscopies	27 105	26 508	30 060	22,1	21,53	24,24	1,05	1,07
Chirurgie de la cataracte	20 153	20 401	21 398	16,96	17,05	17,78	1,16	1,14
Interventions transurétrales ou transcutanée	4 584	4 843	5 008	3,75	3,93	4,06	1,02	1,01
Lithotritie extracorporelle appareil urinaire	313	250	222	0,25	0,2	0,18	0,36	0,6
Affection bouche/dents avec extractions	7 683	7 156	7 678	5,8	5,38	5,73	1,13	1,34
Arthroscopie autres localisations	213	137	179	0,17	0,11	0,14	1,22	1,23
Affections des voies biliaires	1 391	1 272	1 336	1,15	1,05	1,09	0,99	0,93
Infections des reins et des voies urinaires	1 793	1 642	1 956	1,51	1,37	1,63	0,99	1
Chirurgie des varices	627	525	612	0,5	0,42	0,49	0,77	0,76
Chirurgie de l'anévrisme de l'aorte	27	14	24	0,02	0,01	0,02	0,63	0,53
Colectomie totale	36	29	47	0,03	0,02	0,04	1,28	1,25
Chirurgie hypertrophie bénigne de la prostate	1 533	1 487	1 766	3,53	3,39	3,99	1,07	1,23
Hystérectomie	1 160	923	1 057	1,8	1,42	1,62	0,97	0,96
Ligamentoplastie du genou	1 221	1 878	2 006	0,94	1,44	1,53	1,16	1,6
Oesophagectomie	22	24	33	0,02	0,02	0,03	1,29	1,56
Pancréatectomie	95	92	123	0,08	0,08	0,1	1,2	1,39
Pontage coronaire	287	284	299	0,24	0,23	0,24	0,81	0,92
Thyroidectomie	799	693	727	0,64	0,56	0,58	1,19	1,13
Chirurgie de la valve aortique	125	117	111	0,1	0,1	0,09	0,87	0,91
Chirurgie du rachis	1 659	1 602	1 743	1,34	1,29	1,39	0,91	0,84
Chirurgie bariatrique	1 046	903	859	0,82	0,71	0,67	1,23	1,31
Cholécystectomie (07C13)	673	668	605	0,55	0,54	0,49	1,19	1,24
Cholécystectomie (07C14)	1 568	1 521	1 591	1,26	1,22	1,27	0,94	1,01
Cholécystectomie (07C13 + 07C14)	2 241	2 189	2 196	1,81	1,76	1,76	1	1,06

LOIRE	Nombre de séjours			Taux de séjours Standardisé /1000 hab.			Ecart du département comparé au taux régional	Ecart du département comparé au taux national
	2021	2022	2023	2021	2022	2023		
Césariennes	1 449	1 518	1 427	7,33	7,67	7,22	1,11	1,01
Chirurgie du syndrome du canal carpien	1 797	1 803	2 093	2,3	2,3	2,67	1,08	1,13
Appendicectomie	898	964	912	1,19	1,27	1,2	1,12	1,2
Bronchiolite	726	692	604	0,94	0,89	0,78	1,33	1,11
BPC surinfectée	759	844	899	0,91	1,01	1,07	1,03	0,99
Amygdalectomie	710	822	1 148	0,93	1,07	1,49	1,47	1,41
Pose de prothèse de genou	1 531	1 542	1 786	1,85	1,86	2,16	1,01	1,13
Pose prothèse de hanche hors traumatisme	1 739	1 536	1 725	2,1	1,85	2,09	1,07	1,15
Infection/inflammation respiratoires (adultes)	3 559	2 421	1 331	5,51	3,62	1,96	0,95	0,97
Pose de drains transtympaniques	259	350	548	1,55	2,08	3,29	1,5	2,07
Pose d'aérateur transtympanique (< 10 ans)	610	865	1 161	6,69	9,53	13,05	1,17	1,39
Angioplasties coronaires	1 831	1 901	1 990	2,23	2,31	2,43	0,88	0,83
Endoscopie digestive diagnostique	12 181	11 970	13 245	15,74	15,43	17,09	1,17	1,07
Coloscopies	17 635	17 552	18 464	22,33	22,21	23,42	1,01	1,03
Chirurgie de la cataracte	11 266	11 342	11 148	13,21	13,3	13,14	0,86	0,84
Interventions transurétrales ou transcutanée	2 739	2 916	2 923	3,42	3,64	3,64	0,92	0,9
Lithotritie extracorporelle appareil urinaire	134	141	171	0,18	0,18	0,22	0,46	0,75
Affection bouche/dents avec extractions	3 763	3 648	3 863	4,96	4,79	5,07	1	1,18
Arthroscopie autres localisations	62	70	57	0,08	0,09	0,08	0,67	0,68
Affections des voies biliaires	886	775	862	1,09	0,95	1,06	0,96	0,91
Infections des reins et des voies urinaires	1 376	1 461	1 479	1,67	1,76	1,78	1,08	1,09
Chirurgie des varices	790	747	759	1,03	0,97	0,98	1,55	1,54
Chirurgie de l'anévrisme de l'aorte	27	25	26	0,03	0,03	0,03	1,03	0,87
Colectomie totale	23	25	31	0,03	0,03	0,04	1,32	1,29
Chirurgie hypertrophie bénigne de la prostate	903	922	963	3	3,08	3,19	0,86	0,99
Hystérectomie	741	768	858	1,88	1,96	2,18	1,3	1,29
Ligamentoplastie du genou	702	1 085	1 102	0,95	1,47	1,5	1,14	1,57
Oesophagectomie	24	13	15	0,03	0,02	0,02	0,9	1,08
Pancréatectomie	85	76	80	0,1	0,09	0,1	1,18	1,37
Pontage coronaire	367	330	359	0,45	0,41	0,44	1,49	1,68
Thyroidectomie	407	350	398	0,53	0,46	0,52	1,07	1,01
Chirurgie de la valve aortique	97	104	103	0,12	0,13	0,13	1,23	1,29
Chirurgie du rachis	1 270	1 471	1 490	1,65	1,9	1,93	1,26	1,17
Chirurgie bariatrique	546	524	459	0,76	0,73	0,63	1,17	1,24
Cholécystectomie (07C13)	411	454	509	0,52	0,57	0,64	1,56	1,63
Cholécystectomie (07C14)	1 363	1 223	1 308	1,79	1,6	1,72	1,27	1,36
Cholécystectomie (07C13 + 07C14)	1 774	1 677	1 817	2,31	2,17	2,36	1,34	1,43

	Nombre de séjours			Taux de séjours Standardisé /1000 hab.			Ecart du département comparé au taux régional	Ecart du département comparé au taux national
	2021	2022	2023	2021	2022	2023		
HAUTE-LOIRE								
Césariennes	428	355	297	8,45	6,92	5,88	0,9	0,82
Chirurgie du syndrome du canal carpien	597	566	667	2,41	2,28	2,66	1,07	1,12
Appendicectomie	285	272	263	1,33	1,28	1,22	1,14	1,22
Bronchiolite	151	162	118	0,78	0,83	0,6	1,03	0,86
BPC surinfectée	252	281	254	0,93	1,03	0,93	0,9	0,86
Amygdalectomie	150	204	284	0,74	1,03	1,39	1,38	1,32
Pose de prothèse de genou	637	620	731	2,37	2,31	2,7	1,27	1,41
Pose prothèse de hanche hors traumatisme	605	618	613	2,25	2,29	2,27	1,16	1,25
Infection/inflammation respiratoires (adultes)	1 173	999	587	5,7	4,71	2,69	1,3	1,33
Pose de drains transtympaniques	74	103	131	1,74	2,43	3,12	1,42	1,95
Pose d'aérateur transtympanique (< 10 ans)	161	247	320	6,99	10,82	14,18	1,27	1,51
Angioplasties coronaires	580	610	670	2,15	2,25	2,47	0,9	0,84
Endoscopie digestive diagnostique	3 541	3 679	3 914	14,28	14,83	15,8	1,08	0,99
Coloscopies	5 842	6 141	6 653	22,86	24	25,95	1,12	1,15
Chirurgie de la cataracte	3 740	3 713	3 790	13,75	13,62	13,9	0,91	0,89
Interventions transurétrales ou transcutanée	916	1 066	1 159	3,53	4,11	4,46	1,12	1,11
Lithotritie extracorporelle appareil urinaire	222	250	335	0,89	0,99	1,35	2,78	4,6
Affection bouche/dents avec extractions	926	977	994	4,55	4,85	4,97	0,98	1,16
Arthroscopie autres localisations	24	17	18	0,11	0,08	0,09	0,77	0,77
Affections des voies biliaires	297	289	294	1,15	1,11	1,13	1,03	0,97
Infections des reins et des voies urinaires	484	505	557	1,88	1,95	2,12	1,29	1,3
Chirurgie des varices	293	275	283	1,19	1,11	1,15	1,81	1,81
Chirurgie de l'anévrisme de l'aorte	1 à 10	11	15	NA	0,04	0,05	1,78	1,5
Colectomie totale	1 à 10	1 à 10	13	NA	NA	0,06	1,93	1,89
Chirurgie hypertrophie bénigne de la prostate	354	537	511	3,53	5,35	5,02	1,35	1,55
Hystérectomie	239	243	238	1,92	1,97	1,96	1,17	1,17
Ligamentoplastie du genou	241	371	348	1,19	1,89	1,81	1,38	1,89
Oesophagectomie	13	1 à 10	1 à 10	0,05	NA	NA	NA	NA
Pancréatectomie	19	24	24	0,07	0,09	0,09	1,09	1,27
Pontage coronaire	148	118	112	0,55	0,44	0,41	1,38	1,55
Thyroidectomie	133	137	109	0,54	0,57	0,46	0,93	0,88
Chirurgie de la valve aortique	52	41	54	0,19	0,15	0,2	1,89	1,98
Chirurgie du rachis	349	385	393	1,47	1,61	1,63	1,07	0,99
Chirurgie bariatrique	132	133	107	0,62	0,64	0,51	0,94	1
Cholécystectomie (07C13)	143	118	133	0,59	0,46	0,52	1,28	1,34
Cholécystectomie (07C14)	344	291	302	1,48	1,22	1,27	0,94	1,01
Cholécystectomie (07C13 + 07C14)	487	409	435	2,07	1,68	1,79	1,02	1,08

PUY DE DOME	Nombre de séjours			Taux de séjours Standardisé /1000 hab.			Ecart du département comparé au taux régional	Ecart du département comparé au taux national
	2021	2022	2023	2021	2022	2023		
Césariennes	1 049	1 163	1 023	5,9	6,53	5,74	0,88	0,8
Chirurgie du syndrome du canal carpien	1 337	1 400	1 655	1,96	2,05	2,43	0,98	1,02
Appendicectomie	556	584	538	0,84	0,88	0,81	0,76	0,81
Bronchiolite	341	362	284	0,57	0,6	0,46	0,79	0,66
BPC surinfectée	499	660	667	0,71	0,94	0,95	0,91	0,87
Amygdalectomie	316	410	601	0,51	0,66	0,97	0,96	0,92
Pose de prothèse de genou	1 324	1 465	1 549	1,87	2,07	2,19	1,03	1,15
Pose prothèse de hanche hors traumatisme	1 305	1 378	1 385	1,85	1,96	1,97	1	1,08
Infection/inflammation respiratoires (adultes)	2 166	1 776	1 017	3,95	3,24	1,84	0,89	0,91
Pose de drains transtympaniques	172	273	315	1,33	2,1	2,44	1,11	1,53
Pose d'aérateur transtympanique (< 10 ans)	464	860	1 119	6,63	12,32	16,24	1,45	1,73
Angioplasties coronaires	1 797	1 806	1 892	2,55	2,58	2,7	0,98	0,92
Endoscopie digestive diagnostique	9 142	8 571	9 153	13,37	12,56	13,45	0,92	0,84
Coloscopies	16 198	15 501	16 398	23,44	22,49	23,84	1,03	1,05
Chirurgie de la cataracte	8 830	9 673	10 474	12,41	13,64	14,74	0,96	0,95
Interventions transurétrales ou transcutanée	2 217	2 231	2 288	3,18	3,21	3,29	0,83	0,82
Lithotritie extracorporelle appareil urinaire	1 071	1 090	1 109	1,57	1,6	1,63	3,35	5,53
Affection bouche/dents avec extractions	3 246	2 905	2 984	4,87	4,35	4,48	0,89	1,05
Arthroscopie autres localisations	36	35	34	0,05	0,05	0,05	0,46	0,46
Affections des voies biliaires	787	810	825	1,13	1,17	1,19	1,08	1,01
Infections des reins et des voies urinaires	961	868	952	1,36	1,24	1,35	0,82	0,83
Chirurgie des varices	445	399	334	0,66	0,59	0,49	0,77	0,77
Chirurgie de l'anévrisme de l'aorte	18	36	24	0,03	0,05	0,03	1,1	0,93
Colectomie totale	1 à 10	11	1 à 10	NA	0,02	NA	NA	NA
Chirurgie hypertrophie bénigne de la prostate	1 045	1 027	1 033	4,08	4,02	4,04	1,08	1,25
Hystérectomie	620	621	567	1,79	1,79	1,64	0,98	0,97
Ligamentoplastie du genou	438	732	773	0,66	1,1	1,17	0,89	1,22
Oesophagectomie	12	1 à 10	1 à 10	0,02	NA	NA	NA	NA
Pancréatectomie	48	50	57	0,07	0,07	0,08	0,97	1,13
Pontage coronaire	173	160	182	0,24	0,23	0,26	0,87	0,98
Thyroidectomie	295	308	293	0,44	0,46	0,44	0,89	0,85
Chirurgie de la valve aortique	117	115	123	0,16	0,16	0,17	1,66	1,74
Chirurgie du rachis	606	581	650	0,9	0,86	0,96	0,63	0,58
Chirurgie bariatrique	203	158	182	0,32	0,25	0,28	0,52	0,55
Cholécystectomie (07C13)	234	258	196	0,34	0,38	0,29	0,7	0,73
Cholécystectomie (07C14)	873	810	896	1,29	1,2	1,33	0,99	1,06
Cholécystectomie (07C13 + 07C14)	1 107	1 068	1 092	1,63	1,58	1,62	0,92	0,98

	Nombre de séjours			Taux de séjours Standardisé /1000 hab.			Ecart du département comparé au taux régional	Ecart du département comparé au taux national
	2021	2022	2023	2021	2022	2023		
RHONE								
Césariennes	4 578	4 508	4 104	7,58	7,45	6,77	1,04	0,95
Chirurgie du syndrome du canal carpien	2 688	2 943	3 072	1,59	1,74	1,82	0,73	0,77
Appendicectomie	2 282	2 304	2 023	1,17	1,18	1,03	0,96	1,03
Bronchiolite	1 512	1 318	1 000	0,72	0,63	0,48	0,83	0,69
BPC surinfectée	1 558	1 784	2 083	0,96	1,11	1,29	1,24	1,19
Amygdalectomie	1 227	1 291	1 807	0,6	0,63	0,88	0,87	0,83
Pose de prothèse de genou	2 457	2 602	2 870	1,53	1,62	1,79	0,84	0,94
Pose prothèse de hanche hors traumatisme	2 611	2 566	2 887	1,6	1,58	1,78	0,91	0,98
Infection/inflammation respiratoires (adultes)	10 069	5 481	3 049	7,71	4,21	2,32	1,12	1,15
Pose de drains transtympaniques	463	668	869	1,04	1,5	1,97	0,9	1,23
Pose d'aérateur transtympanique (< 10 ans)	1 355	2 128	2 680	5,52	8,83	11,31	1,01	1,2
Angioplasties coronaires	4 430	4 232	4 409	2,75	2,62	2,73	0,99	0,93
Endoscopie digestive diagnostique	27 062	26 969	29 196	15,55	15,55	16,76	1,14	1,05
Coloscopies	41 028	41 006	43 863	24,46	24,53	26,19	1,13	1,16
Chirurgie de la cataracte	24 187	24 216	25 536	14,87	14,93	15,76	1,03	1,01
Interventions transurétrales ou transcutanée	7 032	7 184	7 550	4,18	4,27	4,5	1,13	1,12
Lithotritie extracorporelle appareil urinaire	317	289	305	0,18	0,17	0,18	0,36	0,6
Affection bouche/dents avec extractions	10 155	9 591	10 031	4,84	4,55	4,69	0,93	1,1
Arthroscopie autres localisations	308	304	344	0,16	0,15	0,18	1,55	1,57
Affections des voies biliaires	1 797	1 690	1 754	1,05	1	1,03	0,93	0,88
Infections des reins et des voies urinaires	2 532	2 512	2 941	1,47	1,47	1,71	1,03	1,04
Chirurgie des varices	1 347	1 411	1 453	0,79	0,82	0,84	1,32	1,32
Chirurgie de l'anévrisme de l'aorte	36	23	41	0,02	0,01	0,03	0,85	0,72
Colectomie totale	57	49	52	0,03	0,03	0,03	1,04	1,02
Chirurgie hypertrophie bénigne de la prostate	1 983	1 969	2 140	3,5	3,47	3,76	1,01	1,16
Hystérectomie	1 415	1 300	1 368	1,58	1,44	1,51	0,9	0,9
Ligamentoplastie du genou	1 405	2 469	2 435	0,67	1,17	1,15	0,87	1,2
Oesophagectomie	31	31	24	0,02	0,02	0,01	0,72	0,86
Pancréatectomie	150	173	138	0,09	0,1	0,08	1,02	1,18
Pontage coronaire	363	412	421	0,23	0,26	0,27	0,9	1,01
Thyroidectomie	717	714	760	0,41	0,4	0,43	0,87	0,83
Chirurgie de la valve aortique	122	110	121	0,08	0,07	0,08	0,73	0,77
Chirurgie du rachis	2 186	2 325	2 348	1,27	1,35	1,36	0,89	0,82
Chirurgie bariatrique	1 701	1 348	1 309	0,87	0,69	0,67	1,23	1,3
Cholécystectomie (07C13)	679	570	548	0,4	0,33	0,32	0,77	0,8
Cholécystectomie (07C14)	2 446	2 400	2 458	1,37	1,35	1,37	1,01	1,08
Cholécystectomie (07C13 + 07C14)	3 125	2 970	3 006	1,76	1,68	1,68	0,96	1,02

	Nombre de séjours			Taux de séjours Standardisé /1000 hab.			Ecart du département comparé au taux régional	Ecart du département comparé au taux national
	2021	2022	2023	2021	2022	2023		
SAVOIE								
Césariennes	750	715	670	6,38	6,06	5,65	0,87	0,79
Chirurgie du syndrome du canal carpien	1 048	988	1 127	2,33	2,17	2,46	0,99	1,04
Appendicectomie	557	477	501	1,3	1,11	1,15	1,07	1,15
Bronchiolite	383	296	264	0,95	0,72	0,65	1,11	0,93
BPC surinfectée	338	400	429	0,74	0,88	0,93	0,9	0,86
Amygdalectomie	182	203	320	0,44	0,48	0,76	0,75	0,72
Pose de prothèse de genou	866	895	1 016	1,91	1,96	2,21	1,04	1,15
Pose prothèse de hanche hors traumatisme	898	914	866	1,98	2	1,88	0,96	1,04
Infection/inflammation respiratoires (adultes)	1 469	1 248	763	4,15	3,49	2,13	1,03	1,05
Pose de drains transtympaniques	68	100	140	0,76	1,12	1,57	0,72	0,99
Pose d'aérateur transtympanique (< 10 ans)	131	233	322	2,72	4,85	6,82	0,61	0,73
Angioplasties coronaires	949	891	962	2,08	1,94	2,08	0,75	0,71
Endoscopie digestive diagnostique	3 994	3 973	4 705	8,89	8,77	10,33	0,7	0,65
Coloscopies	8 457	8 692	9 401	18,71	19,08	20,51	0,89	0,91
Chirurgie de la cataracte	5 905	5 875	6 900	13,01	12,87	15,01	0,98	0,97
Interventions transurétrales ou transcutanée	1 645	1 730	1 946	3,64	3,8	4,25	1,07	1,06
Lithotritie extracorporelle appareil urinaire	107	145	130	0,24	0,32	0,28	0,58	0,96
Affection bouche/dents avec extractions	2 020	2 148	2 361	4,86	5,12	5,6	1,11	1,31
Arthroscopie autres localisations	73	54	66	0,17	0,12	0,15	1,32	1,33
Affections des voies biliaires	542	552	561	1,21	1,22	1,23	1,12	1,05
Infections des reins et des voies urinaires	675	644	702	1,51	1,44	1,56	0,94	0,95
Chirurgie des varices	244	155	116	0,54	0,34	0,25	0,4	0,4
Chirurgie de l'anévrisme de l'aorte	12	13	1 à 10	0,03	0,03	NA	NA	NA
Colectomie totale	13	16	1 à 10	0,03	0,04	NA	NA	NA
Chirurgie hypertrophie bénigne de la prostate	696	732	747	4,22	4,4	4,45	1,19	1,38
Hystérectomie	380	375	412	1,64	1,61	1,76	1,05	1,05
Ligamentoplastie du genou	377	613	673	0,89	1,43	1,55	1,18	1,62
Oesophagectomie	20	11	12	0,04	0,02	0,03	1,24	1,49
Pancréatectomie	26	37	25	0,06	0,08	0,05	0,65	0,75
Pontage coronaire	132	111	129	0,29	0,24	0,28	0,93	1,05
Thyroidectomie	211	235	299	0,47	0,52	0,66	1,35	1,28
Chirurgie de la valve aortique	43	29	39	0,09	0,06	0,08	0,8	0,85
Chirurgie du rachis	772	830	838	1,71	1,83	1,83	1,19	1,1
Chirurgie bariatrique	187	173	147	0,43	0,4	0,33	0,61	0,65
Cholécystectomie (07C13)	229	204	178	0,51	0,45	0,39	0,95	0,99
Cholécystectomie (07C14)	462	499	533	1,04	1,12	1,18	0,87	0,94
Cholécystectomie (07C13 + 07C14)	691	703	711	1,56	1,57	1,57	0,89	0,95

	Nombre de séjours			Taux de séjours Standardisé /1000 hab.			Ecart du département comparé au taux régional	Ecart du département comparé au taux national
	2021	2022	2023	2021	2022	2023		
HAUTE-SAVOIE								
Césariennes	1 778	1 802	1 710	6,88	6,9	6,5	1	0,91
Chirurgie du syndrome du canal carpien	1 889	1 900	2 084	2,39	2,4	2,61	1,05	1,1
Appendicectomie	938	984	894	1,13	1,17	1,06	0,98	1,06
Bronchiolite	829	816	673	0,92	0,9	0,73	1,26	1,05
BPC surinfectée	589	686	817	0,82	0,95	1,12	1,08	1,03
Amygdalectomie	562	712	992	0,65	0,8	1,1	1,09	1,05
Pose de prothèse de genou	1 577	1 566	1 884	2,16	2,13	2,54	1,2	1,33
Pose prothèse de hanche hors traumatisme	1 469	1 384	1 557	2	1,87	2,09	1,07	1,15
Infection/inflammation respiratoires (adultes)	3 039	2 199	1 089	5,24	3,92	1,94	0,94	0,96
Pose de drains transtympaniques	129	197	261	0,66	1	1,33	0,61	0,83
Pose d'aérateur transtympanique (< 10 ans)	354	626	866	3,34	5,89	8,23	0,74	0,88
Angioplasties coronaires	1 495	1 397	1 691	2	1,86	2,24	0,81	0,77
Endoscopie digestive diagnostique	8 283	8 226	8 852	10,42	10,31	10,95	0,75	0,69
Coloscopies	14 396	13 862	15 204	18,44	17,68	19,18	0,83	0,85
Chirurgie de la cataracte	9 893	9 811	11 010	13,86	13,61	15,22	1	0,98
Interventions transurétrales ou transcutanée	2 648	2 466	2 691	3,47	3,2	3,45	0,87	0,86
Lithotritie extracorporelle appareil urinaire	375	376	397	0,46	0,46	0,49	1	1,65
Affection bouche/dents avec extractions	2 484	2 365	2 495	3,19	3,01	3,19	0,63	0,75
Arthroscopie autres localisations	77	58	55	0,09	0,07	0,06	0,56	0,56
Affections des voies biliaires	771	659	733	1,05	0,88	0,97	0,88	0,83
Infections des reins et des voies urinaires	969	914	1 070	1,37	1,28	1,47	0,89	0,9
Chirurgie des varices	346	292	322	0,42	0,35	0,39	0,61	0,61
Chirurgie de l'anévrisme de l'aorte	23	30	29	0,03	0,04	0,04	1,26	1,07
Colectomie totale	25	34	21	0,03	0,04	0,03	0,92	0,9
Chirurgie hypertrophie bénigne de la prostate	771	738	875	2,95	2,79	3,3	0,88	1,02
Hystérectomie	650	615	608	1,5	1,41	1,38	0,82	0,82
Ligamentoplastie du genou	729	1 163	1 210	0,88	1,38	1,42	1,08	1,49
Oesophagectomie	19	13	20	0,02	0,02	0,03	1,25	1,51
Pancréatectomie	70	71	59	0,09	0,09	0,08	0,93	1,08
Pontage coronaire	228	240	226	0,31	0,32	0,3	1,01	1,14
Thyroidectomie	389	373	405	0,48	0,45	0,49	0,99	0,95
Chirurgie de la valve aortique	30	19	22	0,04	0,03	0,03	0,27	0,28
Chirurgie du rachis	1 551	1 551	1 677	1,91	1,92	2,06	1,34	1,24
Chirurgie bariatrique	346	342	302	0,39	0,38	0,34	0,62	0,66
Cholécystectomie (07C13)	338	291	293	0,43	0,37	0,37	0,91	0,95
Cholécystectomie (07C14)	916	802	943	1,13	0,98	1,15	0,85	0,91
Cholécystectomie (07C13 + 07C14)	1 254	1 093	1 236	1,57	1,35	1,52	0,86	0,92

ANNEXE 2 : ANALYSE DES ACTES DE CHIRURGIE DU SOCLE COMMUN NATIONAL ET DES REFERENTIELS HAS

Au regard des référentiels de la Haute Autorité de Santé, nous portons une analyse commentée sur les 7 actes chirurgicaux ciblés. L'attention est portée particulièrement lorsque la valeur de l'indicateur, faible ou élevée, correspond au risque de non-pertinence (NP).

L'amygdalectomie

Concernant les indicateurs « quantitatifs » :

- Evolution du nombre d'amygdalectomies chez le patient de moins de 18 ans sur les 3 dernières années (NP : valeur élevée) : + 73,3 % en Ara / + 79,2 % au niveau national.
- Part moyenne des enfants âgés de moins de 6 ans (NP : valeur faible) : 58,1 % en ARA / 62,8 % au niveau national.
- Part des patients de moins de 18 ans ayant eu une consultation médicale dans l'année précédente (NP : valeur faible) : 77,2 % en ARA / 79,5 % en France.

Concernant les indicateurs « HAS », 4 établissements en ARA sont atypiques pour l'ensemble de ces indicateurs, dont 1 est implanté dans un territoire présentant un indice de recours supérieur à 1,1 :

- Part des patients de moins 6 ans opérés pour amygdalectomie pour trouble obstructif : 86,6 % en ARA / 86,8 % au niveau national (NP : valeur faible). Mais 14 établissements étaient atypiques en ARA.
- Part des patients de moins de 18 ans ayant été traités par antibiotiques dans les 3 années précédentes : 74,2 % en ARA / 79,7 % en France. 13 établissements étaient atypiques en ARA.

La chirurgie du canal carpien

Concernant les indicateurs « quantitatifs » :

- Evolution du nombre de chirurgie du canal carpien sur les 5 dernières années (NP : valeur élevée) : + 31,1 % en ARA / + 24,1 % au niveau national.
- Part moyenne des patients âgés de 65 ans et + (NP : valeur élevée) : 42,8 % en ARA / 42,5 % au niveau national.
- Part de ces actes parmi l'activité d'orthopédie (NP : valeur élevée) : 9,1 % en ARA / 7,8 % en France.

Concernant les indicateurs « HAS », 15 établissements en ARA sont atypiques pour au moins deux de ces indicateurs, dont 9 sont implantés dans un territoire présentant un indice de recours supérieur à 1,1 :

- Part des patients ayant bénéficié d'un électromyogramme (EMG) dans les 12 mois précédents l'intervention : 84,7 % en ARA / 85,4 % au niveau national (NP : valeur faible). 18 établissements étaient atypiques en ARA.
- Part des patients ayant eu des infiltrations dans les 12 mois précédents l'intervention (NP : valeur faible) : 3,6 % en ARA / 4,1 % en France. 18 établissements étaient atypiques en ARA.
- Part des patients ayant porté des attelles dans les 12 mois précédents l'intervention (NP : valeur faible) : 4,8 % en ARA / 7,2 % en France. 18 établissements étaient atypiques en ARA.

La cholécystectomie

Concernant les indicateurs « quantitatifs » :

- Evolution du nombre de cholécystectomie sur les 3 dernières années (NP : valeur élevée) : - 1,5 % en ARA / + 4,6 % au niveau national.
- Part moyenne des patients âgés de moins de 75 ans (NP : valeur faible) : 85,8 % en ARA / 87,8 % au niveau national.
- Part de ces actes parmi l'activité de chirurgie digestive (NP : valeur élevée) : 18,2 % en ARA / 17,2 % en France.

Concernant les indicateurs « HAS », 5 établissements en ARA étaient atypiques pour au moins deux de ces indicateurs, dont 1 était implanté dans un territoire présentant un indice de recours supérieur à 1,1 :

- Evolution moyenne du nombre de cholécystectomies hors infection aiguë par rapport aux cholécystectomies avec infection aiguë, sur 3 ans : + 1,1 % en ARA / + 2,8 % au niveau national (NP : valeur élevée). 21 établissements sont atypiques en ARA.
- Part des patients ayant eu dans les 6 mois précédent une échographie abdominale (NP : valeur faible) : 64,9 % en ARA / 64,3 % en France. 19 établissements sont atypiques en ARA.

La thyroïdectomie

Concernant les indicateurs « quantitatifs » :

- Evolution du nombre de thyroïdectomie sur les 3 dernières années (NP : valeur élevée) : + 1,0 % en ARA / + 6,7 % au niveau national.
- Part moyenne des patients masculins (NP : valeur élevée) : 26,4 % ARA / 25,3 % au niveau national.

Concernant les indicateurs « HAS », 5 établissements en ARA sont atypiques pour au moins 2 de ces indicateurs, dont 2 étaient implantés dans un territoire présentant un indice de recours supérieur à 1,1 :

- Part des patients opérés pour nodule thyroïdien non toxique ayant eu une cytoponction préopératoire ou une biopsie (dans les 12 mois précédents le geste) : 53,6 % en ARA / 54,2 % au niveau national (NP : valeur faible). 9 établissements sont atypiques en ARA.
- Part des patients opérés d'une thyroïdectomie pour cancer / tous les patients opérés d'une thyroïdectomie pour nodule (bénin ou malin) (NP : valeur faible) : 26,5 % en ARA / 25,6 % en France. 9 établissements sont atypiques en ARA.
- Part des patients ayant eu une échographie préopératoire thyroïdienne dans les 12 mois précédents (NP : valeur faible) : 77,6 % en ARA / 75,0 % en France. 9 établissements sont atypiques en ARA.

Les examens pré anesthésiques

Ces examens sont ciblés à partir de 4 indicateurs « HAS », 28 établissements en ARA sont atypiques pour au moins 2 de ces indicateurs :

- Taux moyen de recours au bilan d'hémostase chez l'adulte (NP : valeur faible) : 9,6 % en ARA / 11,8 % en France. 29 établissements sont atypiques en ARA.
- Taux moyen de recours au bilan d'hémostase chez l'enfant, avant amygdalectomie et adénoïdectomie : 15,2 % en ARA / 19,2 % au niveau national (NP : valeur faible). 19 établissements sont atypiques en ARA.
- Taux moyen de recours au groupe sanguin (NP : valeur faible) : 25,5 % en ARA / 23,1 % en France. 26 établissements sont atypiques en ARA.
- Taux moyen de recours au ionogramme sanguin (NP : valeur faible) : 15,1 % en ARA / 19,5 % en France. 26 établissements sont atypiques en ARA.

La chirurgie bariatrique

Concernant les indicateurs « quantitatifs » :

- Part moyenne des patients âgés de 18 à 20 ans (NP : valeur élevée) : 2,2 % en Ara / 2,7 % au niveau national.
- Part moyenne de ces actes parmi l'activité de chirurgie digestive hors chirurgie pariétale (NP : valeur élevée) : 13,4 % en ARA / 17,6 % au niveau national.

Concernant les indicateurs « HAS », 9 établissements en ARA sont atypiques pour au moins deux de ces indicateurs, dont 7 étaient implantés dans un territoire présentant un indice de recours supérieur à 1,1 :

- Part moyenne des patients ayant un IMC 30-40, sans comorbidité et sans antécédent d'intervention depuis 2006 : 12,5 % en ARA / 14,5 % au niveau national (NP : valeur élevée). 9 établissements étaient atypiques en ARA.
- Part moyenne des patients n'ayant aucun suivi préopératoire depuis 12 mois (NP : valeur élevée) : 0,3 % en ARA / 0,4 % en France. 11 établissements sont atypiques en ARA.
- Part moyenne des patients avec au moins 2 défauts de prise en charge pre-chirurgicale (NP : valeur élevée) : 7,2 % en ARA / 7,6 % en France. 9 établissements sont atypiques en ARA.

L'appendicectomie

Concernant les indicateurs « quantitatifs » :

- Part moyenne des patients âgés de moins de 20 ans : 31,0 % en ARA / 31,0 % au niveau national.
- Ratio moyen Hommes / Femmes : 1,3 en ARA / 1,3 au niveau national.
- Ratio moyen Hommes / Femmes parmi les patients âgés de moins de 20 ans : 1,7 en ARA / 1,7 au niveau national.
- Part moyenne de ces actes parmi l'activité de chirurgie digestive : 18,1 % en ARA / 18,7 % au niveau national.
- Evolution moyenne du nombre d'appendicectomies sur 3 ans : - 1,8 % en ARA / + 10,0 % en France.
- Durée moyenne des séjours pour appendicectomie sans complication : 1,5 jours en ARA / 1,8 en France.

Concernant les indicateurs « HAS », 6 établissements en ARA sont atypiques pour au moins 2 de ces indicateurs, aucun d'eux ne se situe dans un territoire présentant un indice de recours supérieur à 1,1 :

- Part moyenne relative des séjours appendicectomies sans complications de niveau 1 : 51,0 % en ARA / 50,0 % au niveau national (NP : valeur élevée). 14 établissements sont atypiques en ARA.
- Taux moyen d'explorations radiologiques préalables à l'intervention (NP : valeur faible) : 84,7 % en ARA / 81,0 % en France. 14 établissements sont atypiques en ARA.

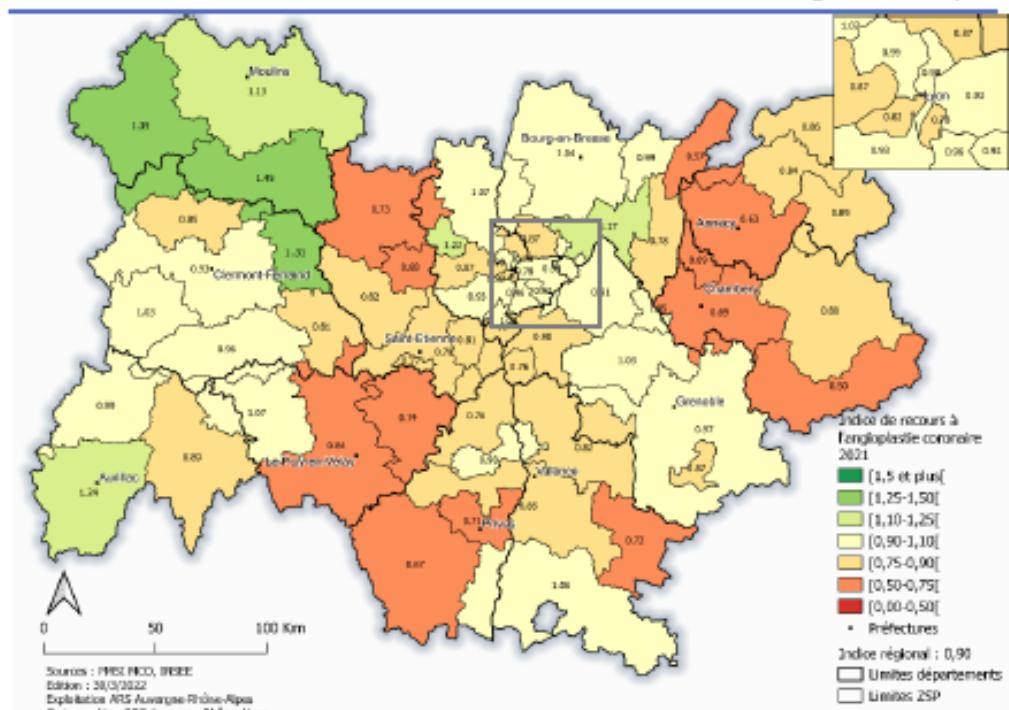
ANNEXE 3 : RESSOURCES DOCUMENTAIRES LIEES A L'ANALYSE DES BESOINS DES PATIENTS EN MATIERE DE REVASCULARISATION DES CORONAIRES

lien avec la fiche thématique « Améliorer le recours à l'angioplastie » page 36

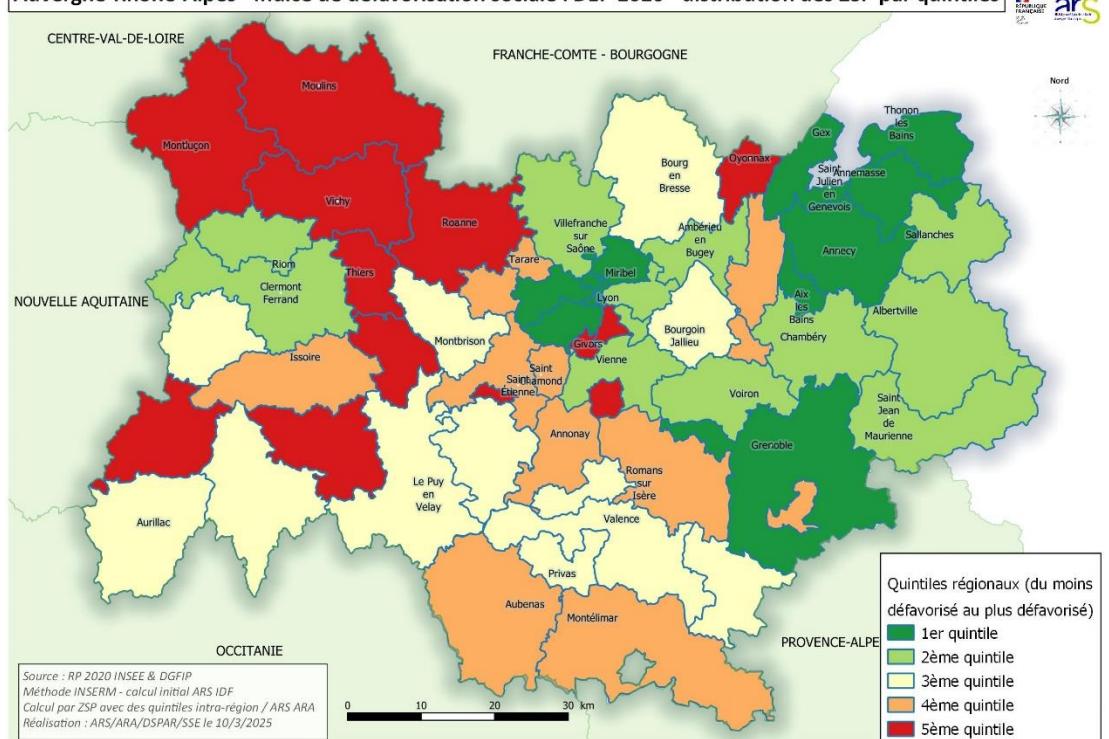
Zones de santé de proximité (ZSP) - Auvergne-Rhône-Alpes



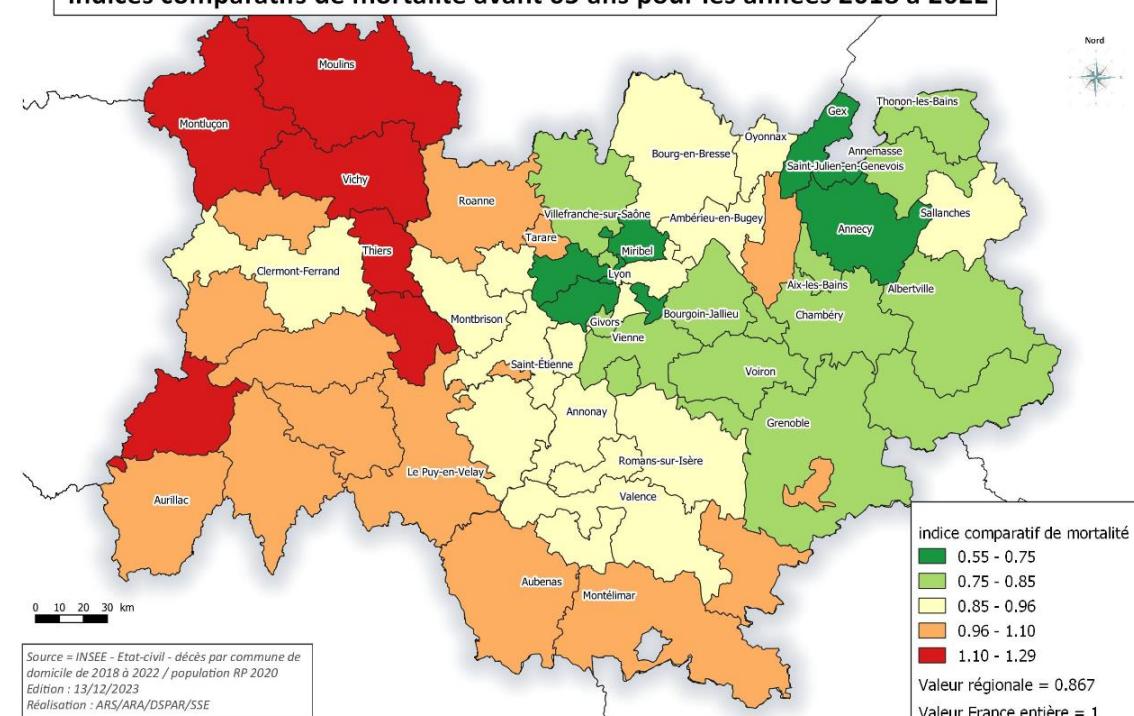
*Indice de recours – Séjours pour angioplastie coronaire par ZSP de domicile, 2021.
Auvergne-Rhône-Alpes*



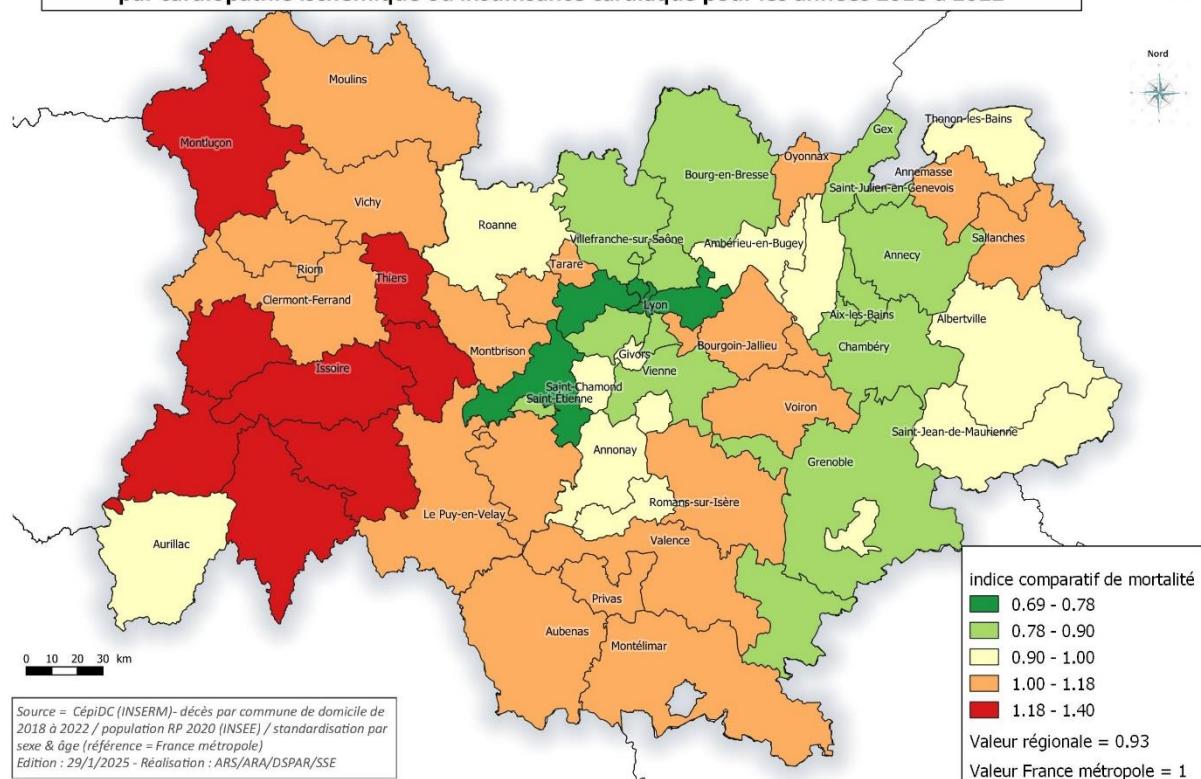
Auvergne-Rhône-Alpes - Indice de défavorisation sociale FDEP 2020 - distribution des ZSP par quintiles



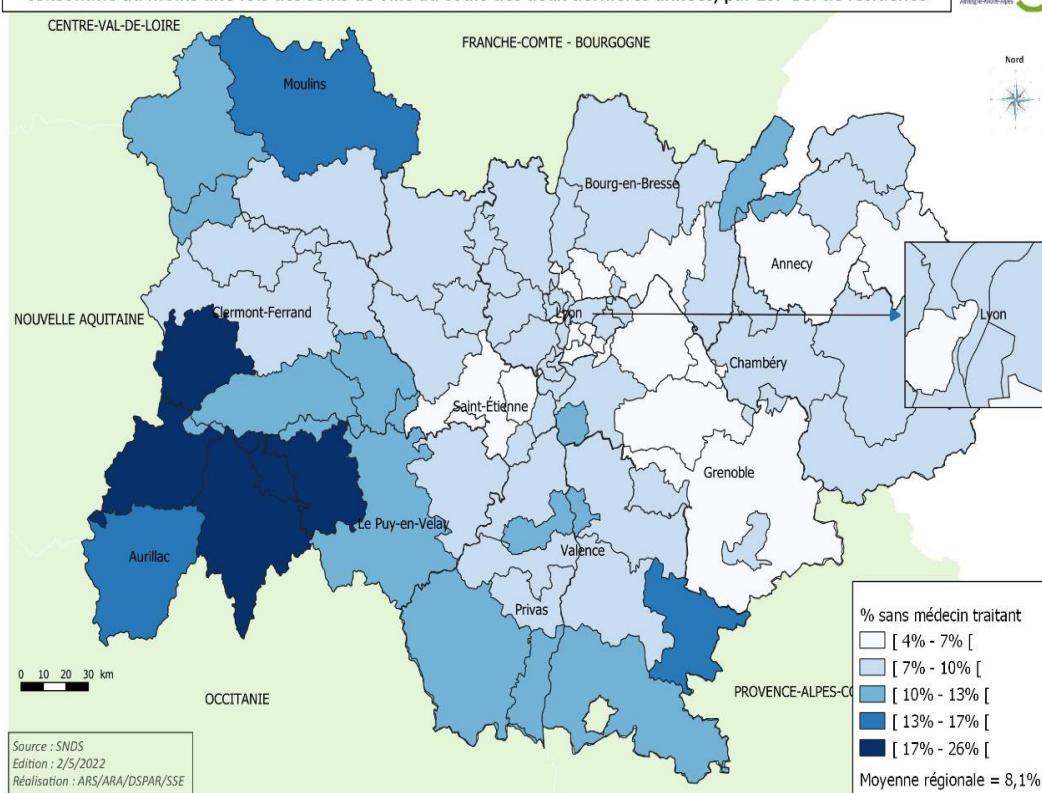
Auvergne-Rhône-Alpes par zones de soins de proximité (ZSP) indices comparatifs de mortalité avant 65 ans pour les années 2018 à 2022

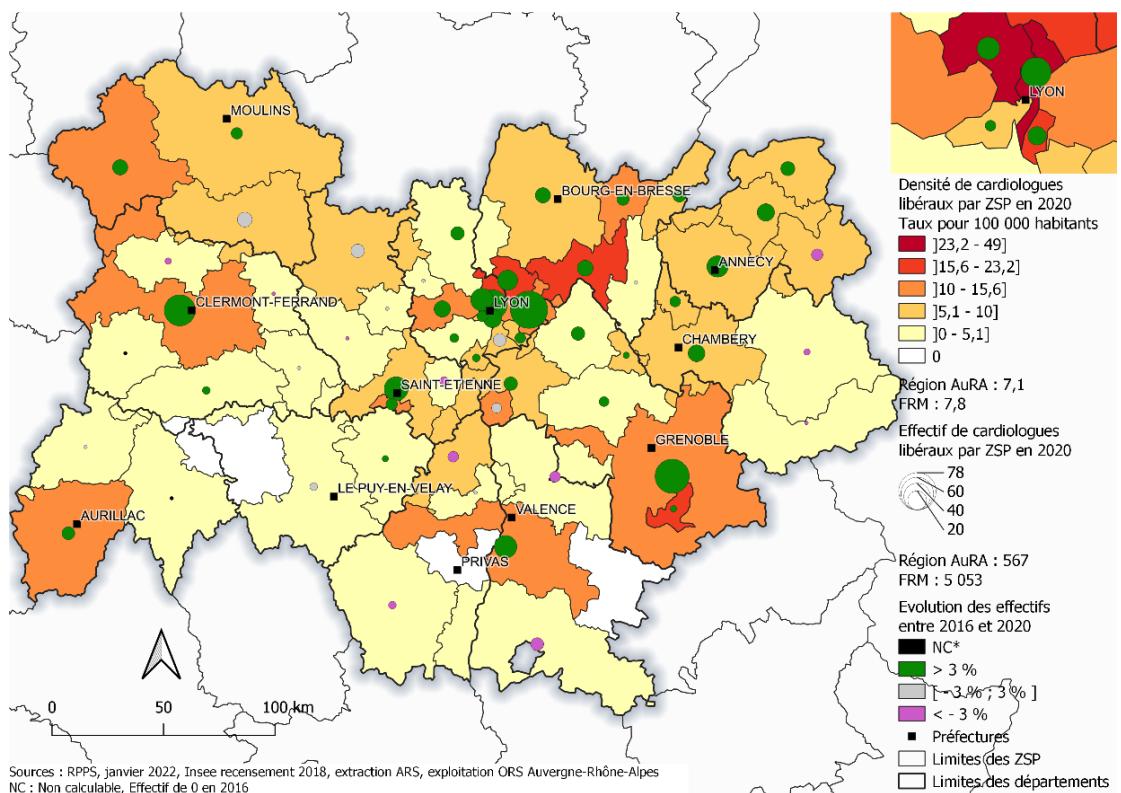


Auvergne-Rhône-Alpes par zones de soins de proximité (ZSP) - indices comparatifs de mortalité par cardiopathie ischémique ou insuffisance cardiaque pour les années 2018 à 2022



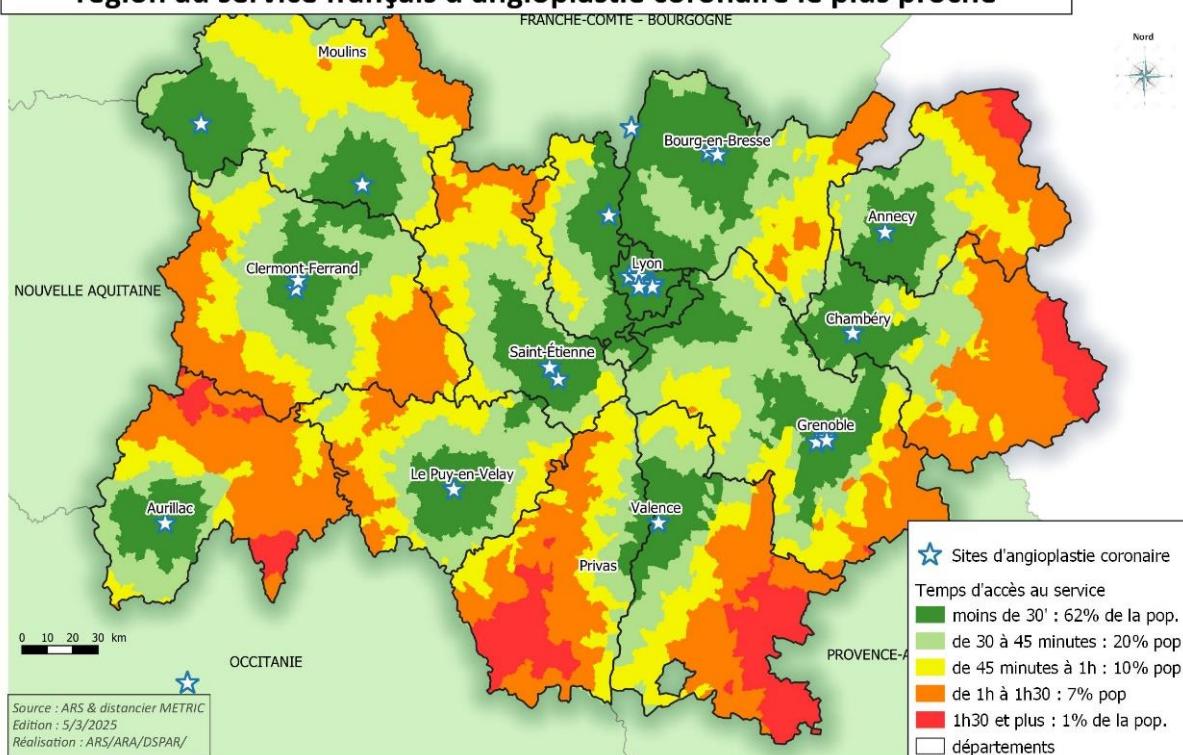
Auvergne-Rhône-Alpes - Taux de patients âgés d'au moins 16 ans sans médecin traitant au 31/12/2021 et ayant consommé au moins une fois des soins de ville au cours des deux dernières années, par ZSP-BSI de résidence





Auvergne-Rhône-Alpes 2025 - Temps d'accès de chaque commune de la région au service français d'angioplastie coronaire le plus proche

ars
Agence Régionale de Santé
Auvergne-Rhône-Alpes



Zones de soins de proximité - Auvergne-Rhône-Alpes

ZSP	Population 2018	ZSP	Population 2018
Aix-les-Bains	61 112	Montbrison	20 179
Ambérieu	80 294	Mont-Dore	83 386
Ambert	22 890	Montélimar	187 755
Annecy	316 284	Montluçon	119 120
Annemasse	200 038	Moulins	113 698
Annonay	75 043	Oyonnax-Nantua	57 043
Aubenas	100 643	Pierre-Bénite	171 998
Aurillac	82 068	Pont-de-Beauvoisin	38 885
Belley	39 485	Prives	47 612
Bourg-en-Bresse	226 801	Rillieux-la-Pape	139 569
Bourgoin	204 578	Riom	69 874
Brioude	34 130	Roanne	169 742
Chambéry	234 737	Romans-Saint Vallier	173 371
Clermont-Ferrand	429 798	Roussillon	44 582
Die	11 415	Saint-Chamond	92 739
Écully	128 912	Saint-Étienne	336 163
Feurs	33 008	Saint-Flour	31 405
Firminy	44 794	Saint-Julien en Genevois	165 529
Givors	41 942	Saint-Priest	79 614
Grenoble	597 414	Tarare	25 053
Issoire	64 301	Tarentaise	109 264
La Mure	10 060	Thiers	41 207
Le Puy-en-Velay	102 542	Thonon-les-Bains	147 364
Lyon-7	81 825	Tournon	51 848
Lyon-Est	642 312	Valence	228 210
Lyon-Nord	143 162	Vénissieux	136 491
Lyon-Nord-Ouest	81 667	Vichy	122 699
Lyon-Sud-Ouest	86 552	Vienne	150 424
Mauriac	27 082	Villefranche	240 448
Maurienne	36 034	Voiron	163 915
Mont-Blanc	106 806	Yssingeaux	87 543

Sources : ARS Auvergne-Rhône-Alpes, Insee (Recensement - 2018)

ANNEXE 4 : DESCRIPTION DES INDICATEURS DE SUIVI DU PARCOURS INSUFFISANCE CARDIAQUE DANS LA REGION

lien avec la fiche thématique « Faciliter le parcours du patient atteint d'insuffisance cardiaque » page 39

Données 2023 du SNDS selon la méthodologie de l'outil de suivi CNAM :

I. Données de contexte

	Région	ARA
<i>Ensemble de la population des patients IC</i>		
Description de la population des patients IC	Nombre de patients IC	74 180
	Age médian	82
	% femmes	49,3%
	% de patients sans médecin traitant déclaré	8,1%

Patients hospitalisés (1^{er} séjour en 2023 pour IC aiguë)

	Région	ARA
<i>Ensemble de la population des patients IC</i>		
Description de la prise en charge hospitalière	Nombre de patients hospitalisés	21 464
	Durée moyenne de séjour	11,2
	Taux d'entrée par les urgences	71,2%
	% de patients avec passage en soins critiques (SC/SI/REA)	14,7%

II. Indicateurs de moyens

	Région	ARA
<i>Ensemble de la population des patients IC</i>		
Vaccinations	Taux de patients vaccinés contre la grippe	62,8%
	Taux de patients vaccinés contre le pneumocoque	16,0%

Patients non hospitalisés pour IC aiguë

Recours aux soins	Taux de recours au MG (ou gériatre)	4 contacts et plus	66,6%
	Taux de recours au cardiologue	Au moins 1 contact	56,8%
	Proportion de patients avec au moins 4 contacts MG et au moins 2 contacts Cardio		27,6%
Recours aux soins	Taux de recours aux examens biologiques (clairance de la créatinine, créatininémie, kaliémie, natrémie)	Au moins 1 examen	80,8%
	Taux de recours aux examens biologiques (bilan de carence en fer)	Au moins 1 examen	46,0%

Patients hospitalisés (1^{er} séjour de l'année 2023 pour IC aiguë)

Description de la prise en charge médicale en amont du séjour hosp	Taux de recours au médecin généraliste dans le mois précédent le séjour	61,1%
	Taux de recours au cardiologue dans le mois précédent le séjour	15,1%
	Proportion de patients avec au moins un dosage BNP/NT pro-BNP entre le dernier contact MG ou cardio et le séjour hosp index	16,5%
	% de patients ayant bénéficié d'une délivrance ponctuelle de diurétiques de l'anse dans le mois qui précède le séjour	35,9%

Description de la prise en charge médicale en aval du séjour index	Taux de recours au médecin généraliste dans les 14 jours Taux de recours au cardiologue à 2 mois Délai médian, en jours, entre la sortie d'hospitalisation et le premier contact médical (MG ou Cardio) Taux de recours aux soins infirmiers dans les 14 jours	38,7% 36,0% 18 54,2%
Suivi médical recommandé	Proportion de patients avec au moins 4 contacts MG et au moins 2 contacts Cardio dans l'année	37,3%

III. Indicateurs de résultats

	Région	ARA
<i>Ensemble de la population IC</i>		
Analyse de la mortalité	Taux de mortalité toutes causes dans l'année	17,0%

Patients non hospitalisés pour IC aiguë

Analyse de la mortalité	Taux de mortalité toutes causes dans l'année	13,8%
-------------------------	--	-------

Patients hospitalisés (1er séjour de l'année 2023 pour IC aiguë)

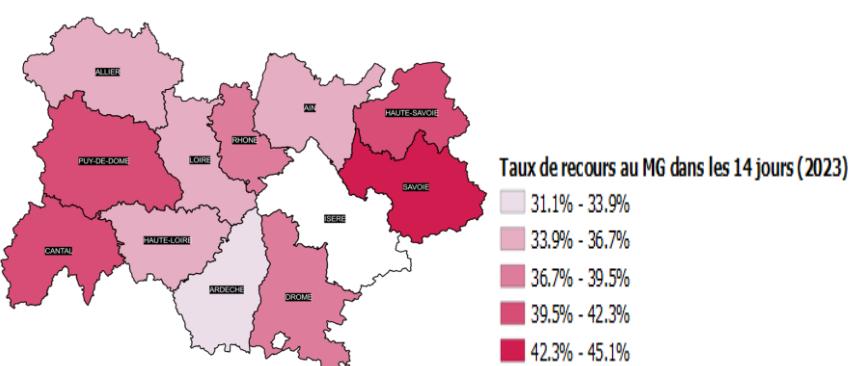
Analyse de la mortalité	Taux de mortalité à 1 an (post séjour index)	27,0%
	Taux de réhospitalisation pour IC aiguë à 3 mois	13,0%

En complément de ces indicateurs régionaux, les hétérogénéités territoriales sont illustrées par le suivi régional des indicateurs au regard des recommandations de bonne pratique dans les cartographies suivantes.

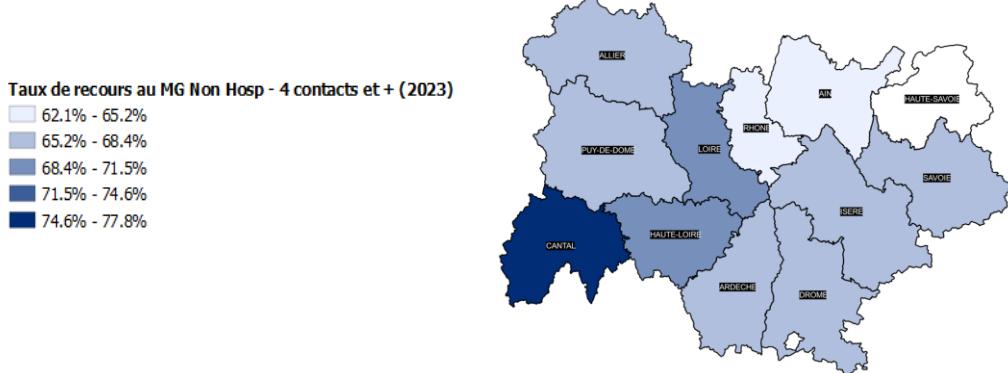
Ces constats sont portés aux acteurs de santé territoriaux pour nourrir leur réflexion en vue de mettre en œuvre des actions adaptées aux problématiques locales.

Suivi par le médecin généraliste

Patients ayant subi un épisode aigu (suivi par le médecin généraliste au retour d'hospitalisation) :

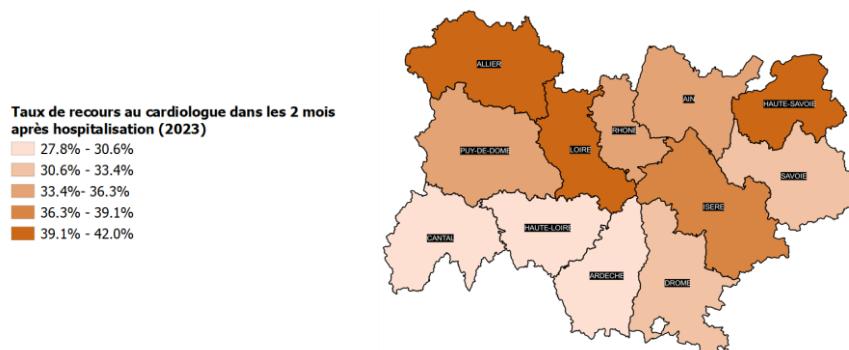


Patients stables, non hospitalisés dans l'année (suivi régulier par le médecin généraliste) :

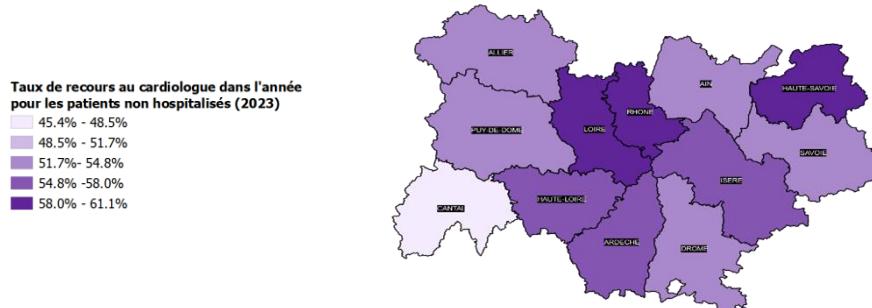


Suivi par le cardiologue (soins de second recours)

Patients hospitalisés :

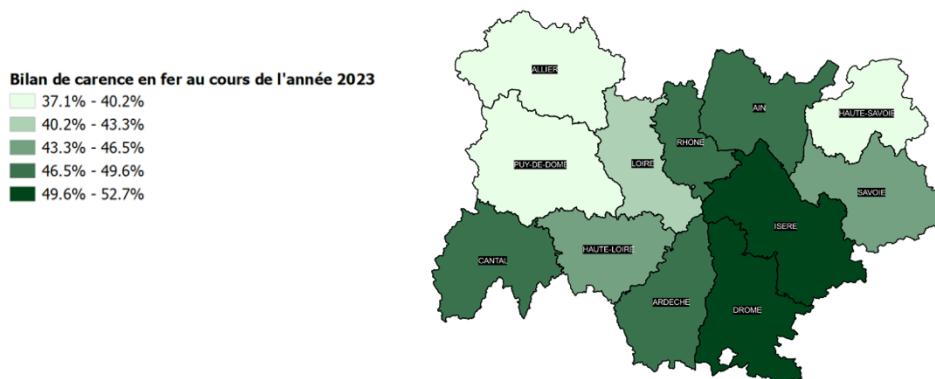


Pour les patients stables :



Taux de recours à certains examens biologiques recommandés

Bilan de la carence en fer pour les patients non hospitalisés :



GLOSSAIRE

ANSM : Agence Nationale de la Sécurité du Médicament

ARS : Agence Régionale de Santé

ARA : Auvergne-Rhône-Alpes

CAPPS : Coordination pour l'amélioration des pratiques professionnelles en Santé

CAQES : Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

CPOM : Contrat pluriannuels d'objectifs et de moyens

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CRCDC : Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers

DGOS : Direction Générale de l'Offre des Soins

DM : Dispositif Médical

EI : Evènement Indésirable

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GDR : Gestion Des Risques

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

IC : Insuffisante Cardiaque

IDEC : Infirmier Diplômé d'Etat Coordonnateur

IPP : Inhibiteurs de la pompe à protons

IRAPS : Instance Régionale de l'Amélioration de la Pertinence des Soins

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

OMEDIT : Observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques

ONDAM : Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie

PAPRAPS : Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PRS : Projet Régional de Santé

RAAC : Récupération Améliorée Après Chirurgie

RETEX : Retour d'Expérience

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gérontologie

SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation

SNDS : Système National des Données de Santé